

Ιατρικά Θέματα

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 66 • 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ

- 36** Χωρίς ανάσα: φιλοσοφικά μαθήματα από τα αναπνευστικά νοσήματα
Havi Carel, MA, PhD (Μτφρ.: Α. Παπαγιάννης)
- 41** Μια παχιά άσπρη γραμμή
Αντώνης Παπαγιάννης

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

- 43** Απολογισμός 2013. Καρδιο-Θωρακοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»
Κωνσταντίνος Διπλάρης, Θεόδωρος Καραΐσκος
- 45** Πανελλήνια Ένωση Σπανίων Παθήσεων (Greek Alliance of Rare Diseases)
Ευφημία Παπαδοπούλου-Αλατάκη

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΝΑ ΣΑΣ

- 50** Μια συνέντευξη με τον Καλλικράτη
Φώτης Μιχαήλ
- 52** Νυχτερινή βάρδια
Λουκία Καλοβούλου
- 56** Οι κάλτσες και η πρόκα
Αντώνης Παπαγιάννης

59 ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ

61 ΕΚΘΕΣΗ ΒΙΒΛΙΟΥ

Αποστέλλεται ταχυδρομικά στα ταμειακώς τακτοποιημένα μέλη.
Διατίθεται ηλεκτρονικά (pdf) στην ιστοσελίδα του Ιατρικού Συλλόγου
(www.isth.gr/?page=2693)



Φιλοσοφία του περιοδικού

Τα **Ιατρικά Θέματα** είναι το τριμηνιαίο περιοδικό του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης. Εκτός από την επιστήμη και την ενημέρωση, στόχο έχει να προβάλλει την τέχνη, την ιστορία, τη δεοντολογία και φιλοσοφία της ιατρικής, την εκπαίδευση και την πρακτική της. Η οπτική γωνία με την οποία εξετάζονται τα θέματα αυτά (σοβαρή, ανάλαφρη, ακόμη και σκωπτική) αφήνεται στην κρίση και το γούστο του κάθε συνεργάτη (εξαιρείται η εξύβριση και η συκοφαντία). Ελπίδα και φιλοδοξία του περιοδικού είναι να έχει, κατά το δυνατόν, όχι εφήμερο, αλλά διαχρονικό χαρακτήρα.

Η ποιότητα του περιοδικού καθορίζεται από το σύνολο των συνεργασιών που το απαρτίζουν. Η συντακτική επιτροπή καλεί τους αναγνώστες να γίνουν «ποιητάι λόγου» και να προσφέρουν τα κείμενά τους για δημοσίευση, που πρέπει να ακολουθούν τις οδηγίες (βλ. **Πρόσκληση προς τους αναγνώστες**). Οι παρεμβάσεις των συντακτών περιορίζονται στο ελάχιστο, όπως την ταξινόμηση των κειμένων κατά ενότητες και τη διάταξη της ύλης στο κάθε τεύχος. Ελπίζουμε, με τη βοήθεια όλων, η μέχρι τώρα ανοδική πορεία του περιοδικού να συνεχισθεί και στο μέλλον.

Αν και το ιδανικό θα ήταν να κυκλοφορεί το περιοδικό σε καθορισμένες και τακτικές ημερομηνίες, αυτό συχνά δεν είναι δυνατό για τεχνικούς λόγους. Αν κάποιο δημοσίευμα (π.χ. αναγγελία συνεδρίου) έχει χρονικό περιθώριο που δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί από μια τριμηνιαία έκδοση, είναι καλύτερο να αποστέλλεται για ανάρτηση στην ιστοσελίδα του Συλλόγου και όχι για δημοσίευση. Τα τεύχη θα κυκλοφορούν κατά εποχή, ενώ στη δημοσίευση της ύλης θα τηρείται, κατά το δυνατόν, η χρονολογική σειρά υποβολής των κειμένων. Αν κάτι πρέπει να δημοσιευθεί κατά προτεραιότητα, παρακαλούμε να επικοινωνείτε με τη διεύθυνση σύνταξης στην ηλεκτρονική διεύθυνση **antpap56@otenet.gr**. Η συντακτική επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα κατανομής της ύλης κατά την κρίση της, εφόσον υπάρχει πλεόνασμα προσφοράς.

Οι **κανόνες συγγραφής** είναι απλοί. Θέλουμε κείμενα δακτυλογραφημένα στη μια όψη του χαρτιού, μήκους 500-2.000 λέξεων (μέχρι 4 σελίδες Α4 με μονό διάστημα και με στοιχεία Times μέγεθος 12), που μπορούν να αποστέλλονται με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ως προσαρτημένα αρχεία Word (attached files) στην παραπάνω διεύθυνση, ή να κατατίθενται προσωπικά ή ταχυδρομικά στα γραφεία του ΙΣΘ, Πλ. Αριστοτέλους 4. Ανώνυμα άρθρα δεν μπορούν να δημοσιευθούν. Οι συγγραφείς κειμένων πάνω σε επιστημονικά θέματα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το γενικό αναγνωστικό κοινό και να προσφέρουν γνώσεις προσιτές σε όλους τους γιατρούς, αποφεύγοντας τις πολύ εξειδικευμένες πληροφορίες και τη μακροσκελή βιβλιογραφία.



Συνεχίζουμε, αξίζει.

Δημήτρης Τσάμης

Πρόεδρος ΙΣΘ

Η προσπάθεια δεν σταματά. Με επιμονή και συνέπεια χαράζουμε το δρόμο του ΙΣΘ, αντιμετωπίζουμε εμπόδια, ξεπερνούμε κρίσεις, ανακαλύπτουμε ευκαιρίες και προοπτικές, παρασυρόμαστε, δημιουργούμε, απο-

τυγχάνουμε, ξαναπροσπαθούμε, αποκτούμε εμπειρίες, πετυχαίνουμε, συνεχίζουμε. Δεκαπέντε χρόνια στο Διοικητικό Συμβούλιο του ΙΣΘ. Γεμάτα συναδελφικότητα και ζωντανές ψηφίδες. Ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη σας.



Πρόσκληση προς τους αναγνώστες

Τα **Ιατρικά Θέματα** δέχονται για δημοσίευση, πάντα μετά από έγκριση της συντακτικής επιτροπής, κείμενα που να ενδιαφέρουν το ευρύ ιατρικό κοινό, και που μπορεί να είναι:

Βραχείες παρουσιάσεις ιατρικών θεμάτων γενικού ενδιαφέροντος. Δεν θα πρέπει να είναι ούτε εξαντλητικές από βιβλιογραφική πλευρά, ούτε πολύ εξειδικευμένες. Η απλή γραφή και η ευχάριστη ανάγνωση είναι κριτήρια πιο σημαντικά από την «τελευταία λέξη» της ερευνητικής δραστηριότητας πάνω στα θέματα αυτά. Οπωσδήποτε όμως οι παρεχόμενες πληροφορίες θα πρέπει να είναι επιστημονικά ορθές.

Προσωπικές εμπειρίες είτε από τον επαγγελματικό χώρο της ιατρικής (δημόσιο και ιδιωτικό), είτε από βιώματα ιατρών ως ασθενών (για να γνωρίζουμε και την «άλλη πλευρά του νομίσματος»). Ακόμη και παράπονα ή κριτικές είναι αποδεκτά, αρκεί να μην έχουν χαρακτήρα ονομαστικής προσβολής ή εξύβρισης προσώπων ή ιδρυμάτων. Τέτοια κείμενα μπορούν να γραφούν και από μη ιατρούς. Θα πρέπει πάντοτε να υποβάλλονται επώνυμα, ωστόσο μπορεί να δημοσιεύονται και ανώνυμα, εφόσον ο συντάκτης τους το επιθυμεί.

Σκέψεις και προβληματισμοί πάνω στη φύση, την τέχνη, την αποστολή, την εκπαίδευση και την άσκηση της ιατρικής.

Ιστορικά και λογοτεχνικά κείμενα που αναφέρονται στον ιατρικό χώρο, την υγεία και την αρρώστια.

Όλα τα κείμενα πρέπει να είναι πρωτότυπα και να μην παραβιάζουν πνευματικά δικαιώματα άλλων συγγραφέων ή εκδοτών (copyright).

Τα **Ιατρικά Θέματα** **δεν** δημοσιεύουν παρουσιάσεις περιστατικών, πρωτότυπες ερευνητικές μελέτες ή πρακτικά συνεδρίων, ούτε κείμενα που να έχουν διαφημιστικό χαρακτήρα. Σκοπός του περιοδικού είναι να αποτελεί ένα βήμα έκφρασης και διαλόγου των γιατρών πάνω στα θέματα που τους απασχολούν στην καθημερινή τους εργασία. Για την προβολή του αμιγώς επιστημονικού έργου υπάρχουν πολλά και πιο κατάλληλα έντυπα. Ελπίζουμε στην κατανόηση των συναδέλφων, ώστε να μην βρισκόμαστε στη δυσάρεστη θέση να απορρίπτουμε κείμενα που μπορεί να έχουν επιστημονική αξία, δεν ανήκουν όμως στα πλαίσια της φιλοσοφίας των **Ιατρικών Θεμάτων**.



2011 – 2014 Τρία χρόνια συνεπούς δράσης του ΔΣ του ΙΣΘ

Δημήτρης Τσάμης

πρόεδρος ΔΣ ΙΣΘ

Πριν από τρία χρόνια θέσαμε, ως νέο ΔΣ του ΙΣΘ, εννέα συγκεκριμένους στόχους επιδιώκοντας την αποκατάσταση του κύρους και της αξιοπρέπειας του συλλόγου, τον εκσυγχρονισμό και την αναβάθμιση των υπηρεσιών του, την προάσπιση των δικαιωμάτων των τίμιων συναδέλφων και την ανάδειξη θεμάτων που εκφεύγουν από τα ξεπερασμένα και μονότονα συνδικαλιστικά κλισέ. Θελήσαμε να βάλουμε τις βάσεις για το αύριο που έρχεται άγνωστο και ίσως απειλητικό, σίγουρα όμως με πολλές προκλήσεις.

Συγκεκριμένα, προτάξαμε την αναβάθμιση του κύρους της Ιατρικής στην πόλη, την οργάνωση δράσεων με εξωστρεφή προσανατολισμό, την αναδιάρθρωση της λειτουργίας των υπηρεσιών του συλλόγου, την παρέμβαση στην αγορά ιατρικών υπηρεσιών, την ουσιαστική αλλαγή στην οικονομική διαχείριση του συλλόγου, το σχεδιασμό δημιουργίας επαγγελματικού ταμείου, την ένταση του αγώνα μας για να μείνει η υγεία σε ιατρικά χέρια, τη συνεργασία με την Ιατρική σχολή του ΑΠΘ, την αντιμετώπιση με λόγο ολοκληρωμένο και

τεκμηριωμένο κάθε πολιτικής που θίγει την Υγεία και απειλεί με αφανισμό τους ιατρούς.

- Καταγγείλαμε την εκβιαστική και ιατροκτόνα πολιτική Υγείας που εκβιάζει και απειλεί χωρίς να συζητά αλλά επιχειρεί με απειλές, συκοφαντίες και ψέματα να επιβάλει λύσεις καταστροφικές για όλους.
- Αναδείξαμε το τεράστιο ζήτημα της άδικης και ανατιολόγητης υποχρηματοδότησης των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης με επιστολές και παραστάσεις σε όλους τους τοπικούς φορείς και τον υπουργό Υγείας.
- Στηρίξαμε και προβάλαμε τις διεκδικήσεις των νοσοκομειακών ιατρών και των ειδικευομένων, που δέχθηκαν πολλαπλά πλήγματα από τις κυβερνητικές αποφάσεις.
- Παρουσιάσαμε με υπόμνημα στον πρωθυπουργό τα μείζονα προβλήματα του χώρου της Υγείας (Αριθμός ιατρών –

Εισακτέοι, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Φαρμακευτική δαπάνη, Επενδύσεις από ιατρούς στην Υγεία, Ενίσχυση – όχι αποδυνάμωση του ΕΣΥ, Υποχρηματοδότηση νοσοκομείων Θεσσαλονίκης).

- Απαιτήσαμε από τον ΠΙΣ να οργανωθεί αυτοτελής Πανελλαδική πανιατρική απεργία.
- Στήριξαμε και υποβάλαμε προτάσεις στήριξης των ιατρών σε ΕΠΑΛ και ΕΠΑΣ που βρίσκονται σε διαθεσιμότητα και κινδυνεύουν από απόλυση.
- Υποστηρίξαμε με κάθε δυνατό τρόπο (παρέμβαση στην επιτροπή κοινωνικών υποθέσεων της βουλής, συνεντεύξεις τύπου, παραχώρηση όλων των υποδομών του συλλόγου) το δικαίωμα αγώνα των ιατρών του πρώην ΙΚΑ και του συλλόγου ΣΕΥΠ-ΕΟΠΥΥ Θεσσαλονίκης.

Σήμερα, ανατρέχοντας στις προσπάθειες και τις πρωτοβουλίες, που αναλάβαμε είμαστε σε θέση να παρουσιάσουμε τις δράσεις που με συνέπεια πραγματοποιήσαμε και πιστεύουμε ότι περιγράφουν μια νέα περίοδο για τον ΙΣΘ. Ανανεωμένη, λειτουργική, σύγχρονη, διεκδικητική, χωρίς προσωπικές, κομματικές ή άλλες εξαρτήσεις. Θεμελιώνουν το επόμενο βήμα. Για νέα αρχή, σε νέα εστία, με νέες υπηρεσίες, νέα γραφεία, αλλά και νέες υποχρεώσεις, νέες πρωτοβουλίες, νέους στόχους.

ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ, ΚΥΡΟΣ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

- Με νομοθετική μας πρωτοβουλία αναμορφώσαμε το πειθαρχικό δικαίωμα (ν. 4172/2013 και ν. 4025/2011), ενισχύσαμε τις πειθαρχικές αρμοδιότητες του προέδρου του ΔΣ και του Πειθαρχικού συμβουλίου.
- Θεσμοθετήσαμε με απόφαση του ΔΣ την υποβολή πιστοποιητικού goodstanding

για τους εγγεγραμμένους ή επιστρέφοντες από το εξωτερικό.

- Αναπτύξαμε κοινωνικές πρωτοβουλίες, συνεργασθήκαμε με οργανώσεις (Γιατροί του κόσμου, Γιατροί χωρίς σύνορα, Χαμόγελο του παιδιού, Κοινωνικά ιατρεία, Δήμοι, παιδικό χωριό, Ορφανοτροφείο Μέλισσα, Αμυμώνη).
- Διοργανώσαμε ετήσια Χριστουγεννιάτικη γιορτή με φιλανθρωπικό σκοπό.
- Πρωταγωνιστήσαμε σε παρεμβάσεις για μείζονα θέματα της πόλης μαζί με άλλους επιστημονικούς συλλόγους (ΜΕΤΡΟ – ΕΡΤ3).

ΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Ενισχύσαμε τη νομική υπηρεσία του συλλόγου, ασκήσαμε ένδικα μέσα-προσφυγές για:

- α) την ασφάλεια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και δικαιωθήκαμε,
- β) για την ελεύθερη συνταγογράφηση όλων των ιατρών και δικαιωθήκαμε,
- γ) για την πληρωμή των παλαιών οφειλών των ταμείων σε 600 συναδέλφους που ήδη εκδικάζονται,
- δ) για την καθυστέρηση αποπληρωμής εφημεριών και ήδη ψηφίσθηκε η αναγκαία τροπολογία,
- ε) για τη μη πληρωμή εργαστηριακών εξετάσεων από των ΟΠΑΔ επειδή είχαν γραφτεί από μη συμβεβλημένους και δικαιωθήκαμε,
- στ) για το δήθεν άνοιγμα του επαγγέλματος μέσω της αλλαγής του ιδιοκτησιακού καθεστώτος των ιατρείων και εργαστηρίων (ν.3919),
- ζ) για το clawback και αναμένουμε την απόφαση,
- η) υποβάλαμε αναφορά στον εισαγγελέα για την απάτη με τις « κάρτες Υγείας»,
- θ) ασκήσαμε προσφυγή με άλλους ιατρικούς συλλόγους για το αντιεπιστημονικό ατομικό πλαφόν συνταγογράφησης.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ – ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ

- Πιστοποίηση ΙΣΘ για προγράμματα ΕΣΠΑ.
- Συνεργασία με Ιατρικό σύλλογο Β. Ρηνανίας Βεσφαλίας, δωρεάν μαθήματα Γερμανικών, θερινό σχολείο Γερμανικών.
- Ημερίδες για δυνατότητα εργασίας σε Γαλλία, Μεγάλη Βρετανία, Γερμανία.
- Προγράμματα επιδοτούμενης κατάρτισης για εργαζομένους σε ιατρεία (138 άτομα).

ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

- Καθιερώσαμε τη δυνατότητα ηλεκτρονικής πληρωμής της ετήσιας συνδρομής (easyray).
- Δίνουμε από 15 Απριλίου τη δυνατότητα ηλεκτρονικής έκδοσης πιστοποιητικών.
- Αποστολή όλων των αιτούμενων πιστοποιητικών με mail ή fax χωρίς να απαιτείται η παρουσία στα γραφεία του συλλόγου.
- Λειτουργία – εξυπηρέτηση των ιατρών στα παλιά και στα νέα γραφεία.
- Ηλεκτρονική διασύνδεση με υπηρεσίες της Περιφέρειας και των δήμων ώστε να εξυπηρετούνται άμεσα οι πολίτες.
- Ταχύτατη έκδοση άδειας ιατρείου (αναμένεται υπουργική απόφαση για να αρχίσει και η διαδικασία αδειοδότησης εργαστηρίων).
- Διευκρινιστικές αποφάσεις ΔΣ για τεχνικές προδιαγραφές ιατρείων.
- Ειδικές ρυθμίσεις για την αδειοδότηση παλαιών ιατρείων.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

- Παρεμβάσεις για παράνομη διαφήμιση (νομικές πρωτοβουλίες, συνεντεύξεις, επιστολή σε συναδέλφους, ενεργοποίηση επιτροπής Δ/νσης Υγείας).
- Πρόστιμα για χρήση μεσιτικών υπηρεσιών, διαφημίσεων και στο internet.
- Καταγγελία των «καρτών Υγείας», συνέντευξη, ενημέρωση – κινητοποίηση ιατρών βουλευτών.

- Προϋπόθεση για επιστημονικά υπεύθυνους η σύμβαση με το φορέα.
- Δύο έρευνες κοινής γνώμης για τη στάση των συμπολιτών μας απέναντι στις ιατρικές μας υπηρεσίες .
- Συγκροτήσαμε το Συμβούλιο Ιατρικού Τουρισμού Θεσσαλονίκης με συμμετοχή σε διεθνείς εκθέσεις.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

- **Μειώσαμε τα ετήσια έξοδα του συλλόγου κατά 120.000 ευρώ ετησίως (περικόπτοντας τα περιττά έξοδα για έντυπα κλπ).**
- Αποφασίσαμε την απαλλαγή των νέων ιατρών (ειδικευομένων) από πρόστιμα για καθυστερημένες συνδρομές.
- Αγοράσαμε στις 26/2/2013 τα νέα γραφεία του ΙΣΘ (280 τμ + 200 τμ αποθηκευτικοί χώροι + 10 θέσεις στάθμευσης) μετά από 54 χρόνια, τα οποία εγκαινιάσαμε στις 15/3/2014.
- Μειώσαμε την ετήσια συνδρομή κατά 15% από 70 σε 60 ευρώ και ζητήσαμε από τον ΠΙΣ αντίστοιχη μείωση της δικής του συνδρομής από 20 σε 15 ευρώ.
- **Σήμερα ο ΙΣΘ έχει στο ταμείο του τόσα χρήματα όσα παραλάβαμε.**
- Στηρίξαμε συναδέλφους που είχαν ανάγκη και ενισχύσαμε τον σχετικό κωδικό του προϋπολογισμού.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ

- Δόθηκε εντολή στους νομικούς συνεργάτες του ΙΣΘ να μελετήσουν το θέμα και να ετοιμάσουν προσχέδιο με βάση την εμπειρία του Δικηγορικού Συλλόγου.
- Απαιτούμε απολογισμό, διαφάνεια και λειτουργικότητα από το ΤΣΑΥ παρά τη «φλύαρη σιωπή» του ΠΙΣ.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΕΡΙΑ

- Συγκαλέσαμε τη ΓΣ του ΙΣΘ, το Νοέμβριο του 2011, όπου με πρωτοποριακή διαδι-

κασία ψηφοφορίας αποφασίσθηκε η αποχή από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση διεκδικώντας ελεύθερη πρόσβαση για όλους. Η αποχή με συντριπτική συμμετοχή κράτησε 10 μέρες και επιτύχαμε.

- Οργανώσαμε και στηρίξαμε την επίσκεψη από τον ΕΟΠΥΥ των εργαστηριακών ιατρών από τις 11/11/2013.
- Προτείναμε και παρουσιάσαμε τις απόψεις μας για λίστα φαρμάκων και θεραπευτικά πρωτόκολλα.
- Πραγματοποιήσαμε ημερίδα με θέμα «Η ιατρική στην περίοδο του μνημονίου» όπου συζητήθηκαν τα προβλήματα που προκύπτουν από την ακολουθούμενη πολιτική υγείας.
- **Επιμένουμε και απαιτούμε: ΚΑΝΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΟ ΧΩΡΙΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ.**
- Επιδιώκουμε τη ενεργοποίηση των Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας ως αναπτυξιακές μονάδες υπηρεσιών υγείας από ιατρούς.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ – ΘΕΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

- Συγκαλέσαμε δύο συναντήσεις προέδρων ιατρικών συλλόγων των πόλεων όπου λειτουργούν Ιατρικές σχολές με θέμα την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των ιατρών.
- Συνεργαζόμαστε με την Ιατρική σχολή για την ανάπτυξη σχέσεων με Ιατρικές σχολές του εξωτερικού.
- Παρουσιάσαμε την πρόταση μας για τη μη επιβολή εξετάσεων μετά το πτυχίο για την έναρξη ειδικότητας αλλά τη μοριοδότηση ανάλογα με την επιθυμητή ειδικότητα και τη βαθμολογία σε προπτυχιακά μαθήματα μετά από ενιαίες πανελλαδικά εξετάσεις.
- Συμμετείχαμε σε συνέδρια φοιτητών ιατρικής.

Η πολιτική υγείας που εφαρμόζει η κυβέρνηση, εφαρμόζοντας άκριτα τις απαιτήσεις των ξένων «συμβούλων» της οδηγεί την Υγεία σε υποβάθμιση και απειλεί με αφανισμό τα ιατρεία και εργαστήρια. Δώσαμε μάχες, νομικές, συνδικαλιστικές και πολιτικές σε όλα τα επίπεδα για την επιστημονική και επαγγελματική μας αξιοπρέπεια.

Είπαν

*«Εξόλλυσιν εαυτόν ο δωρολήπτης,
ο δε μισών δώρων λήψεις σώζεται»*

[= Καταστρέφει τον εαυτό του αυτός που παίρνει δώρα,
ενώ αυτός που μισεί τις δωροληψίες σώζεται]

[Παροιμίες Σολομώντος]



Πρόληψη του Σακχαρώδη Διαβήτη

Δρ. Γεώργιος Ι. Κούρτογλου

Παθολόγος-Διαβητολόγος,
Κλινική «Άγιος Λουκάς» Θεσσαλονίκη

Ο σακχαρώδης διαβήτης Τύπου 2 (ΣΔ2) είναι από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου καρδιοαγγειακής νόσου. Ήδη κατά την διάγνωση 50% και πλέον των ασθενών παρουσιάζουν κα άλλες συνοσηρότητες όπως κεντρική παχυσαρκία, υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, λιπώδη διήθηση ήπατος, αύξηση πάχους έσω-μέσω χιτώννα, μικρολευκωματινουρία και χαμηλού βαθμού συστηματική φλεγμονή και πρώιμη εκτεταμένη αθηρωμάτωση, ενώ αρκετοί από τους ασθενείς με προδιαβήτη έχουν ήδη επιπλοκές σχετιζόμενες με τη νόσο (νευροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια και στυτική δυσλειτουργία). Το ιατρικό και κοινωνικό φορτίο του ΣΔ περιλαμβάνει αυξημένα ποσοστά τύφλωσης, ακρωτηριασμών, εμφραγμάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων, νεφρικής ανεπάρκειας, καθώς επίσης και καρκίνων, οστεοπόρωσης και άνοιας. Οι δαπάνες για την αντιμετώπιση του ΣΔ είναι τρομακτικές. Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ 1 από τα 3 δολάρια που δαπανώνται για την υγεία πηγαίνει για την αντιμετώπιση του ΣΔ.

Ο αριθμός των ατόμων με ΣΔ τύπου 2, ο

οποίος είναι και ο πιο συχνός τύπος ΣΔ, υπολογίζεται ότι ανέρχεται τώρα παγκοσμίως στα 285 εκατομμύρια ενώ υπολογίζεται ότι θα ξεπερνάει τα 438 εκατ. το 2030. Αντίστοιχα ο αριθμός των ατόμων με προδιαβήτη (IGT ή IFG) προβλέπεται να ανέλθει από 348 στα 440 εκατ. το 2030. Τα άτομα με προδιαβήτη αντιπροσωπεύουν ήδη ένα πληθυσμό σε αυξημένο κίνδυνο για καρδιοαγγειακές και μικροαγγειακές επιπλοκές σχετιζόμενες με τον ΣΔ. Χωρίς αμφιβολία η αντιμετώπιση αυτών των ατόμων μέσω της διόρθωσης των βλαπτικών συνεπειών της παθολογικής ανοχής στη γλυκόζη μπορεί να προλάβει τον ΣΔ 2 και τις επιπλοκές του και να βελτιώσει την πρόγνωση τους με προφανή ιατρικά και οικονομικά οφέλη.

Η πανδημία αυτή του ΣΔ 2 τροφοδοτείται από τον υπεριστισμό και τη συνεχώς ελαττούμενη σωματική δραστηριότητα παράλληλα με την παγκόσμια αστικοποίηση και την υιοθέτηση «δυτικοποιημένου» τρόπου ζωής μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού των αναπτυσσομένων χωρών με αποτέλεσμα αυξη-

μένα ποσοστά παχυσαρκίας. Η πανδημία λοιπόν της παχυσαρκίας σε όλες τις ηλικίες, φύλα και φυλές προηγείται της πανδημίας του ΣΔ2. Επίσης η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλης και καπνού που υιοθετούνται από τους πληθυσμούς αυτούς έχει συσχετισθεί με την αυξημένη εμφάνιση ΣΔ2. Συνεπώς η παρέμβαση στον τρόπο ζωής (lifestyle intervention) σε πληθυσμιακό επίπεδο με σκοπό τη υιοθέτηση διατροφής χαμηλής σε θερμίδες, λιπαρά ιδίως κεκορεσμένα και trans και απλούς υδατάνθρακες, παράλληλα με δομημένα προγράμματα αυξημένης φυσικής δραστηριότητας είναι λογικά η πρώτη προτεραιότητα. Διαθέτουμε ήδη επαρκή στοιχεία από μεγάλες καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες (RCTs) ότι η παρέμβαση στον τρόπο ζωής με σκοπό τη πρόληψη του ΣΔ 2 σε άτομα υψηλού κινδύνου είναι αποτελεσματική, ασφαλής και οικονομικά αποδοτική (cost effective). Από την ανάλυση των μελετών αυτών προέκυψε ότι η ελάττωση της επίπτωσης του ΣΔ μετά από τρία έτη παρέμβασης σε άτομα με IGT ανέρχεται σε ποσοστό 30-60%.

Δυστυχώς όμως η μεταφορά αυτών των μελετών παρέμβασης στον τρόπο ζωής σε πληθυσμιακό επίπεδο είναι πολύ δύσκολη. Πολλά άτομα ιδίως μεγαλύτερης ηλικίας είτε δεν επιθυμούν είτε δεν δύνανται να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους ούτως ώστε να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης του ΣΔ. Στα άτομα αυτά καθώς και σε άλλα λίαν αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου δηλαδή με ήδη συνυπάρχοντα νοσήματα σχετιζόμενα με το ΣΔ κατά τη διάγνωση του προδιαβήτη η πρώτη και επιθετική αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας με φαρμακευτικά μέσα ίσως είναι επιβεβλημένη. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να συνυπολογίζονται εξατομικευμένα το προσδοκώμενο όφελος σε σχέση με τον ελλοχεύοντα κίνδυνο. Ένα άλλο στοιχείο που πρέπει να ληφθεί υπόψη στην απόφαση για τον τρόπο παρέμβασης είναι και ο βαθμός της δυσανεξίας στη γλυκόζη.

Θα αναλύσουμε παρακάτω τις κυριότερες μελέτες παρέμβασης τρόπου ζωής και φαρμακευτικής όσον αφορά την πρόληψη του ΣΔ 2, την πρόληψη ή καθυστέρηση των μακροαγγειακών και μικροαγγειακών επιπλοκών του καθώς και τις προσπάθειες εφαρμογής των μελετών αυτών σε ευρείς πληθυσμούς. Προηγουμένως όμως θα αναφέρουμε ορισμένα βασικά στοιχεία παθοφυσιολογίας της διαταραγμένης ανοχής γλυκόζης και του ΣΔ2. Σε κάθε περίπτωση η πρόληψη του ΣΔ 2 δεδομένης της επίπτωσης του στην υγεία του πάσχοντος και του τρομακτικού οικονομικού και κοινωνικού φορτίου που φέρει είναι πρώτης προτεραιότητας στη σύγχρονη εποχή μας.

Ο ΣΔ 2 οφείλεται σε δύο **βασικές παθοφυσιολογικές διαταραχές: την αυξημένη αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης και την ελαττωματική έκκριση ινσουλίνης από το β κύτταρο**. Τελευταίως θεωρείται ότι και η ανεπάρκεια του συστήματος ινκρετινών μαζί με την αυξημένη παραγωγή γλυκαγόνης από το α κύτταρο συμμετέχουν στη δημιουργία της υπεργλυκαιμίας. Στρατηγικές συνεπώς που στοχεύουν στη διόρθωση των μηχανισμών αυτών όσο το δυνατόν νωρίτερα **είναι** δυνατόν να οδηγήσουν στη πρόληψη του ΣΔ2. Η αυξημένη αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης αντιρροπείται αρχικά από την αυξημένη έκκριση ινσουλίνης από το β κύτταρο. Προοδευτικά όμως το β κύτταρο εκπίπτει, με αποτέλεσμα αρχικώς εμφάνιση IGT ή IFG και αργότερα ΣΔ τύπου 2 Η όλη διαδικασία μετάπτωσης από τη φυσιολογική στη διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη και μετά στο ΣΔ2 διαρκεί πολλά χρόνια. Σε νεκροτομικές μελέτες σε άτομα με IGT η μάζα των β κυττάρων βρέθηκε ελαττωμένη κατά 40%. Με τη διάγνωση του ΣΔ2 η λειτουργική μάζα των β κυττάρων βρέθηκε ελαττωμένη κατά περισσότερο από 50% και η ελάττωση αυτή μπορεί να φτάνει και το 80% σε τιμές γλυκόζης 2 h post OGGT 180-199 mg/dl. Παράλληλα η γλυκοτοξικότητα

και η λιποτοξικότητα μέσω ενός φαύλου κύκλου προκαλούν περαιτέρω αύξηση της ινσουλινοαντίστασης και ενδοθηλιακή δυσλειτουργία με συνέπεια αυξημένη αθηρωμάτωση και καρδιαγγειακή νόσο. Ταυτόχρονα η αυξημένη διακύμανση της γλυκόζης με την μεταγευματική υπεργλυκαιμία σχετίζονται με αύξηση χρόνιας χαμηλού βαθμού φλεγμονής και αυξημένη προοπηκτική κατάσταση – ελαττωμένη ινωδύλωση. Στον προδιαβήτη είναι επίσης διαταραγμένη η πρώτη φάση έκκρισης ινσουλίνης καθώς και η μετατροπή της προΐνσουλίνης σε ινσουλίνη. Η προΐνσουλίνη είναι πρώιμος βιολογικός δείκτης του κινδύνου μετάπτωσης του προδιαβήτη σε διαβήτη καθώς και αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι διαταραχές αυτές μπορούν να αναστραφούν με αυστηρό μεταβολικό έλεγχο σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθέντα ΣΔ2. Μελέτες με συστήματα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης (CGMS) έδειξαν αυξημένες διακυμάνσεις γλυκόζης πριν τη διάγνωση κλινικού ΣΔ 2. Αυτό οδηγεί σε καταπύηση του β κυττάρου και ενδοθηλιακή δυσλειτουργία μέσω αυξημένου οξειδωτικού στρες, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Είναι πιθανόν ότι πρώιμη παρέμβαση με σκοπό τη διόρθωση της υπεργλυκαιμίας και των αυξημένων διακυμάνσεων γλυκόζης μπορεί να εμποδίσει τη γλυκοτοξικότητα και την εξέλιξη του ΣΔ2. Η φυσιολογική ανοχή στη γλυκόζη ορίζεται τιμή γλυκόζης πλάσματος νηστείας <100mg/dl, γλυκόζη 2 h μετά OGTT 140mg/dl και HBA1c <5,7%. Προδιαβήτης χαρακτηρίζεται η ενδιάμεση κατάσταση με τιμές γλυκόζης νηστείας 100-125 mg/dl, ή τιμές γλυκόζης 2 h μετά OGTT 140-199mg/dl ή τιμές HBA1c 5,7-6,4%. Η κατάσταση αυτή μπορεί είτε να μεταπέσει σε κλινικό ΣΔ2 είτε να επιστρέψει σε κατάσταση φυσιολογικής ανοχής γλυκόζης. Εγκατεστημένος ΣΔ θεωρείται αν οι τιμές γλυκόζης νηστείας είναι >126 mg/%, οι τιμές 2h post OGTT>200mg/dl και οι τιμές HBA1c>6,4%. Οι

ίδιοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί δρουν σε όλα τα επίπεδα ανοχής γλυκόζης, αλλά η βαρύτητα τους αυξάνεται όσο προχωρούμε σε επίπεδα σοβαρότερης διαταραχής.

Μελέτες παρέμβασης στον τρόπο ζωής (Lifestyle intervention)

Αρκετές τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες τις δύο τελευταίες δεκαετίες ερεύνησαν το ρόλο της σωστής διατροφής και της σωματικής άσκησης στη πρόληψη του ΣΔ2. Η πιο πρωτοποριακή αυτές ήταν η **Malmoe Feasibility study** στην οποία η διατροφική παρέμβαση και η άσκηση εφαρμόστηκαν σε 161 ασθενείς με IGT ή σε πρώιμα στάδια ΣΔ2, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου η οποία συνέχιζε τον συνηθισμένο τρόπο ζωής. Μετά πέντε χρόνια το ποσοστό μετάπτωσης σε ΣΔ2 ανήλθε σε 11% στην ομάδα παρέμβασης και σε 29% στην ομάδα ελέγχου. Μετά 12 χρόνια follow up η καρδιαγγειακή θνητότητα στην ομάδα παρέμβασης είχε εξισωθεί με αυτή των ατόμων με φυσιολογική ανοχή γλυκόζης. Μία από τις επόμενες, εξίσου πρωτοποριακή διεξήχθη σε μία κινεζική κοινότητα σε 557 άτομα με δυσανεξία στη γλυκόζη, τα οποία κατανεμήθηκαν τυχαία σε πρόγραμμα διατροφής, άσκησης ή σε αμφοτέρα (**μελέτη Da-Qing**). Μετά από 6 χρόνια παρακολούθησης και οι τρεις παρεμβάσεις είχαν παρόμοια αποτελέσματα (μείωση κινδύνου για ανάπτυξη ΣΔ2 31-46% συγκρινόμενες με ομάδα ελέγχου). Πρέπει εδώ να τονισθεί ότι, σε σχέση με τους Ευρωπαίους, οι Ασιάτες εμφανίζουν διαβήτη σε νεαρότερη ηλικία, σε μικρότερες κλίμακες BMI και σε ταχύτερους ρυθμούς με την ίδια αύξηση σωματικού βάρους σε σχέση με τους Ευρωπαίους. Αυτό οφείλεται στο μεγαλύτερο ποσό κοιλιακού λίπους και μικρότερη μυϊκή μάζα που έχουν, γεγονός που τους καθιστά αρκετά ινσουλινοάντοχους σε σχέση με τους δυτικούς πληθυσμούς. Αυτός ο «μεταβολικά παχύσαρκος» φαινότυπος σε άτομα «φυσιολογικού»

σωματικού βάρους εξηγεί την αυξημένη προδιάθεση αυτών των πληθυσμών για ανάπτυξη ΣΔ2. Επίσης οι Ασιάτισσες γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό διαβήτη κυήσεως, γεγονός που θέτει τα παιδιά τους σε αυξημένο κίνδυνο για ΣΔ 2 αργότερα στη ζωή τους.

Πιο πρόσφατη μελέτη, η **Φινλανδική μελέτη πρόληψης διαβήτη (DPS)** περιέλαβε 522 υπέρβαρα άτομα (μέσο BMI 32) και τα κατέταξε είτε σε ομάδα τροποποίησης τρόπου ζωής είτε σε ομάδα ελέγχου. Η πρώτη ομάδα έλαβε σαφείς διαιτητικές οδηγίες με στόχο απώλεια βάρους 5% του συνολικού σωματικού βάρους και οδηγίες για συνδυασμένη αερόβια και αναερόβια άσκηση διάρκειας τουλάχιστον 30' ημερησίως. Η μελέτη έδειξε μια κλινικά σημαντική επίδραση των αλλαγών του τρόπου ζωής στην επίπτωση του ΣΔ2. Κατά το πρώτο έτος της μελέτης τα άτομα της ομάδας παρέμβασης έχασαν κατά μέσο όρο 4,2kg, γεγονός στο οποίο αποδόθηκε κατά κύριο λόγο η ελάττωση εμφάνισης ΣΔ. Η συμμετοχή της άσκησης στη μείωση της εμφάνισης του ΣΔ ανήλθε σε ποσοστό 65% (τουλάχιστον 2,5 ώρες εβδομαδιαίως μέτρια προς έντονη σωματική άσκηση). Σε πιο μακροχρόνιο follow-up (άλλα 3 έτη) ο κίνδυνος εμφάνισης ΣΔ στην ομάδα παρέμβασης μειώθηκε σε ποσοστό 36% σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Συμπεραίνεται εξ αυτού ότι η μείωση του ποσοστού εμφάνισης ΣΔ μπορεί να διατηρηθεί ακόμη και εκτός συνθηκών κλινικής μελέτης.

Η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα μελέτη πρόληψης του ΣΔ 2 μέσω παρέμβασης στο τρόπο ζωής είναι η **μελέτη DPP (Diabetes Prevention Program)**. Σε αυτή συμμετείχαν 3234 υπέρβαρα άτομα με IGT είτε IFG από 22 κέντρα των ΗΠΑ, τα οποία κατανεμήθηκαν σε τρεις ομάδες: ομάδα δίαιτας – άσκησης, ομάδα μετφορμίνης και ομάδα placebo. Η ελάττωση της εμφάνισης του ΣΔ ανήλθε σε ποσοστό 58% σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Για κάθε κιλό σωματικού βάρους που χάνονταν

ο κίνδυνος για εμφάνιση ΣΔ ελαττώνονταν κατά 16%. Όσοι δεν πέτυχαν το στόχο του βάρους αλλά πέτυχαν τους στόχους της άσκησης είχαν επίσης μείωση κινδύνου 44% σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος ήταν παρόμοια σε άνδρες και γυναίκες και σε όλες τις εθνικές και φυλετικές ομάδες που συμμετείχαν. Επίσης βρέθηκε σημαντική ελάττωση των λοιπών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στην ομάδα εντατικής θεραπείας όπως λιποπρωτεϊνών, ινωδογόνου και C αντιδρώσας πρωτεΐνης. Τα άτομα αυτά συνέχιζαν να διατηρούν καλύτερες τιμές λιπιδίων και αρτηριακής πίεσης παρά το γεγονός ότι ελάμβαναν μικρότερο αριθμό φαρμάκων γι' αυτές τις καταστάσεις. Πολύ πιθανόν να δειχθεί με τη πάροδο του χρόνου η μετάφραση των παρατηρήσεων αυτών και στην επίπτωση καρδιαγγειακής και μικροαγγειακής νόσου.

Η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή βρέθηκε σε κάποιες ειδικά σχεδιασμένες μελέτες, εκτός από την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, να προλαμβάνει και το ΣΔ2 (ελάττωση του σχετικού κινδύνου κατά 35% σε διάστημα τεσσάρων ετών) ακόμη και σε άτομα με τους περισσότερους παράγοντες κινδύνου όπως υπέρταση, κληρονομικό ιστορικό ΣΔ, υπέρβαρα, μεγαλύτερης ηλικίας κλπ.

Μελέτες φαρμακολογικής παρέμβασης

Εφόσον η αλλαγή τρόπου ζωής μπορεί να οδηγήσει σε πρόληψη του ΣΔ2 γιατί είναι απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή; Η απάντηση είναι σχετικά απλή. Την υγιεινοδιαιτητική αγωγή είναι δύσκολο να ξεκινήσει κάποιος, συχνά είναι αναποτελεσματική, είναι αρκετά δύσκολο να διατηρηθεί επί μακρόν και είναι και σχετικά δαπανηρή. Οι περισσότεροι ασθενείς επανέκτησαν παρά την εντατική προσπάθεια το μεγαλύτερο μέρος του απολεσθέντος σωματικού βάρους. Οι δαπάνες για πολλαπλή υποστήριξη και εντατική εκπαίδευση

των ασθενών δυστυχώς δεν καλύπτονται από τα «παραδοσιακά» ασφαλιστικά ταμεία. Επιπροσθέτως υπάρχει ένα ποσοστό 50% περίπου, όπου η παρέμβαση παρά τον εντατικό χαρακτήρα της δεν είναι αποτελεσματική και υπάρχει εξέλιξη σε ΣΔ2. Έτσι, ακόμη και αν υιοθετήσει κανείς εντατική παρέμβαση στον τρόπο ζωής, αρκετοί ασθενείς με IFG/IGT θα χρειασθούν φαρμακευτική αγωγή για να προλάβουν την εξέλιξη σε ΣΔ2.

Η **μετφορμίνη** αποδείχθηκε αποτελεσματική στη πρόληψη του ΣΔ2 στη μελέτη DPP των ΗΠΑ καθώς και στην Ινδική DPP. Στην αμερικανική DPP ελάττωσε τον κίνδυνο για εμφάνιση διαβήτη κατά 31% σε σχέση με το placebo. Η μετφορμίνη ήταν πιο αποτελεσματική σε παχύσαρκους (BMI>35), νεαρότερους (<45ετών) ασθενείς και σε ασθενείς με HbA1c>6%. Το όφελος της μετφορμίνης ήταν μικρότερο σε άτομα ηλικίας >65 ετών. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η ινδική DPP. Σε γενικές γραμμές η μετφορμίνη είναι ευρέως διαθέσιμη, φθηνή και σχετικώς καλά ανεκτή και είναι κατάλληλη θεραπεία σε κατάλληλα επιλεγμένους ασθενείς. Η ADA από το 2010 συνιστά τη μετφορμίνη ως φάρμακο για πρόληψη του ΣΔ2 παράλληλα με την υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση και την δραστική αντιμετώπιση συνυπαρχουσών νοσηροτήτων.

Η **ακαρβόζη** χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη **STOP-NIDDM**. Τα άτομα στα οποία χορηγήθηκε ακαρβόζη παρουσίασαν ελάττωση της εμφάνισης ΣΔ2 κατά 25%. Το 1/3 όμως των ασθενών διέκοψε τη θεραπεία λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών από το γαστρεντερικό σύστημα. Οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες εμπόδισαν την ευρεία διάδοση της ακαρβόζης στην κλινική πράξη.

Η **ορλιστάτη**, ένας αναστολέας της εντερικής λιπάσης με κύρια ένδειξη την θεραπεία της παχυσαρκίας, δοκιμάστηκε παράλληλα με την παρέμβαση στο τρόπο ζωής στη μελέτη **XENDOS** (XENical in the Prevention of Diabetes

in Obese Subjects) σε παχύσαρκους ασθενείς (BMI>30) με φυσιολογική ή παθολογική ανοχή στη γλυκόζη. Στο 52% των ασθενών που συμπλήρωσε τη μελέτη, ΣΔ2 εμφανίσθηκε στο 9% της ομάδας placebo και στο 6% της ομάδας της ορλιστάτης (μείωση κινδύνου 37,3%, p=0032). Τα αποτελέσματα αυτά οφείλονταν αποκλειστικά στη δράση του φαρμάκου σε ασθενείς με IGT. Ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με το γαστρεντερικό σύστημα δεν επέτρεψαν την ευρεία χρήση της ορλιστάτης.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΕΥΡΥ ΚΛΙΝΙΚΟ-ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, τα αποτελέσματα των μελετών πρόληψης είναι αρκετά ικανοποιητικά. Από το σημείο όμως αυτό μέχρι την εφαρμογή τους σε πληθυσμιακό επίπεδο υπάρχει ακόμη πολύς δρόμος να καλυφθεί, και η επίπτωση του ΣΔ2 όπως και της παχυσαρκίας εξακολουθεί να αυξάνονται. Από τα ενθαρρυντικά αυτά στοιχεία παρακινήθηκαν κράτη, τοπικές αρχές και πάροχοι υπηρεσιών υγείας σε όλο τον κόσμο για σχεδιασμό προγραμμάτων και δραστηριοτήτων για πρόληψη του ΣΔ2 και των επιπλοκών του. Μπορούμε να αναφέρουμε την φινλανδική μελέτη **FIN-D2D** που βασίσθηκε στη μελέτη DPS και μελέτησε σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης διάφορες στρατηγικές παρέμβασης ανάμεσα στα έτη 2003-2007 με σκοπό την ανίχνευση ατόμων σε κίνδυνο και την τελική πρόληψη του ΣΔ2. Επίσης από τη Φινλανδία προέρχεται η μελέτη παρέμβασης **GOAL (Good Ageing in Lahti)** όπου ομάδες πληθυσμού υψηλού κινδύνου εκπαιδεύτηκαν σε έξι δίωρες συνεδρίες σε θέματα τροποποίησης συμπεριφοράς από τοπικές επισκέπτριες υγείας. Τα άτομα στην ομάδα παρέμβασης παρουσίασαν σημαντική μείωση ΒΣ και BMI ενώ 45% απ' αυτούς επέστρεφαν σε κατάσταση φυσιολογικής ανοχής στη γλυκόζη.

Στις ΗΠΑ έγιναν πολλές προσπάθειες με-

τάφρασης και διασποράς της μελέτης DPP σε πληθυσμιακό επίπεδο. Το **Montana Diabetes Control Program** είναι μια από τις πιο επιτυχημένες από αυτές. Εφαρμόστηκε σε αστικές και αγροτικές περιοχές με μεγάλη επιτυχία (απώλεια 6,7 Kg σε έξι μήνες και επίτευξη στόχων σωματικής δραστηριότητας στους περισσότερους από τους συμμετέχοντες). Το πρόγραμμα αποδείχτηκε επίσης και cost effective (ετήσιο κόστος \$275-\$325). Στο **πρόγραμμα DEAL** (Diet-Exercise-Activity-Lifestyle) οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε OGTT στην αρχή, στους 6 και τους 12 μήνες της μελέτης ενώ τους χορηγήθηκε και μετφορμίνη. Περίπου 60% των ασθενών βελτίωσαν το σωματικό τους βάρος καθώς και τις τιμές γλυκόζης νηστείας και μεταγευματικές. Οι περισσότεροι επίσης δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Σημαντικό όμως ποσοστό δεν αποκρίθηκαν στη θεραπεία και εξελίχθηκαν σε ΣΔ2, κάνοντας εμφανή την μεγάλη ετερογένεια του ΣΔ 2. Αυτοί ίσως χρειάζονται πρωιμότερη και συνδυασμένη φαρμακευτική παρέμβαση.

Η πρωτοβουλία **DE-PLAN initiative** (Diabetes in Europe–Prevention Using Lifestyle, Physical Activity, and Nutritional Intervention) σχεδιάστηκε να εφαρμοστεί σε 17 Ευρωπαϊκές χώρες πρόγραμμα πρόληψης του ΣΔ2. Το σχέδιο **IMAGE** είναι ακόμη πιο προωθημένο και περιλαμβάνει προγράμματα εκπαίδευσης σε σειρές μαθημάτων και των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας (IMAGE toolkit).

Αιτία της πλημμελούς εφαρμογής των συστάσεων αυτών από τους πληθυσμούς είναι και η έλλειψη χρόνου, ιδίως όσον αφορά τη σωματική άσκηση. Πρόσφατα αξιολογήθηκε άλλος τρόπος άσκησης πιο σύντομης διάρκειας αλλά εξ ίσου αποτελεσματικός στη πτώση της γλυκόζης και την απώλεια βάρους Τα άτομα υποβάλλονται σε σύντομα διαστήματα εντατικής άσκησης ακολουθούμενα από δια-

στήματα ανάπαυσης (Low volume High Intensity Interval Training)

Η όλη συνεδρία δεν ξεπερνά τα 20' (π.χ. 10 διαστήματα 1' έντονης ποδηλασίας ακολουθούμενα το καθένα από 1' ανάπαυση). Τα αποτελέσματα στους δείκτες γλυκαιμίας (24ωρη καταγραφή σακχάρου) καθώς και τους υπόλοιπους δείκτες όπως η αντίσταση στη ινσουλίνη ήταν εντυπωσιακά. Ωστόσο, η συνταγογράφηση εξατομικευμένων προγραμμάτων σωματικής δραστηριότητας σε κάθε ασθενή απαιτεί χρόνο και ειδικές γνώσεις από τον επαγγελματία υγείας.

Βαριατρική χειρουργική

Η βαριατρική χειρουργική μέσω της απώλειας βάρους που προκαλεί αποδείχθηκε ότι μπορεί να προλάβει τον ΣΔ2. Σε μια μεγάλη προοπτική μελέτη όπου συμμετείχαν άνω των 2000 ασθενών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε διάφορα είδη βαριατρικών επεμβάσεων σε σχέση με την ομάδα συντηρητικής παρέμβασης ο κίνδυνος για ανάπτυξη ΣΔ2 ελαττώθηκε κατά 86% στα 2 χρόνια και κατά 75% στα 10 χρόνια του follow-up. Κανένας απ' αυτούς που έχασαν 12% του ΣΒ τους δεν ανέπτυξε διαβήτη. Εκτός όμως από την πρόληψη η βαριατρική χειρουργική οδηγεί και σε ύφεση προϋπάρχοντος ΣΔ2. Σε τυχαίοποιημένη μελέτη μετά από τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου παρατηρήθηκε ύφεση του ΣΔ2 σε ποσοστό 72% σε σχέση με μόνο 13% στην ομάδα που ακολούθησε συντηρητική διαιτητική αγωγή. Ο αριθμός των ατόμων με ΣΔ ή προδιαβήτη που υποβάλλονται σε διαφόρων τύπων βαριατρικές επεμβάσεις αυξάνεται καθημερινά και οι υπάρχουσες εμπειρίες είναι πολύ θετικές.

Άτομα υποψήφια για έλεγχο για ΣΔ2 και ένταξη σε προγράμματα πρόληψης

Το πρώτο βήμα για την πρόληψη του ΣΔ 2 είναι η ανεύρεση ατόμων που βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο. Στις ομάδες αυτές ανή-

κουν άτομα υπέρβαρα ή παχύσαρκα **οιαδήποτε ηλικίας (BMI \geq 25 kg/m²) με τουλάχιστον ακόμη ένα παράγοντα κινδύνου** όπως:

- ύπαρξη συγγενών πρώτου βαθμού με ΣΔ2
- φυλετική ομάδα υψηλού κινδύνου (Λατινογενείς, γηγενείς Αμερικανοί, Ασιάτες κλπ)
- ιστορικό διαβήτη κύησης ή τοκετού νεογνού βάρους >4 Kg
- καθιστική ζωή
- αρτηριακή υπέρταση
- ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου
- ύπαρξη συνδρόμων σχετιζόμενων με ινσουλινοαντίσταση όπως πολυκυστικών ωοθηκών ή μελανίζουσας ακάνθωσης
- υπερλιπιδαιμία (HDL < 35mg/dl, τριγλυκερίδια > 250 mg/dl)
- ύπαρξη οιοδήποτε τύπου γνωστής δυσανεξίας στη γλυκόζη ή ανεύρεση HBA1c > 5,7%

Η ADA προτείνει ότι αυτοί πρέπει να ελέγχονται κάθε τρία χρόνια. Σε όλους τους άλλους ο έλεγχος πρέπει να ξεκινάει στην ηλικία των 45 ετών. Σε περίπτωση φυσιολογικών αποτελεσμάτων ο έλεγχος πρέπει να επαναλαμβάνεται τουλάχιστον κάθε 3 χρόνια εκτός αν τα αρχικά αποτελέσματα και η κατάσταση κινδύνου του ατόμου επιβάλλει συχνότερους ελέγχους.

Η πρόσφατη σύσταση της ADA ότι στον προδιαβήτη πρέπει να υπαχθούν και όσοι έχουν HBA1c 5,7-6,4% κάνοντας τη HBA1c εργαλείο ελέγχου για αυξημένο κίνδυνο ΣΔ2 απλοποίησε την κατάσταση αρκετά εφόσον βεβαιώς η αξιολόγηση αυτής της προσέγγισης ολοκληρωθεί. Η εξέταση αυτή μπορεί να γίνει σε συνθήκες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δεν απαιτεί νηστεία, είναι φθηνή και μπορεί εύκολα να ανακαλύψει άτομα σε αυξημένο κίνδυνο για ΣΔ2. Η έλλειψη όμως κεντρικού ελέγχου των διαφόρων μεθόδων μέτρησής της τουλάχιστο σε Ελληνικό επίπεδο μπορεί να καθιστά την εξέταση αυτή παραπλανητική. Η ανάγκη

για ανακάλυψη αναίμακτων μεθόδων ανίχνευσης ατόμων με ΣΔ2 είτε προδιαβήτη είναι επιτακτική. Τελευταία με τη μέθοδο EZSCAN™ γίνεται προσδιορισμός της συγκέντρωσης χλωρίου στον ιδρώτα εκτιμώντας έτσι την λειτουργία του ANS μέσω μέτρησης ηλεκτροχημικής αγωγιμότητας του δέρματος. Η μέθοδος είναι φθηνή, γρήγορη, αναίμακτη, αξιόπιστη και επαναλήψιμη, αναδεικνύει δε ήπιες διαταραχές συμπαθητικής λειτουργίας των ιδρωτοποιών αδένων, επιτρέποντας έτσι την κατάταξη των ατόμων σε διαβητικούς, IGT και φυσιολογικούς. Και με τη μέθοδο αυτή αποδεικνύεται και πάλι ότι η υποκλινική αυτόνομη νευροπάθεια ξεκινά από το στάδιο του προδιαβήτη.

Συμπεράσματα

Πολλές πρόσφατες κλινικές μελέτες έδειξαν ότι η αλλαγή του τρόπου ζωής συνιστά το πιο αποτελεσματικό μέσο πρόληψης ή καθυστέρησης του ΣΔ2. Οι **γενικές υγιεινοδιατροφικές συστάσεις** περιλαμβάνουν.

1. Μέτρια **απώλεια βάρους** (5-15 Kg, δηλαδή 5-10% του αρχικού ΒΣ με ρυθμό 0,5-1 kg/εβδομάδα).
2. Μέσης ή αυξημένης έντασης **σωματική άσκηση**, π.χ. γρήγορο βάδισμα τουλάχιστον 30' ημερησίως 5 φορές/εβδομάδα.
3. **Περιορισμός θερμίδων** προερχομένων από λίπος σε <30%/ημερησίως (ιδίως από κεκορεσμένα και trans λιπαρά). Κατανάλωση μονο- ή πολυακόρεστων λιπαρών.
4. Περιορισμός **μεγέθους μερίδων και πρόσληψης θερμίδων**.
5. Αύξηση κατανάλωσης **φρούτων, λαχανικών και πρόσληψης φυτικών ινών** (>15g/1000 Kcal/HM).
6. Ελάττωση κατανάλωσης τροφών υψηλού **γλυκαιμικού φορτίου**.
7. Αποφυγή **καπνίσματος**-περιορισμένη **χρήση αλκοόλης**.

Για όσους δεν μπορούν να ακολουθήσουν

τις οδηγίες αυτές ή σε όσους η νόσος εξελίσσεται παρά την απώλεια βάρους και την υιοθέτηση προγραμμάτων άσκησης υπάρχει και η φαρμακευτική αγωγή. Η **μετφορμίνη** (μελέτη DPP) είναι το περισσότερο μελετημένο φάρμακο και είναι δραστική κυρίως σε νεότερους ασθενείς με BMI>35, ιδίως με αυξημένες τιμές γλυκόζης νηστείας. Συστήνεται από τηνADA και την IDF για πρόληψη ΣΔ2. Χρησιμοποιείται κυρίως σε Ευρώπη και Αμερική. Η **ακαρβόζη** (μελέτη STOP-NIDDM) εφόσον γίνει καλά ανεκτή στη μέγιστη δόση μπορεί επίσης να βοηθήσει, μάλλον για σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, ιδίως σε μεγαλύτερους ασθενείς με προεξάρχουσα μεταγευματική υπεργλυκαιμία. Η χορήγηση στατινών και φαρμάκων του άξονα ρενίνης-αγγιοτενσίνης-αλδοστερόνης δεν έδειξε θετικά αποτελέσματα στην

εξέλιξη του ΣΔ 2 παρά τις προσδοκίες. Οπωσδήποτε καμία από τις φαρμακολογικές θεραπείες δεν είναι τόσο δραστική όσο η παρέμβαση στον τρόπο ζωής εφόσον αυτή εφαρμοσθεί εγκαίρως και επιθετικά, ενώ η φαρμακευτική θεραπεία αυξάνει και το κόστος της παρέμβασης. Παρ' όλα αυτά η πρόληψη του ΣΔ2 με κάθε μέσο είναι ο πιο δραστικός τρόπος πρόληψης ή καθυστέρησης των επιπλοκών του που διαθέτουμε σήμερα και αξίζει να επιδιωχθεί με κάθε μέσο ως παγκόσμια προτεραιότητα.

Σημείωση

Οι ενδιαφερόμενοι αναγνώστες μπορούν να βρουν το πλήρες άρθρο με τις βιβλιογραφικές παραπομπές και τους σχετικούς πίνακες στην ιστοσελίδα του συγγραφέα www.pathologos-diaivhtologos.gr ή να επικοινωνήσουν μαζί του στην ηλεκτρονική διεύθυνση kurtoglu@otenet.gr.





Στρατηγικό Μάνατζμεντ του Εργασιακού Άγχους στα Δημόσια Ελληνικά Νοσοκομεία πριν από την Οικονομική Κρίση του 2010

Χρήστος Σ. Νικολαΐδης PhD

Καθηγητής Στρατηγικού Μάνατζμεντ, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Η πηγή του άγχους βρίσκεται στο μέλλον. Αν μπορείς να κρατήσεις το μέλλον έξω από το μυαλό σου, μπορείς να ξεχάσεις τις στεναχώριες σου.

Μίλαν Κούντερα

Εισαγωγή

Η δημόσια υγεία καθορίζει την ευημερία κάθε κοινωνίας και έθνους. Από την άποψη αυτή, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης 'πηγάζει' κατά κύριο λόγο από το ανθρώπινο δυναμικό κάθε χώρας, καθώς αυτό αποτελεί το κεντρικό φορέα των προτεινόμενων πολιτικών και της εφαρμογής τους. Ως εκ τούτου, ο κύριος σκοπός της παρούσης έρευνας είναι να διερευνήσει πρώτον, την επίδραση που ασκεί εργασιακό άγχος στους Έλληνες γιατρούς και νοσηλευ-

τές/τριες και δεύτερον, την επιρροή του στην αποδοτικότητα και ποιότητα του έργου τους.

Εργασιακό άγχος

Στη διεθνή βιβλιογραφία το άγχος ορίζεται ως "μια ευπροσάρμοστη αντίδραση ως προς μια εξωτερική δράση, κατάσταση ή γεγονός η οποία επιφέρει υπερβολικές ψυχολογικές ή/και σωματικές απαιτήσεις σε ένα άτομο". Από μια πιο «δυναμική» προοπτική, ο Schuler (1980) καθορίζει το άγχος ως «μια δυναμική κατάσταση στην οποία ένα άτομο είναι αντιμέτωπο με μια ευκαιρία, ένα εμπόδιο ή μια ζήτηση που επιθυμεί το δε αποτέλεσμα του θεωρείται ότι είναι παράλληλα αβέβαιο και σημαντικό».

Πιο σημαντικό, οι ερευνητές διακρίνουν

δύο διαφορετικά είδη του άγχους, το αρνητικό και το θετικό άγχος. Το αρνητικό άγχος συνδέεται άμεσα με ένα αρνητικό γεγονός ή συναίσθημα στη ζωή κάποιου ατόμου είναι δε συχνά γνωστό ως δυσφορία. Όταν το αρνητικό άγχος είναι χαμηλό επιφέρει ανία και πλήξη όταν είναι υψηλό επιφέρει εξάντληση και καταπόνηση. Το θετικό άγχος προκύπτει από μια ευχάριστη αλλαγή στην προσωπική ζωή ενός ατόμου, συχνά δε αναφέρεται ως 'eustress' (το 'eu' από την ελληνική γλώσσα) το οποίο μπορεί να βοηθήσει κάποιον να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά επερχόμενες δυσκολίες και αγχωτικές καταστάσεις. Το Σχήμα 1 δείχνει τις διαφορετικές επιρροές που το είδος (αρνητικό-θετικό) και ο βαθμός (χαμηλή-υψηλή) του άγχους επηρεάζουν την απόδοση του ατόμου. Στην παρούσα έρευνα η μέτρηση του επιπέδου του άγχους είναι από 1 έως 5. Το eustress είναι το 3.

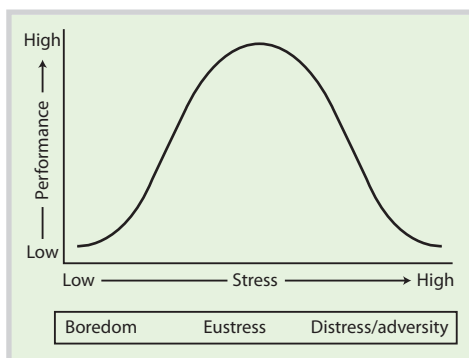
Όσον αφορά το εργασιακό άγχος, η βιβλιογραφία αναγνωρίζει τη σωματική, την ψυχολογική και την κοινωνική φύση του άγχους. Αντίστοιχα, ερευνητές αναφέρουν τρεις κύριες αιτίες του άγχους: τους εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. οικονομική, πολιτική ή τεχνολογικής αβεβαιότητα), τους οργανωσιακούς παράγοντες (π.χ. την οργανωτική δομή, το ύψος ηγεσίας, το έργο και τις απαιτήσεις του ρόλου, την ομαδική εργασία, τις διαπροσωπικές

σχέσεις, τη δέσμευση στην εργασία), και τους ατομικούς παράγοντες (π.χ. το εισόδημα, η ανεργία, η οικογενειακή κατάσταση, η προσωπικότητα, η εργασιακή εμπειρία, η αυτοαποτελεσματικότητα, η εχθρότητα κλπ.). Η επίδραση των παραπάνω τριών αίτιων του εργασιακού άγχους προκαλούν καταστροφικές σωματικές και συναισθηματικές αντιδράσεις που λαμβάνουν χώρα όταν οι ανάγκες της εργασίας α) δεν ταιριάζουν με τις προσωπικές δυνατότητες ή τις ανάγκες του εργαζομένου και, β) χαρακτηρίζονται από αλλαγές που αναγκάζουν τους εργαζόμενους να αποκλίνουν από την καθημερινή τους εργασία.

Το εργασιακό άγχος των Ιατρών και Νοσηλευτών/τριών

Σε σχέση με τους ατομικούς παράγοντες που επηρεάζουν το άγχος του ατόμου, οι ερευνητές αναφέρουν πέντε βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν το άγχος του ιατρικού προσωπικού: α) το περιεχόμενο της εργασίας (π.χ. έλλειψη ποικιλίας ή σύντομη εργασία, κατακερματισμένη ή χωρίς νόημα εργασία, το πλαίσιο της χρήσης των δεξιοτήτων τους, η υψηλή αβεβαιότητα, η συνεχής έκθεση των ανθρώπων μέσω της εργασίας), β) ο φόρτος εργασίας, τα υψηλά επίπεδα της πίεσης του χρόνου, ο ρυθμός εργασίας, γ) το χρονοδιάγραμμα εργασίας (βάρδιες, νυχτερινές βάρδιες, άκαμπτα ωράρια εργασίας, απρόβλεπτες ώρες), δ) ο έλεγχος (χαμηλή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, έλλειψη ελέγχου επί του φόρτου εργασίας, ρυθμός και εργασία σε βάρδιες, συμμετοχή των ιατρών), και ε) το περιβάλλον και τον εξοπλισμό των νοσοκομείων (διαθεσιμότητα συντήρησης ή/και ανεπαρκής εξοπλισμός, κακές περιβαλλοντικές συνθήκες όπως η έλλειψη χώρου, ο κακός φωτισμός, ο υπερβολικός θόρυβος).

Αντίστοιχα, σε σχέση με τους κοινωνικούς και οργανωσιακούς παράγοντες που επηρεάζουν το άγχος του ιατρικού προσωπικού, οι



Σχήμα 1. Η φύση του άγχους

ερευνητές προτείνουν πέντε βασικούς παράγοντες που τους απαρτίζουν: α) την οργανωτική κουλτούρα (κακή επικοινωνία, χαμηλά επίπεδα υποστήριξης για την επίλυση προβλημάτων και την προσωπική ανάπτυξη, συμφωνία σχετικά με οργανωτικούς στόχους), β) οι διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία (κοινωνική ή φυσική απομόνωση, κακές σχέσεις με τους προϊστάμενους, διαπροσωπικές συγκρούσεις, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης), γ) ο ρόλος της οργάνωσης (ασάφεια ρόλου, σύγκρουση ρόλων, και ευθύνη για άτομα), δ) η ανάπτυξη της σταδιοδρομίας (στασιμότητα και αβεβαιότητα εξέλιξης, χαμηλές αμοιβές, εργασιακή ανασφάλεια, χαμηλή κοινωνική αξία της εργασίας), και ε) αλληλοεπηρεασμός οικίας και εργασίας (συγκρουόμενων απαιτήσεων της εργασίας και του σπιτιού, χαμηλής υποστήριξης από το σπίτι, προβλήματα σταδιοδρομίας).

Τέλος, σε σχέση με τους εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν το άγχος του ιατρικού προσωπικού έρευνες αναλύουν την ιδιαίτερη στην κατάσταση του ελληνικού εθνικού συστήματος υγείας (ΕΕΣΥ στη συνέχεια). Το ΕΕΣΥ εξακολουθεί να κατέχει μια από τις τελευταίες θέσεις όσον αφορά τη συμμετοχή του δημόσιου τομέα στις συνολικές δαπάνες στις χώρες της ΕΕ και κατατάσσεται δε στην 30η θέση μεταξύ των 191 χωρών-μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Σχετικά με τις παραπάνω ανεπάρκειες του ΕΕΣΥ ο Βενιέρης, για παράδειγμα, επισημαίνει έξι αιτίες που χαρακτηρίζουν την ανικανότητα της στρατηγικής των κυβερνήσεων και των υπουργείων (Venieris 1997), μεταξύ των οποίων είναι: α) η έλλειψη εμπειρίας όσον αφορά την πολιτική υγείας στην Ελλάδα και β) η δυσκολία να προβλέψουν και να «εκμεταλλευτούν» τις εμπειρίες τους για την υγεία και τις αναπτυξιακές πολιτικές που ακολουθούν άλλες χώρες.

Αντίστοιχα, ο Κυριόπουλος σημειώνει ότι οι διαχειριστές του ΕΕΣΥ υπελήφθησαν μια σειρά από λειτουργικές στρατηγικές και πο-

λιτικές που αφορούν την ποιότητα των υπηρεσιών ΕΕΣΥ. Αναλυτικότερα αυτές είναι: α) η εκτίμηση της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού (π.χ. ο έλεγχος των δημογραφικών στοιχείων των ιατρών, η κατανοήση των σχέσεων μεταξύ των γενικών και ειδικών ιατρών, ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη των απαιτούμενων ιατρικών ειδικοτήτων, η ενίσχυση της εκπαίδευσης του προσωπικού, η ισότητα στην κατανομή των ανθρώπινων πόρων), β) η αξιολόγηση του παραγόμενου έργου που είναι απαραίτητο για το στρατηγικό σχεδιασμό και την πολιτική της ΕΕΣΥ (π.χ. η αύξηση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας). Επιπλέον, οι παραπάνω στρατηγικές ελλείψεις ωφέλησαν την ανάπτυξη των ιδιωτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το 2000, για πρώτη φορά, οι ιδιωτικές δαπάνες άγγιξαν το 43 % του συνόλου των δαπανών για την υγεία, ενώ οι δημόσιες δαπάνες ανήλθαν το 57,3 %.

Ολοκληρώνοντας, σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα, οι γιατροί υποφέρουν ένα από τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους. Το άγχος τους αυξάνεται συνεχώς λόγω α) των πολύωρων αφόρητων καθηκόντων και τις βάρδιες, την ανάγκη λήψης γρήγορων και σημαντικών αποφάσεων, την υπερφόρτωση πληροφοριών, β) της συχνής επαφής με ανθρώπους που υποφέρουν από σοβαρά προβλήματα και προσδοκούν εξαιρετικά υψηλές επιδόσεις, και γ) τις ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις, τη σύγκρουση ρόλων, και η φύση της εργασίας τους που προκαλούν σοβαρό νευρικό άγχος. Περαιτέρω, λόγω του υψηλού επιπέδου πολυπλοκότητας που η καθημερινή τους εργασία περιέχει, οι ιατροί δείχνουν σημάδια χαμηλής ικανοποίησης από την εργασία τους, κάνουν πολύ περισσότερα λάθη, και (ιδιαίτερα οι νεοδιορισμένοι ιατροί) σε πολλές περιπτώσεις δεν μπορούν να εκπληρώσουν τα καθήκοντά τους λόγω του φόρτου της ερ-

γασίας τους.

Παρόμοια, ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν το εργασιακό άγχος των νοσηλευτών, επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι κύριες πηγές της έντασης του άγχους τους είναι μεταξύ άλλων, ο βαρύς φόρτος της εργασίας τους, οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους τους και τους ασθενείς τους, οι πρακτικές γνώσεις και ικανότητες τους, τα γραφειοκρατικά 'όρια' που αντιμετωπίζουν, η έλλειψη επαρκούς προσωπικού και η αντιμετώπιση του πόνου, της αγωνίας, της θλίψης και του θανάτου στην καθημερινή τους εργασία.

Σκοπός και μεθοδολογία

Ο σκοπός της έρευνας είναι πρώτον, να διερευνήσει το εργασιακό άγχος που χαρακτηρίζει τους Έλληνες ιατρούς και νοσηλευτές/τριες και δεύτερον, να προτείνει μια σειρά από στρατηγικές και πολιτικές αναφορικά με την αποτελεσματική διαχείρισή του άγχους και την ανάπτυξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν στους ασθενείς και εν γένει στην κοινωνία. Συνολικά 249 άτομα (125 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και 124 νοσηλευτές/τριες) από τα τέσσερα μεγαλύτερα νοσοκομεία στη Θεσσαλονίκη απάντησαν στα ερωτηματολόγια. Η έρευνα χρησιμοποίησε το γνωστό και έγκριτο ερωτηματολόγιο των Cooper και Straw (1991) (27 ερωτήσεις τους άγχους, μέτρηση σε κλίμακα 1 έως 5).

Αποτελέσματα

Η στατιστική παραγοντική ανάλυση (factor analysis) ανέδειξε έξι παράγοντες που επηρεάζουν το εργασιακό άγχος των ιατρών και νοσηλευτών, ονομαστικά: F1) τις συνθήκες εργασίας και τον τεχνικό εξοπλισμό, F2) την υπεύθυνη συμπεριφορά, F3) τις διαπροσωπικές σχέσεις, F4) τα κίνητρα για την εργασία, F5) τη συνεργασία και F6) το φόρτο εργασίας (βλ. πίνακα 1).

Στο σύνολό τους, οι μέσοι όροι για κάθε παράγοντα δείχνουν ότι το επίπεδο του εργασιακού άγχους των γιατρών και νοσηλευτών είναι σχετικά χαμηλό εκτός του παράγοντα F2. Οι μέσοι όροι (Μ.Ο.) για κάθε παράγοντα δείχνουν ότι οι γιατροί και νοσηλευτές δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην *έλλειψη υπεύθυνης συμπεριφοράς* (F2, Μ.Ο.=3,06/5), στις *δυσμενείς συνθήκες εργασίας και τεχνικού εξοπλισμού* (F1, Μ.Ο. =2,71/5), τον *βαρύ φόρτο εργασίας* (F6, Μ.Ο.=2,49/5), το *χαμηλό επίπεδο συνεργασίας* (F5, Μ.Ο.=2,38/5), την *έλλειψη κινήτρων* (F4, Μ.Ο.=2,25/5) και την *ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων* (F3, Μ.Ο.=2,23/5). Συνεπώς, το εργασιακό άγχος δύναται να δημιουργήσει πλήξη/ανία στους ιατρούς και νοσοκόμους, εάν δεν διαχειριστεί καλύτερα. Τα ευρήματα συνάδουν με τα πορίσματα σχετικών διεθνών και εθνικών μελετών όπως για παράδειγμα, των ερευνητών Armaganidis, (2007), Baldwin et al (1997), Com et al. (2002), Antoniou (2000), Yfandopoulos (1999), Niakas (2001), Falkum and Vaglum (2005).

Συζήτηση και συμπεράσματα

Τα παραπάνω αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης οδηγούν σε συγκεκριμένες προτάσεις διαχείρισης του εργασιακού άγχους ανά παράγοντα, παρατίθενται δε συγκεντρωμένες στον παρακάτω πίνακα:

Επιπλέον, με βάση την στατιστική γραμμικής παλινδρόμησης και λαμβάνοντας ως ψευδομεταβλητές τα επίπεδα εκπαίδευσης (ΑΕΙ), την ειδικότητα των ιατρών (Παθολόγοι) και τη βαθμίδα των νοσηλευτών (Απλή), μπορεί να εκτιμηθεί το Υψηλότερο επίπεδο άγχους (+) και το Χαμηλότερο επίπεδο άγχους (-) που χαρακτηρίζει την σχέση μεταξύ των 6 παραγόντων και των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος. Για παράδειγμα, οι μεταβλητές ηλικία, γυναίκες, μεταπτυχιακή εκπαίδευση, διδακτορική εκπαίδευση, και έγγαμοι έχουν χαμηλότερο επίπεδο άγχους στον παράγοντα

Πίνακας 1. Εξι παράγοντες που χαρακτηρίζουν το άγχος των ιατρών & νοσηλευτών

(F1) Συνθήκες εργασίας & εξοπλισμός	Ερ. 11. Οι βλάβες και οι διακοπές στον τεχνολογικό εξοπλισμό (πχ. υπολογιστές, ιατρικά μηχανήματα κτλ) Ερ. 27. Η μη λειτουργική σχεδίαση του χώρου εργασίας (π.χ. κακή διάταξη γραφείων εργαστηρίων και ιατρικού εξοπλισμού, στενότητα, θόρυβος, φωτεινότητα, εξαερισμός, θερμοκρασία, κτλ.) Ερ. 28. Η κακή αισθητική του χώρου εργασίας (π.χ. διακόσμηση επίπλωση, χρώματα, ένδυση, κτλ.) Ερ. 29. Ο πεπαλαιωμένος εξοπλισμός (π.χ. ιατρικά εργαλεία και μηχανήματα, προγράμματα υπολογιστών θάλαμοι νοσηλείας, εργαστήρια κτλ.)
(F2) Υπεύθυνη συμπεριφορά	Ερ. 1. Τα προβλήματα με τους ασθενείς Ερ. 5. Να παίρνω αποφάσεις Ερ. 14. Ο παρά πολύ μεγάλος βαθμός ευθύνης Ερ. 16. Η διάπραξη λαθών
(F3) Διαπροσωπικές σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό	Ερ. 6. Τα προβλήματα με τους ανωτέρους (προϊσταμένους) Ερ. 7. Τα προβλήματα με τους κατωτέρους (υφισταμένους) Ερ. 8. Τα προβλήματα με τους συναδέλφους μου
(F4) Η ύπαρξη αντικινήτρων στον εργασιακό χώρο	Ερ. 3. Να έχω να δουλέψω μέχρι αργά Ερ. 4. Οι συνεχείς διακοπές όπως εργασίας από συναδέλφους ή άλλα άτομα Ερ.13. Βαρετά καθήκοντα, ρουτίνα στη δουλειά Ερ. 22. Στην δουλειά μου δεν υπάρχουν αρκετά πράγματα που να με παροτρύνουν να τα πραγματοποιήσω
(F5) Ικανότητα συνεργασίας	Ερ. 2. Τα προβλήματα με συγγενείς ή επισκέπτες των ασθενών Ερ. 17. Η σύγκρουση με τους στόχους όπως διοίκησης του νοσοκομείου Ερ. 21. Έλλειψη επικοινωνίας με τη διοίκηση Ερ. 26. Να έχω να πω τους υφισταμένους μου δυσάρεστα πράγματα όπως αύξηση καθηκόντων, μείωση αποδοχών, απολύσεις, κτλ.
(F6) Υπερβολικός φόρτος εργασίας	Ερ. 9. Τελικές προθεσμίες και πιέσεις χρόνου Ερ. 10. Αντιμετώπιση της γραφειοκρατίας στη δουλειά Ερ. 18. Ανάμειξη της δουλειάς με το σπίτι και την οικογενειακή ζωή Ερ. 20. Πολλές συναντήσεις και συνελεύσεις

F3 (Διαπροσωπικές σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό) και υψηλότερο επίπεδο άγχους στον παράγοντα F4 (Η ύπαρξη αντικινήτρων στον εργασιακό χώρο). Αντίστοιχα οι ιατροί έχουν χαμηλότερο επίπεδο άγχους στον παράγοντα F2 (Υπεύθυνη συμπεριφορά) και υψηλότερο επίπεδο άγχους στον παράγοντα F6 (Υπερβο-

λικός φόρτος εργασίας). Επομένως, η κάθετη και η οριζόντια ανάλυση του πίνακα 2 επιτρέπει την εμβάθυνση των πολιτικών που μπορεί να σχεδιαστούν και εφαρμοστούν ως προς την βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών που παρέχονται. Για παράδειγμα, στον παράγοντα F2 και με βάση την υψηλότερη ηλικία, το γυ-

Πίνακας 2. Προτάσεις για την διαχείριση του εργασιακού άγχος ανά παράγοντα

Παράγοντες	Προτάσεις
F1	<ul style="list-style-type: none"> α. Αρχιτεκτονική μελέτη για τη καλύτερη δυνατή διευθέτηση των μηχανημάτων, γραφείων, ιατρείων, εξεταστικών κλινών, αποθηκευτικών χώρων, κλπ. ώστε να μειωθεί ο χρόνος που ξοδεύει ο εργαζόμενος αλλά και οι επαφές που έχει με άλλους εργαζομένους προκειμένου να εκτελέσει την αποστολή του. β. Συχνή συντήρηση των βασικών συσκευών και μηχανημάτων και άμεση αντικατάσταση τους μετά το πέρας του ορίου ζωής τους γ. Προσθήκη στο χώρο εργασίας αντικειμένων που ενισχύουν την αισθητική του χώρου, όπως έπιπλα, χρώματα, φυτά, κλπ
F2	<ul style="list-style-type: none"> α. Αυστηρότερα κριτήρια για την πρόσληψη του προσωπικού με την προσθήκη ειδικών ψυχολογικών τεστ που μετρούν τα επίπεδα της υπεύθυνης συμπεριφοράς του κάθε υποψηφίου
F3	<ul style="list-style-type: none"> α. Επαναπροσδιορισμός των ρόλων του καθενός και των εργασιακών σχέσεων β. Αυστηρότερα κριτήρια για την πρόσληψη του προσωπικού με την προσθήκη ειδικών ψυχολογικών τεστ που μετρούν την ικανότητα διαχείρισης διαπροσωπικών θεμάτων και προβλημάτων του κάθε υποψηφίου γ. Εκπαίδευση του προσωπικού από ειδικούς επιστήμονες σε απλές μεθόδους αντιμετώπισης διαπροσωπικών προβλημάτων με συναδέλφους, προϊστάμενους, υφισταμένους, ασθενείς και συγγενείς ασθενών
F4	<ul style="list-style-type: none"> α. Αύξηση της συμμετοχής όλων στη λήψη των αποφάσεων β. Σύσταση συμβουλευτικών υπηρεσιών για ψυχολογική υποστήριξη γ. Χρήση ειδικών ερωτηματολογίων με τα οποία η διοίκηση θα ελέγχει το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης του προσωπικού και θα ανακαλύπτει τα στοιχεία εκείνα που αποτελούν τα ισχυρότερα αντικίνητρα για δημιουργική ενασχόληση στον εργασιακό χώρο. δ. Επανασχεδιασμός των καθηκόντων με σκοπό τον εμπλουτισμό τους για την ανανέωση του ενδιαφέροντος του εργαζομένου
F5	<ul style="list-style-type: none"> α. Χρήση ειδικών τεστ για την αξιολόγηση των ικανοτήτων συνεργασίας των υποψηφίων εργαζομένων β. Ειδικά σεμινάρια ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε όλο το προσωπικό τονίζοντας τη σημαντικότητα της συνεργασίας σε όλα επίπεδα και προτάσεις για καλύτερη συνεργασία από ειδικούς επιστήμονες γ. Ειδικά τεστ ηγεσίας για τους υποψηφίους διευθυντές των τμημάτων
F6	<ul style="list-style-type: none"> α. Επαναπροσδιορισμός των ρόλων και των καθηκόντων της καθεμίας λειτουργικής θέσης στη οργανωσιακή δομή του νοσοκομείου για να αποφεύγονται η υπερφόρτωση συγκεκριμένων ιατρικών αλλά και νοσηλευτικών ειδικοτήτων β. Λογικά ωράρια και εφημερίες
<p><i>Σημείωση: (F1) Συνθήκες εργασίας & εξοπλισμός, (F2) Υπεύθυνη συμπεριφορά, (F3) Διαπροσωπικές σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό, (F4) Η ύπαρξη αντικινήτρων στον εργασιακό χώρο, (F5), Ικανότητα συνεργασίας, (F6) Υπερβολικός φόρτος εργασίας.</i></p>	

ναικείο φύλο, η διδακτορική εκπαίδευση και τους έγγαμους θα πρέπει πιο δυναμικά να υιοθετηθεί η πολιτική «Αυστηρότερα κριτήρια για την πρόσληψη του προσωπικού με την

προσθήκη ειδικών ψυχολογικών τεστ που μετρούν τα επίπεδα της υπεύθυνης συμπεριφοράς του κάθε υποψηφίου» (βλ. πίνακα 2). Στον παράγοντα F6 για τους Επιμελητές Β,

Πίνακας 3. Επίπεδα άγχους σε σχέση με τους έξι παράγοντες και τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Ανεξάρτητες μεταβλητές	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Ηλικία	+	+	-	+	-	-
Γυναίκες		+	-	+		-
Μάστερ			-	+		
Ph.D		+	-	+	-	-
Έγγαμοι		+	-	+		-
Επιμελητές Β		-	+	-	+	+
Επιμελητές Α		-	+	-	+	+
Αναπλ. Διευθυντές		-	+	-	-	+
Διευθυντές	-	-	+	-	+	+
Πανεπιστημιακοί		-	+	-		+
Χειρουργοί		+		+		
Ορθοπεδικοί			-	+		
Αναισθησιολόγοι		-	+	-		
Γυναικολόγοι				-		

Σημείωση: Σημείωση: (F1) Συνθήκες εργασίας & εξοπλισμός, (F2) Υπεύθυνη συμπεριφορά, (F3) Διαπροσωπικές σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό, (F4) Η ύπαρξη αντικινήτρων στον εργασιακό χώρο, (F5), Ικανότητα συνεργασίας, (F6) Υπερβολικός φόρτος εργασίας.

Επιμελητές Α, Αναπλ. Διευθυντές, Διευθυντές, και Πανεπιστημιακούς ιατρούς θα πρέπει πια δυναμικά να δοθεί έμφαση στον «επαναπροσδιορισμό των ρόλων και των καθηκόντων της καθημίας λειτουργικής θέσης στη οργανωσιακή δομή του νοσοκομείου για να αποφευχθεί η υπερφόρτωση συγκεκριμένων ιατρικών αλλά και νοσηλευτικών ειδικοτήτων»

Ολοκληρώνοντας τα αποτελέσματα της έρευνας επισημαίνουν τη σημασία του μέσου όρου του επιπέδου του άγχους, δηλαδή του θετικού άγχους (eustress) των ιατρών και νοσηλευτών (Μ.Ο. 2,23 - 3,09 σε κλίμακα μέτρησης 5). Όπως έχει ήδη αναλυθεί (σελίδα 1), η αποτελεσματική αξιοποίηση του θετικού άγχους (eustress) των γιατρών και των νοσηλευτών μπορεί να αυξήσει την παραγωγικότητα τους καθώς και την παραγωγικότητα των δημόσιων νοσοκομείων. Ωστόσο θα πρέπει ιδιαίτερα να τονισθεί ότι οι έλληνες ιατροί και νοσηλευτές/τριες βρίσκονται κοντά αλλά δεν πλησιάζουν το θετικό άγχος αποτέλεσμα που θα πρέπει να κριθεί ουσιαστικά καθώς μπορεί να μετατρέψει το θετικό άγχος σε αρνητικό

άγχος (πλήξη/ανία) (βλ. σχήμα 1).

Επιλεγμένη Βιβλιογραφία

- Antoniou S. The problems of specialized doctors in Greece, 26th Medical Conference, Athens, May 16-18. (in Greek), 2000.
- Αρμαγανίδης Α. ΜΕΘ: «Θανάσιμες ελλείψεις». Συνέντευξη στην Καθημερινή, 11 Νοεμ. 2007. [<http://www.kathimerini.gr/304213/article/epikairothta/kosmos/me8-8anasimes-elleiyeis>]
- Baldwin P. J., M. Dodd & R. W. Wrate, "Young Doctors' health – how do working conditions affect attitudes, health and performance?", *Social Science & Medicine* Vol. 45, No1, pp.35- 40, 1997.
- Cooper CL & S. Cartwright. Stress management interventions in the workplace: stress counselling and stress audits, *British Journal of Guidance and Counselling*, 22, 1, pp 65-73, 1994.
- Cox T., Randall R. & Griffith A., Interventions to control stress at work in hospital staff, Contract Research Report 435, *The Institute of Work, Health and Organisations*, University of Nottingham, 2002.
- Falkum E., & P. Vaglum. "The relationship between interpersonal problems and occupational stress in physicians", *General Hospital Psychiatry*, 27, pp 285- 291, 2005.
- Kyriopoulos J et al. Side Payments in the Greek Health Sector: The Dilemma of Equity and Efficiency in: Kyriopoulos J. et al (eds). *Financing Health Care in the New Era*, FICOSSER and Exandas Publishers, Athens (forthcoming) 2000.

Schuler R. "Definition and Conceptualization of Stress in Organizations", *Organizational Behaviour and Human Performance*, 25, pp 189, 1980.

Υφαντόπουλος Γ. Υγεία και κράτος πρόνοιας. *Το Βήμα*, 28 Φεβρ. 1999, τμήμα Β, σελ. 9.

[<http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=108565>]

Venieris D. The History of Health Insurance in Greece: The Nettle Governments Failed to Grasp, DP no. 9, LSE Health, London School of Economics, 1997

Σημειώσεις

Η έρευνα δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του IASK Global Management Conference 2008, Porto, Portugal, Oct 15. Εάν επιθυμείτε το πλήρες άρθρο επικοινωνήστε στην ηλεκτρονική διεύθυνση του συγγραφέα cnicol@uom.edu.gr.



Είπαν

«Όποιος αγαπά τους κόλακες εφαρμόζει εν αγνοία του την θεϊκή εντολή: Αγαπάτε τους εχθρούς υμών»

[Τσώρτσιλ]



Ογκοπλαστική χειρουργική μαστού

Η σύγχρονη προσέγγιση στη χειρουργική του καρκίνου του μαστού

Στέλλα Γκαρέτσου

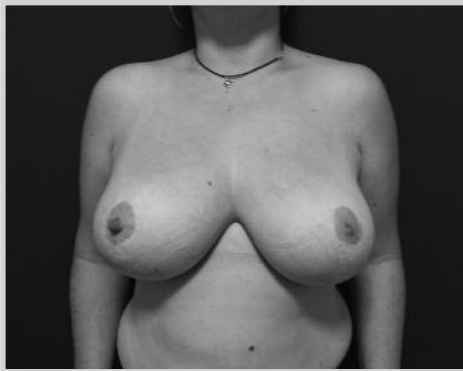
Χειρουργός Μαστού

Η σταδιακή αύξηση του αριθμού των ασθενών με καρκίνο του μαστού, ο οποίος είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες, και του όγκου πληροφοριών που αφορά τη νόσο, οδήγησε στην ανάπτυξη της χειρουργικής μαστού ως εξειδίκευση της γενικής χειρουργικής ειδικότητας. Κατά την προηγούμενη 25ετία έγινε πάγια η θέση ότι οι επεμβάσεις διατήρησης του μαστού για τον πρώιμο καρκίνο μαστού είναι εξίσου ασφαλείς συγκριτικά με την κλασική, ως τότε, λύση της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής (1). Σταδιακά οι ενδείξεις των συντηρητικών επεμβάσεων στο μαστό επεκτάθηκαν σε όγκους ως 4 cm (2) ή και 5cm (3,4) και πρόσφατα η χρήση τους επεκτάθηκε στο in situ πορογενές καρκίνωμα (DCIS) (5,6,7) ή και σε μεγαλύτερους όγκους (8,9,10). Ωστόσο, με τις επεμβάσεις διατήρησης του μαστού για μεγάλους όγκους, όπου υπάρχει δυσχέρεια επίτευξης καθαρών ορίων εκτομής, οι μεγάλες εκτομές οδηγούν συχνά σε ένα πτωχό αισθητικά αποτέλεσμα (11,12).

Η ανάγκη αποφυγής ακρωτηριαστικών επεμβάσεων στο μαστό χωρίς να θυσιαστεί το ορθό ογκολογικό αποτέλεσμα οδήγησε στην ογκοπλαστική χειρουργική του μαστού. Στην ανάγκη αυτή οδήγησε επίσης η αλλαγή του χάρτη ηλικιακής κατανομής της νόσου, που δείχνει μεγαλύτερη επιβάρυνση της νεότερης και μέσης ηλικίας.

Ο στόχος των ογκοπλαστικών επεμβάσεων είναι η ευρεία εκτομή των όγκων του μαστού με αποκατάσταση του ελλείμματος, χρησιμοποιώντας τεχνικές πλαστικής χειρουργικής, ώστε να υπάρχει ένα επιτυχές αισθητικό αποτέλεσμα, υπό την προϋπόθεση της διασφάλισης του ορθού ογκολογικού αποτελέσματος. Η μέθοδος δεν πρέπει να συγχέεται με την ανάπλαση του μαστού μετά από μαστεκτομή, όπου η θέση της πλαστικής χειρουργικής είναι ευρέως αποδεκτή.

Η ανάδειξη της ογκοπλαστικής χειρουργικής βρίσκεται στο επίκεντρο της έρευνας της χειρουργικής μαστού την τελευταία 20ετία,



Ογκοπλαστική σμίκρυνση



Ανάπλαση με κοιλιακό κρημνό

καθώς οι ενδείξεις της τεχνικής σταδιακά αυξάνονται και τα αποτελέσματά της, αισθητικά και ογκολογικά φαίνεται να δικαιώνουν τη μέθοδο.

Η επιλογή των ασθενών που θα εφαρμοσθεί η μέθοδος χρειάζεται προσοχή και προγραμματισμό. Η αξιολόγηση των ασθενών πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- Αξιολόγηση της τοπικής νόσου στο μαστό με βάση τα κλινικά και παρακλινικά ευρήματα
- Αξιολόγηση της συστηματικής νόσου (σταδιοποίηση)
- Συνοδές παθήσεις (παχυσαρκία, διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, θρομβοεμβολική νόσος)
- Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις (κυρίως αυτές που αφορούν το μαστό ή περιοχές που μπορεί να συμμετέχουν στην τεχνική ανάπλασης)
- Φάρμακα
- Κάπνισμα
- Τρόπος ζωής και συνθήκες εργασίας
- Μυοσκελετικές παθήσεις
- Ψυχολογικό υπόστρωμα
- Αξιολόγηση του χρόνου αποθεραπείας
- Εκτίμηση των συνοδών θεραπειών που μπορεί να χρειασθεί η ασθενής και αξιολόγηση του ρίσκου καθυστέρησης αυτών

Οι ογκοπλαστικές επεμβάσεις προτείνονται στους ασθενείς στους οποίους η μαστεκτομή μπορεί να αποφευχθεί, αλλά η τοπική εκτομή πρέπει να είναι τέτοια σε μέγεθος που το αποτέλεσμα της μπορεί να προκαλέσει παραμόρφωση του εναπομείναντα μαστού. Η εκτομή ενός ευμεγέθους όγκου πρέπει να είναι αρκετά ευρεία ώστε να ελέγχει τοπικά τη νόσο, καθώς όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος τόσο αυξάνεται η πιθανότητα διήθησης των ορίων εκτομής (20). Το μέγεθος του όγκου σε σχέση με το μέγεθος του μαστού είναι μία από τις σημαντικότερες παραμέτρους που καθορίζει το αισθητικό αποτέλεσμα. Στα πλαίσια αυτού, στις ευρείες τμηματεκτομές παρουσιάζονται δύο προβλήματα: η παραμόρφωση του πάσχοντος μαστού και η συχνή ανισομαστία του ετερόπλευρου μαστού.

Οι ενδείξεις της ογκοπλαστικής χειρουργικής σταδιακά αυξάνονται. Από τα μέχρι τώρα στοιχεία (14) προκύπτουν οι εξής:

- Ανάγκη αφαίρεσης άνω του 20% της μάζας του μαστού
- Εντόπιση της νόσου παραθηλαία στο έσω τμήμα ή στα κάτω τεταρτημόρια
- Λεμφαδενικός καθαρισμός διά του τραύματος του μαστού (13)
- Έλλειψη δυνατότητας επαρκούς κινητοποίησης του παρεγχύματος ώστε να επι-

τευχθεί η αποκατάσταση της μορφολογίας του μαστού

- Μεγάλοι όγκοι σε μικρούς μαστούς (14)
- Αποτυχία της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας ή υπόνοια υπολειμματικής υποκλινικής νόσου μετά από προεγχειρητική χημειοθεραπεία.
- Αντενδείξεις προεγχειρητικής χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας
- Όγκοι χωρίς σαφή όρια (14)

Οι αντενδείξεις εφαρμογής της μεθόδου είναι:

- Αμφισβητήσιμα όρια εκτομής
- Όγκοι T4
- Πολυκεντρική ή πολυεστιακή νόσος (όταν οι βλάβες εκτείνονται σε περισσότερα από ένα τεταρτημόριο του μαστού)
- Εκτεταμένες μικροεπασβεστώσεις
- Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού

Οι τεχνικές* της είναι:

A. Ενσωμάτωση της τμηματεκτομής σε σμίκρυνση μαστού

Η σμίκρυνση μαστού προσφέρει τη δυνατότητα επαρκούς ογκεκτομής από οποιοδήποτε σημείο του μαστού. Όλες οι τεχνικές της σμίκρυνσης είτε με τις κλασσικές τομές τύπου άγκυρας είτε με τις τεχνικές τύπου Lejour ή Goes μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανά περίπτωση για την ενσωμάτωση της εκτομής του όγκου. Το πλεονέκτημα της ασθενούς είναι ότι έχει αισθητικά αποτελέσματα ανάλογα μιας σμίκρυνσης μαστών. Προσωπική μας επιλογή είναι οι τροποποιημένες τεχνικές Lejour γιατί έχουν μικρότερες ουλές και διατήρηση του σχήματος για περισσότερα χρόνια. Η επέμβαση διαρκεί περίπου δυόμισι ώρες αμφοτερόπλευρα και απαιτεί νοσηλεία 1-2 ημερών.

B. Ενσωμάτωση της ογκεκτομής με μεγέθυνση των μαστών.

Σε περίπτωση πολύ μικρών μαστών μπορεί η ογκεκτομή να συνδυαστεί με αμφοτερόπλευρη



Ογκοπλαστική – Μεγέθυνση

τοποθέτηση ενθεμάτων. Η εκτομή του όγκου γίνεται δια των τομών της αυξητικής του μαστού (υπομάστιος ή περιθηλαία) και η τοποθέτηση του ενθέματος γίνεται δια της τομής της εκτομής. Τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα και η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς είναι ανάλογα μιας επεμβάσεως αύξησης.

Τα πλεονεκτήματα της ογκοπλαστικής χειρουργικής είναι ότι ο ασθενής έχει ένα καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα στον ίδιο χρόνο, καλύτερη μετεγχειρητική αποκατάσταση σε σύγκριση με τη μαστεκτομή, η αποκατάσταση ολοκληρώνεται πριν την ακτινοθεραπεία (αποφεύγοντας τον κίνδυνο της διαταραχής επούλωσης που μπορεί να συμβεί όταν η ακτινοθεραπεία προηγείται του χειρουργείου), δυνατότητα αποκατάστασης της συμμετρίας των μαστών και δυνατότητα ανακούφισης από τα συμπτώματα των μεγάλων μαστών.

Το πρόβλημα της ανισομαστίας που προκύπτει μετά από μεγάλες τμηματεκτομές, συχνά απαιτεί αποκατάσταση του ετερόπλευρου μαστού στον ίδιο ή σε απώτερο χρόνο. Στην περίπτωση της ογκοπλαστικής προσέγγισης η ασθενής υποβάλλεται σε μία επέμβαση υπό γενική αναισθησία, μία νοσηλεία και μία αποθεραπεία. Στην περίπτωση παρέμβασης σε δεύτερο χρόνο ο χειρουργός έχει καλύτερη

εικόνα του πάσχοντος μαστού μετά την ακτινοβολία και άρα καλύτερο αποτέλεσμα όσον αφορά τη συμμετρία των μαστών, με επιβάρυνση όμως της ασθενούς από μια δεύτερη επέμβαση.

Τα περισσότερα στοιχεία που υπάρχουν στη βιβλιογραφία αναφέρονται στα αισθητικά αποτελέσματα της μεθόδου τα οποία εξαρτώνται κυρίως από τρεις παραμέτρους:

- Επιλογή των ασθενών με βάση τη σωστή προεγχειρητική αξιολόγηση της νόσου
- Επιλογή κατάλληλων τομών και προσπέλασης
- Επαρκή κινητοποίηση των ιστών στο υποδόριο και στο εν τω βάθει χειρουργικό πλάνο

Η διαρκώς αυξανόμενη χρήση των ογκοπλαστικών τεχνικών οδηγεί, όμως, πλέον σε ασφαλή συμπεράσματα σε σχέση με την ογκολογική συμπεριφορά των επεμβάσεων αυτών. Σε πρόσφατες μελέτες φαίνεται ότι οι ογκοπλαστικές τεχνικές συνοδευόμενες από ακτινοβολία παρουσιάζουν συγκρίσιμη νοσηρότητα και θνητότητα με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (14,19). Η ασφάλεια της μεθόδου εξαρτάται από την τήρηση επαρκών ορίων εκτομής, που πρέπει να είναι 1 cm ή και περισσότερο κυρίως σε ασθενείς στους οποίους έχει προηγηθεί προεγχειρητική χημειοθεραπεία, όπου είναι πιθανόν να υπάρχουν υπολειμματικές αλλοιώσεις πέριξ του όγκου (15). Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές παρουσιάζουν ελάχιστη αύξηση της συχνότητας σε σύγκριση με τις συντηρητικές επεμβάσεις και είναι παρόμοιες (αιμάτωμα, ορώδης συλλογή, φλεγμονή, καθυστερημένη επούλωση τραύματος, ισχαιμία-νέκρωση θηλής/δέρματος) (14). Επίσης τα περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι η μέθοδος δεν είναι προτιμητέα όταν έχει προηγηθεί προεγχειρητική ακτινοθεραπεία λόγω της αύξησης των μετεγχειρητικών επιπλοκών σε ποσοστό έως και 27% (14). Το πο-

σοστό των ασθενών όπου παρατηρείται καθυστέρηση της μετεγχειρητικής θεραπείας είναι χαμηλό.

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών πρέπει να είναι προσεκτική λόγω αλλαγής της μαστογραφικής εικόνας στο μαστό που έχει υποβληθεί σε ογκοπλαστική επέμβαση. Το ίδιο ισχύει και για τον ετερόπλευρο μαστό, αν αυτός υποβληθεί σε διάρθωση της ανισομαστίας. Η προσθήκη υπερήχων ή και MRI είναι συχνά αναγκαία σε αυτή την ομάδα ασθενών, αλλά η ανάγκη για εντατικοποίηση των παρακλινικών εξετάσεων είναι εμφανής σε όλες τις ασθενείς με καρκίνο μαστού, με ιδιαίτερη έμφαση στις γυναίκες με πυκνούς μαστούς όπου η μαστογραφική εικόνα δεν είναι επαρκής διαγνωστικά. Όσον αφορά τα αισθητικά αποτελέσματα φαίνεται ότι αυτά είναι καλύτερα σε ασθενείς με μικρούς ή μεσαίου μεγέθους μαστούς (16) καθώς επίσης σε έναν αριθμό ασθενών παρουσιάζονται όψιμες μετακινικές μεταβολές (17). Φαίνεται επίσης ότι η μείωση των ευμεγέθων μαστών οδηγεί σε καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα. Υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα που δείχνουν ότι η μείωση του ετερόπλευρου μαστού παρουσιάζει το πλεονέκτημα της ανακάλυψης μη ανιχνεύσιμων όγκων σε αυτόν σε ποσοστό έως 4,5% (18).

Συμπερασματικά, η ογκοπλαστική είναι μία προσέγγιση στην αφαίρεση όγκων του μαστού που η εκτομή τους είτε λόγω μεγέθους είτε λόγω θέσης ή άλλων χαρακτηριστικών, μπορεί να προκαλέσει παραμόρφωση του μαστού. Δεν επιχειρεί να αντικαταστήσει τη μαστεκτομή, όπου αυτή είναι αναγκαία. Μπορεί όμως να συμπληρώσει τις τμηματεκτομές εκείνες που οδηγούν σε άσχημο αισθητικό αποτέλεσμα. Η τεχνικές της ογκοπλαστικής είναι ευέλικτες, ασφαλείς, εκτελούνται στον ίδιο χρόνο με την ογκολογική επέμβαση και δίνουν τη δυνατότητα αποκατάστασης της συμμετρίας των δύο μαστών σε ένα χρόνο.

Συνεπώς, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, αυτή η προσέγγιση είναι ένα χρήσιμο εργαλείο που μας επιτρέπει να εκτελούμε ευρείες εκτομές του μαστού με ένα καλό ογκολογικό και αισθητικό αποτέλεσμα.

Σημείωση

* Οι τεχνικές αναπτύχθηκαν από τον Dr. Αθανάσιο Εξαδάκτυλο, Πλαστικό Χειρουργό.

Βιβλιογραφία

- Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L et al. Twenty-Year Follow-up of a Randomized Study Comparing Breast-Conserving Surgery with Radical Mastectomy for Early Breast Cancer. *N Engl J Med* 2002; 347:1227-1232.
- Fisher B, Anderson S, Redmond CK, et al. Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1995; 333: 1456-1461.
- van Dongen JA, Voogd AC, Fentiman IS, et al. Long-term results of a randomized trial comparing breast-conserving therapy with mastectomy: European Organization for Research and Treatment of Cancer 10801 trial. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 1143-1150.
- Jacobson JA, Danforth DN, Cowan KH, et al. Ten-year results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. *N Engl J Med* 1995; 332: 907-911.
- Fisher B, Dignam J, Wolmark N, et al. Lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-17. *J Clin Oncol* 1998; 16: 441-452.
- Julien JP, Bijker N, Fentiman IS, et al. Radiotherapy in breast-conserving treatment for ductal carcinoma in situ: first results of the EORTC randomised phase III trial 10853. *EORTC Breast Cancer Cooperative Group and EORTC Radiotherapy Group. Lancet* 2000; 355: 528-533.
- Solin LJ, Kurtz J, Fourquet A, et al. Fifteen-year results of breast-conserving surgery and definitive breast irradiation for the treatment of ductal carcinoma in situ of the breast. *J Clin Oncol* 1996; 14: 754-763.
- Fisher B, Brown A, Mamounas E, et al. Effect of preoperative chemotherapy on local-regional disease in women with operable breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18. *J Clin Oncol* 1997; 15: 2483-2493.
- Schwartz GF, Birchansky CA, Komarnicky LT, et al. Induction chemotherapy followed by breast conservation for locally advanced carcinoma of the breast. *Cancer* 1994; 73: 362-369.
- Scholl SM, Asselain B, Palangie T, et al. Neoadjuvant chemotherapy in operable breast cancer. *Eur J Cancer* 1991; 27: 1668-1671.
- Clough KB, Cuminet J, Fitoussi A, et al. Cosmetic sequelae after conservative treatment for breast cancer: classification and results of surgical correction. *Ann Plast Surg* 1998; 41: 471-481.
- Berrino P, Campora E, Santi P. Postquadrantectomy breast deformities: classification and techniques of surgical correction. *Plast Reconstr Surg* 1987; 79: 567-572.
- Royal College of Surgeons UK, Oncoplastic breast surgery e A guide to good practice On behalf of the Association of Breast Surgery at BASO, BAPRAS and the Training Interface Group in Breast Surgery. *J Cancer Surg EJSO* 33 (2007) S1 S23.
- Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, et al. Oncoplastic Techniques Allow Extensive Resections for Breast-Conserving Therapy of Breast Carcinoma. *Ann Surg* 2003; 237(1): 26-34.
- Scholl SM, Fourquet A, Asselain B, et al. Neoadjuvant versus adjuvant chemotherapy in premenopausal patients with tumours considered too large for breast conserving surgery: preliminary results of a randomised trial: S6. *Eur J Cancer* 1994; 5: 645-652.
- Gray JR, McCormick B, Cox L, Yahalom J. Primary breast irradiation in large-breasted or heavy women: analysis of cosmetic outcome. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991; 21: 347-354.
- Moody AM, Mayles WP, Bliss JM, et al. The influence of breast size on late radiation effects and association with radiotherapy dose inhomogeneity. *Radiother Oncol* 1994; 33: 106-112.
- Rietjens M, Petit JY, Contesso G. The role of reduction mammoplasty in oncology. *Eur J Plast Surg* 1997; 20: 246-250.
- Cothier-Savey I, Otmegzguine Y, Calitchi E, et al. [Value of reduction mammoplasty in the conservative treatment of breast neoplasms. Apropos of 70 cases]. *Ann Chir Plast Esthet* 1996; 41: 346-353.
- Silverstein MJ, Gierson ED, Colburn WJ, et al. Can intraductal breast carcinoma be excised completely by local excision? Clinical and pathologic predictors. *Cancer* 1994; 73: 2985-2989.

Είπαν

«Ο πλούτος είναι υπηρέτης πιο πολύ της κακίας παρά της καλοσύνης»

[Ισοκράτης]



Φυματίωση

Παλιός εχθρός προ των πυλών

Κατερίνα Μανίκα¹, Γιάννης Κιουμής²

¹Λέκτορας Πνευμονολογίας ΑΠΘ,

²Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας-Λοιμωξιολογίας ΑΠΘ,

Μονάδα Αναπνευστικών Λοιμώξεων,

Πνευμονολογική-Φυματιολογική Κλινική ΑΠΘ,

ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», 57010, Εξοχή, Θεσσαλονίκη

Πριν από λίγα χρόνια οι περιπτώσεις φυματίωσης που ένας ειδικευόμενος Πνευμονολογίας συναντούσε στα πέντε χρόνια της ειδικότητας μπορούσαν να μετρηθούν στα δάχτυλα του ενός χεριού. Η φυματίωση τότε θεωρούνταν μία εξωτική νόσος με μία πολύμηνη μεν, αλλά σχετικά απλή θεραπεία και εγγυημένα καλή έκβαση, που απείχε πολύ από την πολυπλοκότητα και την επιστημονικότητα των πυλώνων της Πνευμονολογίας, της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και του βρογχικού άσθματος, μία ελάχιστη ενόχληση μπροστά στο σύνολο των παθήσεων του αναπνευστικού με μικρή σημασία και ακόμη μικρότερο επιστημονικό βάθος.

Αυτό που στην Ελλάδα αργήσαμε μάλλον να αντιληφθούμε, αν και αποτέλεσε επιστημονικό γεγονός για τις προηγμένες χώρες του κόσμου ήδη από το τέλος του προηγούμενου αιώνα, ήταν η επανεμφάνιση της νόσου με το

νέο της πρόσωπο, το πρόσωπο της πολυαντοχής. Η ανακάλυψη του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης (ΜΦ) το 1882 κινητοποίησε, όπως ήταν αναμενόμενο, την επιστημονική κοινότητα στην κατεύθυνση της εξάλειψής του, με την κυκλοφορία των αντιφυματικών φαρμάκων στα μέσα του εικοστού αιώνα. Ωστόσο, μετά από 70.000 χρόνια κοινής εξελικτικής πορείας με τον άνθρωπο το ΜΦ έχασε με τη μάχη, αλλά όχι τον πόλεμο. Επιστρατεύοντας το γονιδιακό του υπόβαθρο επανεμφανίστηκε μεταλλαγμένο και ανθεκτικό, πιάνοντας τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών κυριολεκτικά στο ύπνο. Γιατί, όπως είναι λογικό, όταν μία νόσος βγαίνει από το προσκήνιο και η ιατρική κοινότητα και οι υποδομές υγείας αποκτούν άλλο προσανατολισμό, η ικανότητα αναγνώρισης και αντιμετώπισής της ελαχιστοποιούνται.

Αν η ελληνική ιατρική κοινότητα θεώρησε

ότι η επανάκαμψη της φυματίωσης δεν θα χτυπούσε τη δική της πόρτα, έκανε προφανώς ένα ολέθριο λάθος. Η φυματίωση επέστρεψε δυναμικά, και αυτό πιστοποιείται σε πολλά επίπεδα. Καταρχήν, παρά το γεγονός ότι η ιστοσελίδα του ΚΕΕΛΠΝΟ όσον αφορά τη φυματίωση έχει σταματήσει να ανανεώνεται από το 2010, τα στοιχεία του γραφείου νοσημάτων που μεταδίδονται μέσω του αναπνευστικού δείχνουν μία σαφή ανοδική πορεία το 2011 και το 2012. Δεύτερον, η κατανάλωση των αντιφυματικών φαρμάκων στην Ελλάδα κατά το διάστημα 2004-2008 αντιστοιχεί σε επίπτωση της νόσου 30/100.000 πληθυσμού, δηλαδή πενταπλάσια από αυτή του ΚΕΕΛΠΝΟ και επομένως σαφώς πολλαπλάσια αυτής που η χώρα μας δηλώνει στα αντίστοιχα πανευρωπαϊκά και παγκόσμια επιδημιολογικά κέντρα. Τρίτον, αποτελεί κοινό μυστικό όλων των πνευμονολόγων που εργάζονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα, και ενδεχομένως όχι μόνον αυτών, ότι η συχνότητα της νόσου έχει αυξηθεί δραματικά, καθώς σε κάθε γενική εφημερία εισάγονται τουλάχιστον δύο με τρεις πιθανές νέες περιπτώσεις, γεγονός που δημιουργεί σημαντικά προβλήματα όσον αφορά τη διασφάλιση της υγείας του προσωπικού και των άλλων ασθενών. Τα τελευταία τρία χρόνια, τέσσερα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της Πνευμονολογικής-Φυματιολογικής Κλινικής ΑΠΘ έχουν εμφανίσει μεταστροφή της Mantoux, και έχουν λάβει προληπτική αγωγή.

Στο εξωτερικό ιατρείο αναπνευστικών λοιμώξεων της Κλινικής αυτή την στιγμή παρακολουθούνται 56 περιπτώσεις ενεργού φυματίωσης που βρίσκονται υπό αγωγή και τα τελευταία 2,5 χρόνια η διάγνωση έχει τεθεί σε ακόμη 61 άτομα, που έχουν ολοκληρώσει την αγωγή τους. Σε πάνω από το 20% των ασθενών αυτών έχει διαπιστωθεί αντοχή σε τουλάχιστον ένα αντιφυματικό φάρμακο, ενώ από το 2007 έχουν διαγνωστεί 9 περιπτώσεις

πολυανθεκτικής φυματίωσης, μεταξύ των οποίων τρεις εμφάνιζαν εκτεταμένη αντοχή. Πέρα από την αναμφισβήτητη επιδημιολογική βαρύτητα αυτής της παρατήρησης, η αύξηση της αντοχής έχει παράλληλα και μία σειρά άλλων δυσμενών συνεπειών. Η ανθεκτική φυματίωση εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά θνητότητας, αποτυχίας και υποτροπής και η διάρκεια της εκτείνεται πολύ περισσότερο του κλασσικού σχήματος. Τα αντιφυματικά δεύτερης γραμμής δεν είναι το ίδιο αποτελεσματικά με τα πρωτεύοντα και έχουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Από την οικονομική πλευρά, σε αντίθεση με την «απλή» φυματίωση, η θεραπεία της οποίας κοστίζει συνολικά 290 ευρώ, το φαρμακευτικό κόστος της ανθεκτικής φυματίωσης μπορεί να ανέλθει σε 1.000 ως 2.000 ευρώ μηνιαίως για διάρκεια δύο ετών.

Στο πλαίσιο αυτό οφείλουμε να αποδεχτούμε την τρέχουσα πραγματικότητα:

Η φυματίωση έχει επιστρέψει και η σωστή αντιμετώπισή της προϋποθέτει σοβαρότητα, γνώση και συναίσθηση της ευθύνης προς τη δημόσια υγεία.

Αυτή η «νέα» φυματίωση έχει ορισμένες καινούριες πλευρές, που δεν έχουμε το περιθώριο να αγνοήσουμε. Σε ατομικό επίπεδο αυτό σημαίνει ότι οφείλουμε να εξαντλούμε όλα τα μέσα για μικροβιολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης, αφού μόνο έτσι μπορούμε να διαπιστώσουμε την ύπαρξη αντοχής. Πηγαίνοντας λίγο μακρύτερα, είναι προτιμότερο να ζητήσουμε μία γνώμη ή ακόμη και να παραπέμψουμε μία περίπτωση φυματίωσης σε κάποιον με μεγαλύτερη εμπειρία από το αντιμετωπίζουμε μία νόσο-απειλή σαν ένα ακόμη «απλό» πνευμονολογικό περιστατικό. Είναι ίσως περιττό να τονιστεί πως όταν αποφασίσουμε να παραπέμψουμε οφείλουμε να το κάνουμε νωρίς, πριν είναι αργά για διορθωτικές κινήσεις.

Η φυματίωση μας αφορά όλους, δεν είναι αποκλειστικά νόσος των μεταναστών ή των

φτωχών και εξαιρετικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι από τους εννέα ασθενείς με πολυανθεκτική φυματίωση που έχουν διαγνωστεί στην Πνευμονολογική-Φυματιολογική Κλινική ΑΠΘ, οι έξι είναι έλληνες.

Η πολιτεία καλό θα ήταν να αναλάβει τις ευθύνες της, γιατί δυστυχώς με τη φυματίωση, οι παντός είδους στρουθοκαμηλισμοί ούτε λύνουν το πρόβλημα, ούτε απλά το μεταθέτουν· αντίθετα το πολλαπλασιάζουν. Ανάλυση ευθυνών σημαίνει ότι θα πρέπει ο αντιφυματικός αγώνας να οργανωθεί σε τρεις άξονες: 1) δημιουργία κατάλληλων υποδομών για την ασφαλή νοσηλεία των ασθενών με φυματίωση, 2) σωστή λειτουργία αντιφυματικών εξωτερικών ιατρείων τόσο για την παρακολούθηση των ασθενών όσο και για τον προληπτικό έλεγχο, και 3) αναβάθμιση του Εργαστηρίου Φυματίωσης του ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», του κατ' όνομα μόνο «Κέντρου Αναφοράς για το ΜΦ» σε πραγματικά σύγχρονο και επαρκώς

στελεχωμένο Εργαστήριο που να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της Βόρειας Ελλάδας.

Για τους ασθενείς με εξαιρετικά ανθεκτικά φυματίωση, ελάχιστα από τα αντιφυματικά φάρμακα που είναι σήμερα διαθέσιμα είναι δραστικά. Ουσιαστικά για τους ανθρώπους αυτούς η πρόοδος στον τομέα των αντιφυματικών φαρμάκων είναι σαν να μην έχει συντελεστεί ποτέ. Είναι επομένως φανερό ότι για μια μικρή μειονότητα ασθενών με φυματίωση η επαναφορά των σανατορίων είναι προ των πυλών. Επειδή, ωστόσο, τους ασθενείς αυτούς δεν μπορούμε να τους αναγνωρίσουμε με την πρώτη ματιά, αλλά τους αντιλαμβανόμαστε συνήθως μετά από μία τραγική εμπλοκή κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όλοι εμείς που αποφασίζουμε να δώσουμε αγωγή έστω και σε μία περίπτωση φυματίωσης ή κοιτάμε απλά μία ακτινογραφία ασθενούς με συμβατό ιστορικό, καλό είναι να έχουμε συναίσθηση της ευθύνης που αναλαμβάνουμε.

Είπαν

*«Ο κόσμος σήμερα είναι τόσο διεφθαρμένος,
ώστε υπάρχει ένα επάγγελμα που μπορεί να δοξάσει
όποιον το εξασκήσει, γιατί κανείς δεν το ξέρει.
Το επάγγελμα αυτό είναι η τιμιότητα»*

[Ταλλεϋράνδος]



Οι κοινωνικές υπηρεσίες σε περιόδους κρίσεις

Μαρία Παπαβασιλείου

Κοινωνική Λειτουργός, Δήμος Αλμυρού

Οι κοινωνικές υπηρεσίες απευθύνονται σε όλους τους πολίτες που αντιμετωπίζουν κάποια δυσκολία τόσο στην προσωπική όσο και στην οικογενειακή τους ζωή.

Είναι αυτές που στηρίζουν τις ανάγκες των πολιτών και αποτελούν τη βασική δομή παροχής υπηρεσιών σε επίπεδο Δήμου, επιδιώκοντας την κοινωνική δικαιοσύνη, την κοινωνική αλλαγή και την κοινωνική αλληλεγγύη.

Απαρτίζονται από επιστήμονες κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι προσφέρουν εξατομικευμένες και εξειδικευμένες υπηρεσίες, συμβουλευτική και συναισθηματική στήριξη.

Βοηθούν ένα άτομο, μία οικογένεια, μια ομάδα, μια κοινότητα να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που τους απασχολούν, να ενημερωθούν και να αξιοποιήσουν τα μέσα και τις υπηρεσίες που προσφέρει το κοινωνικό σύνολο. Ασχολούνται με διάφορες ευπαθείς και ευάλωτες κοινωνικά ομάδες και με την στήριξη που οι ίδιοι παρέχουν καθώς και την ύπαρξη κοινωνικών παροχών του κράτους αντιμετωπίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό τις όποιες δυσκολίες προκύπτουν.

Η Τοπική αυτοδιοίκηση ως κύριος φορέας

κοινωνικών υπηρεσιών προς τους πολίτες εδώ και πολλά χρόνια έχει αναπτύξει δράσεις, κοινωνικά προγράμματα και υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την αποτροπή της κοινωνικής απομόνωσης.

Η είσοδος όμως της χώρας μας στο μνημόνιο, η συρρίκνωση του εισοδήματος και η κατάρρευση της κοινωνικής πολιτικής οδήγησαν σε πλήρη αποδιοργάνωση του κράτους πρόνοιας αλλά και της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Καθημερινά κλείνουν επιχειρήσεις, χάνονται θέσεις εργασίας, μειώνονται μισθοί και εισοδήματα, καταστρέφεται η ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η εκρηκτική και αυξανόμενη πορεία της ανεργίας, καθώς και η μείωση των οικογενειακών εισοδημάτων απειλούν εκατοντάδες χιλιάδες νοικοκυριά με το φάσμα της φτώχειας.

Το φαινόμενο οικογενειών με παιδιά χωρίς κανένα εργαζόμενο, χωρίς επίδομα ανεργίας ή άλλη εισοδηματική ενίσχυση και συχνά χωρίς βιβλιάριο ασθενείας έχει πάρει μαζικές διαστάσεις. Επαγγελματίες με δικές τους επιχει-

ρήσεις βρέθηκαν ξαφνικά αντιμέτωποι με τεράστια χρέη και χωρίς περιθάλψη. Σπίτια χωρίς ηλεκτρικό ρεύμα, χωρίς θέρμανση, παιδιά που υποσιτίζονται και πολλές φορές εγκαταλείπονται σε ιδρύματα λόγω αδυναμίας των οικογενειών τους να τα συντηρήσουν και να τα μεγαλώσουν, αποτελούν καθημερινά προβλήματα.

Οι ουρές στα συσσίτια αποτελούν απλά την κορυφή στο παγόβουνο της κρίσης. Πίσω ακολουθούν όλοι αυτοί που αντιμετωπίζουν πολύ μεγάλες δυσκολίες στο να καλύψουν τις καθημερινές τους ανάγκες. Μια καινούρια κατηγορία αυτή των αστέγων, αρχίζει να παίρνει απειλητικές διαστάσεις κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα. Και ενώ στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονταν κυρίως χρήστες ουσιών και μετανάστες χωρίς νόμιμα χαρτιά, σήμερα περιλαμβάνονται και υπερχρεωμένα νοικοκυριά.

Οι φτωχοί γίνονται φτωχότεροι και περισσότεροι. Αλλά και άνθρωποι που βρίσκονταν σε αρκετά καλή οικονομική κατάσταση έχασαν ξαφνικά τη γη κάτω από τα πόδια τους. Η αύξηση της βίας της εγκληματικότητας αλλά και των ψυχικών παθήσεων και των αυτοκτονιών, οι οποίες πολλές φορές δεν ανακοινώνονται για εύλογους λόγους, συνθέτουν το παζλ του κοινωνικού αδιεξόδου.

Το σύστημα υγείας καταρρέει. Άτομα με αναπηρίες, νεφροπαθείς, καρκινοπαθείς, περιμένουν πάνω από ένα χρόνο να εξεταστούν από τις αρμόδιες επιτροπές των ΚΕΠΑ και πολλές φορές απορρίπτονται. Μετανάστες που ζουν κάτω από άθλιες συνθήκες, χωρίς την απαραίτητη υγειονομική προστασία, αποτελούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία.

Άνθρωποι που ούτε καν φαντάζονταν ότι θα βρεθούν σε δεινή θέση περνούσαν καθημερινά το κατώφλι των κοινωνικών υπηρεσιών αναζητώντας απεγνωσμένα βοήθεια. Ολοένα και μεγαλώνουν οι λίστες των ατόμων που αναζητούν είδη πρώτης ανάγκης όπως τρόφιμα, φάρμακα, ρούχα, οικονομική στήριξη, εργασία.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες από την άλλη συρρικνώνονται δραματικά αδυνατώντας πολλές φορές να αντιμετωπίσουν επείγουσες καταστάσεις, κυρίως λόγω της μείωσης των διαθέσιμων οικονομικών πόρων. Οι πτέρυγες των γηροκομείων αδειάζουν. Πολλά από τα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα, που μέχρι χθες ήταν σχεδόν ξεχασμένα από το οικογενειακό τους περιβάλλον, γίνονται ξαφνικά απαραίτητα, καθώς συμβάλλουν οικονομικά με τη σύνταξη τους στο πενιχρό ή και ανύπαρκτο εισόδημα των παιδιών τους.

Οι διάφορες υπηρεσίες για την φροντίδα ηλικιωμένων, των ατόμων με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ), για την προστασία της οικογένειας, του παιδιού, των εξαρτημένων ατόμων, για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών και την υποστήριξη των ευπαθών ομάδων δεν επαρκούν, και πολλές φορές κινδυνεύουν με κλείσιμο καθώς δεν διαθέτουν τους απαραίτητους πόρους ούτε για την κάλυψη των βασικών τους αναγκών.

Και εδώ δημιουργείται το εξής παράδοξο. Ενώ θα περίμενε κανείς η κοινωνική πολιτική του κράτους σε περίοδο κρίσης να είναι αυξημένη ώστε να καλύψει μέρος των αναγκών που η ίδια η κρίση δημιουργεί στους πολίτες, βλέπουμε ότι η «προσφορά και η ζήτηση» κοινωνικής προστασίας τείνει να βρεθεί εκτός ισορροπίας. Παλαιότερα δίνονταν παροχές απλόχερα ακόμα και σε περιπτώσεις που δεν θα έπρεπε, σήμερα όλα δίνονται με το σταγονόμετρο ή και καθόλου.

Επίσης το τεράστιο γραφειοκρατικό κράτος, πολλές φορές ίσως και ηθελημένα, στέκεται εμπόδιο σε περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης. Για παράδειγμα, παλαιότερα δίνονταν έκτακτες οικονομικές ενισχύσεις από τις υπηρεσίες πρόνοιας σε άτομα ή οικογένειες που είχαν ανάγκη μέσα σε περίπου 3 μέρες, ενώ σήμερα η όλη διαδικασία είναι χρονοβόρα (πρέπει να περάσει από συμβούλιο), με αποτέλεσμα η έννοια του έκτακτου να χάνεται. Τα βιβλιάρια

απορίας, που παλαιότερα απευθύνονταν κυρίως σε ανασφάλιστα και άπορα άτομα, σήμερα αφορούν και άτομα που αδυνατούν να πληρώσουν τις ασφαλιστικές τους εισφορές, κυρίως ελεύθερους επαγγελματίες.

Με άλλα λόγια, ποτέ άλλοτε η χώρα μας δεν είχε τόσο ανάγκη για κοινωνική προστασία και κοινωνικές παροχές, όσο τη δεδομένη στιγμή.

Είναι ανάγκη όλα αυτά να τεθούν στο επίκεντρο δημόσιας συζήτησης, όχι βέβαια για να επιμεριστούν ευθύνες, αλλά κυρίως για να βρεθούν λύσεις. Πως όμως θα γίνει αυτό αφού μέχρι σήμερα είχαμε ένα σύστημα κοινωνικής προστασίας κομμένο και ραμμένο στα μέτρα των ισχυρών, ένα κράτος πελατειακών σχέσεων-παροχών και εντελώς ανέτοιμο να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές συνέπειες της κρίσης;

Η μείωση των κονδυλίων για κοινωνικές παροχές και η συρρίκνωση του εισοδήματος ανάγκασαν τους ανθρώπους να στραφούν στη δημιουργία δικτύων κοινωνικής αλληλεγγύης.

Το κράτος Πρόνοιας μετατρέπεται σε κράτος αλληλεγγύης, φιλανθρωπίας και εθελοντισμού. Φιλανθρωπίες, τηλεμαραθώνιοι, δίκτυα, σύλλογοι ανταλλαγής τροφίμων, ειδών

πρώτης ανάγκης –φαρμάκων και υπηρεσιών, διάφορες εθελοντικές οργανώσεις έρχονται να συμπληρώσουν τα κενά του κράτους. Δημιουργούνται κοινωνικά παντοπωλεία, φαρμακεία με πρωτοβουλίες των Δήμων, των εκκλησιών, και ιδιωτικών φορέων και πρωτοβουλιών.

Στην εποχή της κρίσης υπάρχει επιτακτική ανάγκη επαναπροσδιορισμού του κράτους πρόνοιας. Αυτό θα πρέπει να στοχεύει στην αναζήτηση δικαιότερων και πιο αποτελεσματικών συστημάτων και μέτρων προστασίας του πολίτη. Επίσης απαιτείται αναβάθμιση των κοινωνικών υπηρεσιών και μια γενναία στροφή προς την δημόσια κοινωνική πολιτική, που θα λειτουργεί με σωστό και υγιή τρόπο ανεξάρτητα από την κρισιμότητα των περιστάσεων.

Η κοινωνική πολιτική θα πρέπει να είναι στενά συνδεδεμένη και με την απασχόληση, ώστε να εξασφαλίζεται ένα εγγυημένο επίπεδο αξιοπρεπούς διαβίωσης με συνολική κάλυψη των κοινωνικών αναγκών (πρόνοια, υγεία, στέγαση, θέρμανση, μόρφωση κ.ά.). Μια τέτοια κατοχύρωση αποτελεί εγγύηση ενός κράτους πρόνοιας και μιας κοινωνικής πολιτικής, που δεν θα είναι μόνο «φιλάνθρωπη και αλληλέγγυα».

Είπαν

«Ο κόσμος είναι αρκετά μεγάλος για να καλύψει τις ανάγκες του κάθε ανθρώπου, αλλά πολύ μικρός για να ικανοποιήσει την ανθρώπινη απληστία»

[Μαχάτμα Γκάντι]



Χωρίς ανάσα: φιλοσοφικά μαθήματα από τα αναπνευστικά νοσήματα

Havi Carel, MA, PhD

University of Bristol, United Kingdom

Μετάφραση: Α. Παπαγιάννης

Είναι 12:28. Μόλις έχω παρκάρει σε μια τυχερή άδεια θέση ακριβώς έξω από το γραφείο μου. Έχω μια συνάντηση στις 12:30. Με το ένα χέρι στέλνω μήνυμα και με το άλλο ψάχνω στην τσέπη του παλτού μου για τον ψεκαστήρα. Τον βγάζω, τον βάζω στο στόμα μου και πατάω. Αντί για τη συνηθισμένη ροή του Αερολίν, εισπνέω σκόνη και κάποια σωματίδια που τα νιώθω σαν ξύσματα μολυβιού. Αρχίζω να βήχω και να πνίγομαι και να φτύνω ανεξέλεγκτα. Δεν μπορώ να ανασάνω. Ανεβάζω τη ροή του οξυγόνου στη φιάλη δίπλα μου στα 6 λίτρα το λεπτό —τη μέγιστη ροή που επιτρέπει η συσκευή μου. Ακόμη όμως πνίγομαι και βήχω. Κόσμος περνάει δίπλα μου και με βλέπουν να βήχω. Κανένας όμως δεν αντιλαμβάνεται ότι χρειάζομαι βοήθεια. Αυτό συνεχίζεται για αρκετά λεπτά. Ο βήχας μου είναι τόσο έντονος και τα κολλημένα σωματίδια τόσο επίμονα που με πιάνει ρέψιμο και τελικά

κάνω εμετό. Ανοίγω την πόρτα και σκύβω έξω. Κάποιος προσφέρεται να βοηθήσει. Νερό, λέω πνιχτά, χρειάζομαι νερό. Μου δίνουν νερό που ξεπλένει ένα μέρος της σκόνης, και λίγα λεπτά αργότερα είμαι αρκετά ήρεμη ώστε να θυμηθώ το ραντεβού μου. Ένας συνάδελφος περνάει, και του λέω να ενημερώσει τον φοιτητή μου ότι θ' αργήσω. Τώρα είμαι μουσκεμένη και βρώμικη και πρέπει να πάω στο σπίτι, να κάνω ντους και να αλλάξω. Οδηγώ προς το σπίτι, βήχοντας ακόμη. Όλα παίρνουν πολύ χρόνο, διότι τώρα νιώθω έντονη δύσπνοια και το στήθος μου πονάει. Κοιτάζω τον ψεκαστήρα. Το καπάκι έχει βγει, και μάλλον έτσι μπήκε η σκόνη. Σημειώνω στο μυαλό μου να πάω το αυτοκίνητο για καθαρίσιμα. Όσο να ετοιμαστώ είμαι πλέον εξαντλημένη. Θα πρέπει να ξαπλώσω, αλλά δεν θέλω να απογοητεύσω τον φοιτητή μου. Ξαναγαμίζω τη φιάλη του οξυγόνου και οδηγώ

πίσω στη δουλειά. Βρίσκομαι πάλι να παρκάρω στην ίδια θέση στις 2 μ.μ. Μου παίρνει δέκα λεπτά να βαδίσω εκατό μέτρα σε μια μικρή ανηφόρα. Έχω αργήσει και πάλι για τον φοιτητή μου, αλλά τουλάχιστον θα είμαι εκεί. Έχω σχεδόν ανακτήσει την αίσθηση του φυσιολογικού. Όλα θα μπορούσαν να είναι τόσο απλά, σκέφτομαι οργισμένα. Βγαίνω από το αυτοκίνητο, ανεβαίνω τα σκαλιά, και βρίσκομαι στο γραφείο μου. Όμως κάτι που θα ήταν υπόθεση δυο λεπτών για έναν υγιή μου έχει κοστίσει το μισό απόγευμα.

Το επεισόδιο αυτό μπορεί να φαίνεται ελάχιστο, αλλά είναι ένα παράδειγμα για τις απώλειες που συνεπάγεται η αρρώστια για τον άρρωστο [1]. Η ικανότητα να τρέχεις, να καταπιάνεσαι με τις δραστηριότητες και τα καθήκοντα της ημέρας, να κάνεις μικροδουλειές από συνήθεια και χωρίς να το σκέφτεσαι, χάνεται στην αρρώστια. Η φυσική ροή των γεγονότων, η ικανότητα να επιταχύνεις το ρυθμό σου όταν χρειάζεται, ο φυσικός ρυθμός της ημέρας—όλα έχουν χαθεί. Αντικαθίστανται από μελετημένο σχεδιασμό, προσεκτική σκέψη και μια αγχώδη επίγνωση του ίδιου σου του σώματος. Η αναπνευστική νόσος με κάνει να σκέφτομαι προσεκτικά την κάθε κίνηση του σώματος. Πότε τρώω, πόσο μιλάω, πόσα βιβλία μπορώ να κουβαλήσω, πόσο μακριά πρέπει να βαδίσω, πόσο οξυγόνο έχω, πόσο βαρύ είναι το παλτό μου. Κάθε ασήμαντη, προηγούμενως αυτόματη ενέργεια γίνεται μια ολόκληρη προσεκτικά σχεδιασμένη επιχείρηση. Κάθε μέρα, καθώς ξεκινώ να δουλέψω, να αγαπήσω και να ζήσω, τα κάνω όλα αυτά με πλήρη και συνεχή επίγνωση του πόση ανάσα θα χρειασθεί για κάθε δραστηριότητα. Θα φτάσει μια φιάλη οξυγόνου; Αν σταματήσω σε κάποιο κατάστημα, θα βρω κάπου να παρκάρω; Θα είμαι πολύ κουρασμένη για να συναντήσω φίλους για ένα ποτό το βράδυ; Σταμάτησα να φορώ ψηλοτάκουνα παπούτσια διότι είναι πιο δύσκολα στο βάδισμα. Ποτέ

δεν μασώ τσίχλα: εμποδίζει το πολύπλοκο έργο της αναπνοής. Δεν μιλώ στο τηλέφωνό μου όταν βαδίζω: μου φέρνει μεγάλη δύσπνοια. Στα πάρτι κάθομαι, διότι αν συζητώ όρθια ζαλιζομαι. Συνεχώς πρέπει να προσέχω πώς αισθάνομαι και να μην αφήσω να με καταλάβει ύπουλα εξάντληση, ή ναυτία, ή ζάλη. Μια αίσθηση επιτηδευμένης συμπεριφοράς έχει πλέον αντικαταστήσει την προηγούμενη ανέμελη ύπαρξή μου. Εξακολουθώ να λέω στον εαυτό μου ότι ζω μια πλήρη και ευτυχισμένη ζωή. Όμως μερικές φορές αναρωτιέμαι αν ο μύθος του φυσιολογικού που προσεκτικά καλλιεργώ μέσα στα πλαίσια της χρόνιας πνευμονοπάθειας έχει ξεχειλώσει πέρα από τα όριά του. Οξεία επεισόδια όπως ο πνιγμός, η ακραία δύσπνοια ή η απώλεια ελέγχου του σώματος ξεφουσκώνουν άμεσα και έντονα τον μύθο.

Ο Γάλλος φιλόσοφος Maurice Merleau-Ponty περιέγραψε την αρρώστια ως μια *“πλήρη μορφή ύπαρξης”* [2]. Τι σημαίνει άραγε να θεωρείς την αρρώστια ως μια πλήρη μορφή ζωής; Πιστεύω ότι ο χαρακτηρισμός αυτός αντιστοιχεί με τις εμπειρίες που περιέγραψα παραπάνω. Η αρρώστια αλλάζει όχι μόνο το περιεχόμενο της ημέρας της άρρωστης, αλλά ακόμη τον ρυθμό, τον τρόπο με τον οποίο επιτελούνται οι δραστηριότητες, και τον τρόπο με τον οποίο φροντίζει το σώμα της στη διάρκεια των δραστηριοτήτων αυτών. Η αρρώστια είναι δεμένη με κάθε πτυχή της κάθε δραστηριότητας. Αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο σκεφτόμαστε, σχεδιάζουμε και εκτελούμε κάθε δραστηριότητα. Αντί για μια συνηθισμένη, αντανακλαστική, ομαλή ροή ενεργειών, βιώνει κανείς την ημέρα σαν ένα κορδόνι από ατομικά σχεδιασμένες, προσεκτικά ζυγισμένες δραστηριότητες, που η σπουδαιότητα, οι απαιτήσεις και η εκτέλεσή τους πρέπει σχολαστικά να υπολογίζονται. Για μένα, είναι πρόβλημα αποθεμάτων: το οξυγόνο έχει γίνει ένα σπάνιο απόθεμα. Το ποσό της ενέργειας που έχω εξαντλείται γρήγορα. Κι έτσι ο άρρωστος κα-

λείται να μελετάει το κόστος κάθε δράσης, το πόσο την θέλει, και το αν την μπορεί. Μια φίλη μου που υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση πνεύμονα πριν εννιά χρόνια μου είπε για το πραγματικό θαύμα του νέου της πνεύμονα: δεν ήταν ότι μπορούσε τώρα να τρέξει μαραθώνιο, ή να σκαρφαλώσει στο Μάτσου Πίτσου, ή να κάνει καταδύσεις. Το θαύμα δεν βρισκόταν στο εξωτικό, το ακραίο. Μάλλον το θαύμα ήταν συνδεδεμένο με τη ρουτίνα, με το καθημερινό. Το θαύμα γι' αυτήν ήταν να μπορεί να φοράει μόνη τις κάλτσες της. Να μπορεί να ανεβαίνει σκάλες. Να μπορεί να σκύψει να πιάσει ένα μολύβι που της έπεσε. Απέκτησε ξανά τη σωματική της ελευθερία και την αυτονομία που τη συνοδεύει, και αυτή η ελευθερία βιώνεται με μεγαλύτερη ένταση στην ελευθερία να εκτελεί κανείς καθημερινές πράξεις με ανεμπόδιο τρόπο, χωρίς να το σκέφτεται.

Το θαύμα της υγείας επιτελείται χωρίς την επίγνωσή μας [3]. Είναι ένα θαύμα τόσο διακριτικό, τόσο συνεχές, που το θεωρούμε τόσο δεδομένο ώστε ούτε καν το προσέχουμε ποτέ. Όπως γράφει ο Leder, *“ενώ υπό μία έννοια το σώμα είναι η πιο επίμονη και αναπόφευκτη παρουσία στις ζωές μας, επίσης ουσιαστικά χαρακτηρίζεται από απουσία. Δηλαδή, το σώμα κάποιου σπάνια είναι το θεματικό αντικείμενο της εμπειρίας του”* [4]. Μόνο όταν απουσιάζει η υγεία γίνεται έκδηλα φανερό για μας ως απώλεια. Αυτή η σιωπηρή αίσθηση ικανότητας και υγείας καθιστά δυνατή την φυσική, αντανakλαστική ελευθερία να επιδιώκουμε τους σκοπούς και τους στόχους μας, και υποβαστάζει την αίσθηση της ύπαρξής μας. Είναι μια αίσθηση ολοκληρίας, ασφάλειας, εμπιστοσύνης στα σώματά μας [5]. Η αρρώστια κάνει ορατή αυτή την αόρατη υγεία. Η αρρώστια μας αποκαλύπτει την εύθραυστη, ευάλωτη φύση των σωμάτων μας, της ζωικής μας ύπαρξης.

Αυτή η ευάλωτη φύση δεν πρέπει να κατανουηθεί μόνο με αρνητικό τρόπο. Όπως υπο-

στηρίζει ο Alasdair MacIntyre, εκφράζει επίσης τη σύνδεσή μας με άλλους, τη μετοχή μας σε σχέσεις δούναί και λαβείν, το να φροντίζουμε και να μας φροντίζουν, που δημιουργεί δίκτυα και κοινότητες, οικογένειες και φίλιες [6]. Η ευάλωτη σωματική μας φύση είναι το υποστύλωμα των κοινωνικών μας σχέσεων και των αισθημάτων αγάπης και συμπάθειας που τρέφουμε. Επίσης, καλλιεργεί το μοίρασμα των αγαθών: τη φροντίδα που (συνήθως, ευτυχώς) λαμβάνουμε από τους γονείς μας, αργότερα τη δίνουμε στα παιδιά μας, που στη συνέχεια θα τη δώσουν στα δικά τους παιδιά. Η ικανότητά μας να είμαστε αυτόνομοι δεν είναι εκ των προτέρων δεδομένη, αλλά καλλιεργείται μέσα μας καθώς μεγαλώνουμε. Και οι τρόποι με τους οποίους καλλιεργείται συνδέονται βαθιά με τις σωματικές μας ανάγκες, με την ευθραυστότητά μας, και με την αλληλοεξαρτώμενη φύση μας. Η αρρώστια μας το θυμίζει αυτό, και με την έννοια αυτή έχει να παίξει ένα σημαντικό φιλοσοφικό και ηθικό ρόλο.

Ωστόσο, το να αποδεχθεί κανείς την *“πλήρη μορφή ύπαρξης”* που είναι η νόσος είναι σι' αλήθεια πολύ δύσκολο. Σε μερικές περιπτώσεις η αρρώστια είναι ιάσιμη και μπορεί να ξεπεραστεί και ίσως να ξεχασθεί. Ένα παράδειγμα τέτοιου είδους νόσου είναι μια ελαφρή καρδιακή προσβολή ή ένα σπασμένο πόδι: μια προσωρινή αναπηρία που ακολουθείται από ανάρρωση. Όμως η σοβαρή και χρόνια νόσος απαιτεί ένα διαφορετικό είδος σύνδεσης, πιο βαθιά και παρατεταμένη. Ο Arthur Frank πέρασε και τα δυο είδη νόσου. Ενώ το έμφραγμα του ήταν κάτι που μπορούσε να αφήσει πίσω του, τον καρκίνο του τον περιγράφει ως παράδειγμα του δεύτερου είδους αρρώστιας: τον έκανε να *“βουλιάξει ως τον πάτο και να ανακαλύψει ζωή στην άλλη μεριά”* [7]. Αυτό το είδος αρρώστιας δεν είναι ένα ιατρικό επεισόδιο, αλλά ένα ταξίδι. Και όπως κάθε μεγάλο ταξίδι, απαιτεί προετοιμασία, προμήθειες και

συντρόφους. Η σοβαρή αρρώστια αξίζει μια σοβαρή θεώρηση των τρόπων με τους οποίους αλλάζει τη ζωή του ασθενούς προσώπου και τους τρόπους με τους οποίους η ιατρική μπορεί να βελτιώσει τις επιδράσεις αυτές. Η αρρώστια είναι μια “ανοίκεια ύπαρξη στον κόσμο” που μετατρέπει το οικείο σώμα και τον κόσμο σε μια περίεργη, μυστηριώδη εμπειρία. Ο ρόλος της ιατρικής είναι να αποκαταστήσει το αίσθημα οικειότητας του αρρώστου προσώπου, και να γεμίσει ξανά τον κόσμο του με μια αίσθηση ότι αυτός είναι δικός του και του ανήκει [8].

Οι αλλαγές σε ολόκληρο τον τρόπο ύπαρξης του σοβαρά άρρωστου προσώπου είναι συχνά αναπόφευκτες και μόνο πολύ περιορισμένα αντιρροπούνται μέσω ιατρικών παρεμβάσεων και κοινωνικής φροντίδας. Αλλαγές που αφορούν τον γεωγραφικό χώρο του προσώπου: μέρη που ήταν κοντινά τώρα είναι μακρινά, σκάλες που κάποτε οδηγούσαν κάπου τώρα είναι εμπόδια. Αλλαγές στον κοινωνικό κόσμο: “φίλοι των καλών ημερών” μπορεί να εξαφανισθούν, ξένοιαστες κουβέντες μπορεί να αντικατασταθούν από δισταγμό και σιωπή. Κάπου αλλού περιέγραψα την αρρώστια ως “τον ελέφαντα στη φιλία” διότι τόσο λίγο μπορούμε να μπούμε στον πόνο του άλλου και συχνά είναι πιο εύκολο να μείνουμε μακριά [9]. Ωστόσο, στενές σχέσεις με περιεχόμενο μπορεί να γίνουν πιο βαθιές, πιο αυθεντικές, μπροστά στην πρόκληση της αρρώστιας και την επίγνωση ότι ο χρόνος λιγοστεύει. Η συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου προσώπου επίσης αλλάζει: μπορεί κανείς να ξαφνιαστεί από μια απροσδόκητη αντοχή σε δύσκολους καιρούς, αλλά μπορεί να προεξάρχει κατάθλιψη και επαναλαμβανόμενη κυκλική σκέψη (“Γιατί εγώ;”, “Αν δεν έκανα αυτό...”). Τέλος, αλλαγές στην χρονική ύπαρξη του προσώπου: εκεί που υπήρχε η αόριστη υπόσχεση ενός μακρού και ευτυχισμένου μέλλοντος, τώρα ο άρρωστος αντι-

μετωπίζει τα σκληρά ερωτήματα πώς να αντιμετωπίσει και πώς να μοιράσει τον χρόνο που μπορεί να είναι περιορισμένος, τα οποία έχουν κολλημένο πάνω τους ένα ολοφάνερο καταληκτικό σημείο.

Η Susan Sontag περιγράφει την αρρώστια ως “τη νυχτερινή πλευρά της ζωής”, ένα διαφορετικό βασίλειο όπου χρειάζεσαι διαβατήριο για να εισέλθεις από το βασίλειο των υγιών [10]. Περιγράφει την κοινωνική φαντασίωση όπου αρνούμαστε τον θάνατο και τη θνητότητα, που οδηγεί την αίσθηση ότι ο κόσμος των αρρώστων είναι πολύ διαφορετικός, και τελείως χωριστός από τον φυσιολογικό κόσμο των υγιών. Αυτό βέβαια είναι μια αυταπάτη. Όλοι μετέχουμε στο βασίλειο των ασθενών, αν όχι τώρα, στο μέλλον. Όλοι ξεκινούμε από την πλήρη εξάρτηση και όλοι καταλήγουμε εκεί. Η παροδικότητα σημαδεύει την ανθρώπινη ζωή. Με την έννοια αυτή, τα δυο βασίλεια συνδέονται και η μετάβαση από το ένα στο άλλο είναι το μόνο σίγουρο γεγονός της ζωής όπως αυτή τώρα είναι. Ο κόσμος των ασθενών έχει πολλές διαφορές από τον κόσμο των υγιών. Ο χώρος και ο χρόνος του είναι διαφορετικοί, οι περιορισμοί του συγκαλύπτουν τις δυνατότητες, απαιτεί από τους ασθενείς να ζουν με μια έντονη εγγύτητα στον πόνο και τον θάνατο. Όμως ο κόσμος των ασθενών εξαρτάται από τον κόσμο των υγιών για τις νόρμες του, και ο κόσμος των υγιών εξαρτάται από τον κόσμο των ασθενών για τις αποκλίσεις από αυτές τις νόρμες. Τα δυο βασίλεια αμοιβαία υπονοούν το ένα το άλλο. Πάντα ζούμε και στα δυο, αν και κάνουμε πολλά για να αρνούμαστε το γεγονός αυτό.

Είναι φθινόπωρο και το πάρκο κοντά στο σπίτι μας είναι σκεπασμένο με ξερά φύλλα. Τα φύλλα έχουν μια ζεστή λάμψη από κίτρινο και πορτοκαλί και καφέ: σε καλούν να κυλιστείς μέσα τους, να τα πετάξεις στον αέρα. Ο σκύλος μου τρέχει μέσα σε μεγάλους σωρούς από φύλλα, ενθουσιασμένος με τις φθινοπωρινές

μυρωδιές. Βλέπω μια μητέρα να περνάει με τα δυο αγόρια της. Σκύβει παιχνιδιάρικα και χώνει χούφτες από φύλλα μέσα στα παλτά τους. Εκείνα γελούν και την κυνηγούν γύρω από ένα δέντρο, αναζητώντας εκδίκηση. Εκείνη κάνει το γύρο, σκύβει γρήγορα να μαζέψει κι άλλα φύλλα, τα πετάει στον αέρα, τρέχει, κυνηγάει και κυνηγιέται. Γελούν και φωνάζουν ο ένας στον άλλο. Χρειάζεται τόσος πολύς αέρας γι' αυτό, σκέφτομαι. Βαδίζω πίσω τους, αργά, παρατηρώντας το παιχνιδισμό τους, τη σωματική τους χαρά. Μοιράζομαι τη χαρά τους, το παιχνίδι τους, από δεύτερο χέρι, αλλά δεν μπορώ πλέον να πάρω μέρος. Χαμογελώ καθώς αργοβαδίζω στο λόφο, αργά, αργά, πάντα με τη σκέψη του οξυγόνου που είναι τόσο άφθονα διαθέσιμο στον αέρα γύρω μας και τόσο αόρατο για εκείνους που μπορούν να παίρνουν όσο θέλουν από αυτό.

Παραπομπές

1. S.K. Toombs. "The Meaning of Illness: a Phenomenological Approach to the Patient-Physician Relationship". *The Journal of Medicine and Philosophy* 12 (1987): 219-240;
2. H. Carel. *Illness* (Stocksfield: Acumen, 2008).
2. M. Merleau-Ponty 2012 [1945]. *Phenomenology of*

- perception*. Trans. D.A. Landes (New York and London: Routledge), 110.
3. D. Leder. *The Absent Body* (Chicago: University of Chicago Press, 1990).
 4. *Ibid.*, 1.
 5. H. Carel. "Bodily Doubt". *Journal of Consciousness Studies* (July 2013).
 6. A. McIntyre. *Dependent Rational Animals* (Chicago: Open Court, 1999).
 7. A. Frank. *At the Will of the Body*. (Boston: Mariner Books, 1991), 28.
 8. F. Svenaeus. *Das Unheimliche – Towards a Phenomenology of Illness*. *Medicine, Health Care and Philosophy* 3(2000): 3-16; F. Svenaeus. *The Body Uncanny – Further Steps Towards a Phenomenology of Illness*. *Medicine, Health Care and Philosophy* 3(2000): 125-137.
 9. H. Carel (2013). *Bodily Doubt*. *Journal of Consciousness Studies* 20(7-8): 178-197.
 10. S. Sontag. *Illness as Metaphor* (London: Penguin Books, 1991), 3.

Σ.τ.Μ. Η Havi Carel, MA, PhD, είναι αναπληρώτρια καθηγήτρια (Senior Lecturer) στη Φιλοσοφία στο Πανεπιστήμιο του Bristol, στην Αγγλία. Έχει συγγράψει τα βιβλία *Illness* (Acumen 2008), και *Life and Death in Freud and Heidegger* (Rodopi 2006). Έχει γράψει για την εμπειρία της αρρώστιας, την ευεξία στην αρρώστια, και την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς σε πολλά περιοδικά. Το άρθρο της αυτό δημοσιεύθηκε στα αγγλικά στο Online περιοδικό *Hektoen International* (Volume 6, Issue 1 – Winter 2014), και αναδημοσιεύεται σε μετάφραση με την άδεια του περιοδικού και της συγγραφέως. Για το ερευνητικό της έργο μπορείτε να βρείτε πληροφορίες στη σελίδα www.academia.edu.

Είπαν

«Το δάνειο είναι η αρχή της σκλαβιάς,
ακόμη χειρότερο κι από τη σκλαβιά,
διότι ο δανειστής είναι πιο σκληρός από τον δουλοκτήτη.
Είναι ιδιοκτήτης της αξιοπρέπειάς σας,
και μπορεί όποτε θέλει να την πληγώσει θανάσιμα»

[Ουγκώ]



Μια παχιά άσπρη γραμμή

Αντώνης Παπαγιάννης

Πνευμονολόγος

«Ο αναισθησιολόγος ζήτησε να δείτε την ακτινογραφία του κυρίου Π. που θα χειρουργηθεί αύριο —κάτι δεν του αρέσει».

Συνηθισμένο το αίτημα, ιδίως όταν πρόκειται για ανθρώπους κάποιας ηλικίας. Κοιτάζω τον φάκελλο: 89 ετών, όγκος κοιλίας. Υπάρχει άραγε υπόνοια μετάστασης; Κάποιο ανεξάρτητο πνευμονικό πρόβλημα; Αναζητώ την ακτινογραφία. Τίποτε από αυτά, και η γενική εικόνα είναι καλή για ασθενή που πέρασε τα ογδόντα. Εκτός από την παχιά άσπρη γραμμή, τραβηγμένη λες με κιμωλία, που φαίνεται να διατρέχει γύρω-γύρω τον αριστερό πνεύμονα, ο οποίος δείχνει μια ιδέα πιο θαμπός από τον δεξιό και σχεδόν μισός σε μέγεθος. Χαμογελάω, και πηγαίνω να δω τον άρρωστο.

Αν δεν είχα διαβάσει την ηλικία του, θα με ξεγελούσε. Ένας πολύ αξιοπρεπής, καλοστεκούμενος κύριος, με φρεσκοσιδερωμένες πιζάμες, μαλλιά στο χρώμα του ασημιού και αντίστοιχο κομψό, ευθυγραμμισμένο μουστάκι, δεν δείχνει πάνω από εβδομήντα κάτι. Συστήνομαι και του λέω τον λόγο της επίσκεψης:

«Η ακτινογραφία σας κρύβει ένα αρχαιολογικό εύρημα. Θέλω να μάθω την ιστορία του».

Χαμογελάει με τη σειρά του. «Πέρασα κάποτε έναν πνευμοθώρακα», μου λέει.

«Τον περάσατε ή σας τον προκάλεσαν;» επιμένω. Έχει διαφορά το πράγμα.

«Μου τον έκαναν για να θεραπεύσουν την άλλη αρρώστια», είναι η αναμενόμενη απάντηση. Δεν την κατονομάζουν εύκολα οι άνθρωποι της εποχής εκείνης.

«Γύρω στα 1950;»

«Κάπου εκεί».

Ένα κομμάτι ιατρικής ιστορίας βγαίνει στο



φως μέσα από τον σύντομο αυτό διάλογο. Πριν βρεθεί η στρεπτομυκίνη και τα άλλα δραστικά φάρμακα κατά της φυματίωσης, η αντιμετώπιση της νόσου περιλάμβανε και επεμβάσεις για να κλείνουν τα σπήλαια, πηγή διαρκούς μόλυνσης και αιτία συχνών και μεγάλων αιμοπτυύσεων. Μια από τις μεθόδους που χρησιμοποιούσαν για την προσωρινή 'ανάπαυση' του πνεύμονα (όπως την έλεγαν) ήταν ο τεχνητός πνευμοθώρακας. Με ειδικές συσκευές διοχέτευαν αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα, με αποτέλεσμα την σύμπτωση του πνεύμονα μέχρι να επουλωθεί η φυματίωδης εστία και να κλείσει το σπήλαιο. Η διαδικασία επαναλαμβανόταν για όσο διάστημα χρειαζόταν για τη θεραπεία. Ανάλογα αποτελέσματα επιτυγχάνονταν και με το τεχνητό πνευμοπερίτοναιο. Επίσης, για τον ίδιο σκοπό είχαν επινοηθεί και εφαρμοσθεί πολλές χειρουργικές τεχνικές, λιγότερο ή περισσότερο βάνουσες, όπως με έγχυση παραφινελαίου (ελαιοθώρακας), με εισαγωγή πλαστικών σφαιρών (σαν μπάλες του πινγκ πονγκ), με αφαίρεση των ανωτέρων πλευρών (θωρακοπλαστική) και με ετερόπλευρη διατομή του φρενικού νεύρου που παρέλυε το σύστοιχο διάφραγμα. 'Συμπτυξιοθεραπεία' ήταν ο γενικός όρος που περιέγραφε τη φιλοσοφία των μεθόδων αυτών.

Όλες αυτές οι τεχνικές πέρασαν στα μούσείο της ιστορίας με την εισαγωγή των αντιφυματικών φαρμάκων, την δεκαετία του 1950. Σήμερα κανείς δεν τις χρησιμοποιεί, όμως εξακολουθούν να υπάρχουν ακόμη στον ηλεκτρονικό κατάλογο ιατρικών πράξεων που ισχύει στην Ελλάδα του 2014: προβλέπεται και ανάλογη αμοιβή (ακριβώς 5,22 ευρώ για την πρώτη συνεδρία τεχνητού πνευμοθώρακα

και 2-3 ευρώ για κάθε επόμενη —άραγε θα μας τις πληρώσει ο ΕΟΠΥΥ αν τις γράψουμε σε ασθενή;). Οπωσδήποτε ήταν πολύ αποτελεσματικές, όπως πιστοποιείται από το γεγονός ότι συναντούμε αρρώστους που υποβλήθηκαν σ' αυτές πριν 50-60 χρόνια, και έζησαν μια ζωή χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Όπως ο τωρινός κύριος: η κλινική του εξέταση είναι φυσιολογική (*«Μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα αριστερά, μου λένε πάντοτε»*), μου εκμυστηρεύεται), η οξυγόνωσή του το ίδιο. Τα συζητούμε όλα αυτά για λίγο, και τον διαβεβαιώνω ότι το αναπνευστικό του σύστημα είναι εντάξει και μπορεί να χειρουργηθεί. Η 'παχιά άσπρη γραμμή' είναι η παχυπλευρίτιδα, η ουλή γύρω από τον πνεύμονα που έχει μαζέψει ασβέστιο και αποτελεί την επιτύμβια φωτογραφία της παλιάς, θεραπευμένης πλέον, επίφοβης και ακατονόμαστης αρρώστιας.

«Έχω κι εγώ μια ανάμνηση σχετική με την ιστορία αυτή», του λέω. *«Όταν έδινα πτυχιακές εξετάσεις στη χειρουργική, ο καθηγητής, μακαρίτης εδώ και τριάντα χρόνια, μου έκανε μια τελευταία ερώτηση, μια και είχα απαντήσει ικανοποιητικά όλες τις προηγούμενες. 'Δεν έχω την απαίτηση να το γνωρίζετε', με ρώτησε, 'αλλά κάποτε χρησιμοποιούσαν χειρουργικές τεχνικές για τη φυματίωση. Ποιες ήταν;' Του απαρίθμησα αυτές που είπαμε και μερικές ακόμη, και μου έβαλε ένα στρογγυλό δεκάρι στο μάθημά του»*. Σφίγγουμε τα χέρια, και του εύχομαι καλή επιτυχία με την επέμβασή του (η οποία, εν παρόδω, πήγε πολύ καλά).

Ας είναι η μικρή αυτή αφήγηση ένα φιλολογικό μνημόσυνο για τον αείμνηστο Αλέξανδρο Μαρσέλο.

Είπαν

«Η βλακεία μπαίνει μπροστά για να την βλέπουν όλοι, ενώ η σοφία μένει πίσω για να τους βλέπει όλους»

[Μονταίν]



Απολογισμός 2013

Καρδιο-Θωρακοχειρουργική Κλινική
Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Κωνσταντίνος Διπλάρης¹, Θεόδωρος Καραϊσκος²

¹Ειδικευόμενος χειρουργός, ²Επιμελητής Α',
Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική,
Γ. Ν. Θ. Γ. Παπανικολάου

Στην Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική του Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου» από το 2006 εφαρμόζεται πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου των υπηρεσιών που προσφέρονται. Σε εβδομαδιαία βάση παρουσιάζεται και ελέγχεται η δραστηριότητα της κλινικής και η πορεία των ασθενών, και συζητούνται προβλήματα που προκύπτουν στη λειτουργία της. Επιπρόσθετα, σε τριμηνιαία και ετήσια βάση καταγράφεται, συγκρίνεται με τα διεθνή δεδομένα και ανακοινώνεται δημόσια η θνητότητα και η νοσηρότητα των ασθενών που έχουν νοσηλευθεί. Με αρχή το έτος 2010 και μετά από κάθε ετήσιο απολογισμό της κλινικής, η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων αυτών γίνεται και μέσα από την ιστοσελίδα της κλινικής.

Στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας ανακοινώνουμε και μέσα από το επίσημο περιοδικό του Ιατρικού Συλλόγου της πόλης τα αποτε-

λέσματα της προηγούμενης χρονιάς. Το 2013 ήταν η πρώτη χρονιά λειτουργίας της Μονάδας Μετεγχειρητικής Παρακολούθησης της Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής με τη συνεργασία εντατικολόγων και καρδιοχειρουργών υπό την ευθύνη της Καρδιοχειρουργικής κλινικής ακολουθώντας τα διεθνή πρότυπα. Στις εικόνες που ακολουθούν φαίνεται η δραστηριότητα της Κλινικής ξεχωριστά για τα καρδιοχειρουργικά και τα θωρακοχειρουργικά περιστατικά, τα είδη των επεμβάσεων, η παρατηρούμενη θνητότητα και νοσηρότητα, παράμετροι που αφορούν το χρόνο μηχανικού αερισμού και αποτελούν διεθνώς κριτήριο ποιοτικού ελέγχου της δραστηριότητας της Μονάδας Ανάνηψης, ενώ γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτών με αντίστοιχα διεθνών κέντρων καθώς και με τη δραστηριότητα και τα αποτελέσματα της κλινικής για το 2012.

Συγκριτικά στοιχεία 2013-2014

		2012	2013	Τιμή p	Δεδομένα STS 2009*
Επεμβάσεις	Σύνολο	743	747	p=0.007	
	Καρδιοχ/κά	423	461 (+9%)		
	Θωρακ/κά	229	224		
Θνητότητα	Καρδιοχ/κά	3.3%	2.4%	p=0.04	2.1%
	Στεφανιαία	1.03%	0.97%		
	Βαλβίδες	4.5%	2.9%		
	Ανιούσα αορτή - Τόξο	12.2%	10%		
Χρόνος Μηχανικού Αερισμού	Καρδιοχ/κά	10h	7h	p<0.001	8.5h
Μηχανικός Αερισμός < 6h		10.6%	38%	p<0.001	34.4%
Λοιμώξεις στερνοτομής		12.5%	2.6%	p<0.001	
Νεφρική ανεπάρκεια (διάλυση)		2.6%	1.9%	p=0.05	
Επαναδιάνοιξη για αιμορραγία	Σύνολο	8%	4.5%	p=0.003	2.2%
	Στεφανιαία	6.9%	2.6%		
Περιεγχειρητικό Έμφραγμα	Σύνολο	1%	1.3%		5%
	Στεφανιαία	1.4%	1.6%		
Αγγειακό εγκεφαλικό		1.4%	0.9%		
Μέρες MTX νοσηλείας		6.8	6.2		

* STS: Αμερικανική Εταιρεία Χειρουργικής Καρδιάς – Θώρακος

Θωρακοχειρουργικά

	2012	2013
Σύνολο	229	224
Θωρακοσκοπικά	24.9%	29.9% (+20%)
Μετεγχειρητικά μηχανικός αερισμός	55.5%	53.6%
Χρόνος μηχανικού αερισμού	10h	4h p<0.001
Θνητότητα (Προβλεπόμενη)	0.9% (2.1%)	0.9% (2%)
Μέρες MTX νοσηλείας	6.2	6.8



Πανελλήνια Ένωση Σπανίων Παθήσεων

Greek Alliance of Rare Diseases

Ευφημία Παπαδοπούλου-Αλατάκη

Επίκουρος καθηγήτρια παιδιατρικής/παιδιατρικής ανοσολογίας,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Μέλος της Επιστημονικής
Επιτροπής της Πανελληνίας Ένωσης Σπανίων Παθήσεων

Τι είναι η Πανελλήνια Ένωση Σπανίων Παθήσεων

Η Πανελλήνια Ένωση Σπανίων Παθήσεων (ΠΕ-ΣΠΑ) είναι ένας πανελληνίος φορέας, ο οποίος προβάλλει τα προβλήματα των ατόμων με σπάνιες παθήσεις και προωθεί και στηρίζει τα αιτήματά τους. Ιδρύθηκε το 2003 από μία ομάδα διακεκριμένων επιστημόνων καθώς και εκπροσώπων συλλόγων ασθενών με την ηθική υποστήριξη του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Σπανίων Παθήσεων-Eurordis. Στην Ελλάδα, η ΠΕΣΠΑ είναι η επίσημη Εθνική Ένωση, ενεργό μέλος του Συμβουλίου Εθνικών Ενώσεων της Eurordis. Είναι ο μόνος φορέας που εκπροσωπεί στη χώρα μας συλλόγους ασθενών σπανίων παθήσεων αλλά και μεμονωμένους ασθενείς αποτελώντας την ομπρέλα που καλύπτει τα άτομα και τις οικογένειές τους που πάσχουν από μία σπάνια ανίατη νόσο.

Τι είναι ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Σπανίων Παθήσεων (Eurordis)

Η Eurordis (European Organization for Rare Diseases) είναι ο πανευρωπαϊκός οργανισμός των Εθνικών Συλλόγων Σπανίων Παθήσεων. Αποτελεί ένα συνασπισμό από περισσότερους από 600 συλλόγους ασθενών από 36 χώρες. Πρόκειται για έναν οργανισμό στον οποίο συμμετέχουν ως ενεργά μέλη σύλλογοι ασθενών αφιερωμένοι στην βελτίωση της ποιότητας ζωής όλων των ατόμων που έχουν σχέση με σπάνιες παθήσεις στην Ευρώπη. Ιδρύθηκε το 1997 με πρωτοβουλία μερικών γαλλικών συλλόγων ασθενών (οζώδους σκλήρυνσης, μυοπαθειών, κυστικής ίνωσης, καρκίνου, AIDS), σύμφωνα με το υπόδειγμα του NORD (Αμερικανικός Εθνικός Οργανισμός Σπανίων Παθήσεων).

Στηρίχτηκε στην ανάγκη δημιουργίας ενός

ευρωπαϊκού κανονισμού για τα ορφανά φάρμακα και μίας ενιαίας πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημόσια υγεία και τη βιοφαρμακευτική έρευνα λόγω του ότι η πληροφόρηση για τα σπάνια νοσήματα είναι μικρή και αποσπασματική, η πρόσβαση στη θεραπεία είναι δύσκολη, η έρευνα είναι ανεπαρκής και χωρίς συντονισμό. Είναι ο ευρωπαϊκός οργανισμός που αντιπροσωπεύει το σύνολο των ασθενών που πάσχουν από σπάνιες παθήσεις στην Ευρώπη με αυστηρή πολιτική διαφάνειας πόρων και διαχειριστική πρακτική.

Κάθε ευρωπαϊκή χώρα αντιπροσωπεύεται στη Eurordis από την Εθνική Ένωση της, η οποία εκπροσωπεί τους ασθενείς —και τις οικογένειές τους— με σπάνιες παθήσεις, σε ολόκληρη τη χώρα. Οι Εθνικές Ενώσεις είναι οι κυρίαρχοι μέτοχοι, εκ μέρους των ασθενών σε εθνικό επίπεδο, ώστε να αξιολογούν και να συμμετέχουν στη δημιουργία πολιτικών για την εν γένει διαχείριση και τα ορφανά φάρμακα των σπανίων παθήσεων με τους υπόλοιπους φορείς της χώρας όπως κρατικές υπηρεσίες, ρυθμιστικά όργανα, ιατρική και επιστημονική κοινότητα και φαρμακοβιομηχανία.

Αποστολή της Eurordis είναι να δημιουργήσει μία ισχυρή πανευρωπαϊκή κοινότητα ατόμων που πάσχουν από σπάνιες παθήσεις, να είναι η φωνή τους στο ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, να αγωνίζεται κατά των επιπτώσεων των παθήσεων αυτών στη ζωή τους.

Τι είναι Σπάνια Πάθηση

Σπάνια χαρακτηρίζεται μια πάθηση όταν εμφανίζεται σε λιγότερα από 5 στα 10.000 άτομα. Σημαντικό ποσοστό των νοσημάτων αυτών έχουν γενετικό υπόστρωμα. Περίπου 80% των προσβεβλημένων ατόμων είναι παιδιά. Μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία. Το 80-90% είναι σοβαρές έως απειλητικές για τη ζωή με το 30% των ασθενών να καταλήγουν πριν από την ηλικία των 5 ετών ενώ το 50%

πριν από την ηλικία των 30 ετών.

Μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί 7.500 σπάνιες νόσοι. Προσβάλουν περίπου 36 εκατομμύρια άτομα στην Ευρώπη. Στη χώρα μας στατιστικά έχουν προσβληθεί από αυτές περίπου 1.000.000 άτομα.

Αποτελούν δυσεπίλυτα νοσήματα διότι:

- Είναι νοσήματα χρόνια και εξελικτικά, συχνά επιφέρουν αναπηρίες από σοβαρές έως πολύ σοβαρές.
- Προκαλούν ανικανότητες φυσικές και ψυχολογικές λόγω των συχνών εξωτερικών δυσμορφιών.
- Οι σπάνιες παθήσεις επιβαρύνουν σοβαρά την ποιότητα της καθημερινής ζωής λόγω της έλλειψης αυτονομίας αλλά και της σημαντικής ψυχολογικής επιβάρυνσης και ανασφάλειας των πασχόντων.
- Η αναγνώριση και διάγνωση ενός σπάνιου νοσήματος είναι δυσχερής καθώς οι κλινικοί ιατροί συνήθως δεν είναι εξοικειωμένοι με αυτά.
- Στα σπάνια νοσήματα υπάρχουν σοβαρές δυσκολίες και στη ανάπτυξη νέων θεραπειών.
- Οριστική Θεραπεία για τις παθήσεις αυτές ουσιαστικά δεν υπάρχει παρά μόνο θεραπευτική αντιμετώπιση.
- Τα φάρμακα που προορίζονται για την αντιμετώπισή τους είναι τα 'Ορφανά Φάρμακα'.

Τι είναι τα ορφανά φάρμακα

Τα 'ορφανά' φάρμακα είναι φάρμακα που προορίζονται για την πρόληψη ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση των σπανίων παθήσεων που συνεπάγονται κίνδυνο για τη ζωή ή είναι πολύ σοβαρές. Είναι προϊόντα των οποίων η ανάπτυξη ενθαρρύνεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω νομικού πλαισίου παροχής κινήτρων από το 2000 και για τα οποία υπεύθυνος οργανισμός είναι ο EMA (European Medicines Agency). Η πρόσβαση στα ορφανά

φάρμακα είναι δύσκολη καθώς οι σπάνιες παθήσεις αφορούν μόνο το 10% του πληθυσμού και από αυτές λιγότερες από το 5% έχουν εξειδικευμένη και εγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή για την οποία απαιτείται στενή φαρμακοεπαγρύπνηση.

Στη χώρα μας κυκλοφορούν περίπου 65 φαρμακευτικά προϊόντα που έχουν χαρακτηριστεί ως 'ορφανά φάρμακα' και έχουν εγκριθεί από τον ΕΟΦ (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων). Σε αντίθετη περίπτωση, το ΙΦΕΤ (Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας) καλείται να καλύψει την ελληνική αγορά παρέχοντας πρόσβαση σε ορφανά φάρμακα.

Σε ποιους απευθύνεται η Πανελλήνια

Ένωση Σπανίων Παθήσεων

- Σε ήδη υπάρχοντες συλλόγους ασθενών.
- Σε ασθενείς των οποίων οι παθήσεις είναι τόσο σπάνιες που δεν έχουν τη δυνατότητα να συγκεντρώσουν τον απαιτούμενο αριθμό μελών για να μπορέσουν να συστήσουν το δικό τους σύλλογο.
- Σε ασθενείς που δεν γνωρίζουν πού να απευθυνθούν, έστω και αν υπάρχει σύλλογος που εκπροσωπεί τη νόσο τους.
- Γενικά σε γιατρούς, ερευνητές, επιστήμονες που έχουν σχέση με το αντικείμενο και σε συγγενείς ασθενών.
- Σε κάθε ευαίσθητοποιημένο άτομο που θα ήθελε να βοηθήσει στην προσπάθεια αυτή.

Σύλλογοι ασθενών που είναι μέλη της ΠΕΣΠΑ είναι: Ελληνική Εταιρεία Οζώδους Σκληρύνσεως, Πανελλήνιος Σύλλογος Ασθενών και Φίλων Πασχόντων από Λυσοσωμικά Νοσήματα «Η Αλληλεγγύη», Σύλλογος για την Ιστοκύτωση «Αρτεμις», Σύλλογος Προστασίας των Ελλήνων Αμορροφιλικών, Πνευμονική Υπέρταση Ελλάδος, Πανελλήνια Ένωση Αμφιβληστροειδοπαθών, Σύλλογος Ατόμων με Γενετικά Προβλήματα «Το Μέλλον», Ελληνική Εταιρεία για την Κυστική Ινώδη Νόσο, Σύλλογος Προ-

στασίας Πασχόντων από Δρεπανοκυτταρική και Μικροδρεπανοκυτταρική Αναιμία, Σύλλογος Ατόμων με Νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Αττικής, Σύλλογος Φίλων Ασθενών με Πρωτοπαθείς Ανοσοανεπάρκειες και Παιδιατρικής Ανοσολογίας «Αρμονία», Σύλλογος Ασθενών & Φίλων Πασχόντων από Κληρονομικά Μεταβολικά Φάρμακα «Κρίκος Ζωής», Πανελλήνιος Σύνδεσμος Πασχόντων από Συγγενείς Καρδιοπάθειες, Πανελλήνιος Σύλλογος Γονέων, Κηδεμόνων, Συγγενών και Φίλων για Ειδικά Άτομα με Σύνδρομο Prader Willi, Σύλλογος Προστασίας Ενημέρωσης και Βοήθειας Καρδιοπαθών Παιδιών «Η Καρδιά του Παιδιού», Πανελλήνιος Σύλλογος Ατόμων με Κερατόκωνο, Σύλλογος Ατόμων με Νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Βορείου Ελλάδος, Σύλλογος Ρευματοπαθών Κρήτης, Ένωση Γονέων και Φίλων Ατόμων με Σύνδρομο Rett, Σύλλογος Μυασθενών Ελλάδος, Σύλλογος Ασθενών και Φίλων Πασχόντων από Οικογενή Υπερχοληστερολαιμία και οι νεοσυσταθέντες Ελληνική Εταιρεία Κληρονομικού Αγγειοιδημάτος, Σύλλογος Φίλων και Ασθενών Πασχόντων από Πομφολυγώδη Επιδερμόλυση, Πανελλήνιος Σύλλογος Ασθενών και Φίλων Πασχόντων από Νευροϊνωμάτωση.

Ποιοι είναι οι στόχοι της

Οι κύριες δράσεις της ΠΕΣΠΑ είναι:

- Η καταγραφή ασθενειών/ασθενών για δημιουργία τράπεζας πληροφοριών.
- Πρόσβαση στην έγκαιρη πληροφόρηση για την επίτευξη έγκαιρης διάγνωσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.
- Πρόσβαση στα ορφανά φάρμακα για καλύτερη επιβίωση και ποιότητα ζωής.
- Η προώθηση της έρευνας για την ανάπτυξη νέων φαρμάκων.

Ειδικότερα η ΠΕΣΠΑ στοχεύει:

- Στην ενημέρωση της επιστημονικής κοινότητας και του κοινού, σχετικά με τα αίτια πρόκλησης των παθήσεων αυτών, τη δυ-

νατότητα πρόληψής τους, τον τρόπο αναγνώρισής τους και τις δυνατότητες αντιμετώπισής τους.

- Στην προώθηση της έρευνας, η οποία θα δώσει την ευκαιρία για τη δημιουργία νέων φαρμάκων.
- Στη βελτίωση της ποιότητας και της διάρκειας της ζωής των ασθενών με την πρόσβαση στην έγκυρη πληροφόρηση, τη διάγνωση, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική υποστήριξη.
- Στη δημιουργία τράπεζας πληροφοριών για την ενημέρωση των επιστημόνων, την κάλυψη εκπαιδευτικών αναγκών, την προώθηση της έρευνας και γενικά την παροχή πολύτιμων στοιχείων για πληρέστερη γνώση της κάθε νόσου. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού σημαντικός είναι ο ρόλος των επιστημόνων, οι οποίοι θα βοηθήσουν στη συλλογή στοιχείων ανάλογα με την ειδικότητά τους.
- Στην ενίσχυση της ελπίδας για τη θεραπεία των σπάνιων παθήσεων μέσω της επιστημονικής και κλινικής έρευνας.
- Στην επίλυση κοινών ασφαλιστικών προβλημάτων.

Υλοποίηση Στόχων

Για την πραγματοποίηση των στόχων της η ΠΕΣΠΑ προβαίνει:

- Στην οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων, συμποσίων, σεμιναρίων, ημερίδων, συνεδρίων για την ενημέρωση του ιατρικού κόσμου αλλά και του ευρύτερου κοινού σχετικά με τις έρευνες, τις εξελίξεις, τις νέες ανακαλύψεις καθώς και την πρόληψη και αντιμετώπιση των σπανίων παθήσεων.
- Στη δημιουργία τράπεζας πληροφοριών για την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τις σπάνιες παθήσεις που θα χρησιμοποιηθούν στην κατανόηση των αιτιών, στην πρόληψή τους και στην προώθηση της έρευνας για την αντιμετώπισή τους.

- Στη διασύνδεση και συνεργασία με επιστημονικές εταιρείες, ιδρύματα ή φορείς, με σκοπό το συντονισμό του έργου και την προαγωγή των θεμάτων που σχετίζονται με τις σπάνιες παθήσεις και την έρευνά τους.
- Στο σχεδιασμό και την υλοποίηση του προγράμματος, η ένωση συνεργάζεται με κρατικούς, αλλά και με ενδιαφερόμενους φορείς.
- Στην έκδοση πληροφοριακού έντυπου υλικού, σε συνεργασία με γιατρούς από όλη την Ελλάδα που είναι ειδικοί σε ορισμένα σπάνια νοσήματα, για την ενημέρωση του κοινού όπως π.χ. για την οζώδη σκλήρυνση, το κληρονομικό αγγειοίδημα κ.λ.π.
- Στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση πάνω στις σπάνιες παθήσεις σε συνεργασία με την Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.

Στα πλαίσια των δράσεων αυτών, οργανώθηκε το **6^ο Συνέδριο της Πανελληνίας Ένωσης Σπανίων Παθήσεων**, στις 11-12 Οκτωβρίου 2013 στη Θεσσαλονίκη με θέμα 'Οι Σπάνιες Παθήσεις στη Βόρεια Ελλάδα' υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών και του Δήμου Θεσσαλονίκης. Στο συνέδριο συμμετείχαν με ομιλίες υψηλού επιπέδου διακεκριμένοι γιατροί καθώς και εκπρόσωποι δημόσιων φορέων στον τομέα της υγείας (Ε.Ο.Φ., Ι.Φ.Ε.Τ.) με ουσιαστικές και χρήσιμες πληροφορίες. Ασθενείς με σπάνια νοσήματα μοιράστηκαν με το ακροατήριο τις προσωπικές τους εμπειρίες. Με πάνω από 500 συμμετέχοντες έκλεισε η επιστημονική αυτή εκδήλωση με μεγάλη επιτυχία.

Κάθε χρόνο οργανώνεται η **Παγκόσμια Ημέρα των Σπανίων Παθήσεων** - Rare Disease Day, ως δράση ενημέρωσης, σε διεθνές επίπεδο από την Eurordis και συγχρόνως σε εθνικό επίπεδο από τις Εθνικές Ενώσεις. Αν και άρχισε ως ευρωπαϊκή δράση το 2008, επεκτάθηκε σε πάνω από 80 χώρες παγκοσμίως. Η επιδίωξη είναι μέσω της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας

(WHO) να καθιερωθεί η τελευταία ημέρα του Φεβρουαρίου κάθε έτους ως επίσημη Ημέρα Σπανίων Παθήσεων και να ενισχυθεί η ενημέρωση για τις σπάνιες παθήσεις παγκοσμίως. Για το 2014 πραγματοποιήθηκαν από την ΠΕ-ΣΠΑ, δύο εκδηλώσεις ενημέρωσης στις 26 και 27 Φεβρουαρίου στην Αθήνα. Επίσης η εκδήλωση της Ημέρας των Σπανίων Παθήσεων στις 28 Φεβρουαρίου με θέμα “Οι σπάνιες παθήσεις σε περίοδο οικονομικής κρίσης” που έγινε στην Αθήνα.

Πηγές

- www.pespa.gr
- www.eurodis.org
- www.rarediseasesday.org
- www.orpha.net
- www.emea.eu.int
- www.ifet.gr
- www.climb.org.uk
- www.eurocat-network.eu
- www.rarediseases.info.nih.gov



Είπαν

*«Να μην επιχειρούμε να θεραπεύσουμε τους άλλους
ενώ εμείς είμαστε γεμάτοι πληγές»*

[Άγιος Γρηγόριος ο Θεολόγος]



Μια συνέντευξη με τον Καλλικράτη

Φώτης Μιχαήλ

Ειδικός παθολόγος

Η λαχτάρα μας για την ωριότητα και την αλήθεια φέρνει τα βήματά μας στην Ακρόπολη της Αθήνας, στα χρόνια που χιζότανε ο Παρθενώνας. Ένας από εκείνους τούς αθάνατους διδασκάλους της ανθρωπότητας, ο πασίγνωστος τότε αρχιτέκτονας Καλλικράτης, είναι εκεί. Τον συναντάμε στα προπύλαια.

— Καλώς τους. Από πού μας έρχεστε και τί ζητάτε εδώ στα μέρη μας τα ιερά;

— Ερχόμαστε από την Ελλάδα του 2014. Είμαστε εμείς που δώσαμε το όνομά σου στην τελευταία μας διοικητική μεταρρύθμιση, αλλά που ποτέ μέχρι σήμερα δεν μπήκαμε στον κόπο να σε γνωρίσουμε από κοντά και να σε συμβουλευτούμε.

Εξήγησέ μας, σοφέ Καλλικράτη: Γιατί ο δικός μας «Παρθενώνας», ο Καλλικρατικός μας Δήμος, δεν είναι τόσο στέρεος, τόσο φωτεινός, τόσο ελκυστικός και λειτουργικός, όπως και ο δικός σου; Ποια είναι τα μυστικά της επιτυχίας σου; Θα μας τα πεις;

— Τα μυστικά, πού ζητάτε να μάθετε, θα προσπαθήσω να σας τα πω με λόγια απλά:

1ov. Όπως θα έχετε πληροφορηθεί, το μεγαλειώδες αυτό έργο δεν είναι έργο ενός

μονάχα ανδρός. Ο Ικτίνος κι εγώ καταρτίσαμε τις μελέτες και τα σχέδια. Επιστάτης και ελεγκτής δαπανών ήτανε ο τιμιότατος Φειδίας, ενώ την γενική επίβλεψη την είχε ο ανύστακτος άρχοντάς μας ο Περικλής.

Επί έξι συνεχή χρόνια συνεργαστήκαμε όλοι μας αρμονικά, χωρίς εγωισμούς και ιδιον όφελος. Ο καθένας προσέφερε από την πλευρά του το καλύτερο πού μπορούσε. Έτσι γίνονται στις πόλεις τα έργα τα σπουδαία. Έτσι να κάνετε κι εσείς.

2ov. Σε όλη του την έκταση, το οικοδόμημα κατασκευάστηκε με γνώμονα τον κανόνα του Πολυγνώτου, και με αναλογίες βασισμένες στην διάμετρο των κιόνων. Κανένας αρχιτέκτονας δεν μπορεί να αναδείξει έργο περιφανές, χωρίς την χρήση σταθερών κανόνων και αναλογιών.

Το ίδιο γίνεται και με τις υποθέσεις του Δήμου: Κανένας δήμαρχος και κανένα δημοτικό συμβούλιο δεν μπορεί να πετύχει στο έργο του, εάν δεν βασίζεται πάνω σε σταθερούς κανόνες ηθικής συμπεριφοράς και νομιμότητας. Όσο για τις «αναλογίες», αυτές προκύπτουν από το φιλότιμο και το παράδειγμα των αρ-

χόντων. Ανάλογα με το ποιόν τους διαμορφώνονται και οι πολίτες.

3ον. Δεν φαίνεται με την πρώτη ματιά, αλλά θα σας το αποκαλύψω: Οι κίονες του Παρθενώνα δεν είναι κατακόρυφοι! Εάν προεκταθούν νοητά προς τα πάνω, στα 1.852 μέτρα ακριβώς συναντιούνται και σχηματίζουν μια νοητή πυραμίδα. Η κορυφή της ευθυγραμμίζεται με το κεφάλι του αγάλματος της θεάς Αθηνάς, πού βρίσκεται στο κέντρο του ναού.

Παρόμοια μπορείτε να λειτουργείτε κι εσείς μέσα στον Δήμο σας: Οι θελήσεις σας να μην είναι εντελώς κατακόρυφες. Ας γέρνουν κάπως συγκαταβατικά, ώστε εύκολα να συναντώνται και να γίνονται έτσι πιο δυνατές και πιο καρποφόρες. Και να μην ξεχνάτε ότι το ποθούμενο σημείο συνάντησής τους είναι η «κεφαλή της Αθηνάς»· δηλαδή, η Σοφία και το θέλημα του Θεού.

4ον. Το μεγαλύτερο απ' όλα τα μυστικά είναι τα μέτρα πού πήραμε για την αντισεισμική δόμηση του Παρθενώνα:

Πρώτον, κάθε λίθος έχει εντελώς δικό του σχήμα, και μέσα στο σύνολο κατέχει θέση αυστηρά μοναδική.

Δεύτερον, για κάθε τμήμα χωριστά προηγήθηκε λεπτομερής μαθηματική και αρχιτεκτονική μελέτη.

Και τρίτον, τα διάφορα μέρη του οικοδομήματος τα ενώσαμε γερά μεταξύ τους χρη-

σιμοποιώντας λιωμένο μολύβι.

— Και γιατί μας τα λες όλα αυτά, πανεύφημε Καλλικράτη;

— Σας τα λέω, διότι, εάν πράγματι επιθυμείτε κι εσείς να χτίσετε «αντισεισμικά» τον δικό σας Καλλικρατικό «Παρθενώνα», δεν έχετε παρά να μας μιμηθείτε αντίστοιχα:

α. Οι πολίτες μοιάζουν με τούς λίθους τούς ποικιλόμορφους. Δεν είναι άτομα πανομοιότυπα· είναι πρόσωπα με ξεχωριστούς χαρακτήρες ο καθένας, και με χαρίσματα επίσης ιδιαίτερα. Γ' αυτό και η «οικοδόμηση» του Καλλικρατικού σας Δήμου θα γίνει τόσο πιο σταθερή όσο πιο κατάλληλα αξιοποιηθούν τα διάφορα μέλη του.

β. Πριν από κάθε απόφαση και πριν από κάθε έργο του Δήμου ας προηγείται μελέτη εμβριθής, και τίποτε να μη γίνεται στα κρυφά και στην τύχη. Τα πρόχειρα έργα δεν αντέχουν στους «σεισμούς».

γ. Λαός και διοίκηση για να λειτουργήσουν «αντισεισμικά», δηλαδή με ενότητα, χωρίς αποκλεισμούς και διχόνοιες, έχουν ανάγκη από «λιωμένο μολύβι». Αναζητείστε το, δυνατό και ανόθευτο, στην σοφία και στην ασκητική των προγόνων σας.

Αυτά είναι τα μυστικά μου, συμπληρώνει ο Καλλικράτης. Εάν θέλετε πραγματικά να τιμήσετε το όνομά μου στον χώρο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, βάλτε τα απλώς σέ εφαρμογή. Εσείς θα είστε οι κερδισμένοι.

Είπαν

*«Να συμπεριφέρεσαι καλά σε όλους,
αλλά να συναναστρέφεις τους αρίστους.
Έτσι σ' εκείνους δεν θα γίνεις μισητός,
ενώ με τους άλλους θα γίνεις φίλος»*

[Πλούταρχος]



Νυχτερινή βάρδια

Λουκία Καλοβούλου

Βιοπαθολόγος

Ο σύζυγος της, ο Γιάννης, είχε πολύ ανήσυχον ύπνο. Κάθε τόσο ξυπνούσε και έστρεφε το βλέμμα προς το μέρος της. Ήθελε να βεβαιωθεί πως δεν έφυγε, πως δεν τον εγκατέλειψε. Την ήθελε κοντά του. Αυτήν την ίδια. Όχι κάποια άγνωστη αποκλειστική.

Την αποκλειστική του διπλανού θαλάμου, την Δήμητρα, την είχε συναντήσει την προηγούμενη στο διάδρομο κοντά στη στάση αδελφών. Είχε πάει να ζητήσει χαρτοβάμβακα από τη νοσηλεύτρια της βάρδιας για τον ηλικιωμένο κύριο που φρόντιζε. Η ολιγόλεπτη απουσία όμως της Δήμητρας από το πλευρό του υπερήλικα ασθενούς, του κυρίου Νίκου, ήταν αρκετή για να συμβεί το ατύχημα. Το κρεβάτι δεν είχε κάγκελα και ο ηλικιωμένος κύριος βρέθηκε φαρδύς πλατύς στο πάτωμα. Ευτυχώς που η τσάντα της αποκλειστικής δίπλα στο κομοδίνο ανέκοψε τη φόρα της πτώσης και το κεφάλι του ίσα που άγγιξε τα πόδια του κρεβατιού. Το συμβάν... κυκλοφόρησε γρήγορα και η κόρη του ηλικιωμένου κυρίου την απέλυσε αφού φρόντισε να τη χαρακτηρίσει ανεύθυνη, ανίκανη και όλα τα σχετικά.

Ο Γιάννης της κινήθηκε με δυσκολία. Το βλέμμα του συνάντησε το δικό της. Ήρθαν; ρώτησε. Δεν άκουσε τι της είπε. Απλά διάβασε τα χείλη του. Τα παιδιά τους είχαν στείλει μήνυμα από το πρωί πως αν τα κατάφερναν θα έρχονταν. Έπρεπε να βρουν θέση στο τρένο και για τους δυο τους, και ήταν δύσκολο την τελευταία στιγμή.

Από μέρες η μητέρα τους είχε πει πως αν «βάραινε» ο πατέρας θα τους ειδοποιούσε. Αλλά τελευταία στιγμή;

Τους είπες πως μας άλλαξαν θάλαμο; επέμεινε ο Γιάννης. Φοβόταν μήπως έρθουν και δυσκολευτούν να τον βρουν. Εκείνο το ίδιο πρωί τον είχαν μετακομίσει δίπλα στον ηλικιωμένο κύριο με τη χθεσινοβραδινή πτώση.

Ο μικρός δείκτης του ρολογιού έδειξε ήδη οκτώ και ο μεγάλος δώδεκα. Ο κανονισμός το έλεγε ξεκάθαρα. Μετά τις οκτώ κανέναν επισκέπτη στους θαλάμους των ασθενών. Μόνον οι δηλωμένοι ως συνοδοί και μόνον ένας ανά ασθενή. Από τις οκτώ παρά δέκα ο φύλακας έκανε το γύρο των θαλάμων και απαιτούσε την αναχώρηση των επισκεπτών.

Ο Γιάννης και η Κατερίνα περίμεναν τα

παιδιά τους. Έρχονταν από τη διπλανή πόλη και το τρένο είχε καθυστέρηση. Τι να τους έλεγε; Να μην έρθουν; Ήταν Κυριακή, η μόνη μέρα που μπορούσαν να δουν τον πατέρα τους. Πήγε να βρει την υπεύθυνη της βάρδιας. Να της ζητήσει την άδεια. *Εντάξει*, ήταν η απάντησή της. *Αλλά για λίγο. Να μην ενοχλήσουμε και τους άλλους ασθενείς.* Το κινητό στην παλάμη της δόνησε. Το είχε βάλει στο αθόρυβο. Το πήρε μαζί της και έτρεξε στην έξοδο. Ο γιος της και η κόρη της περίμεναν ανυπόμονα έξω από την κλειστή εξώπορτα της χειρουργικής κλινικής. Σε δύο λεπτά και οι τρεις βρίσκονταν στο προσκέφαλο του συζύγου και πατέρα τους. Από το πρωί ήξερε πως θα έρχονταν τα παιδιά τους και τα περίμενε. Ήταν όμως ανήσυχος και οι μετεγχειρητικοί πόνοι επέβαλαν δυνατά παυσίπονα που του έφεραν ύπνο. Οι δύο νέοι έσκυψαν στο προσκέφαλο. Η ίδια από την άλλη μεριά του έσφιξε το χέρι. *Γιάννη, ήρθαν! -Μπαμπάκα πως είσαι; Κοιμάσαι;* Ερωτήσεις που δεν απαντήθηκαν. Προσπάθησε να τους παρηγορήσει. *Μη στενοχωριέστε. Είμαι βέβαιη πως σας καταλαβαίνει αλλά ο λήθαργος δεν τον αφήνει να αντιδράσει. Ελάτε, πάμε έξω στο κυλικείο να σας δω λίγο.* Έριξε ένα βλέμμα στην συνοδό του διπλανού ασθενούς. Δεν χρειάστηκαν λόγια. *Πηγαίνετε εσείς. Εδώ είμαι εγώ. Οτιδήποτε χρειαστεί θα τον φροντίσω.* Μισή ωρίτσα στο κυλικείο με τα παιδιά της τη χαλάρωσαν λίγο. Όλοι τους το χρειάζονταν αυτό το διάλειμμα. Μία απρόσμενη επιπλοκή μετά την επέμβαση και ενώ ήταν έτοιμοι να πάρουν εξιτήριο την προηγούμενη, τους κράτησαν στο νοσοκομείο. Δεν μπορούσαν να τους δώσουν ακριβή ημερομηνία αναχώρησης. Έπρεπε να πέσει πρώτα ο πυρετός.

Χαιρετήθηκαν. Θα επέστρεφαν με το τελευταίο ΚΤΕΛ. Θα τους κρατούσε ενήμερους για την πορεία του πατέρα τους. Αν τα κατάφερναν θα ξανάρχονταν την επόμενη Κυριακή.

Γύρισε πίσω στο θάλαμο. Από μακριά είδε

μια περίεργη κινητικότητα. Το προειδοποιητικό φωτάκι αναβόσβηνε έξω από την πόρτα. Επτάχυνε το βήμα. Μία νοσηλεύτρια έβγαине κρατώντας ένα νεφροειδές με μια χρησιμοποιημένη σύριγγα. Η συνοδός του διπλανού κρεβατιού της έκανε νόημα να μην ανησυχεί. *Έκανε μια κρίση και κάλεσα τη νοσοκόμα. Ο υψηλός πυρετός του έφερε διέγερση.* Ένοιωσε τύψεις που τον άφησε έστω και για λίγο. *Μήπως τη ζήτησε; Μήπως είπε το όνομά της;* Η αρνητική απάντηση της συνοδού την ηρέμησε κάπως.

Η Βασούλα, μια συνεσταλμένη κοπελίτσα με έντονη ντοπιολαλιά που με τίποτε δεν την έκανες πάνω από 20 χρονών, έκανε την αποκλειστική στον ασθενή δίπλα στο Γιάννη της. Το δύστροπο του χαρακτήρα του ασθενούς καθώς και η ιδιαίτερα απαιτητική συμπεριφορά των συγγενών του οδήγησαν την Κατερίνα στη σκέψη πως η μικρή την είχε απόλυτα ανάγκη τη δουλειά. Και δεν είχε άδικο. Ήταν η τρίτη αποκλειστική μέσα σε μία εβδομάδα. Της το εξομολογήθηκε η ίδια η Βασούλα. Η πρώτη απέτυχε να τον ταΐσει σε δύο συνεχόμενα γεύματα και πήρε πόδι γιατί ήταν κακομαθημένη και γλωσσού. Προσπάθησε, λέει, να δικαιολογηθεί πως δεν έφταιγε η ίδια που ο ηλικιωμένος κύριος αρνιόταν το γεύμα του. Το περιστατικό με τη δεύτερη το έζησε και η ίδια η Κατερίνα. Και τώρα η τρίτη, που ζητούσε πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενούς και τις αντιδράσεις του. Μόνον που η Κατερίνα δεν μπορούσε να τη βοηθήσει γιατί δεν γνώριζε και πολλά για την κατάστασή του. Όλη νύχτα στο πόδι μην ξεσκεπαστεί, μην τελειώσει ο ορός, μην καβαλήσει τα κάγκελα για να... κατέβει. Και μόλις φέρουν το πρωινό ένας ολόκληρος Γολγοθάς να τον πείσει να φάει μερικές μπουκιές.

Κυρία Κατερίνα, πέστε μου πως τα καταφέρνει η κυρία να τον ταΐσει; Έτσι αρνείται και σε εκείνη;

Ελάτε κύριε Νίκο. Μία κουταλίτσα για μένα. Μία για να πέσει ο πυρετός. Μία για τα παιδιά σας. Και για όποιον άλλον περνούσε από το

μυαλουδάκι της. Λίγο με παρακάλια, λίγο με τάξιμο και η στάθμη από κρέμα και γιαουρτάκι κατέβηκαν αρκετά. *Κυρία Κατερίνα θα πείτε στην κόρη του πως προσπάθησα αλλά δεν ήθελε άλλο; Το βλέμμα της μικρής ήταν τόσο παρακλητικό.*

Όχι μόνον θα το έλεγε. Θα της το τόνιζε κιόλας...

Η Βασούλα φρόντισε και με το παραπάνω τον κύριο Νίκο. Τον έπλυνε, του άλλαξε το υποσέντονο, τον χτένισε. Μέχρι και κολόνια του έβαλε. Χαιρέτισε την Κατερίνα και έφυγε. *Σας παρακαλώ μην παραλείψετε να αναφέρετε στην κόρη του ότι προσπάθησα...*

Το πολύ ένα τέταρτο να έμεινε χωρίς συννοδό ο κύριος Νίκος- Τα λόγια της μικρής ηχούσαν ακόμη στα αυτιά της Κατερίνας. Αλλά και δύο λεπτά χωρίς επιτήρηση θα ήταν αρκετά για την καταστροφή. Ασυντόνιστες οι κινήσεις του ασθενούς. Πήρε μόνος το δοχείο από την καρέκλα δίπλα, και η Κατερίνα τον πρόλαβε τελευταία στιγμή πριν λερωθούν πιτζάμες, σεντόνια, υποσέντονα και η δυσαρστημένη κόρη ζητήσει για τέταρτη φορά καινούργια αποκλειστική από την προϊσταμένη. Η Βασούλα της είχε εμπιστευθεί την ανάγκη της για δουλειά. Με συνταξιούχους γονείς με πετσοκομμένη σύνταξη και έναν μικρότερο αδελφό, μαθητή της τρίτης Λυκείου, έπρεπε να συνεισφέρει στα έξοδα του σπιτιού. Υποσχέθηκε στον αδελφό της να τον βοηθήσει να εκπληρώσει το όνειρό του να γίνει μηχανικός αυτοκινήτων. Τι κι αν η ίδια δεν τα κατάφερε να σπουδάσει; Το επαγγελματικό λύκειο που τέλειωσε της έδωσε πρόσβαση στο επάγγελμα της αποκλειστικής σε νοσοκομείο. Μόνο που η λίστα με τις αποκλειστικές μεγάλη και τα αποκλειστικά περιορισμένα. Τα... τσιμπημένα όμως δίδακτρα του φροντιστηρίου για τις πανελλήνιες του αδελφού δεν της άφηναν περιθώρια να επιλέγει τους ασθενείς της....

Βλέπω δεν την έφαγε την κρέμα του αλλά ούτε και το γιαούρτι, μόρφασε η Μαίρη, η

κόρη του κυρίου Νίκου. Η Κατερίνα προσποιήθηκε ότι δεν άκουσε. Περίμενε την κατάλληλη στιγμή για να υπερασπιστεί τη μικρή. Και ή στιγμή έφθασε μαζί με το δίσκο του μεσημεριανού που επεστράφη ακριβώς όπως ήρθε, ανέγγιχτος.

Κυρία Μαίρη δεν μπορείτε να φανταστείτε τι προσπάθεια κατέβαλε η μικρή το πρωί για τη μισή κρέμα και το μισό γιαούρτι.

Ελπίζω να μας... βγει καλή η Βασούλα, αν και τη βρίσκω τελείως άπειρη. Οι δύο προηγούμενες πάντως ήταν απαράδεκτες. Να, η πρώτη ούτε που ασχολήθηκε με τον πατέρα μου. Προχθές το πρωί τον βρήκα λερωμένο από την κορυφή ως τα νύχια. Οι περισσότερες είναι άχρηστες. Μόνον τα λεφτά να παίρνουν και να κοιμούνται. Καθώς η Κατερίνα δεν είχε ιδία άποψη για τη συμπεριφορά της πρώτης αποκλειστικής αποφάσισε να μην μιλήσει. Κάτι της έλεγε πως ούτε και εκείνη η αποκλειστική έφταιγε, αλλά δεν είχε νόημα να δώσει συνέχεια στη συζήτηση. Η κυρία Μαίρη έδειχνε άνθρωπος που τα γνωρίζει όλα και δεν σηκώνει αντιρρήσεις.

Οι ώρες της μέρας κύλησαν γρήγορα, σε αντίθεση με της νύχτας που ήταν μαρτυρικές. Τα βλέφαρα βαριά σφάλισαν τα μάτια που με μεγάλη προσπάθεια τα κρατούσε ανοιχτά εστιάζοντας το βλέμμα στη φιάλη με τον ορό. Η στάθμη υποχωρούσε υπερβολικά αργά, βασανιστικά θα έλεγε. Σε κάποια στιγμή ένοιωσε ένα ελαφρό άγγιγμα στον ώμο και πετάχτηκε έντρομη. *Μήπως είχε τελειώσει ο ορός και δεν τον έκλεισε; Το έμπειρο χέρι της βραδινής νοσοκόμας άλλαξε με γρήγορες σταθερές κινήσεις τη φιάλη. Ψιθύρισε ευγενικά ένα γρήγορο καληνύχτα, χαμήλωσε το φως και απομακρύνθηκε.*

«Σας πήρε ο ύπνος και αναγκάστηκα να τη φωνάξω να κλείσει τη στρόφιγγα. Επειδή όμως αργούσε πήρα την πρωτοβουλία να την κλείσω μόνη μου. Δεν θέλησα να σας ξυπνήσω. Φαίνεστε εξουθενωμένη. Δε θα αντέξετε για πολύ με αυτό

το ρυθμό», έφερε στο μυαλό τα λόγια της Βασούλας. «Εμένα είναι η δουλειά μου. Εργάζομαι τη νύχτα αλλά το πρωί μόλις γυρίσω στο σπίτι κοιμάμαι ένα καλό πεντάωρο. Εσείς όμως απ' ό,τι κατάλαβα είστε μονίμως δίπλα στο σύζυγό σας. Σας το ξαναλέω δεν θα αντέξετε σ' αυτό το ρυθμό».

Η Κατερίνα πήρε το περιοδικό με τα σταυρόλεξα. Να περάσει η ώρα μέχρι να τελειώσει και αυτός ο ορός. Βολεύτηκε όπως όπως στη νοικιασμένη πολυθρόνα με το πανωφόρι της για σκέπασμα. Και να σκεφτεί κανείς πως παλιότερα είχε κριτικάρει ελαφρά τη καρδιά διαφημιστικό σε ανελκυστήρα άλλου νοσοκομείου σχετικά με ενοίκιαση διπλωτών καθισμάτων και συσκευών τηλεόρασης για τους συνοδούς. Της είχε φανεί τελείως απαράδεκτο.

Η εβδομάδα κύλησε και η κούραση διαγραφόταν πλέον στο πρόσωπο της Κατερίνας. Έφθασε και πάλι η Κυριακή και τα παιδιά ήρθαν ξανά να δουν τον πατέρα τους. Μόνο που παρ' ό,τι πήραν το πρωινό τρένο δεν πρόλαβαν να μπουν στο θάλαμο πριν τη λήξη του επισκεπτηρίου. Λίγο τα νιάτα, λίγο η χαρά που έβλεπαν τον πατέρα καλύτερα, ανέβηκαν οι τόνοι της φωνής τους. Η πόρτα άνοιξε και ο φύλακας τους ζήτησε να αποχωρήσουν. Υπήρξαν παράπονα λέει πως δεν σεβάστηκαν το ωράριο και την ηρεμία των άλλων ασθενών

στο θάλαμο.

Η Κατερίνα αποχώρησε με τον γιο για το κυλικείο και άφησαν την κόρη να προσέχει τον πατέρα της. Σε λίγο ένα προφανώς σοβαρό τηλεφώνημα ανάγκασε την κυρία Μαίρη να βγει από το δωμάτιο και να εγκαταλείψει τον κύριο Νίκο την ώρα ακριβώς που χρειάστηκε την βοήθειά της. Δεν τον άκουσε. Τον άκουσε όμως η κόρη του κυρίου Γιάννη και έτρεξε. Ένα δεκάλεπτο απασχόλησης και ο ηλικιωμένος κύριος καθαρός και ανακουφισμένος δήλωνε πως πεινούσε και αφέθηκε να τον ταΐσει το ξένο κορίτσι. Έπιασαν και τη συζήτηση. Η κόρη της Κατερίνας, που είχε και την ηλικία της εγγονής του, τον διαβεβαίωσε για το πόσο χαίρονταν οι δικοί του άνθρωποι που ανάρρωνε και για το πόσο πολύ τον φρόντιζε η κόρη του η κυρία Μαίρη. Η συζήτηση την είχε απορροφήσει τόσο που τινάχτηκε απότομα όταν ξαφνικά ένοιωσε ένα άγγιγμα στην πλάτη και μία σταθερή φωνή σε μητρικό τόνο να την παροτρύνει να τρέξει να φωνάξει τον αδελφό της πίσω στο θάλαμο. «Δεν πειράζει, ας μην είναι ώρα επισκεπτηρίου. Αν είναι τόσο αυστηρός ο κανονισμός, θα κατέβω εγώ με τη μητέρα σας στο κυλικείο. Δύο επισκέπτες σε δίκλινο θάλαμο. Εσύ και ο αδελφός σου. Ένας επισκέπτης για κάθε ασθενή!»

Είπαν

«Οι άνθρωποι που επιθυμούν να εμπνέουν τρόπο δείχνουν πως είναι φοβιτσιάρηδες»

[Ralph Waldo Emerson]



Οι κάλτσες και η πρόκα

Αντώνης Παπαγιάννης

Πνευμονολόγος

Η ουρά αργοσερνόταν προς τον έλεγχο των χειραποσκευών. Το μεγάλο γερμανικό αεροδρόμιο εξυπηρετούσε πάμπολλες πτήσεις, και η ώρα που πετούσαμε ήταν ιδιαίτερα φορτωμένη. Γύρω μας ένα τεράστιο και πολύχρωμο πλήθος από όλες τις φυλές της Ευρώπης, της Ασίας, της Αμερικής σχολίαζε σε μια Βαβέλ γλωσσών την καθυστέρηση, συζητούσε τα προσωπικά, επαγγελματικά, αισθηματικά του προβλήματα, τις ταξιδιωτικές του εμπειρίες και την τρέχουσα επικαιρότητα, έλεγε ανέκδοτα και ιστορίες για να περάσει η ώρα. Βήμα με βήμα η απόστασή μας από την ηλεκτρονική πύλη ελέγχου μίκραινε.

Ήξερα καλά τη ρουτίνα από τόσα προηγούμενα ταξίδια. Το σακάκι στο χέρι, όλα τα μεταλλικά αντικείμενα στις τσέπες του: στυλό, κέρματα, κλειδιά, το φακό της τσέπης, τα γυαλιά μου. Το κινητό θα έμπαινε χωριστά στον δίσκο για τον έλεγχο. Τα ετοιμάσα όλα, σαν νομοταγής πολίτης που βασική του έγνοια έχει να μη δυσκολέψει τους συνανθρώπους του που περιμένουν υπομονετικά να ταξιδέψουν. Όλοι στο ίδιο καζάνι βράζουμε, σκέφτηκα, δεν υπάρχει λόγος να κάνουμε τη ζωή

μας πιο δύσκολη. Εξάλλου, αν εμείς δείξουμε καλή διάθεση, θα δείξει και το προσωπικό τη δική του καλή πλευρά.

Με τις αγαθές αυτές σκέψεις, μόλις έφτασα μπροστά στην πύλη απόθεσα τα προσωπικά μου υπάρχοντα στον δίσκο και κοίταξα ερωτηματικά τον υπάλληλο του ελέγχου: *Να περάσω;* Εκείνος σιωπηλά αποκρίθηκε με ένα βλέμμα που θύμιζε τις πρώτες συσκευές ακτίνων Χ του μακαρίτη του Ρέντγκεν: όχι μόνο έβλεπαν μέσα από τα αντικείμενα, αλλά άφηναν κι ένα βαθύ ακτινικό έγκαυμα για σουβενίρ. Κάπως έτσι ένοιωσα τα μάτια του. Η 'ακτινοβολία' του διέτρεξε το σώμα μου από το κεφάλι μέχρι τη μέση μου, όπου σταμάτησε. Το δεξί του χέρι ακολούθησε το μάτι του: «*Τη ζώνη σας*», είπε.

Είχα υποστεί ξανά αυτή τη διαδικασία, και δεν έφερα αντίρρηση. Ευτυχώς το παντελόνι μου στεκόταν από μόνο του —η ζώνη χρησίμευε πρωτίστως για να κρατάει τη θήκη του κινητού. Την έβγαλα και την απόθεσα δίπλα στο σακάκι. Το ακτινοβόλο βλέμμα συνέχισε και ολοκλήρωσε την σάρωση, και ο 'πομπός' του μου έγνεψε να προχωρήσω στην πύλη.

Γεμάτος αυτοπεποίθηση πέρασα μέσα από το ηλεκτρονικό πλαίσιο —και ο βομβητής σήμανε συναγερμό.

Έμεινα για μια στιγμή αποσβολωμένος: τι είχα ξεχάσει στις τσέπες μου; Ένοιωσα τις ματιές των ταξιδιωτών πίσω μου να καρφώνονται στη ράχη μου γεμάτες επικριτικά σχόλια. Μια ακόμη αδικαιολόγητη καθυστέρηση. Περίμενα οδηγίες. Ο υπάλληλος της άλλη πλευράς, γνήσιο αντίγραφο του προηγούμενου, μου έκανε νόημα να απλώσω τα χέρια μου και πέρασε τα δικά του πάνω από τα ρούχα μου με έμπειρο τρόπο. Δεν βρήκε τίποτε — δεν υπήρχε κάτι για να βρει. Επανέλαβε τη διαδικασία με το ηλεκτρονικό του ψαχτήρι, με το ίδιο αρνητικό αποτέλεσμα. Με κοίταξε πάνω-κάτω, κι έπειτα είπε σε τονισμένα αγγλικά: *«Βγάλτε τα παπούτσια σας»*.

Εκείνη τη στιγμή άλλαξα χρώμα. Ήμουν ένοχος, και με είχαν πιάσει στα πράσα. Όχι για απόκρυψη όπλου ή άλλου επικίνδунου εργαλείου με σκοπό αεροπειρατεία, βομβιστική επίθεση ή τρομοκρατική ενέργεια, αλλά για ένα έγκλημα τελείως άλλης κλίμακας. Θυμήθηκα ξαφνικά ότι εκείνο το πρωί, καθώς ετοιμαζόμουν για το αεροδρόμιο, είχα προσέξει μια μεγάλη τρύπα σε κάθε κάλτσα μου. Το δεξί μεγάλο δάχτυλο και η αριστερή φτέρνα ήταν εκτεθειμένα στον αέρα του περιβάλλοντος. Συνήθως δεν έδινα σημασία σε τέτοιες ενδυματολογικές λεπτομέρειες: άλλωστε, δεν συνήθιζα να βγάζω τα παπούτσια μου στο γραφείο ή σε άλλους δημόσιους χώρους. Η μόνη φορά που είχα περάσει από τέτοιο βαθμό ελέγχου ήταν στην Αμερική πριν από τόσα χρόνια που είχα ξεχάσει το γεγονός. Κοίταξα τον υπάλληλο με ένα ικετευτικό βλέμμα που έλεγε: *«Είναι ανάγκη.»* Η απάντησή του ήταν κάτι που θύμιζε τα προσπαιτούμενα για την έγκριση των ελληνικών δόσεων. Δεν σήκωνε αντιρρήσεις, και ήδη είχαμε καθυστερήσει αρκετά τους υπόλοιπους. Δεν γλίτωνα το ρεζιλίκι.

Αργά έσκυψα να λύσω τα κορδόνια μου. Σίγουρα όλοι αυτοί εκεί πίσω δεν θα πρόσεχαν τις δικές μου κάλτσες, είχαν ένα σωρό άλλα πράγματα να σκεφτούν. Με μία αλλά σημαντική εξαίρεση. Αμέσως πριν από μένα είχε περάσει από τον έλεγχο, με πλήρη επιτυχία και εντελώς ανώδυνα, το έτερον ήμισυ μου, που τώρα παρακολουθούσε υπομονετικά την προσωπική μου ταλαιπωρία. Ακόμη κι αν κανείς άλλος δεν πρόσεχε τις κάλτσες μου, εκείνη θα πρόσεχε μόνο αυτές. Ουαί και αλίμονο! Στη σκέψη της, το μυαλό του κάθε θεατή θα έριχνε συνειρμικά την ευθύνη σ' εκείνη: *Τι κάνει η γυναίκα του; Ούτε ένα ζευγάρι κάλτσες δεν ξέρει να μπαλώσει; Δεν έχει σημασία ότι καμία γυναίκα δεν μπαλώνει πλέον κάλτσες, εκείνη σίγουρα θα σκεφτόταν ότι όλοι οι παριστάμενοι θα έκαναν μόνο τέτοιες σκέψεις. Φανταζόμουν τον καυγά που θα ακολουθούσε και τα δηκτικά της σχόλια. Πώς μπορούσα να ξεφύγω, ή τουλάχιστον να εξιλεωθώ;*

Ξαφνικά, το ειρωνικό μισοχαμόγελο του Γερμανού ελεγκτή που άγρυπνα κατέγραφε την κάθε μου κίνηση μου την έδωσε, και μου έδωσε και την απαραίτητη φλασιά... Ανορθώθηκα περήφανα, έβγαλα επιδεικτικά τα παπούτσια, σήκωσα πρώτα το ένα πόδι και μετά το άλλο προς το μέρος του. *'Die Krise!'* του φώναξα με μια κραυγή που θύμιζε τις εξάρσεις του μαινόμενου Αδόλφου, και συνέχισα σε ανάμικτα αγγλικά, γερμανικά και ελληνικά (για να με καταλαβαίνουν όσο γίνεται περισσότεροι από το ακροατήριο) με μια ακατάσχετη λογοδιάρροια για την κρίση, τους τοκογλύφους, την τρόικα, τη φτωχοποίηση του λαού μας, τα χρέη, τις τράπεζες, το κατοχικό δάνειο, τους μετανάστες της δεκαετίας του '60, τους ηρωικούς προγόνους και τους άμοιρους απογόνους μας. *«Εσείς μας καταντήσατε έτσι! Επίτηδες τις φόρεσα, για διαμαρτυρία!»* ξεφώνισα. Του αράδιασα και όσα ονόματα μου ήρθαν στο κεφάλι εκείνη την ώρα, άσχετα από εθνικότητα και ιδιότητα: Μέρκελ, Σόμπλε, Ρέσλερ,

Ρεν, Λαγκάρντ, Ολάντ, Μπερλουσκόνι, Κάμερον, Ομπάμα, Τόμσεν, Μαζούχ, Μορς, Παπανδρέου, Σαμαράς, Στουρνάρας, Βενιζέλος, Τσίπρας, Αβραμόπουλος, Παπαδήμος, Σεφέρης, Ελύτης, Θεοδωράκης (μπήκε στο μέση και το πολιτιστικό στοιχείο), Σωκράτης, Πλάτων, Αριστοτέλης... Αφού εξάντλησα την αναπνοή μου και ανέβασα πολλές μονάδες το θερμομότρο, στάθηκα και τον ατένισα αγέρωχα, ελπίζοντας ότι είχε πάρει το μήνυμα.

Δεν έμαθα ποτέ αν με πίστεψε. Αυτό που μετά βεβαιότητας μπορώ να καταθέσω είναι ότι έχασα την πτήση μου, πέρασα το υπόλοιπο της ημέρας στο κρατητήριο του αεροδρομίου, και χρειάστηκε να έρθει αργά το βράδυ ο έλληνας πρόξενος για να εγγυηθεί για τον πρότερο έντιμο βίο και τις καλές μου προθέσεις και να βεβαιώσει εγγράφως ότι δεν είχα σκοπό να περιυβρίσω τις γερμανικές αρχές και εν γένει το Τέταρτο Ράιχ, αλλά απλώς είχα εκφράσει τη διαμαρτυρία μου με κάπως ακραίο και ασυνήθιστο τρόπο. Πριν με απελευθερώσει, ζήτησε να με δει ιδιαιτέρως και μου έκανε μια ημίωρη αυστηρή επίπληξη για το γεγονός ότι είχα εκθέσει διεθνώς την πατρίδα μου, λέγοντάς μου ότι όλα τα Μέσα είχαν γράψει σχετικό πρωτοσέλιδο (κάποιοι με είχαν απαθανάτισει και ανέβασαν και στο Facebook βίντεο και φωτογραφίες μου με τρύπιες κάλτσες, οι αχρείοι!). Χώρια που είχε αναγκασθεί να αφήσει τη δεξίωση του Γαλλικού προξενείου για χάρη μου. Ζήτησα δουλικά συγγνώμη και υποσχέθηκα να μην το ξανακάνω, τουλάχιστον

μέσα στα γεωγραφικά όρια της δικής του δικαιοδοσίας.

Πριν φύγω από το κρατητήριο απαίτησα (τρόπος του λέγειν, μέχρι και 'bitte' τους είπα) να μου αποδώσουν τα παπούτσια μου και να μου εξηγήσουν γιατί 'χτυπούσαν'. Μου απάντησαν ότι κάπου κάποτε είχα πατήσει μια μικρή πρόκα που ήταν καρφωμένη στη χοντρή σόλα, σε σημείο που δεν την αισθανόμουν, κι επειδή ήταν φτιαγμένη από ανοξειδωτο ατσάλι ενεργοποιούσε το πανευαίσθητο μηχανήμα (γερμανικής κατασκευής και προελεύσεως, από γνωστή εταιρεία που ειδικεύεται σε μίζες —όχι αυτοκινήτων). Την έβγαλαν από ένα συρτάρι και μου την έδωσαν, κι εγώ την απόθεσα πάνω στο γραφείο τους και γύρισα περιφρονητικά το κεφάλι. Ύστερα πλήρωσα μια σεβαστή διαφορά στο εισιτήριό μου —και της γυναίκας μου— για να μπορέσω να ταξιδέψω την επόμενη μέρα, καθώς και μια βραδιά διαμονή και διατροφή επί γερμανικού εδάφους. Ο συζυγικός καυγάς που ακολούθησε στο ξενοδοχείο ήταν αναπόφευκτος, αλλά έκανε την αναμονή πιο ζωντανή και ενδιαφέρουσα. Μου τά 'ψαλε εκείνη, της είπα κι εγώ όλα τα δικά μου παράπονα. Ισοπαλία. Σημειώσατε Χ.

Έτσι νόμιζα. Μόλις επιστρέψαμε από το ταξίδι, χωρίς δεύτερη κουβέντα άδειασε το συρτάρι με τις κάλτσες μου και άρχισε να τις εξετάζει μία-μία στο φως. Ξεδιάλεξε τις καλύτερες, εκείνες με τον διζωνικό κλιματισμό, και τις πέταξε στα σκουπίδια...

Είπαν

*«Υιοθέτησε την πορεία της φύσης:
το μυστικό της είναι η υπομονή»*

[Ralph Waldo Emerson]



Οι αποχωρήσαντες

Αυτοί που συνταξιοδοτήθηκαν το 2013

ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ
ΑΓΓΕΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
ΑΛΙΑΔΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ
ΑΝΙΣΟΓΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΣΥΜΕΛΑ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΑΣΛΑΝΙΔΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
ΒΑΜΒΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΑ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛ-
ΦΥΜΑΤΙΟΛ.
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ ΠΑΥΛΟΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡ.
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ ΕΥΜΟΡΦΙΑ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
ΒΕΡΑΝΗ ΑΘΗΝΑ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
ΒΟΣΝΑΚΙΔΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΒΟΥΡΔΕΡΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
ΓΕΡΑΣΙΜΙΔΗΣ ΘΩΜΑΣ, ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡ.
ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ ΜΑΡΙΑ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΜΑΙΡΗ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΓΙΑΝΝΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥ ΜΑΡΙΑ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΙΔΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΔΕΣΤΟΥΝΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ, ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ
ΔΙΖΑ ΕΥΔΟΣΙΑ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
ΔΟΞΑΝΙΔΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ, ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ
ΕΥΣΤΑΘΙΑΔΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ
ΖΑΜΠΟΥΡΗ ΑΘΗΝΑ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΖΑΦΕΙΡΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
ΖΩΓΡΑΦΟΣ ΑΓΓΕΛΟΣ, ΑΚΤΙΝ.-ΡΑΔΙΟΛΟΓΟΣ
ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥ-
ΧΙΑΤΡ.
ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ ΘΕΟΦΑΝΗΣ, ΑΝΕΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΙΩΑΚΕΙΜΙΔΟΥ ΒΙΚΤΩΡΙΑ, ΜΑΙΕΥΤ.-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
ΚΑΙΤΣΑ ΕΛΕΝΗ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ

ΚΑΛΑΙΤΖΙΔΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛ.-ΦΥΜΑΤΙΟΛ.
ΚΑΛΛΕΡΓΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΠΑΙΔΩΝ
ΚΑΛΛΙΓΚΑΤΣΗΣ ΧΡΙΣΤΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΚΑΛΛΙΝΗ ΑΣΠΑΣΙΑ, ΠΙΣΤ. ΓΕΝ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΚΑΜΠΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ
ΚΑΠΕΛΙΔΗΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ, ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ
ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ, ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ
ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ, ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ
ΚΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΟΣ ΙΑ-
ΤΡΟΣ
ΚΑΡΑΚΟΛΗ ΑΝΝΑ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
ΚΑΡΑΛΗ ΖΟΖΕΦΙΝΑ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΚΑΡΑΤΖΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
ΚΑΡΔΑΜΗΛΑΣ ΑΓΓΕΛΟΣ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΚΑΡΚΑΒΕΛΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΣ
ΚΑΡΛΟΒΑΣΙΤΟΥ-ΚΟΝΙΑΡΗ ΑΝΝΑ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥ-
ΧΙΑΤΡ.
ΚΑΤΑΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
ΚΛΕΙΤΣΙΝΙΚΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ, ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΟΣ
ΚΟΚΚΙΝΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ, ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ
ΚΟΠΡΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΚΟΥΜΕΡΚΕΡΙΔΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
ΚΟΥΡΑΚΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
ΚΟΥΤΜΕΡΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΚΟΥΤΣΟΜΑΡΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΑΚΤΙΝ.-ΡΑΔΙΟΛΟΓΟΣ
ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ ΑΝΑΣΤ.-ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ
ΛΕΟΝΤΙΔΟΥ ΑΘΗΝΑ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΛΙΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΛΟΙΖΟΥ ΔΟΡΑ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΛΟΚΜΑ-ΧΑΤΖΗΙΩΑΝΝΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟ-
ΛΟΓΟΣ
ΜΑΓΚΡΑΧΙ ΣΑΝΟΥΣΙ, ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ

ΜΑΝΘΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ
 ΜΑΡΑΤΟΥ ΕΛΕΝΗ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
 ΜΑΤΖΙΡΗΣ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛ.-ΦΥΜΑ-
 ΤΙΟΛ.
 ΜΕΛΕΚΟΣ ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
 ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ-ΦΙΛΙΠΠΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ, ΧΕΙ-
 ΡΟΥΡΓΟΣ ΠΑΙΔΩΝ
 ΜΟΣΧΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
 ΜΠΑΣΚΙΝΗ ΑΝΝΑ, ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ
 ΜΠΙΝΤΟΥΔΗΣ ΔΗΜΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
 ΜΠΟΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ, ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΟΣ
 ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ
 ΜΥΚΟΝΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
 ΜΥΡΩΝΙΔΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡ.
 ΜΩΡΑΙΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
 ΝΑΙΔΕΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΣ
 ΝΙΚΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΠΙΣΤ. ΓΕΝ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΝΤΩΝΙΑΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡ.
 ΟΡΦΑΝΟΥ-ΚΟΥΜΕΡΚΕΡΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟ-
 ΓΟΣ
 ΠΑΠΑΓΑΡΥΦΑΛΛΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΔΕΡΜΑΤΟΛ.-ΑΦΡΟΔΙΣ.
 ΠΑΠΑΓΕΡΑΚΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡ.
 ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΜΑΙΕΥΤ.-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟ-
 ΓΟΣ
 ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
 ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ
 ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ, ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ
 ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
 ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡ.
 ΠΑΠΑΧΑΤΖΗΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
 ΠΑΠΟΥΛΗ ΜΑΡΙΑ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
 ΠΑΡΑΠΑΝΗΣΙΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
 ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ ΜΑΡΙΝΑ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡ.
 ΠΕΙΤΣΙΝΗΣ ΜΑΡΚΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
 ΠΕΣΣΑΧ ΣΟΛΟΜΩΝ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ
 ΠΟΠΙΛΙΕΒΑ ΜΠΟΙΑΝΝΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
 ΠΟΥΛΙΑΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, ΑΚΤΙΝ.-ΡΑΔΙΟΛΟΓΟΣ
 ΠΟΥΛΙΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ
 ΠΡΟΒΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ

ΠΡΟΥΣΑΛΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
 ΡΕΠΤΣΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ, ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ
 ΡΟΥΜΠΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ, ΜΑΙΕΥΤ.-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
 ΡΟΥΣΣΟ ΙΣΡΑΗΛ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
 ΣΙΑΠΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ
 ΣΙΟΥΡΔΑΣ ΕΥΘΥΜΙΟΣ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
 ΣΜΥΡΛΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΘΩΡΑΚΟΣ
 ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΕΛΙΟΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ
 ΣΦΗΚΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ, ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΣ
 ΣΩΤΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡ.
 ΤΕΓΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ
 ΤΕΚΕΛΗ ΑΝΝΑ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
 ΤΖΑΒΕΛΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
 ΤΖΙΟΛΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
 ΤΖΙΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
 ΤΡΑΙΑΝΙΔΗΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ, ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ
 ΤΡΑΙΑΝΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, ΜΑΙΕΥΤ.-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
 ΤΡΑΚΟΛΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
 ΤΡΙΚΑΛΙΩΤΗΣ ΘΕΟΧΑΡΗΣ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
 ΤΣΑΚΙΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ
 ΤΣΑΝΤΗΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
 ΤΣΕΠΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
 ΤΣΙΚΡΙΤΖΗΣ ΛΑΖΑΡΟΣ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
 ΤΣΙΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΦΙΛΙΠΠΟΣ, ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
 ΤΣΙΦΟΥΤΗΣ ΑΣΤΕΡΙΟΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
 ΤΣΟΠΟΥΖΙΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛ.-ΦΥΜΑ-
 ΤΙΟΛ.
 ΦΑΧΑΝΤΙΔΗΣ ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
 ΦΡΑΓΚΟΥΛΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ
 ΦΡΟΝΗ ΑΝΤΙΓΟΝΗ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
 ΦΩΤΙΟΥ ΦΩΤΙΟΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡ.
 ΧΑΛΕΜΗΣ ΖΑΧΑΡΙΑΣ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
 ΧΑΜΗΛΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ, ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ
 ΧΑΝΟΥ-ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ, ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ
 ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ
 ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΑΚΤΙΝ.-ΡΑΔΙΟΛΟΓΟΣ
 ΧΑΤΖΗΠΟΥΛΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΠΛΑΣΤ.-ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
 ΧΙΣΣΑΝ ΝΑΣΣΙΜ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
 ΨΑΡΑΛΕΞΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ

Είπεν

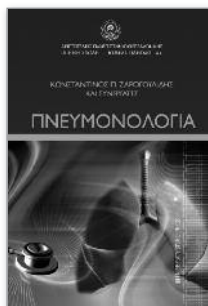
«Αν μέσα σε χιλιάδες ανθρώπους υπάρχει ένας σωστός,
 τότε αυτόν πρέπει να προτιμούμε παρά τους υπόλοιπους»

[Ηράκλειτος]



Έκθεση βιβλίου

Πνευμονολογία, Κ. Ζαρογουλίδης και συνεργάτες, Σχήμα 17×24, σελ. 458, University Studio Press 2013.



Είναι σχεδόν 35 χρόνια από τότε που γνώρισα για πρώτη φορά την Πνευμονολογία μέσα από τις σελίδες του βιβλίου του αείμνηστου καθηγητή Κ. Σταυρόπουλου. Στα χρόνια αυτά η παλαιά Φυματιολογία έδωσε τη θέση

της στη σύγχρονη Πνευμονολογία, που ωρίμασε σημαντικά ως ειδικότητα της ευρύτερης Εσωτερικής Παθολογίας. Νέες νοσολογικές οντότητες προστέθηκαν στις γνωστές παλιές (η φυματίωση δεν έχει παύσει να αποτελεί πρόβλημα τόσο σε εγχώρια όσο και σε παγκόσμια κλίμακα), εισήχθησαν προηγμένες μέθοδοι εξέτασης και απεικόνισης του αναπνευστικού συστήματος και αξιολόγησης της λειτουργίας του, αναδείχθηκαν παλαιοί και σύγχρονοι κίνδυνοι για τους πνεύμονες (λοιμώξεις, καπνός, ρύπανση, φάρμακα, ιονίζουσα ακτινοβολία), καινούργια γνωστικά πεδία όπως η μελέτη του ύπνου και

η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής τράβηξαν το ενδιαφέρον των πνευμονολόγων. Όλα αυτά έχουν κάνει τη σύγχρονη Πνευμονολογία μια φρέσκια ειδικότητα που αξίζει το ενδιαφέρον των νεότερων συναδέλφων.

Η εξέλιξη του γνωστικού πεδίου αντανakλάται και στα σύγχρονα διδακτικά βοηθήματα, όπως είναι το τελευταίο σύγγραμμα από το επιστημονικό διδακτικό προσωπικό της Πνευμονολογικής Κλινικής του ΑΠΘ, υπό τη διεύθυνση του καθηγητή Κ. Ζαρογουλίδη. Γραμμένο με ξεκάθαρο και σαφή τρόπο, με καλαίσθητη και ελκυστική εμφάνιση, μέσα σε 35 κεφάλαια και 460 σελίδες το βιβλίο καλύπτει με το παραπάνω τις ανάγκες των φοιτητών και των γενικών ιατρών, ενώ αποτελεί μια πολύ καλή εισαγωγή στην ύλη της ειδικότητας, ένα 'ορεκτικό' για όσα μπορεί να βρει ο ενδιαφερόμενος που θα θελήσει να εντρυφήσει βαθύτερα σ' αυτήν. Το γεγονός ότι η πλειονότητα των συγγραφέων ανήκει στο νεότερο στελεχιακό δυναμικό της πνευμονολογικής κοινότητας της Θεσσαλονίκης αποτελεί ένα αισιόδοξο μήνυμα και μια εγγύηση για τη μελλοντική πορεία της ειδικότητας.

Α. Παπ.

Το Δημοτικό Τραγούδι της Ανατολικής Ρωμυλίας, Κ. Παπασταϊκούδη, Θεσσαλονίκη 2013. ISBN 978-960-93-5384-7.



Η ενασχόληση των ιατρών με το γράψιμο (λογοτεχνικό, ποιητικό, ιστορικό) είναι πιο συχνή απ' όσο υποπτευόμαστε, και δείγματά της αναδεικνύονται κάθε τόσο στις σελίδες των *Ιατρικών Θεμάτων*. Το βιβλίο της

αναισθησιολόγου Κ. Παπασταϊκούδη ανήκει σε μια διαφορετική κατηγορία, καθώς μπαίνει στο χώρο της λαογραφίας και της λαϊκής παράδοσης, με ιδιαίτερη αναφορά στον τόπο καταγωγής των γονέων της, την Ανατολική Ρωμυλία. Ελληνική και ελληνόφωνη από την αρχαιότητα, η Ανατολική Ρωμυλία (Βόρεια Θράκη) πέρασε στα όρια της σημερινής Βουλγαρίας ως αποτέλεσμα ποικίλων γεωπολιτικών μεταβολών τον 19^ο και 20^ο αιώνα, που κορυφώθηκαν με την 'εθελούσια ανταλλαγή πληθυσμών' το 1924. Την ιστορία αυτή εκθέτει με λιτό τρόπο η συγγραφέας στην αρχή του βιβλίου της, για να εισαγάγει τους αναγνώστες στον κόσμο της δημοτικής ποίησης της περιοχής, με τις ομοιότητες και τις ιδιαιτερότητες που έχει σε σύγκριση με τα δημοτικά τραγούδια άλλων περιοχών της Ελλάδος. Βασισμένη στα ακούσματα των τραγουδιών από τους γονείς και τη γιαγιά της, έχει καταρτίσει μια πλούσια συλλογή όπου βρίσκει κανείς κάθε είδους τραγούδι, όπως φαίνεται από τους τίτλους των αντιστοίχων κεφαλαίων: του ακριτικού κύκλου, παραλογές, κλέφτικα, ιστορικά, ληστρικά και της φυλακής, θρησκευτικά, της ξενιτιάς, εργατικά, του Χάρου και του κάτω κόσμου, της αϊγάπης, του γάμου, περιγελαστικά, παιδικά. Διασώζοντας το γλωσσικό ιδίωμα και (όσο είναι δυνατό στον γραπτό λόγο) την προφορά των τραγουδιών, αναβιώνει την καθημερινή ζωή μιας ολόκληρης εποχής στον

συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Τα τραγούδια συνοδεύονται από εξηγηματικά σχόλια που κατατοπίζουν τον αναγνώστη για το περιεχόμενο και τους συμβολισμούς τους. Η όλη έκδοση, που έγινε αποκλειστικά με την προσωπική επιμέλεια της συγγραφέως, είναι ιδιαίτερα προσεγμένη, καλαίσθητη και χωρίς λάθη. Πρόκειται για μια πολύ αξιόλογη εργασία, έναν πραγματικό φόρο τιμής στους ανθρώπους των προηγούμενων γενεών που μεταλαμπάδευσαν προφορικά όλη αυτή την παράδοση.

Α. Παπ.

Ιστορία του 424 Γ.Σ.Ν.Ε. (Γενικού Στρατιωτικού Νοσοκομείου Εκπαιδύσεως) – Ο χώρος και οι άνθρωποι, Επιμέλεια: Χρ. Β. Παπαγιάννης, Εκδόσεις Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε., Θεσσαλονίκη 2012. ISBN 978-960-467-394-0.



Για όσους σπούδασαν την Ιατρική στη Θεσσαλονίκη, το παλιό '424' αποτελεί μέρος των αναμνήσεών τους, καθώς γειτονεύει με την Πανεπιστημιούπολη. Για πολλούς (συμπεριλαμβανομένου και του γράφοντος)

αποτελέσε και μέρος της ιατρικής τους εμπειρίας είτε στα φοιτητικά χρόνια (κάποιοι έκαναν 'τρίμηνα' εκεί) είτε κατά την στρατιωτική τους θητεία. Εδώ και μερικά χρόνια η λειτουργία του νοσοκομείου μεταφέρθηκε στο νέο συγκρότημα στην Περιφερειακή Οδό, δίπλα στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Η μετακόμιση αυτή αποτέλεσε και την ευκαιρία για να γραφεί και να εκδοθεί, με την μέριμνα της δραστήριας Επιστημονικής Ένωσης Υγειονομικών Ενόπλων Δυνάμεων, ο τόμος της ιστορίας του νοσοκομείου αυτού. Η ιστορία αυτή συμπίπτει χρονικά με την ιστορία της σύγχρονης ελεύθερης Θεσσαλονίκης, μια και το νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1913, στη διάρκεια του 2^{ου} Βαλκανικού Πο-

λέμου. Το βιβλίο βασίζεται σε άφθονες αρχαι-
ακές και προσωπικές μαρτυρίες και περιλαμ-
βάνει ιστορικά στοιχεία, διοικητικά έγγραφα
και φωτογραφικό υλικό που καταγράφει την
εξέλιξη και λειτουργία του νοσοκομείου μέσα
από τα ιστορικά γεγονότα του αιώνα της δια-
δρομής του. Όλοι μπορούμε να αναγνωρί-
σουμε και να θυμηθούμε μέσα στις σελίδες
του ανθρώπους που διέπρεψαν στον ιατρικό
και ακαδημαϊκό στίβο και πρόσφεραν πολλά
στον χώρο της υγείας. Ο τόμος αυτός αποτελεί
ένα σημαντικό έργο τεκμηρίωσης στην εν
γένει ιστορία της ιατρικής, και ένα χρήσιμο
ανάγνωσμα για όσους ενδιαφέρονται για την
ιστορία αυτή.

Α. Παπ.

**Σοφία Βέμπο - Τραγουδάγε για την Ελλάδα
κι όλη η Ελλάδα τραγουδούσε μαζί της.** Κεί-
μενα-Επιμέλεια: Κατερίνα Πετρίδου, Σχήμα
21×28, σελ. 408, University Studio Press 2014.



Η έκδοση αποτελεί
φόρο τιμής στη με-
γάλη αυτή τραγουδι-
στρια. Στο βιβλίο συ-
γκεντρώνεται πλούσιο
ανέκδοτο φωτογρα-
φικό υλικό, ολόκληρη
η αυτοβιογραφία της -
όπως δημοσιεύτηκε
στην ελληνόφωνη

εφημερίδα της Νέας Υόρκης «Εθνικός Κήρυξ»
καθώς και φωτογραφίες από τη μόνιμη έκ-
θεση των κειμηλίων της στο Πολεμικό Μου-
σείο Θεσσαλονίκης. Έναυσμα για τη συγ-
γραφή του βιβλίου υπήρξε η μακροχρόνια
φιλία της συγγραφέως με τη Σοφία Βέμπο, μια
φιλία που διατηρήθηκε ασκίαστη για 28 ολό-
κληρα χρόνια.

Με βάση προσωπικές αναμνήσεις η συγ-
γραφέας προσεγγίζει τη ζωή και την καριέρα
της μεγάλης αυτής κυρίας του ελληνικού πε-
νταγράμμου, που κατόρθωσε να γίνει και να

παραμείνει το σύμβολο ενός ολόκληρου λαού,
τόσο σε εθνικό όσο και καλλιτεχνικό επίπεδο.

**Μετά θάρρους ανησυχίαν εμπνέοντος. Η
κριτική πρόσληψη του Γ.Μ. Βιζυηνού
(1873-1896),** Λάμπρος Βαρελάς, Σχήμα
14×21, σελ. 478, University Studio Press 2014.



Στον παρόντα τό-
μο αναδημοσιεύονται
και εξετάζονται μελέ-
τες, κριτικές, σημειώ-
ματα και ειδήσεις που
δημοσιεύτηκαν σε έν-
τυπα, ελληνικά και του
εξωτερικού, για τον Βι-
ζυηνό και το έργο του,

από την πρώτη του εμφάνιση στα γράμματα
(Ποιητικά πρωτόλεια, 1873) ως τον θάνατό του
(μέσα Απριλίου του 1896). Η έρευνα της κρι-
τικής υποδοχής του Βιζυηνού απλώνεται σε
όλο το έργο του, όχι μόνο το λογοτεχνικό αλλά
και το επιστημονικό.

Στην Εισαγωγή παρουσιάζονται βασικοί
σταθμοί στην κριτική πρόσληψη του Βιζυη-
νού, φωτίζονται θολές όψεις της υποδοχής
του, εντοπίζονται οι άξονες από όπου εκκινεί
η κατά καιρούς άρνηση του ποιητικού του έρ-
γου, αποκαλύπτεται η ταυτότητα άγνωστων
κριτών και προστίθενται νέα πρόσωπα στη βι-
ζυηνική βιβλιογραφία, ενώ αναδεικνύονται και
λανθάνουσες κριτικές συζητήσεις γύρω από
το έργο του. Η Εισαγωγή συμπληρώνεται από
νεότερη, πληρέστερη εργογραφία του Βιζυη-
νού.

Ακολουθούν τα ποικίλα κριτικά κείμενα
και σημειώματα (περισσότερα από εκατόν εί-
κοσι κείμενα, τα μισά περίπου άγνωστα), τα
οποία παρατίθενται αυτούσια σε χρονολογική
σειρά, έτσι ώστε ο αναγνώστης να μπορεί να
τα διαβάσει ως ανεξάρτητο τμήμα και να σχη-
ματίσει δική του άποψη.

Στον τόμο περιλαμβάνονται και τρία άγνω-

στα κείμενα του Βιζυηνού: μία επιστολή του για τη φημολογούμενη συμμετοχή του στον Φιλαδέλφειο ποιητικό διαγωνισμό του 1889 και δύο άρθρα του για την ιαματική δράση της φύσης στην ανθρώπινη υγεία και για τα λουτρά των Μεθάνων. Κι ακόμη το βιβλιογραφικά γνωστό αλλά αφανές ποίημα «Η μάνα των Μαυρομιχαλαίων», ένα από τα τελευταία ποιήματά του και από τα πρώτα που δημοσιεύτηκαν ύστερα από τον θάνατό του.

Μελετώντας Βιολί. Μια σύγχρονη διαδικασία πρακτικής της εκτέλεσης του βιολιού και η εφαρμογή της στο κοντσέρτο για βιολί και ορχήστρα του Δημήτρη Δραγατάκη, Στυλιανός Τσακαλίδης, Σχήμα 21×28, σελ. 344, University Studio Press 2014.



Στην παρούσα έκδοση παρουσιάζεται μια πρόταση για μια σύγχρονη διαδικασία πάνω στην πρακτική της εκτέλεσης των εγχόρδων, με εφαρμογή στο Κοντσέρτο για βιολί και ορχήστρα του Δημήτρη Δραγατάκη. Η αναζή-

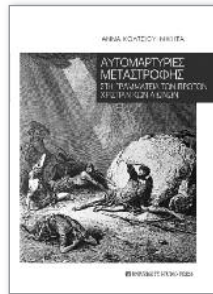
τηση περνάει από τα στάδια του γενικού προβληματισμού γύρω από τις πτυχές της εκτελεστικής πρακτικής, ρίχνοντας φως στη νοητική και την κινητική παράμετρο της προετοιμασίας της εκτέλεσης ενός μουσικού έργου.

Μετά από χρόνια προσωπικής αναζήτησης γύρω από την εκτέλεση του βιολιού και την αμεσότητα της νοητικής απεικόνισης της μουσικής, ο συγγραφέας συστηματοποιεί τις πληροφορίες που είχε συλλέξει και τις θέτει σε ένα πλαίσιο το οποίο θα μπορούσε να είναι χρήσιμο σε κάθε βιολιστή, ιδιαίτερα κατά την απαιτητική διαδικασία της συμμετοχής σε μια συναυλία ή ακρόαση με στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση.

Με την παρούσα έκδοση θίγονται οι προβληματισμοί που απασχολούν τους εκτελεστές

εγχόρδων και επιχειρείται να απαντηθούν ερωτήματα που σχετίζονται με την πρακτική της εκτέλεσης.

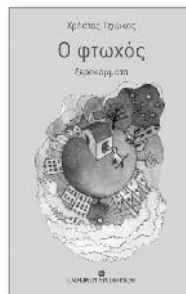
Αυτομαρτυρίες μεταστροφής στη γραμματεία των πρώτων χριστιανικών χρόνων, Άννα Κόλτσιου-Νικήτα, Σχήμα 17×24, σελ. 302, University Studio Press 2014.



Στο παρόν βιβλίο διερευνώνται οι τρόποι με τους οποίους αποτυπώνεται το φαινόμενο της μεταστροφής σε αυτοβιογραφικά κυρίως κείμενα και αυτό γιατί κάθε μεταστροφή αποτελεί μια κορυφαία και ανεπανάληπτη προ-

σωπική εμπειρία, ένα συγκλονιστικό προσωπικό γεγονός πνευματικής αφύπνισης και αυτοσυνειδητοποίησης. Στόχος της μελέτης είναι να ανιχνεύσει τη μορφολογική ταυτότητα των αυτομαρτυριών μεταστροφής, να εντοπίσει τα υπάρχοντα λογοτεχνικά μοτίβα και τη λειτουργία τους και τελικά να αναδείξει τη γραμματειακή ταυτότητα της μεταστροφικής γραμματείας.

Ο φτωχός (Ξεροκόμματα), Χρήστος Τζιώκος, Σχήμα 11×17, σελ. 68, University Studio Press 2014.



Ο φτωχός βρίσκεται στις αντανάκλασεις από τα τζάμια των πολυκατοικιών, πίνει νερό απ' τη δροσιά των φύλλων, τρώει ξεροκόμματα, αφουγκράζεται, ξεθωριάζει, και από τα μάτια του αντί για δάκρυα κυλάνε σπίθες. Επισκέπτης στους εφιάλτες

όσων κοιμούνται και στα όνειρα των ξυπνητών. Ακίνητος μέσα σ' ένα τοπίο που συνέχεια αλλάζει. Αυτός είναι το τοπίο.