

Το νοσοκομείο μας...

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ  
ΤΕΛΟΣ  
Ευκαρτίας  
Αρ.Αδείας  
2



# ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 7 | ΝΟΕ.- ΔΕΚ. 2005 - ΙΑΝ. 2006 | ΤΙΜΗ 0,01 €

**Επίσκεψη Κωνσταντίνου Μητσοτάκη:**  
**«Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου  
είναι απόλυτα επιτυχημένο»**



**Η ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ  
ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ**



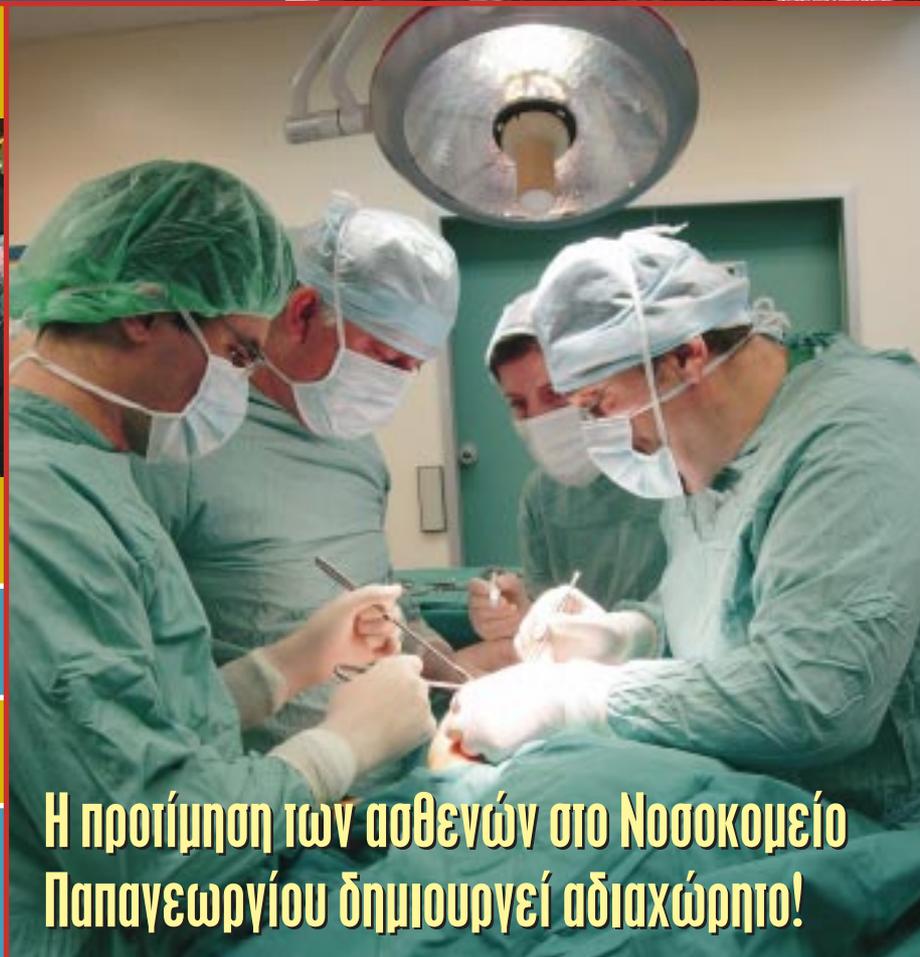
**Παλαιά και νέα στελέχη του νοσοκομείου  
καλωσόρισαν τη Νέα Χρονιά**

**ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**  
**Άριστα αποτελέσματα με μηδενική θνητότητα**

**ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ**

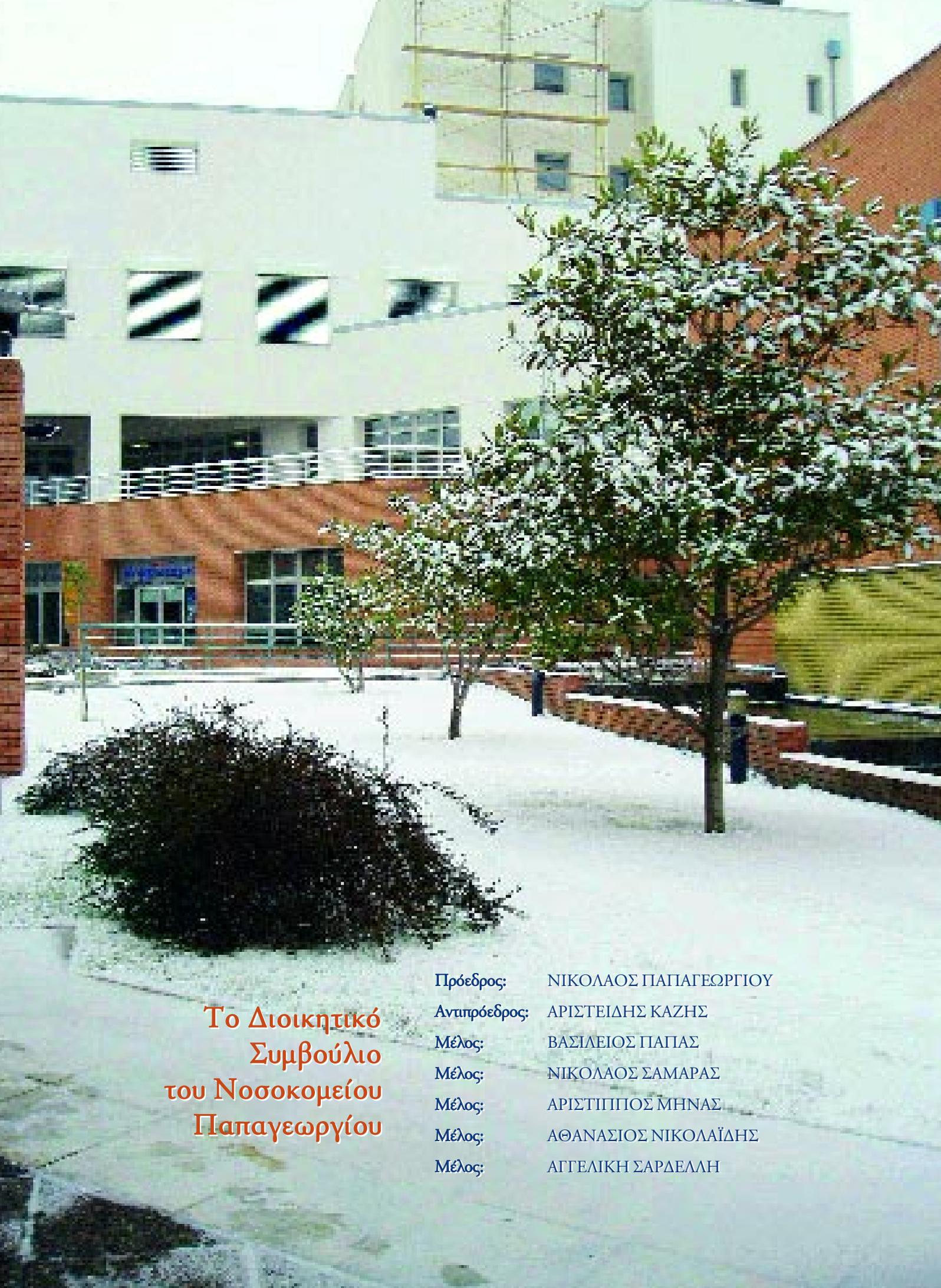
**Η πανάρχαια κοινωνικο-ψυχολογική μάστιγα**

**Σύμφωνα με τη μεθοδολογία HACCP  
ετοιμάζεται και διανέμεται το φαγητό  
στο νοσοκομείο μας**



**Η προίμηση των ασθενών στο Νοσοκομείο  
Παπαγεωργίου δημιουργεί αδιαχώρητο!**





**Το Διοικητικό  
Συμβούλιο  
του Νοσοκομείου  
Παπαγεωργίου**

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



**Π**ριν από πολλά χρόνια στην ταλαιπωρημένη από διάφορες περιπέτειες Μακεδονία μας, φιλάνθρωποι δωρητές αποφάσισαν να συνεισφέρουν όλες τις απαιτούμενες δαπάνες για τη μελέτη και την κατασκευή ενός μοναδικού, για την εποχή, Νοσοκομείου, που θα ανακούφιζε τους Βορειοελλαδίτες από τον ανθρώπινο πόνο.

Με τις καινοτόμες κτιριακές υποδομές και τον πρωτοποριακό του εξοπλισμό, περιέθαλψε αμέτρητο αριθμό πασχόντων και εκπαίδευσε έναν εξίσου μεγάλο αριθμό επιστημονικού δυναμικού.

Η σημαντική του υπεροχή από τα υπόλοιπα νοσοκομεία σε συνθήκες εργασίας, σε υποδομές και σε ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών, το ανέδειξε σε σύντομο χρονικό διάστημα ως το καλύτερο Νοσοκομείο της πόλης μας με συνακόλουθη την αύξηση της ζήτησης τόσο, από τους πάσχοντες όσο και από τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας.

Η επιτυχημένη πορεία δημιούργησε, όπως ήταν αναμενόμενο, διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση την οποία δεν είχε τη δυνατότητα να καλύψει ο πρωτογενής σχεδιασμός του Νοσοκομείου αυτού.

Και τότε άρχισαν οι επεμβάσεις στις υποδομές. Στην αρχή κάποιοι διάδρομοι έγιναν γραφεία ή ιατρεία μετά καλύφθηκαν τα αίθρια και κατόπιν άρχισαν οι παραμορφώσεις, τα εξογκώματα και οι επεκτάσεις σύμφωνα με τις αντιλήψεις των εκάστοτε αρμοδίων.

Όπως όμως σε κάθε οργανισμό είναι προκαθορισμένη από το DNA του η εξελικτική του πορεία. Έτσι και σε ένα “δοχείο” παροχής υπηρεσιών υγείας, στον αρχικό του σχεδιασμό καθορίζονται οι δυνατότητες επεκτάσεων και μεταμορφώσεων.

Κάθε απόκλιση από αυτές, κατά το δοκούν, είναι σχεδόν βέβαιο πως οδηγεί σε τερατογενέσεις. Είναι λυπηρό να βλέπεις ένα νοσοκομείο που πριν από λίγες δεκαετίες ήταν το καύχημα αυτής της πόλης να στέκει ταλαιπωρημένο και παραμορφωμένο από τις ανθρώπινες επεμβάσεις και το σπουδαιότερο ένα νοσοκομείο αντιλειτουργικό, αντιπαραγωγικό και απαξιωμένο.

Ας έρθουμε όμως λίγο στα καθ’ ημάς, στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Είναι γνωστή η αυξανόμενη προτίμηση και η εμπιστοσύνη των πολιτών προς το Νοσοκομείο μας, μηδέ εξαιρουμένου και του ΕΚΑΒ.

Όμως οι δυνατότητες των υποδομών είναι προκαθορισμένες με συνέπεια την αδυναμία ανταπόκρισης στη ζήτηση με την απαιτούμενη ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

Η προτίμηση των πολιτών στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, πολλές φορές δημιουργεί το αδιαχώρητο με αποτέλεσμα, όπως είναι αναμενόμενο να αρχίσουν να ακούγονται τα πρώτα δίκαια παράπονα από τους πολίτες, οι οποίοι δεν έχουν τη δυνατότητα να εξυπηρετηθούν όπως παλαιότερα.

Άρχισαν επίσης οι ψίθυροι για ανάγκη κλεισίματος διαδρόμων, κτιριακών επεκτάσεων και λοιπών επεμβάσεων κάτι δυστυχώς που αποτελεί τον κανόνα στα περισσότερα Νοσοκομεία της πόλης μας για το οποίο δεν είναι δυνατό να αισθάνεται κανείς περήφανος.

Τώρα αμέσως χρειάζονται οι κατάλληλοι χειρισμοί από τους αρμόδιους ώστε να προλάβουμε τον επερχόμενο κίνδυνο, της υποβάθμισης και της εν συνεχεία απαξίωσης. Η ευθύνη μιας ενδεχόμενης αποτυχημένης πορείας θα βαρύνει όλους μας.

Είναι απαραίτητο να αρχίσει ένας εποικοδομητικός, μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων, διάλογος για τις λύσεις που πρέπει άμεσα να δοθούν γιατί θα είναι θλιβερό να ξαναδούμε το ίδιο έργο στην πόλη μας με διαφορά φάσεως μισού αιώνα.

Οι σελίδες του περιοδικού μας προσφέρονται για να ακουστούν όλες οι απόψεις.

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, Αναστάσιος Πετρόπουλος,  
Νικόλαος Νικολαΐδης, Λάμπης Λαζαρίδης,  
Γεώργιος Γεωργιάδης, Γιώργος Σακελλαρίου,  
Γεωργία Παπαϊωάννου, Ιωάννης Ευστρατίου,  
Κώστας Αντοσίδης, Φώτης Χατζηπουρναρόπουλος,  
Καλλιόπη Καραστογιαννίδου, Ιωάννα Κίκα,  
Γεωργία Κυριακέλη, Γιώργος Πιπερόπουλος,  
Αρίστη Τζώνη-Νικολαΐδη, Ιωάννης Κώτσος,  
Ελευθέριος Σαλπγιγίδης, Λιάνα Μιχαηλίδου

ΦΩΤΟΡΕΠΟΡΤΑΖ:  
ORAMA PRODUCTION

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 προηγούμενης έγγραφης αδειάς του εκδότη.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Editorial .....	1
Επίσκεψη Κωνσταντίνου Μητσστάκη: «Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι απόλυτα επιτυχημένο».....	3
Επίσκεψη του Μητροπολίτη Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως, κ. Βαρνάβα .....	7
Η ετήσια εκδήλωση του Ιδρύματος Παπαγεωργίου .....	8
Ζεστή χριστουγεννιάτικη παιδική γιορτή στο νοσοκομείο μας .....	18
Σύμφωνα με τη μεθοδολογία HACCP ετοιμάζεται και διανέμεται το φαγητό στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου .....	22
Πρωταρχικός στόχος του Νοσοκομείου μας η ασφάλεια των τροφίμων .....	24
Νευρολογική Κλινική του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου .....	28
Κλωνοποίηση=Νέος άνθρωπος, νέα κοινωνία και νέα ηθική; .....	30
Ακράτεια ούρων: Κρατήστε τη μακριά .....	32
Ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση του παιδιού που πάσχει από Σακχαρώδη Διαβήτη.....	34
«Χαμογέλα, μπορείς να τα αλλάξεις όλα» .....	39
Η θρομβοεμβολική νόσος .....	42
Τι είναι ο EOM .....	46
Μεταμοσχεύσεις: Ερωτήσεις και απαντήσεις .....	47
Η Β' Κλινική Χειρουργική Παιδών του ΑΠΘ .....	50
Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Πανεπιστημιακή Κλινική του Νοσοκομείου μας .....	54
Εορταστικό πρόγραμμα της ΧΑΝΘ στο Γ.Ν.Π.....	56
Τα πρώτα γενέθλια της Πανεπιστημιακής Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής στο Γ.Ν.Π. ....	58
Νεφρολογικό τμήμα Γ.Ν.Π.: «Dream Team» για όλη την Ελλάδα .....	62
Αλκοολισμός: Η πανάρχαια κοινωνικό - ψυχολογική μάστιγα .....	64
Άγιος Βασίλης έρχεται... στο Αιματολογικό .....	69
Η Β' ΜΕΝΝ μια από τις πιο σύγχρονες μονάδες .....	70
Το βήμα των εργαζομένων .....	72
Σύνδρομο "Mobbing": Σοβαρό πρόβλημα για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων .....	74
Εγκωμιαστικά σχόλια και ευχαριστήρια.....	78
Νοσοκομειακό σταυρόλεξο.....	81
Η γνώμη σας μετράει .....	82
Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου Παπαγεωργίου .....	85

# Επίσκεψη ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΜΗΤΣΟΤΑΚΗ

## «Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι απόλυτα επιτυχημένο»



**Τ**ην απόλυτη ικανοποίησή του και τη μεγάλη χαρά του για την κατάσταση που ίδιοι όμμασι διεπίστωσε στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, εξέφρασε ο τέως πρωθυπουργός, επίτιμος πρόεδρος της Νέας Δημοκρατίας Κωνσταντίνος Μητσοτάκης κατά την πρόσφατη επίσκεψή του στο νοσοκομείο το οποίο ο ίδιος είχε θεμελιώσει στις 12 Σεπτεμβρίου 1993 ως πρωθυπουργός.

Ο κ. Μητσοτάκης επισκέφθηκε το νοσοκομείο στις 12 Δεκεμβρίου 2005 συνοδευόμενος από τον Υπουργό Μακεδονίας-Θράκης Νίκο Τσιαρτσιώνη, τον βουλευτή Ν.Δ. Κώστα Κιλτίδη, τον πρόεδρο του Β' ΔΥΠΕ Κεντρικής Μακεδονίας Δημήτρη Βαρτζόπουλο, και κομματικά στελέχη. Τον υποδέχτηκαν ο δωρητής και πρόεδρος του νοσοκομείου Νίκος Παπαγεωργίου, ο πρόεδρος του Ιδρύματος Παπαγεωργίου Βασίλης Παπάς, ο Γενικός Διευθυντής Γιώργος Χριστόπουλος, μέλη του Δ.Σ., ο νομικός σύμβουλος δήμαρχος Πανοράματος Ιγνάτιος Καίτετζίδης, ο πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ καθηγητής Γιάννης Μπόντης, διευθυντές κλινικών, εκπρόσωποι των εργαζομένων και πλήθος στελεχών του νοσοκομείου καθώς και πολίτες που παρευρίσκοντο στη είσοδο και έσπευσαν να χαιρετήσουν τον τέως πρωθυπουργό.

Ο Κων. Μητσοτάκης ξεναγήθηκε σε κλινικές καθώς και σε χώρους των εξωτερικών ιατρείων όπου και ενημερώθηκε από τους επικεφαλής των τμημάτων, ενώ στη συνέχεια ακολούθησε αναλυτική ενημέρωσή του για τη λειτουργία του νοσοκομείου στην αίθουσα συσκέψεων.

**Κατά τη διάρκεια της ενημέρωσής του, ο πρόεδρος**

**του Δ.Σ. Νίκος Παπαγεωργίου απευθυνόμενος στον κ. Μητσοτάκη είπε τα εξής:**

«Κύριε Πρόεδρε

Είμαι πολύ συγκινημένος και ευτυχής που σας υποδέχομαι στο Νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ. Στο Νοσοκομείο που εσείς θεμελιώσατε. Στο δημιούργημά σας.

Δεν ξεχνώ όταν προ δεκαπενταετίας μεσολαβούντος του τότε Υπουργού Εξωτερικών Μιχάλη Παπακωνσταντίνου μας δεχτήκατε με τον αδελφό μου Λεωνίδα, ως Πρωθυπουργός της χώρας όπου σας κάναμε γνωστή την πρόθεσή μας να δώσουμε για το συγκεκριμένο έργο το ποσό των 30 εκατομ. \$ (δολαρίων).

Εκείνο το διάστημα δεν υπήρχε καμία σκέψη για ανάμιξή μας στο κτίσιμο και τον εξοπλισμό του, πολύ περισσότερο στη λειτουργία του. Η ανάμιξή μας σ' αυτά ήταν δική σας επιλογή, γιατί θυμάμαι επιγραμματικά αυτά που εκείνη τη στιγμή μας είπατε, αφού μας ευχαριστήσατε για την προσφορά :

«Κύριοι εάν θέλετε να το δείτε να τελειώνει και να το χαρείτε, κτίστε το μόνοι σας».

Εκείνη τη στιγμή δεν μπορούσα να συνειδητοποιήσω το βάρος και το βάθος εκείνης της προτροπής.

Το συνειδητοποίησα όμως στη συνέχεια με όσα επακολούθησαν, όσα γράφτηκαν και ειπώθηκαν από τα διαπλεκόμενα συμφέροντα.

Κύριε Πρόεδρε, μας τιμήσατε με την εμπιστοσύνη σας αναθέτοντάς μας την κατασκευή αυτού του σημαντικού έργου. Θέλω να πιστεύω πως και εμείς ανταποκριθήκαμε. Το έργο που έχετε μπροστά σας το επιβε-

βαιώνει. Το Ίδρυμα με τους συνεργάτες του δουλέψανε σκληρά, αντιμετώπισανε όλες τις αντιξοότητες, σε ένα σκληρό και αδυσώπητο αγώνα.

Σήμερα η δικαίωσή τους είναι αποδεκτή από φίλους και αντιπάλους, αλλά κυρίως από τον ανώνυμο πολίτη που δέχεται τις υπηρεσίες του.

Στο ξεκίνημα λοιπόν της προσπάθειας ο αρχικός σχεδιασμός ήταν να γίνει ένα Νοσοκομείο για τις Δυτικές Σηνοικίες με δύναμη 350 κρεβατιών.

Σήμερα η δύναμη του έφτασε τα 800 κρεβάτια και προσφέρει τις υπηρεσίες του σε όλη τη Βόρειο Ελλάδα και όχι μόνον.

Είναι ένα από τα καλύτερα Νοσοκομεία της Ελλά-

δας αν όχι το καλύτερο και δεν έχουμε να ζηλέψουμε τίποτα από τα καλύτερα της Ευρώπης.

Προσφέρουμε πολύ υψηλού επιπέδου υπηρεσίες.

Είμαστε πρώτοι στην παραγωγικότητα.

Και σε καλά επίπεδα συμπεριφοράς των εργαζομένων προς τους ασθενείς.

Στα οικονομικά αποτελέσματα τρέχουμε με έλλειμμα 30% όταν αυτό στα δημόσια περνά το 80%.

Και είμαστε το μόνο Δημόσιο Νοσοκομείο που μπορεί να σταθεί ανταγωνιστικά απέναντι στον Ιδιωτικό χώρο της Υγείας.

Όλα αυτά στηρίζονται στη λειτουργική δομή που έχει αναπτυχθεί στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου.



Στον περιορισμό της σπατάλης.

Το σοβαρότερο όμως είναι οι νέοι και ορεξάτοι άνθρωποι που το έχουν στελεχώσει σε όλους τους τομείς.

Σ αυτούς στηρίζεται η όλη μας επιτυχία.

Δουλεύουμε με πληρότητα 100% και ο δείκτης ευχαρίστησης από τα στατιστικά στοιχεία που έχουμε ξεπερνά το 80%.

Πρωτόγνωρα για Δημόσιο Νοσοκομείο.

Όσοι ασχολούνται με τα θέματα Υγείας μας θεωρούν σαν πρότυπο.

Το θέμα των ράντσων δεν μας απασχόλησε ποτέ.

Δεν επαναπαυόμαστε όμως με όσα πετύχαμε έχουμε πολύ δρόμο ακόμη μπροστά μας. Πολλά μπορούν και πρέπει να γίνουν.

Από την πολιτεία δεν έχουμε παράπονα.

Έχουμε την πλήρη στήριξη της. Η συνεργασία μας με το Β' ΔΥΠΕ, Κεντρικής Μακεδονίας το Διοικητή κ. Δημήτρη Βαρτζόπουλο και τον Αντιπρόεδρο κ. Βασίλη Δελή, είναι άριστη.

Κύριε Πρόεδρε, σας ευχαριστούμε για την τιμή που μας κάνατε, με το να βρεθείτε ανάμεσά μας, σ' αυτή την ιστορική στιγμή της ολοκλήρωσης της λειτουργίας του Νοσοκομείου ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ».

Ακολούθως ο Βασίλης Παπάς επέδωσε στον τέως πρωθυπουργό εκ μέρους του Ιδρύματος Παπαγεωργίου τιμητική πλακέτα εις ένδειξη ευγνωμοσύνης για την καθοριστική βοήθειά του κ. Μητσοτάκη στη δημιουργία του νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

**Μετά την ενημέρωσή του ο Κωνσταντίνος Μητσοτάκης έκανε στους δημοσιογράφους τις ακόλουθες δηλώσεις:**



«Για μένα είναι μια πολύ ευχάριστη μέρα σήμερα γιατί επισκέφθηκα για πρώτη φορά το νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» το οποίο θεμελιώσαμε το 1993. Είδα με μεγάλη μου χαρά ότι το νοσοκομείο αυτό είναι απόλυτα πετυχημένο. Αρχιτεκτονικά, ως κτίριο, ως οργάνωση, και προπαντός από πλευράς επιπέδου, βρίσκεται αδιαμφισβήτητα στην πρώτη γραμμή. Το ξεκινήσαμε για 350 κλίνες και είναι 800 στην πλήρη του ανάπτυξη και ολοκληρώνεται και το προσωπικό το οποίο χρειάζεται είναι πράγματι ένα νοσοκομείο που αποτελεί κόσμημα, που υπηρετεί την περιοχή της Θεσσαλονίκης και όχι μόνο, τη μείζονα περιοχή και που αποτελεί και πρότυπο. Χαίρομαι γιατί η πολιτική που εγώ τότε ακολούθησα, της συνεργασίας ιδιωτικού και δημοσίου δικαίου, νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και οφείλεται εξ ολοκλήρου στην αφοσίωση, στην ικανότητα και στη θυσία που προσέφερε η οικογένεια Παπαγεωργίου, ιδιαίτερα ο παριστάμενος φίλος μου, ο οποίος αντιμετώπισε, όπως πάντοτε κάποιος που κάνει κάτι καλό στην Ελλάδα, το φθόνο, τα συμφέροντα, αλλά το μακεδονικό πείσμα του τελικά επικράτησε.

Σήμερα, είναι μια μέρα ικανοποίησης, μια μέρα χαράς για όλους μας. Θέλω να συγχαρώ και πάλι τον κύριο Παπαγεωργίου, να συγχαρώ το εξαιρετο προσωπικό. Το νοσοκομείο αυτό κατάφερε να συνδυάσει το ΕΣΥ, πανεπιστημιακές κλινικές- είναι περίπου 18 οι συγκεκριμένες εδώ- και κλινικές ιδιωτικού δικαίου.

Αποτελεί για μένα το τέλει πρότυπο, αποτελεί την ελπίδα. Και θέλω να σας πω και μία τελευταία παρατήρηση. Στο νοσοκομείο αυτό μετριέται η δαπάνη και μετριέται και η απόδοση. Το προσωπικό μπορεί ενδεχο-





μένως να στενοχωριέται γιατί πρέπει να εργάζεται περισσότερο από ό,τι δεν εργάζεται στην ουσία στο Δημόσιο, αλλά πρέπει να καταλάβουμε ότι αυτό αποτελεί ζήτημα ζωής για την Ελλάδα. Όταν λέμε ότι η Ελλάδα πρέπει να γίνει ανταγωνιστική αυτό εννοούμε. Ότι πρέπει να δουλέψουμε περισσότερο, να μετρήσουμε την απόδοση και να αποδώσουμε τα εύσημα σε αυτούς που εργάζονται, και από την άλλη μεριά να παραμερίσουμε αυτούς που δεν εργάζονται. Η αξιολόγηση των δαπανών αποτελεί το μεγάλο πρόβλημα της χώρας μας, η οποία τον τελευταίο καιρό δυστυχώς έχει ολισθήσει όχι μόνο στη διαφθορά, αλλά και στη σπατάλη την αλόγιστη. Δεν είναι όλα ζητήματα πιστώσεων,

ακόμα και στο θέμα της Υγείας, το μεγάλο πρόβλημα, όπου γίνεται μια καλή προσπάθεια, κατά κοινή ομολογία, από τον φίλο μου τον Νικήτα Κακλαμάνη, για μένα το μεγάλο πρόβλημα είναι αυτό. Να μετρηθεί η απόδοση και να αξιοποιηθεί και το τελευταίο ευρώ του Έλληνα φορολογούμενου ο οποίος δεν έχει τη δυνατότητα να σπαταλούνται αυτά από το υστέρημά του»

**Η επίσκεψη του κ. Μητσοτάκη στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου ολοκληρώθηκε με γεύμα που παρέθεσε προς τιμή του η διοίκηση στο εστιατόριο του νοσοκομείου, στο οποίο παρακάθησαν πλήθος συναδαιτημένων.**

# Επίσκεψη στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» του **Μητροπολίτη Νεαπόλεως** και **Σταυρουπόλεως, κ. Βαρνάβα**



**Τ**ο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου» και ειδικότερα του καρδιολογικού Τμήματος της Στεφανιαίας Μονάδας καθώς και τα μικρά παιδιά που νοσηλεύονταν στη Παιδιατρική και στην Παιδοχειρουργική πτέρυγα, επισκέφθηκε ο Σεβασμιώτατος Μητροπολίτης Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως κ. Βαρνάβας, με την ευκαιρία των εορτών του Αγίου Δωδεκαημέρου.

Ο Σεβασμιώτατος αντάλλαξε ευχές με ασθενείς, συνοδούς, προσωπικό και διοίκηση, και πρόσφερε δώρα. Την επίσκεψη πλαισίωσε η χορωδία του Αγίου Παντελεήμονος Πολίχνης, με παραδοσιακά κάλαντα και τραγούδια.

Τον Σεβασμιώτατο υποδέχθηκαν και συνόδευσαν στην επίσκεψή του ο Πρόεδρος του Νοσοκομείου κ. Νίκος Παπαγεωργίου, ο Γενικός Διευθυντής κ. Γεώργιος Χριστόπουλος, οι Διευθυντές των Κλινικών και οι Διευθύνουσες, ενώ τα παιδιά και οι ασθενείς τον υποδέχθηκαν με ιδιαίτερη συγκίνηση και χαρά.

## Παλαιά και νέα στελέχη του Γ.Ν. Παπαγεωργίου καλωσόρισαν τη Νέα Χρονιά

**Τ**ο καθιερωμένο δείπνο προς τιμή των εργαζομένων στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου παρέθεσε στις 1 Φεβρουαρίου 2006, στην αίθουσα του ξενοδοχείου «Αστέρια» στο Πανόραμα Θεσσαλονίκης, το Ίδρυμα Παπαγεωργίου.

Οι οικοδεσπότες, Βασίλης Παπάς πρόεδρος του Ίδρυματος και Νίκος Παπαγεωργίου πρόεδρος ΔΣ του Νοσοκομείου, ιδιαίτερα χαρούμενοι υποδέχτηκαν τους εκλεκτούς προσκεκλημένους, Υπουργό Μακεδονίας-Θράκης Νίκο Τσιαρτσιώνη, τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, τους επικεφαλής κλινικών, τμημάτων και υπηρεσιών καθώς και πλήθος άλλων στελεχών του νοσοκομείου.

Το δείπνο ευλόγησε ο Σεβασμιότατος Μητροπολίτης Νεαπόλεως-Σταυρουπόλεως και Δυτικών Συνοικιών κ. Βαρνάβας Τύρης. Μέσα σε μία ιδιαίτερα φιλική και ζεστή ατμόσφαιρα, παλαιά και νέα στελέχη του ΓΝΠ ευχήθηκαν όλοι μαζί η νέα χρονιά να είναι ένα ακόμη ανοδικό σκαλοπάτι για την πορεία του νοσοκομείου.

Τα εκλεκτά εδέσματα, οι μελωδικές νότες, το τσούγκρισμα των ποτηριών, οι ανταλλαγές ευχών, τα χαμό-

γελα παλιών και νέων στελεχών, ακολούθησαν οι χορευτικές φιγούρες των καλεσμένων στη πίστα μέχρι τις πρώτες πρωινές ώρες.

Αυτή η μοναδική, μεγάλη ενωμένη οικογένεια, οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου, απέδειξαν και φέτος στην καθιερωμένη γιορτή υποδοχής της νέας χρονιάς, ότι μπορούν και ξεπερνούν τα προβλήματα της καθημερινότητας, αισιοδοξούν για το μέλλον, έχουν όρεξη και μεράκι να προσφέρουν στον συνάνθρωπο.

Την εκδήλωση χαιρέτησαν οι: Μητροπολίτης κ. Βαρνάβας, Υπουργός Μακ-Θράκης Νίκος Τσιαρτσιώνης, Διοικητής Β' ΔΥΠΕ Δημήτριος Βαρτζόπουλος, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ Ιωάννης Μπόντης, Γενικός Διευθυντής ΓΝΠ Γιώργος Χριστόπουλος καθώς και οι πρόεδροι του Ίδρυματος και του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, Βασίλης Παπάς και Νίκος Παπαγεωργίου.

**Ακολουθεί φωτορεπορτάζ του Γιώργου Μαυρομάτη που απαθανάτισε χαρακτηριστικά στιγμιότυπα της εκδήλωσης.**





**Σεβασμιότατος Μητροπολίτης Νεαπόλεως  
και Σταυρουπόλεως  
κ. Βαρνάβας Τύρης**

**Η** παρουσία μου εδώ ως επισκόπου της τοπικής εκκλησίας των Δυτικών συνοικιών μέσα στο οποίο έχω την ευλογία να έχουμε το νοσοκομείο Παπαγεωργίου και αυτό σημαίνει μέσα στην αγκαλιά της τοπικής εκκλησίας είστε όλοι εσείς, αποτελεί για μας ευλογία, τιμή και χαρά.

Η παρουσία μου εδώ είναι για να σας πει η τοπική εκκλησία ευχαριστώ, ξεκινώντας από τον πρόεδρο, ξεκινώντας από τους γιατρούς μας, ξεκινώντας από τους εργαζομένους, τους νοσηλευτές όσους εργάζονται και κοπιάζουν σ' αυτόν τον πλέον ευαίσθητο χώρο, σε μια διακονία αγάπης. Διακονώντας ότι πιο πολύτιμο έχει χαρίσει ο Θεός στο κόσμο. Τη ζωή.

Το νοσοκομείο Παπαγεωργίου ανέβασε τον πήχη ψηλά.

Πάει πολύ καλά και το καμαρώνουμε όλοι.

Το νοσοκομείο Παπαγεωργίου όμως είναι τα πρόσωπα δεν είναι τα κτίρια και τα πρόσωπα είστε όλοι εσείς. Σας ευχαριστώ για ότι κάνετε για το λαό μας.

Η προσευχή μου και η αγάπη μου σας αγκαλιάζει. Σας εύχομαι καλή δύναμη και καλή Χροιά



**Βασίλης Παπάς,**  
Πρόεδρος Ιδρύματος Παπαγεωργίου

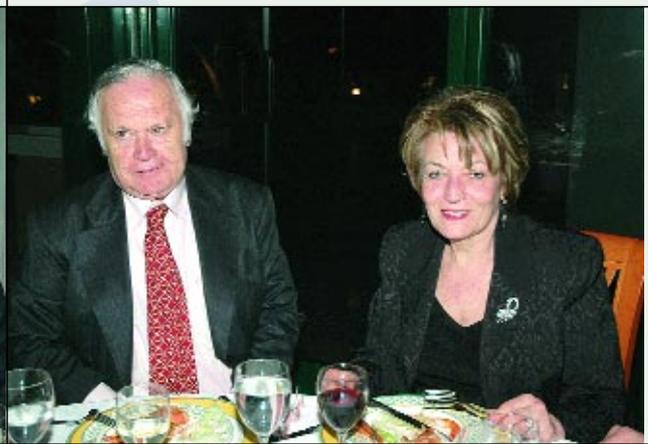
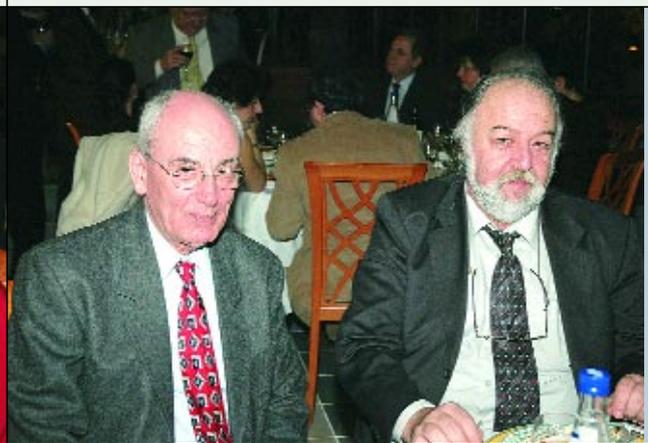
**Ν**ομίζω ότι σήμερα είναι μία μέρα γιορτής που τη δικάιούνται όλοι οι εργαζόμενοι γιατί πιστεύω ότι δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό και γι' αυτό πάει το νοσοκομείο μας πάρα πολύ καλά. Τους εύχομαι να είναι όλους καλά και να προσπαθούν όπως προσπάθησαν μέχρι τώρα. Πιστεύω ότι το νοσοκομείο αυτό έχει πολλές δυνατότητες και οι Θεσσαλονικείς αξίζουν να έχουν τέτοιο νοσοκομείο. Για τους αδελφούς Παπαγεωργίου τους εύχομαι να είναι πάντα γεροί και να προσφέρουν με την ίδια όρεξη και με τον ίδιο ζήλο όπως προσέφεραν μέχρι τώρα.



**Νίκος Παπαγεωργίου,** πρόεδρος ΔΣ ΓΝΠ

**Σ**ας ευχαριστώ όλους που μας τιμάτε με την παρουσία σας και χαίρομαι ιδιαίτερα που βρίσκομαι ανάμεσά σε τόσα φιλικά πρόσωπα στην καθιερωμένη πλέον εορταστική εκδήλωση. Φέτος είμαι ιδιαίτερα ευτυχής γιατί έχουμε ανάμεσά μας και νέους εξεχόντες διευθυντές οι οποίοι καλύπτουν τα κενά που υπήρχαν σε διευθυντικές θέσεις των κλινικών. Με τον ερχομό τους έχει γίνει ένα ακόμη βήμα για την πλήρη ανάπτυξη του νοσοκομείου. Τους καλωσορίζω και σας παρακαλώ όλους μαζί παλιά και νέα στελέχη να πιούμε ένα ποτήρι, να ευχηθούμε Χρόνια Πολλά, Καλή Χρονιά υγεία, χαρά, ευτυχία και καλή πορεία για το νοσοκομείο Παπαγεωργίου, την οποία θεωρώ σίγουρη όταν υπάρχουν τόσο πολύ καλοί φίλοι και άξιοι συνεργάτες που τη στηρίζουν.





## Νίκος Τσιαρτσιώνης, Υπουργός Μακεδονίας-Θράκης

**Ν**α πούμε ότι ήρθαμε να τιμήσουμε αυτή τη βραδιά, του προσωπικού αλλά και της διεύθυνσης του νοσοκομείου Παπαγεωργίου που τιμά τη πόλη, τιμά τη Βόρεια Ελλάδα αλλά τιμά και κάτι άλλο. Το ότι σέβεται τους πολίτες και ότι παρέχει υψηλού επιπέδου παροχή υγείας και βέβαια δεν είναι μόνο αυτό, είναι ότι είναι πρωτόπορο στο χώρο του καθότι έχει μία ιδιαιτερότητα η οποία το χαρακτηρίζει. Το γεγονός ότι προηγήθηκε της εποχής του. Ότι ο ιδιωτικός τομέας με το κράτος αλλά και με το πανεπιστήμιο συνήψε μια σχέση πριν από πάρα πολλά χρόνια και αυτή η σχέση έδωσε καρπούς τέτοιους που σήμερα μπορούμε να λέμε ότι πραγματικά ήταν μία επιτυχημένη συνταγή που ήρθε να ταυτιστεί σήμερα με την κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας μέσω του νέου νόμου περί συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

Επομένως το νοσοκομείο Παπαγεωργίου πιστεύω ότι υπήρξε ο προπομπός αυτού του τρόπου ανάπτυξης που νομίζω ότι έχει πεδίο δόξης λαμπρό και για το μέλλον της ανάπτυξης της χώρας.

Θεωρώ ότι αυτές οι βραδιές και αυτή η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους, μεταξύ του προσωπικού είναι ότι καλύτερο γιατί ο ανθρώπινος παράγων ιδιαίτερα στην παροχή υγείας είναι το Α και το Ω. Θέλω να δώσω συγχαρητήρια σ' όλους τους συντελεστές αλλά και τις ευχές μου για μια λαμπρή πορεία όπως αυτή προηγήθηκε.



**Δημήτριος Βαρτζόπουλος,**  
Διοικητής Β' ΔΥΠΕ Κεντρικής Μακεδονίας

**Τ**ο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου αποτελεί πράγματι μια ιδιόμορφη και ιδιαίζουσα περίπτωση. Είναι ένα νοσοκομείο πρότυπο, ένα νοσοκομείο το οποίο προήλθε από την ιδιωτική πρωτοβουλία και το οποίο αποτελεί όχι απλώς ένα συστατικό μέρος του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά τολμώ να πω και ένα νοσοκομείο το οποίο θα δημιουργήσει καινούργιες προϋποθέσεις λειτουργίας αυτού του Εθνικού Συστήματος. Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου όχι απλώς βοηθά αυτή τη στιγμή στο να προσφέρει το Εθνικό Σύστημα Υγείας ότι το καλύτερο μπορεί στον Έλληνα πολίτη αλλά συγχρόνως του δίνει τη δυνατότητα να δοκιμάσει καινούργιες ιδέες και καινούργια πρότυπα λειτουργίας και του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού. Ευελπιστούμε ότι μέσα στο 2006 στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου θα εφαρμόσουμε καινούργιους τρόπους λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Και όσον αφορά το δέσιμο της ιδιωτικής πρωτοβουλίας αλλά και της δημοσίας εξασφάλισης της παροχής αξιόπιστων παροχών υγείας στον πολίτη αλλά συγχρόνως να δώσει και τη δυνατότητα να μπορέσουμε να δοκιμάσουμε στη πράξη πως αυτή η προσφορά του ιδιωτικού τομέα θα μπορέσει να υλοποιήσει την κοινωνική της πρόταση. Γι' αυτό η παράκληση η δική μας είναι ας αφήσουμε το νοσοκομείο Παπαγεωργίου να λειτουργήσει χωρίς έξωθεν παρεμβάσεις.

Βραδιάς σαν τη σημερινή δίνουν τη δυνατότητα σε ανθρώπους διαφορετικών προελεύσεων όπως είναι το προσωπικό, ιδιωτικού και δημοσίου δικαίου, οι γιατροί ιδιωτικού, δημοσίου και πανεπιστημιακής προελεύσεως να δείξουν κάτι πάρα πολύ απλό. Όταν υπάρχει η διάθεση προσφοράς και όταν κυρίως υπάρχει η αίσθηση του καθήκοντος, το από πού προέρχεται ο καθένας, το τι σχέση εργασίας έχει ο καθένας είναι δευτερεύον. Σημασία έχει, να έχουμε την πρόθεση και τη διάθεση να εργαστούμε όλοι μαζί και όταν υπάρχει αυτή η πρόθεση και όταν υπάρχει αυτή η διάθεση θα φτιάξουμε και το θεσμικό εκείνο πλαίσιο το οποίο επαναλαμβάνω θα αποτελέσει πρωτοπορία για τα ελληνικά δεδομένα.

Εγώ ένα μόνο έχω να πω για τους αδελφούς Παπαγεωργίου, -όπως το λέει ο λαός,- να κόβει εμάς χρόνια να τους δίνει μέρες, να κόβει εμάς μέρες να τους δίνει χρόνια για να υλοποιήσουν στο έπακρον αυτό το οποίο έχουν κατά νου και το οποίο ξεκίνησαν φτιάχνοντας το νοσοκομείο Παπαγεωργίου.



## Ιωάννης Μπόντης,

Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Διευθυντής Α΄ Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ στο ΓΝΠ

**Τ**ο νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι ένα κόσμημα για τη Βόρεια Ελλάδα, έχει τις δυνατότητες να είναι το πρώτο νοσοκομείο στην Ευρώπη. Το έμπυχο υλικό, το ιατρικό προσωπικό, το παραϊατρικό, η διοίκηση, πραγματικά προσφέρουν πάρα πολλά για το όφελος των ασθενών. Η διοίκηση του νοσοκομείου Παπαγεωργίου, οι αδελφοί Παπαγεωργίου πρόσφεραν πάρα πολλά και πραγματικά τους ευχόμαστε μιας και σήμερα είναι η γιορτή που είχε και σημαντική επιτυχία, υγεία και δύναμη για να μπορέσουμε τελικά όλοι μαζί, γιατί μόνο συλλογικά μπορούμε να αναπτύξουμε, να βοηθήσουμε ώστε το νοσοκομείο αυτό όπως είπα στην αρχή να είναι το πρώτο στην Ευρώπη και μπορεί να είναι. Ήδη πήραμε και την πιστοποίηση, όπως είναι γνωστό, στη μαιευτική κλινική από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Μπορούν λοιπόν και οι άλλες κλινικές και τα εργαστήρια. Χρειαζόμαστε μια βοήθεια από την πολιτεία για να πάμε μπροστά.





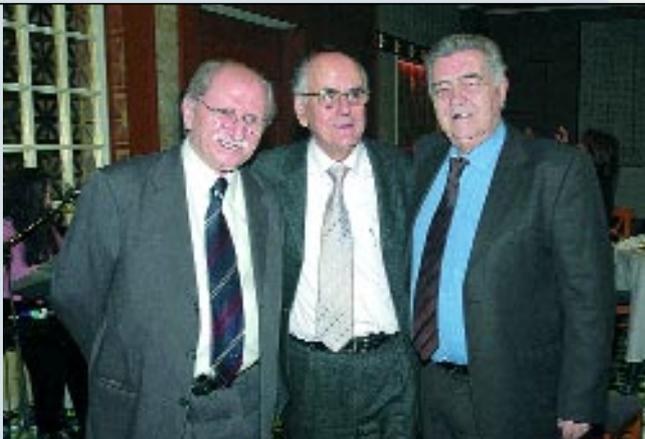
### **Γεώργιος Χριστόπουλος,** Γενικός Διευθυντής ΓΝΠ

**Τ**ο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου έχει καθιερώσει κάθε χρόνο να κάνει μία κοινωνική εκδήλωση που αποτελεί σύσφιξη σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων. Η καθημερινότητα φέρνει τριβές, αυτές οι εκδηλώσεις όμως εξομαλύνουν τα πράγματα και αποτελεί νέα αφηγηρία για τη καινούργια χρονιά. Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου έχει μπει πλέον σε μια πορεία ανοδική, έχει καταξιωθεί από την κοινωνία και από τους κυβερνώντες, δεν υπάρχει πισωγύρισμα πλέον. Η πορεία είναι προς τα εμπρός, είμαστε όλοι αισιόδοξοι, και θα πάμε πάρα πολύ καλά.

Το Ίδρυμα Παπαγεωργίου και συγκεκριμένα οι δωρητές είναι εκείνοι οι οποίοι σε καθημερινή βάση είναι μπροστάρηδες, συμβάλλουν με την καθημερινή τους φροντίδα, και παρουσία και ενίσχυση του νοσοκομείου στο να ξεπεράσουμε κάποια προβλήματα. Ουσιαστικά πυροδοτούν μια άλλη λειτουργία για το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου.

Χρόνια Πολλά για όλους και αυτή η χρονιά να είναι καλύτερη από τις προηγούμενες.





# Ζεστή Χριστουγεννιάτικη παιδική γιορτή στο νοσοκομείο μας



*Η παράσταση της καλλιτεχνικής ομάδας της χριστουγεννιάτικης γιορτής κέντρισε τη φαντασία των μικρών προσκεκλημένων χαρίζοντάς τους ένα ταξίδι στον κόσμο των παραμυθιών και του Άη-Βασιλη.*

**Σάββατο 17 Δεκεμβρίου 2005.** Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου μετατράπηκε σε μία απέραντη γιορτή. Εκατοντάδες παιδιά των εργαζομένων στο νοσοκομείο ανταποκρίθηκαν στην πρόσκληση του Ιδρύματος Παπαγεωργίου και της διοίκησης του νοσοκομείου να γιορτάσουν όλα μαζί τη γέννηση του Χριστού, με τον τρόπο που μόνο τα παιδιά ξέρουν.

Ένα Χριστουγεννιάτικο παραμύθι ξεκίνησε από νωρίς το πρωί να ξετυλίγεται και να ζωντανεύει στο νοσοκομείο μέσα από γνωστές φιγούρες ηρώων της παιδικής φαντασίας, ξυλοπόδαρους, ακροβάτες, κλόουν και πλούσιες μουσικοχορευτικές και εικαστικές πινελιές.

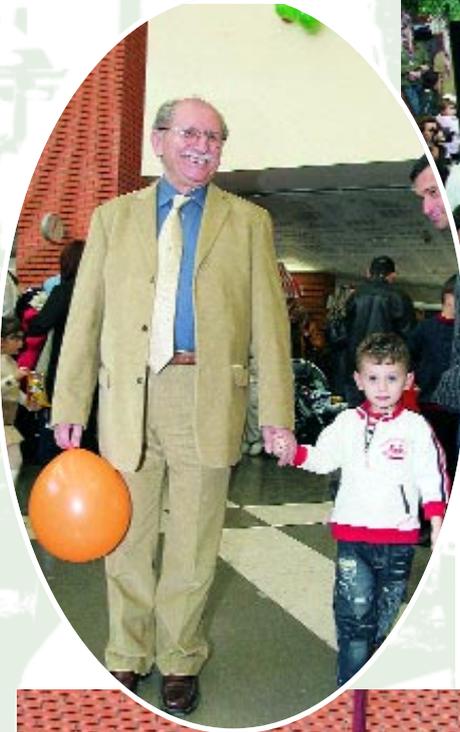
Στη γιορτή έδωσαν «το βροντερό παρών» περίπου 1500 μικροί πρωταγωνιστές που για πολλές ώρες έκαναν το νοσοκομείο να θυμίζει χώρο παιχνιδιού και διασκέδασης. Η εκδήλωση ήταν μια προσφορά του Ιδρύματος Παπαγεωργίου και στη διοργάνωση συνέβαλαν η διοίκηση του νοσοκομείου και ομάδα εργαζομένων με επικεφαλής την Τέρψη Κανατσαροπούλου και τη Λιάνα Μιχαηλίδου.



*Εκατοντάδες παιδιά στροβιλίστηκαν στους ρυθμούς του Καρουσέλ, τραγούδησαν, υποδέχθηκαν τον Άη Βασίλη, ξετύλιξαν τα πλούσια δώρα τους και διασκέδασαν με τις χορευτικές φιγούρες των κλόουν.*

Παρόντες ήσαν επίσης ο Πρόεδρος του Ιδρύματος Βασίλης Παπάς, ο πρόεδρος του Δ.Σ. του νοσοκομείου Νίκος Παπαγεωργίου, ο Γενικός Διευθυντής Γιώργος Χριστόπουλος, διευθυντές κλινικών και τμημάτων, πλήθος εργαζομένων στο νοσοκομείο και βέβαια οι γονείς των παιδιών που είχαν την ευκαιρία να συνορτάσουν με τα παιδιά τους και να τα καμαρώσουν ταυτόχρονα.





*Ο πλούσιος γιορτινός διάκοσμος, οι δεκάδες γλυκές γωνιές με λιχουδιές, η συμμετοχή των παιδιών σε πρωτότυπες δραστηριότητες και οι μικροί μπόμπιρες που προσπαθούσαν να μιμηθούν τον επιδέξιο ακροβάτη της Χριστουγεννιάτικης γιορτής μετέτρεψαν τους χώρους του νοσοκομείου σε ένα απέραντο παιδότοπο.*



Τα πλούσια δώρα που μοιράστηκαν στα παιδιά καθώς και εκατοντάδες άλλα δώρα που μοιράστηκαν στις κλινικές Παιδιατρική, Παιδοχειρουργική, Νεογνολογική και Μαιευτική για να δοθούν στα παιδιά που νοσηλεύονταν καθ' όλη τη διάρκεια των εορτών ήταν μία προσφορά του Ιδρύματος Παπαγεωργίου, ενώ ο πλούσιος μπουφές και οι λιχουδιές για τα παιδιά προ-



σφέρθηκαν από την εταιρία Ε. Βαβουράκης ΑΒΕΤΕ, η οποία έχει αναλάβει τα κυλικεία, το εστιατόριο καθώς και την τροφοδοσία των ασθενών και του προσωπικού του νοσοκομείου.

Και επειδή «μία φωτογραφία ισοδυναμεί με χίλιες λέξεις», δημοσιεύουμε πλούσιο φωτορεπορτάζ από την εκδήλωση που ισοδυναμεί με πολλές χιλιάδες λέξεις.



Ήρωες Χριστουγεννιάτικων παραμυθιών ζωντάνεψαν στα πρόσωπα των μικρών παιδιών από τα «μαγικά χέρια» των καλλιτεχνών της γιορτής.





## Σύμφωνα με τη μεθοδολογία HACCP ετοιμάζεται και διανέμεται το φαγητό στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου



Γράφει ο **Γεώργιος Καρατζάς**  
Διευθυντής Διοικητικής  
Διεύθυνσης Γ.Ν. Παπαγεωργίου

*Στηρίζομαστε σε σύγχρονα  
πρότυπα που έχουν καταρτιστεί  
με βάση την πρόσφατη  
επιστημονική γνώση.*



*Νίκος Μπάλλας, Νίκη Τζουανοπούλου(επόπτες υγείας ΓΝΠ),  
Καλλιόπη Καραστογιαννίδου(τεχνολόγος τροφίμων ΓΝΠ),  
Ειρήνη Κατσανίκα (διαιτολόγος ΓΝΠ), Φελίτσε Μαντζέ-  
ρης(τεχνολόγος τροφίμων της Βαβουράκης ΑΒΕΤΕ), Μαρία  
Βαλαβάνη(ειδικευόμενη διαιτολόγος ΓΝΠ), αποτελούν την  
ομάδα επίπτωσης της τροφοδοσίας του νοσοκομείου.*

**Σ**το Γ.Ν. Παπαγεωργίου λειτουργεί μονάδα παραγωγής των τροφίμων που σερβίρονται στους εσωτερικούς ασθενείς των κλινικών και εστιατόριο στο οποίο σερβίρεται φαγητό σε οποιονδήποτε θέλει να σιτιστεί εκτός των ασθενών. Το εστιατόριο δηλαδή, λειτουργεί για όλο το προσωπικό του νοσοκομείου, τους εφημερεύοντες ιατρούς, τους συνοδούς των ασθενών, τους επισκέπτες και τους φοιτητές.

Όλοι οι χειρισμοί παραγωγής των τροφίμων που παράγονται στις εγκαταστάσεις της τροφοδοσίας του Γ.Ν. Παπαγεωργίου, καθώς και η διαχείριση των πρώτων και βοηθητικών υλών αλλά και των τελικών προϊόντων, γίνονται σύμφωνα με τεκμηριωμένες διαδικασίες παραγωγής και ελέγχου ποιότητας σύμφωνα με την μεθοδολογία HACCP για την ασφάλεια και την υγιεινή των τροφίμων.

Η προμήθεια των πρώτων υλών γίνεται από αξιόπιστους προμηθευτές με τους οποίους προσυμφωνείται η ποιότητα των προϊόντων που πρόκειται να παραληφθεί, καθώς και οι συνθήκες μεταφοράς τους. Περιοδικά, πραγματοποιείται έλεγχος των εγκαταστάσεων των προμηθευτών από ειδικευμένα στελέχη του Νοσοκομείου.

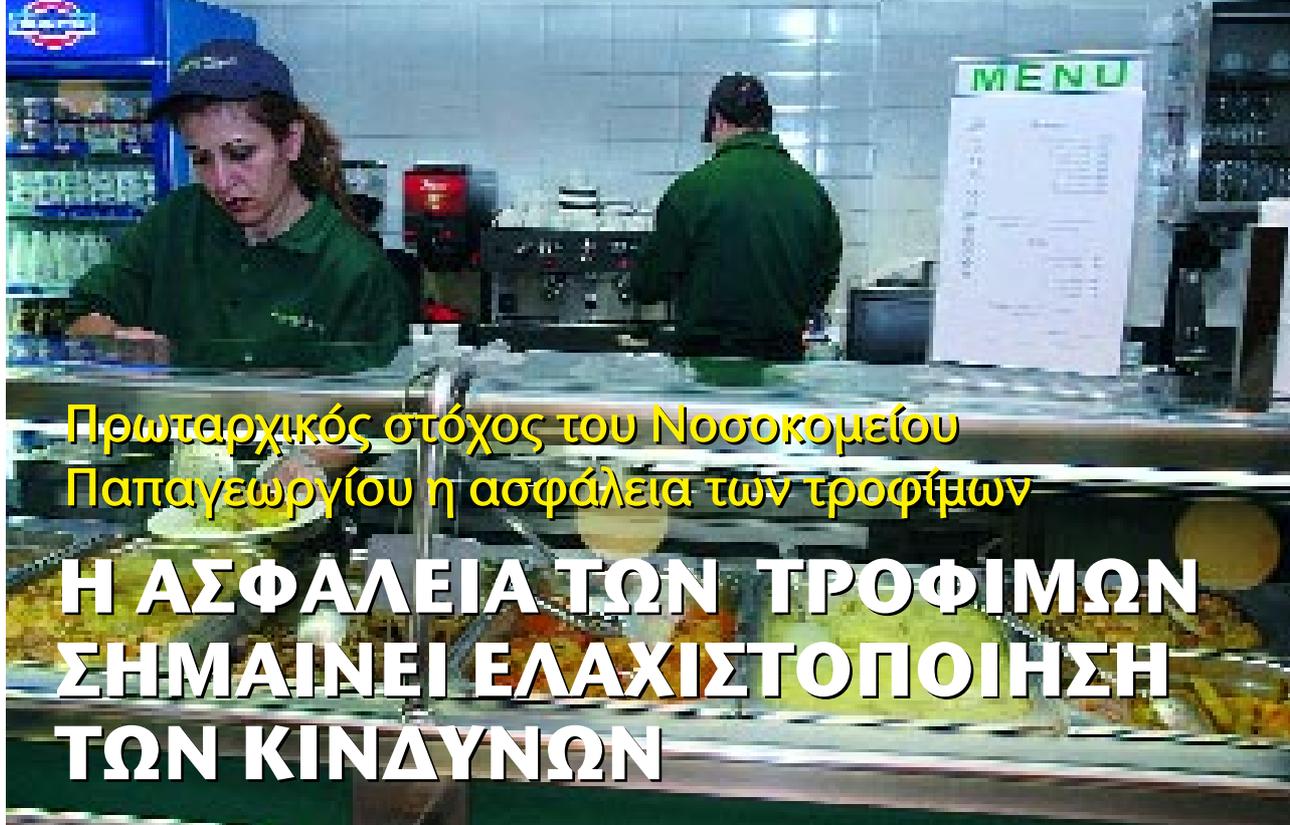
Οι εργαζόμενοι στους χώρους χειρισμού τροφίμων φορούν καθαρή προστατευτική ενδυμασία εργασίας και υποδήματα που χρησιμοποιούν αποκλειστικά στην εργασία τους. Ελέγχονται για την τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής και ορθής βιομηχανικής πρακτικής, σε όλη τη διάρκεια της εργασίας τους και επίσης ελέγχονται ιατρικά κατά τακτά διαστήματα με την τήρηση των σχετικών αρχείων. Όλο το προσωπικό που χειρίζεται τρόφιμα εκπαιδεύεται σχετικά και με βάση ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης.

Το μαγειρευμένο φαγητό και τα συνοδευτικά εδέσματα μεριδοποιούνται σε ιδιαίτερη ψυχόμενη αίθουσα επάνω σε κυλιόμενη ταινία. Στη συνέχεια τοποθετούνται σε ειδικά ισοθερμικά τροχήλατα μεταφοράς και αναθέρμανσης φαγητού, τα οποία διαθέτουν ένα θερμαινόμενο τμήμα για το κυρίως πιάτο και ένα μη θερμαινόμενο για τον δίσκο με τα υπόλοιπα είδη. Στη συνέχεια μεταφέρονται με υπηρεσιακούς ανελκυστήρες στις κλινικές.

Όταν τα τροχήλατα φαγητού φθάσουν στους ορόφους των κλινικών, οδηγούνται στα office φαγητού (κουζίνες προετοιμασίας) που αντιστοιχούν στην κάθε κλινική για αναθέρμανση υπό ελεγχόμενες συνθήκες θερμοκρασίας και χρόνου. Το φαγητό κατόπιν διανέμεται στους ασθενείς από εκπαιδευμένους χειριστές και πάντα με την καθοδήγηση υπεύθυνου/ης νοσηλεύτη/τριας που ορίζεται από την/τον προϊσταμένη/ο της κάθε κλινικής. Το φαγητό σερβίρεται ζεστό και στη συνέχεια απομακρύνονται οι δίσκοι για την εξυγίανση των σκευών και των τροχήλατων μεταφοράς του φαγητού ώστε να είναι διαθέσιμα για το επόμενο γεύμα της ημέρας.

Εδώ στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου, όλοι εμείς που εργαζόμαστε για την ασφάλεια των τροφίμων, επειδή πιστεύουμε ότι δεν υπάρχει μηδενικός κίνδυνος, καταβάλλουμε κάθε προσπάθεια μέσω ολοκληρωμένης στρατηγικής για την ασφάλεια των τροφίμων, ώστε ο κίνδυνος να περιοριστεί στο ελάχιστο, στηριζόμενοι σε σύγχρονα πρότυπα τροφίμων και υγιεινής που έχουν καταρτιστεί με βάση την πρόσφατη επιστημονική γνώση.





Πρωταρχικός στόχος του Νοσοκομείου  
Παπαγεωργίου η ασφάλεια των τροφίμων

## Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΕΛΑΧΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ



Γράφει η **Καλλιόπη Καρασογιαννίδου**,  
Τεχνολόγος Τροφίμων,  
Ph.D., M.Sc. στην  
Επιστήμη Τροφίμων

**Η** έννοια της Ποιότητας όπως αυτή ορίζεται από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Standard Organization ISO) αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος τα οποία του προσδίδουν τη δυνατότητα να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του καταναλωτή είτε αυτές εκφράζονται με συγκεκριμένη μορφή, είτε απλώς υπονοούνται. Αν θελήσουμε να εφαρμόσουμε τον ορισμό αυτό στα τρόφιμα θα διαπιστώσουμε ότι οι ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά των τροφίμων επηρεάζονται από ορισμένες παραμέτρους που έχουν ως

στόχο να ικανοποιήσουν και συγχρόνως να προφυλάξουν τον καταναλωτή.

Οι παράμετροι που χαρακτηρίζουν και επηρεάζουν την **ποιότητα των τροφίμων** είναι:

- α)** Η ασφάλεια των τροφίμων,
- β)** η εμφάνιση και τα οργανοληπτικά χαρακτηριστικά τους (γεύση, οσμή, δομή, κ.ά.),
- γ)** η θρεπτική τους αξία,
- δ)** η νομοθεσία από την οποία διέπονται,
- ε)** το κόστος παραγωγής και
- στ)** η προσαρμογή στο νέο προφίλ των τροφίμων.

**Η ασφάλεια των τροφίμων** αποτελεί πρωταρχικής σημασίας παράγοντα της ποιότητας των τροφίμων και αφορά την προστασία του καταναλωτή με την παραγωγή τροφίμων τα οποία δεν θα προκαλέσουν βλάβη στην υγεία του. Η ασφάλεια τροφίμων σχετίζεται με την εμφάνιση κινδύνων για την καθ' αυτό ασφάλεια τροφίμων και δεν περιλαμβάνει άλλα θέματα της ανθρώπινης υγείας, π.χ. την κακή διατροφή. Αποτελεί η-





Δημήτριος Αναστασιάδης, διευθυντής τροφοδοσίας (υποκαταστήματος Ε.Βαβουράκης ΑΒΕΤΕ στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου).

θική υποχρέωση του παρασκευαστή, νομική υποχρέωση του παρασκευαστή και των δημοσίων αρχών αλλά και απαίτηση του καταναλωτή.

#### **Ποια είναι η θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης;**

Η ασφάλεια των τροφίμων αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα της Ευρώπης. Εργασίες για τη βελτίωση της ασφάλειας των τροφίμων πραγματοποιούνται συνεχώς, αλλά την τελευταία πενταετία έγινε επιπλέον σημαντική αναδιοργάνωση στον τομέα ως συνέπεια των φόβων που προκάλεσαν οι πολύκροτες υποθέσεις διατροφικών κρίσεων κατά την δεκαετία του 1990, όπως η νόσος των «τρελών αγελάδων», οι μολυσμένες με διοξίνη ζωοτροφές, το νοθευμένο ελαιόλαδο.

#### **Γιατί όλοι ενδιαφέρονται για την ασφάλεια των τροφίμων;**

Η ασφάλεια των τροφίμων, επειδή συνδέεται άμεσα με την υγεία του καταναλωτή, είναι θέμα που πρέπει να αντιμετωπίζεται με σοβαρότητα και υπευθυνότητα. Καμία εταιρία παραγωγής ή διανομής τροφίμων δεν θα ήθελε να συνδεθούν τα προϊόντα της με θέματα ασφάλειας έναντι του καταναλωτή, γιατί κάτι τέτοιο θα είχε ολέθριες και καταστροφικές συνέπειες για αυτήν. Σε μια τέτοια περίπτωση, εκτός από τη δραστική απώλεια

των πωλήσεων των προϊόντων της, λόγω της απόκτησης κακής φήμης, έχει να αντιμετωπίσει και τις προσφυγές των καταναλωτών στη δικαιοσύνη για απαιτήσεις αποζημιώσεων, αλλά και την αυτεπάγγελτη ποινική δίωξη των αρμοδίων Αρχών του Κράτους.

#### **Τι λέει η Νομοθεσία για την ασφάλεια των τροφίμων;**

Σύμφωνα με τις απαιτήσεις της Ευρωπαϊκής αλλά και της Εθνικής πλέον Νομοθεσίας για την υγιεινή των τροφίμων (ΚΥΑ 487/ΦΕΚ 1219/4-10-2000), σε όλα τα στάδια παραγωγής και επεξεργασίας των τροφίμων, μέχρι και την διάθεση στον καταναλωτή πρέπει να καθορίζονται, να εφαρμόζονται, να τηρούνται και να προσαρμόζονται οι κατάλληλες διαδικασίες για την εξασφάλιση της ασφάλειας των τροφίμων, με βάση τη φιλοσοφία της μεθοδολογίας και τις αρχές του HACCP.

#### **Τι είναι το HACCP;**

Το HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points) είναι ένα σύστημα πρόληψης των πιθανών υγειονομικών κινδύνων των τροφίμων, που επικεντρώνεται στον έλεγχο των κρίσιμων σημείων ελέγχου, από την προέλευση και παραλαβή των πρώτων υλών, την παραγωγική του επεξεργασία και μέχρι τη διανομή και χρήση του τροφίμου στον καταναλωτή. Η ελληνική απόδοση



του όρου είναι Ανάλυση Κινδύνων στα Κρίσιμα Σημεία Ελέγχου.

Η εφαρμογή ενός τέτοιου προληπτικού συστήματος ελέγχου της ασφάλειας των τροφίμων είναι δυνατόν να εξασφαλίσει την παραγωγή ασφαλών προϊόντων.

### **Ιστορικό του HACCP**

Η μεθοδολογία HACCP αναπτύχθηκε στην δεκαετία του 60 στην Αμερική ως προληπτικό σύστημα ελέγχου της παραγωγής με σκοπό τον έλεγχο του 100% των παραγόμενων τροφίμων. Αποτέλεσε προϊόν συνεργασίας της εταιρείας τροφίμων Pillsbury με την NASA (Αμερικανική Επιτροπή Αεροναυτικής και Διαστήματος) και τα εργαστήρια του Αμερικανικού Στρατού με σκοπό την εξασφάλιση ασφαλών τροφίμων για τα πληρώματα των διαστημικών αποστολών.

### **Γιατί το HACCP αποτελεί αναγκαίο εργαλείο;**

Η διάδοση του HACCP παγκοσμίως συνεχώς διευρύνεται εξ αιτίας της ανάγκης για διασφάλιση της ασφάλειας των τροφίμων, τόσο λόγω της σχετικής Νομοθεσίας, όσο και των απαιτήσεων των ίδιων των καταναλωτών να αγοράζουν ασφαλή για την υγεία τους τρόφιμα. Η ολοένα αυξανόμενη παραγωγή τυποποιημένων τροφίμων, οι κίνδυνοι από την υπερβολική χρήση κατά την παραγωγή τους όχι και τόσο αθύων ουσιών

(φυτοφάρμακα, συντηρητικά, απολυμαντικά κλπ), η περιβαλλοντική μόλυνση αλλά και παγκοσμιοποίηση του εμπορίου και η κατάργηση των συνόρων ως προς τη διακίνηση των προϊόντων (και συνεπώς των τροφίμων), επιβάλλουν τη λήψη προληπτικών μέτρων ελέγχου της ασφάλειας τους έναντι του καταναλωτή

*Η κάλυψη των απαιτήσεων της Νομοθεσίας για την υγιεινή και την ασφάλεια των τροφίμων αποτελεί βασικό στοιχείο της Πολιτικής κάθε Οργανισμού παροχής Υπηρεσιών Υγείας.*

### **Πως εφαρμόζεται το σύστημα HACCP στην τροφοδοσία του Γ.Ν. Παπαγεωργίου;**

Επειδή η ασφάλεια των τροφίμων συνδέεται με την παρουσία τροφογενών κινδύνων στα τρόφιμα που καταναλώνουν οι νοσηλευόμενοι και η εισαγωγή κινδύνου για την ασφάλεια τροφίμων μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε στάδιο της αλυσίδας τροφίμων, η διοίκηση του Γ.Ν. Παπαγεωργίου στηρίζει την ανάπτυξη των αναγκαίων διεργασιών διαχείρισης της υλοποίησης ασφαλών προϊόντων μέσα από συνδυασμένες προσπάθειες όλων των εμπλεκόμενων στην αλυσίδα παραγωγής και διαχείρισης τροφίμων μέσα στο Νοσοκομείο.

Η διαχείριση των εγκαταστάσεων της μονάδας παραγωγής τροφίμων γίνεται από ανάδοχο εταιρεία τροφοδοσίας κατόπιν διαγωνισμού, η οποία λειτουργεί κάτω από την εποπτεία και τον έλεγχο ειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού του Νοσοκομείου. Η εκάστοτε εταιρεία που αναλαμβάνει την λειτουργία των εγκαταστάσεων της τροφοδοσίας του Νοσοκομείου για την παραγωγή του φαγητού, υποχρεούται και δεσμεύεται προς το Νοσοκομείο ώστε άμεσα από την ημερομηνία ανάληψης των καθηκόντων της να εγκαταστήσει πιστοποιημένο σύστημα Ανάλυσης Κινδύνων στα Κρίσιμα Σημεία Ελέγχου (HACCP) από επίσημο αρμόδιο φορέα. Πράγματι, στην πενταετή λειτουργία του Νοσοκομείου, και οι δυο ανάδοχοι εταιρείας που ανέλαβαν την τροφοδοσία, εγκατέστησαν έγκαιρα σύστημα HACCP και κατόπιν των σχετικών επιθεωρήσεων πι-

στοποιήθηκε το σύστημα τους.

Οι πρώτες και οι βοηθητικές ύλες παραλαμβάνονται μετά από διενέργεια ποιοτικού ελέγχου που γίνεται με βάση τεκμηριωμένες προδιαγραφές και αποθηκεύονται ανάλογα με την φύση τους σε αποθήκη ξηρού φορτίου ή σε ψυκτικούς θαλάμους. Κατά την παραλαβή των τροφίμων από προμηθευτές ελέγχεται εάν οι συνθήκες μεταφοράς τους είναι οι ενδεδειγμένες, η σήμανση που φέρουν, και γίνεται οπτικός έλεγχος για διαπίστωση τυχόν ύποπτων ενδείξεων. Προβλέπεται η διενέργεια δειγματοληπτικών εργαστηριακών ελέγχων για επιβεβαίωση της ασφάλειας τους.

Όλα τα προϊόντα στη συνέχεια επισημαίνονται ανάλογα, ώστε να είναι δυνατή η σωστή ανίχνευσή τους, αν και όταν αυτό κριθεί απαραίτητο. Η αποθήκευση και η διακίνηση όλων των ειδών στην παραγωγή μέχρι και την διάθεσή τους ακολουθεί την αρχή του FIFO (First In First Out), σύμφωνα με την οποία ότι εισέρχεται πρώτο στην εγκατάσταση προωθείται πρώτο για επεξεργασία και κατανάλωση. Τα προϊόντα αποθηκεύονται σε διαφορετικούς ψυκτικούς θαλάμους ανάλογα με το είδος τους. Υπάρχουν χωριστοί ψυκτικοί θάλαμοι για τα κόκκινα κρέατα, τα πουλερικά, τα γαλακτοκομικά είδη, τα φρούτα και τα λαχανικά, η θερμοκρασία των οποίων ελέγχεται με αυτόματα καταγραφικά όργανα συνεχούς λειτουργίας. Υπάρχει ιδιαίτερος θάλαμος βαθειάς κατάψυξης για τις πρώτες ύλες που παραλαμβάνονται κατεψυγμένες. Τα αυγά συντηρούνται σε ιδιαίτερο ψυκτικό θάλαμο προς αποφυγή επιμολύνσεων, και το ψωμί αποθηκεύεται μόνο του σε ιδιαίτερο χώρο σε θερμοκρασία περιβάλλοντος.

Τα απορρυπαντικά αποθηκεύονται σε ιδιαίτερους αποθηκευτικούς χώρους μακριά από τρόφιμα.

Η καθαριότητα όλων των αποθηκευτικών χώρων, ψυχόμενων και μη, καθώς και όλων των υπόλοιπων χώρων διαχείρισης τροφίμων πραγματοποιείται σύμφωνα με γραπτό πρόγραμμα καθαριότητας από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό και με ενδεδειγμένα για χώρους τροφίμων απορρυπαντικά.



Τα πρόγραμμα απεντόμωσης και μυοκτονίας εφαρμόζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να εμποδίζεται η επιμολύνση των τροφίμων, των σκευών και του εξοπλισμού κατά την διάρκεια ή μετά την υλοποίηση των σχετικών εργασιών εξυγίανσης.

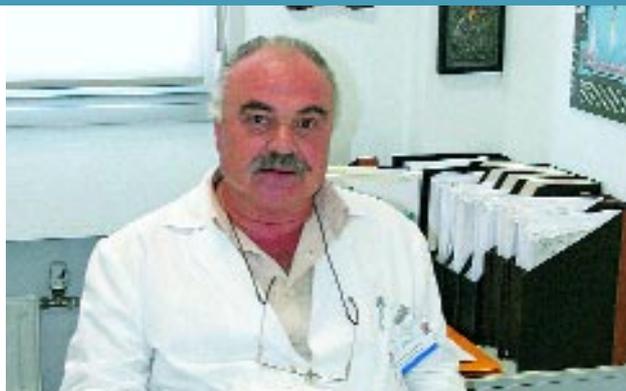
Καθημερινά ακολουθείται πρόγραμμα παραγωγής, σύμφωνα με το οποίο και τα αντίστοιχα διαγράμματα ροής τα προϊόντα περνούν από την φάση προετοιμασίας στην φάση παραγωγής. Οι πρώτες ύλες πλένονται και τεμαχίζονται σε ανεξάρτητους χώρους προετοιμασίας, άλλον από αυτόν όπου μαγειρεύονται, ώστε να προστατεύονται από διασταυρώσεις και να αποφεύγονται οι επιμολύνσεις. Υπάρχει διαφοροποίηση των χώρων προετοιμασίας ανάλογα με το είδος του τροφίμου. Δηλαδή, είναι άλλος ο χώρος προετοιμασίας του κόκκινου κρέατος, άλλος των πουλερικών, άλλος των αλιευμάτων, άλλος των φρούτων και λαχανικών. Η θερμοκρασία ελέγχεται στους χώρους προετοιμασίας και στους διαδρόμους με τους οποίους επικοινωνούν.

Τα μενού συντάσσονται με βάση το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής, ανάλογα με την εποχή του έτους και λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες των διατροφικών αναγκών και των περιορισμών που προκύπτουν από τις ειδικές κλινικές καταστάσεις των σιτιζόμενων νοσηλευόμενων.



## ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ “ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ”

«...παρόλα αυτά η κλινική δεν σταματά να επιδεικνύει αξιόλογο νοσηλευτικό, εκπαιδευτικό και επιστημονικό έργο, που την έχει εδραιώσει σε περίβλεπτη θέση...»



Γράφει ο **Γεώργιος Γεωργιάδης**, Διευθυντής της Νευρολογικής Κλινικής ΓΝΠ

**Η** Νευρολογική Κλινική του νοσοκομείου “Παπαγεωργίου” δεν εμφανίστηκε ούτε πρόσφατα ούτε ξαφνικά, στον νέο υγειονομικό χάρτη της πόλης μας. Λειτουργούσε εδώ και πολλά χρόνια στο νοσοκομείο “Αγ. Παύλος” και εντάχθηκε στο ΕΣΥ από την γέννηση του συστήματος το 1985, με διευθυντή τον κ. Ε. Βακαλούδη.

Με την ανακατάταξη στο χώρο της υγείας, από τα τέλη του 1999, μεταφέρθηκε στο νοσοκ. “Παπαγεωργίου”, διατηρώντας τον ίδιο διευθυντή και την ίδια της ταυτότητα δηλ. κλινική του ΕΣΥ. Στελεχώθηκε και με ειδικούς γιατρούς που μετακινήθηκαν από άλλα νοσοκομεία, συνέχισε δε την λειτουργία της μέσα στα πλαίσια του καινούργιου αυτού νοσοκομείου.

Το ιατρικό της προσωπικό αρχικά λοιπόν αποτελείτο από 6 ειδικούς γιατρούς και 6 ειδικευόμενους με δύναμη 30 κλινών. Δημιουργήθηκε αμέσως ένα εργαστήριο κλινικής νευροφυσιολογίας [εφόσον ήδη υπήρχαν

μηχανήματα και χώρος άφθονος], άρχισαν να λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία με ιδιαίτερη έμφαση στα ειδικά ιατρεία δηλ. άνοιας, κεφαλαλγίας, επιληψίας, πολλαπλής σκλήρυνσης, αγγειακών εγκεφαλικών νοσημάτων με διακρανιακό υπερηχοτομογράφημα [Doppler]. Με την πάροδο του χρόνου μπήκαν τα θεμέλια και άρχισε να λειτουργεί, έστω υποτυπωδώς, μία

λειψη προσωπικού στα εργαστήρια φοβάμαι ότι θα μας οδηγήσει σε νέες περικοπές εξετάσεων. Η μονάδα αγγειακών νοσημάτων της κλινικής, από τις ελάχιστες που λειτουργούν πανελλαδικά, διαφήμιση για το σύστημα, υπολειτουργεί.

Παρόλα αυτά η κλινική δεν σταματά να επιδεικνύει αξιόλογο νοσηλευτικό, εκπαιδευτικό και επιστημονικό



μονάδα αγγειακών εγκεφαλικών νόσων 6 κλινών.

Όλα αυτά σηματοδοτούσαν μια λαμπρή πορεία για το μέλλον αλλά τα χρόνια περνούν νέο σύστημα εφημεριών εφαρμόζεται στην πόλη, νέες κλινικές [Πανεπιστημιακές] εγκαθίστανται, η κίνηση στα επείγοντα και τακτικά ιατρεία αυξάνεται αλματωδώς, το εργαστήριο νευροφυσιολογίας αυξάνει σημαντικά τον αριθμό των εξετάσεων του, εξυπηρετώντας ακόμα και άλλα νοσοκομεία της πόλης. Οι αριθμοί αυτοί φαίνεται να ευημερούν, αλλά υπάρχουν και άλλες όψεις

Δεν αμφισβητώ την αλήθεια των αριθμών αλλά δεν αμφισβητώ και την αλήθεια αυτών που βλέπω κάθε μέρα με τα ίδια μου τα μάτια. Και το πρόβλημα είναι ότι οι δύο αυτές αλήθειες απέχουν μεταξύ τους.

Κάθε μέρα βλέπω το προσωπικό που μειώνεται αντί να αυξάνεται, να εργάζεται περισσότερο, με μεγαλύτερη πίεση και με τις ίδιες οικονομικές απολαβές. Βλέπω ασθενείς να περιμένουν περισσότερο καιρό με συνθήκες που δεν βελτιώνονται. Το ιατρικό προσωπικό της κλινικής μειώθηκε σε 4 μόνο ειδικούς γιατρούς αντί των αρχικών 6, οι εφημερίες αυξήθηκαν, η λίστα αναμονής των ειδικευομένων αυξήθηκε, το ειδικό ιατρείο επιληψίας διέκοψε την λειτουργία του, η δε έλ-

έργο που την έχει εδραιώσει σε περίβλεπτη θέση.

Τα προβλήματα και η λειτουργία της κλινικής αυτής φυσικά αντικατοπτρίζουν γενικότερες δυσλειτουργίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Μετά από τα τόσα χρόνια λειτουργίας το ΕΣΥ δεν μπόρεσε να ξεπεράσει τις παιδικές του ασθένειες. Φαίνεται ότι εξακολουθεί να στηρίζεται στην καλή θέληση του προσωπικού του που σε ευνοϊκές συνθήκες είναι απεριόριστη. Αν όμως χρησιμοποιηθούν πεπερασμένα οικονομικά κίνητρα και ελλιπής χρηματοδότηση θα εξελιχθεί σε ένα σύστημα υγείας ακριβότερο, λιγότερο αποδοτικό, πραγματικό βραχνά.

Σε εισηγήσεις για το αγγλικό ΕΣΥ αναφέρονται μαζί με άλλα, επίκαιρα δυστυχώς, σχόλια και «το νοσοκομείο δεν είναι κατάσταση, περίθαλψη δεν είναι εμπόρευμα και τα πάντα δεν λειτουργούν σύμφωνα με τους κανόνες των επιχειρήσεων π.χ. να παράγεις πολύ και να πουλάς φθηνά» [Promoting Better Health 1987, Working for Patients & Caring for People 1989 κá.

Υπάρχει ευτυχώς ακόμα ελπίδα και μπορούν να έρθουν καλύτερες μέρες αρκεί όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη να σκύψουν με περισσή φροντίδα πάνω από τα προβλήματα.

# ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ=ΝΕΟΣ ΑΝΘΡΩΠΟΣ, ΝΕΑ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΝΕΑ ΗΘΙΚΗ;



Γράφει ο **Δρ.Κων/νος Λ. Αντσοΐδης**  
Ιατρός, Χειρουργός Ορθοπαιδικός  
Αν. Δ/ντης ΕΣΥ Νοσ. Παπαγεωργίου

**Σ**τις επιστήμες Υγείας βρίσκουν επί το πλείστον εφαρμογή οι πρόοδοι και οι σύγχρονες ανακαλύψεις στις βασικές επιστήμες όπως π.χ. στη Χημεία, στη Φυσική και στους επί μέρους κλάδους τους.

Μια τέτοια πρόοδος υπήρξε η ανακάλυψη των πυρηνικών οξέων των γνωστών κατά το όνομα τουλάχιστον σε όλους DNA και RNA.

Το 1962 ο Αμερικανός Γουότσον και ο Άγγλος Κρηκ βραβεύτηκαν με το Νόμπελ Βιολογίας για τις έρευνές τους σχετικά με τη δομή των πυρηνικών (νουκλεϊνικών) οξέων και το ρόλο τους στη μεταβίβαση της γενετικής πληροφορίας στη ζώσα ύλη. Με αντικείμενο τη διεύρυνση αυτής της ανακάλυψης εξακολουθεί να ασχολείται ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών στον τομέα της Γενετικής και της Βιολογίας.

Μετά το κλωνοποιημένο πρόβατο (Ντόλυ) είμαστε πλέον μάρτυρες κλωνοποιημένων ανθρώπινων ιστών και βρισκόμαστε σε αναμονή του κλωνοποιημένου ανθρώπινου όντος. Οι αντιδράσεις σε όλο τον κόσμο είναι πολλές.

Επιγραμματικά θα αναφέρουμε:

**1)** Την απορριπτική εισήγηση για τις κλωνοποιήσεις που έγινε από το Συμβούλιο Βιοηθικής των ΗΠΑ προς τον πρόεδρο Bush την 11/07/2002. "ΒΙΟ", τεύχος 2 Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2002, σελ.13.

**2)** Το άρθρο του Σταμάτη Ν. Αλαχιώτη στην εφημερίδα "ΤΟ ΒΗΜΑ" της 13ης Οκτ. 2002, με θέμα "Προς τέλος των αξιών", όπου αναρωτιέται τι πορεία θα ακολουθήσει ο άνθρωπος, σ'αυτή την ερευνητική φρενίτιδα, προς το καλό ή προς το κακό της ανθρωπότητας.

**3)** Το άρθρο του "Αγγελιοφόρου της Κυριακής", 04/01/2004, με τίτλο "Κίνδυνοι από την αλόγιστη χρήση της γενετικής", στο οποίο αναφέρεται η ανακοίνωση Αμερικανών και Κινέζων ερευνητών για την αποτυχία τους να κλωνοποιήσουν άνθρωπο λόγω του θανάτου του κλωνοποιημένου εμβρύου. Και τέλος θα σταθούμε και στο άρθρο του καθηγητή Τάσου Κουράκη πάλι στο περιοδικό "ΒΙΟ", τεύχος 2, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2002, σελ.36-38, με τίτλο: "Άλλη Γενετική". Αναφέρει ο συγγραφέας του άρθρου, μεταξύ άλλων, ότι δεν είναι δυνατόν ο άνθρωπος να διορθώνει τη φύση, βλέποντας τα φυτά και τα ζώα, σαν ελαττωματικές μηχανές, αλλά πρέπει να προσπαθεί να την κατανοήσει. Έτσι με αυτοπεριορισμό και φρόνηση θα μπορέσει να εφαρμόσει προληπτική Ιατρική.

Δεν θα εξετάσουμε το αν η κλωνοποίηση φυτών και ζώων υπό τη μορφή μετάλλαξης θα βοηθήσει στη λύση του προβλήματος του υποσιτισμού στον πλανήτη ή αν τα κλωνοποιημένα και μεταλλαγμένα τρόφιμα θα είναι επιβλαβή για τον άνθρωπο. Ούτε θα σταθούμε

στην πιθανότητα η παραγωγή κλωνοποιημέ-νου ανθρώπου στο μέλλον να γίνει αντικείμενο εκμετάλλευσης από παρανοϊκούς τύπου Χίτλερ ή Μέγκελε ή από άτομα παρόμοια προς αυτά, που όλο και συχνότερα παρουσιάζονται σε ταινίες επιστημονικής, εντός εισαγωγικών, φαντασίας.

Θα ασχοληθούμε με τις συνέπειες που θα προκύψουν για την παγκόσμια κοινωνία και με τις επιδράσεις που θα ασκηθούν σ'αυτήν από τη δημιουργία ενός όντος, γενετικά πανομοιότυπου προς το ανθρώπινο γένος.

Διευκρινίζω εδώ ότι σύμφωνα με άρθρο της Ιωάννας Σουφλήρη στο "ΒΗΜΑ", (13/10/2002), όλοι οι άνθρωποι είναι γενετικά πανομοιότυποι κατά 99,9%, αλλά το εναπομείναν 0,1%, δημιουργεί τη διαφορά ακόμη και μεταξύ αδελφών.

Αυτό το 0,1% είναι αφ' ενός το σημείο στο οποίο επικεντρώνεται η γενετική έρευνα ώστε να μπορεί το κάθε νεοδημιούργητο να είναι διαφορετικό από το άλλο, αλλιώς θα έχουμε στρατιές πανομοιότυπων όντων ανθρώπινης μορφής. Αφ' ετέρου όμως το 0,1% είναι και η διαφορά με την οποία προέκυψε η Φύση τον κάθε άνθρωπο μέσα από τη Σοφία του Θεού.

Και εδώ τίθεται το ερώτημα: Είναι δυνατόν όσο και να εξελιχθεί επιστημονικά και τεχνολογικά ο άνθρωπος, αυτό το τελειότερο δημιούργημα του Θεού, να επιτύχει την αντιγραφή του εαυτού του; Δηλαδή να αντιγράψει το δημιούργημα του ίδιου του Δημιουργού του; Δηλαδή να γίνει θεός; Μήπως πλησιάζουμε σε ένα καινούριο προπατορικό αμάρτημα; Ο Πυθαγόρας ελεγε ότι πρώτα έρχεται η μάθηση μετά η γνώση και στο τέλος η Σοφία.

Δεκάδες σκέψεις με βασανίζουν και με απασχολούν άλλα τόσα ερωτήματα. Όταν τόσες και τόσες πληροφορίες σε αρκετά συχνούς ρυθμούς σχετικά με την κλωνοποίηση εμφανίζονται στα Μ.Μ.Ε

Ας θεωρήσουμε την απόλυτα θετική πλευρά της ιατρικής βοήθειας προς έναν πάσχοντα συνάνθρωπό μας, μέσω της μεταμόσχευσης ενός οργάνου. Θα αρχίσουμε την αναζήτηση οργάνων προς μεταμόσχευση σε ομάδες αυτών των κλωνοποιημένων όντων;

Αυτόματα προκύπτουν τα εξής ερωτήματα: Με ποιο δικαίωμα θα στερήσουμε, στην καλύτερη περίπτωση, από ένα τέτοιο όν τον ένα του νεφρό έστω και για τη διάσωση ενός νεφροπαθούς; Μήπως το ανθρώπινο είδος παραέγινε εγωπαθές και εγωιστικό; Με ποιο δικαίωμα θα υποβάλουμε αυτό το πλάσμα στην ταλαιπωρία μιας εγχείρησης, ενός πόνου και μιας ζωής προβληματικής από κει και μετά, λόγω του ενός νεφρού;

Και γιατί αυτό το πλάσμα να μη μισήσει τους ανθρώπους δημιουργούς του για την ταλαιπωρία που το υποβάλανε με μια τέτοια εγχείρηση; Και για να προχωρήσω ακόμη περισσότερο, από ποιον θα αναζητή-

σει την παρηγοριά κατά την ταλαιπωρία του αυτή, αφού δεν υπάρχουν φυσικοί συγγενείς, ούτε γονείς ούτε αδελφια;

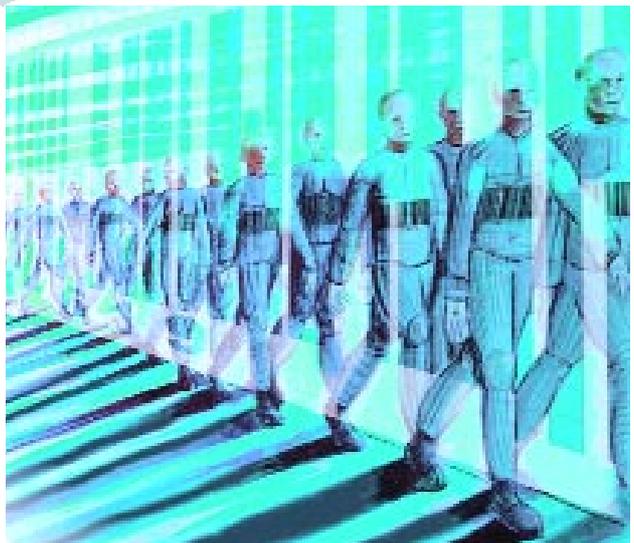
Με ποιο δικαίωμα θα του στερήσουμε αυτή την ίδια του τη ζωή που εμείς του δώσαμε αν θελήσουμε να μεταμοσχεύσουμε την καρδιά του σε έναν καρδιοπαθή; Ποιος θα αποφασίσει για το θάνατό του; Οι δημιουργοί του οι άνθρωποι; Είναι δυνατόν; Με πιο δικαίωμα;

Ανέφερα πριν ότι μπορεί να δημιουργηθεί μίσος σ' αυτό το πλάσμα για το ανθρώπινο γένος. Δέχτηκα δηλαδή αργιορί ότι αυτό το δημιούργημα θα έχει συναίσθημα. Έχει όμως συναίσθημα; Έχει λογική; Και το βασικότερο ερώτημα: Έχει ψυχή; Κι αν έχει ψυχή τι πρέπει να δεχτούμε; Ότι ο άνθρωπος κατάφερε να εμφυσήσει σ' ένα δημιούργημά του, αυτό το ίδιο που ο Θεός του έχει εμφυσήσει και θα εμφυσά σε όλα του τα δημιουργήματα;

Για το συναίσθημα και τη λογική δεν μπόρεσα να καταλήξω σε απάντηση θετική ή αρνητική. Δεν ξέρω. Για την ψυχή όμως λέω κατηγορηματικά όχι. Δεν μπορεί ο άνθρωπος να κάνει τέτοιο πράγμα. Γιατί;

Διότι το ύψιστο γεγονός της συλλήψεως ενός ανθρώπου κατά τη συνεύρεση των δύο γεννητόρων του κατά την οποία εμφυσάται και η ψυχή, δεν μπορεί καμιά ανθρώπινη σκέψη, επιστήμη και τεχνολογία να το συλλάβει, να το εξηγήσει και πολύ περισσότερο να το δημιουργήσει. Αλλιώς αίρεται η αθανασία της ψυχής. Η άρση όμως της πεποιθήσεως της αθανασίας της ψυχής σημαίνει κρίση ηθικής. Μπορεί να προσπαθεί ο άνθρωπος για το ελιξήριο της αθανασίας του σώματος αλλά για την ψυχή τι μπορεί να κάνει;

Και η Κρυονική προσπάθησε να καταψύξει ιστούς, όργανα και έμβρυα αλλά το ερώτημα τι γίνεται η ψυχή, που πάει, όταν καταψυχθεί ο άνθρωπος με την ελπίδα να επανέλθει στη ζωή μετά την απόψυξή του δεν το απάντησε και κατά την ταπεινή μου γνώμη ούτε πρόκειται να το απαντήσει.



## Κρατήστε τη μακριά!



ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΙΔΙΑΙΤΗΡΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΕΙΝΑΙ ΕΚΔΗΛΟ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΓΑΛΗ ΠΡΟΣΕΛΥΣΗ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΟΥΡΟΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ / ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ.

Γράφει ο **Φώτης Χατζηπουρναρόπουλος**, Μαιευτήρας - Γυναικολόγος Α' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ στο Γ.Ν.Π.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, 3 στις 10 γυναίκες αντιμετωπίζουν κάποια μορφή ακράτειας ούρων η οποία δεν είναι απαραίτητα ένα «φυσιολογικό» φαινόμενο της διαδικασίας γήρανσης καθώς μπορεί να προσβάλλει γυναίκες όλων των ηλικιών και για διάφορους λόγους, αξιοσημείωτο δε είναι ότι η πλειοψηφία των γυναικών που αντιμετωπίζουν ακράτεια ούρων έχουν μέση ηλικία.

Η αναφορά σε αυτή δημιουργεί συνήθως αμηχανία. Κι όμως, η ακράτεια ούρων μπορεί να βάζει εμπόδια στη ζωή των γυναικών και να τις αναγκάζει να περιορίζουν ή να αποφεύγουν δραστηριότητες, όπως η άσκηση, τα ταξίδια ή ακόμη και οι απλές κοινωνικές σχέσεις.

Υπάρχουν τέσσερις γνωστές μορφές ακράτειας ούρων που συνήθως παρουσιάζονται στις γυναίκες:

### • Ακράτεια ούρων από προσπάθεια

Είναι η ακούσια απώλεια ούρων κατά το περπάτημα, την άσκηση την άρση βάρους, τον βήχα ή το φτέρνισμα και γενικά σε κάθε αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης. Είναι η συχνότερη μορφή ακράτειας (80%) και αντιμετωπίζεται σχετικά εύκολα

### • Ακράτεια ούρων επιτακτικού τύπου

Είναι η αιφνίδια και έντονη ανάγκη για ούρηση που ακολουθείται από απώλεια ούρων. Μπορεί να υπάρχει η αίσθηση ότι η ασθενής δεν θα προλάβει να φτάσει στην τουαλέτα ή μπορεί να ξυπνάει πολλές φορές στη διάρκεια της νύχτας με έντονη ανάγκη για ούρηση.



### • Ακράτεια ούρων μικτού τύπου

Συμβαίνει όταν οι γυναίκες έχουν συμπτώματα τόσο ακράτειας ούρων από προσπάθεια όσο και επιτακτικού τύπου.

### • Ακράτεια ούρων από υπερπλήρωση

Συμβαίνει όταν η ουροδόχος κύστη δεν αδειάζει εντελώς. Μπορεί να προκληθεί είτε από δυσλειτουργία των νεύρων που ελέγχουν την ούρηση είτε από απόφραξη της ουρήθρας που εμποδίζει τη ροή ούρων.

Όπως αναφέρθηκε η ακράτεια από προσπάθεια είναι η συχνότερη και οφείλεται κυρίως σε ανεπάρκεια του σφικτήρα της ουρήθρας ή σε ευθειασμό της φυσιολογικής γωνίωσης της ανατομικής πορείας της.

Οι λόγοι για τους οποίους η ουρήθρα δεν μπορεί να μείνει κλειστή κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων που απαιτούν προσπάθεια, είναι η αποδυνάμωση των συνδετικών ιστών και των μυών της πυέλου και είναι φυσιολογικό αποτέλεσμα:

- Της κύησης και του τοκετού
- Της χρόνιας άρσης βάρους ή κατάρτησης
- Της εμμηνόπαυσης ή της ανεπάρκειας οιστρογόνων
- Της παχυσαρκίας.

Η διάγνωση γίνεται συνήθως με βάση τα συμπτώματα που θα περιγράψετε στον γιατρό σας και με μια προσεκτική εξέταση της πυέλου. Υπάρχουν επίσης ει-



δικές εξετάσεις (ουροδυναμική εξέταση), που συνήθως περιλαμβάνουν την τοποθέτηση ενός μικρού καθετήρα στην ουροδόχο κύστη, ο οποίος μετράει τη δραστηριότητα της ουροδόχου κύστης και της ουρήθρας.

Για τις γυναίκες με ακράτεια ούρων από προσπάθεια, μια συνηθισμένη συντηρητική θεραπεία είναι οι ασκήσεις Kegel για την ενδυνάμωση των μυών του πυελικού εδάφους.

Ωστόσο, ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησής σας, οι ασκήσεις Kegel μπορεί να μην επιφέρουν αρκετή ανακούφιση. Άλλες συντηρητικές θεραπείες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνες ή σε συνδυασμό με ασκήσεις Kegel περιλαμβάνουν:

- Φυσιοθεραπεία (ασκήσεις με biofeedback), μια διαδικασία που σας βοηθάει να αποκτήσετε τον έλεγχο ορισμένων λειτουργιών του σώματος, γνωρίζοντάς τις καλύτερα.
- Ηλεκτρικό ερεθισμό των μυών, ο οποίος βοηθά στις ασκήσεις του πυελικού εδάφους, απομονώνοντας τους μυς που εμπλέκονται.
- Φαρμακευτική αγωγή. Κάποιες μορφές ακράτειας ούρων μπορούν να αντιμετωπιστούν με φάρμακα ή με ορμονοθεραπεία (αν π.χ. η ακράτεια σχετίζεται με ανεπάρκεια οιστρογόνων). Σε κάθε περίπτωση ωστόσο, ο μόνος αρμόδιος για να σας υποδείξει την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, είναι ο γιατρός σας.

Παρότι οι παραπάνω θεραπείες είναι αποτελεσματικές σε ένα ποσοστό γυναικών, χρειάζεται συνεχής συντηρητική αγωγή για να έχει κανείς μακροχρόνια αποτελέσματα. Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η λύση που συνιστάται για μόνιμα αποτελέσματα. Σήμερα, καινοτόμοι μέθοδοι, ελάχιστα επεμβατικές, που δεν

απαιτούν νοσηλεία είναι η τοποθέτηση κολπικών ταινιών ελεύθερης τάσης ή εμφυτευμάτων σιλικόνης και άλλων υλικών που δίνουν, αποδεδειγμένα, μακροχρόνια αποτελέσματα.

Η επεμβάσεις είναι απλές και σύντομες (10-15 λεπτά) η δε ανάρρωση είναι γρήγορη (1 ημέρα) και η γυναίκα επιστρέφει στις φυσιολογικές συνήθειες σε μία ή δύο ημέρες. Έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 1.000.000 γυναίκες σε όλον τον κόσμο, με μεγάλη επιτυχία. Είναι η λύση που συνιστάται περισσότερο από τους γιατρούς διεθνώς, για το εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό επιτυχίας της.

Πάνω από 80% των γυναικών που αντιμετωπίστηκαν με τις μεθόδους αυτές δεν έχουν πια ακράτεια ή αναφέρουν πολύ μικρότερη διαρροή, επτά χρόνια μετά τη θεραπεία. Ελάχιστες ασθενείς εμφανίζουν επιπλοκές οι οποίες είναι πολύ μικρής βαρύτητας.

Η μέθοδοι έχουν σχεδιαστεί για να αποτρέπουν τη διαρροή ούρων δημιουργώντας ένα σταθερό έδαφος κάτω από την ουρήθρα χωρίς να μεταβάλλεται η φυσιολογική ανατομία της περιοχής.

Ο γιατρός σας θα τοποθετήσει ένα πλέγμα που μοιάζει με ταινία ή ένα εμφύτευμα κάτω από την ουρήθρα προκειμένου να παρέχει υποστήριξη όποτε εσείς ασκείτε πίεση στην περιοχή (όπως κατά τη διάρκεια του βήχα ή των φταρνισμάτων). Το υλικό αυτό επιτρέπει στην ουρήθρα να διατηρεί τη φυσιολογική της θέση, εμποδίζοντας την ακούσια απώλεια ούρων.

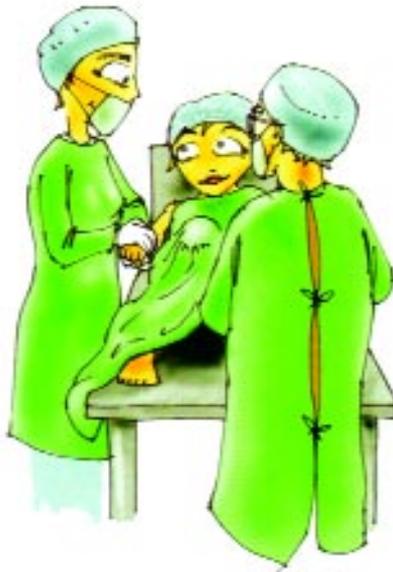
Η ιδιαίτερη ελαστικότητα των υλικών αφήνει ανεπηρέαστη τη φυσιολογική ούρηση και τα ειδικά υλικά από τα οποία είναι κατασκευασμένα να είναι συμβατά με το σώμα και σχεδιασμένα να παραμένουν στη θέση τους, χωρίς προβλήματα υποστηρίζοντας την ουρήθρα για την υπόλοιπη ζωή.

Στο νοσοκομείο Παπαγεωργείου σήμερα οι παραπάνω διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι εφαρμόζονται με ιδιαίτερη επιτυχία και το ενδιαφέρον των γυναικών είναι έκδηλο από την μεγάλη προσέλευση στά εξωτερικά ιατρεία ουρογυναικολογίας/ακράτειας ούρων.

Παράλληλα οι υπεύθυνοι ιατροί του τμήματος βρίσκονται σε συνεχή εκπαίδευση και ενημέρωση από κέντρα του εξωτερικού καθώς οι εξελί-

ξεις στην υποειδικότητα της ουρογυναικολογίας είναι συνεχείς και ραγδαίες.

**Αξίζει τέλος να σημειωθεί πως η Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ αποτελεί εκπαιδευτικό κέντρο για τις σύγχρονες αυτές μεθόδους όπου ιατροί από όλη την Ελλάδα εκπαιδεύονται στις σύγχρονες τεχνικές θεραπείας της γυναικολογικής ακράτειας ούρων.**



# ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ



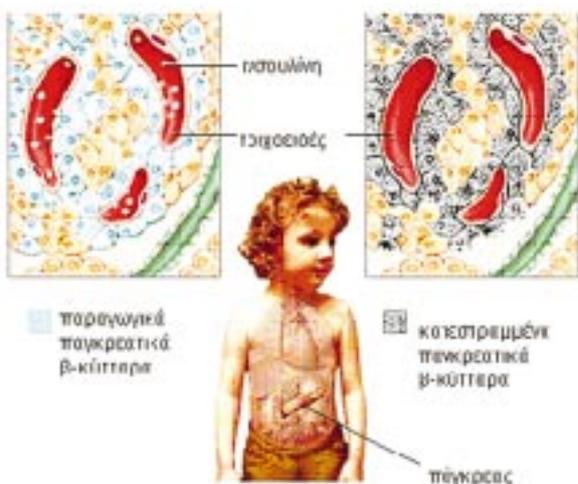
Γράφει η **Ιωάννα Κίκα**  
Νοσηλεύτρια Π.Ε. MSc  
Δ' Παν. Παιδιατρική  
Κλινική

**Ο** Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι μια διαταραχή του μεταβολισμού, όχι μόνο των υδατανθράκων, αλλά και των πρωτεϊνών και λιπών, λόγω της ανεπαρκούς έκκρισης ή δράσης της ινσουλίνης. Με τον όρο μεταβολισμό περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο ο οργανισμός μας χρησιμοποιεί τις τροφές για αύξηση και ενέργεια.

Ο ΣΔ αποτελεί το συχνότερο μεταβολικό νόσημα των παιδιών. Εμφανίζεται συνήθως με τη μορφή του ΣΔ τύπου I, όπου είναι απαραίτητη η χορήγηση ινσουλίνης εξωγενώς για τη διατήρηση των επιπέδων γλυκόζης σε φυσιολογικά όρια και τη διατήρηση της ζωής του ασθενούς ή πολύ σπάνια, με τη μορφή του ΣΔ τύπου II.

Ο ΣΔ τύπου II στα παιδιά εμφανίζεται ως αντίσταση στην ινσουλίνη (παράγεται επαρκής ποσότητα ινσουλίνης, αλλά δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τα κύτταρα), όπου σημαντικό ρόλο παίζει η κληρονομικότητα στο ΣΔ τύπου II. Ο ΣΔ τύπου II συνήθως μεταπίπτει σε ΣΔ τύπου I.

Ο ΣΔ δε διαφέρει ως προς τη συχνότητά του μεταξύ των δύο φύλων, ενώ είναι περισσότερο συχνός στους λευκούς πληθυσμούς και εμφανίζει υψηλό ποσοστό στα βορειότερα κράτη (Φινλανδία, Σουηδία). Στον ελληνικό παιδιατρικό πληθυσμό η συχνότητα του ΣΔ είναι 9.3/100.000/έτος (Αθήνα) - 6.4/100.000/έτος (Β. Ελλάδα).



## ΣΔ ΤΥΠΟΥ I (ινσουλινοεξαρτώμενος)

Ο ΣΔ τύπου I δεν είναι οξεία νόσος αλλά χρόνια, η έναρξη της οποίας αρχίζει μήνες ή χρόνια πριν την εκδήλωση της. Η νόσος εκδηλώνεται όταν καταστραφεί περισσότερο από το 90% της μάζας των β-κυττάρων του παγκρέατος.

Φαίνεται πως είναι αυτοάνοσης αιτιολογίας. Υπάρχει γενετική προδιάθεση που καθορίζεται από το HLA, η οποία από μόνη της δεν αρκεί για την εκδήλωση της νόσου. Διάφοροι παράγοντες επιδρούν στη γενετική αυτή προδιάθεση: α) Ιοί ( παρωτίτιδας, Coxsackie B4, ερυθράς κ), β) τοξίνες γ) διαιτητικοί παράγοντες, δ) stress.

Η παχυσαρκία στην παιδική ηλικία φαίνεται πως αποτελεί κύριο παράγοντα για την ανάπτυξη ΣΔ τύπου I, νωρίτερα σε σχέση με μη παχύσαρκα παιδιά.

Το κύριο χαρακτηριστικό του Σακχαρώδη Διαβήτη στα παιδιά είναι η ανάγκη για μεταβολή στη θεραπεία και την αντιμετώπιση, λόγω των μεταβολών που συμβαίνουν κατά τα διάφορα στάδια της ανάπτυξης του παιδιού.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του ΣΔ στηρίζεται σε σημεία και συμπτώματα υπεργλυκαιμίας ή διαβητικής κετοξέωσης (ΔΚ), που επιβεβαιώνονται με εργαστηριακές εξετάσεις. Η υπεργλυκαιμία μπορεί να διαπιστωθεί έπειτα από εργαστηριακό έλεγχο λόγω των συμπτωμάτων της (πολυουρία, πολυδιψία, πολυφαγία, απώλεια βάρους) ή ακόμα και μετά από τυχαίο έλεγχο.

Δυστυχώς, πολύ συχνά η υπεργλυκαιμία γίνεται γνωστή όταν αρχίσουν να εμφανίζονται σημεία και συμπτώματα διαβητικής κετοξέωσης (ΔΚΟ) (έμετοι, κοιλιακά άλγη, αφυδάτωση, αναπνοή Kussmaul, κόμα). Η διαβητική κετοξέωση είναι μια πολύ επικίνδυνη κατάσταση, στην οποία φτάνει ο οργανισμός προσπαθώντας να χρησιμοποιήσει άλλες πηγές ενέργειας πέρα από τη γλυκόζη, για τις βασικές του λειτουργίες. Ως εναλλακτική πηγή ενέργειας χρησιμοποιούνται κυρίως τα λίπη τα οποία διασπώνται δε λιπαρά οξέα και κετονικά σώματα με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται μεταβολική οξέωση και αφυδάτωση (λόγω οσμωτικής δι-

ούρησης). Η αφυδάτωση και η οξέωση γρήγορα οδηγούν σε απώλεια συνείδησης και κώμα. Η διαβητική κετοξέωση αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα αποβαίνει μοιραία για τη ζωή του παιδιού.

Η ΔΚΟ εμφανίζεται στα παιδιά στην αρχική διάγνωση σε ποσοστό 30 -40%, είναι συχνότερη στα παιδιά κάτω των 4 ετών, σε εκείνα χωρίς συγγενή πρώτου βαθμού με ΣΔ τύπου Ι και σε παιδιά οικογενειών χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

### 1. Αντιμετώπιση της διαβητικής κετοξέωσης

Όταν κάποιο παιδί φτάσει στο νοσοκομείο σε κατάσταση διαβητικής κετοξέωσης θα πρέπει να λάβει άμεση και εντατική φροντίδα για τη σωτηρία της ζωής του.

Η πρώτη μας φροντίδα αποτελεί η αποκατάσταση των υγρών του σώματος, η οποία στα παιδιά πρέπει να γίνεται αργά σε 24-36 ώρες, γιατί υπάρχει ο κίνδυνος εγκεφαλικού οιδήματος κατά την ταχεία ενυδάτωση. Χορηγείται ινσουλίνη ταχείας δράσης ενδοφλεβίως για τη μείωση των επιπέδων της γλυκόζης του αίματος και ηλεκτρολύτες, ανάλογα με το έλλειμμα. Πραγματοποιείται ωριαία μέτρηση της τιμής της γλυκόζης και συνεχής παρακολούθηση του μικρού ασθενούς.

#### Αντιμετώπιση της διαβητικής κετοξέωσης

- Χορήγηση υγρών - ενυδάτωση
- Χορήγηση ινσουλίνης ταχείας δράσης
- Ωριαία μέτρηση της τιμής της γλυκόζης
- Χορήγηση ηλεκτρολυτών
- Συνεχής παρακολούθηση

### 2. Ρύθμιση του επιπέδου της γλυκόζης

Μετά το πέρας της οξείας φάσης και αφού έχει γίνει η αναπλήρωση των υγρών του οργανισμού και η γλυκόζη του αίματος έχει μειωθεί ακολουθείται σχήμα χορήγησης ινσουλίνης υποδορίως (ινσουλίνη ταχείας και ενδιάμεσης δράσης), η οποία συνδυάζεται με υγιεινή διατροφή και παρακολούθηση του επιπέδου της γλυκόζης του αίματος.

#### Ρύθμιση του επιπέδου της γλυκόζης

- Ινσουλίνη
- Υγιεινή διατροφή
- Παρακολούθηση του επιπέδου της γλυκόζης

### 3. Προετοιμασία για την έξοδο από το νοσοκομείο - Εκπαίδευση

Η Εκπαίδευση έχει σκοπό την:

- α) καλή ρύθμιση της γλυκόζης (μείωση επιπλοκών) και
- β) τη μείωση του άγχους γονέα παιδιού.

Η εκπαίδευση αρχίζει μετά το πέρας της οξείας φάσης και ανάλογα με την ψυχολογική κατάσταση των γονέων και του παιδιού, από ειδικά καταρτισμένο στο νεανικό διαβήτη προσωπικό, με ειδικά μέσα (εικονογραφημένα βιβλία, βίντεο, ειδικά εκπαιδευτικά CDs) και εξατομικεύεται στις ανάγκες της οικογένειας και του παιδιού. Σημαντικός παράγοντας που λαμβάνεται υπόψη είναι η ηλικία του παιδιού.

## ΤΟΜΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

**Α) Ινσουλίνη:** Είδη ινσουλίνης και τρόπος δράσης - Σημεία έγχυσης - Διδασκαλία τρόπου ενέσεων με σύριγγα ή στυλό - Κανόνες συντήρησης της ινσουλίνης - Χειρισμός και απόρριψη βελόνων.



**Β) Μέτρηση γλυκόζης:** Με ποιο τρόπο και πότε (Πριν τη χορήγηση ινσουλίνης - 2h μετά το φαγητό - Σε συμπτώματα υπογλυκαιμίας και υπεργλυκαιμίας - Πριν από τον ύπνο).

**Γ) Διατροφή:** Ομάδες τροφίμων - θερμιδική αξία και ισοδύναμα - Δημιουργία ατομικού διαιτολογίου, ανάλογα με τη φάση ανάπτυξης του παιδιού, τις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας και τις προτιμήσεις του παιδιού, με στόχο την ικανοποίηση του ασθενούς, από τη μια, και τη διατήρηση της τιμής της γλυκόζης στα φυσιολογικά επίπεδα, από την άλλη.

**Δ) Άσκηση:** Η άσκηση είναι απαραίτητη για την ευεξία, τη μείωση σωματικού βάρους, τη μείωση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, αλλά κυρίως για τη σωστή ψυχοκοινωνικοσωματική ανάπτυξη του παιδιού. Η συμμετοχή του παιδιού με διαβήτη στις δραστηριότητες των συνομήλικων υγιών παιδιών έχει ως αποτέλεσμα να νιώθει πως δε διαφέρει από τα άλλα παιδιά και πως μπορεί να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της νόσου του με αισιοδοξία και δύναμη. Κατά τη διάρκεια της άσκησης και μέχρι 6 ώρες μετά το τέλος της υπάρχει κίνδυνος υπογλυκαιμίας, για την πρόληψη της οποίας θα πρέπει να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα, όπως η λήψη snacks πριν την έναρξη της άσκησης ή η μείωση της ποσότητας της ινσουλίνης.

**Θα πρέπει να καταστεί σαφές στους γονείς και στο παιδί πως η ινσουλίνη, η διατροφή και η άσκηση αλληλε-**



πιδρούν στη ρύθμιση της γλυκόζης, γι αυτό θα πρέπει πάντα να υπάρχει η ανάλογη ισορροπία μεταξύ τους.

### Ε) Αντιμετώπιση ειδικών περιστάσεων:

Υπογλυκαιμία - Υπεργλυκαιμία  
- Κατάσταση αδιαθεσίας - Σχολείο.

#### Υπογλυκαιμία - Υπεργλυκαιμία

Η πιο επικίνδυνη άμεση επιπλοκή του ΣΔ είναι η υπογλυκαιμία, γι' αυτό πριν την έξοδο από το νοσοκομείο πρέπει να γίνουν κατανοητά από τους γονείς τα σημεία και συμπτώματα της υπογλυκαιμίας, για να μπορέσουν να την αναγνωρίσουν άμεσα και να την αντιμετωπίσουν έγκαιρα.

#### **Σημεία και συμπτώματα υπογλυκαιμίας**

- Κανένα σημείο ή σύμπτωμα
- Ιδρώτας
- Πείνα
- Ταχυκαρδία
- Χλόμιασμα
- Περίεργη όραση
- Ζάλη
- Προβλήματα ομιλίας ή συμπεριφοράς
- Κόπωση
- Τρέμουλο

Πρέπει να τονιστεί πως σε φάση υπογλυκαιμίας στα παιδιά μπορεί να υπάρξει μόνο διαταραχή της ομιλίας ή της συμπεριφοράς, αλλά και **κανένα σημείο ή σύμπτωμα**, γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η συχνή μέτρηση της γλυκόζης του αίματος.

#### **Σημεία και συμπτώματα υπεργλυκαιμίας**

- Δίψα
- Πολυουρία
- Κόπωση

#### Κατάσταση αδιαθεσίας

Σε φάσεις ασθένειας του παιδιού λόγω π.χ. λοίμωξης υπάρχει μεγάλος κίνδυνος απορύθμισης του διαβήτη. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να εμφανιστούν επεισόδια υπογλυκαιμίας, (λόγω αύξησης του καταβολισμού) ή υπεργλυκαιμίας και διαβητικής κετοξέωσης λόγω αφυδάτωσης. Μερικοί έμετοι ή κάποιες διαρροϊκές κενώσεις είναι αρκετές για να αφυδατώσουν το παιδί. Επομένως, τα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος θα πρέπει να ελέγχονται πολύ συχνά και αν δεν υπάρχει δυνατότητα διαχείρισης της κατάστασης από την οικογένεια θα πρέπει άμεσα να απευθύνονται στο γιατρό τους.

#### Σχολείο

Ένα ειδικό κεφάλαιο που απασχολεί γονείς και παιδιά είναι η επιστροφή στο σχολείο. Με δεδομένη την απουσία νοσηλευτή από τα ελληνικά σχολεία, οι γονείς αλλά και τα παιδιά νιώθουν ανασφάλεια και άγχος για το εάν θα λάβουν τη σωστή φροντίδα στο σωστό χρόνο. Για να μην υπάρξουν προβλήματα θα πρέπει οι εκπαιδευτικοί να ενημερώνονται για το πρόβλημα του παιδιού και να λαμβάνουν τη βασική εκπαίδευση για την πρόληψη, αναγνώριση και αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών. Κάθε παιδί στη σχολική του τσάντα θα πρέπει να φέρει ένα μικρό βαλιτσάκι, όπου περιέχεται ο μετρητής σακχάρου με τις ταινίες και τις βελόνες, αλλά και το ειδικό τετραδιάκι, όπου σημειώνονται οι τιμές της γλυκόζης. Το βαλιτσάκι αυτό θα χρησιμοποιηθεί τόσο για την προγραμματισμένη μέτρηση, όσο και σε καταστάσεις συμπτωμάτων υπο ή υπέργλυκαιμίας.



#### **4. Τακτικός έλεγχος**

(HbA1c, οφθαλμολογικός έλεγχος, έλεγχος νεφρικής λειτουργίας, καρδιογράφημα, κ.ά.).

Ο τακτικός έλεγχος έχει σκοπό:

1. τον έλεγχο της συμμόρφωση στη θεραπεία
2. την εκτίμηση της θεραπείας και
3. την πρόληψη των επιπλοκών

#### ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- Νεφροπάθεια
- Αμφιβληστροειδοπάθεια
- Νευροπάθεια
- Καρδιαγγειακές παθήσεις
- Έλκη
- Ψυχολογικά προβλήματα



#### ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Βρέφη και παιδιά προσχολικής ηλικίας προσαρμόζονται πιο γρήγορα στις αλλαγές που επιβάλει η νόσος σε σχέση με τα μεγαλύτερα παιδιά. Παιδιά σχολικής ηλικίας αισθάνονται να διαφέρουν σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. Αναγνωρίζουν πως έχουν μια νόσο, η οποία έχει συγκεκριμένες απαιτήσεις. Προσδοκούν να γίνουν «φυσιολογικοί». Έχουν ψυχολογικές διακυμάνσεις.

Μεγάλη σημασία για την εικόνα που αναπτύσσουν τα παιδιά για τη νόσο παίζει ο τρόπος που χειρίζεται το θέμα η οικογένεια και η ενημέρωση που παρέχεται στο παιδί. Ο καλύτερος χειρισμός του θέματος είναι αυτός που περιλαμβάνει το παιδί. Όταν το παιδί καταλαβαίνει πως του κρύβουν την αλήθεια και του απαγορεύεται η συμμετοχή στη συζήτηση για το Διαβήτη, τότε νιώθει αδύναμο, ντρέπεται για τη νόσο του, διστάζει να ρωτήσει για να λύσει τις απορίες του, με αρνητικά αποτελέσματα τόσο για τον ψυχισμό του όσο και για την ικανότητα του να διαχειριστεί τη νόσο.

#### ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

Ο ΣΔ μπαίνει σαν σίφουνας στη ζωή του παιδιού και επομένως και της οικογένειας. Η προσαρμογή σε έναν καινούριο τρόπο ζωής δεν είναι εύκολη και παίρνει χρόνο.

Οι γονείς βρίσκονται σε κατάσταση πένθους για το πάγκρεας που χάθηκε και βιώνουν την κατάσταση αυτή σε όλα της τα στάδια:

- **Άρνηση:** «αποκλείεται, κάποιο λάθος θα έχει γίνει»
- **Shock:** δυσκολία καθαρής σκέψης, όλα φαίνονται μπερδεμένα, μη ρεαλιστικά, δυσκολονόητα, ένα κακό όνειρο.
- **Θυμός:** λύπη, κλάμα, επιθετικότητα, αϋπνίες, πικρία, αίσθημα αδικίας, «γιατί να τύχει αυτό σε μας».
- **Άγχος:** «τι θα απογίνει το παιδί μας, θα μπορέσω να αναγνωρίσω την υπογλυκαιμία;»
- **Φόβος:** «κι αν δεν τα καταφέρουμε;»
- **Απόγνωση - Αβεβαιότητα για το μέλλον:** «δε θα τα βγάλουμε πέρα»

- **Ενοχές:** «δεν ήμουν καλός γονιός, δε μπόρεσα να προστατεύσω το παιδί μου»
- **Αναδόμηση:** συνειδητοποίηση της κατάστασης, αντιμετώπιση της πραγματικότητας. Το στάδιο αυτό είναι το κατάλληλο για πληροφόρηση.
- **Επαναπροσανατολισμός:** συνειδητοποίηση, αποδοχή της ασθένειας, προσαρμογή στο νέο τρόπο ζωής ο οποίος περιλαμβάνει το ΣΔ.

#### ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Η εφηβεία αποτελεί μια ιδιαίτερη περίοδο στη ζωή κάθε ανθρώπου επομένως και των παιδιών με διαβήτη. Οι ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν στον οργανισμό του εφήβου και η αλλαγή της συμπεριφοράς λόγω των χαρακτηριστικών της εφηβείας είναι δύο παράγοντες που έχουν ως αποτέλεσμα τη δυσκολία ρύθμισης του ΣΔ ή την απορύθμιση του.

Η ορμόνες του φύλου, οι οποίες αυξάνουν σε υψηλά επίπεδα κατά την εφηβεία ανταγωνίζονται τη δράση της ινσουλίνης με αποτέλεσμα να απαιτούνται μεγαλύτερες ποσότητες αυτής, ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή τιμή της γλυκόζης.

Επιπλέον, η ανάγκη του εφήβου για αυτονομία, για αποδοχή από τους συνομηλίκους του, η τάση του να ρισκάρει, να παρασύρεται, να δοκιμάζει νέα πράγματα, να ζει για το «εδώ» και το «τώρα» είναι χαρακτηριστικά που επιδρούν αρνητικά στο Διαβήτη. Η ενθάρρυνση των εφήβων να αποκτήσουν τον έλεγχο του ΣΔ και η ψυχολογική τους στήριξη σε αυτή τη φάση της ζωής τους αποτελεί το κλειδί για τη αντιμετώπιση της ιδιάζουσας αυτής κατάστασης.

#### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Μεταξύ της νόσου του ΣΔ και της οικογένειας αναπτύσσεται μια αμφίδρομη σχέση. Τα χαρακτηριστικά της οικογένειας παιδιού με ΣΔ έχουν μεγάλη σημασία για τη ρύθμιση των επιπέδων της γλυκόζης, αλλά και ο ΣΔ επηρεάζει τη συνοχή της οικογένειας. **Οικογένειες που αντιμετωπίζουν αυτή τη νόσο εμφανίζουν πιο εύκολα προβλήματα στη δομή τους σε σχέση με οικογένειες που αποτελούνται από υγιή μέλη.** Μεγάλη προσοχή πρέπει να δώσουν οι γονείς, ώστε να αποφύγουν την παραμέληση των υγιών παιδιών, λόγω του άγχους τους για το παιδί που πάσχει.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σήμερα τα παιδιά με Σακχαρώδη Διαβήτη μπορούν να ζήσουν αρμονικά ακριβώς, όπως και τα υγιή παιδιά προσαρμόζοντας το διαβήτη στη ζωή τους και όχι τη ζωή τους στο διαβήτη. Σε αυτό κεντρικό ρόλο παίζει η σωστή εκπαίδευση και η υποστήριξη των ασθενών και του περιβάλλοντός τους, από την ομάδα των ειδικά εκπαιδευμένων, για το σκοπό αυτό, επαγγελματιών. Στην ομάδα αυτή ο νοσηλεύτης μπορεί να παίξει κεντρικό

# ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ



ρόλο, εφόσον είναι αυτός που δύναται και πρέπει να αναλαμβάνει το βασικό ρόλο της εκπαίδευσης γονέων και παιδιού στη διαχείριση της νόσου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan VC. Nelson textbook of pediatrics. 14th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company. Harcourt Brace Jovanovich, Inc; 2002. p. 391-5.
2. Μαλακά Ζαφειρίου Κ. Παιδιατρική. 2η έκδ. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 2003. σελ: 592-3.
3. Betts P, Mulligan J, Ward P, Smith B, Wilkin T. Increasing body weight predicts the earlier onset of insulin-dependant diabetes in childhood: testing the 'accelerator hypothesis' (2). Diabet Med 2005 Feb, 22(2):144-51.
4. Korner A. Diabetes mellitus in children. Orv Hetil. 2005 Jun 19, 146(25):1335-43.
5. Kaufman FR, Halvorson M. The treatment and prevention of diabetic ketoacidosis in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. Pediatr Ann 1999, 28:576-582.
6. Maniatis AK, Goehrig SH, Gao D, Rewers A, Walravens P, Klingensmith GJ. Increased incidence and severity of diabetic ketoacidosis among uninsured children with newly diagnosed type 1 diabetes mellitus. Pediatr Diabetes. 2005 Jun, 6(2):79-83.
7. Dunger DB, Sperling MA, Acerini CL, Bohn DJ, Daneman D, et al. ESPE/LWPES consensus statement on diabetic ketoacidosis in children and adolescents. Arch. Dis. Child 2004, 89:188-194.
8. Γαλλή Α, Νούσια Αρβανιτάκη Σ. Θεραπευτικός οδηγός. 2η έκδ. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 2001. σελ 116-121.
9. Skyler JS. Diabetic complications. The importance of glucose control. Endocrinol Metab Clin North Am. 1996 Jun, 25(2):243-54.
10. Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, Plotnick L, Kaufman F, Laffel L, et al. Care of Children and Adolescents With Type 1 Diabetes A statement of the American Diabetes Association Diabetes Care 28:186-212, 2005.
11. Nettles AT. Patient education in the hospital. Diabetes Spectrum 2005, 18(1):44-48.
12. Blanz BJ, Rensch-Riemann BS, Fritz-Sigmund DI, Schmidt MH: IDDM is a risk factor for adolescent psychiatric disorders. Diabetes Care 1993, 16:15791587.
13. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. 3η έκδ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 1999. σελ. 220-8.
14. Γκίκα ΕΓ, Θυμέλλη Ι. Νεανικός διαβήτης. Αθήνα: Ύγκυρα; 2005.
15. Guthrie DW, Bartsocas C, Konstantinova M. Psychological issues for children and adolescents with diabetes: overview and recommendations. Diabetes Spectrum, 2003, 16(1):7-12.
16. Hoffman RP. Practical management of type 1 diabetes mellitus in adolescent patients: challenges and goals. Treat Endocrinol. 2004, 3(1):27-39.
17. Grey M, Tamborlane W. Behavioral and family aspects of the treatment of children and adolescents with type 1 diabetes. In Ellenberg and Rifkins Diabetes Mellitus. 6th ed. Porte D, Sherwin RS, Baron A, Eds. New York, McGraw Hill, 2003, p. 565572.
18. American Diabetes Association. Prevention of Type 1 Diabetes. Diabetes Care 2004, 27:S133,.
19. Bragd J, Oskarsson P, Adamson U, Lins PE. Episodes of severe hypoglycemia--increasing problem in type 1 diabetes. Lakartidningen 2004 Dec 23, 101(51-52):4202-5.
20. Gomis R, Esmatjes E. Asymptomatic hypoglycaemia: identification and impact. Diabetes Metab Res Rev. 2004 Nov-Dec, 20 Suppl 2:S47-9.
21. Yale JF. Nocturnal hypoglycemia in patients with insulin-treated diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2004 Sep;65 Suppl 1:S41-6.
22. Jeha GS, Karaviti LP, Anderson B, Smith EO, Donaldson S, McGirk TS, Haymond MW. Continuous Glucose Monitoring and the Reality of Metabolic Control in Preschool Children With Type 1 Diabetes. Diabetes Care 2004 Dec, 27(12):2881-6.
23. H. Peter Chase\*, Laura M. Kim\*, Susie L. Owen\*, Todd A. MacKenzie, Georgeanna J. Klingensmith\*, Robert Murtfeldt§, and Satish K. Garg\* Continuous Subcutaneous Glucose Monitoring in Children With Type 1 Diabetes. PEDIATRICS 2001, 107 (2):222-226.
24. Tanenberg R, Bode B, Lane W, Levetan C, Mestman J, Harmel AP, Tobian J, Gross T, Mastrototaro J. Use of the Continuous Glucose Monitoring System to guide therapy in patients with insulin-treated diabetes: a randomized controlled trial. Mayo Clin Proc. 2004 Dec, 79(12):1521-6.
25. Weissberg-Benchell J, Antisdel-Lomaglio J, Seshadri R. Insulin Pump Therapy A meta-analysis Diabetes Care 2003, 26:1079-1087.
26. Pickup J, Mattock M, Kerry S. Glycaemic control with continuous subcutaneous insulin infusion compared with intensive insulin injections in patients with type 1 diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials BMJ. 2002 March 23, 324(7339): 705.
27. Retnakaran R, Hochman J, DeVries JH, Hanaire-Broutin H, Heine RJ, Melki V, Zinman B. Continuous Subcutaneous Insulin Infusion Versus Multiple Daily Injections. Diabetes Care 27:2590-2596, 2004
28. Robertson RP, Davis C, Larsen J, Stratta R, Sutherland DER: Pancreas and islet transplantation for patients with diabetes mellitus (Technical Review). Diabetes Care 2000, 23:112-116.
29. Najafabadi AR, Moslemi P, Tajerzadeh H. Intranasal bioavailability of insulin from carbopol-based gel spray in rabbits. Drug Deliv. 2004 Sep-Oct, 11(5):295-300.
30. Lehmann ED. Computerised decision-support tools in diabetes care: hurdles to implementation. Diabetes Technol Ther. 2004 Jun, 6(3):422-9.

# «ΧΑΜΟΓΕΛΑ: ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΤΑ ΑΛΛΑΞΕΙΣ ΟΛΑ»\*



Γράφει η **Γεωργία Κυριακέλη**,  
Αντικαθιστώσα Προϊσταμένη  
Γ' Πανεπιστημιακής Παθολογικής  
Κλινικής Γ.Ν.Π.

**Α**πό την αρχαιότητα το γέλιο έπαιζε σημαντικό ρόλο στη ζωή των ανθρώπων. Οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν πως ο Γέλωτας, μαζί με τον Πόθο και την Ηδονή, ήταν δώρα της θεάς Αφροδίτης προς τους ανθρώπους, τελώντας μάλιστα ετησίως δημόσιους αγώνες προς τιμήν του. Ο Ιπποκράτης πίστευε στη θεραπευτική αξία του γέλιου. Στη σύγχρονη εποχή με τους καταγιστικούς ρυθμούς της ζωής οι άνθρωποι (χα)μογελούν ολοένα και λιγότερο.

Όσα αναφέρονται στο παρόν άρθρο συντελούν στην κατανόηση του γεγονότος ότι το γέλιο δεν είναι καθόλου αστεία υπόθεση. Αντίθετα, παρουσιάζεται ως μία σημαντική πρόταση στα πλαίσια της ολιστικής θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενών, στη διαχείριση του κρίσιμου θέματος της υγείας. Εννοείται ότι το γέλιο από μόνο του δεν μπορεί να κάνει τα πάντα, ούτε πρέπει να θεωρείται ως εργαλείο θεραπείας.

## Τι είναι το γέλιο;

Το γέλιο αποτελεί ανθρώπινο ψυχοσωματικό χαρακτηριστικό που αποκαλύπτεται με τις συσπάσεις που κάνουν οι μύες του προσώπου. Σύμφωνα με τον Ambrose Bierce: «το γέλιο είναι ένας εσωτερικός σπασμός που δημιουργεί παραμόρφωση των χαρακτηριστικών και συνοδεύεται από άναρθρους θορύβους. Είναι μεταδοτικό και παρόλο που διακόπτεται, δε θεραπεύεται». Οι ανθρωπολόγοι έχουν συμπεριλάβει το γέλιο στα σύνθετα νεύματα της εξωλεκτικής ανθρώπινης επικοινωνίας και της σωματικής γλώσσας.



## Είδη γέλιου

Είναι φορές που το γέλιο δηλώνει βαθιά συναισθήματα. Άλλες πάλι διαλύει και την τελευταία ελπίδα κατανόησης. Διαφορετικές καταστάσεις υποκινούν γέλιο διαφορετικής ποιότητας. Έτσι, μπορεί να έχουμε γέλιο κοροϊδευτικό, νοσηρό, περιφρονητικό, χαιρέκακο, ψυχρό, σατανικό. Επίσης, ανάλογα με τον τρόπο που γελάμε, το γέλιο μας μπορεί να είναι απότομο, πνιχτό, συγκρατημένο, τρανταχτό, μέχρι δακρύων, ασυγκράτητο, σπαρταριστό, ξεκαρδιστικό.

## Αιτίες πρόκλησης γέλιου

Οι αιτίες που κάνουν τον άνθρωπο να γελάσει είναι συνάρτηση της ιδιοσυγκρασίας του, αλλά και εξωτερικών παραγόντων. Αιτία για γέλιο μπορεί να αποτελέσει μια έκπληξη ή και ένα ξέσπασμα της θλίψης μας. Με το γέλιο εκφράζουμε χαρά αλλά και σαρκασμό.

## Αίτια απώλειας γέλιου

Θα μπορούσαν να ειπωθούν πολλά για τις αιτίες που οδήγησαν το σημερινό άνθρωπο να (ξε)χάσει το γέλιο του. Πιστεύεται πάντως ότι μία είναι η αιτία: η σοβαροφάνεια. Επιβάλλουμε κανόνες καλής συμπεριφοράς και ωράρια στο γέλιο.

## Γελωτοθεραπεία

Η γελωτοθεραπεία δε συνιστά κάποιο είδος θεραπείας με την κλασική έννοια του όρου. Είναι μεθοδολογία ζωής που έχει στόχο τη διεύρυνση του αντιληπτικού πεδίου του ανθρώπου μέσω του γέλιου, του παράδοξου και άλλων πρακτικών. Η γελωτοθεραπεία έχει σκοπό να διδάξει τους ανθρώπους πώς να θυμηθούν να γελούν ανοιχτά, ακόμη και με αυτά που δεν είναι και τόσο αστεία, χωρίς κανόνες και οδηγίες. Ο κύριος σκο-

\* Ασκητική του Νίκου Καζαντζάκη



πός της γελωτοθεραπείας είναι να μας μάθει πώς να αντιμετωπίζουμε τις δύσκολες καταστάσεις που περνάμε χρησιμοποιώντας το αστείο. Με λίγα λόγια, πώς να μάθουμε να παίζουμε με τον πόνο μας χωρίς να ξεχνάμε τις ανάγκες που έχουμε συνολικά ως άνθρωποι. Γελώντας, συγκεντρώνουμε τις δυνάμεις μας για να ζήσουμε τη ζωή μας στα σοβαρά!

- Η γελωτοθεραπεία είναι ένα σημαντικό κομμάτι της προληπτικής ιατρικής.
- Με τη γελωτοθεραπεία επανατοποθετούμε τα όριά μας μέσα στην καθημερινή ψυχολογική πίεση και το στρες,
- μαθαίνουμε να αναγνωρίζουμε τα αστεία που δεν πληγώνουν και να (χαμο)γελάμε με αυτά,
- μαθαίνουμε να ζούμε την κάθε στιγμή, να βλέπουμε το μέλλον με αισιοδοξία και να απαλύνουμε το βάρος του παρελθόντος.
- Η γελωτοθεραπεία μας βοηθά να αναπληρώνουμε τα κενά που έχει αφήσει πίσω της η παιδική ηλικία. Ακούγοντας ένα γέλιο, γελώντας οι ίδιοι, παίρνουμε κάτι από το άρωμα της χαράς. Το γέλιο είναι το σίγουρο παυσίλυπο, η μαγική συνταγή της ευζωίας, ελιξίριο.

### **Γέλιο και ανοσοποιητικό σύστημα**

Το ανοσοποιητικό σύστημα των ανθρώπων με αυξημένη την αίσθηση του χιούμορ είναι περισσότερο ανθεκτικό στο καθημερινό στρες και τα προβλήματα. Πλήθος επιστημόνων τονίζουν τις καταπληκτικές επιδράσεις του γέλιου στο ανοσοποιητικό σύστημα. Οι ιώσεις και οι μολύνσεις δυσκολεύονται να ανοίξουν την «πόρτα της υγείας» των ανθρώπων που χαμογελούν, γιατί τότε κυκλοφορούν περισσότερες ουσίες άμυνας στον οργανισμό, αφού αυξάνονται τα επίπεδα των ανοσοσφαιρινών Α, Μ και G. Τα μωρά που θηλάζουν από μητέρες με χιούμορ έχουν λιγότερα αναπνευστικά προβλήματα, ενώ αυξάνονται τα επίπεδα των ανοσοσφαιρινών Α, τις οποίες προσλαμβάνουν από τις πρώτες ποσότητες γάλακτος που θηλάζουν.

### **Αισιοδοξία και γέλιο**

Το χιούμορ προσφέρει μια αίσθηση αισιοδοξίας και ελευθερίας κινήσεων. Με το γέλιο αμυνόμαστε σε όλα αυτά που μας προκαλούν άγχος και θλίψη. Γελώντας εξορκίζουμε τους φόβους, τις ανησυχίες και τις αγωνίες μας. Οι αισιόδοξοι αρρωσταίνουν λιγότερο. Οι αισιόδοξοι καρκινοπαθείς με μεταστάσεις ζουν περισσότερο από το αναμενόμενο, καθώς γιατροί που συμμετέχουν σε θεραπείες τους παραδέχονται ότι η αισιοδοξία είναι βασικό κλειδί στην καταπολέμηση του καρκίνου. Μετά το έμφραγμα, οι αισιόδοξοι ασθενείς ζουν περισσότερο. Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί από τους ψυχολόγους ότι οι άνθρωποι που μπορούν να γελάσουν με ένα πρόβλημά τους θεραπεύονται και ταχύτερα.

### **Το χαμόγελο του παιδιού**

Σύμφωνα με παιδιατρικές μελέτες το χαμόγελο ενός μωρού δείχνει και το πόσο υγιές και ικανοποιημένο αισθάνεται μέσα στο περιβάλλον του. Σύμφωνα με τον Βρετανό Παιδίατρο Dr Burton L. White: «το χαμόγελο του μωρού βοηθάει στο να σταθεροποιηθεί η μητρική αγάπη προς το νεογέννητο».

### **Το οξυγόνο του γέλιου**

Το γέλιο είναι μια υπέροχη οξυγονοθεραπεία, αφού όταν γελάμε, 4.000.000.000 πνευμονικές κυψελίδες τίθενται σε λειτουργία, δηλαδή 3 φορές περισσότερες σε σχέση με αυτές που ενεργοποιούνται όταν αναπνέουμε συνήθως! Έχει διαπιστωθεί ότι όταν γελάμε ο αέρας κινείται στους πνεύμονες με ταχύτητα που φθάνει τα 120 χλμ/ώρα.

### **Γέλιο και κυκλοφορικό σύστημα**

Το γέλιο «ευφραίνει καρδιά» και τότε το κυκλοφορικό σύστημα δέχεται την ευεργετική επίδρασή του, με άμεσο αποτέλεσμα τη μείωση των τιμών της αρτηριακής πίεσης.

### **Το ...μασάζ του γέλιου**

Φυσικά δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το γέλιο, και μάλιστα το ξεκαρδιστικό, κινητοποιεί τον πεπτικό σωλήνα, δρώντας ευεργετικά στην πέψη και τη δυσκοιλιότητα.

### **Γέλιο και μυϊκό σύστημα**

Σε ότι αφορά στο μυϊκό σύστημα, ο άνθρωπος που γελά χαλαρώνει αυτόματα. Γελώντας νιώθουμε ηρεμία και συναισθηματική ευεξία. Ηλικιωμένοι τρόφιμοι γηροκομείων αναφέρουν λιγότερους πόνους όταν παρακολουθούν κωμωδίες. Γυναίκες που υπέφεραν από μυαλγίες ανέφεραν σημαντική ανακούφιση στον πόνο μετά από σεμινάριο γελωτοθεραπείας. Συμπέρασμα μελέτης του Πανεπιστημίου της Columbia που αφορούσε σε μικρά παιδιά, έδειξε ότι ο χρόνος νοσηλείας



τους και η χρήση αναλγητικών μειώθηκαν κατά 20%, όταν παρακολουθούσαν παραστάσεις με κλόουν στα νοσοκομεία που επιτρεπόταν η είσοδός τους.

### Η ...γυμναστική του γέλιου

Λίγα λεπτά γέλιου προκαλεί ένα έντονο αίσθημα χαλάρωσης. Ο καθηγητής Ψυχιατρικής στο Stanford University, William Fry, ανακάλυψε ότι αρκετά λεπτά έντονου γέλιου είναι συγκρίσιμα με 10 ως 15 λεπτά άσκησης σε στατική ποδηλασία ή κωπηλασία.

### Γέλιο: το καλύτερο λίφτινγκ!

Όλοι γνωρίζουμε ότι χαμογελώντας χρησιμοποιούμε τους ζυγωματικούς μύες. Αυτό που ίσως δεν γνωρίζουμε είναι ότι το χαμόγελο είναι το καλύτερο λίφτινγκ, καθώς η συχνή χρήση των ζυγωματικών μυών τραβά τις άκρες του στόματος προς τα πάνω και πίσω. Είναι γνωστό ότι οι ρυτίδες του προσώπου ξεκινούν από τις ρυτίδες της ψυχής. Όταν γελάμε το πρόσωπό μας λάμπει από ενέργεια και τα μάτια μας ακτινοβολούν χαρά. Τα μάτια των ανθρώπων που χαμογελούν λάμπουν ακόμα και όταν κλαίει από τα γέλια. Το γέλιο γυμνάζει, οξυγονώνει και συχνά χαλαρώνει τους μύες του προσώπου, και όχι μόνο.

### Όταν οι νοσηλεύτες γελούν

Οι νοσηλεύτες έχουμε συνηθίσει να είμαστε σοβαροί και συνοφρυωμένοι όταν πρόκειται να ασχοληθούμε με κρίσιμα θέματα υγείας. Ξεχνάμε όμως ότι σκοπός της επιστήμης μας είναι η καλύτερευση της ποιότητας της ζωής. Σε έρευνα που έγινε το 1996 σχετικά με τη χρησιμοποίηση του χαμόγελου και του χιούμορ από τους επαγγελματίες υγείας στα Ελληνικά νοσοκομεία, καταγράφηκαν τα εξής αποτελέσματα:

1. Το 80% των ασθενών επιθυμούσε όλο το προσωπι-

κό να χαμογελά.

2. Το 83% των ασθενών επιθυμούσε οι νοσηλεύτες να τους χαμογελούν, υποστηρίζοντας ότι το γέλιο τους βοηθά να ξεπερνούν τις δύσκολες στιγμές.
3. Το 94% των ασθενών διαφώνησε με την άποψη ότι είναι αντιεπαγγελματικό το νοσηλευτικό προσωπικό να χαμογελά.
4. Το 91% των ασθενών δε συμφώνησε πως όταν οι νοσηλεύτες χαμογελούν αδιαφορούν για τον πόνο τους, ενώ
5. Το 89% των ασθενών διαφώνησε με την άποψη ότι το γέλιο δεν έχει καμία θέση στα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Συμπεραίνοντας τον ευεργετικό ρόλο του γέλιου, το μήνυμα προς τους νοσηλεύτες, και τους επαγγελματίες υγείας γενικότερα, είναι να χαμογελούν συχνότερα γιατί η εσωτερική βιοχημεία του οργανισμού αλλάζει, ωθώντας και την σκέψη να αντιμετωπίσει τα προβλήματα με άλλο μάτι. Με την υπενθύμιση ότι στόχος της επιστήμης της νοσηλευτικής είναι η βελτιστοποίηση της ποιότητας της ζωής, η πρακτική της νοσηλευτικής οφείλει να είναι κοντά στον άνθρωπο και το χαμόγελο. Το σύνολο των επαγγελματιών υγείας οφείλουν να ξυπνήσουν στους νοσηλευόμενους την αγάπη για τον εαυτό τους και τη ζωή, μέσα από την τροποποίηση της δικής τους συμπεριφοράς, καθώς το γέλιο δεν είναι πολυτέλεια, είναι ανάγκη ζωής!

Ας θυμίσουμε καταλήγοντας όσα έχει γράψει στην Ασκητική του ο Νίκος Καζαντζάκης: «να θυμάσαι πως η ζωή σου ανήκει και μπορείς να τα αλλάξεις όλα. Και αν πάλι δεν μπορείς να αλλάξεις την πραγματικότητα, τότε ας αλλάξει το μάτι που βλέπει την πραγματικότητα».

*Συνεργάστηκε ο Γιάννης Τσιπέλης, Νοσηλεύτης ΤΕ Στεφανιαίας Μονάδας Γ. Ν. Παπαγεωργίου.*

# Η ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑ



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

**Η** θρομβοεμβολική νόσος, είναι εξαιρετικά κοινή εκδήλωση μεταξύ των ασθενών ενός γενικού νοσοκομείου. Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση- κατά την αγγλοσαξωνική ορολογία (DVT)- και η πνευμονική εμβολή, θεωρούνται η ίδια νόσος, αφού θρόμβοι που δημιουργήθηκαν στις φλέβες των κάτω άκρων, αποκολλούνται και μέσω των δεξιών κοιλοτήτων της καρδιάς, εισέρχονται στις πνευμονικές αρτηρίες. Η φυσική εξέλιξη μιάς DVT, είναι η πνευμονική εμβολή στο 50% τουλάχιστον των περιπτώσεων, ενώ το 70% των πνευμονικών εμβολών συνοδεύονται από μια συμπτωματική DVT. Στις ΗΠΑ, έχουμε τουλάχιστον 600,000 DVT και 630,000 πνευμονικές εμβολές συμπτωματικές το χρόνο. Αυτοί οι αριθμοί είναι μικρότεροι των πραγματικών, διότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών είναι ασυμπτωματικός.

Η προδιάθεση των ασθενών να αναπτύξουν ένα θρομβωτικό επεισόδιο ονομάζεται θρομβοφιλία. Οι θρομβοφιλίες μπορεί να είναι **συγγενείς, επίκτητες ή μεικτές** οι οποίες είναι αποτέλεσμα παραγόντων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (παχυσαρκία, κακή διατροφή) ή ιατρογενείς (χρήση ορμονών) που αλληλεπιδρούν με παθολογικό γενετικό υπόστρωμα.

Καθώς το ενδιαφέρον για τις θρομβοφιλικές διαταραχές αυξάνεται, οι ιατροί όλων σχεδόν των ειδικοτήτων, ζητούν να γίνουν οι διάφορες εργαστηριακές δοκιμασίες σε έναν διαρκώς αυξανόμενο αριθμό ασθενών. Έτσι σήμερα σχεδόν όλοι οι ασθενείς με ένα θρομβοεμβολικό επεισόδιο υποβάλλονται σε διαγνωστικές δοκιμασίες. Η διαπίστωση μιάς συγγενούς προδιάθεσης οδηγεί στον έλεγχο και των υπολοίπων μελών της οικογένειας, στην προσπάθεια να ταυτοποιηθούν τα ασυμπτωματικά μέλη που έχουν κίνδυνο θρόμβωσης. Από αυτό το σημείο αρχίζουν οι προβληματισμοί σχετικά με την κλινική αξία αυτής της μελέτης και τον συσχετισμό κόστους και αποτελέσματος. **Οι κλινικοί ιατροί, πολλές φορές, υπερεκτιμούν τον κίνδυνο της θρόμβωσης και υποεκτιμούν τον κίνδυνο της αντιπηκτικής αγωγής.** Συχνά πιστεύουμε ότι η προφυλακτική αγωγή είναι ασφαλέστερη από την κλινική επαγρύπνηση. Καθώς συσσωρεύονται στοιχεία ότι ο κίνδυνος

φλεβικής θρόμβωσης είναι μεγαλύτερος στους θρομβοφιλικούς, το ίδιο όμως συσσωρεύονται στοιχεία ότι αυτό δεν ισχύει για όλους τους ασθενείς. Επιπλέον δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι σε πολλούς ασθενείς με φλεβοθρόμβωση δεν βρίσκουμε εργαστηριακές διαταραχές, χωρίς αυτό να σημαίνει όμως ότι δεν υπάρχουν. Οι αρνητικοί ασθενείς μπορούν πολύ καλά να έχουν μια ταυτοποιήτη προθρομβωτική διαταραχή, που συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο για τον ίδιο ή τους συγγενείς του να παρουσιάσουν θρόμβωση. Σε αυτούς πολύ συχνά υποεκτιμάται η κλινική τους ιστορία.

## ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΕΣ

**Έλλειψη αντιθρομβίνης.** Προηγούμενη ονομασία αντιθρομβίνη III. Παράγεται από το ήπαρ. Δεν περιορίζεται μόνο στην αναστολή της δράσης της θρομβίνης, αλλά αναστέλλει την δράση των ενεργοποιημένων πηκτικών παραγόντων IXa, Xa, XIa XIIa και του συμπλέγματος ιστικός παράγων- FVIIa. Η ηπαρίνη επιταχύνει την ταχύτητα της σύνδεσης της αντιθρομβίνης με αυτές τις σερινικές πρωτεάσες. Πρόκειται για την σημαντικότερη διαταραχή αφού ο κίνδυνος θρόμβωση είναι 25-50 φορές μεγαλύτερος για τους ετερόζυγους φορείς απ' ότι στον γενικό πληθυσμό. Η ομόζυγη μορφή δεν είναι συμβατή με την ζωή. Συχνότητας 0,02%.

**Έλλειψη πρωτεΐνης C.** Είναι βιταμίνη-K εξαρτώμενη πρωτεΐνη και παράγεται από το ήπαρ. Απενεργοποιεί τους ενεργοποιημένους παράγοντες Va και VIIIa. Επίσης μειώνει το σύμπλεγμα της προθρομβινάσης που δημιουργείται πάνω στα αιμοπετάλια, καταστρέφοντας τον Va στο επίπεδο του υποδοχέα του Xa. Όλη αυτή η δράση της διευκολύνεται από τον συμπαράγοντά της που είναι η πρωτεΐνη S. Πρακτικά η ενεργοποιημένη πρωτεΐνη C, είναι ο μεγαλύτερος ανασταλτής του πηκτικού μηχανισμού. Ο κίνδυνος θρόμβωσης για τους ετεροζυγώτες είναι 10-15 φορές μεγαλύτερος του γενικού πληθυσμού. Η ομόζυγη μορφή δεν ήταν συμβατή με την ζωή, μέχρι πρόσφατα. Συχνότητας 0,2-0,3%.

**Έλλειψη πρωτεΐνης S.** Είναι βιταμίνη-K εξαρτώμενη πρωτεΐνη και παράγεται από το ήπαρ. Είναι συμπαράγοντας της πρωτεΐνης C. Το 65% της ολικής πρωτεΐνης

S, είναι συνδεδεμένο με το τμήμα C4b-BP του συμπληρώματος και είναι ανενεργό. Η βιοδιαθεσιμότητα της πρωτεΐνης S, είναι στενά συνδεδεμένη με τα επίπεδα του C4bBP, το οποίο δρα σαν μια σημαντική ρυθμιστική πρωτεΐνη της ανασταλτικής οδού των ενεργοποιημένων πρωτεϊνών C και S. Τα επίπεδα της πρωτεΐνης S μειώνονται σταδιακά κατά την διάρκεια της κύησης, μειώνονται επίσης, λιγότερο όμως, στις γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτική αγωγή και ορμόνες υποκατάστασης. Συνεπώς η υπερδιάγνωση έλλειψης πρωτεΐνης S είναι πιθανή. Επίκτητη έλλειψη πρωτεΐνης S διαπιστώνεται στους ασθενείς που παίρνουν κουμαρινικά, στο αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, στην DIC και στις ηπατοπάθειες. Η συχνότητα της έλλειψης της είναι άγνωστη. Υπολογίζεται περίπου στο 2,1% και φαίνεται ότι έχει μικρό κίνδυνο θρόμβωσης, περίπου 2 φορές μεγαλύτερο του γενικού πληθυσμού. Αυτό όμως δεν ισχύει για τις οικογένειες με εκδηλωμένη θρόμβωση, πράγμα που μας κάνει να υποθέσουμε ότι σε αυτές τις οικογένειες υπάρχει αλληλεπίδραση με άλλες διαταραχές.

**APCR και FV-LEIDEN.** Η APCR είναι ένα λειτουργικό τεστ που για τις περισσότερες οικογένειες συνδέεται με την θρομβοφιλία FV-LEIDEN. (G1691A). Υπάρχουν αιτίες επίκτητης APCR, όπως τα αυξημένα επίπεδα του παράγοντα VIII και το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο. Η APCR αυξάνει με την χρήση αντισυλληπτικής αγωγής, ορμονών υποκατάστασης και τους τελευταίους μήνες της κύησης. Οι ετεροζυγώτες έχουν κίνδυνο θρόμβωσης 3-8 φορές και οι ομοζυγώτες 80 φορές. Η συχνότητα στους Καυκάσιους είναι 2-15%, με τα μεγαλύτερα ποσοστά στην βόρεια Ευρώπη. (Σουηδία 15%). Πιστεύεται ότι η αρχική μετάλλαξη συνέβη 20-30.000 χρόνια πριν σε ένα μόνο άτομο. Σε ποσοστό μικρότερο του 1%, η APCR συνοδεύεται από τον FV-Cambridge (306). Ένας άλλος απλότυπος που συνοδεύει συχνά την θρομβοφιλία FV-Leiden είναι ο HR2. Η συγκληρονομικότητα του HR2 αυξάνει επί πλέον τον κίνδυνο θρόμβωσης.

**Η μετάλλαξη G20210A της προθρομβίνης.** Συνοδεύεται από αυξημένα επίπεδα προθρομβίνης στο αίμα. Η συχνότητα στην βόρειο Ευρώπη είναι 2% και σε ορισμένες περιοχές της νότιου Ευρώπης είναι >6%, και αποτελεί την συχνότερη διαταραχή. Ο κίνδυνος θρόμβωσης είναι 3X.

**Δυσινωδογοναιμία.** Έχουν περιγραφεί περίπου 250 περιπτώσεις κληρονομικής δυσινωδογοναιμίας. Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι ασυμπτωματικές, αλλά το 20% αυτών αναπτύσσει αρτηριακές και φλεβικές θρομβώσεις και το 25% αιμορραγική διάθεση. Σε ορισμένες υπάρχουν χαμηλά επίπεδα ινωδογόνου. Η συ-

χνότητα μεταξύ των άρρωστων με θρόμβωση είναι 0,8%, αλλά παρουσιάζεται υψηλή συχνότητα στις γυναίκες με θρόμβωση μετά τον τοκετό και σε γυναίκες με καθ' εξιν αποβολές. Η θρομβωτική διάθεση οφείλεται πιθανόν σε ανεπαρκή λύση της παθολογικής ινικής ή σε αδυναμία σύνδεσης της ινικής με την θρομβίνη, με αποτέλεσμα αυξημένα επίπεδα θρομβίνης.

**TFPI** (ανασταλτής της οδού του ιστικού παράγοντα). Σχετικά πρόσφατα έχει θεωρηθεί συγγενής θρομβοφιλία αλλά και επίκτητη. Είναι ενδεχόμενο ένας μηχανισμός επίκτητης έλλειψης να είναι η σύνδεση με τις aCL (αντικαρδιολιπινικά αντισώματα) στο αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, αλλά και η σύνδεσή του με τις LDL και λιγότερο με τις HDL και τις VLDL (λιποπρωτεΐνες). Δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί, εάν ο συνδεδεμένος TFPI διατηρεί την αντιπηκτική του δράση. Εάν ο συνδεδεμένος TFPI είναι μη λειτουργικός, αυτό θα μπορούσε να μας δώσει μία εξήγηση για την σχέση των λιποπρωτεϊνών και την αυξημένη αθηρωμάτωση.

## ΕΠΙΚΤΗΤΕΣ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΕΣ

**Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο.** Χαρακτηρίζεται από θρομβοπενία, καθ' εξιν αποβολές και αρτηριακές (πιο συχνά ισχαιμικά αγγειακά επεισόδια) ή φλεβικές θρομβώσεις.

## ΜΕΙΚΤΕΣ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΕΣ

**Αυξημένα επίπεδα του παράγοντα VIII.** Ο FVIII ρυθμίζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Επίπεδα >150 IU/dl, προκαλούν αύξηση του κινδύνου θρόμβωσης κατά 6 φορές.

**Υπερομοκουστεΐναιμία.** Αυξημένα επίπεδα ομοκουστεΐνης νηστείας >18,5 μmol/l προκαλούν 3-5 φορές αύξηση του κινδύνου θρόμβωσης.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Είναι πολύ σημαντικό να πάρουμε ένα αναλυτικό ιστορικό και οικογενειακό ιστορικό. Η κλασική εκδήλωση, όπως περιγράφεται, της θρόμβωσης κάτω άκρου αποτελείται από την τριάδα: οίδημα και ερυθρότης του άκρου, πόνος στο σημείο της θρόμβωσης και σημείο Homans θετικό (πόνος στην γαστροκνημία κατά την ραχιαία κάμψη του ποδιού). Όμως μόνο το 30% παρουσιάζουν αντίστοιχες εκδηλώσεις. Σε όλες τις περιπτώσεις χρειάζεται επιβεβαίωση με **απεικονιστικές μεθόδους** (υπερηχογράφημα - triplex ή / και φλεβογραφία).

**Παράγοντες κινδύνου:** Υπερήλικες, ιστορικό φλεβοθρόμβωσης, ακινησία, τραύμα, χειρουργική επέμβαση, νεφρωσικό σύνδρομο, φλεγμονώδη νοσήματα, λήψη ορμονών, εγκυμοσύνη, λοχειά, παχυσαρκία. Λαμ-

βάνουμε υπ' όψιν την πιθανότητα νεοπλάσματος. Ελέγχουμε με την γενική αίματος την πιθανότητα μυελοπαραγωγού συνδρόμου και **προχωρούμε στον εργαστηριακό έλεγχο θρομβοφιλίας.**

**Πότε;** Οι δοκιμασίες θα πρέπει να γίνονται καθυστερημένα, σε διάστημα τουλάχιστον ενός μηνός από το συμβάν.

**Ποιούς ελέγχουμε;** Σκεπτόμενοι την κλινική αξία αυτών των δοκιμασιών και το οικονομικό κόστος, θα πρέπει με πολύ περισκέψη να αποφασίσουμε ποιούς θα ελέγξουμε.

**Προτείνουμε:**

**1.** Αναλυτικό ιστορικό, ώστε να ανιχνεύονται οικογένειες με θρομβωτικές εκδηλώσεις και να αποκλείονται οι ασθενείς που έχουν πολλούς άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου.

**2.** Στις οικογένειες με θρομβοφιλία, κάνουμε τον έλεγχο, ώστε να προλάβουμε ένα θρομβωτικό επεισόδιο σε έναν ασυμπτωματικό φορέα.

*Παράδειγμα:* Δεν κάνουμε έλεγχο θρομβοφιλίας σε έναν ηλικιωμένο ασθενή που παρουσίασε το πρώτο θρομβωτικό επεισόδιο σε μεγάλη ηλικία, χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Αντιθέτως, όταν παρουσιάζεται ένα επεισόδιο φλεβοθρόμβωσης χωρίς παράγοντες κινδύνου με ή χωρίς θετικό οικογενειακό ιστορικό, σε έναν ασθενή που έχει παιδιά ή συγγενείς γυναικείου φύλου, κάνουμε έλεγχο θρομβοφιλίας, προκειμένου να προλάβουμε τις θρομβωτικές επιπλοκές στους συγγενείς.

**3.** Τον έλεγχο δεν τον κάνουμε στα πολύ μικρά παιδιά, εκτός εάν είναι πάσχοντες.

**4.** Στην περίπτωση των πολλαπλών αποβολών, ή εκλαμψίας, ή μικρόσωμων νεογνών, ενδείκνυται ο έλεγχος επίκτητης και συγγενούς θρομβοφιλίας.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μετά από την εκδήλωση ενός θρομβοεμβολικού επεισοδίου χρειάζεται άμεση έναρξη αντιπηκτικής αγωγής με κλασική ηπαρίνη ή ηπαρίνη μικρού μοριακού βάρους (LMWH), για 5 ημέρες τουλάχιστον, και συγχρόνως έναρξη και αντιπηκτικών από το στόμα, (εξαιρούνται οι έγκυες και οι ασθενείς με αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο)), για μια περίοδο 6 μηνών, με στόχο INR 2,0 - 3,0.

Πολύ σπάνια μπορεί να χρειαστεί θρομβόλυση. Σε περίπτωση υποτροπών θα χρειαστεί να αυξήσουμε το INR.

Σε ορισμένους ασθενείς με θρόμβωση σε σχέση με έναν περιστασιακό παράγοντα που έχει εκλείψει, μπορούμε να κάνουμε αντιπηκτική αγωγή για 3 μήνες π.χ. μετά από μια χειρουργική επέμβαση.

Σε περιπτώσεις καρκίνου, ή παραμονής άλλου πα-

ράγοντα κινδύνου, ή ύπαρξη συγγενούς έλλειψης αντιθρομβίνης ή αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου, η αγωγή θα παραταθεί κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού.

Η εκδήλωση υποτροπής μετά την διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής, με ένα επεισόδιο, σε μη επιλεγμένους ασθενείς, είναι 15-20% στα δύο χρόνια. Αυτό το ποσοστό μπορεί να αποφευχθεί, αν χορηγήσουμε αντιπηκτική αγωγή για 24 μήνες, αλλά εδώ θα πρέπει να συνεκτιμηθεί και ο κίνδυνος αιμορραγιών. Οι αιμορραγικές επιπλοκές υπολογίζονται στο 1% για κάθε χρόνο θεραπείας και το 1/4 αυτών είναι θανατηφόρες.

Όσον αφορά τον κίνδυνο υποτροπής για τους ασθενείς με συγγενή έλλειψη αντιθρομβίνης και πρωτεΐνης C, καθώς για τους ομοζυγώτες ως προς την θρομβοφιλία Leiden, όταν διακόπτεται η αντιπηκτική αγωγή μετά τους 6 μήνες, είναι μεγαλύτερος από το 20% που προανέφερα, και εδώ είναι στην κρίση του θεράποντος ιατρού να διατηρήσει την αντιπηκτική αγωγή. Επίσης για τους ασθενείς με μεικτές θρομβοφιλίες, ο κίνδυνος υποτροπής φαίνεται ότι είναι αθροιστικός, αλλά δεν είναι γνωστός. Εάν αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται περισσότερο χρόνο αντιπηκτικής αγωγής, αυτό είναι ακόμη μια ανοιχτή ερώτηση.

Οι υποτροπές αντιμετωπίζονται όπως και το αρχικό συμβάν. Στις υποτροπιάζουσες θρομβοφλεβίτιδες, χορηγούμε αντιπηκτική εφ' όρου ζωής, με ελάχιστες ίσως εξαιρέσεις.

## ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Δεν χορηγούμε αντιπηκτική αγωγή στους ασυμπτωματικούς φορείς μιας θρομβοφιλικής οικογένειας. Ο κίνδυνος θανατηφόρων αιμορραγιών έναντι θανατηφόρων θρομβοεμβολικών επιπλοκών ακόμη και σε ασυμπτωματικούς φορείς με έλλειψη αντιθρομβίνης, μας απομακρύνει από την χρήση αντιπηκτικής αγωγής. Ευαισθητοποιούμε όμως τους ασθενείς με θρομβωτικό ιστορικό, στην γρήγορη προσέλευση στον γιατρό τους, αμέσως μόλις υποψιαστούν επαναθρόμβωση.

Στους ασθενείς με θρομβοφιλία, χορηγούμε ειδική κάρτα ταυτοποίησης.

Σε όλους τους ασθενείς με ιστορικό θρόμβωσης, με ή χωρίς ταυτοποιημένη θρομβοφιλία, χορηγούμε μικρής διάρκειας αντιπηκτική αγωγή, σε περιόδους αυξημένου κινδύνου όπως χειρουργικές επεμβάσεις, μεγάλοι τραυματισμοί, κατάγματα, ακινητοποίηση, σοβαρές λοιμώξεις κλπ. Το ίδιο ισχύει και για τους ασυμπτωματικούς φορείς, θρομβοφιλικών οικογενειών.

**Λήψη αντισυλληπτικών χαπιών.** Οι γυναίκες με πρωτοπαθικό ιστορικό θρόμβωσης ή έναν τουλάχιστον συγ-

γενή α' βαθμού με ιστορικό θρόμβωσης, δεν πρέπει να λαμβάνουν αντισυλληπτική αγωγή.

**Κύηση.** Η θρομβοεμβολική νόσος είναι η κυριότερη αιτία μητρικής θνησιμότητας στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Θρόμβωση παρουσιάζει 1 γυναίκα κάθε 1000 τοκετούς (1994-1996). Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος μετά τον τοκετό. Τα 2/3 αυτών των γυναικών έχουν επίκτητους παράγοντες κινδύνου: ηλικία >35 έτη, πολλούς τοκετούς (4 ή περισσότερους), άλλο νόσημα, ακινησία και καισαρική τομή. Το 30% αυτών των γυναικών έχουν μία από τις συγγενείς θρομβοφιλίες. (Leiden 10-15%). Οι γυναίκες που είναι σε χρόνια αντιπηκτική αγωγή με κουμαρινικά, πρέπει εάν προκύψει εγκυμοσύνη, να αλλάξουν την αντιπηκτική αγωγή με LMWH αμέσως στις πρώτες 5-6 εβδομάδες της κύησης, λόγω της τερατογόνου δράσης των κουμαρινικών. Πολλά ερωτηματικά προκύπτουν σχετικά με τις ασυμπτωματικές φορείς θρομβοφιλίας και την αντιμετώπισή τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης..

Οι γυναίκες με ιστορικό θρόμβωσης ή συγγενή έλλειψη αντιθρομβίνης ή αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο, μπαίνουν σε αντιπηκτική αγωγή καθ' όλη την διάρκεια της κύησης και 6-12 εβδομάδες μετά.

**Προτεινόμενες δόσεις LMWH:** 75 αντί 100 μονάδες/ Kg βάρους σώματος, κάθε 12 ώρες. Δεν πρέπει να ξεχνούμε τον έλεγχο των αιμοπεταλίων, τις πρώτες 3 εβδομάδες. Πολύ μεγαλύτερες δόσεις χρησιμοποιούμε στις γυναίκες με προσθετικές βαλβίδες. Δεν υπάρχουν απαντήσεις για την περίπτωση που θα αναπτυχθεί θρομβοπενία (HIT).

**Τοκετός:** Στις γυναίκες με αντιπηκτική αγωγή, δεν διαπιστώθηκε ποτέ αιμορραγική διάθεση κλινικής σημασίας κατά την διάρκεια του τοκετού. Υπάρχει όμως αυξημένος κίνδυνος επιπλοκής εάν γίνει επισκληρίδιος αναισθησία.

**Μετά τον τοκετό:** Επαναχορηγούμε LMWH 12 ώρες μετά, στην ίδια δόση που έπαιρνε κατά την διάρκεια της κύησης. Στην συνέχεια μπορούμε να περάσουμε σε αντιπηκτικά από το στόμα. Με οποιαδήποτε αγωγή η γυναίκα μπορεί να θηλάσει.

**Θεραπεία υποκατάστασης στην εμμηνόπαυση.** Ο κίνδυνος θρόμβωσης στις γυναίκες χωρίς ιστορικό αλλά με θρομβοφιλία και λήψη θεραπείας υποκατάστασης υπολογίζεται 3.5-4.0 φορές. Για την θρομβοφιλία Leiden όμως ο κίνδυνος θρόμβωσης είναι 15 φορές μεγαλύτερος. Εάν για λόγους ιατρικούς θα πρέπει να δώσουμε αγωγή με οιστρογόνα, σε γυναίκες με ιστορικό θρόμβωσης ή γνωστή θρομβοφιλία, θα πρέπει να χορηγήσουμε συγχρόνως και αντιπηκτική αγωγή. Πάντως η ενδοδερμική χορήγηση φαρμάκων υποκατάστασης, φαίνεται ότι έχει πολύ μικρότερο κίνδυνο.

**Σύνδρομο της οικονομικής θέσης.** Τα μεγάλα αεροπορικά ταξίδια, πάνω από 4 ώρες, αυξάνουν τον κίνδυνο θρόμβωσης 5 φορές. Σε αυτούς όμως με θρομβοφιλίες ο κίνδυνος αυξάνει κατά 13 φορές. Η θρόμβωση μπορεί να εμφανιστεί και 9 εβδομάδες μετά το ταξίδι. Στους ασθενείς με θρομβοφιλία χορηγούμε αντιπηκτική αγωγή με LMWH για μια εβδομάδα μετά το αεροπορικό ταξίδι.

#### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Weinmann EE, Salzman EW. Deep-vein thrombosis. N Engl J Med 1994;331:1630-1638.
2. Morgenthaler TI, Ryu JH. Clinical characteristics of fatal pulmonary embolism in a referral hospital. Mayo Clin Proc 1995;70:417-424.
3. The Columbus Investigators. Low-molecular-weight heparin in the treatment of patients with venous thromboembolism. N Engl J Med 1997;337:657-669.
4. Koopman MNW, Buller HR. Low-molecular-weight heparins in the treatment of venous thromboembolism. Ann Intern Med 1998;128:1037-1039.
5. Prandoni P, Lensing AWA, et al. The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis. Ann Intern Med 1996;125:1-7.
6. Schulman S, Granqvist S, Holmstrom M, et al. Duration of Anticoagulation Trial Study Group. The duration of oral anticoagulant therapy after a second episode of venous thromboembolism. N Engl J Med 1997;336:393-402.
7. Finazzi G, Brancaccio V, Moia M, et al. Natural history and risk factors for thrombosis in 360 patients with antiphospholipid antibodies: a four year prospective study from the Italian registry. Am J Med 1996;100:530-536.
8. Lockshin MD. Pregnancy loss in the antiphospholipid syndrome. Thromb Haemost 1999;82:641-648.
9. Sanson BJ, Simioni P, Tormene D, et al. The incidence of venous thromboembolism in asymptomatic carriers of a deficiency of antithrombin, protein C, or protein S: a prospective cohort study. Blood 1999;94:3702-3706.
10. Ridker PM, Glynn RJ, Miletich JP, et al. Age-specific incidence rates of venous thromboembolism among heterozygous carriers of factor V Leiden mutation. Ann Intern Med 1997;126:528-531.
11. Simioni P, Prandoni P, Lensing AWA, et al. The risk of recurrent venous thromboembolism in patients with an Arg 506-Gln mutation in the gene for factor V (factor V Leiden). N Engl J Med 1997;336:399-403.
12. D Angelo A, Selhub J. Homocysteine and thrombotic disease. Blood 1997;90:1-11.
13. Sorensen HT, Mellekjaer L, Steffensen FH, et al. The risk of a diagnosis of cancer after primary deep venous thrombosis or pulmonary embolism. N Engl J Med 1998;338:1169-1222.
14. Grady D, Wenger NK, Herrington D, et al. Postmenopausal hormone therapy increase risk for venous thromboembolism disease. The Heart and Estrogen/ progestin Replacement Study. Ann Intern Med 2000;132:689-696.
15. Rinder HM, Schuster JE, Rinder CS, et al. Correlation of thrombosis with increased platelet turnover in thrombocytosis. Blood 1998;91:1288-1294.
16. Brill Edwards P, Ginsberg JS, Gent M, et al. Safety of withholding heparin in pregnant women with a history of venous thromboembolism. New Engl J Med 2000;343:1439-1444.
17. Brenner B. Inherited thrombophilia and pregnancy loss. Thromb Haemost 1999;82:634-640.

# ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΕΟΜ

(Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων)



**Ο** Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) που ιδρύθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 15 του Ν.2737/99(ΦΕΚ 174/Α') είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με έδρα την Αθήνα και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

**Σκοπός** του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Για την επίτευξη του σκοπού του ο Ε.Ο.Μ. έχει μεταξύ άλλων και τις ακόλουθες **αρμοδιότητες**:

- α) Εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και τη σύνταξη κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση.
- β) Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακριτικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνονται και ο μυελός των οστών.
- γ) Καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, τους δυνητικούς δότες και τους υποψήφιους λήπτες οργάνων.
- δ) Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης ή Τράπεζας Ιστών προς Μεταμόσχευση.

- ε) Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων, για την οποία υποβάλλει έκθεση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- στ) Συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων.
- ζ) Μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών
- η) Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων.

**Οι υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ.** αποτελούν μια Διεύθυνση που συγκροτείται από τις ακόλουθες οργανικές μονάδες:

**Τμήμα Α':** Παρακολούθησης και Συντονισμού της Μεταμοσχευτικής Διαδικασίας

**Τμήμα Β':** Διοικητικού Οικονομικού

**Τμήμα Γ':** Ιστών προς Μεταμόσχευση, Ιστοσυμβατότητας και Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση.

Το Τμήμα Α' Παρακολούθησης και Συντονισμού της Μεταμοσχευτικής Διαδικασίας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- α) Την ανεύρεση, εξασφάλιση και αξιοποίηση των προσφερομένων οργάνων
- β) τον συντονισμό και έλεγχο της διαδικασίας ανεύρεσης πτωματικών δοτών οργάνων με τελικό στόχο την προώθηση των μεταμοσχεύσεων
- γ) την επιμέλεια για την εξασφάλιση της απαιτούμενης ιατρικής φροντίδας προς το δότη μέχρι την αφαίρεση των προσφερομένων οργάνων
- δ) την επιμέλεια για την άμεση και σωστή οργάνωση της μεταφοράς των μοσχευμάτων σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο, σε συνεργασία με άλλους φορείς.
- ε) την παρακολούθηση της όλης διαδικασίας της μεταμόσχευσης και του συστήματος διάθεσης των μοσχευμάτων με σκοπό τη διασφάλιση αυτού
- στ) την τήρηση των προβλεπόμενων από τα άρθρα 7 και 8 του Ν.2737/1999 Μητρώων.



Υπεύθυνη Συντονίστρια Μεταμοσχεύσεων για το Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι η κα. **Ασημένια Νταντανά**, προϊσταμένη ΜΕΘ ΓΝΠ  
Πληροφορίες στο τηλ: 2310. 693-367 έως 69

## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

### **1. Τι είναι μεταμόσχευση;**

Η μεταμόσχευση είναι μία εγχείρηση κατά την οποία υγιή όργανα, ιστοί ή κύτταρα μεταφέρονται από ένα νεκρό ή ζωντανό δότη σε έναν χρονίως πάσχοντα άνθρωπο με σκοπό την αποκατάσταση της λειτουργίας των οργάνων του. Η μεταμόσχευση, η οποία αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της ιατρικής του 20ού αιώνα και έχει καθιερωθεί πλέον σήμερα ως μία θεραπευτική πρακτική, επιτρέπει την αποκατάσταση των λειτουργιών του σώματος που είχαν μέχρι εκείνη τη στιγμή χαθεί και σε μερικές περιπτώσεις είχαν μερικώς υποκατασταθεί με μία μηχανικού τύπου μέθοδο. Προϋπόθεση όμως για την εφαρμογή των μεταμοσχεύσεων είναι η προσφορά οργάνων, ιστών ή κυττάρων μετά την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και την αποδοχή της ιδέας της δωρεάς οργάνων, ιστών και κυττάρων. Η δωρεά κυττάρων, ιστών και οργάνων μετά θάνατον είναι ένα δώρο ζωής στον πάσχοντα συνάνθρωπο και ένα μήνυμα ελπίδας, ανθρωπιάς και αλληλεγγύης.

### **2. Ποια όργανα, ιστοί ή κύτταρα μπορούν να μεταμοσχευτούν;**

Τα όργανα τα οποία μπορούν να μεταμοσχευτούν είναι οι νεφροί, η καρδιά, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και τμήμα του λεπτού εντέρου. Οι ιστοί και τα κύτταρα που μπορούν σήμερα να μεταμοσχευτούν είναι δέρμα, επιδερμίδα, οστά, χόνδροι, μύες, τένοντες, σύνδεσμοι, περιτονίες, αγγεία, βαλβίδες της καρδιάς, κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού, σκληρός χιτώνας του οφθαλμού, εμβρυϊκή μεμβράνη, χόριο, ενδοκρινείς ιστοί και ενδοκρινικά κύτταρα, νευρικά κύτταρα, αιμοποιητικά κύτταρα κ.α. Οι τεχνικές συνεχώς βελτιώνονται και σύντομα θα είναι δυνατή η μεταμόσχευση και άλλων οργάνων, ιστών και κυττάρων.

### **3. Ποιος μπορεί να γίνει μετά θάνατον δωρητής ιστών και οργάνων;**

Οποιοσδήποτε άνδρας ή γυναίκα, κάθε ηλικίας, μπορεί να γίνει δωρητής μετά θάνατον. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, και εφόσον ο δυνητικός δότης είχε εγγράφως συναίνεσει σε αυτήν. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του. Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν οι συγγενείς του.

### **4. Από ποια ηλικία και μέχρι ποια μπορούν τα όργανα να αφαιρεθούν;**

Τα όρια ηλικίας που είχαν τεθεί παλαιότερα έχουν ξεπεραστεί από τις εξελίξεις της ιατρικής. Για τη λει-

τουργική κατάσταση του οργάνου που πρόκειται να αφαιρεθεί και να μεταμοσχευτεί, σημαντική είναι η βιολογική και όχι η χρονολογική ηλικία.

### **5. Μπορώ να δωρίσω κάποιο όργανο ενώ είμαι ακόμα στη ζωή;**

**ΝΑΙ**, σε ιδιαίτερες περιπτώσεις μπορεί να δοθεί από ζώντα δότη ένα νεφρό σε έναν συγγενή δευτέρου βαθμού εξ αίματος σε ευθεία ή πλάγια γραμμή (σύμφωνα με το Νόμο 2737/99 περί μεταμοσχεύσεων) και αυτό διότι ο άνθρωπος μπορεί να ζήσει φυσιολογικά και με ένα μόνο νεφρό. Επίσης μπορεί να μεταμοσχευτεί μέρος του ήπατος, μέρος του πνεύμονα ή του λεπτού εντέρου και αιμοποιητικά κύτταρα (ο μυελός των οστών). Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και το δεύτερο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Ο περιορισμός δεν ισχύει στη μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων (μυελού των οστών).

### **6. Μπορώ να γίνω δωρητής αν έχω κάποιο πρόβλημα υγείας;**

Η παρουσία κάποιου προβλήματος υγείας δεν αποτελεί πάντα αντένδειξη για να γίνει κανείς δωρητής οργάνων. Η απόφαση για το αν τα όργανα είναι κατάλληλα για μεταμόσχευση ή όχι λαμβάνεται μόνο από τον θεράποντα ιατρό.

### **7. Εξετάζεται αν ο δωρητής έχει κάποια μεταδιδόμενη ασθένεια;**

**ΝΑΙ**. Πραγματοποιείται αιμοληψία σε όλους τους δυνητικούς δότες για να αποκλειστούν μεταδιδόμενες ασθένειες όπως το HIV (AIDS) και η ηπατίτιδα. Η διαδικασία αυτή είναι απαραίτητη και γνωστοποιείται στην οικογένεια του δότη.

### **8. Μπορώ να συμφωνήσω να δωρίσω κάποια όργανα και όχι κάποια άλλα;**

**ΝΑΙ**, μπορείς να καθορίσεις εσύ ποια όργανα θέλεις να δωρίσεις. Η δήλωση δωρεάς σου δίνει τη δυνατότητα να επισημάνεις τον ιστό, το όργανο ή τα όργανα που επιθυμείς να δωρίσεις.

### **9. Ποιος θα πάρει τα οργάνά μου αν γίνω δωρητής;**

Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες του Εθνικού Μητρώου διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και βάσει κριτηρίων όπως η ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επείγον της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμό-

σχευσης. Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων υποχρεούται για επείγοντα περιστατικά να δημιουργεί ειδικό κατάλογο υποψηφίων ληπτών οι οποίοι έχουν προτεραιότητα στη λήψη μοσχεύματος. Αν τα κριτήρια είναι ισοδύναμα, προηγούνται τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει, πριν παρουσιασθεί γι' αυτά η ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση των οργάνων τους ύστερα από το θάνατό τους.

#### **10. Πώς οργανώνεται μία μεταμόσχευση;**

Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες του Εθνικού Μητρώου διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και βάσει κριτηρίων όπως η ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επείγον της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων υποχρεούται για επείγοντα περιστατικά να δημιουργεί ειδικό κατάλογο υποψηφίων ληπτών οι οποίοι έχουν προτεραιότητα στη λήψη μοσχεύματος. Αν τα κριτήρια είναι ισοδύναμα, προηγούνται τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει, πριν παρουσιασθεί γι' αυτά η ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση των οργάνων τους ύστερα από το θάνατό τους.

#### **11. Πώς πιστοποιείται ο θάνατος;**

Τρεις διαφορετικοί γιατροί, που δεν είναι μέλη της μεταμοσχευτικής ομάδας, διενεργούν αυτόνομα μια σειρά από εξετάσεις, έτσι ώστε να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής έχει υποστεί "νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους". Τα κριτήρια είναι πολύ αυστηρά και αποδεκτά από ιατρικής, νομικής και ηθικής πλευράς και στην Ελλάδα όπως εξάλλου και στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Το εγκεφαλικό στέλεχος είναι το τμήμα εκείνο του κεντρικού νευρικού συστήματος που συνδέει τα εγκεφαλικά ημισφαίρια με τον νωτιαίο μυελό και στο οποίο εδράζουν, μεταξύ άλλων, τα κέντρα της αναπνοής και της κυκλοφορίας του αίματος. Κατά συνέπεια νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους συνεπάγεται μη αναστρέψιμη διακοπή της αυτόματης αναπνοής και της κυκλοφορίας του αίματος. Νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους μπορεί να προκληθεί κατά τη διάρκεια κάποιου σοβαρού τροχαίου ατυχήματος που επέφερε σημαντικής βαρύτητας εγκεφαλικά τραύματα ή συνεπεία ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

#### **12. Μπορούν να με κρατήσουν στη ζωή με μηχανήματα;**

Ο ασθενής που έχει υποστεί νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους είναι νεκρός και δεν μπορεί να επανέλθει στη ζωή. Τα μηχανήματα μπορούν απλά να διατηρήσουν την κυκλοφορία του αίματος παρέχοντας τη δυνατότητα χρησιμοποίησης των οργάνων, ιστών και κυττάρων για μεταμόσχευση.

#### **13. Θα με αφήσουν να πεθάνω επειδή ξέρουν ότι θέλω να γίνω δωρητής οργάνων;**

**ΟΧΙ,** γιατί η έναρξη της μεταμοσχευτικής διαδικασίας προϋποθέτει την πιστοποίηση θανάτου. Η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού βασίζεται στην αρχή ότι "η δωρεά οργάνων έρχεται πάντα δεύτερη μετά τους βασικούς ιατρικούς χειρισμούς. Προέχει η επιβίωση του ασθενή και όλες οι προσπάθειες εστιάζονται σε αυτό".

#### **14. Θα χρησιμοποιηθούν τα όργανα που αφαιρέθηκαν με σκοπό τη μεταμόσχευση για ερευνητικούς σκοπούς;**

**ΟΧΙ.** Σύμφωνα με το νόμο "περί μεταμοσχεύσεων" η αφαίρεση κυττάρων, ιστών και οργάνων από άνθρωπο, ζώντα ή νεκρό, με σκοπό τη μεταμόσχευση σε άλλον άνθρωπο, γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς.

#### **15. Μαθαίνει ποτέ ο μεταμοσχευμένος ασθενής ποιος ήταν ο δότης;**

**ΟΧΙ.** Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και στην οικογένειά του. Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη. Τα αρχεία των ληπτών περιέχουν "ευαίσθητα δεδομένα" που προστατεύονται από το νόμο.

#### **16. Γίνεται γνωστό ότι είμαι δωρητής οργάνων;**

**ΟΧΙ.** Μόνο οι κοντινοί σας συγγενείς στους οποίους έχετε εμπιστευθεί την επιθυμία σας γνωρίζουν την απόφασή σας. Όλα τα στοιχεία των δωρητών οργάνων καταχωρούνται με ασφαλείς διαδικασίες στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων που είναι απόρρητο και προστατεύεται από το νόμο 2472/97.

#### **17. Μπορούν οι άνθρωποι να αγοράσουν ή να πουλήσουν όργανα;**

**ΟΧΙ.** Η αφαίρεση κυττάρων, ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε ανταλλάγμα. Κάθε συναλλαγή μεταξύ λήπτη, δότη και των οικογενειών τους, καθώς και αυτών με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο, απαγορεύεται και τιμωρείται από το νόμο. Πρέπει να γίνει σαφές σε όλους ότι η δωρεά οργάνων είναι μία ελεύθερη πράξη. Θα πρέπει να είναι απόλυτα σίγουρο ότι ο καθένας, εφόσον οι συνθήκες το επιτρέψουν, μπορεί να λάβει μόσχευμα (ένα όργανο) και να επανακτήσει την υγεία του και ότι δεν είναι εξαρτημένη η οικονομική κατάσταση του λήπτη από τη δυνατότητα μεταμόσχευσης.

#### **18. Μπορώ να κάνω δωρεά προς ορισμένο πρόσωπο;**

**ΟΧΙ.** Η δωρεά ιστών και οργάνων για μετά το θάνατο του δότη δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη. Υπόδειξη του λήπτη από το δωρητή σώματος ή οργάνων δεν λαμβάνεται υπόψη, αλλά ακολουθείται η καθορισμένη σειρά προτεραιότητας.

### **19. Υπάρχουν θρησκευτικές αντιρρήσεις για τη μεταμόσχευση;**

Οι περισσότερες θρησκείες όπως ο Χριστιανισμός, ο Βουδισμός, ο Ιουδαϊσμός κ. α. έχουν θετική θέση απέναντι στις μεταμοσχεύσεις. Η Ελληνική Ορθόδοξη εκκλησία αντικρίζει τις μεταμοσχεύσεις με ιδιαίτερη συμπάθεια και κατανόηση και θεωρεί ότι: "η δωρεά οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς δότας καθώς και η νηφάλια και συνειδητή απόφασις υγιούς ανθρώπου όπως προσφέρει κάποιο όργανό του εις πάσχοντα συνάνθρωπον, ως πράξεις φιλαλληλίας και αγάπης, είναι σύμφωνοι με την διδασκαλίαν και το φρόνημα της Εκκλησίας μας". Ωστόσο, αν κάποιος έχει αμφιβολίες, μπορεί να το συζητήσει με τον πνευματικό του πατέρα.

### **20. Η αφαίρεση οργάνων, ιστών ή κυττάρων παραμορφώνει το σώμα;**

**ΟΧΙ.** Η αφαίρεση κυττάρων, ιστών και οργάνων από νεκρό δότη γίνεται με τον προσήκοντα σεβασμό στο σώμα του νεκρού, εκεί όπου βρίσκεται ο δότης και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η όλη διαδικασία διενεργείται με μεγάλη προσοχή από χειρουργούς και εκπαιδευμένο προσωπικό, χωρίς να παραμορφώνει το σώμα, την όψη ή τα χαρακτηριστικά.

### **21. Η οικογένεια του δότη πληρώνει το κόστος της μεταμόσχευσης;**

**ΟΧΙ.** Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση κυττάρων, ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δαπάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

### **22. Τι είναι ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων;**

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με έδρα την Αθήνα το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Ο Ε.Ο.Μ. μεταξύ άλλων:

εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και τον κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση οργάνων και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες οργάνων συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και την ανταλ-

λαγή μοσχευμάτων μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων.

### **23. Τι είναι το Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων;**

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων τηρεί μητρώα δωρητών κατά όργανο και ιστό καθώς και μητρώο εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση.

### **24. Τι είναι ο συντονιστής μεταμόσχευσης;**

Είναι επαγγελματίας υγείας που έχει γνώση των θεμάτων της μεταμόσχευσης και είναι υπεύθυνος για την οργάνωση όλων των διαδικασιών που αφορούν τις επεμβάσεις δότη και λήπτη. Επιμελείται για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών και των οικογενειών των δοτών οργάνων, καθώς και για την παροχή σωστής ιατρικής φροντίδας στους δότες και λήπτες οργάνων.

### **25. Ποιος ο λόγος της κάρτας δωρεάς οργάνων;**

Μετά τη συμπλήρωση και αποστολή στον Ε.Ο.Μ. της "δήλωσης δωρεάς οργάνων", ο δυνητικός δότης πρέπει να συμπληρώσει την "κάρτα δωρεάς οργάνων", την οποία οφείλει να φέρει πάντοτε μαζί του. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνει τις διαδικασίες για την υλοποίηση της επιθυμίας του.

### **26. Πώς μπορώ να πραγματοποιήσω την επιθυμία μου να γίνω δωρητής;**

- Εγγράφεται κατευθείαν στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων αποστέλλοντας στον Ε.Ο.Μ. τη "δήλωση δωρεάς οργάνων"

- Αναζητάς το έντυπο της "δήλωσης δωρεάς οργάνων" από το ασφαλιστικό σου ταμείο, τις Υπηρεσίες Υγείας και τα Ταχυδρομεία

- Συμπληρώνεις το έντυπο που θα διανέμεται σε κάθε απογραφή πληθυσμού.

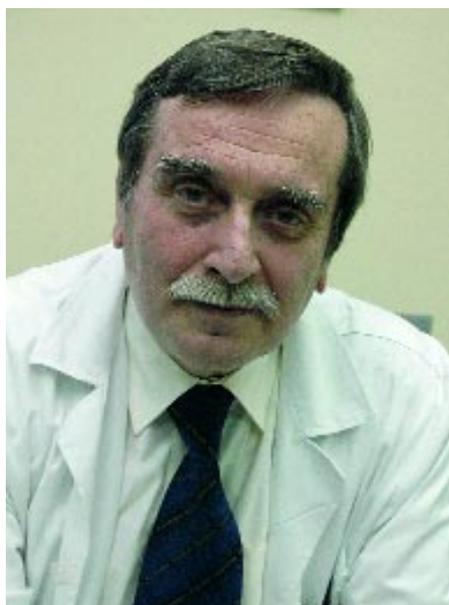
Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθύνεστε στο τηλέφωνο του Ε.Ο.Μ. 1147 όλο το 24ωρο ή ακόμα για να σας αποστείλουμε ταχυδρομικά έντυπο ενημερωτικό υλικό μαζί με μία δήλωση δωρεάς οργάνων. Το πιο σημαντικό, βέβαια, είναι να έχει ενημερωθεί η οικογένειά σου για την απόφασή σου αυτή.

### **27. Μπορώ να αλλάξω γνώμη;**

**ΝΑΙ, μπορείτε.** Η συναίνεση ή η άρνηση για δωρεά οργάνων είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή. Απλά ενημερώνεις τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, ζητάς τη διαγραφή σου από τη λίστα δωρητών και ακυρώνεις την κάρτα δωρητή.

Πηγή πληροφόρησης: Ιστοσελίδα Ε.Ο.Μ.

# Η ΔΙΕΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΗΣ Β' ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ ΤΟΥ ΑΠΘ



Γράφει ο Dr. Αναστάσιος Σ. Πετρόπουλος, Καθηγητής - Διευθυντής Κλινικής Χειρουργικής Παίδων ΑΠΘ

*Το γνωστικό αντικείμενο της χειρουργικής των παιδων περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των χειρουργικών συγγενών διαμαρτιών ή ανωμαλιών και την θεραπευτική αντιμετώπιση των επίκτητων χειρουργικών παθήσεων, που παρουσιάζονται από την γέννηση του παιδιού έως και την ηλικία των 14 ετών. Έτσι η ειδικότητα της Χειρουργικής των Παίδων εμπεριέχει όλο τον κύκλο της ζωής από την δημιουργία της μέχρι την τελική ανάπτυξη του ατόμου, επιβεβαιώνοντας έτσι την ρήση του μεγάλου δασκάλου της Χειρουργικής των Παίδων L. Ombredanne, ότι, «η Χειρουργική των Παίδων είναι ολόκληρη η γενική χειρουργική των ενηλίκων αλλά και κάτι περισσότερο».*

**Η** χειρουργική των παιδών είχε θεσμοθετηθεί σαν συναφής ειδικότητα της Γενικής Χειρουργικής από το 1958, αλλά ήδη από το 1982, αποτελεί ανεξάρτητη ειδικότητα, έχοντας αποσπασθεί πλήρως από τον κορμό της γενικής χειρουργικής.

Έτσι στο γνωστικό της αντικείμενο, εμπεριέχονται όλες οι χειρουργικές συγγενείς ανωμαλίες και επίκτητες παθήσεις, που αφορούν όλα τα συστήματα πλην του καρδιαγγειακού.

Η κύρια διαφορά της γενικής Χειρουργικής των Ενηλίκων, με την Χειρουργική των Παιδών τονίζεται από τον διάσημο Άγγλο Χειρουργό των Παιδών του Νοσοκομείου Great Ormont Sreet, Sir Lancelot Barrington Ward κατά το 1928, ότι «η χειρουργική αντιμετώπιση ενός ενήλικα σαν ένα παιδί είναι απόλυτα αποδεκτή και ασφαλής, ενώ το αντίθετο συνήθως καταλήγει σε καταστροφικά αποτελέσματα». Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι ο μικρός ασθενής είναι ένας ιδιαίτερα αναπτυσσόμενος οργανισμός με πολλές και ειδικές ανάγκες και διαφορές και κατά κανένα τρόπο δεν αποτελεί μια μικρογραφία ενός ενήλικα.

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Κατά το 1614 δημιουργήθηκε στη Λυών, το πρώτο παιδιατρικό νοσοκομείο στον κόσμο το Hotel Dieu. Ενώ ένα από τα παλαιότερα και πιο γνωστά παιδιατρικά νοσοκομεία ήταν το Hopital des Enfants Malades, στο Παρίσι, που λειτούργησε κατά το 1802.

Η πρώτη Πανεπιστημιακή Έδρα Χειρουργικής Παιδών ιδρύθηκε στην ίδια πόλη κατά το 1899, με πρώτο Καθηγητή της τον διάσημο χειρουργό Kirmisson.

Στην Ελλάδα η πρώτη Κλινική Χειρουργικής Παιδών θεσμοθετήθηκε και λειτούργησε το 1953, από τον τότε υπηγητή της Χειρουργικής του ΑΠΘ Β. Πετρόπουλο, που είχε εξειδικευθεί στο Παρίσι στην Χειρουργική των Παιδών.

Η πρώτη έδρα Χειρουργικής Παιδών ιδρύθηκε κατά το 1961, στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, με πρώτο Καθηγητή της τον Β. Πετρόπουλο.

### Β' ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ ΤΟΥ ΑΠΘ

Η Β' κλινική Χειρουργικής Παιδών του ΑΠΘ εγκαταστάθηκε κατά το 1992 στο Γ.Ν. «Αγ. Παύλος» και επί μια 12ετία δεν προσέφερε κλινικό έργο, αλλά μόνο εκπαιδευτικό.

**Η κλινική αυτή μεταφέρθηκε την 1/1/04 στο γενικό νοσοκομείο Παπαγεωργίου σε καθορισμένη πτέρυγα στον 4ο όροφο του Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» και άρχισε να λειτουργεί από την 1/3/04, υπό την Διεύθυνση του Αν. Καθηγητή του ΑΠΘ Αν. Σ. Πετρόπουλου και με τετραμελές ιατρικό προσωπικό (δύο Επιμελητές Α', Δ. Σφουγγάρη και Α. Νεοφύτου και δύο Επιμελητές Β', Β. Λαμπρόπουλο και Β. Μουράβα).**

Από το νοσηλευτικό προσωπικό, προϊσταμένη του



νοσηλευτικού προσωπικού είναι η Ανθία Παπανικολούδη και υπεύθυνη η Τρανή Σαβλάκη. Το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται από 12 νοσηλεύτριες. Η γραμματειακή υποστήριξη της κλινικής γίνεται από την Φωτεινή Πεκρίδου για τα Πανεπιστημιακά θέματα και από την Κυριακή Δριγγοπούλου για τα Νοσοκομειακά θέματα.

Οι θάλαμοι νοσηλείας της κλινικής περιλαμβάνουν τους ακόλουθους χώρους: 1) Δυο τετράκλινοους θαλάμους για νοσηλεία παιδιών ηλικίας άνω των 5 ετών 2) μια Μονάδα Νεογνικής Χειρουργικής, που είναι αυξημένης φροντίδας, όπου μπορούν να νοσηλευτούν έως 8 νεογνά και από αυτά τα δυο σε θερμοκοιτίδες 3) ένας βρεφικός θάλαμος με 8 κουνάκια, όπου νοσηλεύονται όλα τα βρέφη ηλικίας από 1 έως 12 μηνών 4) 2 τετράκλινοοι θάλαμοι με κούνιες για τη νοσηλεία νηπίων ηλικίας από 1 έως 3 ετών 5) ένας δίκλινοος θάλαμος για ασθενείς «μιας ημέρας νοσηλείας», βάσει του ειδικού πρωτοκόλλου 6) ένας δίκλινοος θάλαμος ειδικά διαμορφωμένος, που προορίζεται για τη νοσηλεία παιδιών με εγκαυματική νόσο 7) δυο δίκλινοοι θάλαμοι για την νοσηλεία παιδιών με βαρύτερες παθήσεις διαφόρων συστημάτων και 8) δυο μονόκλινοοι θάλαμοι, όπου νοσηλεύονται παιδιά που έχουν υποβληθεί σε βαριά χειρουργική επέμβαση και χρήζουν αυξημένης φροντίδας και παρακολούθησης.

Η εισαγωγή των ασθενών γίνεται είτε μέσω των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, που πραγματοποιούνται δυο φορές την εβδομάδα, είτε μέσω του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών κατά την ημέρα γενικής εφημερίας του νοσοκομείου, που συνήθως πραγματοποιούνται 7 φορές τον μήνα.

Ο στόχος της κλινικής είναι η παροχή νοσηλευτικών και ιατρικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου στα παιδιά ώστε να αποδίδονται με πλήρως αποκατεστημένη την υγεία τους στην κοινωνία και ταυτόχρονα η προαγωγή της ειδικότητας της Χειρουργικής των Παιδών μέσα από την εφαρμοσμένη θεραπεία, τα αποτελέσματα, την έρευνα και την εκπόνηση επιστημονικών μελετών.

Κατά την διετία 2004-2005 (03/03/2004-31/12/2005) εξετάστηκαν συνολικά στα Τακτικά εξω-



τερικά Ιατρεία της κλινικής μας 2915 ασθενείς

Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών εξετάσθηκαν 4.768 ασθενείς. Ενώ ο συνολικός αριθμός των παιδιών που εξετάσθηκαν ανήλθε σε 7.683.

Στην κλινική μας νοσηλεύτηκαν περίπου 2.115 νεογνά, βρέφη και παιδιά, με μέσο χρόνο νοσηλείας 5,92 ημέρες, και τα 1081 από αυτά, υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση (επείγουσα ή προγραμματισμένη). Τα τακτικά χειρουργεία πραγματοποιήθηκαν, τρεις φορές την εβδομάδα, σε μια χειρουργική αίθουσα.

Η βαρύτητα των χειρουργικών επεμβάσεων ήταν η ακόλουθη: 1) οι 149 αφορούσαν μικρής βαρύτητας επεμβάσεις και διαγνωστικές μεθόδους (ενδοσκοπηση ανώτερου και κατώτερου πεπτικού γαστροσκόπηση, ERCP, ορθοσκόπηση, κολονοσκόπηση, κυστεοσκόπηση), 2) οι 622 περιπτώσεις αφορούσαν χειρουργικές επεμβάσεις μεσαίας βαρύτητας, 3) 162 περιπτώσεις αφορούσαν χειρουργεία μεγάλης βαρύτητας και 4) οι 148 περιπτώσεις αφορούσαν εξαιρετικής βαρύτητας επεμβάσεις.

Στο ειδικό χειρουργείο των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων πραγματοποιήθηκαν περίπου 100 μικροε-



πεμβάσεις, ενώ στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών πραγματοποιήθηκαν 750 περίπου μικροεπεμβάσεις (συρραφές τραυμάτων, διανοίξεις αποστημάτων, περιποίηση εγκαυμάτων κ.λ.π.)

Η Μονάδα Νεογνικής Χειρουργικής νοσήλευσε συνολικά 76 νεογνά, πάσχοντα συνήθως από βαριές συγγενείς χειρουργικές διαμαρτίες ή επίκτητες παθήσεις.

Ο θάλαμος των βρεφών νοσήλευσε 84 βρέφη ηλικίας μέχρι 6 μηνών και 145 έως 12 μηνών, δηλαδή συνολικά 229 βρέφη.

Στο σύνολο των περιπτώσεων τα θεραπευτικά μας αποτελέσματα ήταν άριστα και η θνητότητά μας ήταν μηδενική, ενώ όλα τα νοσηλευόμενα παιδιά αποδόθηκαν στο περιβάλλον τους απολύτως υγιή.

### ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΩΝ

Η ειδικότητά μας συνεργάζεται με όλες τις ειδικότητες, ιδιαίτερα με αυτές που έχουν σχέση με το παιδί αλλά και όλα τα επί μέρους εργαστήρια. Έτσι η συνεργασία του μαιευτήρα, νεογνολόγου, παιδίατρο και παιδοχειρουργού, είναι απολύτως απαραίτητη, ιδίως όταν κατά τον προγεννητικό έλεγχο διαπιστώνεται συγγενής διαμαρτία, που πρέπει να αντιμετωπισθεί έγκαιρα, με την ενδεδειγμένη χειρουργική θεραπεία.

Για το λόγο αυτό στην κλινική μας έχει ήδη αναπτυχθεί η **Μονάδα Νεογνικής Χειρουργικής**, που είναι επίσημα αναγνωρισμένη και από την Ιατρική Σχολή του ΑΠΘ από το 1994 και από τον οργανισμό του Γ.Ν. «Παπαγεωργίου».

Η Νεογνική Χειρουργική είναι η μόνη εξειδίκευση της Χειρουργικής των Παιδών, που αναγνωρίζεται σαν ειδικός χρόνος εκπαίδευσης και απαιτείται για τη λήψη της ειδικότητας.

Το μάθημα της Επείγουσας Νεογνικής Χειρουργικής διδάσκεται στα πλαίσια του επιλεγόμενου μαθήματος της Νεογνολογίας στους προπτυχιακούς φοιτητές του ΙΑ εξαμήνου, αλλά και στους μεταπτυχιακούς φοιτητές της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ.

Η κλινική μας έχει την δυνατότητα να αντιμετωπίσει σχεδόν όλες οι παθήσεις των διαφόρων συστημάτων. **Έτσι αντιμετωπίζονται παθήσεις του πεπτικού συστήματος, του ουροποιητικού και του γεννητικού συστήματος, οι παθήσεις του θώρακα, οι όγκοι, οι παθήσεις του κρανίου και του ΚΝΣ, οι σχιστίες του προσώπου, οι παθήσεις της επιφάνειας του σώματος** (όπως τα ελλείμματα της κοιλίας και τα εγκαύματα).

Επίσης πραγματοποιούνται οι κυριότερες ενδοσκοπήσεις, που εκτός από τον διαγνωστικό τους χαρακτήρα, έχουν και θεραπευτικό ρόλο (αφαίρεση ξένων σωμάτων στομάχου, εκτομή πολύποδα του ορθού, καθετηριασμός ουρητήρων, έγχυση σκληρυντικών ουσιών για αντιμετώπιση της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης κ.α.).

Οι ενδοσκοπήσεις που γίνονται στην κλινική μας είναι σε συνεργασία με το Ενδοσκοπικό Τμήμα του νοσοκομείου και το γαστρεντερολογικό τμήμα της Δ' Παιδιατρικής Κλινικής. Οι κυριότερες είναι οι εξής: οισοφαγοσκόπηση, γαστροσκόπηση, ενδοσκόπηση 12λου

και λεπτού εντέρου, ERCP, ορθοσκόπηση, κολονοσκόπηση, βρογχοσκόπηση και κυστεοσκόπηση.

Επίσης έχουν τεθεί οι βάσεις για την άμεση εφαρμογή της **Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής**. Για το κεφάλαιο αυτό έχει γίνει συστηματική εκπαίδευση όλου του προσωπικού της Κλινική, σε ειδικά σεμινάρια, με την χρήση προσομοιωτών, ενώ βρίσκεται στην διαδικασία διαγωνισμού η προμήθεια παιδοχειρουργικού λαπαροσκοπικού πύργου και των ειδικών παιδοχειρουργικών λαπαροσκοπίων για νεογνά, βρέφη και παιδιά.

## ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Οι μελλοντικοί μας στόχοι εστιάζονται στην ανάπτυξη όλων των επιμέρους εξειδικεύσεων της Χειρουργικής των Παιδών, κατά συστήματα και όργανα, όπως του κρανίου, του ΚΝΣ, του προσώπου, του τραχήλου, του θώρακα, της άνω και κάτω κοιλίας, του λεπτού και του παχέος εντέρου, της επιφάνειας του σώματος, του ουροποιητικού, του γεννητικού, του ερειστικού κ.α.

Προτεραιότητα δίνουμε στην ανάπτυξη και στην υπό ειδικές συνθήκες χειρουργική παρέμβαση στο έμβρυο, σε συνεργασία με τις εμπλεκόμενες ειδικότητες όπως είναι οι μαιευτήρες, οι νεογνολόγοι, οι παιδιάτροι κ.λ.π.

Με τον τρόπο αυτό θα καταστεί δυνατή και η πραγματοποίηση ειδικών επεμβάσεων στο έμβρυο, όπως η **ανοιχτή εμβρυική χειρουργική** και η **κλειστή εμβρυική χειρουργική** με την μέθοδο της ελάχιστη επεμβατικής χειρουργικής (FETENDO).

Στους στόχους μας είναι επίσης και η ανάπτυξη και εφαρμογή των θωρακοσκοπήσεων και θωρακοσκοπικών επεμβάσεων (VATS).

Επίσης η χρησιμοποίηση των **Μικροχειρουργικών Τεχνικών** στην κλινική πράξη, είναι μέσα στους άμεσους στόχους μας. Η ανάπτυξη των παραπάνω τεχνικών θα δώσουν την δυνατότητα για την πραγματοποίηση εξειδικευμένων χειρουργικών επεμβάσεων, με την χρήση των μεθόδων της Μικροχειρουργικής, όπως αγγειοίμμενοι κρημοσί λογοχειλίου, λυκοστόματος και υποσπαδία, απανασυγκόλληση δακτύλων, μεταμοσχεύσεις οργάνων κ.α.

Η **Πειραματική Μικροχειρουργική** θα δώσει την δυνατότητα στην ανάπτυξη νέων πειραματικών μοντέλων της Χειρουργικής των Παιδών, με την χρησιμοποίηση μικρού μεγέθους πειραματοζώων όπως είναι οι επίμυες.

Ένας άλλος στόχος που ανήκει στις μελλοντικές επιδιώξεις, είναι και η εφαρμογή των **ακτίνων Laser**, στην παιδοχειρουργική και ιδιαίτερα στην θεραπεία των αιμαγγειωμάτων, των λεμφαγγειωμάτων, των αγγειακών δυσπλασιών κ.α.

Επίσης αποτελεί καθήκον για εμάς η δημιουργία στο Νοσοκομείο μας, ειδικού κέντρου για την αντιμετώπιση όλων των σχιστιών του προσώπου, λόγω της μεγάλης εμπειρίας στο θέμα αυτό, πάντα όμως σε συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες, που εμπλέκονται όπως, οι ορθοδοντικοί, οι γναθοχειρουργοί, οι ΩΡΛ, οι λογοθεραπευτές κ.α.



Κατόπιν τούτου απαραίτητη είναι η δημιουργία νέων εξειδικευμένων εξωτερικών ιατρείων, όπως της Νεογνικής Χειρουργικής, του προγεννητικού ελέγχου συγγενών χειρουργικών διαμαρτιών, των σχιστιών, του ουροποιογεννητικού συστήματος, του ΚΝΣ κ.α.

**Τελειώνοντας θα σταθούμε στην πρόσφατη χειρουργική αντιμετώπιση του μικρότερου ασθενούς του Νοσοκομείου μας όσον αφορά την ηλικία και το βάρος (26 εβδομάδων ηλικία κύησης, 600 γρ. βάρος σώματος), που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς.** Ο μικρός ασθενής έπαυσε από περιτονίτιδα από ρήξης του λεπτού εντέρου συνεπεία Νεκρωτικής Εντεροκολίτιδας. Η επιτυχής αντιμετώπιση οφειλονταν, στην άριστη συνεργασία των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων, όπως των Χειρουργών Παιδών, των Νεογνολόγων και των Αναισθησιολόγων.

Το αποτέλεσμα αυτό μας δίνει ελπίδες για την αντιμετώπιση πολλών παρόμοιων δύσκολων περιπτώσεων και για το μέλλον.

Ο μεγάλος ευεργέτης της ανθρωπότητας και θεμελιωτής της σύγχρονης Μικροβιολογίας Pasteur, αναφέρεται για τα παιδιά ως ακολούθως: «Μπροστά σε ένα παιδί αισθάνομαι απεριόριστη συμπάθεια για αυτό που είναι σήμερα, αλλά και απεριόριστο σεβασμό, για το τι μπορεί να γίνει αύριο». Τα λόγια αυτά του σοφού δασκάλου και ερευνητή, περικλείουν όλη την κοινωνική προσφορά της Χειρουργικής των Παιδών στην θεραπεία των διαφόρων χειρουργικών συγγενών διαμαρτιών και επίκτητων παθήσεων και την απόδοση τους στην κοινωνία σαν υγιή άτομα, ιδιαίτερα για τις εμφανείς συγγενείς διαμαρτίες, που πριν λίγες μόνο δεκαετίες αντιμετωπίζονταν είτε με οίκτο είτε με απέχθεια και οι περισσότερες από αυτές είχαν κακή έκβαση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Α.Σ. Πετρόπουλος και συν. Νεογνική Χειρουργική, οι Πρόοδοι και τα Νεότερα Δεδομένα, Έκδοση Ελληνική Εταιρεία Χειρουργών Παιδών, Θεσσαλονίκη 1999.
2. Α.Σ. Πετρόπουλος, Β. Μουράβας. Επείγουσα Νεογνική Χειρουργική. Στη Νεογνολογία, σελ. 227-340, Υπηρεσία Δημοσιευμάτων Α.Π.Θ., 5η έκδοση, Θεσσαλονίκη 2006.
3. Α.Σ. Πετρόπουλος. Ιστορική ανασκόπηση της Χειρουργικής των Παιδών. Γαληνός 2003;45:527-538.

# Είδαν το πρώτο φως της ζωής τους την ανατολή του 2006



Δεκαπέντε μωρά ήρθαν στο κόσμο την ώρα που έδυε το 2005 και ανέτειλε το 2006, στην Α΄

Μαιευτική και Γυναικολογική Πανεπιστημιακή Κλινική του νοσοκομείου Παπαγεωργίου, κάνοντας το ομορφότερο και το πιο γούρικο ποδαρικό στο νοσοκομείο μας. Πρόκειται για οκτώ αγόρια και επτά κοριτσάκια τα οποία ο

νέος χρόνος προίκισε με το καλύτερο

δώρο, την απόλυτη υγεία και την εξαιρετική

ομορφιά. Η διοίκηση και οι εργαζόμενοι στο

νοσοκομείο Παπαγεωργίου εύχονται στους πρώτους αγαπημένους επισκέπτες του 2006 να τους δώσει ο θεός ό,τι το καλύτερο. Στους γονείς τους εγκάρδιες ευχές να χαίρονται σε όλη τη ζωή τους τα παιδιά τους όσο τα χάρηκαν την ώρα της γέννησής τους.





**Γ**ι' αυτή την ιδιαίτερη μέρα, την παραμονή της Πρωτοχρονιάς του 2006 μας μίλησε ένας άνθρωπος που υποδέχθηκε το νέο έτος από την θέση του καθήκοντος, μαζί με ανθρώπους που είχαν ανάγκη τις υπηρεσίες του, τις γνώσεις του και τον ανθρωπισμό του. Πρόκειται για τον **ειδικευόμενο Ιατρό της Α' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής, Δημήτριο Αθάνατο**, τον οποίο συναντήσαμε στην κλινική του, ανάμεσα σε πανευτυχείς μητέρες και σε πανέμορφα μωρά που πριν λίγες ώρες χάρη και στις δικές του υπηρεσίες είχαν έρθει στο κόσμο.

**Είπε στο «Χρέος Ζωής» ο Δημήτρης Αθάνατος:**

*«Κι ο κλήρος πέφτει στο Δημήτρη.*

*Πέρα από το αστείο της υπόθεσης, πραγματικά δεν είναι αυτό που θα σχεδίαζε κάποιος γι' αυτές τις ημέρες του χρόνου είτε αυτό είναι Χριστούγεννα, πρωτοχρονιά είτε άλλη αργία και θρησκευτική εορτή. Έτσι λοιπόν «τυχερός» της υπόθεσης για τη φετινή Πρωτοχρονιά ήμουν κι εγώ. Τα συναισθήματα μικτά: από τη μία οι υποχρεώσεις και το αίσθημα ευθύνης που απορρέουν από τη θέση μου και απ' την άλλη η ανάγκη να μοιραστώ τις στιγμές αυτές με τους δικούς μου ανθρώπους.*

*Αυτή την Πρωτοχρονιά λοιπόν σπίτι μου έγινε το νοσοκομείο και οικογένειά μου οι μαίες της κλινικής μας καθώς και οι υπόλοιποι εργαζόμενοι σ' αυτό.*

*Το τραπέζι της Παραμονής στρώθηκε από νωρίς, οι συνδαιτυμόνες συνεισφέρανε με «αναψυκτικά» και φαγητά και μετά την αλλαγή του χρόνου την παρέα μας συμπληρώσανε για ευχές οι λιγοστοί ασθενείς που αναγκαστήκανε για λόγους υγείας να περάσουν τις ημέρες αυτές στο νοσοκομείο. Παρότι η παρέα ήταν μικρή, η καλή, μας διάθεση βοήθησε να δημιουργηθεί μία ζεστή ατμόσφαιρα και να απαλύνει την έλλειψη των οικείων μας.*

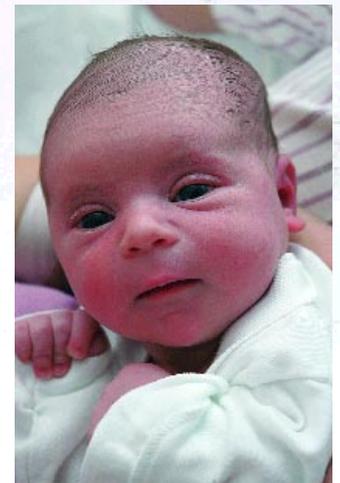
*Η εφημερία του νοσοκομείου ξεκίνησε από νωρίς το πρωί. Όλο το προσωπικό με ευσυνειδησία ήταν στα πόστα του, έτοιμο να παράσχει τις υπηρεσίες του στους πολίτες της Θεσσαλονίκης για την πρώτη ημέρα*

*του 2006.*

*Η κλινική μας, με την ιδιαιτερότητα της ειδικότητάς της, ξεκίνησε τη νέα χρονιά με γεγονότα από τα πιο ευχάριστα στη ζωή, με ΖΩΗ Τα μωράκια που γεννήθηκαν την πρώτη του χρόνου έφεραν σε όλους μας ιδιαίτερη χαρά και τους γονείς ακόμη περισσότερο, μια που θεωρούνται ιδιαίτερα καλότυχα λόγω της ημέρας γεννήσεώς τους.*

*Το καλό της όλης υπόθεσης, το φλουρί που κέρδισα δύο φορές (στις πέντε πίτες) για πρώτη φορά στη ζωή μου.*

*Μήπως να εφημερεύω κάθε χρόνο την Πρωτοχρονιά;».*



## Κουκλοθέατρο και Θέατρο Σκιών στη Παιδιατρική και Παιδοχειρουργική Κλινική του ΓΝΠ

Γράφει η Αρσίνη Τζώνη-Νικολαΐδη,  
Προϊσταμένη Τμήματος Δράσης ΧΑΝΘ



**Δ**ιανύοντας την όγδοη δεκαετία της η ΧΑΝ και αντίθετα με την ηλικία της, έτοιμη να δεχθεί τις προκλήσεις των αλλαγών και τη γνώση που της προσφέρουν οι νέοι άνθρωποι, καταφέρνει να εμπνέει όλους όσους αισθάνονται νέοι. Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων της αναπτύσσει προγράμματα με πολιτιστικό, εκπαιδευτικό, αθλητικό και ψυχαγωγικό χαρακτήρα που στόχο έχουν την ανάπτυξη γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων στους συμμετέχοντες. Όπως κάθε χρονιά, ο εορτασμός της Εβδομάδας Προσευχής και Φιλίας από την Παγκόσμια ΧΑΝ και ΧΕΝ αποτελεί μία πρόσκληση για αλλαγή που εμπνέεται από την αγάπη και στοχεύει στην κοινωνι-



*«αυτό που δε  
χάνεις ποτέ είναι  
αυτό που δίνεις»*



κή αλληλεγγύη και την ανιδιοτελή προσφορά προς τον συνάνθρωπο.

Ο φετινός εορτασμός που πραγματοποιήθηκε από 11-17 Δεκεμβρίου περιελάμβανε μία σειρά εκδηλώσεων με γενικό τίτλο «Ποιος μετρά στα μάτια του Θεού;» θέλοντας με τον τρόπο αυτό να αποτελέσει πρόκληση για να σκεφτούμε και προσδιορίσουμε τα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει ο συνάνθρωπός μας για να γίνει αντιληπτός ή για να του αποδώσουμε αξία και σημασία. Μας προκαλεί να αναλογισθούμε τους τρόπους με τους οποίους αποκλείουμε, συχνά με εθελουφλισμό, συνανθρώπους μας από τις σκέψεις, τις κοινωνίες και τα προνόμιά μας. Μας προκαλεί να ομολογήσουμε τις προκαταλήψεις μας σε οτιδήποτε διαφορετικό από εμάς.

Στο πλαίσιο των εκδηλώσεών μας επισκεφθήκαμε στις 15 και 16 Δεκεμβρίου την Παι-

διατρική και Παιδοχειρουργική κλινική του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου με πρόγραμμα Θεάτρου Σκιών, Κουκλοθεάτρου, και Κατασκευής Χριστουγεννιάτικων καρτών. Τα παιδιά που νοσηλεύονταν εκείνες τις ημέρες και οι γονείς τους δέχτηκαν με χαρά την προσφορά αγάπης των εθελοντών μας και οι εθελοντές χάρηκαν που το έργο τους και το πρόγραμμά τους έγινε αποδεκτό με ενθουσιασμό. Στόχος μας η ενεργοποίηση των ανθρώπων μας για τη διοργάνωση και άλλων παρόμοιων δραστηριοτήτων σε φορείς Κοινωνικής Προστασίας και Αρωγής.

**Όλοι όσοι συμμετείχαν στις παραπάνω εκδηλώσεις στέλνουν τις χανιώτικες ευχές τους για Καλή Χρονιά, με υγεία, δημιουργικότητα και διάθεση προσφοράς γιατί τελικά, «αυτό που δε χάνεις ποτέ είναι αυτό που δίνεις».**

# ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΓΕΝΕΘΛΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟ Γ.Ν.Π.

Γιορτάστηκαν ταυτόχρονα με την κοπή της βασιλόπιτας



Ομιλία του Διευθυντή της Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής του ΑΠΘ στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Αναπληρωτή Καθηγητή κ. **Λάμπη Λαζαρίδη**

Αξιότιμη Αντιπρύτανη του ΑΠΘ κ. Καλτσίκη, Αξιότιμη Πρόεδρε της Ιατρικής Σχολής κ. Μπόντη, Αξιότιμη Πρόεδρε του Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (ΣΟΤΥ) κ. Παντελιάδη, Αξιότιμη Πρόεδρε του Δ.Σ. του Νοσοκομείου κ. Παπαγεωργίου, Αξιότιμοι κυρίες και

κύριοι Καθηγητές Αξιότιμη κ. Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, αγαπητοί συνάδελφοι, αγαπητοί νοσηλευτές και νοσηλεύτριες

Με ιδιαίτερη χαρά σας καλωσορίζω στη σημερινή εκδήλωση της Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής του ΑΠΘ, που γίνεται για το καλό του καινούριου χρόνου, σηματοδοτώντας ταυτόχρονα τα πρώτα γενέθλια της Κλινικής στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου. Όπως γνωρίζετε, η διοικητική μεταφορά της Κλινικής από το Γ.Ν. «Γ. Γεννηματάς» στο Γ.Ν «Γ. Παπαγεωργίου» έγινε το Μάιο του 2004. Οι κλινικές της δραστηριότητες άρχισαν να αναπτύσσονται το Σεπτέμβριο του 2004.

Η καταγραφή και αποτίμηση του κλινικού, εκπαιδευτικού και ερευνητικού έργου κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας της Κλινικής, δηλαδή από 01/01 έως 31/12/2005, θα μπορούσε να αποτελέσει μία εικόνα της αρχικής απόδοσής της «προς τα έξω», ενώ για τον ενδονοσοκομειακό ή ενδοκλινικό χώρο θα μπορούσε να λειτουργήσει ως σημείο αναφοράς για την αναγκαία αυτογνωσία και ως βάση προσανατολισμού, σχεδιασμού και ανάπτυξης των περαιτέρω αναγκαιών δραστηριοτήτων.



**Σε ό,τι αφορά στο κλινικό έργο**, όπως αυτό παρουσιάζεται στους πίνακες, ενώ μοιάζει ικανοποιητικό σε συνάρτηση με τις διαθέσιμες υποδομές (δύναμη κλινών, διαθέσιμες αίθουσες χειρουργείου κτλ.), εντούτοις, εάν ληφθεί υπόψιν ότι η συγκεκριμένη κλινική αποτελεί τη μοναδική κλινική Πλαστικής Χειρουργικής στον ελληνικό πανεπιστημιακό χώρο, απέχει παρασάγγας από τα κλινικά, εκπαιδευτικά ή ερευνητικά εκείνα μεγέθη τα οποία θα περίμενε κανείς από μια ευρωπαϊκή Πανεπιστημιακή Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής.

Το κλινικό έργο, που συνοψίζεται σε 469 εισαγωγές, στην αντιμετώπιση 4.172 ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία, και σε περίπου 900 επεμβάσεις κάθε βαρύτητας, σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς, μετά βίας καλύπτει τις βασικές εκπαιδευτικές ανάγκες των ειδικευόμενων ιατρών της Κλινικής. Πέραν του ενδοκλινικού έργου, οι κλινικές δραστηριότητες, τόσο συμβουλευτικά, όσο και με άμεση συμμετοχή σε χειρουργικές δραστηριότητες, επεκτείνεται και στα άλλα χειρουργικά τμήματα του Νοσοκομείου, όπως και σε άλλα νοσοκομεία (ΑΧΕΠΑ, Ιπποκράτειο), όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο και ζητείται αφού, ως γνωστόν, κλινικές Πλαστικής Χειρουργικής λειτουργούν μόνο στα Γ.Ν. Παπαγεωργίου και Παπανικολάου.

**Το εκπαιδευτικό έργο της Κλινικής** και των μελών ΔΕΠ που είναι ενταγμένα σε αυτή συνοψίζεται στην προπτυχιακή εκπαίδευση φοιτητών του Θ' εξαμήνου,

### Παρευρεθέντες:

ΚΑΛΤΣΙΚΗΣ Χ., Αντιπρύτανης ΑΠΘ  
 ΜΠΟΝΤΗΣ Ι., Καθηγητής, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ & Διευθυντής Α Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Παπαγεωργίου  
 ΜΑΝΘΟΣ Α., Καθηγητής, Αναπλ. Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Εργαστήριο Ιστολογίας Εμβρυολογίας  
 ΠΑΝΤΕΛΙΑΔΗΣ Χ., Καθηγητής, Πρόεδρος ΣΟΤΥ (Συντονιστικό Όργανο Τομέα Υγείας)  
 ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ν., Πρόεδρος Δ.Σ. Γ.Ν. Παπαγεωργίου  
 ΜΗΝΑΣ Α., Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ, Μέλος Δ.Σ. Γ.Ν. Παπαγεωργίου  
 ΚΙΣΚΙΝΗΣ Δ., Καθηγητής, Διευθυντής Α Χειρουργικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν. Παπαγεωργίου  
 ΣΑΚΑΝΤΑΜΗΣ Α., Καθηγητής, Β Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο  
 ΡΕΙΖΟΓΛΟΥ-ZABITZANAKH Μ., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Γεννηματάς  
 ΚΕΚΕΣ Γ., Καθηγητής, Διευθυντής Β Ωτορινολαρυγγικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν. Παπαγεωργίου  
 ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ., Γεν. Διευθυντής, Γ.Ν. Παπαγεωργίου  
 ΣΑΚΕΛΑΡΙΟΥ Γ., Καθηγητής, Διευθυντής Μονάδας Εξωεμφρικής Κάθαρσης Νεφρολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Παπαγεωργίου  
 ΚΑΡΑΤΖΑΣ Ν., Καθηγητής, Διευθυντής Τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν. Παπαγεωργίου  
 ΚΑΡΑΤΖΑΣ Γ., Διοικητικός Διευθυντής, Γ.Ν. Παπαγεωργίου  
 ΧΟΥΤΑ-ΧΥΤΗΡΗ Α., Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Παπαγεωργίου  
 ΚΑΚΟΥΡΑ Μ., Διευθύντρια Πνευμονολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Παπαγεωργίου

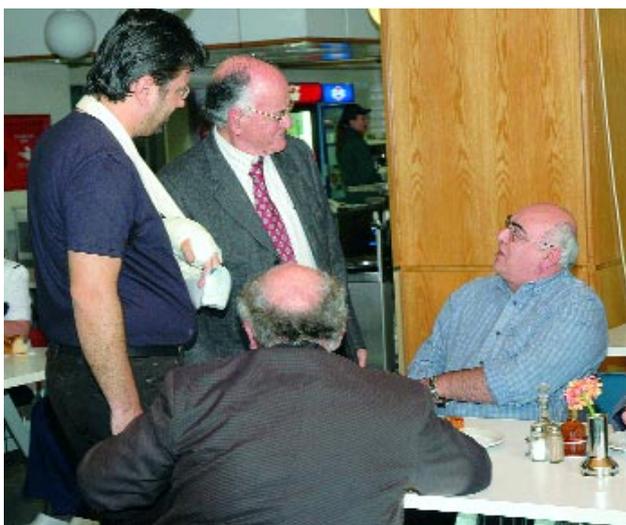
Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της Κλινικής Ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου Πλαστικοί χειρουργοί της Θεσσαλονίκης





από αμφιθέατρο και σε φροντιστηριακό πλαίσιο, όπως καταγράφεται στα συνημμένα προγράμματα, στη μεταπτυχιακή εκπαίδευση των ειδικευομένων στην κλινική (πρόγραμμα συνημμένο) καθώς και σε μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες στο πλαίσιο ημερίδων, σεμιναρίων και συνεδρίων που αφορούν σε ειδικευόμενους και ειδικούς Πλαστικής Χειρουργικής (συνημμένη η δραστηριότητα των μελών ΔΕΠ της Κλινικής).

Σε ό,τι ειδικά αφορά στο προπτυχιακό εκπαιδευτικό έργο, η διαβάθμιση της Πλαστικής Χειρουργικής ως



μαθήματος επιλογής βρίσκεται κατά την άποψή μας σε αναντιστοιχία προς το εύρος του γνωστικού αντικείμενου και τη νοσηρότητα του πληθυσμού. Συνέπεια της σημερινής κατάστασης είναι η συμμετοχή ενός μικρού μόνο αριθμού προπτυχιακών φοιτητών στο μάθημα επιλογής, με ορατό τον κίνδυνο οι πτυχιούχοι της Ιατρικής στην πλειονότητά τους να μην έχουν διδαχθεί ή τεκμηριωμένα να μην έχουν εξοικειωθεί με σημαντικά αντικείμενα της τρέχουσας νοσηρότητας, όπως η χειρουργική αντιμετώπιση των νεοπλασμάτων του δέρματος και των μαλακών μορίων, τα εγκαύματα, οι χειρουργικές παθήσεις της χειρός και το συνολικό φάσμα της Επανορθωτικής Χειρουργικής και της αποκατάστασης επίκτητων βλαβών, δυσπλασιών και δυσμορφιών, καθώς και συγγενών δυσπλασιών που αφορούν στην εξωτερική μορφή και λειτουργία του ατόμου.

Η αποσπασματική εκπαίδευση στα ως άνω αντικείμενα, επιμερισμένα σε διάφορες άλλες χειρουργικές κατευθύνσεις και μαθήματα (Γενική Χειρουργική, ΩΡΛ, Ορθοπαιδική, Νευροχειρουργική, Αγγειοχειρουργική), υποχρεωτικά οδηγεί σε κατακερματισμό της δομικά ενιαίας γνώσης και της ενδεδειγμένης μεθοδολογίας.

Στο πλαίσιο των ως άνω πιστεύουμε ότι τα αρμόδια όργανα της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ, με τα ανάλογα ερεθίσματα από άλλες κατευθύνσεις, έχουν ήδη προσεγγίσει τον ενιαίο προβληματισμό με στόχο τον εκσυγχρονισμό και την απαρτίωση της εκπαίδευσης των νέων ιατρών.

**Σε ό,τι αφορά στο ερευνητικό έργο της Κλινικής**, στο δεδομένο πλαίσιο των ερευνητικών δυνατοτήτων, αυτό έχει εκφραστεί με επιδημιολογικές και κλινικές έρευνες κατά το έτος 2005 κυρίως στα αντικείμενα των κατακλίσεων και χρονίων ελκών, τόσο με τη μορφή της κλινικής, όσο και της πειραματικής έρευνας (συνημμένο «Έρευνα»). Παράλληλα αναπτύχθηκαν δραστηριότητες για τη σύνδεση της Κλινικής και των μελών ΔΕΠ με το Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης (ΕΚΕΤΑ), στην κοινή προσπάθεια θεσμοθέτησης και ανάπτυξης του **Ινστιτούτου Βιοϊατρικής και Βιομοριακής Έρευνας**. Ειδικός στόχος στην προσπάθεια αυτή, σε ό,τι αφορά στα αντικείμενα της Πλαστικής Χειρουργικής, είναι η ανάπτυξη και λειτουργία τράπεζας δέρματος και ιστικών μοσχευμάτων σε όλο το σύγχρονο και δυναμικό αυτό φάσμα της έρευνας, με παράλληλη μεταφορά του προϊόντος της έρευνας στην κλινική πράξη (χρήση καλλιεργημένων αυτόλογων κερατινοκυττάρων στην αντιμετώπιση των εγκαυμάτων κτλ.)

Στο πλαίσιο όλων όσων προαναφέρθηκαν συνοψίζεται και η στρατηγική της μελλοντικής έκπτυξης του Τμήματος σε κλινικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό επίπεδο. Είναι προφανές ότι ένας τέτοιος προσανατολι-

σμός θα μπορούσε να είναι ρεαλιστικός μόνο με την συνδυασμένη συνδρομή της Διοίκησης του Νοσοκομείου και των Προϊσταμένων μας στην Ιατρική Σχολή, για την αναγκαία ανάπτυξη της Κλινικής στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου σε ένα δυναμικό  $\pm$  40 κλινών, με την αντίστοιχη ιατρική στελέχωση (μέλη ΔΕΠ και ΕΣΥ) και νοσηλευτική κάλυψη. Πέραν αυτού, η συνδρομή της Διοίκησης του Νοσοκομείου και της ηγεσίας της Ιατρικής Σχολής θα μπορούσε να είναι καταλυτική στην δίχως ολιγωρία ανάπτυξη και λειτουργία της Γενικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και Εγκαυμάτων Παιδών, η οποία αποτελεί επείγουσα αναγκαιότητα και ζητούμενο των συναρμόδιων ειδικοτήτων για την κάλυψη των πανελλαδικά ελλειμματικών κλινικών και εκπαιδευτικών αναγκών στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Η απουσία σύγχρονης υποδομής αντιμετώπισης των εγκαυμάτων της παιδικής ηλικίας ασφαλώς κοστίζει πολύ περισσότερο από ότι θα κόστιζε η δημιουργία και λειτουργία της. Η πρωτοπορία στη συγκεκριμένη κατεύθυνση της του Γ.Ν. Παπαγεωργίου και της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ τεκμηριώνεται κατ' αρχάς από το ρόλο «βηματοδότη» της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο χώρο ευθύνης τους και κυρίως, σε ό,τι αφορά στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου, στη μοναδική προνομία του να καλύπτεται ταυτόχρονα από τμήματα Παιδιατρικής, Παιδοχειρουργικής και Πλαστικής Χειρουργικής.

Ως κατακλείδα της σημερινής μας εκδήλωσης, στην οποία μας τιμήσατε εξαιρετικά με την παρουσία και συμμετοχή σας, δε θα παραλείψουμε να αναφέρουμε την τεκμηριωμένη αναγκαιότητα της δημιουργίας και λειτουργίας κλινικών Πλαστικής Χειρουργικής και στα άλλα μεγάλα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, όπως το ΑΧΕΠΑ και το Ιπποκράτειο, τόσο για την κάλυψη των κλινικών αναγκών και της τρέχουσας νοσηρότητας, όσο και της εκπαίδευσης των φοιτητών στο πλαίσιο του επίκαιρου προσανατολισμού της Ιατρικής Σχολής για τη λειτουργία τριών εκπαιδευτικών πόλων.

Στους ευρύτερους αυτούς προγραμματικούς στόχους, στο μέτρο που μας αναλογεί, θα συμβάλουμε πάση δυνάμει, έχοντας τη βεβαιότητα ότι οι συγκεκριμένοι στόχοι αποτελούν κοινή βούληση της Διοίκησης του Νοσοκομείου και της ηγεσίας της Ιατρικής Σχολής. Εκφράζοντάς σας για άλλη μια φορά τις θερμές ευχαριστίες της Κλινικής μας για τη συμμετοχή σας στη γιορτινή μας εκδήλωση, παρακαλώ τον Πρόεδρο της Ιατρικής Σχολής Καθηγητή κ. Ι. Μπόντη να ανέλθει στο βήμα, με την παράκληση να τον ακολουθήσουν ο Αντιπρύτανης κ. Χ. Καλτσίκης, ο οποίος εξαιρετικά για τα πρώτα γενέθλια της Κλινικής μας τίμησε με την παρουσία του, ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Νοσοκομείου κ. Ν. Παπαγεωργίου και ο Πρόεδρος του ΣΟΤΥ κ. Χ. Πατελιάδης.



# «DREAM TEAM» για όλη την Ελλάδα!

Ομιλία του διευθυντή Γιώργου Σακελλαρίου στη Χριστουγεννιάτικη γιορτή του τμήματος.



*Όπως κάθε χρόνο, έτσι και φέτος, το Νεφρολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» πραγματοποίησε τη Δευτέρα, 19/12/2005 την καθιερωμένη χριστουγεννιάτικη γιορτή για το ιατρικό, νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό.*

Μέσα σε μια ζεστή ατμόσφαιρα, ο διευθυντής του τμήματος προσέφερε δώρα σε όλο το προσωπικό και ευχές για το νέο χρόνο. Ήταν, πραγματικά, μια γιορτή αγάπης που τιμά το διευθυντή κ. **Γεώργιο Σακελλαρίου** ο οποίος, για άλλη μια φορά, έδειξε την ευαισθησία του προσφέροντας δώρα στα 70 παιδιά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Στα πλαίσια της γιορτής, έγινε και απολογισμός του 2005. Για άλλη μια χρονιά, το Νεφρολογικό τμήμα

πρωτοστάτησε στα ιατρικά δρώμενα στο χώρο της νεφρολογίας στη χώρα μας. Συνοπτικά αποσπάσματα από την ομιλία του διευθυντού κ. Γ. Σακελλαρίου αναφέρονται στη συνέχεια.

«Για 5η χρονιά, είμαστε συνεπείς, την ίδια μέρα, να κάνουμε τη μικρή μας γιορτή εδώ στο Νεφρολογικό Τμήμα και να έχουμε κοντά μας λίγους αλλά εκλεκτούς φίλους. Πρώτα-πρώτα, ένα μεγάλο ευχαριστώ σε δύο γυναίκες που φροντίζουν την καθαριότητα του τμήματος και αυτό γιατί, το καλύτερο σπίτι να έχουμε, αν δεν είναι καθαρό και τακτοποιημένο, ποτέ δεν θα είναι ωραίο. Το Νεφρολογικό Τμήμα είναι ένα καμάρι καθαριότητας χάρη στις δύο γυναίκες που έχουμε, την κυρία Γαλλία και την κυρία Φανή, οι οποίες, δόξα τω Θεώ, το κρατούν σε πολύ καλή κατάσταση.

Στη συνέχεια, ευχαριστώ το νοσηλευτικό προσωπικό για τη συνέπεια και την επαγγελματική συνείδηση που έδειξε το 2005 και θα τους πω ότι είναι πραγματι-

κοί ήρωες με βάση τα στοιχεία που θα αναφέρω και τα οποία θέλω να ακούσει η διεύθυνση του νοσοκομείου.

Τους γιατρούς μου όλους, τους ευχαριστώ πάρα πολύ, διότι αυτή η «DREAM TEAM» του Νεφρολογικού μπορεί να είναι μικρή, μπορεί να είναι λίγοι, αλλά είναι «DREAM TEAM» για όλη την Ελλάδα και συγκριτικά, είναι στις καλύτερες ομάδες του Ευρωπαϊκού χώρου. Βεβαίως, ευχαριστώ και τη διεύθυνση του νοσοκομείου η οποία πάλι ήταν με αγάπη κοντά μας, όχι όμως όσο θα θέλαμε. Και για να τους συγκινήσουμε λίγο παραπάνω θα τους αναφέρω ορισμένα στοιχεία και ας τα προσέξουν αυτά τα στοιχεία και ας τα δώσουν και σ' αυτούς που είναι παραπάνω, στην πολιτική ηγεσία. Το σύνολο αιμοκαθάρσεων που πραγματοποιήσαμε το 2005 είναι 31.364 αιμοκαθάρσεις. Αντιπροσωπεύει των αριθμό αιμοκαθάρσεων σε πέντε μεγάλα νοσοκομεία των Αθηνών και όλα τα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης μαζί. Αλλά δεν θα σταθώ εδώ. Εκείνο που είδαμε είναι ορισμένους δείκτες, π.χ. οι έκτακτες αιμοκαθάρσεις, από 994 που ήταν το 2004 διπλασιάστηκαν, έγιναν 1.826 το 2005. Αυτό μας κούρασε αφάνταστα, Κύριε Πρόεδρε. Οι εισαγωγές στη Νεφρολογική κλινική ήταν 2.153 όσες εισαγωγές έχει μία άλλη κλινική που έχει 34 κρεβάτια, και όχι 13, και ο χρόνος νοσηλείας ήταν 2,1 ημέρες. Η σχέση νοσηλευτών και αιμοκαθάρσεων είναι μία νοσηλεύτρια ανά 1.073 αιμοκαθάρσεις. Ξέρετε τι σημαίνει αυτό;

Θα σας δώσω δύο ακραία παραδείγματα. Σε ένα μεγάλο νοσοκομείο των Αθηνών, η σχέση αυτή είναι ένα προς 390 αιμοκαθάρσεις και σε ένα μεγάλο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης, είναι ένα προς 525 αιμοκαθάρσεις. Άρα, σε σχέση με το μεγαλύτερο νοσοκομείο, οι νοσηλευτές επιτελούν το διπλάσιο έργο. Τώρα ας δούμε τους ήρωες, τους γιατρούς και τις ιατρικές πράξεις. Ο κάθε γιατρός έκανε δεκαοκτώ χιλιάδες ιατρικές πράξεις, το αντίστοιχο νοσοκομείο, το μεγάλο των Αθηνών αλλά με τη λίγη παραγωγικότητα, είναι ένας προς 350 ιατρικές πράξεις. Και στη Θεσσαλονίκη είναι ένας προς 1.150 ιατρικές πράξεις. Αυτά τα στοιχεία είναι στη διάθεση σας, όποτε θέλετε για να τα δείτε. Βεβαίως, δεν επιθυμούμε οι παρατηρήσεις μας αυτές να εκληφθούν ως σημεία αντιπαράθεσης. Απεναντίας, θεωρούμε ότι, μέσα από την ευγενή άμιλλα, όλοι μας μπορούμε να γίνουμε ακόμη καλύτεροι και να προσφέρουμε ακόμα περισσότερα.

Στο επιστημονικό επίπεδο συμμετείχαμε με ερευνητικές δουλειές σε ένα Παγκόσμιο και 6 Ευρωπαϊκά συνέδρια καθώς επίσης και σε 10 Ελληνικά συνέδρια. Αρκετές εργασίες έλαβαν τιμητικές διακρίσεις, 10 εργασίες δημοσιεύθηκαν σε έγκριτα περιοδικά του διε-

θνούς και ευρωπαϊκού ιατρικού τύπου και 15 ελληνικά περιοδικά.

Για το 2006, πιστεύουμε ότι θα συνεχίσουμε με την ίδια επιτυχία το έργο μας με 2 επιπλέον στόχους: 1) Το πρώτο εξάμηνο του 2006 να έχει τελειώσει με επιτυχία η πιστοποίηση του τμήματος μας κατά ISO 2001 και 2) να πραγματοποιήσει με επιτυχία το 14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεφρολογίας το οποίο βασικά διοργανώνεται από το νεφρολογικό τμήμα του νοσοκομείου μας».

**Ο κ. Σακελλαρίου τελείωσε την ομιλία του ευχόμενος σε όλους υγεία, ευτυχία και πρόοδο ανανεώνοντας το ραντεβού για την επόμενη χριστουγεννιάτικη γιορτή.**



# ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

## Η πανάρχαια κοινωνικο-ψυχολογική μάστιγα



**Του Γιώργου Πιπερόπουλου\***  
Δρα Κοινωνιολογίας-Ψυχολογίας  
Καθηγητή Επικοινωνίας του  
Πανεπιστημίου Μακεδονίας

**Μ**ολονότι η έλλειψη στατιστικών στοιχείων στην πατρίδα μας δεν μας επιτρέπει να χαρακτηρίσουμε "καυτό" το πρόβλημα του αλκοολισμού, μπορούμε να θεωρήσουμε βέβαιο ότι και στην ελληνική κοινωνία όπως και σε κάθε άλλη γωνιά του κόσμου ο αλκοολισμός είναι μια σοβαρή κοινωνική και ψυχολογική πληγή με σημαντικές οικονομικές προεκτάσεις.

Υπάρχουν ερευνητές και δημοσιογράφοι των οποίων οι απόψεις συμπίπτουν με τις δικές μου και θεωρούν ότι η νόμιμη χρήση αλκοολούχων ποτών και τα πράγματα εντυπωσιακά επίπεδα χρηματικών πόρων που διατίθενται για τη διαφήμισή των κάθε λογής ποτών που καταναλώνουμε βοηθούν να περνά αθόρυβα στο συλλογικό μας υπογάστριο ένα πρόβλημα που ίσως να αφορά σε 5πλάσιο ή και 10πλάσιο αριθμό ατόμων σε σύγκριση με την εξάρτηση από τα ναρκωτικά.

Επιπρόσθετα, όταν αναλογισθεί κανείς τις ακριβώς σημαίνει η ύπαρξη ενός αλκοολικού γονέα ή παιδιού σε μια οικογένεια ( όταν αλκοολικός είναι ο πατέρας οι ψυχικές επιπτώσεις και η βαναυσότητα πάνω στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας φτάνει σε τραγικά επίπεδα και όταν πρόκειται για την μάνα τα πράγματα γίνονται ακόμη πιο δύσκολα για τα παιδιά της οικογένειας. )

Στις χώρες της Ευρώπης, Ανατολικής και Δυτικής, στη Β. Αμερική, στην Αφρική και Νότιο Αμερική, στην

Αυστραλία και την Άπω Ανατολή ο αλκοολισμός συγκαταλέγεται μεταξύ των πλέον σοβαρών παθήσεων μαζί με τις καρδιοπάθειες, τον καρκίνο και τα σοβαρά ψυχικά νοσήματα. Σε όλες τις χώρες της Άπω Ανατολής, ο αλκοολισμός είναι πρόβλημα αλλά για τους Ιάπωνες υπάρχει μια παροιμιακή έκφραση που την σερβίζουν, ανάμεσα σε ύφος μισό-αστείου, μισοσοβαρού, μαζί με το ποτήρι του εθνικού τους ποτού, του "σάκι". Έτσι συγκεκριμένα, λένε οι Ιάπωνες ... "πρώτα το άτομο παίρνει ένα ποτό, μετά το ποτό παίρνει ένα ποτό και τελικά το ποτό παίρνει το...άτομο"

Αναμφίβολα από την στιγμή που κάποιος προϊστορικός μας πρόγονος ανακάλυψε το αλκοόλ και τις "ευεργετικές" του επιδράσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα ανθρώπων (αλλά και ζώων) ξεκίνησε και η ιστορία αυτής της ουσίας που προέρχεται από τη φύση, είναι γνωστή σε παγκόσμια κλίμακα, δίνει χαρά και ευχαρίστηση και ταυτόχρονα οδύνη, εξάρτηση και θάνατο!..

Τα αλκοολούχα ποτά που κυκλοφορούν στην αγορά έχουν ανάλογα με τον τρόπο παραγωγής τους, διαφορετικά ποσοστά περιεκτικότητας αλκοόλ. Τα κρασιά που παράγονται από ζύμωση χυμών φρούτων έχουν, συνήθως περιεκτικότητα 9 με 14 τοις εκατό αλκοόλ και σε μερικούς τύπους κρασιού προστίθεται αλκοόλ ώστε το ποσοστό να φτάσει στα επίπεδα του 20 περίπου τοις εκατό. Οι διάφοροι ζύθοι, οι μπύρες, ανάλογα με τον τύπο τους έχουν από 3 έως 6 ή το πολύ πολύ 9 τοις εκατό ποσοστό αλκοόλ στον όγκο τους, ενώ στα ποτά που προέρχονται από απόσταξη όπως το δικό μας ούζο, ή

\* Με την ευγενική έγκριση του συγγραφέα από το βιβλίο του «Εξαρτήσεις και Αποκλίσεις» Β' Έκδοση, Εκδόσεις Πάνος Πιπερόπουλος, Θεσσαλονίκη 2005

τα διάφορα ούισκου, μπράντυ, τζιν ή βότκα η περιεκτικότητα σε αλκοόλ ποικίλλει από 30 έως 50 τοις εκατό.

Η επίδραση του αλκοόλ στην ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων που σχετίζονται άμεσα βέβαια, με τις φαρμακολογικές ιδιότητες του που είναι κατά κύριο λόγο αναισθητικές και κατασταλτικές. Υποκειμενικά το άτομο αισθάνεται ότι το ποτό -"με χτύπησε λίγο ή πολύ στο κεφάλι"- πράγμα που σημαίνει ότι κάποιο ποσοστό αλκοόλ στο αίμα καταγράφεται από τον εγκέφαλο σαν συνειδητοποιήση της αναισθητο-κατασταλτικής του ιδιότητας. Το αλκοόλ σαν χημική ουσία θα οξειδωθεί μέσα στο αίμα και κάποια στιγμή θα απολήξει σαν διοξείδιο του άνθρακα και νερό από την καύση του. Όταν όμως ο ρυθμός με τον οποίο το άτομο καταναλώνει το αλκοόλ είναι μεγαλύτερος από τον ρυθμό με τον οποίο γίνεται η καύση του τότε τα υποκειμενικά συναισθήματα είναι τα γνωστά σε όλους μας που ξεκινούν από την ευχάριστη, ελαφριά, ζαλάδα και καταλήγουν στο βαθύ κώμα, αφού παρεμβληθεί η γνωστή μας ... μέθη!

Η επίδραση του αλκοόλ στο άτομο, όπως είπαμε, είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, όπως π.χ. του τύπου του αλκοολούχου ποτού που πίνουμε, εάν πίνουμε με άδειο στομάχι ή τρώγοντας, πόσο βάρος έχουμε (δηλ. τα κιλά μας) και πόσο συνηθισμένοι είμαστε στο ...ποτό. Ένας άνδρας βάρους 70 κιλών που θα καταναλώσει 1/4 λίτρου ούισκου σε διάστημα 24 ωρών, πίνοντάς το όπως εμείς του υποδειχνουμε με αργό και σταθερό ρυθμό δεν θα αισθανθεί σχεδόν τίποτε. Αν όμως στο ίδιο άτομο καταναλώσει την ίδια ποσότητα ούισκου σε μια ώρα τότε θα ανακαλύψει ότι "...μπορεί να τραγουδήσει.. Ιρλανδέζικα.." ακριβώς επειδή όλοι οι μεθυσμένοι έχουν αυτήν την ...ικανότητα!

Ένα άτομο μέσου βάρους 70-75 κιλών και ύψους 1,70-1,75 μ. δηλ. ένας ...Έλληνας ή μια Ελληνίδα, εφόσον καταναλώσουν μια ουγκιά ούισκου (που περιέχει αλκοόλ σε ποσοστό 50 περίπου τοις εκατό) ή για κανονικού μεγέθους μπουτλία μπύρας (που περιέχει περίπου 6% αλκοόλ) θα έχει το αίμα του αλκοόλ σε ποσοστό 0,02%. Αν το ίδιο άτομο έπινε πέντε ή έξι ουγκιές ούισκου απανωτά τότε η αναλογία του αλκοόλ στο αίμα του θα έφτανε το 0,1%. Τι σημαίνουν όμως αυτά τα ποσοστά;

Έχει αποδειχθεί από εργαστηριακές έρευνες ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου με ποσοστό αλκοόλ στο αίμα του 0,02% είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από εκείνη του ίδιο σε στιγμές που δεν έχει πει, ή από άλλα άτομα. Όταν όμως το ποσοστό αλκοόλ στο αίμα φτάσει το 0,1% θα έχουμε εμφανή δείγματα καταστολής και αναισθητοποίησης δεδομένων λειτουργιών του κεντρικού νευρικού συστήματος (το άτομο περπατάει, μπερδεύει τις κινήσεις του, όπως μπερδεύει και τα λόγια του). Αν το ποσοστό φτάσει το 0,2% τα περισσότερα άτομα αρχίζουν να παραδίνονται στις αγκάλες

του...Μορφέα, με ποσοστό 0,3% αλκοόλ στο αίμα το άτομο βυθίζεται σε λήθαργο και αν το ποσοστό φτάσει το 0,4% μπορεί να οδηγηθούμε σε κώμα, ενώ ποσοστά της τάξεως του 0,6 ή 0,7%, συχνά οδηγούν σε αναστολή των αναπνευστικών λειτουργιών και ακόμη στο θάνατο...

Πριν κλείσουμε τις αναφορές στα στατιστικά και φαρμακολογικά στοιχεία είναι χρήσιμο να αναφερθούμε σε μια ιδιομορφία αντιδιαστολής της υποκειμενικής αντίληψης της συμπεριφοράς ενός ατόμου που έχει καταναλώσει κάποιες ποσότητες αλκοόλ και της αντικειμενικά παρατηρούμενης συμπεριφοράς του. Πολλά άτομα διατείνονται ότι με 3,4 ή και 5 ποτήρια ούισκου ή τζιν, βότκας ή ακόμα και ούζου ή με ισόποσες δόσεις μπύρας, μολονότι αισθάνονται μια "γενική ευεξία" δεν έχουν χάσει ΚΑΘΟΛΟΥ τις ικανότητές τους (μυοσκελετικές, λεκτικές και διανοητικές) και, μάλιστα, τουναντίον οι ικανότητές τους αυτές φαίνεται να έχουν βελτιωθεί γιατί το αλκοόλ δρώντας κατασταλτικά τους ελαττώνει το άγχος.

Είναι αλήθεια ότι μέσα στις φαρμακολογικές ιδιότητες του αλκοόλ είναι και η αίσθηση της ευεξίας (...και οίνος...ευφραίνει καρδιάς ανθρώπων...όπως το θέλει και η Βίβλος) και της μείωσης του στρες και άγχους της ζωής (...ένα ποτηράκι για να πάνε κάτω τα...φαρμάκια...) Όταν όμως ελέγχουμε τις επιδόσεις ατόμων που έχουν καταναλώσει τις παραπάνω ποσότητες αλκοόλ σε λίγο σχετικά διάστημα, ανακαλύπτουμε ότι έχουν μειωθεί σημαντικά οι μυοσκελετικές τους αντιδράσεις (ένας οδηγός που χρειάζεται 2/10" για να πατήσει φρένο όταν δει μπροστά του κόκκινο φως, τώρα χρειάζεται ΕΝΑ ολόκληρο δευτερόλεπτο - οπότε και... τρακάρει) όπως επίσης ανακαλύπτουμε ότι το άτομο κάνει πολλά λεκτικά λάθη όταν το υποβάλουμε σε τεστ διανοητικών ικανοτήτων...

Σωρεία μελετών έχει τεκμηριώσει το γεγονός ότι το αλκοόλ επιδρά τόσο πάνω στις λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος που συνιστούν την υποκειμενική μας αντίληψη όσο και στα συναισθήματα μας. Ένα πολύ αγχωτικό άτομο, όπως και ένα άτομο με πολλές ψυχοκοινωνικές αναστολές αισθάνεται ότι "απελευθερώνεται" με το αλκοόλ και καθώς μειώνεται η επίδραση του άγχους του αρχίζει να πιστεύει ότι "βελτιώνονται" οι μυοσκελετικές, συναισθηματικές και διανοητικές του ικανότητες την ίδια ακριβώς στιγμή που η αντικειμενική παρατήρηση μας βεβαιώνει για το ακριβώς αντίθετο...

## Τέσσερις φάσεις του αλκοολισμού

Δεν υπάρχει ίσως ανθρώπινη κοινωνία στον πλανήτη μας που να μην κάνει χρήση αλκοολούχων ποτών για κοινωνικούς, θρησκευτικούς, ψυχολογικούς ή ακόμη και θεραπευτικούς λόγους. Εξαίρεση αποτελούν ει-

δικές ομάδες που αντιμάχονται την χρήση του αλκοόλ επειδή μπορεί να οδηγήσει στην ...κατάχρηση.

Ανάμεσα, βέβαια, στους διάφορους λαούς, αλλά και ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες μέσα στον ίδιο λαό και το ίδιο κοινωνικό σύστημα υπάρχουν διαβαθμίσεις τόσο στον τύπο του αλκοολούχου ποτού που χρησιμοποιείται, όσο και στη μέθοδο χρήσης του καθώς και στην διαδικασία επίτευξης του "επιθυμητού επιπέδου τοξικότητας.."

Αναμφίβολα για τους μεσογειακούς λαούς, Έλληνες, Ιταλούς, Ισπανούς, Εβραίους η κατανάλωση του αλκοόλ γίνεται στους τύπους κρασιού ή μπύρας, μαζί με φαγητό και επιτρέπεται και στα μικρά παιδιά σε ελάχιστες ποσότητες, στο τραπέζι. Αντίθετα για τους Βόρειο - Ευρωπαίους, Γερμανούς - Άγγλους - Σκανδιναβούς, η κατανάλωση γίνεται από ποτά που προέρχονται από απόσταση - ουίσκυ, μπράντυ, τζίν, βότκα κλπ. και όχι αναγκαστικά με το φαγητό αλλά σε πάμπ και μπάρ σαν "μέσο κοινωνικής επαφής και ...απελευθέρωσης από ψυχοκοινωνικές αναστολές".

Συχνά για την κοινή γνώμη υπάρχει μια σύγχυση εννοιών που περνά απαρατήρητη ανάλογα με τις προσωπικές εμπειρίες του ατόμου ή τα πλαίσια αναφοράς της ομάδας. Η σύγχυση αυτή σχετίζεται με το πρόβλημα του αλκοόλ και το πρόβλημα του αλκοολισμού. Όπως προαναφέρθηκε σχεδόν ολάκερη η ανθρωπότητα καταναλίσκει κάποιες ποσότητες αλκοόλ σε κάποιες δεδομένες στιγμές. Σε κάθε κοινωνία, όμως, σε κάθε λαό και σε ομάδες μέσα στο ίδιο κοινωνικό σύνολο έχουμε άτομα τα οποία δεν κάνουν απλά και μόνο χρήση του αλκοόλ αλλά...κατάχρηση - υπάρχουν δηλαδή άτομα που ξεκινούν όπως όλοι μας σαν χρήστες και απολήγουν ...προβληματικοί αλκοολικοί! Πώς και γιατί;

Το ψυχογράφημα ενός τυπικού αλκοολικού μπορεί να συνοψισθεί σε τέσσερις διαχρονικές φάσεις. Αρχικά το άτομο ξεκινά όπως όλοι μας με μια λογική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, συνήθως, σαν συνοδεία σε κάποιο γεύμα όταν βρίσκεται σε επίσκεψη, σε κάποιο πάρτυ σε μια ντισκοτέκ ή σε κοσμικές συγκεντρώσεις. Ξεφεύγει όμως, από τα φυσιολογικά όρια όταν αρχίζει να επιδιώκει και να εφευρίσκει νέες αιτίες κάποιου δήθεν "γιορτασμού" για να δικαιολογήσει έτσι την ανάγκη του να καταναλώνει αλκοόλ και σε μεγαλύτερες ποσότητες και σε συχνότερες δόσεις.

Στην επόμενη φάση, το άτομο με κάποιο δέος ανακαλύπτει ότι πάσχει από "κενά μνήμης" καθώς ξεχνά τις δραστηριότητές του σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας αλκοόλ. Με το πέρασμα του χρόνου το άτομο ανακαλύπτει την ακατανίκητη ανάγκη του για αλκοόλ και αρχίζει το δράμα του καθώς πασχίζει να περιορίσει την κατανάλωση σε τακτά και ελεγχόμενα διαστήματα π.χ. μόνο τις βραδινές ώρες, όταν βρίσκεται στο σπίτι, μόνο όταν είναι

με παρέα αλλά ανακαλύπτει έντρομο πια ότι χρειάζεται το αλκοόλ του σε συνεχή 24ωρη βάση!

Στην τελική φάση αυτής της εξελισσόμενης εκφυλιστικά πορείας προς την εξάρτηση και τον εθισμό, το άτομο ζει ουσιαστικά πια για το επόμενο ποτό εγκαταλείποντας κοινωνικές και οικονομικές υποχρεώσεις και επαγγελματικές δραστηριότητες, παραμελώντας ταυτόχρονα τον εαυτό του και την οικογένεια του. Στη γλώσσα της ψυχοθεραπευτικής θεώρησης του αλκοολισμού, και γενικότερα ατόμων με αδήριτη εξάρτηση από εθιστικές ουσίες, το άτομο, "έχει κτυπήσει...πάτο!"

Υπάρχει μια ψυχοκοινωνική θεωρία σύμφωνα με την οποία είναι χρήσιμο να γίνεται μια διαφοροποίηση ανάμεσα στους δύο τύπους ατόμων που είναι παθολογικοί πότες, δηλαδή να ξεχωρίζουμε ανάμεσα σε εκείνους που πίνουν παθολογικά και εκείνους που είναι "αλκοομανείς" (ο όρος είναι συνώνυμος με τους ναρκομανείς"). Για τους παθολογικούς πότες το πρόβλημα ξεκινά σαν κατάσταση στρες, ταραχής και άγχους που έχει ψυχογενή κοινωνική ή οργανική προέλευση αλλά πάντοτε καταστέλλεται με την κατανάλωση γενναίας ποσότητας αλκοόλ.

## Πέντε τύποι αλκοολικών

Η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών αποβαίνει προβληματική όταν συντρέχουν τα ακόλουθα τέσσερα συγκεκριμένα στοιχεία - υπερβολικές δόσεις, απώλεια ελέγχου της ανάγκης για το ποτό, ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές και αποδιοργάνωση της προσωπικής ζωής του ατόμου.

Μια σωρεία θεωρητικών αναλύσεων και ερευνητικών δραστηριοτήτων κοινωνιολόγων ψυχολόγων, βιοχημικών, φυσιολόγων και άλλων ειδικών έχει απολήξει στο συμπέρασμα ότι ουσιαστικά δεν υπάρχει ένας τύπος αλκοολισμού και ένα στερεότυπο του προβλήματος αλλά ΠΕΝΤΕ διαφορετικοί τύποι που θα βοηθήσει να δούμε κάπως πιο αναλυτικά.

**1ος: Ο αλκοολισμός ΑΛΦΑ τύπου** έχει σαφή ψυχογενή αίτια και οφείλεται, συνήθως, στον εθισμό που προκαλείται από τη συναισθηματική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών για την επιτυχή καταστολή, για τον καθησυχασμό ψυχικών δυσχερειών και προβλημάτων. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτόν τον τύπο αλκοολικού μπορούν να βοηθηθούν σχετικά εύκολα αντικαθιστώντας το αλκοόλ με κάποια αγχολυτικά - ηρεμιστικά για μικρό χρονικό διάστημα και ΜΟΝΟ εφόσον υποβάλλονται ταυτόχρονα και σε έντονη αναλυτική και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

**2ος: Ο αλκοολισμός ΒΗΤΑ τύπου** αφορά περιπτώσεις υπερβολικής χρήσης αλκοόλ από άτομα που "ζουν δημόσια", δηλαδή αναγκάζονται να καταναλώσουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ επειδή το απαιτούν οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες στις οποίες ελίσσονται και

μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε οργανικά προβλήματα (π.χ. με το ήπαρ) αλλά συνήθως τα άτομα αυτά δεν δημιουργούν ψυχική ή οργανική εξέταση.

**3ος: Ο αλκοολισμός ΓΑΜΑ τύπου** αφορά με έντονη ψυχική και οργανική εξάρτηση από το αλκοόλ που εκδηλώνεται με την ανικανότητά τους να σταματήσουν το ποτό ακόμα και αν συντρέχουν σοβαροί λόγοι υγείας και με την τάση τους να αυξάνουν τη συχνότητα και την ποσότητα της "δόσης" τους καθώς ο εθισμός στο αλκοόλ δημιουργεί μια αντίστοιχη ενοχή. Όταν τα άτομα αυτά στερηθούν αλκοόλ έστω και για ελάχιστο χρονικό διάστημα παρουσιάζουν άμεσα τα συμπτώματα του αποκαλούμενου "στερητικού συνδρόμου ή συνδρόμου αποστερήσης" που σχετίζονται με την δημιουργία της ψυχοσωματικής κατάστασης ανοχής (έχουν ταχυκαρδία, νευρικότητα, έντονη εφίδρωση, αίσθηση ναυτίας και ανεξέλεγκτο διάχυτο τρέμουλο)

**4ος: Ο αλκοολισμός ΔΕΛΤΑ τύπου** αν και έχει στοιχεία ψυχικής και οργανικής εξάρτησης (όπως και ο παραπάνω, ΓΑΜΑ τύπος) διαφέρει στο σημείο όπου ο αλκοολισμός ΔΕΛΤΑ κατορθώνει να σταματήσει την κατανάλωση αλκοόλ λίγη ώρα πριν πέσει στο πάτωμα με χαμένες τις αισθήσεις τους δηλαδή λίγη ώρα πριν λιποθυμήσει.

**5ος: Ο αλκοολισμός ΕΨΙΛΟΝ τύπου**, γνωστός παλιότερα και σαν "διψομανία" αναφέρεται στα άτομα που καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ για κάποια χρονικά διαστήματα (ίσως μέρες στη σειρά, ακόμη και βδομάδες) καταλήγοντας μετά σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα ή κέντρο αποτοξίνωσης. Εκεί, αφού επιτύχουν την αποτοξίνωση, την οργανική απελευθέρωση από την εξάρτηση τους στο αλκοόλ θα παραμείνουν "καθαροί" για κάποιο χρονικό διάστημα που συνήθως μεσολαβεί μέχρι και την επόμενη κρίση "διψομανίας" που τερματίζει, σε φαυλοκυκλική επανάληψη, το "στέγνωμά" τους σε κάποιο κέντρο αποτοξίνωσης.

## Οι αιτίες και η Θεραπεία

Το χρόνιο πρόβλημα αλκοολισμού δεν εξαντλείται μόνο στις κοινωνικές και οικονομικές του επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου και της οικογένειας αλλά απολήγει νομοτελειακά και στη δημιουργία σοβαρών οργανικών παθήσεων και ψυχοπαθολογικών καταστάσεων για το άτομο.

Πέρα από την γνωστή στο ευρύτερο κοινό κίρρωση του ήπατος, χρόνιοι αλκοολικοί αντιμετωπίζουν και ψυχικές παθήσεις σαν τη λιγότερο γνωστή "ψύχωση τύπου "Κόρσακοφ" που διακρίνεται από συμπτώματα απώλειας της αίσθησης χώρου και χρόνου και αμνησίας για πρόσφατα γεγονότα. Επίσης υπάρχει και η περίπτωση του "συνδρόμου του Βερνίκε" στο οποίο εξ' αιτίας της καταστροφής εγκεφαλικών κυττάρων, πέρα από την αμνησία και την άμβλυση του συναι-

σηματικού φάσματος έχουμε και συχνές απώλειες των αισθήσεων, της συνείδησης, και βύθισμα του ατόμου σε κωματώδεις καταστάσεις.

Και οίνος ευφραίνει καρδίας ανθρώπων... Παρά τις επίμονες και επίπονες προσπάθειες ερευνητικών ομάδων σε διάφορες χώρες του κόσμου δεν έχει τεκμηριωθεί μέχρι σήμερα η θέση ότι ο αλκοολισμός μπορεί να αναχθεί σε καθαρά οργανικά αίτια ή αμιγή κληρονομικά κριτήρια. Στη κλασική ψυχοδυναμική θεωρία του ψυχογενή αίτια του αλκοολισμού εντοπίζονται στην εστίαση της εξελικτικής πορείας του ατόμου "στο στοματικό στάδιο". Το στάδιο αυτό είναι το πρώτο από τα τρία εξελικτικά στάδια της ψυχαναλυτικής θεωρίας (στοματικό, πρωκτικό, φαλλικό-σεξουαλικό). Τα άτομα που έχουν εστιάσει κάποιες ψυχικές δυσκολίες στο "στοματικό στάδιο" χαρακτηρίζονται από υπερμετρη τάση εξάρτησης από τρίτους και από χαμηλά όρια αντοχής σε σωματικό πόνο όπως και στις απογοητεύσεις της ζωής και στα ενδογενή ή εξωγενή ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα της καθημερινής μας ζωής.

Στις σύγχρονες ψυχοδυναμικές θεωρήσεις, η ροπή προς τον αλκοολισμό όπως και η ροπή προς την NARCOMANIA (και αυτό το τονίζω εμφαντικά επειδή το πιστοποιούν οι μακρόχρονες κλινικές μου εμπειρίες) αιτιολογείται από ψυχολογικές καταστάσεις υπέρμετρου στρες και άγχους, διάχυτης και ανατιολόγητης ανασφάλειας, έντονων συναισθημάτων ενοχής και χαμηλό βαθμό αυτοπεποίθησης.

Τα παραπάνω, βέβαια αποτελούν ένα πλαίσιο αναφοράς, όπου η αιτιολογία είναι θέμα προσωπικής παθολογίας, ελλείψεων στην προσωπικότητα και στον χαρακτήρα του ατόμου που γίνεται αλκοολικός. Σε πολυσύνθετα κοινωνικά συστήματα όπου υπάρχει πανσπερμία λαών, φυλών και θρησκειών (στην Ευρώπη αλλά κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες και τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ) έρχονται κατά καιρούς στην επικαιρότητα στοιχεία και μελέτες για τον αλκοολισμό και την αιτιολόγησή του, αλλά προκύπτουν σε μόνιμη βάση, ανακυκλωμένα, τα ίδια δεδομένα π.χ. οι Μεσογειακοί λαοί πίνουν περισσότερο αλκοόλ σε μορφή κρασιών και μύρας με φαγητό, ενώ οι βόρειοι πίνουν "σκληρά" αλκοολούχα ποτά απόσταξης και χωρίς τη συνοδεία φαγητού.

Κοινωνιολογικές μελέτες που εξετάζουν μια συστοιχία ψυχολογικών και κοινωνιολογικών παραγόντων, που ίσως δίνουν εξηγήσεις στο γιατί μερικά άτομα γίνονται αλκοολικά ενώ αλλά δεν γίνονται, απολήγουν στο εντυπωσιακό συμπέρασμα ότι σε κοινωνικά συστήματα και κουλτούρες όπου τοποθετείται έμφαση στην έννοια του "ανδρισμού" υπάρχουν εντυπωσιακά ψηλά ποσοστά αλκοολικών (Ιρλανδία, Γαλλία, Ηνωμένες Πολιτείες) ενώ σε κουλτούρες όπου δίνεται έμφαση στην αποφυγή ακραίων καταστάσεων (π.χ. οι Εβραίοι και οι Μορμόνοι) τα ποσοστά αλκοολισμού εί-

ναι χαμηλά. Άλλες μελέτες στο ίδιο ψυχοκοινωνικό μοτίβο επεξηγούν τα χαμηλά ποσοστά αλκοολισμού στην Ιταλία, Ελλάδα και Ισπανία σαν συνάρτηση της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών, κυρίως με το φαγητό (αν και όπως φαίνεται από τη συμπεριφορά της ελληνικής νεολαίας, αυτή η τελετουργία φθίνει ολοταχώς και αντικαθίσταται με την κατανάλωση αλκοόλ στις παμπ και στις ντίσκο). Ίσως σε αυτές τις κοινωνιολογικές αλλαγές και στο ψυχολογικό τους υπόβαθρο να οφείλεται και το εντυπωσιακό για την Ελλάδα ρεκόρ της νεολαίας, αλλά και ημών των γονέων, στην αύξηση της κατανάλωσης των ευρωπαϊκών ποτών όπως π.χ. ούισκι, τζιν και βότκα.

Η αντιμετώπιση του αλκοολικού στην εφαρμογή της θεραπευτικής τεχνικής έχει γίνει με μια ποικιλία μεθόδων και τεχνικών. Η κλασική θεραπευτική αγωγή ξεκινά με την οργανική αποτοξίνωση και αλκοολικού σε κάποιο κέντρο ή κάποια κλινική την ίδια ώρα που του παρέχονται σε κάποια ψυχοφάρμακα υποστήριξης των οργανικών και ψυχικών του συστημάτων. Δυστυχώς απλά και μόνο αυτή η αποτοξίνωση ΔΕΝ δίνει σχεδόν κανένα μακρόχρονο αξιόλογο αποτέλεσμα όσο και αν σε βραχύχρονη θεώρηση το άτομο φαίνεται να ανακάμει τις δυνάμεις του και να λειτουργεί.

Από τις διάφορες μεθόδους η πλέον αποτελεσματική έχει αποδειχθεί, σε διεθνή κλίμακα η "μικτή θεραπευτική αγωγή" που συνδυάζει την οργανική αποτοξίνωση (με παροχή συγγενών ψυχοφαρμάκων) με την αναλυτικο-υποστηρικτική ψυχοθεραπεία έντονης μορφής. Παράλληλα γίνονται επιμορφωτικές παρεμβάσεις και στο οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου, ώστε να εξαλειφθούν τα παθογενή στοιχεία στις σχέσεις των ατόμων μέσα από την εφαρμογή "οικογενειακής θεραπείας".

Εντυπωσιακά όμως αποτελέσματα έχει να παρουσιάσει σε διεθνή κλίμακα η οργάνωση "Ανώνυμοι Αλκοολικοί" που ξεκίνησε το 1934 και σήμερα έχει εκατοντάδες τοπικά και εθνικά παραρτήματα σε δεκάδες χώρες. Η οργάνωση στηρίζεται στη αρχή της βοήθειας του αλκοολικού από άλλα άτομα (άνδρες και γυναίκες) που είχαν και αυτά το ίδιο πρόβλημα και το ξεπέρασαν με επιτυχία. Στην θεμελιακή της θεώρηση του προβλήματος ή οργάνωση "ανώνυμοι αλκοολικοί" θεωρεί το πρόβλημα σαν προσωπική ασθένεια και κοινωνική παθολογία (παρόμοια σε πολλές πτυχές -ψυχικής και οργανικής εξάρτησης - με την ναρκομανία...).

## Οι αρχές της Οργάνωσης "Ανώνυμοι Αλκοολικοί"

Επειδή συχνά γίνεται αναφορά σε κάποια "αίσθηση θρησκευτικότητας" με την οποία λειτουργεί η οργάνωση "Ανώνυμοι Αλκοολικοί" και επειδή πραγματι-

κά όσοι ασχολούνται με αυτήν δείχνουν ένα ευσεβή πόθο, ζήλο και αφοσίωση στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν τον ομοιοπαθούντα συνάνθρωπό τους, πριν κλείσουμε το άρθρο μας για το πρόβλημα του αλκοολισμού θα δώσουμε, περιληπτικά τις θεμελιακές αρχές που διέπουν τα μέλη της οργάνωσης "Ανώνυμοι Αλκοολικοί". Η οργάνωση έχει δώδεκα αρχές, που αναφέρω αμέσως παρακάτω:

1. Παραδέχομαι ότι δεν μπορώ να εξουσιάσω την ανάγκη μου για το αλκοόλ-έχω χάσει τον έλεγχο της ίδιας μου της ζωής.
2. Πιστεύω σε κάποια ανώτερη δύναμη που μπορεί να ξαναδώσει λογική στη ζωή μας.
3. Υπάρχει θέληση και πρόθεση να αφεθώ στα χέρια του Θεού, όπως και αν ο καθένας μας αντιλαμβάνεται αυτή την έννοια.
4. Έχω το κουράγιο και την πρόθεση να κάνω άφοβα απολογισμό της ζωής μου.
5. Παραδέχομαι στο Θεό, στον εαυτό μου και σε άλλο συνάνθρωπό μου το γεγονός και τη φύση των λαθών μου.
6. Είμαι έτοιμος να αφεθώ στη θεία χάρη για να αντλήσω τη δύναμή της να θεραπευτώ από τις αδυναμίες μου.
7. Ταπεινά ζητώ από το Θεό την ευλογία του για να απαλείψω τις αδυναμίες μου.
8. Κάνω κατάλογο όλων των προσώπων που με τη συμπεριφορά μου έχω βλάψει ή αδικήσει και είμαι έτοιμος για πραγματική αποκατάσταση των ζημιών και την αίτηση συγχώρησής τους.
9. Όπου γίνεται, είμαι έτοιμος να ζητήσω συγγνώμη.
10. Η ζωή είναι ένας αδιάκοπος αγώνας απολογισμού και παραδοχής αδικιών που έχουμε κάνει.
11. Αναζητώ επαφή με το Θεό, όπως εγώ καταλαβαίνω την ύπαρξή του. Μέσα από προσευχή και διαλογισμό αναζητώ να εντοπίσω τη θέλησή του και αναζητώ τη βούλησή του.
12. Μεταφέρω αυτά τα μηνύματα σε κάθε αλκοολικό που συναντώ και ζω όλη μου τη ζωή σύμφωνα με τις παραπάνω αρχές.

Είναι φανερό ότι στην οργάνωση υπάρχει κάποια αίσθηση θρησκευτικότητας και η θεραπεία δεν γίνεται από ειδικούς αλλά από άλλους αλκοολικούς (εκτός και αν οι ειδικοί ήταν και αυτοί αλκοολικοί).

Αναμφίβολα δεν έπαψε να ισχύει και στην εποχή μας, στις παραμονές του 21ου αιώνα εκείνο το βιβλικό που ήθελε... τον οίνο να ευφραίνει καρδιάς ανθρώπων ... αλλά όταν συντρέχουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα, και οι αδυναμίες τότε ο βιβλικός οίνος όπως και το ούισκι, το τζιν, η βότκα, το κονιάκ, το ...ούζο ή το σάκι μπορούν και συχνά ανοίγουν τις πύλες της καταστροφής για άτομα και οικογένειες...

# Άγιος Βασίλης έρχεται... στο Αιματολογικό!

**Α**νήμερα Πρωτοχρονιάς, την απογευματινή βάρδια που εφημέρευε επισκέφθηκε ο Άη-Βασίλης στο Αιματολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Η γοητευτική παρασκευάστρια του τμήματος, Μαρία Χατζηδημητρίου μεταμφιεσμένη σε Άγιο Βασίλη αιφνιδίασε χαρούμενα τις συναδέλφους της Ειρήνη Κατωδρύτου, Αιματολόγο και τις Ευαγγελία Γαλάνη, Βασιλική Ζιώγα και Δέσποινα Μιχαήλ, παρασκευάστριες. Ακολούθησαν πρωτοχρονιάτικες νότεςμε κιθάρα στους διαδρόμους της κλινικής, γέλια, ευχές και πολλά-πολλά γλυκά. Και του χρόνου!



Η Β' ΜΕΝΝ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΔΩΡΕΕΣ

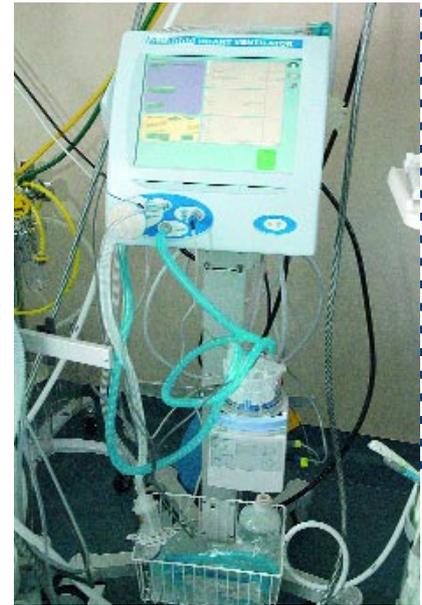


Γράφει ο Νικόλαος Νικολαΐδης  
Δ/ντής Β' ΜΕΝΝ



**Ο** διευθυντής, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της Πανεπιστημιακής Β Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, του ΓΝ «Παπαγεωργίου» ευχαριστούν ιδιαίτερα θερμά, για την ευγενική προσφορά τους στη μονάδα μας τους παρακάτω:

1. Το ζεύγος Μιχαηλίδη για την προσφορά ενός monitor παρακολούθησης ζωτικών λειτουργιών των νεογνών, σαν ανάμνηση της νοσηλείας του νεογέννητου μωρού τους.
2. Τον κ. Αντώνη Φιλιππόπουλο, αναπλ. καθηγητή Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, διότι προσέφερε τριάντα επτά αντίγραφα της καλλιτεχνικής του δουλειάς. Τα έργα του κοσμούν την κλινική μας δημιουργώντας έτσι ένα ζεστό και ιδιαίτερα ανθρώπινο περιβάλλον για τους γονείς και το προσωπικό συμβάλλοντας στην αποφόρτιση του αυξημένου άγχους των γονέων.
3. Την εταιρεία **CHIESI HELLAS SA** για την ευγενική προσφορά ενός **α. monitor ελέγχου της ακοής σε νεο-**



γνά, ιδιαίτερα στα πολύ μικρά πρόωρα, τα νεογνά με ασφυξία ή αυτά που χρειάστηκαν μακροχρόνια θεραπεία με φάρμακα και **β. κεφαλή υπερήχων πολλαπλών συχνοτήτων**.

4. Την εταιρεία **FRIESLAND HELLAS AEBE** για την ευγενική προσφορά στη μονάδα μας, ενός **monitor παρακολούθησης της εγκεφαλικής δραστηριότητας (CFM)**, σε νεογνά που υπέστησαν περιγεννητική ασφυξία ή εμφανίζουν σπασμούς.

5. Την εταιρεία **NESTLE HELLAS** για την ευγενική προσφορά στη μονάδα μας, ενός σύγχρονου και προηγμένης τεχνολογίας **ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑ υψίσουχου αερισμού** για νεογνά που υποφέρουν από σοβαρό αναπνευστικό πρόβλημα και δεν μπορούν να βοηθηθούν με τους συμβατικούς αναπνευστήρες. Η δωρεά είναι ιδιαίτερα μεγάλης αξίας.

6. Την εταιρεία **NESTLE HELLAS** για την ευγενική προσφορά στη μονάδα μας, ενός σύγχρονου και προηγμένης τεχνολογίας **ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΥΠΕΡΗΧΩΝ** κατάλληλου για τον έλεγχο των αιμορραγιών και άλλων βλαβών του εγκεφάλου, ανωμαλιών της καρδιάς και των οργάνων

της κοιλιάς, κατάλληλου για τη νεογνική και βρεφική ηλικία. Η δωρεά είναι ιδιαίτερα μεγάλης αξίας.

7. Την εταιρεία **Abbott Laboratories SA** για την ευγενική προσφορά στη μονάδα μας, **δύο ρινικών CPAP**, προηγμένης τεχνολογίας, σημαντικό βοήθημα στη σύγχρονη αντίληψη της νεογνολογίας.

Με την υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου στις καθημερινές ανάγκες μας, αλλά και με τις παραπάνω δωρεές, τις οποίες η διοίκηση έκανε δεκτές, η Β' ΜΕΝΝ είναι μια από τις πιο σύγχρονες μονάδες στον ελληνικό και διεθνή χώρο.

Έτσι εργαζόμενοι σε σύγχρονη μονάδα, παράλληλα με το υψηλό επιστημονικό υπόβαθρο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, με πλήρη σεβασμό στους γονείς και στο νοσηλευόμενο νεογνό, υποσχόμαστε να προσφέρουμε την καλύτερη και συνεχώς βελτιούμενη νοσηλεία στα νεογέννητα, με απόλυτα ανθρώπινη αντίληψη και συμπεριφορά.

Σας ευχαριστούμε για τις δωρεές σας και να είστε βέβαιοι για την αξιοποίησή τους.



## Εφαρμογή Δημοσιούπαλληλικού Κώδικα Τέλος της Ανισότητας



Του Ιωάννη Κώτσου,  
Ειδ. Γραμματέα Δ.Σ.Σ.Ε.Ν.Π.

**Τ**ο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου θεωρείται και όχι άδικα ως ένα στολίδι στον υγειονομικό χάρτη της πόλης, της Μακεδονίας, της χώρας γενικότερα. Αναμφίβολα πρόκειται για ένα εγχείρημα πρωτοποριακό-πρωτόγνωρο για τα δεδομένα αυτού του τόπου. Μεγάλο μερίδιο επιτυχίας, αν όχι το μεγαλύτερο στην μέχρι τώρα πορεία του νοσοκομείου, έχουμε όλοι ανεξαρτήτως οι εργαζόμενοι. Όλοι μαζί με επιστημονική προσήλωση και ανεξάντλητα αποθέματα δύναμης, παρέχουμε υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου στον άρρωστο συνάνθρωπό μας. Όλοι μαζί συμμετέχουμε στην καθημερινή προσπάθεια να οδηγήσουμε το νοσοκομείο αυτό στην κορυφή.

**Και όμως όλοι εμείς δεν καρπωνόμαστε τα ίδια δικαιώματα και οφέλη για την κοινή μας αυτή προσπάθεια.**

Ως γνωστόν στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου υπάρχουν δύο κατηγορίες εργαζομένων. Η πρώτη κατηγορία, η οποία και είναι η συντριπτική πλειοψηφία, αναφέρεται ως Ιδιωτικού Δικαίου και έχει προσληφθεί με το νόμο 2190/94 και σύμφωνα με το ΦΕΚ 296/Α/2003 άρθρο 16 εδάφιο προσλαμβάνεται με τριετείς συμβάσεις. Η δεύτερη κατηγορία, περίπου στα 90 άτομα είναι αποσπασμένοι υπάλληλοι Δημοσίου Δικαίου, οι οποίοι και επέλεξαν να παραμείνουν στο νοσοκομείο και μετά το πέρας της πενταετούς απόσπασής τους (οι υπάλληλοι αυτοί σαφώς και διατηρούν τα κεκτημένα δικαιώματα του δημόσιου τομέα). Έτσι στο νοσοκομείο μας εργάζονται υπάλληλοι δύο ταχυτήτων (Ι.Δ. Δ.Δ.), προκαλώντας αισθήματα αδικίας και ανισότητας μεταξύ τους.

Οι εργαζόμενοι ιδιωτικού δικαίου του νοσοκομείου Παπαγεωργίου είναι οι μόνοι υπάλληλοι στο χώρο της δημόσιας υγείας που ενώ καλύπτουν πάγιες και διαρκείς ανάγκες, είναι εγκλωβισμένοι σε μια εργασιακή σχέση που τους στερεί βασικά προνόμια. Το νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι κοινωφελές ίδρυμα, θεωρείται δημόσιος τομέας με την 38/2004 γνωμοδότηση του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, υπάγεται στον έλεγχο του Υπ. Υγείας, συμμετέχει επί ίσοις όροις στο πρόγραμμα εφημεριών του τόπου, η μισθοδοσία των



υπαλλήλων του εξ ολοκλήρου καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, οι εργαζόμενοί του όμως είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Απόρροια της ιδιάζουσας αυτής σχέσης είναι ένα αίσθημα ανασφάλειας που ωθεί εργαζόμενους προς αναζήτηση εργασίας σε δημόσιους φορείς. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι έγιναν περισσότερες από 240 παραιτήσεις, από άτομα διαφόρων ειδικοτήτων, κατά την τελευταία πενταετία.

Αποτέλεσμα της ορισμένου χρόνου εργασιακής σχέσης είναι και η ασφαλιστική κάλυψη των υπαλλήλων από το Ι.Κ.Α. με συνέπεια οι εργαζόμενοι να μην μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες που οι ίδιοι παρέχουν στους συμπολίτες τους, αφού για εξετάσεις, αναρωτικές άδειες και συνταγογράφηση φαρμάκων, αναγκάζονται να απευθύνονται στα καταστήματα του Ι.Κ.Α. Πέραν τούτων, η άνιση μεταχείριση που υπάρχει μεταξύ ιδιωτικού δικαίου υπαλλήλων και λοιπών συναδέλφων Ν.Π.Δ.Δ. του τομέα Υγείας, σε θέματα μεταθέσεων, αποσπάσεων, προαγωγών, εκπαιδευτικών αδειών, οδηγεί σε δυσλειτουργία και σύγχυση το γραφείο προσωπικού.

Βασικός παράγοντας σύγκρισης και κατά συνέπεια διαρροών προς τους φορείς του δημοσίου μπορεί να θεωρηθεί το άρθρο 41 του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας, που ορίζει το εργατικό δίκαιο ως νομοθεσία αναφοράς για τους υπαλλήλους του νοσοκομείου, ενώ σε όλα τα υπόλοιπα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ε.Σ.Υ. εφαρμόζεται ο δημοσιοϋπαλληλικός κώδικας. Το συγκεκριμένο άρθρο προκαλεί καθημερινή τριβή ανάμεσα στους εναπομείναντες αποσπασμένους υπαλλήλους από τα δημόσια νοσοκομεία της πόλης και τους Ι.Δ. εργαζόμενους λειτουργώντας κατά παράβαση του άρθρου 22 του Συντάγματος που ορίζει πως όλοι οι εργαζόμενοι έχουν δικαίωμα ίσης αμοιβής για παρεχόμενη εργασία ίσης αξίας.

Η εξίσωση των δικαιωμάτων όλων των υπαλλήλων του νοσοκομείου, οι οποίοι από κοινού όλα αυτά τα χρόνια αγωνίζονται να προσφέρουν αξιοπρεπείς υπηρεσίες στον πάσχοντα συμπολίτη, θα λειτουργήσει σαν ένα επιπλέον κίνητρο προς το προσωπικό του νοσοκομείου, έτσι ώστε να σταματήσει επιτέλους η συνεχής αιμορραγία προς τους υπόλοιπους φορείς και να διασφαλιστεί η ομαλή πορεία του νοσοκομείου.

## ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ

> Με επιτυχία στέφτηκε η 1η εκδρομή του Σ.Ε.Ν.Π. στην Κωνσταντινούπολη. Η εκδρομή που πραγματοποιήθηκε το τριήμερο της 28ης Οκτωβρίου έφερε τους εργαζόμενους κοντά στο μεγαλείο της πάλε ποτέ πρωτεύουσας του Βυζαντίου. Θαυμάσαμε τα μεγαλοπρεπή μνημεία της πόλης, γνωρίσαμε την τουρκική κουλτούρα, ψωνίσαμε από τα περίφημα ανατολίτικα παζάρια και επιστρέψαμε γεμάτοι ανεξίτηλες εικόνες. (φωτο)



> Την τρέχουσα περίοδο οργανώνεται η 2η εκδρομή του Σ.Ε.Ν.Π, αυτή τη φορά εντός των συνόρων, περί τα τέλη Μαρτίου. Ευελπιστούμε σε παρόμοια επιτυχία.

> Τον Απρίλιο θα πραγματοποιηθεί ο ετήσιος χορός των εργαζομένων και όπως κάθε προηγούμενος θα μας προσφέρει μια όμορφη βραδιά, μακριά από έννοιες και προβλήματα. Ας προετοιμαστούμε λοιπόν ανάλογα.

> Για τους λάτρεις των σπορ τέλος, δημιουργήθηκε ομάδα Basketball στο νοσοκομείο μας, η οποία και συμμετέχει για πρώτη χρονιά στο πρωτάθλημα που οργανώνει το Ε.Κ.Θ. Επόμενη κίνηση θα είναι η δημιουργία ομάδας ποδοσφαίρου για τους λάτρεις της στρογγυλής θεάς.

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ “MOBBING”

Σοβαρό πρόβλημα για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων



Ο Γεν. Γραμματέας του Σ.Ε.Ν.Π. **Ελευθέριος Ζαλπιγγίδης** αναφέρεται σε ένα νέο φαινόμενο που αναπτύχθηκε στους εργασιακούς χώρους τα τελευταία χρόνια

*Τα τελευταία χρόνια στους εργασιακούς*

*χώρους αναπτύχθηκε ένα νέο φαινόμενο,*

*το οποίο, αν και η πραγματική διάστασή του*

*δεν είναι ακόμα γνωστή, αποτελεί σοβαρό*

*πρόβλημα για την υγεία και ασφάλεια των*

*εργαζόμενων.*

**Τ**ο φαινόμενο αυτό γνωστό ως σύνδρομο mobbing, ορίζεται στην επιστημονική ορολογία, σύμφωνα με τον Ευρωβουλευτή Giovanni Pittella, ως «η άσκηση, στο πλαίσιο των σχέσεων μεταξύ συναδέλφων ή μεταξύ ανωτέρου και κατωτέρου στην ιεραρχία, μιας συστηματικής και διαρκούς επίθεσης σε βάρος ενός προκαθορισμένου θύματος προκειμένου να ωθηθεί στο να εγκαταλείψει τη θέση εργασίας του». Το σύνδρομο mobbing δεν αποτελεί μια αυτούσια νοσολογική οντότητα αλλά το πλαίσιο για επανειλημμένες ψυχολογικές ή άλλου τύπου και βαθμού επιθέσεις που περιλαμβάνουν διαρκείς και αδικαιολόγητες επικρίσεις και συκοφαντίες, ανάθεση άχαρων και υποτιμητικών καθηκό-



ντων, καθώς και για ενέργειες που θα μπορούσαν να θίξουν την επαγγελματική και κοινωνική εικόνα του θύματος στο πλαίσιο των εργασιακών σχέσεων.

Πρέπει να τονιστεί ότι δε φαίνεται να υπάρχει ένας διεθνώς αναγνωρισμένος επιστημονικός ορισμός για το mobbing, δηλαδή της εσκεμμένης ηθικής παρενόχλησης στους χώρους εργασίας, με στόχο την αποπομπή του ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων από το εργασιακό γίγνεσθαι. Ακόμη όμως κι αν δεν υφίσταται κάποιος γενικά αποδεκτός ορισμός, μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι διαφορετικοί ορισμοί ή οι περιγραφές, συνολικά, φέρνουν στην επιφάνεια αυτό που αποτελεί την πραγματικότητα για πολλούς ανθρώπους στους εργασιακούς χώρους.

Συγκεκριμένα, «η απασχόληση βιώνεται ως απάνθρωπη, (οι εργαζόμενοι) αισθάνονται ότι είναι αποκλεισμένοι από το κοινωνικό περιβάλλον στους χώρους εργασίας και αντιμετωπίζουν απαιτήσεις ασυμβίβαστες με την εργασία χωρίς να έχουν τις φυσιολογικές δυνατότητες για να τις αντιμετωπίσουν».

Χαρακτηριστικός είναι ο ορισμός που χρησιμοποίησε για το σύνδρομο mobbing ο Βέλγος Υπουργός Εργασίας, σε ομιλία του σχετικά με τη σχεδιαζόμενη νομοθεσία κατά της ηθικής παρενόχλησης στους χώρους εργασίας: «κατ' επανάληψη υβριστική συμπεριφορά, εντός ή εκτός της επιχείρησης ή του οργανισμού που εκδηλώνεται ειδικότερα με ενέργειες, λόγια, εκφοβισμούς, πράξεις, χειρονομίες, τρόπους οργάνωσης της εργασίας και μονομερή γραπτά κείμενα που έχουν χαρακτήρα ή σκοπό να προσβάλλουν την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια ή τη σωματική ή ψυχική ακεραιότητα του εργαζομένου κατά την εκτέλεση της εργασίας του, να θέσουν σε κίνδυνο τη θέση απασχόλησής του ή να δημιουργήσουν εχθρικό, εκφοβιστικό, υποτιμητικό, ταπεινωτικό ή προσβλητικό εργασιακό περιβάλλον».

Το mobbing αποτελεί λοιπόν, μια αποτελεσματική τακτική «ψυχολογικής τρομοκρατίας στους εργασιακούς χώρους και χρησιμοποιείται κατάλληλα από τις επιχειρήσεις ή τους οργανισμούς, για να απαλλαγούν από το ενοχλητικό ή και το πλεονάζον προσωπικό.

Επίσης εκφράζει τη δολιότητα που αναπτύσσεται μεταξύ συναδέλφων και αποσκοπεί στην εξάλειψη των ανταγωνιστών, μέσα από μια συνεχή αντισυναδελφική συμπεριφορά».

Ο όρος mobbing προέρχεται από την αγγλική λέξη mob που σημαίνει επιτιθεμαι, περικυκλώνω, ενοχλώ και εκφράζει σήμερα τη συστηματική ψυχολογική επίθεση και στρατηγική περιθωριοποίησης που δέχονται στο εργασιακό περιβάλλον, από τους ιεραρχικά ανωτέρους ή και τους συναδέλφους οι ανεπιθύμητοι, για διάφορους λόγους, εργαζόμενοι. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε το 1800 από τους βρετανούς βιολόγους, στη περιγραφή της επιθετικής συμπεριφοράς κατά την πτήση, ορισμένων ειδών αποδημητικών πουλιών. Το



1900, ο ηθολόγος Konrad Lorenz το χρησιμοποιεί για να ερμηνεύσει την εχθρική συμπεριφορά της πλειοψηφίας της αγέλης, έναντι των αδύνατων ζώων της ίδιας ράτσας. Ο γερμανός ψυχολόγος Heinz Leyman, ένας ίσως από τους εγκυρότερους σύγχρονους μελετητές της ψυχολογίας της εργασίας, είναι ο πρώτος, που στη δεκαετία του 80, αποδίδει τον όρο στην ανθρώπινη κοινωνία, περιγράφοντας το σύνολο των αρνητικών επιδράσεων στην υγεία, από την ηθική παρενόχληση στους εργασιακούς χώρους, ως «σύνδρομο mobbing».

Οι διαστάσεις του φαινομένου δεν είναι δυνατόν να υποτιμηθούν. Οι πρώτες επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες δείχνουν ότι το mobbing προκαλεί καταστροφικά αποτελέσματα στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων και κατ' επέκταση, των οικογενειών τους. Η προσβλητική μεταχείριση οδηγεί πολλούς εργαζόμενους σε μακροχρόνια απουσία από την εργασία, λόγω ανικανότητας προς εργασία, ή τους αναγκάζει να παραιτηθούν.

Η διαλεκτική σχέση της εργασιακής παρενόχλησης χαρακτηρίζεται από το δράστη και το θύμα. Σύμφωνα με τη γαλλίδα ψυχίατρο Marie France Hirigoyen, ο «δράστης» είναι μια διαταραγμένη προσωπικότητα που αυτοϊκανοποιείται «πληγώνοντας» τους συνανθρώπους του και αναπτύσσει την αυτοεκτίμησή του, μεταφέροντας στους άλλους τον «πόνον» που αδυνατεί να αισθανθεί, αλλά και τις εσωτερικές του αντιθέσεις που αρνείται να επεξεργαστεί.

Το σύνδρομο mobbing εκδηλώνεται κυρίως με σοβαρές επιπτώσεις που μπορεί να λάβουν τη μορφή αυξημένων δυσκολιών συνεργασίας, μειωμένης αντοχής στο άγχος, σωματικής δυσφορίας, καταχρήσεων και ψυχολογικών αντιδράσεων. Επίσης μπορεί να επιφέρει στον εργαζόμενο δυσκολίες στον ύπνο, κατάθλιψη, ανάπτυξη διαφόρων μορφών μανίας, κάποιες φορές έντονη επιθετικότητα, σωματική κόπωση ή/και τάσεις αυτοκτονίας. Αν δε σταματήσει άμεσα η παρενόχληση, δεν ερευνηθούν οι αιτίες που την προκάλεσαν στον εργασιακό χώρο και δε ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα, υπάρχει ο κίνδυνος τα προβλήματα να γίνουν τόσο σο-



βαρά ώστε να χρειαστεί μακροχρόνια ιατρική και ψυχοθεραπευτική φροντίδα από ειδικούς.

Οι αρνητικές συνέπειες για τις επιχειρήσεις, σε ότι αφορά την αποδοτικότητα και τις οικονομικές επιδόσεις είναι σημαντικές, καθώς παρατηρήθηκε ότι το επίπεδο απόδοσης ενός εργαζόμενου που υφίσταται mobbing, μπορεί να σημειώσει πτώση κατά 80% όσον αφορά τις ικανότητές του, τις αντιστάσεις του στο εργασιακό άγχος και την προσοχή του, με αποτέλεσμα την εκδήλωση ψυχικής ή σωματικής ασθένειας που θα τον οδηγήσει σε απουσιασμό.

Η τρίτη ευρωπαϊκή έρευνα σχετικά με τις συνθήκες εργασίας, η οποία διενεργήθηκε από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Ίδρυμα του Δουβλίνου), αναφέρει χαρακτηριστικά, ότι το 8% των εργαζόμενων της Ε.Ε. έχει δηλώσει ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών έχει υποστεί ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Σύμφωνα πάντα με το Ίδρυμα του Δουβλίνου, τα άτομα που πέφτουν θύματα παρενόχλησης είναι πολύ περισσότερο εκτεθειμένα στο εργασιακό άγχος από ότι οι εργαζόμενοι γενικότερα. Ένα ποσοστό της τάξης του 47% των θυμάτων της παρενόχλησης, αναφέρουν αγχωτικά εργασιακά καθήκοντα.

Επίσης, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία παρατηρεί ότι, παρά το γεγονός της ύπαρξης πολλών ακόμη ελλείψεων στην αντιμετώπιση των χημικών και φυσικών βλαπτικών παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος, το σύνδρομο mobbing, η σωματική βία και οι εργονομικοί κίνδυνοι συνιστούν πλέον τους νέους βλαπτικούς παράγοντες με σοβαρές ψυχολογικές προεκτάσεις στην υγεία των εργαζόμενων. Σύμφωνα, πάντα, με τον προαναφερόμενο οργανισμό, το mobbing οδηγεί σε ασθένειες που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος και συνιστούν σοβαρό κίνδυνο για την υγεία, καθώς υφίσταται σαφής σχέση μεταξύ αφ ενός της ηθικής παρενόχλησης και αφ ετέρου του άγχους και της εργασίας με υψηλό βαθμό έντασης, αυξημένο ανταγωνισμό και μειωμένη αίσθηση εργασιακής ασφάλειας.

Οι αρνητικές για την υγεία των εργαζόμενων επι-

πτώσεις του mobbing καθώς και οι διαστάσεις του προβλήματος, έχουν προκαλέσει αυξημένο ενδιαφέρον σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Μεμονωμένες εθνικές νομοθεσίες (Ιταλία, Σουηδία, Γερμανία), αναγνωρίζουν πλέον το σύνδρομο mobbing ως επαγγελματική ασθένεια και ως βασική αιτία για την εκδήλωση σοβαρών εργατικών ατυχημάτων.

Στα μέσα του 2001 η Επιτροπή Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, έδωσε στη δημοσιότητα την τελική «Έκθεση σχετικά με την παρενόχληση στους χώρους εργασίας, σύνδρομο mobbing». Η έκθεση «επιστά την προσοχή στο γεγονός ότι ο αυξανόμενος αριθμός συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου, τα ελαστικά ωράρια και ο επισφαλής χαρακτήρας της απασχόλησης, ιδιαίτερα στην περίπτωση των γυναικών, δημιουργούν ευνοϊκές προϋποθέσεις για την εκδήλωση του mobbing». Η έκθεση υπογραμμίζει επίσης «πόσο σημαντικό είναι να διευρυνθεί και να καταστεί σαφής η ευθύνη των εργοδοτών όσον αφορά την καταβολή συστηματικών προσπαθειών για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας με σκοπό την επίτευξη ενός ικανοποιητικού εργασιακού περιβάλλοντος».

Το mobbing, ως επαναλαμβανόμενη, διαρκής και μεθοδική ψυχολογική καταδίωξη που στοχεύει σε απόπειρες εξοστρακισμού εργαζόμενων από το εργασιακό περιβάλλον, αποτελεί μια πραγματικότητα και για τη χώρα μας. Οι πρώτες καταγραφές αναδεικνύοντας την ύπαρξη του φαινομένου, θέτουν και τους πρώτους προβληματισμούς τόσο για την ιατρική και νομική υποστήριξη των θυμάτων, όσο και για τη διερεύνηση και καταπολέμηση των γενεσιουργών αιτιών της παρενόχλησης στους χώρους εργασίας.

Η ενίσχυση της στρατηγικής υπέρ της υγείας και ασφάλειας στην εργασία, με τη δημιουργία δημόσιων υποδομών εκτίμησης και πρόληψης των επαγγελματικών κινδύνων, μπορεί να εγγυηθεί μια μακροπρόθεσμη και συστηματική προληπτική δράση στον τομέα του εργασιακού περιβάλλοντος. Αυτή η προληπτική δράση θα αποβλέπει μεταξύ άλλων και στην καταπολέμηση της παρενόχλησης στους χώρους εργασίας, λαμβάνοντας υπ όψη τόσο την ηθική όσο και τη νομική διάσταση του θέματος.

## Το σύνδρομο Burn-out

Στα μέσα της δεκαετίας του '70 χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ ο όρος Burn-out, για να περιγράψει μια επαγγελματική παθολογία που εκδηλώνεται με μεγάλη συχνότητα σε όσους ασκούν κοινωνικό λειτουργήματα (ιατρούς, νοσοκόμους, κοινωνικούς λειτουργούς, δασκάλους κλπ).

Η επαγγελματική αυτή παθολογία χαρακτηρίζεται από γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών ψυχοσω-

ματικών αποθεμάτων και μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων. Οφείλεται κυρίως στις αρνητικές συνέπειες του χρόνιου εργασιακού Stress στην υγεία, αλλά και σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Ο όρος προέρχεται από την αθλητική αργκό της δεκαετίας του 30 στις ΗΠΑ. Περιέγραφε εκείνους τους αθλητές που μετά από μεγάλες επιδόσεις δεν μπορούσαν πλέον, «καμένοι» στην κυριολεξία, να προσφέρουν τα αναμενόμενα σε αγωνιστικό επίπεδο. Αναλογικά, όσοι ασκούν κοινωνικό λειτούργημα και εκδηλώνουν το σύνδρομο Burn-out ή σύνδρομο της ολοκληρωτικής εξάντλησης, αδυνατούν να εξασκήσουν τα επαγγελματικά τους καθήκοντα και να συνδράμουν εκείνους που έχουν ανάγκη τις υπηρεσίες τους.

Το σύνδρομο Burn-out, σύμφωνα με τους ειδικούς, αποτελεί μια από τις συνέπειες του εργασιακού Stress. Θεωρείται όμως μια κατάσταση πολύ πιο σύνθετη, γιατί δε χαρακτηρίζεται μόνο από τους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες που συνθέτουν το Stress, αλλά εξαρτάται και από ποικίλες κοινωνικές και μορφωτικές μεταβλητές, οι οποίες δρώντας ως καταλύτες, συντελούν στο πέρασμα από το Stress στο Burn-out.

Από τη μια, οι αυξανόμενες κοινωνικές ανισότητες και οι συνθήκες αποκλεισμού διαφόρων κοινωνικών ομάδων εντείνουν όλο και περισσότερο την ανάγκη για παρεμβάσεις κοινωνικής και υγειονομικής υποστήριξης και περιθάλψης. Από την άλλη, η οικονομική ύφεση συντελεί στον περιορισμό των αναγκαίων πόρων για τον προγραμματισμό και την υλοποίηση κατάλληλων κοινωνικών και υγειονομικών προγραμμάτων. Η αντίθεση αυτή, ενισχυμένη από τους στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες και πλαισιωμένη από μια διάχυτη αίσθηση αδιέξοδου και -κατά συνέπεια- υποτίμησης του εργασιακού καθήκοντος των κοινωνικών λειτουργών, γεννά τις κοινωνικό-μορφωτικές αιτίες που συμβάλουν καθοριστικά στην εκδήλωση του συνδρόμου Burn-out.

Τρία είναι τα χαρακτηριστικά συμπτώματα: η εξάντληση, ο κυνισμός και η αναποτελεσματικότητα. Η εξάντληση προέρχεται από την επίδραση του εργασιακού stress στην ψυχική και σωματική υγεία. Ο κυνισμός αποτελεί έκφραση της αρνητικής στάσης του πάσχοντος προς τους άλλους αλλά και προς την εργασία του, ενώ η αναποτελεσματικότητα είναι το προϊόν μιας αρνητικής αυτοεκτίμησης.

Η φυγή από το εργασιακό γίνεσθαι, η μειωμένη ικανότητα αυτοελέγχου, η εμμονή στην χρήση ουσιών, καθώς και η εκδήλωση διάφορων ψυχοσωματικών ασθενειών (αλλεργικό άσθμα, αλλεργικές δερματίτιδες κλπ), συνοδεύουν επί το πλείστον το τρίπτυχο των βασικών συμπτωμάτων.

Ο σχεδιασμός των επεμβάσεων για την πρόληψη και την προστασία των εργαζόμενων από τους βλαπτικούς παράγοντες που οδηγούν σε καταστάσεις Burn-

out, πρέπει να στοχεύει σε μία δυναμική ισορροπία μεταξύ του ανθρώπου και της κοινωνίας μέσα στην οποία εντάσσεται το εργασιακό περιβάλλον, με βασική συντεταγμένη την προσαρμογή της εργασίας στις ανθρώπινες ικανότητες και δυνατότητες.

*Πηγή πληροφοριών η μελέτη του κ Σπύρου Δρίβα  
Ειδικού Ιατρού Εργασίας, Υπεύθυνου του Κέντρου Υγείας  
Υγιεινής της Εργασίας ΕΛΙΝΥΑΕ*



#### **Βιβλιογραφικές Αναφορές**

Giovanni Pittella: Γραπτή ερώτηση προς την επιτροπή, Επισημη Εφημερίδα C 330 E 21/11/2000

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Έκθεση σχετικά με την παρενόχληση στους χώρους εργασίας (2001/2339 INI)

[www.mobbingonline.it/st1.asp](http://www.mobbingonline.it/st1.asp)

Introduzione al Mobbing Culturale, Herald Ege, Pitagora Editrice, Bologna 1997

# Εγκωμιαστικά σχόλια και ευχαριστήρια



† Ο ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΗΣ  
ΦΛΩΡΙΝΗΣ, ΠΡΕΣΠΩΝ & ΕΣΡΑΧΙΑΣ  
ΘΕΟΚΛΗΤΟΣ

ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ 2005



Πρός  
τὸν Διοικητικὸν Συμβούλιον καὶ τοὺς ἐργαζομένους  
τοῦ Γενικοῦ Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»  
ΘΕΣΣ/ΝΙΚΗΝ

«οὐκ ἦν πρότερος τέρας ἐν τῷ καταλύματι»  
(Λουκ. 2,7)

Ἡ μεγάλη εὐοχή τῶν Χριστουγέννων ποὺ θὰ ἐορτάσουμε ἄς ἀποτελέσει γιὰ ὅλους μας μία εὐκαιρία γιὰ νὰ διαπιστώσουμε ἂν στὴν δική μας ἐσπληλαιωμένη ὑπαρξὴ βρῆκε ὁ Χριστὸς τόπο γιὰ νὰ γεννηθεῖ, ἂν μὲ τὴ ζωὴ μας ἐπιτρέψαμε στὸν Κύριό μας νὰ εἰσέλθει στὴν λογικὴ φάτνη μας καὶ ἂν μὲ τὴν συμμετοχὴ μας στὴ ζωὴ τῆς Ἐκκλησίας καὶ στὰ Μυστήριά της γίνουμε Θεοτόκοι κατὰ Χάριν. Εἶναι, στ' ἀλήθεια, πολὺ ἄδικο γιὰ ὅλους μας νὰ ἐορτάσουμε αὐτὴ τὴ μεγάλη εὐοχή τῆς πίστεώς μας τυπικά, ρομαντικά καὶ ἀνούσια περιορίζοντάς την σὲ ρηχὸς στολισμούς, πλούσια τραπέζια, φθηνὰ εὐχολόγια, ξέφρενες διασκεδάσεις, ἀφήνοντας ἀπροσπέλαστες τὶς καρδιές μας ἀπὸ τὸ βασικὸ τῆς μήνιμα ποὺ εἶναι ἡ σωτηρία τοῦ ἀνθρώπου. Εἶναι πολὺ ἀνόητο νὰ ἐορτάσουμε Χριστούγεννα χωρὶς Χριστό. Ἄν τελικὰ ἔτσι ἐορτάσουμε τότε στερήσαμε καὶ ἀπὸ τὸν ἑαυτὸ μας καὶ ἀπὸ τοὺς ἀνθρώπους μας τὸ μεγαλύτερο δῶρο. Στερηθήκαμε καὶ στερήσαμε τὴν χαρὰ καὶ τὴν Χάρη τοῦ Χριστοῦ.

Αὐτὴ ἡ χαρὰ καὶ ἡ Χάρη τοῦ Χριστοῦ εὐχμαι σὲ ὅλους μας νὰ διαφθερῶς ὡς πολὺτιμο δῶρο τοῦ γεννηθέντος Χριστοῦ.

Χρόνια πολλὰ καὶ εὐλογημένα. Εὐτυχὲς καὶ εὐλογημένο τὸ νέο ἔτος 2006

Ὁ Μητροπολίτης

† Ὁ Φλωρινός, Πρεσπών & Ἐσραχίας  
ΘΕΟΚΛΗΤΟΣ

Κον Βασίλειο Παπά  
Πρόεδρο του Ιδρύματος Παπαγεωργίου

Αγαπητέ κύριε Πρόεδρε,  
Με τις θερμότερες ευχές μου για ένα δημιουργικό Νέο Έτος, σας εκφράζω τις ευχαριστίες μου για την αδιάλειπτη αποστολή της αξιόλογης περιοδικής έκδοσής σας το «Χρέος Ζωής»

Συγχαίρω θερμά σας και τους κ.κ. Γιώργο Σακελαρίου και Χαράλαμπο Μακρίδη, μέλη της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού και τη αρχισυντάκτρια κα Μαρία Ρούμελη-Στρατάκη, την «ψυχή» του.

Η ύλη του «Χρέους Ζωής» επιλέγεται και κατατάσσεται με ιδιαίτερη ευφυΐα, ώστε μέσα από ένα πολύχρωμο φωτογραφικό πανόραμα, μεταλαμπαδεύεται πολύτιμη επιστημονική γνώση και εμπειρία και προβάλλεται το αξιοθαύμαστο έργο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

Προσπάθειες σαν κι' αυτή γράφουν, στον τομέα τους, Ιστορία.

Με εκτίμηση  
Ευάγγελος Γ. Σαρρής, Συμβολιογράφος,  
Πρόεδρος Συμβολιογραφικού Συλλόγου  
Εφετείου Θεσσαλονίκης



Κον Γεώργιο Χριστόπουλο, Γενικό Διευθυντή ΓΝΠ

Κύριε Διευθυντά,  
Βοηθούμε εγώ και η γυναίκα μου την Αικατερίνη Αυλωνίτου, ετών 80, μη έχουσα κανένα συγγενή (σύζυγο-γονείς-τέκνα-αδέλφια) και διαμένουσα στον οίκο ευγηρίας «Αλεξάνδρειον» στην οδό Φιλίππου 46, στην Πυλαία Θεσσαλονίκης.

Μακροχρονίως είχε το πρόβλημα της οστεοαρθρίτιδας το οποίο τον τελευταίο καιρό επιδεινώθηκε πάρα πολύ και την ταλαιπωρούσε αφάνταστα. Τα όλο πρόβλημα εξέθεσα στο διευθυντή της Β' Ορθοπαιδικής Κλινικής του νοσοκομείου σας κ. Κυριακίδη, από την ανθρωπιά, καλοσύνη και ενδιαφέρον του οποίου γι' αυτή την ανήμπορη γριούλα, έμεινα κατάπληκτος και αισθάνομαι την υποχρέωση της ανταμοιβής του με ένα μεγάλο «ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ» δημοσίως, αλλά και να συγχαρώ τον εξαίρετο αυτό άνθρωπο.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω και το λοιπό προσωπικό ιατρικό και νοσηλευτικό της ανωτέρω κλινικής για την ευγένεια και την προθυμία του.

Ιωάννης Κιαρτζής  
Συν/χος Δ.Υ, Θεσσαλονίκη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Για τη Συντακτική Επιτροπή του Περιοδικού  
«ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ»

Σας ευχαριστούμε πολύ για το περιοδικό «ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ» (τεύχος 5ο Ιούνιος 2005), που μας αποστέλλετε. Ήδη από το εξώφυλλό του, όπου αναφέρονται τα μηνύματα εκπροσώπων της πολιτείας, μπορεί κανείς να συμπεράνει το πλούσιο και ενδιαφέρον έργο σας. Όπως και ο τίτλος του περιοδικού σας, αυτό είναι και το ζητούμενο από όλους μας και ειδικά από εμάς που ταχθήκαμε να υπηρετήσουμε με όλες τις δυνάμεις μας στο χώρο της υγείας. Έχουμε ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ να προσφέρουμε το καλύτερο δυνατό για τους συμπολίτες μας, και αυτό στην περίπτωση του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου είναι εμφανές μέσα από τις σελίδες του περιοδικού σας. Οι πληροφορίες που μας παρέχει το περιοδικό σας είναι πολύ κατατοπιστικές, πολύπλευρες και ενδιαφέρουσες και η επιμέλειά του από τη Συντακτική Επιτροπή και τους λοιπούς συμμετέχοντες σε αυτό είναι προσεγμένη.

Ήδη το περιοδικό σας βρίσκεται στη Βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου μας και είναι στη διάθεση του ιατρικού και λοιπού προσωπικού μας, το οποίο και θα ενημερώσουμε μέσω των θεσμοθετημένων οργάνων και διαδικασιών.

Εμείς από την πλευρά μας θέλουμε να σας ευχαριστήσουμε για την πρωτοβουλία σας να μας ενημερώσετε για το έργο του Νοσοκομείου μέσω του περιοδικού σας και να σας συγχαρούμε για τη σημαντική προσφορά σας στα πεπραγμένα αυτού.

Σας ευχόμαστε καλή δύναμη και την καλύτερη δυνατή συνέχεια στο έργο σας.

Ο Διοικητής του Νοσοκομείου ΠΓΝΙ  
Δρ. Λάμπρος Πυργιώτης

Διευθυντή ΓΝΠ, κ. Γεώργιο Χριστόπουλο  
Κοινοποίηση: Διευθυντή Β' Νεογολογικής Κλινικής ΑΠΘ  
-Καθηγητή Ν. Νικολαΐδη

Αξιότιμοι Κύριοι,

Με την παρούσα επιστολή, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου, στο Διευθυντή της Νεογολογικής Κλινικής, κο Νικόλαο Νικολαΐδη, καθώς και σε ολόκληρο το επιτελείο των ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικού προσωπικού, για τις πολύτιμες υπηρεσίες που μου προσέφεραν, καθώς και για την αμέριστη συμπαράστασή τους.

Για το ιστορικό, σας αναφέρω ότι είμαι πατέρας τριδύμων, που γεννήθηκαν στο νοσοκομείο σας, στις 16-9-2005.

Κατόπιν συνεχών φροντίδων και προσπαθειών που κατεβλήθησαν από το επιτελείο της νεογολογικής κλινικής, τα παιδιά μας παραδόθηκαν υγιή και σε άριστη κατάσταση. Επίσης σας αναφέρω ότι το επιτελείο της νεογολογικής κλινικής, μας βοήθησε όταν σε ατυχές περιστατικό, που συνέβη σε ένα από τα παιδιά (πέραν της νοσηλείας του), ενέσκηψε στο πρόβλημά του, με ιδιαίτερη φροντίδα και στοργή.

Κλείνοντας αναφέρω ότι αξίζουν συγχαρητήρια, σε όσους συμβάλλουν με οιονδήποτε τρόπο (υπηρεσίες, υποδομές, ανθρώπινο δυναμικό) να διατηρούν το νοσηλευτικό ίδρυμα Παπαγεωργίου και το νεογολογικό τμήμα του, σε αυτό το υψηλό επίπεδο.

Μετά τιμής  
Νεκτάριος Βλάχος

Προς τον Αναισθησιολόγο κ. Σ. Τσαλικιώτη του ΓΝΠ.

Με αυτή την επιστολή θα ήθελα να εκφράσω προς εσάς προσωπικά και στους συνεργάτες σας τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου για τη δημιουργική συνεργασία, που είχαμε, στα πλαίσια του 54ου International Congress of European Society for Cardiovascular Surgery, που πραγματοποιήθηκε στις 19-22 Μαΐου στην Αθήνα.

Με την ενεργή συμμετοχή και την άφογη βοήθεια που μας προσφέρατε κατά τη διάρκεια του Live Demonstration συμβάλλατε σημαντικά στη μεγάλη επιτυχία του συνεδρίου αυτού. Η κριτική και τα σχόλια από τους συνέδρους-ξένους επιστήμονες για τις εγχειρήσεις που αναμεταδόθηκαν ήταν ιδιαίτερα κολακευτικά. Θα ήθελα και πάλι να σας ευχαριστήσω για αυτό και να ευελπιστώ στη συνέχιση της δημιουργικής αυτής συνεργασίας μας και σε μελλοντικές επιστημονικές εκδηλώσεις. Πιστεύουμε ότι τέτοιες εκδηλώσεις συμβάλλουν στην προβολή του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου προς όφελος όλων μας.

Με ιδιαίτερη εκτίμηση  
Ο Διευθυντής της Α' Χειρουργικής Κλινικής ΑΠΘ  
Καθηγητής Δ. Α. Κισκίνης

Προς τον Πρόεδρο του ΓΝΠ

Αξιότιμε Κύριε Παπαγεωργίου,  
Συγκινηθείς τα μέγιστα από την άριστην επιστημονικήν και έν ταυτώ ανθρωπίνην συμπεριφοράν του τμήματος του νοσοκομείου σας, της ογκολογικής πτέρυγος των κ.κ. ΦΟΥΤΖΙΑ-ΞΑΝΘΑΚΗ-ΚΑΡΙΝΑ-ΤΙΜΟΘΕΑΔΟΥ-ΠΟΥΡΖΙΤΑΚΗ, καθώς και από την μέχρις αυταπαρνήσεως εξυπηρέτησιν των νοσηλευτριών Παναγιώτας Άνδρα, Άννας Μπόνη, Σοφίας Καρκασλή, Σοφίας Ρούμκου, Αικατερίνης Φωτιάδου, αι οποίαι πάντα με χαμόγελον και αμέριστον καλωσύνην εξυπηρετούν αδιακρίτως όλους τους ασθενείς, από το πρώτον λεπτόν μέχρι του τελευταίου του ωραρίου της εργασίας των, αισθάνομαι ηθικώς υποχρεωμένος, να εκφράσω την συγκίνησίν μου αυτήν, αλλά και να σας συγχαρώ εγκαρδίως δια τούτο, βέβαιος ών, δια την σχετικήν θετικωτάτην επίδρασιν της προσωπικότητάς σας, εις τας ανωτέρω επιδόσεις, αποτελούσας πρωτόγνωρα επιτεύγματα εις τον Ελλαδικόν χώρον.

Μετά βαθυτάτης εκτιμήσεως  
Βύρων Αρ. Βοσκίδης, Δικηγόρος

Προς τον Αξιότιμο Γενικό Διευθυντή Γ.Ν.Π.  
κ. Γεώργιο Χριστόπουλο.

Αξιότιμε κ. Γενικέ,  
Μετά την επιτυχή αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας μου, θα ήθελα να ευχαριστήσω δημόσια την εξαίρετη και ταλαντούχα επιστήμονα και Άνθρωπο Ιατρό κα Μαρία Τοπαλίδου, διευθύντρια του Ακτινοσκοπικού Τμήματος που χειρίστηκε με άμεσο τρόπο την περίπτωσή μου. Επίσης αισθάνομαι επιτακτική την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά και την κα Χρυσούλα Ματραπάζη, Προϊσταμένη του Τμήματος η οποία βοηθά και συμπαραστέκεται σε κάθε ασθενή με μεγάλη προθυμία τους χειριστές μηχανημάτων καθώς επίσης όλους τους νοσηλευτές και βοηθητικό προσωπικό και συγχαίρω το Διευθυντή της Κλινικής για την καθ'ε όλα άρτια παροχή νοσηλείας. Τέτοιοι επιστήμονες και Ιδρύματα τιμούν τον τόπο μας και παρέχουν στους ασθενείς εμπιστοσύνη και σιγουριά. Ευχαριστώ.

Κων/νος Ευθ. Διαμαντής, Βόλος

Προς Δ.Σ. Γ.Ν.Π.

Κύριοι,  
Μετά την εννεαήμερο νοσηλεία της υπερήλικης μητέρας μου στη Β' Καρδιολογική Κλινική του Νοσοκομείου σας και τη νυχθήμερη δική μου παραμονή στο πλευρό της, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους δωρητές, τη διοίκηση και τους εργαζόμενους και να εκφράσω τον ενθουσιασμό μου που υπάρχει τέτοιο νοσοκομείο στη πόλη μας. Όλοι οι εργαζόμενοι είναι εξαιρετικοί, οι εγκαταστάσεις και η οργάνωση μελετημένες και η όλη λειτουργία υποδειγματική.

Με εκτίμηση  
Ελένη Στυλιανού- Δημοκίδου  
Λουτρά Βασιλικών Θεσσαλονίκης

Προς τον Πρόεδρο ΔΣ ΓΝΠ

Αξιότιμε κ. Πρόεδρε,  
Με την επιστολή μου αυτή θα ήθελα να σας συγχαρώ για την άφογη λειτουργία του νοσοκομείου σας, κυρίως στο τομέα που νοσηλεύθηκε η αδελφή μου, Ευθυμία Πεπονίδου και να εκφράσω τις ειλικρινέστατες και θερμότερες ευχαριστίες μου, προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της Α' Χειρουργικής Κλινικής (Διευθυντής κ. Χαράλαμπος Μακρίδης) για την ηθική συμπαράσταση, την ανθρώπινη και ζεστή παρουσία τους και τη συνεχή προσφορά τους προς την αδελφή μου, σε όλη τη διάρκεια της μακροχρόνιας νοσηλείας της. Τους αξίζουν συγχαρητήρια διότι τέτοιοι άνθρωποι τιμούν την επιστήμη τους και δίνουν ελπίδες σε όλους μας.

Ευχαριστώ  
Μαρία Μηνούδη-Θεσσαλονίκη



# ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΣΤΑΥΡΟΛΕΞΟ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1									
2		■				■			
3		■				■			
4							■		■
5									
6					■			■	
7						■		■	
8				■					
9									

Το «Χρέος Ζωής» από αυτό το τεύχος του και σε όλα τα επόμενα θα φιλοξενεί σταυρόλεξα σχετικά με τις δραστηριότητες του νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

Συντάκτης των σταυρολέξων είναι ο διευθυντής του Παθολογοανατομικού εργαστηρίου του νοσοκομείου **Ιωάννης Ευστρατίου**, ο οποίος αποδεικνύεται εκτός από άριστος γιατρός και άριστος δημιουργός σταυρολέξων. Τον ευχαριστούμε για τον εμπλουτισμό της ύλης του περιοδικού μας.

## ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ

- Ένας από τους πολλούς που υπάρχουν στο σώμα μας (γεν.)
- α) Η πρώτη του είναι αργία (γεν. αντίστρ.)  
β) Όμορφη, φρόνιμη και ... , φωτιά ν' ανάψει τα προικιά
- α) ... αυτού υπογράφουμε συχνά (αντίστρ.)  
β) Δάκρυ χωρίς αρχή και τέλος
- Ξένη μυστική υπηρεσία
- Με τη νευρογενή ασχολούνται ψυχίατροι (γεν.)
- α) Γυναικείο υποκοριστικό  
β) Αραβικό άρθρο
- Λιπαντικά
- α) Σ' αυτά φοιτούν απόφοιτοι Λυκείου (αρχικά)  
β) Φαγητό με κρέας
- Προς αυτούς δεν έγραψε επιστολές ο Απ. Παύλος

## ΚΑΘΕΤΑ

- Αιτία υπερβάρους
- Κινηματογράφος μιας εποχής (αιτ. αντίστρ.)
- Επισκέφθηκε πρόσφατα το νοσοκομείο μας (γεν.)
- Παλιός τερματοφύλακας του Ηρακλή
- α) Ανατολίτικο τραγούδι (γεν.)  
β) Αρχαία κατάρα
- α) Το 365  
β) Άρθρο
- α) Αριθμητικό  
β) Πως τον λεν τον ποταμό...
- α) Πολιτικός της αρχαίας Αθήνας (γεν.)  
β) Συνεχόμενα στο αλφάβητο
- α) Παραπόταμος του Ρήνου  
β) Αμερικανός δισεκατομμυριούχος

ΚΑΘΕΤΑ: 1) ΝΑΙΜΑΡΤΙΑ 2) ΟΝΙΡΕΘ 3) ΜΗΤΣΙΟΤΑΚΗ 4) ΦΑΝΑΡΑΣ 5) ΑΜΑΝΕ, ΑΡΑ 6) ΤΕΕ, ΟΙ 7) ΕΝΑ, ΙΝΙΣΟ 8) ΝΙΚΙΑ, ΤΥ 9) ΑΑΡ, ΣΟΡΟΣ  
ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ: 1) ΝΕΜΦΑΔΕΝΑ 2) ΗΑΜ, ΝΑΙ 3) ΤΝΑ, ΑΚΡ 4) ΜΟΣΑΝΤ 5) ΑΝΟΡΕΙΑΣ 6) ΡΙΤΑ, ΕΝ 7) ΓΡΑΣΑ 8) ΙΕΚ, ΡΟΣΤΟ 9) ΑΘΗΝΑΙΟΛΥΣ

Η3ΥΝ

# 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 1/9 έως 31/10/2005, 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

<b>1. Είστε κάτοικος (νομού):</b>						
	<b>ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ</b>		<b>Άλλο</b>	<b>Δεν απάντησε</b>		
	77		25	2		
	74 %		24 %	2 %		
<b>2. Η Εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο ήταν:</b>						
	<b>Προγραμματισμένη</b>		<b>Επείγουσα</b>	<b>Δεν Απάντησε</b>		
	39		64	1		
	37 %		62 %	1 %		
<b>α) Για προγραμματισμένη εισαγωγή σε πόσο χρόνο πραγματοποιήθηκε;</b>						
	<b>&lt; 1 Εβδομάδα</b>	<b>1-2 Εβδομάδες</b>	<b>2-3 Εβδομάδες</b>	<b>&lt; 3-4 Εβδομάδες</b>	<b>&gt; 1 Μήνα</b>	<b>Δεν Απάντησε</b>
	14	10	4	4	8	64
	13 %	10 %	4 %	4 %	7 %	62 %
<b>β) Για επείγουσα εισαγωγή ποιος ο χρόνος μεταφοράς;</b>						
	<b>15-30'</b>	<b>30-60'</b>	<b>&gt; 60'</b>	<b>Δεν Απάντησε</b>		
	28	18	12	46		
	27 %	17 %	12 %	44 %		
<b>3. Για ποιά λόγο επιλέξατε το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου;</b>						
	<b>Φήμη Ιατρών</b>	<b>Εφημερία</b>	<b>Σύγχρονο</b>	<b>Άλλο</b>	<b>Δεν Απάντησε</b>	
	37	45	14	6	2	
	36 %	43 %	13 %	6 %	2 %	

4. Πως χαρακτηρίζετε την κατάσταση του θαλάμου νοσηλείας σας;	Π.Καλή 61 59 %	Καλή 28 27 %	Μέτρια 8 8 %	Κακή 0 0 %	Π.Κακή 5 4 %	Δεν Απάντησε 2 2 %
5. Πως χαρακτηρίζετε την ποιότητα της διατροφής στην Κλινική;	Π.Καλή 34 33 %	Καλή 30 29 %	Μέτρια 19 18 %	Κακή 6 6 %	Π.Κακή 8 8 %	Δεν Απάντησε 7 6 %
6. Είστε ικανοποιημένος από την τήρηση κανόνων κοινής ησυχίας;	Πολύ Ικανοποιημένος 53 51 %	Ικανοποιημένος 36 35 %	Ουδέτερος 9 9 %	Δυσανεστημένος 4 4 %	Πολύ Δυσανεστημένος 2 2 %	Δεν Απάντησε 0 0 %
7. Ο χρόνος ενημέρωσης από τον γιατρό για το πρόβλημά σας, ήταν:	Επαρκής 76 73 %	Μη Ικανοποιητικός 18 17 %	Δεν ασχολήθηκε καθόλου 7 7 %		Δεν Απάντησε 3 3 %	
8. Πως κρίνετε τη συμπεριφορά του Ιατρικού Προσωπικού;	Π.Καλή 70 67 %	Καλή 16 15 %	Μέτρια 13 13 %	Κακή 2 2 %	Π.Κακή 2 2 %	Δεν Απάντησε 1 1 %
9. Πως κρίνετε τη συμπεριφορά του Νοσηλευτικού Προσωπικού;	Π.Καλή 72 69 %	Καλή 19 18 %	Μέτρια 7 7 %	Κακή 1 1 %	Π.Κακή 3 3 %	Δεν Απάντησε 2 2 %
10. Είστε Ικανοποιημένοι από την εξυπηρέτηση των Διοικητικών Υπηρεσιών;	Πολύ Ικανοποιημένος 49 47 %	Ικανοποιημένος 30 29 %	Ουδέτερος 13 13 %	Δυσανεστημένος 3 3 %	Πολύ Δυσανεστημένος 1 1 %	Δεν Απάντησε 8 7 %
11. Είστε ικανοποιημένος από την καθαριότητα των χώρων του Νοσοκομείου;	Πολύ Ικανοποιημένος 60 58 %	Ικανοποιημένος 33 31 %	Ουδέτερος 5 5 %	Δυσανεστημένος 0 0 %	Πολύ Δυσανεστημένος 2 2 %	Δεν Απάντησε 4 4 %
12. Όταν κάνατε χρήση των υπηρεσιών υγείας, αναζητήσατε ενημέρωση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις σας;	Ναι 24 23 %	Όχι 48 46 %	Είχα εκ των προτέρων ενημέρωση 22 21 %		Δεν Απάντησε 10 10 %	
Αν σας δόθηκε ενημέρωση, τη βρήκατε:	Επαρκή 28 27 %		Μη Επαρκή 6 6 %		Δεν Απάντησε 70 67 %	
13. Συνολικά, είστε ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που σας παρασχέθηκαν;	Πολύ Ικανοποιημένος 53 51 %	Ικανοποιημένος 32 31 %	Ουδέτερος 9 8 %	Δυσανεστημένος 2 2 %	Πολύ Δυσανεστημένος 4 4 %	Δεν Απάντησε 4 4 %

## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

1. Τι μέσο χρησιμοποιήθηκε για πρόσβαση στο Νοσοκομείο:						
I.X.	TAXI	ΛΕΩΦΟΡΕΙΟ	EKAB	Άλλο	Δεν Απάντησε	
42	7	4	0	0	3	
765 %	13 %	17 %	0 %	0 %	5 %	
2. Πόσος χρόνος χρειάστηκε για πρόσβαση στο Νοσοκομείο:						
0-15	15-30	> 30	Δεν Απάντησε			
13	19	24	0			
23 %	34 %	43 %	0 %			
3. Η Σήμανση στο Νοσοκομείο σας βοήθησε να βρείτε το Ε.Ι.;						
NAI	OXI	Δεν Απάντησε				
53	2	1				
94 %	4 %	2 %				
4. Μετά από πόσο χρόνο, παραγματοποιήθηκε το ραντεβού σας (σε εβδομάδες):						
< 1 Εβδομάδα	1-2 Εβδομάδες	2-3 Εβδομάδες	< 3-4 Εβδομάδες	> 1 Μήνα	Δεν Απάντησε	
13	8	3	7	16	9	
23 %	14 %	5 %	13 %	29 %	16 %	
5. Πόσο χρόνο σε λεπτά περιμένατε στην αίθουσα αναμονής για την εξέταση:						
0-15	15-30	30-60	> 1 Ώρα	Δεν Απάντησε		
8	6	12	25	5		
14 %	11 %	21 %	45 %	9 %		
6. Πως κρίνετε τη συμπεριφορά του Ιατρικού προσωπικού στα ΕΞ.Ιατρεία:						
Π.Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Π.Κακή	Δεν Απάντησε	
22	21	7	1	2	3	
39 %	38 %	12 %	2 %	4 %	5 %	
7. Πως κρίνετε τη συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού στα ΕΞ.Ιατρεία:						
Π.Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Π.Κακή	Δεν Απάντησε	
19	20	9	0	2	6	
34 %	36 %	16 %	0 %	3 %	11 %	
8. Πως κρίνετε τη συμπεριφορά του Διοικητικού προσωπικού στα ΕΞ.Ιατρεία:						
Π.Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Π.Κακή	Δεν Απάντησε	
19	17	10	2	2	6	
34 %	30 %	17 %	4 %	4 %	11 %	
9. Ποια ήταν η διάρκεια (σε λεπτά) της εξέτασης;						
0-15	15-30	> 30	Δεν Απάντησε			
14	19	13	10			
25 %	34 %	23 %	18 %			
10. Είστε ικανοποιημένοι από την καθαριότητα στους χώρους αναμονής;						
Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Καθόλου	Δεν Απάντησε		
31	22	2	1	0		
55 %	39 %	4 %	2 %	0 %		
11. Είστε ικανοποιημένοι από την καθαριότητα στους χώρους εξέτασης;						
Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Καθόλου	Δεν Απάντησε		
27	25	1	0	3		
48 %	45 %	2 %	0 %	5 %		
12. Εμπιστεύεστε τις υπηρεσίες που παρέχει το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου για μια εξέταση;						
Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Καθόλου	Δεν Απάντησε		
25	22	8	0	1		
45 %	39 %	14 %	0 %	2 %		
13. Συνολικά, πόσο ευχαριστημένοι μένате από τις υπηρεσίες που σας παρασχέθηκαν;						
Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Καθόλου	Δεν Απάντησε		
17	25	10	1	3		
30 %	45 %	18 %	2 %	5 %		



# 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
<b>ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ</b>	
1. Αιματολογικό Εξωτερικό Ιατρείο	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: <b>8.30-14.00</b> & Δευτέρα: <b>16.00-20.00</b>
2. Αιματολογικό Πήξης	Τρίτη, Πέμπτη: <b>8.30-14.00</b> & Δευτέρα, Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
<b>ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ</b>	
1. Εργαστήριο Αξονικού Τομογράφου	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.00-14.00 &amp; 16.00-20.00</b>
2. Εργαστήριο Μαγνητικού Τομογράφου	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.00-14.00 &amp; 16.00-20.00</b>
3. Εργαστήριο Μαστογράφου	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>9.00-13.00</b>
4. Ε.Ι. Μέτρησης Οστικής Πυκνότητας	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.30-15.00</b>
5. Εργαστήριο Υπερήχου	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.00-13.30</b>
<b>ΤΜΗΜΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</b>	
Ε.Ι. Ακτινοθεραπείας	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.30-14.30</b> & Τετάρτη: <b>16.00-20.30</b>
<b>ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ</b>	
Ε.Ι. Αναισθησιολογικού	Δευτέρα: <b>9.00-10.45</b> & Τετάρτη: <b>16.00-19.30</b>
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b>	
1. Ε.Ι. Γαστρεντερολογικό	Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.30-12.30</b> & Ανά 15ήμερο Δευτέρα & Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
2. Ε.Ι. Διαβητολογικό	Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: <b>8.30-12.00</b>
3. Ε.Ι. Διαβητικό Πόδι	Πέμπτη: <b>10.30-12.00</b>
4. Ε.Ι. Δυσλιπιδαιμίας	Τετάρτη: <b>9.30-10.45</b>
5. Ενδοσκοπικό Εργαστήριο Α' Παθολογικής	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>9.00-13.30</b>
6. Ε.Ι. Α' Παθολογικό	Δευτέρα: <b>8.30-13.30 &amp; 16.00-20.00</b> , Τρίτη: <b>8.30-13.30</b> , Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
7. Ρευματολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.30-14.30</b> & Δευτέρα: <b>16.00-19.30</b>
8. Ε.Ι. Υπέρτασης	Παρασκευή : <b>8.30-11.30</b>
<b>Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b>	
1. Ε.Ι. Άνω Πεπτικού & Γενικής Χειρουργικής	Δευτέρα: <b>11.30-14.45</b> , Τρίτη: <b>8.30-11.30</b>
2. Ε.Ι. Ενδοκρινών & Γενικής Χειρουργικής	Δευτέρα: <b>8.30-11.30</b> & Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
3. Ε.Ι. Κάτω Πεπτικού & Γενικής Χειρουργικής	Παρασκευή: <b>8.30-14.15</b> & Δευτέρα: <b>16.00-20.00</b>
4. Ιατρείο Μαστού	Τετάρτη: <b>8.30-14.15</b> & <b>16.00-20.00</b>
5. Ε.Ι. Πρωκτού & Γενικής Χειρουργικής	Τρίτη: <b>9.00-13.45</b>
6. Ε.Ι. Κήλης	Παρασκευή: <b>12.30-14.30</b>

<b>ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ</b>	<b>ΗΜΕΡΕΣ - ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ</b>
6. Ιατρείο Μικροεπεμβάσεων	Τετάρτη: <b>8.30-14.30</b>
<b>ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b>	
E.I. Καρδιολογικό	Δευτέρα, Τετάρτη: <b>8.30-14.00</b> , Τρίτη, Παρασκευή: <b>10.00-14.00</b> ,
<b>Β' ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b>	
1. E.I. Ορθοπαιδικό	Τρίτη, Τετάρτη, Παρασκευή: <b>8.30-13.00</b> , Πέμπτη : <b>8.30-9.30</b> & Δευτέρα, Τετάρτη : <b>16.00-20.00</b>
2. Ιατρείο Καταγμάτων	Δευτέρα: <b>9.15-12.10</b>
<b>Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b>	
1. E.I. Διαβητολογικό	Τρίτη: <b>8.00-11.30</b> , Τετάρτη: <b>10.00-13.00</b> , Πέμπτη: <b>8.00-11.00</b> & Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
2. E.I. Διαβητικό Πόδι	Παρασκευή: <b>11.00-12.45</b>
3. E.I. Παθολογικό	Τετάρτη, Παρασκευή: <b>8.00-12.00</b> & Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
4. E.I. Υπέρτασης	Παρασκευή: <b>8.00-11.00</b> & Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
5. E.I. Πνευμονολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.00-13.30</b> Δευτέρα, Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
Διακοπή Καπνίσματος	Τετάρτη: <b>11.00-13.30</b>
6. E.I. Ενδοκρινολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.30-13.30</b>
<b>Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b>	
1. E.I. Β' Χειρουργικής Γενικό	Δευτέρα: <b>8.30-13.00</b> , Τρίτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.30-10.50</b> Τετάρτη: <b>9.15-11.00</b> & Δευτέρα, Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
2. Αγγειοχειρουργικό	Τρίτη, Πέμπτη: <b>11.00-13.00</b> & Δευτέρα: <b>16.00-20.00</b>
3. Επεμβάσεων θυροειδούς	Τετάρτη: <b>11.00-13.30</b> & Δευτέρα: <b>16.00-20.00</b>
<b>ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ - ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b>	
1. E.I. Γυναικολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: <b>8.30-12.30</b> , Παρασκευή: <b>9.00-11.30</b> & Δευτέρα: <b>16.00-19.30</b>
TEST PAP	Δευτέρα-Πέμπτη: <b>8.30-9.20</b>
2. E.I. Ενδοκρινολογικό Αδεν. & Κύησης	Παρασκευή: <b>9.00-10.36</b>
3. E.I. Κολποσκόπησης - LASER	Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη: <b>9.30-11.10</b>
4. E.I. Μαιευτικό	Δευτέρα Τρίτη, Τετάρτη: <b>9.30-12.15</b> , Πέμπτη: <b>9.00-12.15</b>
5. E.I. Προληπτικός Έλεγχος Μαστού	Πέμπτη: <b>11.30-12.30</b>
<b>Ε.Ι. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΕΙΔΙΚΑ</b>	
1. E.I. Ανδρικής Γονιμότητας	Δευτέρα, Τετάρτη: <b>10.30-12.10</b>
2. E.I. Γυναικ. Γονιμότητας	Τρίτη, Πέμπτη: <b>10.30-12.30</b>
3. E.I. Εμμηνόπαυσης	Δευτέρα, Τετάρτη: <b>9.30-11.15</b>
4. E.I. Οικογενειακού Προγραμματισμού	Δευτέρα, Τετάρτη: <b>9.30-10.30</b>
5. E.I. Καθ' ἔξιν Αποβολές	Δευτέρα: <b>9.30-10.30</b> , Τρίτη: <b>8.30-10.15</b>
6. E.I. Γυναικολογικό Ογκολογικό	Τρίτη: <b>10.30-12.15</b>
7. E.I. Γυναικολ. Ουρολογίας	Τρίτη: <b>11.30-12.15</b>
8. E.I. Ενδοσκ. Γυναικολ. Χειρουργικό	Δευτέρα: <b>8.30-9.15</b> , Τρίτη: <b>9.30-10.15</b>
9. E.I. Λήψης Κολπικών Εκκριμάτων	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: <b>8.30-9.30</b>
10. E.I. Παιδ.-Εφηβ. Γυναικολογίας	Δευτέρα: <b>11.30-12.15</b>
<b>Ε.Ι. ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
E.I. Καρδιοθωρακοχειρουργικό	Τρίτη, Πέμπτη: <b>9.00-10.15</b> & Δευτέρα, Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
<b>Ε.Ι. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
1. E.I. Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων	Πέμπτη: <b>9.00-13.00</b>
2. E.I. Άνοιας	Δευτέρα: <b>9.00-13.30</b>
3. E.I. Κεφαλαλγίας	Τρίτη: <b>8.30-13.00</b>
4. E.I. Νευρολογικό	Παρασκευή: <b>8.30-12.30</b> , Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>

<b>ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ</b>	<b>ΗΜΕΡΕΣ - ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ</b>
5. Ε.Ι. Νευροφυσιολογικό	Δευτέρα, Πέμπτη: <b>8.30-13.30</b> & Τετάρτη: <b>8.30-13.30</b>
6. Ε.Ι. Πολλαπλής Σκλήρυνσης	Τρίτη: <b>8.30-13.30</b>
<b>Ε.Ι. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
Ε.Ι.Νευροχειρουργικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.30-13.30</b> & Δευτέρα, Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
<b>ΤΜΗΜΑ ΠΑΘΟΠΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ - ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ</b>	
Κυτταρολογικό Εργαστήριο	Δευτέρα, Τετάρτη: <b>16.00-18.00</b>
<b>Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ</b>	
Ε.Ι. Παν. Χειρουργικής Παίδων	Τρίτη, Πέμπτη: <b>8.30-11.45</b> & Τετάρτη: <b>17.00-20.00</b>
<b>Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ</b>	
Ε.Ι. Παθολ. Ογκολογίας	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: <b>9.00-11.30</b> , Παρασκευή: <b>8.30-11.00</b>
<b>Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
1. Ε.Ι. Ειδικό Άνω Άκρου	Τρίτη: <b>9.00-11.40</b>
2. Ε.Ι. Παίδων Ορθοπαιδικό	Δευτέρα: <b>8.30-11.00</b>
3. Ε.Ι. Ορθοπαιδικό	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή: <b>8.30-13.30</b> , Τρίτη: <b>8.20-9.10</b> & <b>11.50-13.30</b> & Δευτέρα, Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
4. Ε.Ι. Σκολίωσης	Ανά 15ήμερο κάθε Τρίτη: <b>8.30-10.00</b>
5. Ε.Ι. Οστεοπόρωσης	Ανά 15ήμερο κάθε Τρίτη: <b>8.30-11.30</b>
6. Ε.Ι. Σπονδυλικής Στήλης	Παρασκευή: <b>8.30-13.00</b>
<b>Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
1. Ε.Ι. Σεξουαλικής & Αναπαραγωγής	Δευτέρα, Τετάρτη: <b>9.00-13.30</b>
2. Ε.Ι. Γυναικολογικής Ουρολογίας	Δευτέρα, Πέμπτη: <b>9.00-14.30</b>
3. Ε.Ι. Νευροουρολογικό	Παρασκευή: <b>9.00-14.00</b>
4. Ε.Ι. Ουρολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη: <b>9.00-14.40</b> & Δευτέρα: <b>16.00-20.00</b>
5. Ε.Ι. Ουρολογικής Ογκολογίας	Τρίτη, Πέμπτη: <b>10.00-14.00</b> (Κυστεοσκοπήσεις) Τετάρτη: <b>9.00-14.00</b> (Εγχύσεις)
6. Ε.Ι. Παθήσεων Προστάτη (βιοψία)	Τρίτη, Παρασκευή: <b>9.00-14.30</b>
<b>Ε.Ι. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</b>	
	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>7.45-14.00</b>
<b>Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
Ε.Ι. Γενικό Οφθαλμολογικό	Δευτέρα, Τρίτη: <b>8.30-9.30</b> , Δευτέρα: <b>16.00-20.00</b>
<b>Ε.Ι. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ</b>	
1. Ε.Ι.Αγγειογραφίες Παν. Οφθαλμολογικής	Τρίτη: <b>8.20-10.20</b> , Πέμπτη: <b>8.20-10.00</b>
2. Ε.Ι. Οπτικά Πεδία	Δευτέρα, Τετάρτη: <b>8.00-9.20</b>
<b>ΕΙΔΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ</b>	
1. Ε.Ι. Βυθού	Πέμπτη: <b>9.50-13.30</b>
2. Ε.Ι. Γλαυκώματος	Τετάρτη: <b>9.50-13.30</b>
3. Ε.Ι. Διαβήτη	Τρίτη, Παρασκευή: <b>8.00-10.30</b>
4. Ε.Ι. Επανεξέταση Καταρράκτη	Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη: <b>9.50-11.10</b>
5. Ε.Ι. Κόγχου Κερατοειδούς	Δευτέρα: <b>9.50-10.10</b>
6. Ε.Ι. Παιδιατρ. Στραβισμού Γεννητικής	Δευτέρα: <b>10.30-13.20</b>
<b>ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ</b>	
1. Ε.Ι. YAG-LASER	Δευτέρα: <b>9.00-10.30</b>
2. Ε.Ι. LASER	Δευτέρα, Τρίτη, Παρασκευή: <b>8.00-9.00</b>

<b>ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ</b>	<b>ΗΜΕΡΕΣ - ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ</b>
<b>Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
1. Ε.Ι. Παιδιατρικό Ανοσολογικό Β΄	Δευτέρα: <b>11.00-13.00</b> & Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
2. Ε.Ι. Παιδ. Γαστρεντερολ. & Διατροφής	Πέμπτη: <b>11.00-13.00</b>
3. Ε.Ι. Παιδ. Διαβητολογικό	Παρασκευή: <b>9.00-11.00</b>
4. Ε.Ι. Παιδ. Ενδοκρινολογικό	Τρίτη: <b>11.00-13.00</b>
5. Ε.Ι. Παιδιατρικό Καρδιολογικό	Πέμπτη: <b>9.00-12.00</b>
6. Ε.Ι. Παιδ. Πρωλ. Καρδιαγ. Νοσημάτων	Δευτέρα: <b>9.00-11.00</b>
7. Ε.Ι. Παιδ. Κυστικής Ίνωσης	Τρίτη: <b>11.00-13.00</b>
8. Ε.Ι. Παιδιατρικό	Δευτέρα: <b>8.30-10.45</b> , Τρίτη: <b>8.30-10.45</b> , Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.30-10.45</b> & Τετάρτη: <b>16.00-20.00</b>
9. Ε.Ι. Παιδ. Αναπνευστικό	Τετάρτη: <b>11.00-13.00</b>
<b>Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
1. Ε.Ι. Ογκολογικό Πλαστικής Χειρουργικής	Τρίτη, Πέμπτη: <b>8.30-13.30</b>
2. Ε.Ι. Πλαστικής Χειρουργικής Χειρός	Παρασκευή: <b>11.00-13.30</b>
3. Ε.Ι. Πλαστικής Χειρουργικής	Δευτέρα, Τετάρτη: <b>8.30-13.30</b>
<b>ΤΜΗΜΑ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ</b>	
Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.00-15.00</b> & Δευτέρα, Τετάρτη: <b>15.00-19.00</b>
<b>Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
1. Ε.Ι. Α΄ Αγγειοχειρουργικής	Τρίτη, Πέμπτη: <b>8.30-13.35</b>
2. Ε.Ι. Α΄ Χειρουργικής Μαστού	Παρασκευή: <b>8.30-12.00</b>
3. Ε.Ι. Α΄ Χειρουργικής Ογκολογικό	Παρασκευή: <b>11.00-12.30</b>
4. Ε.Ι. Α΄ Χειρουργικής Γενικό	Δευτέρα, Τετάρτη: <b>8.30-13.35</b>
<b>Ε.Ι. ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
1. Ε.Ι. Νεφρολογικό	Δευτέρα, Παρασκευή: <b>9.00-11.30</b> , Τρίτη: <b>9.00-12.30</b> , Τετάρτη: <b>9.00-11.30</b> & Δευτέρα: <b>16.00-20.00</b> , Τετάρτη: <b>17.00-20.00</b>
2. Ε.Ι. Περιτοναϊκής Κάθαρσης	Δευτέρα-Παρασκευή: <b>10.00-12.00</b>
<b>ΤΟΜΕΑΣ Ε.Ι. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ</b>	
Ε.Ι. Οδοντιατρικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>8.30-13.45</b>
<b>Ε.Ι. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
1. Ε.Ι. Ψυχιατρικής	Δευτέρα: <b>9.00-12.00</b> , Τετάρτη: <b>9.30-12.30</b> , Πέμπτη: <b>9.00-12.00</b> & Δευτέρα: <b>16.00-20.00</b>
2. Ε.Ι. Ψυχολογίας	Τετάρτη: <b>9.00-12.00</b>
3. Ε.Ι. Πιστοποιητικό από Ψυχολόγο	Κάθε 2η Παρασκευή: <b>9.00-12.00</b>
4. Ε.Ι. Πιστοποιητικό από Ψυχίατρο	Κάθε 2η Παρασκευή: <b>9.00-12.00</b>
5. Ε.Ι. Ψυχοσωματική Υποβοήθηση	Κάθε 2η Δευτέρα: <b>9.00-12.00</b>
6. Ε.Ι. Νευροψυχολογία	Κάθε 2η Πέμπτη: <b>9.00-12.00</b>
7. Ε.Ι. Λογοθεραπεία	Τετάρτη, Πέμπτη: <b>9.00-11.00</b>
8. Ε.Ι. Ψυχογηριατρική	Κάθε 2η Πέμπτη: <b>9.00-12.00</b>
9. Ε.Ι. Σεξουαλικών Δυσλειτουργιών	Κάθε 2η Τετάρτη: <b>11.00-12.30</b>
10. Ε.Ι. Ψυχοθεραπείας	Κάθε 2η Τετάρτη: <b>9.00-12.00</b>
11. Ε.Ι. Οικογ. Συστημ. Ψυχοθεραπείας	Τρίτη, Πέμπτη: <b>10.00-13.00</b>
<b>Ε.Ι. Ω.Ρ.Λ. ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
1. Ε.Ι. Φωνής	Δευτέρα: <b>9.00-12.00</b>
2. Ε.Ι. Ωτορινολαρυγγολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: <b>9.00-13.00</b>
3. Ε.Ι. Ακοής - Ισορροπίας	Τετάρτη: <b>9.00-12.00</b>
<b>Ε.Ι. ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ</b>	
Νεογνολογικό	Δευτέρα: <b>9.00-13.30</b>

# ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

## Ύψιστη έκφραση εθελοντισμού και προσφοράς προς τον συνάνθρωπο



### Πρόσκληση για υποστήριξη της ιδέας της δωρεάς οργάνων

από τον Πρόεδρο του ΕΟΜ, Καθηγητή **Αλκιβιάδη Κωστάκη**

**Η** μεταμόσχευση, η οποία ακολουθεί τη δωρεά οργάνων, αποτελεί μια θαυμαστή ιατρική και θεραπευτική πρακτική, η οποία διασφαλίζει την ζωή ή βελτιώνει την υγεία ασθενών που χωρίς αυτήν θα οδηγούνταν είτε στο θάνατο είτε σε μια βασανιστικά δύσκολη διαβίωση.

Ενώ οι χειρουργικές τεχνικές και τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα εξελίσσονται, κάνοντας την μεταμόσχευση περισσότερο αποτελεσματική, σημαντικό εμπόδιο στην ανάπτυξη του μεταμοσχευτικού προγράμματος στην χώρα μας αποτελεί η έλλειψη μοσχευμάτων. Αν και ο περιορισμένος αριθμός δοτών και επομένως οργάνων προς μεταμόσχευση, αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, ο αριθμός των δοτών ετησίως είναι πολύ μικρός σε σχέση με τις επιτακτικές ανάγκες για μοσχεύματα.

Η ιδιαιτερότητα των μεταμοσχεύσεων οφείλεται στο γεγονός ότι η ανάπτυξη και η διάδοσή τους δεν εξαρτάται μόνο από την επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο, αλλά, ίσως περισσότερο, από την ευαισθητοποίηση και συμμετοχή των κοινωνικών φορέων, του ιατρικού κόσμου και κυρίως του απλού πολίτη, μέσα από την έμπρακτη αποδοχή της ιδέας της δωρεάς οργάνων μετά θάνατον. Η δωρεά οργάνων αναμφισβήτητα αποτελεί ύψιστη ανθρωπιστική προσφορά και έκφραση κοινωνικής αλληλεγγύης προς τον συνάνθρωπο, συμβάλλοντας ουσιαστικά σε μια αέναη δημιουργία, σε ένα δώρο ζωής.

Ο Ε.Ο.Μ., έχει ως κύριο στόχο του την ανάπτυξη του μεταμοσχευτικού προγράμματος της χώρας μας και την διάδοση της ιδέας της δωρεάς οργάνων προς μεταμόσχευση, σύμφωνα πάντοτε με τις κατευθυντή-

ριες γραμμές του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με τις προσπάθειες του Ε.Ο.Μ. τα τελευταία χρόνια επιτεύχθηκε μικρή άνοδος του αριθμού των δοτών και των μεταμοσχεύσεων στην χώρα μας, καθώς και των δωρητών οργάνων, οι οποίοι δηλώνουν εν ζωή ότι μετά τον θάνατό τους θα ήθελαν να δωρίσουν τα όργανά τους για την σωτηρία συνανθρώπων τους.

Το κλειδί στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων είναι η ενημέρωση των πολιτών αλλά κυρίως των επαγγελματιών υγείας. Στοχεύοντας προς αυτήν την κατεύθυνση, ο Ε.Ο.Μ. διοργάνωσε τον Σεπτέμβριο του 2004 δύο εκδηλώσεις που αποτέλεσαν σταθμό και αφετηρία για τη διάδοση της ιδέας της δωρεάς οργάνων και την αύξηση του εντοπισμού δυνητικών δοτών οργάνων.

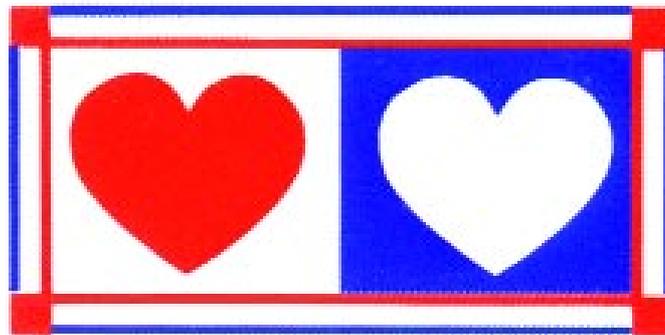
Η πρώτη, η οποία αφορούσε την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα δωρεάς και μεταμοσχεύσεων, ήταν το «1ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Τοπικών Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων», με την συμμετοχή ιατρών και νοσηλευτών από όλες τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας της χώρας μας. Η δεύτερη ήταν ο εορτασμός της «6ης Πανευρωπαϊκής Ημέρας για την Δωρεά Οργάνων & την Μεταμόσχευση», ένας θεσμός που ξεκίνησε με πρωτοβουλία του Συμβουλίου της Ευρώπης με στόχο να διευρύνει την κοινωνική αποδοχή της δωρεάς οργάνων σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο.

Ο Ε.Ο.Μ., επέλεξε να πραγματοποιήσει τις εκδηλώσεις αυτές παράλληλα με την έναρξη των Παραολυμπιακών Αγώνων. Θεωρούμε ότι η ευτυχής αυτή συγκυρία επέτρεψε στα Ολυμπιακά ιδεώδη της αλληλεγγύης και της συναδέλφωσης να αποτελέσουν το προσφορότερο μέσο καθιέρωσης της ΙΔΕΑΣ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ στην συνείδηση του κοινωνικού συνόλου, ως την ΥΨΙΣΤΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΣΥΝΑΝΘΡΩΠΟ.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**Ε**ΘΝΙΚΟΣ **Ο**ΡΓΑΝΙΣΜΟΣ **Μ**ΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ



*γίνε δωρητής οργάνων*

*Για να γίνει  
η επαύριο της ζωής  
..... πάλι ζωή*

*Οδ. Ελύτης*

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

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