



ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1925

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ώρες



My name means
VICTORY
and I am
GREEK

I AM GREEK
AND I WANT TO GO
HOME

Independent Voluntary Movement for the Reoartiation of the abducted Greek Antiquites

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΝΕΑΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΒΡΟΥ



ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Από τον Αύγουστο του 2016 σας παρουσιάζουμε ολοκληρωμένη την καινούργια ιστοσελίδα του Ι.Σ. Έβρου. Η νέα εποχή της πληροφόρησης, της επικοινωνίας, αλλά και η σύνθεση των προβλημάτων, απαιτούν διαρκή προσπάθεια εκσυγχρονισμού.

Στα πλαίσια αυτά, ο Ι.Σ Έβρου, ξεκίνησε την ριζική αντικατάσταση της παλαιάς στατικής ιστοσελίδας του με νέα προηγμένης τεχνολογίας. Το εγχείρημα αυτό ήταν αρκετά πρωτοποριακό και συνάμα toλμηρό με πλήθος τεχνικών προβλημάτων τα οποία λύθηκαν με επιτυχία. Ελπίζουμε ότι η διαδικτυακή ιστοσελίδα του Ι.Σ Έβρου θα αποτελέσει τον ηλεκτρονικό χώρο του κάθε μέλους καθώς προσδιορίζεται πανελλαδικά από τις πιο μοντέρνες διαδραστικές σελίδες του διαδικτύου. Έτσι από σήμερα ο κάθε συνάδελφος, μέλος του Ι.Σ Έβρου, που πλοηγείται στο www.isevrou.com θα μπορεί να βρίσκει:

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τα μέλη του Συλλόγου, π.χ αίτηση εγγραφής, διαγραφής, για εξετάσεις ιατρικής ειδικότητας, για βεβαιώσεις λειτουργίας ιατρείων – εργαστηρίων κ.α.

- ✓ Ηλεκτρονική έκδοση πιστοποιητικών.
- ✓ Ηλεκτρονική εξόφληση συνδρομών.

✓ Αναζητήσεις ιατρείων-εργαστηρίων-Ιατρών του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου.

✓ Ανακοινώσεις, χρήσιμες πληροφορίες για τρέχοντα θέματα ιατρικού ενδιαφέροντος για τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και πολιτών που επισκέπτονται την ιστοσελίδα.

✓ Άρθρα και ανακοινώσεις του Συλλόγου, την βασική νομοθεσία που διέπει την άσκηση ιατρικής στην Ελλάδα, ιατρικά συνέδρια, θέσεις εργασίας, εφημερεύοντα φαρμακεία του Ν. Έβρου κ.α.

✓ Χρήσιμα Links για τους επαγγελματίες υγείας, όπως ΕΟΠΥΥ, ΕΤΑΑ, ΠΙΣ, Ιατρικοί Σύλλογοι, Ιατρικά Περιοδικά, Ιατρικές Σχολές, Μονάδες Υγείας κ.α.

Στόχος μας είναι, η Ιστοσελίδα του Συλλόγου να αποτελέσει σημείο επαφής των μελών του και πολύτιμο βοηθό στις νέες συνθήκες που διαμορφώνονται. Στην συνεχή προσπάθεια βελτίωσης της λειτουργίας θεωρούμε ότι είναι απαραίτητη και η δική σας συμμετοχή. Με τις παρατηρήσεις σας, τα σχόλια, αλλά και με άρθρα σας θα εμπλουτίζουμε και θα ενισχύουμε καθημερινά αυτό το χώρο.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς Π.Β.

ΤΟ Δ.Σ. ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΒΡΟΥ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Α' ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:
ΓΚΙΟΚΑ ΘΕΟΔΩΡΑ

Β' ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:
ΘΩΔΗΣ ΗΛΙΑΣ

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
ΜΠΑΝΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΤΑΜΙΑΣ:
ΚΟΥΦΟΓΙΑΝΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΜΕΛΗ:
ΑΛ-ΕΑΝΤ ΜΑΜΝΤΟΥΧ
ΒΑΦΕΙΑΔΗΣ ΜΑΡΙΝΟΣ
ΓΑΛΑΝΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
ΔΕΥΤΕΡΑΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ
ΙΩΑΝΝΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΛΥΡΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΤΣΑΛΚΙΔΗΣ ΑΓΓΕΛΟΣ



ΙΑΤΡΙΚΕΣ ώρες

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΤΟΥ ΕΒΡΟΥ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΒΡΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΣΩΚΡΑΤΗ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ 4 ΑΛΕΞ/ΠΟΛΗ
Τ.Κ. 681 00 ΤΗΛ. & FAX 2551028342
www.isevrou.com, e-mail: iatrikosevrou@gmail.com

ΥΠΕΥΘ. ΕΚΔΟΣΗΣ:
ΜΠΑΝΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

Σ' αυτό το τεύχος συνεργάστηκαν οι:

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΒΑΡΝΑΛΗΣ
ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ
ΚΑΦΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
ΣΙΜΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ
ΚΑΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΚΑΝΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΤΑΜΠΑΚΗΣ ΘΡΑΣΥΒΟΥΛΟΣ
ΜΟΥΝΤΖΕΛΗ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ

Η ευθύνη για το περιεχόμενο των
ενυπόγραφων κειμένων βαρύνει
αποκλειστικά τους αρχικούς
συντάκτες.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Επιστολή της έκδοσης - Υγεία 2015-2016	4
Απονομή Μεταλλίου Α' τιμής στον κ. Αναστασιάδη Δημήτρη	6
Κοπή Βασιλόπιτας και βραβεύσεις του ΙΣΕ	7
Η ομιλία του Προέδρου	9
Σεμινάρια ΚΑΡΠΑ 14-5-2016	10
Από τις Δράσεις του Συλλόγου	11
“Κύριε, εύραμεν μια γυναίκα” - Η φτερωτή νίκη της Σαμοθράκης ως Πρόδρομος των Αγγέλων”	16
“Πανθεσσαλικό” - Μερικά ιατρικά συμβουλές διά τας μητέρας	20
Αμβλυωπία και προληπτική Οφθαλμολογική εξέταση	25
Αυτόματος πνευμοθώρακας - Χειρουργική αντιμετώπιση ή απλά θωρακοσκοπική πλευρόδεση	27
Διαθήκη ζωής & προγενέστερες οδηγίες	32
 Πολιτιστικές διαδρομές	
Δρ. Θρασύβουλος Κ. Ταμπάκης.....	37
Μουντζέλη Ιφιγένεια	41



Οι ιατρικές ώρες είναι ανοικτές για όλους
τους συναδέλφους οι οποίοι επιθυμούν
να δημοσιεύσουν κείμενα ιατρικού,
συνδικαλιστικού ή και κοινωνικού
περιεχομένου.

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Υγεία 2015-2016 *



Μεταξύ των ετών 2009 και 2013, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 5,2 δισεκατομμύρια ευρώ - που αντιστοιχεί σε μια μείωση της τάξεως του 32% σε πραγματικές τιμές. Η μείωση αυτή αντιπροσωπεύει σαφώς την εικόνα της κρίσης η οποία μεταδίδεται και στον τομέα της υγείας όπου πρωταρχικό μερίδιο ευθύνης έχουν οι πολιτικές ηγεσίες για την αδυναμία συγκρότησης της πρωτοβάθμιας υγείας, οι επαγγελματίες της

υγείας με την υπέρμετρη συνταγογράφηση και τέλος η άνευ προηγουμένου κατανάλωση υγειονομικών υλικών από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και όχι μόνον. Όλες οι υποτιθέμενες «διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις» περισσότερο έβλαψαν παρά ωφέλησαν την υγεία και τον κόσμο.



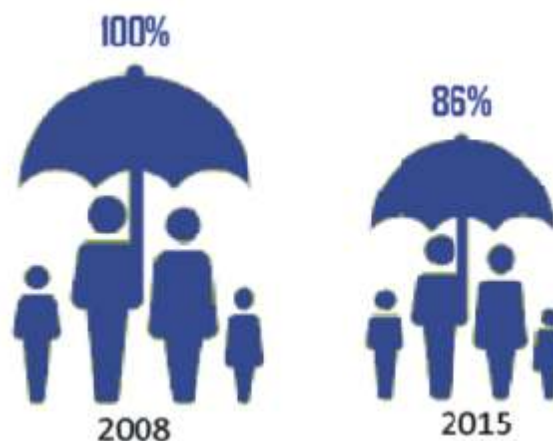
Σχήμα 1: Η κατανομή των δαπανών για τη υγεία σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης. (OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development)

Στην χώρα μας πραγματοποιήθηκε μια σταδιακή μείωση των δαπανών για την υγεία ξεκινώντας από το 2009 με -11%, 2010 -3%, 2011 -12% και για τέταρτη συνεχόμενη χρονιά 2013 με -3%. Η πτώση ήταν κυρίως αποτέλεσμα των περαιτέρω μειώσεων των κρατικών δαπανών. Η μείωση αποδίδεται στην εξοικονόμηση 1,8 δις ευρώ μεταξύ των 2009 και 2013 από την χρήση των γενόσημων φαρμάκων και την μείωση των τιμών των πρωτοτύπων. Παρά τις μειώσεις (των τιμών) και προωθήσεις (των γενόσημων) και τις περικοπές των υλικών τα στοιχεία για το 2013 έδειξαν ότι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αντιπροσωπεύει το 1,9% του ΑΕΠ αρκετά υψηλό σε σύγκριση ακόμη και με χώρες οι οποίες βρίσκονται σε οικονομική κρίση όπως η Ισπανία και Πορτογαλία με δαπάνες κάτω του 1% του ΑΕΠ. Υπολογίζεται ότι το αυξημένο ποσοστό οφείλεται στην συνήθη πρακτική της υπερβολικής συνταγογράφησης, στην μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης της υγείας του πληθυσμού όπως οι αυτοαπασχολούμενοι με μειωμένο εισόδημα και τέλος οι ανασφάλιστοι και οι μακροχρόνια άνεργοι. Από τον Ιούνιο του 2014 οι ανασφάλιστοι καλύπτονται για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, επείγοντα περιστατικά στα δημόσια νοσοκομεία,



καθώς και για τις περιπτώσεις που χρειάζονται προγραμματισμένη νοσοκομειακή περίθαλψη, υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Από το 2016 μπορούν να υπαχθούν στον Νόμο 4368 του 2016 και να τους παρέχεται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ασχέτως εάν έχουν ή δεν έχουν ταχτοποιήσει τις οικονομικές τους υποχρεώσεις με τα ασφαλιστικά τους ταμεία.

Είναι δεδομένο ότι το 86% του 2015 το 2016 θα μειωθεί περαιτέρω εάν αργήσει για 7^η συνεχόμενη χρονιά ο περιβόητος εξορθολογισμός των φαρμακευτικών δαπανών με ρεαλιστικά σχέδια, ριζική αναδιοργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, αντικειμενικός σχεδιασμός της βιωσιμότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και τέλος τη δυνατότητα επέκτασης της υγειονομικής κάλυψης και στους οικονομικά αδύναμους.



Σχήμα 2: το ποσοστό της υγειονομικής κάλυψης των Ελλήνων το οποίο μειώνεται σταδιακά από 100% το 2008 στο 86% το 2015

Πρωτιές δεκαετίας:

1. Η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στις χώρες του ΟΟΣΑ με σχεδόν έναν στους δύο άνδρες να καπνίζουν σε ημερήσια βάση.

Είναι γνωστό ότι το τσιγάρο είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τουλάχιστον δύο από τις κύριες αιτίες της πρόωρης θνησιμότητας τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο. Και ενώ στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ οι καπνιστές μειώνονται

* Organisation for Economic Co-operation and Development (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης Ο.Ο.Σ.Α.)

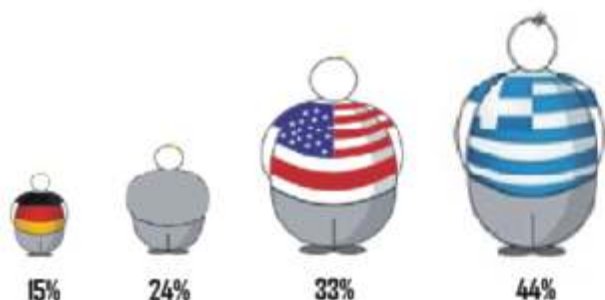
Επιστολή της Έκδοσης

σταδιακά στην Ελλάδα (είναι η μόνη χώρα) τα ποσοστά αυτά αυξάνονται. Το 2013, σχεδόν το 40% των ενηλίκων στη χώρα μας ήταν καπνιστές, ποσοστό που αντιπροσωπεύει το διπλάσιο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ.



Σχήμα 3: Ποσοστά συστηματικών καπνιστών άνω των 15 ετών. Ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 19,7 %

2. Παιδική παχυσαρκία: Ενώ τα ποσοστά παχύσαρκων ενηλίκων στην Ελλάδα είναι γύρω στο μέσο όρο των χωρών ΟΟΣΑ τα ποσοστά της παιδικής παχυσαρκίας είναι ανησυχητικά υψηλά. Τα παιδιά που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακής υγείας κατά την εφηβεία, καθώς και στην ενήλικη ζωή. Από τη παιδική παχυσαρκία προκύπτουν, ορθοπεδικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, κατάθλιψη, διαταραχή της ποιότητας της ζωής κ.α. Σχεδόν ένα στα δύο αγόρια ηλικίας 10-12 ετών στην χώρα μας είχαν χαρακτηριστεί ως υπέρβαρα ή παχύσαρκα κατά το 2010. Αυτό είναι το υψηλότερο ποσοστό στον ΟΟΣΑ και σχεδόν διπλάσιο

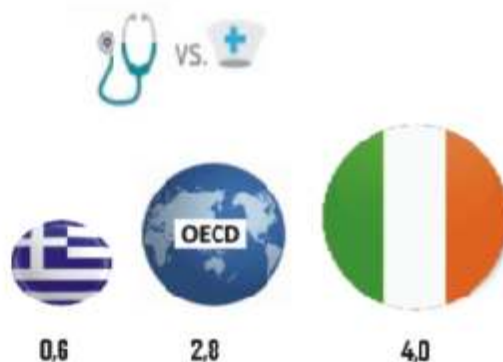


από το μέσο όρο.

Σχήμα 4: Παιδική παχυσαρκία στα αγόρια. Ελλάδα 44% ΗΠΑ 33% Μέσος όρος ΟΟΣΑ 24% και Γερμανία 15%.

3. Αριθμητική σχέση Νοσηλευτών Γιατρών. Ενώ οι νοσηλεύτριες ξεπερνούν κατά πολύ τους γιατρούς στις

περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, το αντίθετο ισχύει στην Ελλάδα, όπου υπάρχουν δύο φορές περισσότεροι γιατροί από ότι νοσηλεύτριες. Οι Νοσηλεύτριες διαδραματίζουν έναν κρίσιμο ρόλο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης όχι μόνο στους παραδοσιακούς φορείς, όπως τα νοσοκομεία και τα ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας, αλλά όλο και περισσότερο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ειδικά αυτή που απευθύνεται σε χρόνιους ασθενείς.



Σχήμα 5: Η αναλογία νοσηλευτών γιατρών σε Ελλάδα, ΟΟΣΑ και Ιρλανδία.

4. Οι έλληνες γενικοί γιατροί (GPs) χορηγούν περισσότερα αντιβιοτικά από όλες σχεδόν τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Τα αντιβιοτικά πρέπει να συνταγογραφούνται μόνο όταν υπάρχει τεκμηριωμένη ανάγκη έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος των ανθεκτικών στελεχών. Ο συνολικός όγκος των συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών θεωρείται ως μια ένδειξη της ποιότητας παροχής υπηρεσιών στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η συνταγογράφηση αντιβιοτικών στην χώρα μας είναι πάνω από το 50% του μέσου όρου όλων των χωρών του ΟΟΣΑ.



Σχήμα 6: Συνταγογράφηση αντιβιοτικών σε Ολλανδία, Μέσος όρος ΟΟΣΑ, Ισπανία, Ελλάδα.

A.M.

Απονομή μεταλλίου Α' τιμής στον κ. Αναστασιάδη Δημήτρη

Η ομιλία του Προέδρου κ. Παναγιώτη Βάρναλη



Του Παναγιώτη Βάρναλη



Σε ένα κατάμεστο χώρο του Δημοτικού Συμβουλίου της Αλεξανδρούπολης, απενεμήθη το μετάλλιο Α' Τιμής στον Δ. Αναστασιάδη το Σάββατο 28 Μαΐου 2016. Ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου στην ομιλία του αναφέρθηκε:

“Εκ μέρους του Δ.Σ., αλλά και όλων των μελών του ιατρικού συλλόγου Έβρου, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον δήμο Αλεξ/πολης για την μεγάλη τιμή της απονομής του μεταλλίου Α' τιμής σε ένα ιστορικό και εμβληματικό μέλος του συλλόγου μας.

Ο κ. Αναστασιάδης υπήρξε και συνεχίζει, για πολλά χρόνια πιστεύω ακόμη, να είναι ένα δραστήριο μέλος του Ι.Σ. Έβρου, αλλά και ένας πολίτης με έντονη κοινωνική δράση.

Δεν θα σας κουράσω με πολλά λόγια, γιατί σήμερα ο λόγος ανήκει στον δήμο, δηλ. στους πολίτες της πόλης μας.

Επιγραμματικά μόνο θα αναφέρω, ότι ο κ. Αναστασιάδης για 40 χρόνια εξασκεί την ιατρική με υψηλή επιστημονική επάρκεια, αυταπάρνηση, ευσυνειδησία, πάντοτε πρόθυμος και διαθέσιμος. Αποτέλεσε παράδειγμα χρηστής άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος για πολλούς νέους γιατρούς, αλλά δεν ήταν μόνο αυτό.

Είναι γνωστή σε όλους η μακροχρόνια προσφορά του (22 χρόνια) από τη θέση του εκλεγμένου προέδρου του Ι.Σ. Έβρου, νομίζω μοναδική περίπτωση πανελλαδικά.

Θα ήθελα να επισημάνω, ότι η θέση του προέδρου ενός

ιατρικού συλλόγου, είναι μια θέση ιδιαίτερης ευθύνης, τόσο απέναντι στους συναδέλφους, όσο και απέναντι στην κοινωνία και τους θεσμούς. Οι ιατρικοί σύλλογοι δεν είναι απλά συνδικαλιστικά όργανα, αλλά έχουν, θεσμοθετημένα, ευρύτερο και πολυσήμαντο κοινωνικό και επιστημονικό ρόλο. ο συνάδελφος λοιπόν κ. Αναστασιάδης λειτουργώντας πάντοτε ενωτικά, σε εποχές που αυτό δεν ήταν αυτονόητο, ανέδειξε διακριτικά, αλλά με ουσιαστικές δράσεις τον κοινωνικό ρόλο του συλλόγου, αφιέρωσε πολύ χρόνο από την προσωπική του ζωή και ήταν πάντα πρόθυμος να ακούσει και συμπαρασταθεί σε κάθε πολίτη.

Ακόμη και σήμερα, δεν έχει πάψει να ενδιαφέρεται και να προσφέρει όπου του ζητηθεί.

Έτσι πιστεύουμε ότι η απόφαση του δήμου Αλεξ/πολης να τιμηθεί είναι σημαντική, διότι δημιουργεί ένα θετικό κίνητρο αναγνώρισης, σε ανθρώπους που θα ήθελαν να αναμειχθούν στα κοινά και να προσφέρουν ανιδιοτελώς.

Ευχαριστούμε λοιπόν τον δήμο Αλεξ/πολης για την μεγάλη τιμή που κάνει στον εκλεκτό συνάδελφο μας και επίτιμο πρόεδρό μας.

Σε εσένα αγαπητέ Μίμη τα συγχαρητήριά μου και εύχομαι για πολλά χρόνια ακόμη να σε έχουμε δίπλα μας με την πολύτιμη σοφία, την εμπειρία σου, αλλά κυρίως με το ήθος σου.”



Ευχαριστούμε την εφημερίδα “Ελεύθερη Θράκη” για την παραχώρηση του φωτογραφικού υλικού



Κοπή Βασιλόπιτας και βραβεύσεις του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου



Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε στο Ξενοδοχείο Thraki Palace στις 13 Φεβρουαρίου 2016 η κοπή της Βασιλόπιτας του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου. Στην εκδήλωση χοροστάτησε ο Αρχιεπίσκοπος της Μητρόπολης Αλεξανδρουπόλεως, Τραϊανουπόλεως και Σαμοθράκης κ.κ Ειρηναίος Λαφτσής. Παρόντες ήταν επίσης ο Αντιπεριφερειάρχης κ. Πέτροβιτς, ο επίτιμος πρόεδρος του ΙΣΕ κος Μίμης Αναστασιάδης και το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου, ο Πρόεδρος Βάρναλης Παναγιώτης, η Α' Αντιπρόεδρος Γκιόκα Θεοδώρα, ο Β' Αντιπρόεδρος Θώδης Ηλίας, ο Γεν. Γραμματέας Παπανδρούδης Ανδρέας, ο Ειδ. Γραμματέας Μπαντής Αθανάσιος, ο Ταμίας Κουφογιάννης Γεώργιος, τα μέλη: Αλ Εάντ Μαμντουχ, Βαφειάδης Μαρίνος, Γαλάνης Βασίλειος, Δευτεραίος Σάββας, Ιωαννάκης Κωνσταντίνος, Λυρατζόπουλος Νικόλαος και Τσαλκιδής Άγγελος.

Ο πρόεδρος του ιατρικού συλλόγου Έβρου έλαβε των λόγων και ευχαρίστησε όλους τους παρευρισκόμενους ιατρούς μέλη του συλλόγου και αναφέρθηκε στις πρωτόγνωρες αντιξοότητες και προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος μας. Τέλος ευχήθηκε το 2016 να είναι μια χρονιά δημιουργική, με ατομική και οικογενειακή υγεία σε όλα τα μέλη του ιατρικού συλλόγου Έβρου. Ακολούθησε η καθιερωμένη πλέον βράβευση των νέων φοιτητών της ιατρικής όπου μεταξύ των άλλων ο πρόεδρος του ΙΣΕ συνεχάρη τους νέους φοιτητές για την επιτυχία τους και ευχήθηκε να έχουν την ίδια επιτυχία και στις ακαδημαϊκές τους σπουδές αλλά και στην αριανή επαγγελματική τους σταδιοδρομία. Ακολούθησε η απονομή βραβείων και ενός συμβολικού δώρου σε κάθε πλέον φοιτητή. Οι επιτυχόντες που βραβεύτηκαν στην εκδήλωση είναι:

- 1 ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΚΗΣ ΣΑΡΑΝΤΗΣ
- 2 ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΕΙΡΗΝΗ
- 3 ΑΣΤΡΟΠΕΚΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
- 4 ΒΑΒΟΥΡΑ ΠΟΛΥΞΕΝΗ
- 5 ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
- 6 ΓΕΜΟΥΣΑΚΑΚΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ
- 7 ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ-ΜΑΡΙΝΟΣ
- 8 ΚΕΦΑΛΑ ΕΥΤΥΧΙΑ
- 9 ΚΕΦΑΛΑ ΟΣΙΑ
- 10 ΜΟΝΑΣΤΗΡΙΩΤΟΥ ΔΙΑΜΑΝΤΙΔΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΗ
- 11 ΠΟΛΥΜΕΝΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ
- 12 ΣΧΟΙΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
- 13 ΦΟΥΤΖΙΤΖΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
- 14 ΧΑΤΖΗΠΑΥΛΟΥ ΒΑΡΒΑΡΑ

Για τρίτη χρονιά τιμήσαμε την συνολική προσφορά επιστημονική και κοινωνική των συνταξιούχων Ιατρών του νομού μας, το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου τους απένειμε δια χειρός διαδοχικά όλων των μελών του, άρα συμβολικά εκ μέρους όλων των εν ενεργεία μελών του Συλλόγου από μία τιμητική πλακέτα. Οι συνταξιούχοι ιατροί που τιμήθηκαν στην εκδήλωση είναι με αλφαβητική σειρά οι εξής:

1. ΑΝΤΩΝΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ
2. ΒΑΡΓΕΜΕΖΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
3. ΜΠΟΥΓΙΟΥΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
4. ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ
5. ΤΣΑΝΙΔΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ

A.M.





Η ομιλία του Προέδρου κ. Παναγιώτη Βάρναλη



Πανοσιολογιότατε κ. Ειρηναιέ λαφσή

Κ. Αντιπεριφερειάρχη

Κ. Δήμαρχε

Εκλεκτοί προσκεκλημένοι

Αγαπητοί συνάδελφοι (-σες)

Το Δ.Σ του Ι.Σ. Έβρου σας καλωσορίζει, για 4^η χρονιά, στην ετήσια εκδήλωση του για την κοπή της βασιλόπιτσας, την βράβευση των πρωτοετών φοιτητών της ιατρικής από τον Ν. Έβρο καθώς και των συναδέλφων που έχουν αποσυρθεί από την ενεργό δράση μέσα στο 2015.

Κατ' αρχάς θα ήθελα να ευχηθώ σε όλους σας, το 2016, να είναι μια καλή χρονιά, γεμάτη υγεία, επιτυχίες, αισιοδοξία, δημιουργία και ειρήνη.

Αυτές οι ευχές μπορεί να ακούγονται κοινότυπες, αλλά με όσα συμβαίνουν στην πατρίδα μας τα τελευταία χρόνια, νομίζω ότι τις έχουμε πραγματικά ανάγκη.

Δυστυχώς το 2015 ο χώρος της υγείας, που αποτελεί βασικό κρίκο στην διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, εξακολούθησε για 5^η συνεχή χρονιά να βρίσκεται σε υποχώρηση. Η οικονομική κρίση που ταλαιπωρεί την πατρίδα μας, έχει πληγώσει βαθιά την ποιότητα, αλλά και την ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Το βασικό δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην υγεία έπαψε να είναι αυτονόητο.

Εκατομμύρια συμπολίτες μας εξακολουθούν να είναι ανασφάλιστοι και στην ουσία αποκλεισμένοι από το σύστημα υγείας.

Η πρόληψη, η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι πλήρως διαλυμένες. Τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν στο όριο της κατάρρευσης, τόσο όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, όσο και από πλευράς υλικών και τεχνολογικού εξοπλισμού. Η αυταπάτηση, η υπέρβαση ανθρωπίνων δυνατοτήτων, η αλληλεγγύη, το φιλότιμο που επιδεικνύει όλο το προσωπικό εξαντλείται.

Πολύ φοβάμαι, ότι όταν μετά από λίγα χρόνια θα κάνουμε τον απολογισμό της κρίσης και τις επιπτώσεις της στην υγεία του γενικού πληθυσμού, θα τρομάζουμε.

Η κοινωνία μας, ευτυχώς μέχρι στιγμής, έδειξε καλά αντανakλαστικά.

Δημιουργήθηκαν εθελοντικά δίκτυα κοινωνικής προστασίας, η έννοια της αλληλεγγύης, της φιλανθρωπίας επανεμφανίστηκαν σε μια κοινωνία που είχε παραδοθεί στον ατομισμό.

Πάθαμε και αντέξαμε πολλά, δουλέψαμε και για τον συμπολίτη μας ανιδιοτελώς κατά την γνώμη μου αποδείξαμε ότι δεν είμαστε ένας λαός μόνο για τα εύκολα.

Κάποια στιγμή όμως όλα αυτά θα πρέπει να αρχίσουν να αλλάζουν.

Χρειαζόμαστε λοιπόν αισιοδοξία, για να λειτουργήσουμε δημιουργικά και να χτίσουμε μέσα από μικρές και μεγάλες

επιτυχίες μια καλύτερη και πιο ανθρώπινη κοινωνία, όπου βασικά δικαιώματα όπως η υγεία, η παιδεία, η εργασία, η προστασία των αδύναμων και ασθενών να ξαναγίνουν αυτονόητα και όχι ζητούμενα.

Στους νέους εκκολαπτόμενους συναδέλφους, αφού τους συγχαρώ, τόσο αυτούς, όσο και τις οικογένειες τους για την επιτυχία τους, θα ήθελα να τους ευχηθώ, προσωπικά στον καθένα, να ευτυχίσουν να κάνουν τα όνειρα τους πραγματικότητα.

Να ασκήσουν το λειτούργημα που επέλεξαν να ακολουθήσουν με αυτογνωσία, ηθική, αλtruισμό και διάθεση ανιδιοτελούς προσφοράς.

Ξέρετε η απλή φράση "καλός γιατρός", περιλαμβάνει και την πολύ καλή γνώση της επιστήμης, αλλά και την ψυχική σχέση που πρέπει να αναπτύσσεται μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Να μην ξεχνάτε ότι κάθε τμήμα του ανθρωπίνου σώματος με το οποίο θα ασχολείστε αποτελεί μέρος μιας ολότητας που περιλαμβάνει και την ψυχή.

Για τους συναδέλφους που έχουν αποχωρήσει από την ενεργό δράση μέσα στο 2015, εκ μέρους του Δ.Σ. του Ι.Σ. Έβρου και όλων των ενεργών μελών, θα θέλαμε να τους ευχαριστήσουμε για την μακρόχρονη προσφορά τους στον σύλλογο, αλλά και στην βελτίωση και ποιοτική αναβάθμιση του επιπέδου υγείας των πολιτών του νομού μας. Όλοι αυτοί οι συνάδελφοι μέσα από το δημόσιο σύστημα υγείας, την ιατρική σχολή, αλλά και σαν ελεύθεροι επαγγελματίες, για πολλές δεκαετίες προσέφεραν τις υπηρεσίες τους για το καλό των συμπολιτών μας. Ξέρουμε όλοι μας ότι αυτή η διαδρομή δεν ήταν πάντα εύκολη, είχε και πίκρες και απογοητεύσεις και χρειαζόταν να κάνετε στην άκρη ακόμη και προσωπικά σας προβλήματα.

Θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε, ότι ο Ι.Σ. Έβρου, παρόλο που δεν είστε πια μέλη του, θα βρίσκεται δίπλα σας αλληλέγγυος και συμπαραστάτης σε οποιοδήποτε πρόβλημα σας.

Φέτος ο αριθμός των αφυπηρετούντων είναι μικρός, μόνον 4.

Είναι οι εξής:

1. Αντώνιου Χρήστος, Παθολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Δ.Π.Θ.

Ένας ακούραστος συνάδελφος σε μια κεντρική - βασική ειδικότητα, όπως είναι η Παθολογία. Όλη η πορεία του στο ΕΣΥ και στο Πανεπιστήμιο σαν γιατρός και σαν δάσκαλος με ανεκτίμητη προσφορά.

2. Βαργεμέλης Βασίλειος, Νεφρολόγος, Καθηγητής Νεφρολογίας Δ.Π.Θ.

Ο άνθρωπος που έφτιαξε, μαζί με άξιους συνεργάτες μια αξιολύτρευτη νεφρολογική κλινική και έπαιξε σημαντικό ρόλο στην ανακούφιση και βελτίωση της ποιότητας ζωής χιλιάδων νεφροπαθών του Έβρου, αλλά και γειτονικών νομών.

3. Μπουγιούκας Γεώργιος, Καρδιοχειρουργός, Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής Δ.Π.Θ.

Διοργάνωσε και αποτέλεσε την ψυχή της καρδιοχειρουργικής κλινικής του ΔΠΘ όπου χιλιάδες συμπολίτες μας αντιμετωπίστηκαν με υψηλά στάνταρ επιτυχίας και ανθρωπιά.

4. Τσανίδης Γρηγόριος, Χειρουργός

Για χρόνια νομιάτρος του Ν. Έβρου. Πολύ σημαντική και με ευθύνες θέση. Επιτέλεσε το έργο του με υπευθυνότητα και αντιμετώπισε με επιτυχία ποικίλα προβλήματα δημόσιας υγείας

Τέλος σας ευχαριστώ όλους που μας τιμήσατε με την παρουσία σας και εύχομαι να περάσετε μια όμορφη βραδιά.

Π. Βάρναλης
Πρόεδρος ΙΣΕ

Σεμινάρια ΚΑΡΠΑ 14-5-2016

Το Σάββατο 14-5-2016, πραγματοποιήθηκαν στο Διδυμότειχο δύο προγράμματα – σεμινάρια εκπαίδευσης στη Βασική Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) και χρήση αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή.

Υπήρξε μεγάλη συμμετοχή, τόσο από υγειονομικό προσωπικό και φοιτητές του Τμήματος ΤΕΙ Νοσηλευτικής Διδυμοτείχου, όσο και από εκπαιδευτικούς, αστυνομικούς, αλλά και απλούς πολίτες.

Τα σεμινάρια συνδιοργανώθηκαν από τον Ιατρικό Σύλλογο Έβρου και το Ευρωπαϊκό Κολλέγιο Αθλητιάτρων (ECOSEP) με πιστοποίηση από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (ERC).

Ο Συντονιστής και Συνδιευθυντής των προγραμμάτων
Ανδρέας Παπανδρούδης





ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δράσεις για την επίλυση των προβλημάτων του χώρου της υγείας και των λειτουργιών της

Α.Π. 1401

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 31/07/2015

Προς
Πρόεδρο ΔΣ ΠΙΣ κ. Μιχάλη Βλασταράκο

Κοιν. : 1. Μέλη ΔΣ ΠΙΣ 2. Ιατρικοί Σύλλογοι

Κύριε Πρόεδρε,

Ενόψει του σχεδιασμού για το νέο ΕΣΠΑ 2014-2020 και της υλοποίησης δύο προγραμμάτων επιδοτούμενης επιχειρηματικότητας στα οποία συμπεριλαμβάνεται ως επιλέξιμος κλάδος η Υγεία, ζητούμε την άμεση και αποφασιστική παρέμβασή σας στους αρμόδιους Υπουργούς, ώστε στις ειδικότερες επιλέξιμες επαγγελματικές δραστηριότητες που αναμένεται να οριστικοποιηθούν προσεχώς, να συμπεριλαμβάνονται οπωσδήποτε, με ιδιαίτερο κωδικό και τα ιδιωτικά ιατρεία (κλινικοί – κλινικοεργαστηριακοί ιατροί, εργαστήρια).

Το θέμα είναι πολύ σημαντικό για την επαγγελματική επιβίωση και το μέλλον του κλάδου και απαιτεί άμεσες ενέργειες.

Είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση ή συνεργασία.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Α.Π. 1403

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 31/07/2015

Προς
τον Πρόεδρο του Ιατρικού Τμήματος
της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΔΠΘ

Κοιν.:

1. Μέλη Γ.Σ. Ιατρ. Τμήματος 2. Μέλη Επιτροπής προγράμματος σπουδών 3. Σύλλογο Φοιτητών Ιατρικού Τμήματος ΔΠΘ

Κύριε Πρόεδρε,

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου, στη συνεδρίαση της 07/06/2015, μετά από σχετική εκτενή συζήτηση, αποφάσισε να σας ζητήσει να εντάξετε το μάθημα: «Πρώτες βοήθειες» στο πρόγραμμα σπουδών της Ιατρικής Σχολής, στα περιεχόμενα-ύλη του οποίου, σε ιδιαίτερη ενότητα θα βρίσκεται η Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση.

Το περιεχόμενο και ο σκοπός ενός τέτοιου μαθήματος (θεωρητικό και πρακτικό) είναι πολύ σημαντικά, και καθώς δεν καλύπτεται πλήρως από άλλα μαθήματα, επιβάλλει την ένταξή του ως ξεχωριστό - αυτόνομο μάθημα στο πρόγραμμα σπουδών.

Άλλωστε, το ενδιαφέρον των φοιτητών για συμμετοχή τους

μέχρι σήμερα σε προγράμματα εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ - Αυτόματο Εξωτερικό Απινιδωτή, με πιστοποίηση από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης, πιστοποιεί την έλλειψη που υπάρχει σε αυτό τον τομέα και επιβάλλει την άμεση λήψη της σχετικής απόφασης, ώστε να υλοποιηθεί από την προσεχή ακαδημαϊκή χρονιά 2015-2016.

Αναμένουμε την θετική απάντησή σας στο αίτημά μας μέσω των απαραίτητων αποφάσεων των αρμόδιων οργάνων και είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε δυνατή συνεργασία.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Α.Π. 1983

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 27/10/2015

Προς
το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ

Κοινοποίηση: 1. Ιατρικοί Σύλλογοι 2. Κοινωνικοί φορείς 3. Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ 4. ΜΜΕ 5. Βουλευτές Έβρου

Εν όψει της εφαρμογής νέου κανονισμού παροχών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ΕΚΠΥ – ΕΟΠΥΥ), στα πλαίσια της διαβούλευσης και των παρατηρήσεων που μας ζητήσατε, σας καταθέτουμε την πρόταση του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου, η οποία ζητούμε να ενσωματωθεί στον νέο κανονισμό. Συγκεκριμένα, στο άρθρο 8, μετά την προτελευταία παράγραφο (Δεν αποζημιώνονται εξετάσεις), ζητούμε να μπει η εξής προσθήκη:

«Σεν περιοχές όπου δεν υπάρχουν συμβεβλημένοι γιατροί με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. σε ορισμένες ειδικότητες, στα όρια ενός Καλλικρατικού Δήμου, στους ασφαλισμένους που εξετάζονται από μη συμβεβλημένο Ιατρό, αποδίδεται η δαπάνη που αντιστοιχεί στην εξέταση που πραγματοποιήθηκε, με την κατάθεση των σχετικών παραστατικών (ΑΠΥ), η ίδια που αντιστοιχεί στην αμοιβή των συμβεβλημένων ιατρών, για την ίδια εξέταση και ιατρικές πράξεις».

Θεωρούμε, ότι λόγοι ισότητας των Ελλήνων πολιτών (ίδιες εισφορές στην επικράτεια πρέπει να αντιστοιχούν στις ίδιες παροχές) επιβάλλουν την υιοθέτηση αυτής της πρότασης του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου, η οποία άλλωστε έχει ήδη εγκριθεί από την Γενική Συνέλευση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και αποτελεί πλέον μέρος του διεκδικητικού πλαισίου του Π.Ι.Σ.

Είμαστε στην διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση και συνεργασία.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Α.Π. 2346

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 4-12-2015

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Την Κυριακή 29-11-2015, το Δ.Σ. του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου επισκέφθηκε το Κέντρο Υγείας Δικαίων, για μια επιτόπια εξέταση των υπαρχόντων προβλημάτων.

Από τον έλεγχο της υπάρχουσας υποδομής (κτιριακά - εξοπλισμός) αλλά και την παρουσίαση της κατάστασης από τον Διευθυντή του Κέντρου Υγείας Δικαίων κ. Χαλιαμπάγια, διαπιστώθηκαν σοβαρότατα προβλήματα λειτουργίας, τα οποία καθιστούν πολύ δυσχερή και προβληματική την παροχή υγειονομικής φροντίδας στους κατοίκους μιας μεγάλης περιοχής, την οποία εξυπηρετεί το πιο απομακρυσμένο Κ.Υ. του Ν. Έβρου, και ένα από τα πιο απομακρυσμένα της Ελληνικής επικράτειας (Η πινέζα που κρατάει την Ελλάδα!).

Είμαστε στο χειμώνα και δεν υπάρχει ακόμη θέρμανση, καθώς ο προμηθευτής πετρελαίου, όντας απλήρωτος εδώ και μήνες, αρνείται να παραδώσει πλέον πετρέλαιο με πίστωση, αν προηγουμένως δεν εξοφληθούν οι παλιές οφειλές.

Το ίδιο ισχύει και για τον προμηθευτή πετρελαίου κίνησης για το ασθενοφόρο του Κ.Υ. Δικαίων. Ένα καινούριο ασθενοφόρο, το οποίο παραδόθηκε προ 5μήνου στο ΚΥ Δικαίων, παραμένει σε ακινησία, τόσο λόγω έλλειψης πετρελαίου, όσο και εξαιτίας έλλειψης οδηγών. Δεν υπάρχει κανένας οδηγός στο Κ.Υ. Δικαίων. Καινούργιο ασθενοφόρο, αλλά χωρίς οδηγούς! Υπ' όψιν ότι υπάρχουν άλλα 2 ασθενοφόρα σε ακινησία.

Το Μικροβιολογικό εργαστήριο μόλις προ μηνός προμηθεύτηκε ορισμένα αντιδραστήρια για τη διενέργεια βασικών αιματολογικών εξετάσεων, μετά από πλήρη απουσία λειτουργίας 5 μηνών, λόγω έλλειψης υλικών.

Το ίδιο ισχύει και για την αδυναμία εκτέλεσης της σημαντικής προληπτικής εξέτασης τεστ Παπανικολάου. Υπάρχει μαία, αλλά δεν γίνεται η λήψη λόγω άρνησης του κυτταρολόγου να συνεχίσει τη συνεργασία με το ΚΥΔ, καθώς είναι επίσης για πολύ καιρό απλήρωτος.

Το ακτινολογικό εργαστήριο το οποίο πραγματοποιεί βασικές αλλά χρήσιμες εξετάσεις, χρειάζεται οπωσδήποτε συντήρηση.

Από πλευράς έμψυχου δυναμικού, υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις, με το υπάρχον ιατρικό δυναμικό να υπερβάλλουν αυτούς, αν και έχουν απλήρωτες εφημερίες 5 μηνών.

Η θέση του οδοντιάτρου, είναι κενή. Υπάρχει ένας μόνο φύλακας αν και το Κ.Υ. λειτουργεί σε 24ωρη βάση. Το λογιστήριο στελεχώνεται με 1 μόνο άτομο.

Η παροχή ιατρικής φροντίδας επιδεινώνεται από την απουσία Αγροτικών ιατρών στα όμορα ιατρεία, οι οποίοι όταν υπάρχουν συμβάλλουν στις εφημερίες.

Ο Ιατρικός Σύλλογος Έβρου θεωρεί την κατάσταση απαράδεκτη. Οι αποδέκτες στους οποίους κοινοποιείται το παρόν (πολιτική ηγεσία, βουλευτές, τοπική αυτοδιοίκηση, ΥΠΕάρχης) καλούνται να δώσουν άμεσα λύση ή να δρομολογήσουν τη λύση των υπαρχόντων σοβαρών

προβλημάτων στο Κέντρο Υγείας Δικαίων.

Καλούμε όλους τους παραπάνω, καθώς και τους φορείς της περιοχής, να συμβάλλουν ο καθένας από τη θέση του στη πλήρη λειτουργία του Κέντρου Υγείας Δικαίων, αυτού του προκεχωρημένου υγειονομικού φυλακίου της χώρας.

Οι πολίτες του Τριγώνου, στο Βόρειο Έβρο, έχουν τα ίδια δικαιώματα σε υπηρεσίες Υγείας, με όλους τους Έλληνες πολίτες και κανένας δεν θα δικαιούται πλέον να πει ότι δεν γνωρίζει!!

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Α.Π. 2409

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 17-12-2015

Προς

**Το Δ.Σ. του Φαρμακευτικού Συλλόγου Έβρου
Υπ' όψη Προέδρου κ. Αναστάσιου Τερζή**

Κοινοποίηση: ΠΙΣ – Ιατρικοί Σύλλογοι

Κύριε Πρόεδρε,

Με μεγάλη έκπληξη ενημερωθήκαμε για την έκδοση και διανομή εντύπου, από φαρμακεία του Νομού Έβρου, το οποίο αναφέρεται στην αντιμετώπιση της γρίπης και του κοινού κρυολογήματος, αναφέροντας στο εξώφυλλο επί λέξει τα εξής:

«Γρίπη & Κρυολόγημα – Αντιμετώπισέ το σωστά – με τον φαρμακοποιοό σου – χωρίς αντιβιοτικά» με έκδοση από τον συνεταιρισμό φαρμακοποιών Έβρου.

Θα θέλαμε να μας γνωρίσετε αν η έκδοση και διανομή του εντύπου αυτού είναι εν γνώσει σας, και να σας δηλώσουμε ότι ο τίτλος του εντύπου και ο στόχος του συνιστούν σαφέστατη αντιποίηση του ιατρικού επαγγέλματος.

Σεβόμαστε τον ρόλο και το επάγγελμα του φαρμακοποιού, τα οποία ξεκάθαρα είναι διαφορετικά από τον ρόλο και το έργο του γιατρού.

Όμως η μη-αναγνώριση των διακριτών ρόλων και ενέργειες όπως η προαναφερθείσα με το συγκεκριμένο έντυπο, δεν μπορούν να γίνουν αποδεκτές από τον Ιατρικό Σύλλογο Έβρου.

Ζητούμε εγγράφως να απαιτήσετε από τον Συνεταιρισμό Φαρμακοποιών Έβρου την ανάκληση του εντύπου από όλα τα φαρμακεία δίνοντας σαφείς οδηγίες στα μέλη σας να επικεντρώνονται στον διακριτό και σεβαστό ρόλο τους. Το έγγραφο αυτό ζητούμε να το κοινοποιήσετε στον Ιατρικό Σύλλογο Έβρου.

Ως υγειονομικοί φορείς στο Νομό Έβρου, είχαμε έως τώρα μία καλή, έντιμη και ειλικρινή σχέση και συνεργασία, τόσο σε επίπεδο φορέων, όσο και σε επίπεδο προσώπων και μελών, αναγνωρίζοντας και σεβόμενοι ο ένας τον ρόλο του άλλου. Η σχέση αυτή επιθυμούμε να συνεχίσει αδιάτακτη.

Αναμένουμε τις ενέργειές σας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Αρ. Πρωτ. 20

Αλεξ/πολη 07-01-2016

Προς

**Διοικητή 4ης ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης
κ. Ευστράτιο Πλωμαρίτη**

Κοιν.: 1. ΚΥ Δικαίων 2. ΔΣ ΠΙΣ

Σας προωθούμε την απάντηση της 16ης Μεραρχίας Πεζικού στο έγγραφο του ΙΣΕ 2379/11-12-2015, σύμφωνα με το οποίο ζητούσαμε τη διάθεση από την Μεραρχία οδηγών και τραυματιοφορέων για την κάλυψη σοβαρών αναγκών του Κ.Υ. Δικαίων.

Σύμφωνα με την απάντηση της 16ης Μεραρχίας Πεζικού, το αίτημα πρέπει να υποβληθεί από τη Διοίκηση της Υγειονομικής Περιφέρειας. Κατόπιν τούτου ζητούμε την υποβολή του αιτήματος από την 4η ΥΠΕ.

Σας επισυνάπτουμε το σχετικό έγγραφο του ΙΣΕ και επιθυμούμε να μας ενημερώσετε για τις ενέργειές σας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. 21 ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 07-01-2016

Προς

κ. Δημήτριο Πέτροβιτς Αντιπεριφερειάρχη Π. Ε. Έβρου

Κοιν. 1. Κ.Υ. Δικαίων 2. Περιφερειάρχης ΑΜΑΘ 3. ΔΣ ΠΙΣ

κ. Αντιπεριφερειάρχα,
λάβαμε το έγγραφό σας και κατ' αρχήν σας ευχαριστούμε για το ενδιαφέρον σας για το Κ.Υ. Δικαίων.

Θα επιθυμούσαμε όμως, μια πιο έμπρακτη συμβολή, στην επίλυση τουλάχιστον ορισμένων από τα σοβαρά προβλήματα που σας παρουσιάσαμε.

Ζητούμε από την Περιφέρεια να εξετάσει το ενδεχόμενο παραχώρησης οδηγών στο ΚΥ Δικαίων, από κάποια υπηρεσία της Περιφέρειας, με τη μορφή απόσπασης ή μετακίνησης.

Η λύση που προτείνουμε είναι προσωρινή, καθώς προσδοκούμε στην οριστική αντιμετώπιση της σοβαρότητας αυτής έλλειψης με την προκήρυξη μόνιμων θέσεων οδηγών ασθενοφόρου στο Κ.Υ. Δικαίων.

Επίσης περιμένουμε την μεσολάβησή σας προς κάθε αρμόδιο για την επίλυση των άλλων, επίσης σοβαρών, προβλημάτων του Κ.Υ.Δ., αναμένοντας να μας ενημερώσετε για τις ενέργειές σας και τα αποτελέσματά τους.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 255

ΑΛΕΞ/ΠΟΛΗ 03-02-2016

ΠΡΟΣ

**ΔΙΟΙΚΟΥΣΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΤΑΑ-ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ
(ΤΣΑΥ) Υπόψη Προέδρου κου Τσούκαλου Ευσταθίου**

Κοιν.: 1. Μέλη Διοικούσας Επιτροπής 2. ΠΙΣ - Ιατρικοί Σύλλογοι 3. Πρόεδρο Διοικούσας Επιτροπής ΕΤΑΑ

Κύριε Πρόεδρε,

στα πλαίσια των συζητήσεων που γίνονται για τις αλλαγές στο ασφαλιστικό, και ενόψει της προσεχούς Γ.Σ. του ΠΙΣ την 6-7-2016 με κύριο θέμα το Ασφαλιστικό, ζητάμε επείγοντως να μας παράσχετε τις κάτωθι πληροφορίες:

1. Αριθμός εν ενεργεία υγειονομικών και συνταξιούχων ΤΣΑΥ, την τελευταία 20ετία (Στοιχεία κατά έτος για τις δύο ομάδες).

2. Εισφορές κλάδου σύνταξης και κλάδου περίθαλψης (οι συνολικές για όλους τους ασφαλισμένους) ανά έτος, την τελευταία 20ετία με διευκρίνιση για τις πραγματοποιηθείσες εισφορές (σύνταξης και περίθαλψης) στο ταμείο του ΤΣΑΥ και τις ανείσπρακτες – οφειλόμενες εισφορές.

3. Τις συνολικές πληρωμές για συντάξεις του ΤΣΑΥ (γήρατος, αναπηρίας κ.α) κατά την τελευταία 20ετία, με στοιχεία κατά έτος.

4. Την πορεία των αποθεματικών του Ταμείου κατά την τελευταία 20ετία, με στοιχεία κατά έτος με τις τυχόν αποδόσεις.

5. Τα πάσης φύσεως κουρέματα που έγιναν στα αποθεματικά του ΤΣΑΥ την τελευταία 20ετία (έτος, είδος κουρέματος και ποσό).

6. Την ακίνητη περιουσία του ΤΣΑΥ την τελευταία 20ετία.

7. Θα θέλαμε να μας απαντήσετε αν έχουν γίνει μέχρι σήμερα αναλογιστικές μελέτες βιωσιμότητας του Ταμείου μας, ποιες είναι αυτές και τα πορίσματά τους.

8. Ζητούμε να μάθουμε αν το Ταμείο μας είναι βιώσιμο μόνο με τις εισφορές των ασφαλισμένων του.

9. Υπάρχει σε κάποια χρονιά του παρελθόντος συμμετοχή του κράτους στα πλαίσια της τριμερούς χρηματοδότησης;

10. Έχει γίνει ποτέ αναλογιστική μελέτη εισφορών που πρέπει να δίνονται για την λήψη εφάπαξ;

11. Θα βοηθούσε πολύ η συγκριτική παρουσίαση αντίστοιχων στοιχείων και για τα άλλα Ταμεία του ΕΤΑΑ.

Κύριε Πρόεδρε,

τα ερωτήματα είναι πολύ καίρια και άκρως επείγοντα και για αυτό επιθυμούμε να μας απαντήσετε άμεσα για να διαμορφώσουμε άποψη εν όψει της ΓΣ του ΠΙΣ.

Λόγω του περιορισμένου χρόνου, δεχόμαστε να δοθούν τα στοιχεία αυτά στην Γ.Σ. του ΠΙΣ και ακολούθως να μας αποσταλούν.

Είμαστε σίγουροι ότι τα στοιχεία που σας ζητήσαμε τα έχετε στην υπηρεσία σας και θεωρούμε δικαίωμά μας και κατ' επέκταση των συναδέλφων ιατρών που εκπροσωπούμε, να τα γνωρίζουμε.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 272ΗΥ

ΑΛΕΞ/ΠΟΛΗ 26-04-2016

Προς
ΠΡΟΣ ΕΝΩΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ Ν. ΞΒΡΟΥ
(Ορεστιάδας – Διδυμοτείχου - Αλεξανδρούπολης)

Με το παρόν έγγραφο θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε, ενόψει των εγγραφών για τη νέα σχολική χρονιά, για τη σημασία της προληπτικής ιατρικής εξέτασης. Ειδικότερα, όσον αφορά την οφθαλμολογική εξέταση των παιδιών, βασικά στοιχεία αναγράφονται από τον παιδίατρο στο φύλλο ιατρικής εξέτασης του παιδιού, κατά τη συμπλήρωση του Ατομικού Δελτίου Υγείας του Μαθητή (ΑΔΥΜ), με την προσκόμιση από τον γονέα σχετικής Βεβαίωσης από Οφθαλμίατρο.

Λόγω του κινδύνου της αμβλυωπίας («τεμπέλικο μάτι»), η οποία δεν δύναται να θεραπευτεί μετά την ηλικία των 6-7 ετών περίπου, οπότε ολοκληρώνεται η όραση του παιδιού, είναι άκρως απαραίτητη η προληπτική οφθαλμολογική εξέταση όλων των παιδιών και ειδικότερα πριν το Νηπιαγωγείο (στην ηλικία 3-4 ετών περίπου η πρώτη εξέταση).

Η πρώιμη διάγνωση οπτικών διαταραχών όπου υπάρχουν, και οι οποίες δεν γίνονται συνήθως αντιληπτές από τον γονέα, οδηγεί στην έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπισή τους με σκοπό την πρόληψη της αμβλυωπίας ή και την έγκαιρη αντιμετώπισή της. Τονίζεται ότι η αμβλυωπία, αν διαγνωσθεί καθυστερημένα, δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με κανένα μέσο.

Είναι λοιπόν επιβεβλημένο, να προληφθεί οπωσδήποτε ή να αντιμετωπισθεί έγκαιρα αυτή η οπτική αναπηρία, η οποία στην αντίθετη περίπτωση θα υπάρχει για όλη τη μετέπειτα ζωή του παιδιού. Περισσότερες πληροφορίες μπορούν οι γονείς να αναζητήσουν από τον οικογενειακό τους οφθαλμίατρο.

Παρακαλείσθε για την ενημέρωση όλων των γονέων για αυτό το τόσο σημαντικό ζήτημα. Είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση και συνεργασία

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 72ΗΥ

ΑΛΕΞ/ΠΟΛΗ 21-3-2016

Προς
Τις Διευθύνσεις Μεταφορών της Π.Ε. Ξβρου
(Αλεξανδρούπολης και Ορεστιάδας)

Κοιν. 1. ΠΙΣ-Ιατρικοί Σύλλογοι 2. Υπουργείο Μεταφορών
3. Μέλη ΙΣΕ

Σας ενημερώνουμε ότι έχουμε πληροφορηθεί για αντιδενοντολογικές και παράτυπες ενέργειες ορισμένων σχολών οδηγών, στα πλαίσια της ιατρικής εξέτασης των οδηγών και υποψηφίων οδηγών.

Ειδικότερα:

1. Παραπέμπουν για την ιατρική εξέταση (Παθολογική – Οφθαλμολογική) σε συγκεκριμένους ιατρούς, πράγμα το οποίο είναι σαφώς όχι μόνο αντιδενοντολογικό, αλλά και παράνομο. Δίνονται συνήθως «χαρτάκια» με το όνομα του γιατρού ή και προφορικά. Το γιατί το κάνουν το ξέρουν οι ίδιοι και πιθανώς και οι γιατροί στους οποίους κατευθύνονται οι υποψήφιοι οδηγοί.

2. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν παραπέμπουν τον οδηγό για ιατρική εξέταση, αλλά τον ενημερώνουν ότι οι ίδιοι «έχουν τακτοποιήσει» την ιατρική τους εξέταση (π.χ. στον Παθολόγο ή/και στον Οφθαλμίατρο) και συνεπώς «δεν χρειάζεται να ταλαιπωρηθούν για να εξεταστούν»!!!

Το γεγονός αυτό, εκτός από παράνομο είναι και ιδιαίτερα επικίνδυνο, καθώς αυξάνει την πιθανότητα να οδηγή κάποιος ο οποίος έχει σοβαρά προβλήματα υγείας, τα οποία επηρεάζουν σε κρίσιμο βαθμό την ικανότητα οδήγησης και αυξάνουν τις πιθανότητες ενός ατυχήματος, με όλες τις γνωστές συνέπειες. Βέβαια για να μην αποποιούμαστε τις ευθύνες μας, οφείλουμε να τονίσουμε ότι αυτό μπορεί να συμβεί μόνο όταν υπάρξει συνάδελφος ο οποίος θα δεχτεί να υπογράψει το σχετικό έγγραφο – γνωμάτευση που θα του προσκομίσει ο εκπαιδευτής (Σχολή οδηγών) χωρίς προηγουμένως να εξετάσει τον ασθενή.

Οι ευθύνες φυσικά των συναδέλφων σε τέτοια περίπτωση είναι βαρύτατες και ο ΙΣΕ τόσο στο παρελθόν όσο και εκ νέου πάλι προέβη και θα προβεί σε αυστηρές οδηγίες και συστάσεις στα μέλη του.

Όλοι δε επιπλέον, πρέπει να είναι ενήμεροι για τις πρόσφατες οδηγίες του Υπουργείου Μεταφορών κατόπιν αποφάσεων της Ευρ. Ένωσης, για συμπλήρωση σχετικού ερωτηματολογίου από τον υποψήφιο οδηγό, πριν την Παθολογική εξέταση, με σκοπό την ανεύρεση περιπτώσεων με προβλήματα υπνηλίας στην οδήγηση, πράγμα που επίσης αυξάνει την πιθανότητα ατυχήματος. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αυτού, είναι υποχρεωτική.

Ζητούμε να απευθύνετε αυστηρές συστάσεις σε όλες τις σχολές οδήγησης της περιοχής ευθύνης σας, ενημερώνοντάς τους και για τις συνέπειες που υπάρχουν από την μη-τήρηση της κείμενης νομοθεσίας και των ορθών κανόνων άσκησης της δραστηριότητάς τους.

Θα επιθυμούσαμε να μας κοινοποιήσετε το παραπάνω έγγραφο και είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση και συνεργασία για την εξάλειψη τέτοιων απαράδεκτων φαινομένων, τα οποία πιστεύουμε ότι δεν αφορούν την πλειοψηφία, τόσο των Σχολών Οδήγησης όσο και των γιατρών – μελών μας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 77ΗΥ

ΑΛΕΞ/ΠΟΛΗ 21-3-2016

Προς

Όλα τα μέλη - Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατρούς του Ι.Σ.Ε.

Κοιν.: ΠΙΣ- Ιατρικοί Σύλλογοι

Αγαπητοί συνάδελφοι

Έρχονται κατά καιρούς στον ΙΣΕ πληροφορίες, αναφορές και παράπονα, ότι στα πλαίσια της ιατρικής εξέτασης οδηγών και υποψηφίων οδηγών:

1. Υπάρχουν παραπομπές από ορισμένες σχολές οδήγησης σε συγκεκριμένους συναδέλφους.

2. Συχνά αναφέρεται ότι ο γιατρός υπογράφει τη σχετική γνωμάτευση, χωρίς να εξετάσει τον οδηγό.

3. Ακόμα χειρότερα, σε ορισμένες περιπτώσεις ο γιατρός υπογράφει τη γνωμάτευση που του φέρνει η σχολή οδηγών, χωρίς καν να δει μπροστά του τον οδηγό (!!).

Ειδικά οι δύο τελευταίες περιπτώσεις, είναι όχι μόνο παράνομες αλλά και επικίνδυνες ως ενέργειες, καθώς αυξάνεται η πιθανότητα να οδηγούν κάποιιοι, έχοντας προβλήματα υγείας που επηρεάζουν σε κρίσιμο βαθμό την οδηγική τους ικανότητα και πολλαπλασιάζουν την πιθανότητα ενός ατυχήματος.

Ζητούμε από τους συναδέλφους να απέχουν οπωσδήποτε από τέτοιες πρακτικές, οι οποίες παραβιάζουν σαφέστατα την Ιατρική Δεοντολογία και την κείμενη νομοθεσία, αλλά και καταρρακώνουν το κύρος του γιατρού.

Δηλώνουμε δε, ότι σε περίπτωση που συνεχιστούν τέτοιες συμπεριφορές, οι λίγοι αυτοί συνάδελφοι, θα παραπεμφθούν άμεσα στο Πειθαρχικό με όλες τις πιθανές συνέπειες και κυρώσεις.

Όσους δεν τους αφορούν τα παραπάνω και είναι σίγουρα η μεγάλη πλειοψηφία των μελών μας, είμαστε σίγουροι ότι συμφωνούν και θεωρούν αυτονόητη την παρέμβασή μας αυτή.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 813ΗΥ ΑΛΕΞ/ΠΟΛΗ 01/09/2016

Προς

1. Υπουργό Ναυτιλίας & Νησιωτικής Πολιτικής

κ.Θεόδωρο Δρίτσα

2. Υπουργό Υποδομών, Μεταφορών & Δικτύων

κ. Χρήστο Σπίρτζη

Κοινοποίηση

1. ΠΙΣ – Ιατρικοί Σύλλογοι 2. ΜΜΕ

Κύριοι Υπουργοί,

Με αφορμή το πρόσφατο τραγικό δυστύχημα στην Αίγινα και την αμφισβητούμενη ιατρική ικανότητα οδήγησης του χειριστή του ταχυπλόου, αλλά και την αποκάλυψη στα ΜΜΕ ότι ο γιατρός που πιστοποίησε την ιατρική ικανότητα του χειριστή, συχνά δεν εξέταζε προσωπικά, ως όφειλε, τους υποψηφίους οδηγούς, ζητούμε να δείτε το ζήτημα πολύ σοβαρά.

Δηλαδή της μη-εξέτασης των υποψηφίων οδηγών (θαλασσίων και κυρίως οδικών μέσω μεταφοράς). Πολύ συχνά ακούγεται το γεγονός που παρουσιάστηκε σε τηλεοπτικό σταθμό, ότι δηλαδή ορισμένες σχολές οδηγών, δίνουν τις σχετικές γνωματεύσεις – πιστοποιητικά υγείας συμπληρωμένα, σε συγκεκριμένους ιατρούς, οι οποίοι τα υπογράφουν χωρίς ουδέποτε να εξετάσουν τους υποψηφίους, ως οφείλουν και όπως «πιστοποιούν» με την ενυπόγραφη γνωμάτευσή τους στο σχετικό έντυπο – πιστοποιητικό υγείας («Πιστοποιώ ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου τον»).

Το γεγονός αυτό, εκτός από αντιδεοντολογικό και παράνομο, που δεν συνάδει με την ορθή άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, είναι σαφώς και επικίνδυνο, καθώς με τον τρόπο αυτό, καθίστανται ΙΚΑΝΟΙ να οδηγήσουν άνθρωποι με σοβαρά προβλήματα υγείας, που αν εξεταζόταν σίγουρα δεν θα έπαιρναν τη σχετική βεβαίωση.

Το τι σημαίνει αυτό, όλοι το αντιλαμβανόμαστε. Ο Ιατρικός Σύλλογος Έβρου, έχει αρκετές φορές απευθυνθεί στα μέλη του για το θέμα αυτό και η τελευταία πολύ πρόσφατα, με δύο έγγραφα, αφενός προς τις διευθύνσεις μεταφορών Ν. Έβρου και αφετέρου στους συναδέλφους - μέλη του (επισυνάπτονται) όπου σαφώς τονίζονται οι κυρώσεις που θα έχει ο γιατρός σε περίπτωση παράβασης της κείμενης νομοθεσίας και των κανόνων της ορθής άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Κύριοι Υπουργοί,

Ζητούμε να ανοίξετε το φάκελο αυτής της πολύ δυσάρεστης και επικίνδυνης κατάστασης, νοοτροπίας και δραστηριότητας ορισμένων, που πλήττει το κύρος του ιατρικού λειτουργήματος, αλλά και των θεσμών και την Ελληνική πολιτεία γενικότερα.

Είμαστε μαζί σας αυτή την προσπάθεια και στη διάθεσή σας να συνεργαστούμε. Δεσμευόμαστε ότι οι συνάδελφοι που θα αποδειχθεί (και δεν είναι δύσκολο τεχνικά αυτό με τις δυνατότητες των υπηρεσιών σας) ότι δεν τηρούν τους κανόνες, θα υποστούν τις συνέπειες που προβλέπονται από τη λειτουργία των Ιατρικών Συλλόγων.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΡΝΑΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

άρθρο



Του Θανάση Μπαντή
Ειδ. Γραμματέα ΙΣΕ

«Κύριε, εύραμεν μια γυναίκα»*

Η ΦΤΕΡΩΤΗ ΝΙΚΗ ΤΗΣ ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ ΩΣ ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΛΩΝ

* Στις 15 Απριλίου του 1865, η αρχαιολογική αποστολή του Γάλλου υποπρόξενου Καρόλου Σαμπουαζό, έκανε ανασκαφές στα βόρεια της Σαμοθράκης. Τότε ένας Έλληνας εργάτης αναφώνησε «Κύριε, εύραμεν μια γυναίκα»! Είχε βρει τα πόδια και τον κορμό της Νίκης της Σαμοθράκης....

Το ιερό της Σαμοθράκης, φημισμένο σε όλη την αρχαιότητα, αποτελείται από ένα σύμπλεγμα κτηρίων αφιερωμένο στους Μεγάλους Θεούς με σκοπό την τέλεση μυστηρίων. Ήταν τόπος λατρείας με πολλούς προσκυνητές να καταφθάνουν ιδίως από τις ελληνικές πόλεις της Μικράς Ασίας, με σκοπό τη συμμετοχή τους σε ιεροτελεστίες. Τον τέταρτο αιώνα π.Χ., οι Μακεδόνες βασιλείς φρόντισαν, υπό μορφή δωρεάς, να διευρύνουν και να βελτιώσουν τις υποδομές των θρησκευτικών κτηρίων καταλαμβάνοντας όλο το έδαφος με επίκεντρο το Ιερό. Το ιερό έπρεπε και αυτό να επεκταθεί, αρχίζοντας τις εργασίες από την πλευρά του βουνού προς τη θάλασσα. Μια μνημειώδης είσοδος χτίστηκε στα ανατολικά και η κορυφή του λόφου στα δυτικά ισοπεδώθηκε για να σχηματίσουν μια πλατεία, στο πλάι της οποίας ανοικοδομήθηκαν κοινόχρηστα κτήρια γενικής χρήσης και καταλύματα των προσκυνητών (Σχήμα 1).

Στο νότιο άκρο της πλατείας προς την πλευρά του λόφου ήταν ο χώρος της Νίκης στο υψηλότερο και παράλληλα το ποιο απομακρυσμένο σημείο του ιερού. Ο «οίκος» της Νίκης ήταν λοιπόν ένα μικρό σχετικά κτήριο, από το οποίο σώζονται μόνον τα θεμέλια, τα οποία εν μέρει προστατεύονται από κατασκευές αντιστήριξης, ενώ τα υπόλοιπα είναι κρυμμένα κάτω από βράχους κατολισθήσεων. Το κτήριο είχε τρεις τοίχους, άνοιγμα από τη πρόσθια πλευρά του σχηματίζοντας προστώο με φορά προς τον βορά καθώς η Νίκη «έπρεπε» να βλέπει τη θάλασσα. Με δεδομένη την εξαιρετική κατάσταση διατήρησης της επιφάνειας των μαρμάρων της Νίκης το κτήριο είναι βέβαιο ότι θα είχε στέγη. Από τα στοιχεία των θεμελίων, η Νίκη είχε τοποθετηθεί όχι κάθετα προς τον πίσω τοίχο του κτηρίου, αλλά σε μια μικρή γωνία έτσι ώστε οι επισκέπτες που εφθάναν από τη στοά προς το προστώο έβλεπαν τα τρία τέταρτα της αριστερής όψης του μνημείου.

Η μνημειακή Νίκη ήταν μόνο ένα από τα αμέτρητα αφιερώματα στο ιερό. Στους Μεγάλους Θεούς της Σαμοθράκης γίνονταν επίκληση από μυημένους για την προστασία από καταστράσεις κινδύνου, όπως για παράδειγμα της απειλής ναυαγίου ή μίας επικείμενης μάχης ή ναυμαχίας.

Έτσι, μια προσφορά που αναπαριστά μια Νίκη στην πλήρη ενός θωρηκτού ήταν η ιδανική για το Ιερό. Ήταν αναμφίβολα αφιερωμένη στην χάρη των θεών μετά από μια νικηφόρα ναυμαχία. Δυστυχώς, οι ανασκαφές δεν έχουν αποκαλύψει την κτητική επιγραφή, η οποία θα μας έδινε πληροφορίες για τη δημιουργία της, το όνομα του δωρητή, και ίσως ακόμη και την ταυτότητα του γλύπτη.

Η νίκη της Σαμοθράκης (Εικόνα 2 και 3) είναι ένα μνημειακό σύμπλεγμα το οποίο αποτελείται από ένα άγαλμα μιας φτερωτής γυναικείας μορφής – Νίκης, αγγελιοφόρου θεάς, πάνω σε μία βάση σε σχήμα πλώρης πλοίου. Το έργο έχει συνολικά 5,57 μέτρα ύψος. Η νίκη ήταν κατασκευασμένη από λευκό μάρμαρο της Πάρου με ύψος βρίσκεται 2,75 μέτρα συμπεριλαμβανομένων και των φτερών. Η βάση (2,01 μέτρα) και το βάθρο (36 εκατοστά) είναι φτιαγμένα από ροδίτικο μάρμαρο σε απόχρωση του γκρι. Η Νίκη αναπαριστάται με μακρύ χιτώνα ο οποίος πέφτει σε πτυχές στα πόδια της. (Σχήμα 4 και 5). Ο ριχτός χιτώνας συγκρατείται από κρυφή κορδέλα η οποία βρίσκεται κρυμμένη μέσα στις πτυχές του χιτώνα στο ύψος των γοφών, ενώ το πάνω μέρος του χιτώνα από μία εμφανή δεύτερη ζώνη κάτω από το στήθος. Οι ρέουσες γραμμές του ενδύματος απεικονίζονται με μεγάλη δεξιοτεχνία καθώς ο

χιτώνας είναι τόσο ανάλαφρα διαμορφωμένος, ιδιαίτερα στην κοιλία και στον αριστερό μηρό, που δίνει την εντύπωση γυμνού δέρματος, ενώ στην ουσία είναι καλυμμένο. Αντίθετα με τον χιτώνα, περισσότερο «χοντροκομμένο» είναι το ιμάτιο της Νίκης ή ο μανδύας, ο οποίος παρουσιάζεται με παχιά βαθιά σκαλίσματα και νωχελικότερες πτυχώσεις. Το ιμάτιο, φοριέται τυλιγμένο γύρω από τη μέση, έχει σμιλευτεί στο αριστερό ισχίο του αγάλματος αφήνοντας το ακάλυπτο, ενώ πλούσιες είναι οι πτυχώσεις του μανδύα ανάμεσα στα πόδια και στο δεξιό σκέλος δίνοντας την εντύπωση του ισχυρού άνεμου της θάλασσας που απωθεί τον μανδύα προς τα δεξιά και πίσω.

Η Νίκη δίνει όλο της το μεγαλείο όταν την παρατηρήσουμε από την αριστερή όψη της (αριστερά 3/4), όπως εξάλλου παρουσιάζεται και σε όλες της φωτογραφίες (Σχήμα 2). Υπό αυτή την γωνία μπορούμε να παρατηρήσουμε ένα ισοσκελές τρίγωνο, όπου η κάθε πλευρά είναι και ένα κάτω άκρο, με τέλος την κορυφή του κορμού. Στο εμβαδόν του τριγώνου αναπαρίστανται οι θαυμάσιες πτυχώσεις, καθώς και η ενεργητική κίνηση προς τα εμπρός (Σχήμα 6). Το εντυπωσιακό σε μέγεθος αριστερό φτερό βρίσκεται σε σχεδόν κάθετη θέση με τον κορμό και προσθέτει σημαντικά στη δυναμική αίσθηση της σύνθεσης (Σχήμα 6). Η πρόσθια όψη είναι δομημένη από τη γραμμή του δεξιού ποδιού και καλύπτεται από το ύφασμα του μανδύα, ενώ το αριστερό πόδι εξ ολοκλήρου κρύβεται πίσω από τις πτυχώσεις του μανδύα. Ο δεξιός ώμος και το στήθος είναι ελαφρώς υπερυψωμένα, υποδηλώνοντας ότι το δεξί χέρι υπήρξε σε έκταση προς τα πάνω. Από την δεξιά όψη του αγάλματος, το σώμα είναι λεπτότερο σε ελαφρά ελικοειδή μορφή. Το γλυπτό είναι πολύ πιο λιτό από αυτή την πλευρά, καθώς πιστεύεται ότι μπορεί να ήταν η αθέατη πλευρά, όπως επίσης και το πίσω μέρος του αγάλματος. Προφανώς ο καλλιτέχνης **εξοικονομούσε «τέχνη»** μόνο για τις περισσότερες εμφανείς όψεις.

Κατά καιρούς υπήρξαν υποθέσεις για τα χέρια της Νίκης, όπως ότι κρατούσε πνευστό ή στεφάνι στο δεξιό της χέρι. Ωστόσο, το χέρι που βρέθηκε στη Σαμοθράκη το 1950 είχε μια ανοιχτή παλάμη και δύο απλωμένα δάχτυλα, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν κρατούσε τίποτα και απλά το έτεινε προς τα άνω σε μια χειρονομία ευγενούς επιβράβευσης ή χαιρετισμού (Εικόνα 7).

Τα δύο κάτω άκρα της (ταρσοί και φάλαγγες) υπήρξαν ξεχωριστά γλυπτά από το υπόλοιπο του αγάλματος και δεν έχουν βρεθεί ποτέ. Το δεξί πόδι έκλινε προς τα εμπρός σαν να επιβιβάζεται σε πλοίο, ενώ το αριστερό της ήταν μετέωρο. Επομένως η Νίκη δεν ήταν σε διασκελισμό, αλλά σε φάση επιβίβασης σε πλοίο. Υποθέσεις που αμφισβητούν και για την κεφαλή του αγάλματος η οποία προφανώς, κοιτάζε ευθεία, ενώ το αριστερό της χέρι, βρισκόταν χαλαρά πεσμένο κάτω και αριστερά στην πλευρά της μορφής.

Οι κύριες συγκρούσεις κατά την Ελληνιστική περίοδο γίνονταν με ναυμαχίες ζωτικής σημασίας για τον έλεγχο του Αιγαίου, μεταξύ των βασιλείων και των διαδόχων που κληροδότησε ο Μέγας Αλέξανδρος. Η βάση της Νίκης της Σαμοθράκης απεικονίζει την πλήρη ενός θωρηκτού πολεμικού πλοίου τυπικής ναυπηγικής της εποχής εκείνης. Η πιο γνωστή ανακάλυψη κατά την εποχή αυτή ήταν η εφεύρεση των ξύλινων κατασκευών με δύο μη ευθυγραμμισμένες σειρές σε σχήμα ορθογωνίου σε κάθε πλευρά του πλοίου για κωπηλατική χρήση. Τα ορθογώνια αυτά αναπαριστώνται στην βάση του αγάλματος και είναι ιδιαίτερα καλά

διατηρημένα. Αλλά το πιο σημαντικό όπλο σε ελληνικό πολεμικό θωρηκτό ήταν το μεγάλο ορειχάλκινο έμβολο, που συνδέεται με την ίσαλο γραμμή, μαζί με ένα μικρότερο έμβολο λίγο υψηλότερα στο στέλεχος. Τα έμβολα από τη βάση της Νίκης έχουν χαθεί εντελώς και προφανώς θα ήταν από το ίδιο υλικό της βάσης. Θα ήταν λαξευμένα σε πέτρα, όπως εκείνες στη βάση του ναυτικού μνημείου στην Αγορά της Κυρήνης στη Λιβύη (Εικόνα 8).

Το άγαλμα της Νίκης της Σαμοθράκης αποτελείται από πολλά κομμάτια μαρμάρου, σκαλισμένα ξεχωριστά και στη συνέχεια συναρμολογούμενα. Αυτή η τεχνική, που χρησιμοποιείται από τους Έλληνες γλύπτες για το κεφάλι και άλλα μέρη που προεξέχουν από το άγαλμα ήδη από την Αρχαϊκή περίοδο, άρχισε να χρησιμοποιείται για τον ίδιο τον οργανισμό κατά την Ελληνιστική περίοδο. Έτσι, το άγαλμα αποτελείται από μεγάλο ενιαίο μάρμαρο κάτω από τα στήθη έως τα πόδια, που ολοκληρώνεται με ένα μικρότερο κομμάτι μαρμάρου για το πάνω μέρος του κορμού και της κεφαλής. Τα όπλα, τα φτερά, τα πόδια, και αρκετά κομμάτια του μανδύα ήταν λαξευμένα ξεχωριστά από πριν και μετά την ολοκλήρωσή τους συναρμολογήθηκαν.

Τα φτερά αποτελούνταν από δύο διαφορετικές μεγάλες μαρμαρίνες πλάκες οι οποίες ενώνονταν στο πίσω μέρος του αγάλματος χωρίς καμία εξωτερική ή εσωτερική υποστήριξη. Το τεράστιο βάρος των φτερών προς τα πίσω με την κίνηση του αγάλματος προς τα εμπρός, πρόσφεραν απίστευτη ισορροπία, η οποία δεν επιτεύχθηκε κατά την συναρμολόγηση των Γάλλων για αυτό τον λόγο χρησιμοποιήθηκαν μοντέρνες αθέατες ενισχύσεις για να σταθεί το άγαλμα όσο το δυνατόν πιο πειστικά.

Πιστεύεται ότι ο καλλιτέχνης της αρχαιότητας, έδωσε ιδιαίτερη σημασία στο σκάλισμα της εξωτερικής όψης του κάθε φτερού, ενώ κατά την εσωτερική επιφάνεια τα σκαλίσματα ήταν περισσότερο λειτουργικά εξισορροπώντας το βάρος του αγάλματος. Επιπλέον δόθηκε και μία επιπρόσθετη κλίση προς τα κάτω, κάθετη στην οριζόντια επιφάνεια των φτερών. Η σύνδεση των φτερών με τον κορμό γινόταν μόνο με δύο μεταλλικά αγκύρια ή βλίτρα. Αυτή η εξαιρετικά ευφυής λύση σήμαινε ότι ο καλλιτέχνης ήταν σε θέση να χρησιμοποιήσει αγκύρια σε ένα μεγάλο μαρμαρίνο έργο, αν και η τεχνική αυτή ήταν συνήθως δυνατή μόνο σε μπρούντζο.

Στη βάση η οποία αποτελείται από 23 ανεξάρτητα κομμάτια μαρμάρου, επιδεικνύεται η ίδια εκπληκτική μαεστρία του λαξευτή και δίνει την αίσθηση ότι το σύνολο ξεφεύγει από τους νόμους της φυσικής. Σε μια ορθογώνια βάση που αποτελείται από έξι παρακείμενες μαρμαρίνες πλάκες έχουν προστεθεί προ τα πάνω δεκαεπτά μαρμαρίνα ανεξάρτητα κομμάτια ενωμένα μεταξύ τους με μεταλλικά βλίτρα σχηματίζοντας τρεις συνολικά οριζόντιες σειρές με μία ελαφρά κλίση προς τα πάνω μιμούμενο την πλήρη πλοίου (Σχήμα 9).

Σύμφωνα με τους ειδικούς η Νίκη της Ελληνιστικής Περιόδου είναι καλλιτεχνικά και ιστορικά συγκρίσιμη **μόνο** με τα αετώματα του Παρθενώνα των Αθηνών (Εικόνα 10). Πιστεύεται ότι ο καλλιτέχνης δυόμισι αιώνες αργότερα, ήθελε να δοκιμάσει τις ικανότητές του ενάντια στους μεγάλους δασκάλους της αττικής γλυπτικής από τον 5^ο αιώνα π.Χ.

Η τεχνική της ξεχωριστής λάξευσης και μετέπειτα συναρμολόγησης εφαρμοζόταν σε μνημειώδη έργα στα εργαστήρια της Μικράς Ασίας, τα Δωδεκάνησα και τις Κυκλάδες. Δεδομένου ότι η βάση της Νίκης είναι από ροδίτικο μάρμαρο πιστεύεται ότι το άγαλμα στο σύνολό του έγινε στη Ρόδο και ότι το έργο ήταν μια προσφορά από τον λαό της Ρόδου στο ιερό της Σαμοθράκης. Ωστόσο, δεν υπάρχει καμία σαφής ένδειξη ότι το άγαλμα, όπως η βάση, φιλοτεχνήθηκε στη Ρόδο, ενώ οι εξαίσεις πτυχώσεις του χιτώνα και του μανδύα σίγουρα απαιτούσαν περισσότερες καλλιτεχνικές ικανότητες από ένα εργαστήριο που σμίλευσε μια χοντροκομμένη βάση.

Άλλο μνημειακό έργο το οποίο δημιουργήθηκε με την ίδια τεχνική με την Νίκη και αποτελεί καλλιτέχνημα απαράμιλλου κάλλους, είναι ο Μεγάλος Βωμός της Περγάμου, ειδικά η ζωφόρος της Γιγαντομαχίας και η διακόσμηση της βάσης. Εκατοντάδες θεοί, θεές, τερατώδεις γίγαντες, λαξευμένοι με έμφαση στην κίνηση και στόχο

την εξάλειψη της στατικότητας του μνημείου, δημιουργούν μια τόσο εντυπωσιακή σχέση μεταξύ της ζωφόρου και του αγάλματος, ώστε είναι πιθανό ότι και τα δύο εξαιρετικά αυτά μνημεία να ήταν το έργο ενός και μόνο καλλιτέχνη, το όνομα του οποίου, δυστυχώς, δεν έχει διασωθεί. (Εικόνα 11). Οι πρόγονοι μας πίστευαν σε θεότητες/έννοιες όπως η νίκη, η ειρήνη, η τύχη, η εκδίκηση και η δικαιοσύνη. Η Νίκη ήταν μία από αυτές τις ενσαρκώσεις. Ήταν μια γυναικεία φιγούρα με μεγάλα φτερά που της επιτρέπουν να πετά στον ουρανό αναγγέλλοντας επί της γης την είδηση της νίκης, είτε σε αθλητικό αγώνα είτε μετά τη μάχη. Είναι ένας αγγελιαφόρος (φέρει την αγγελία ή άγγελος), που μερικές φορές χρησιμοποιεί έναν τηλεβόα για να ακουστεί το μήνυμά της καλύτερα. Καθώς πετά, φέρνει το έμβλημα της νίκης - ένα στέμμα στην παλάμη για τον νικητή, ένα τρόπαιο όπλων, ή ένα ναυτικό τρόπαιο. Μόλις επιστρέψει πίσω στη γη, παίρνει μέρος στην σπονδή ή θυσία από τον νικητή για να ευχαριστήσει τους θεούς.

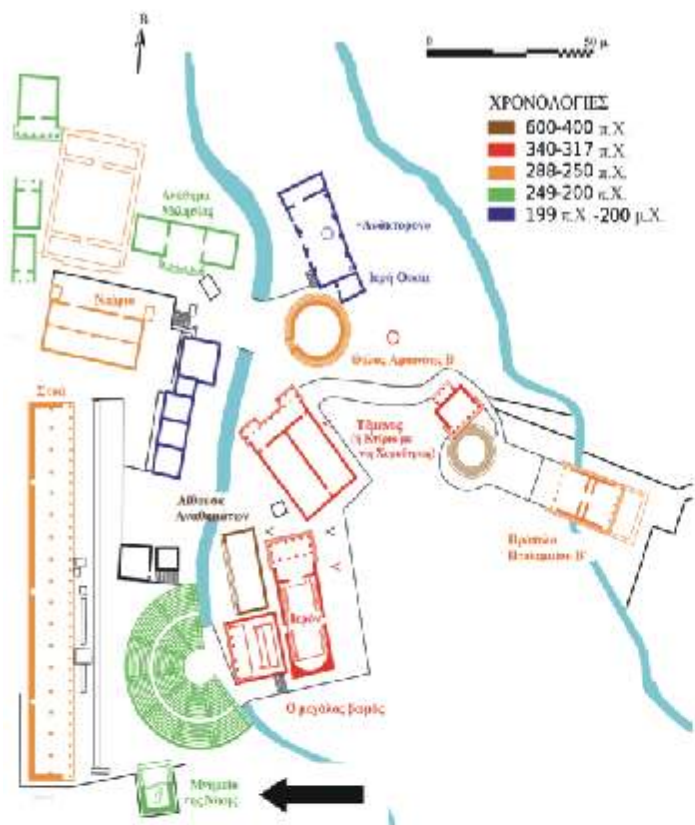
Γενικά η Νίκη ήταν μια εξαιρετικά διακοσμητική φιγούρα που εμφανίστηκε ευρέως στην ελληνική τέχνη από την αρχαϊκή περίοδο (6^ο αιώνα π.Χ.) και μετά. Συναντάται με μια ποικιλία μορφών σε αγάλματα, ανάγλυφα, αγγεία, νομίσματα και πήλινα ή χάλκινα ειδώλια. Τέτοια στοιχεία ακολούθησαν την υφολογική εξέλιξη της ελληνικής τέχνης, που υποβάλλονται σε συνεχή εξέλιξη. Η Νίκη της Σαμοθράκης ως αναπαράσταση εικόνας, εμφανίζεται σε πολλά έργα τέχνης κατά την Ελληνιστική περίοδο.

Οι Ρωμαίοι ανακάλυψαν τη θεά Νίκη όταν κατέλαβαν τον ελληνικό κόσμο. Αμέσως υιοθετήθηκε και προσαρμόστηκε ως σύμβολο της κυριαρχίας του τότε γνωστού κόσμου (orbis) της Ρώμης, μια ενσάρκωση της αυτοκρατορικής εξουσίας, και έμβλημα της δύναμης του ρωμαϊκού λαού. Αυτή αναπαριστάται σε όρθια θέση κρατώντας με το ένα της χέρι μία σφαίρα και με το άλλο να στεφανώνει τον αυτοκράτορα, ο οποίος είναι οπλισμένος με μια ασπίδα με επιγραφή τη δόξα της Ρώμης. Γενικά η όλη εμφάνιση ήταν όμοια με αυτή της ελληνιστικής τέχνης όρθια, φορώντας γυναικείο χιτώνα ζωσμένο κάτω από το στήθος καλύπτοντας όλο το σώμα και δίνοντας έμφαση στους γοφούς (Εικόνα 12).

Με την έλευση του Χριστιανισμού ήρθαν οι αγγελιαφόροι ή οι Άγγελοι του Θεού. Οι Άγγελοι κρατώντας σφαίρες και σταυρούς στάθηκαν κοντά στον Θεό ως αναπαραστάσεις της δύναμης και της δόξας του. Ωστόσο, οι Άγγελοι που εμπνευστήκαν από τις ελληνικές και ρωμαϊκές αναπαραστάσεις της Νίκης, είχαν εικόνα μάλλον διαφορετική. Παλαιοχριστιανικές απεικονίσεις Αγγέλων παρουσιάζονταν με ένα φωτοστέφανο και ενδεδυμένοι με ανδρική περιβολή, με ένα φαρδύ χιτώνα με φαρδιά μανίκια και από πάνω μακρύ μανδύα, ντυμένο διαγώνια στο στήθος και πάνω από τον δεξιό ώμο. Ήταν φερωτός αγγελιοφόρος που κατέβηκε από τον ουρανό για να αναγγείλει το θέλημα του Θεού στην ανθρωπότητα. (Εικόνα 13).

Στην Αγία Γραφή και Ιερά Παράδοση φιλοξενούνται πολυάριθμες μαρτυρίες σχετικά με την ύπαρξη και τη δράση των αγγέλων. Μετά από την πτώση των πρωτοπλάστων Άγγελοι φυλάσσοντο Παράδεισο, Άγγελοι διδάσκουν στον Αδάμ τον τρόπο καλλιέργειας της γης, ενώ Άγγελοι εμφανίζονται στον Αβραάμ, τον Λωτ, κατά την έξοδο των Ισραηλιτών από την Αίγυπτο και σε πολλούς από τους Προφήτες. Στο κείμενο της Καινής Διαθήκης οι Άγγελοι μνημονεύονται σε πολλά χωρία, εκ των οποίων τα ενδεικτικότερα είναι κατά τον Ευαγγελισμό της Θεοτόκου και καθ' όλη την πορεία του Ιησού από τη Γέννηση μέχρι και την Ανάληψή του.

Οι Άγγελοι παρουσιάστηκαν με γυναικεία ρούχα στα τέλη της μεσαιωνικής περιόδου. Ο μανδύας δεν ήταν τίποτε περισσότερο από ένα ενιαίο ένδυμα, ιδιαίτερα όμως κομψό με σφιχτά μανίκια που συγκρατείται σφιχτά ψηλά στη μέση λίγο κάτω από το στήθος. Η ιταλική τέχνη το 15^ο αιώνα, γνωστή ως **Quattrocento** επέστρεψε στα παλαιά ελληνιστικά μοντέλα και οι άγγελοι άρχισαν να μοιάζουν με γυναικείες νίκες, παρόλο που το χριστιανικό πλαίσιο δεν αφήνει καμία αμφιβολία ως προς την ταυτότητά τους. (Εικόνα 14).



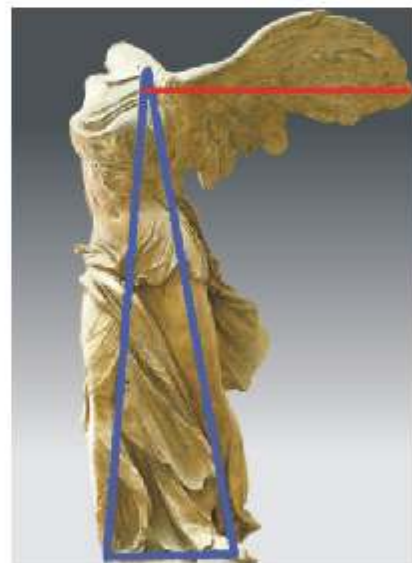
Σχήμα 1: Τοπογραφικό σχήμα του συμπλέγματος του Ιερού των Μεγάλων Θεών. Με το μαύρο βέλος καταδεικνύεται ο χώρος στέγασης του μνημείου της Νίκης. Στην νότια πλευρά του Ιερού στους πρόποδες του βουνού με προσανατολισμό προς την θάλασσα.



Εικόνα 2 και 3: Η φτερωτή Νίκη της Σαμοθράκης σε αριστερή όψη (2) και πρόσοψη (3).



Σχήμα 4 και 5: Λεπτομέρεια του γλυπτού. Ο ριχτός χιτώνας παρουσιάζεται με το κόκκινο περίγραμμα, εξαιρετική λεπτομέρεια αποτελεί η κοιλία, ο αριστερός μηρός και η κορδέλα κάτω από το στήθος του αγάλματος η οποία συγκρατεί τον χιτώνα. Αντίστοιχα με μπλε περίγραμμα παρουσιάζεται ο μανδύας ο οποίος φαίνεται σαν πεσμένος ή τείνει να πέσει μπροστά από το δεξιό πόδι της Νίκης.



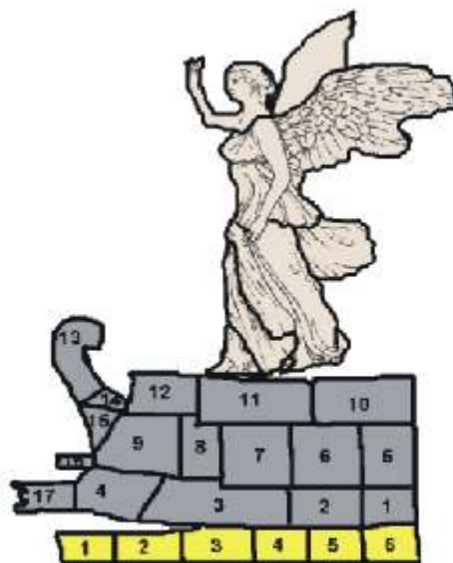
Σχήμα 6: Η αριστερή όψη της Νίκης (αριστερά 3/4) και ο σχηματισμός του ισοσκελούς τριγώνου ο οποίος αναπαριστάται με μπλε χρώμα. Με κόκκινη ευθεία γραμμή παράλληλη με το έδαφος παρουσιάζεται η σχεδόν οριζόντια θέση του φτερού σε σχέση με τον κορμό.



Εικόνα 7: το χέρι που βρέθηκε στη Σαμοθράκη το 1950 και ανήκει χωρίς την παραμικρή αμφιβολία στην Νίκη σε χειρονομία ευγενούς επιβράβευσης ή χαιρετισμού.



Εικόνα 8: Η Νίκη ναυτικό μνημείο στην Αγορά της Κυρήνης στη Λιβύη. Παρατηρούνται καταπληκτικές ομοιότητες με την Νίκη της Σαμοθράκης. Επιπροσθέτως διατηρούνται και τα δύο έμβολα στην πλήρη του θωρηκτού.



Σχήμα 9: Η απεικόνιση της πλήρης του θωρηκτού ως βάση του αγάλματος. Με κίτρινο χρώμα απεικονίζεται η βάση που αποτελείται από έξι μαρμαρίνες πλάκες και προς τα πάνω, με γκρι χρώμα δεκαεπτά μαρμάρινα ανεξάρτητα κομμάτια ενωμένα μεταξύ τους.



Εικόνα 10: Λεπτομέρειες γυναικείας μορφής προερχόμενη από τα αετώματα του Παρθενώνα των Αθηνών (Βρετανικό Μουσείο)



Εικόνα 11: ο Μεγάλος Θωμός της Περγάμου «Η Γιγαντομαχία». (Μουσείο Περγάμου Βερολίνου)



Εικόνα 12: Η απεικόνιση της Νίκης Victoria σε νόμισμα της δυτικής Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας.



Εικόνα 14: Άγγελος Κυρίου μετά τα τέλη του μεσαίωνα κατά την ιταλική τέχνη μετά το 15° αιώνα.



Εικόνα 13: Άγγελος Κυρίου κατά τη Ορθόδοξη Χριστιανική Παράδοση.



άρθρο

ΘΩΜΑ ΒΙΝΙΚΙΟΥ

(ΘΩΜΑ ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ)

“ΠΑΝΘΕΣΣΑΛΙΚΟ,
ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΟ ΛΕΥΚΩΜΑ
ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΟ

«Ὅθεν εἶνε διαβατάρακο πουλί, ποῦ γιὰ μιὰ μέρα
σχοῦει τὰ νέφη καὶ περνᾷ γοργὰ σὰν τὸν ἀέρα,
οὔτε κισσός, π' ἀναίσθητος τὴν πέτρα περιπλέκει,
οὔτ' ἀστραπή, ποῦ σβύναται χωρὶς ἀστροπελέκι,
ὅθεν εἶνε νεκροθάλασσα, θοή χωρὶς σισιμὶ,
νοιώθω γιὰ σέ, Πατρίδα μου, στὰ σπλάχνα μου χαλασμέ»

ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ ΒΛΑΔΡΙΤΗΣ

• ΕΤΟΣ ΠΡΩΤΟ •

ΒΟΛΟΣ

1927

άρθρο



ΒΕΣΣΑΛΟΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ



ΜΕΡΙΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΑΙ
ΔΙΑ ΤΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

ὑπό κ. Γεωργίου Δ. Σταμοπούλου
Ἱατροῦ Παθολόγον - Παιδιάτρον

Μιά φιλοδοξία εἶχαμε. Νά βγάλουμε στό φῶς τίς ἀξίες ἐκεῖνες ποῦ μποροῦν νά ὠφελήσουν τήν Κοινωνία. Σήμερα παρουσιάζουμε τόν ἐγκοιτο Ἱατρό τοῦ Βόλου, Παθολόγο-παιδιάτρο κ. Γεώργιον Δ. Σταμοπούλον μέ τήν ὠφελιμιστική του μέλετη «μερικαί ιατρικαί συμβουλαί διά τās μητέρας».

Αἱ μητέρες μέ ἰδιαίτερη χαρά θά διαβάσουν τίς ἐπιστημονικές ιατρικές συμβουλές τοῦ φίλου ἱατροῦ κ. Γ. Δ. Σταμοπούλου.

- 1) Τό βάρος τοῦ νεογνοῦ κατὰ τήν γέννησίν του κυμαίνεται, περί τās 2 1)2 ὀκάδας.
- 2) Τό μητρικόν γάλα δέν δύναται νά συγκριθῇ μέ οἷονδῆποτε. Ἄλλο τοιοῦτον ἀποτελεῖ τόν φυσικόν θηλασμόν τοῦ μικροῦ μέχρις ὁρισμένης ἡλικίας.
- 3) Ἡ φύσις προέβλεψεν, ἵνα τὸ γάλα τῆς μητρὸς προσαρμόζηται ἐκάστοτε μέ τήν ἀξάνουσαν ἡλικίαν τοῦ παιδιοῦ.
- 4) Ἀπαραιτήτως, κανονικῶς ἐχόντων τῶν πραγμάτων, ἡ χορήγησις τοῦ γάλακτος τῆς μητρὸς πρέπει νά γίνηται μέχρι τοῦ 16ου μηνός, ἐνίοτε δὲ καί πέραν τούτου ὕψιστα-μένου ὅμως κωλύματος, καθίσταται ἀπολύτως ἀναγκαῖον, ὥπως διατηρηθῇ ὁ φυσικὸς θηλασμός τοῦλάχιστον μέχρις ἑξ μηνῶν (6).
- 5) Τās ἀποδείξεις τοῦ φυσικοῦ θηλασμοῦ μόνον ἡ ἐπέμβασις τοῦ Ἱατροῦ θά τās κανονίσῃ, ὡς καί τήν ἀνεπαρκῆ ἔκκρισιν τοῦ γάλακτος.
- 6) Αἱ μητέρες ὡς ἦναι ἀπηλλαγμέναι ἠθικῶν συγκινήσεων νά μὴ ὑποβάλλωνται δὲ εἰς ψυχικὰς καὶ σωματικὰς ὑπερκοπώσεις: Πάντα ταῦτα ἐπιδρῶσι πολὺ ἐπιβλαβῶς ἐπὶ τῆς ἐκκρίσεως τοῦ γάλακτος, ἀλλὰ καί τήν τελείαν διάκοπὴν αὐτοῦ δύνανται νά προκαλέσωσιν.
- 7) Ἀπαγορεύεται ἡ πρόσληψις τροφοῦ λόγῳ νεωτερισμοῦ τρόπον τινὰ ἢ ἐκ προκαταλήψεως ὅτι δῆθεν ἡ μήτηρ δέν θά δυνηθῇ ν' ἀντεπεξέλθῃ εἰς τήν γαλούχησιν τοῦ παιδός της, ὅταν ὑγιῶς ἔχῃ.
- 8) Ἐὰν ἀνωτέρα βία ἐπιβάλλῃ τήν πρόσληψιν τροφοῦ, δεόν αὕτη νά προσαρμόζηται πρὸς τήν ἀπαιτουμένην ἡλικίαν ἥτοι νά μὴ ὑπερβαίνει τοῦλάχιστον τὸ 35ον τριακοστὸν πέμπτον ἔτος τῆς ἡλικίας της, νά μὴ ἦναι δὲ καί μικροτέρα τῶν εἴκοσι τριῶν (23) ἑτῶν ἀλλὰ καί ἡ διαφορὰ τῆς ἡλικίας τοῦ βρέφους της ὡς πρὸς τὸ θηλασθησόμενον τοιοῦτο νά μὴ ἦναι μεγαλυτέρα τῶν (6) ἑξ μηνῶν.
- 9) Εὐχῆς ἔργον θά ἦναι ἡ προσλαμβανομένη τροφὸς νά ὑποβάλληται τὸ πρῶτον εἰς ἱατρικὴν ἐξέτασιν.
- 10) Ἡ θηλάζουσα μήτηρ ἢ τροφὸς ὀφείλει νά δίδῃ προσοχὴν καί εἰς τās τροφὰς δι' ὧν τρέφεται, ἀποφεύγουσα κατὰ τὸ δυνατόν τὰ καρυκεύματα καί τελείως τὰ οἶνοπνευματώδη ποτὰ τὰ ἄκρατα, ποιούμενη χρῆσιν ἐλαφροτάτου, ἐὰν θέλῃ οἶνον, κατὰ πολὺ δηλαδὴ ἡραιωμένου ἢ ἐλαφροτάτου ζύθου.
- 11) Ἀπαραιτήτως ἐπιβάλλεται ἡ χορήγησις εἰς τήν τροφὸν διαφόρων ὑγρῶν ἥτοι ἐγχυμάτων καί ὕδατος καθαροῦ, συμποσούμενων καθ' ἡμέραν περί τās (2) δύο λίτρας.

άρθρο

12) Πρὸ τοῦ θηλασμοῦ καὶ μετὰ τοῦτον ἐπιβάλλεται ἡ πλύσις διὰ βεβρασμένου ὕδατος τῶν θηλῶν τοῦ μαστοῦ.

13) Προκειμένου περὶ ἀποθηλασμοῦ οὗτος πρέπει νὰ μεσολαβῇ ἀπὸ τοῦ 15ου δεκάτου τέμπτου μηνὸς μέχρι τοῦ 18ου δεκάτου ὁγδόου οὐχὶ δὲ ἀποτόμῳ, ἀλλὰ δι' ἀντικαταστάσεως ἐπὶ δέκα (10) περίπου ἡμέρας ἑνὸς θηλασμοῦ διὰ κανονικῆς ποσότητος γάλακτος ἀποστειρωμένου, ἀντικαθιστῶτες εἴτα δεύτερον φυσικὸν θηλασμόν διὰ κανονικῆς ποσότητος πάλιν γάλακτος ἐπὶ δέκα περίπου πάλιν ἡμέρας καὶ οὕτω καθεξῆς, ὥστε ἐντὸς περίπου 1 1/2 ἐνὸς καὶ ἡμίσεως μηνὸς συντελεῖται πλήρως ὁ ἀποθηλασμός.

14) Ὁ ἀπότομος ἀποθηλασμός ἀπορριπτέος ἐπιβαλλόμενος μόνον εἰς ἐξαιρετικὰς περιπτώσεις προερχομένας ἐκ τῆς μητρὸς.

15) Ἀναλόγως τῆς καταστάσεως τοῦ πεπτικοῦ συστήματος τοῦ παιδὸς δυνάμεθα νὰ χορηγῶμεν ἀπὸ τοῦ ὁγδόου καὶ πέραν μηνὸς ἐλαφρὰν πούπαν προερχομένην ἐξ ἄχνης κριθῆς ἢ ὀρυζῆς.

16) Ὡς ποτὸν τοῦ μικροῦ παιδὸς ἔστω τὸ γάλα καὶ τὸ καθαρὸν ὕδωρ.

17) Τὸ κρέας δὲν πρέπει νὰ χορηγηθῇ εἰς τὸ παιδίον πρὸ τοῦ δεκάτου ἐννάτου 19ου μηνός· τὸ πρῶτον ἐλάχιστον καὶ κυρίως λευκόν, ὡς τὸ τῆς ὀρνίθου ἢ ἀμνοῦ βρασμένου τελείως καὶ δις μόνον τῆς ἐβδομάδος.

18) Αὔξανομένης τῆς ἡλικίας προβλίνομεν εἰς ἐλάττωσιν τοῦ γάλακτος, χορηγοῦντες μεγαλυτέραν κατὰ τι ποσότητα κομπύστας, ἀλεύρων τῶν διμητριακῶν καρπῶν καὶ σούπας ἐκ ζυμαρικῶν.

19) Ἡ πρώτη ὀδοντοφυΐα ἄρχει ἀπὸ τοῦ 6ου ἔκτου περίπου μηνός· πᾶσα δὲ ἐπιβράδυνσις αὐτῆς εἶναι ἀντιφυσιολογική.

20) Ὅσον ἐπιβραδύνεται αὕτη, τόσον πειθόμεθα ὅτι τὸ παιδάκι εἶναι δυσκρασικό· διὰ τὴν τυχοῦσαν τοιαύτην ἐπιβράδυνσιν ἀποτανθῆτε πρὸς τὸν Ἱατρόν σας, διότι ἀσφαλῶς ὑπάρχει σοβαρὰ αἰτία παρακωλύουσα ταύτην.

21) Ἡ ὀδοντοφυΐα οὐδέποτε προκαλεῖ νόσον.

22) Καλὸν θὰ ἦναι νὰ ἐγκαταλειφθῇ ἡ γνώμη, ἡ ὁποία ἐπικρατεῖ εἰς πλείστας οἰκογενείας, καθ' ἣν πᾶσα περεμπύπτουσα νόσος κατὰ τὴν περίωδον τῆς ὀδοντοφυΐας συγχίζεται πρὸς ταύτην.

23) Ἡ θερμοκρασία τοῦ νεογνοῦ χάνεται εὐκόλως καὶ εἰς τοῦτο ἀπαιτεῖται μεγάλη προσοχὴ ἰδίως κατὰ τὰς ἐποχὰς τοῦ ψύχους. Τὰ ἐνδύματά του ἄς ἦναι περισσότερα, ἀλλὰ λεπτὰ ὅσον τὸ δυνατόν.

24) Αἱ μητέρες ἄς ἀποφεύγωσι νὰ σπαργανῶσι τὸ νεογνόν, διότι κατ' αὐτὸν τὸν τρόπον ἐμπροδίζουσι τὰς ἐλευθέρας κινήσεις τῶν μελῶν καὶ πρὸ παντὸς τὴν κατὰ φύσιν ἀνάπτυξιν τοῦ στήθους.

25) Τὰ σπάργανα πρέπει νὰ πλύνωνται καθαρῶς καὶ τελείως ν' ἀποξηραίνωνται εἰς καθαρὸν περιβάλλον.

26) Τὸ δωμάτιον τοῦ παιδιοῦ ἄς ἦναι εὐρύχωρον, ἀπλοῦν, ἀπηλλαγμένον περισσῶν ἐπίπλων, παραπετασμάτων κτλ. ἡ δὲ θερμοκρασία αὐτοῦ περὶ τοὺς 25ο.

27) Ἡ μήτηρ ἄς μὴ προσλαμβάνῃ κοιμωμένη τὸ παιδί της εἰς τὴν ἰδίαν κλίνην.

28) Τὸ μικρὸν θὰ κοιμᾶται εἰς τὸ λίκνον του, τὸ ὁποῖον πρέπει νὰ ἦναι ἄρκετὰ εὐρύχωρον, ἡ δὲ στρωμνὴ του ξηρὰ καὶ τὸ σκέπασμά του ἐλαφρόν· κατὰ τὰς ψυχρὰς ἐποχὰς ἄς ἦναι διπλοῦν καὶ ἐλαφρὸν παρὰ ἀπλοῦν καὶ βαρὺ. Δὲν θὰ σκεπάζεται ἡ κεφαλὴ καὶ ὁ τράχηλος.

29) Ἡ μήτηρ πρέπει νὰ ἐπιμελῆται τῆς αὐστηρᾶς σωματικῆς καθαριότητος τοῦ μικροῦ.

άρθρο

30) Οἱ μηροὶ καὶ οἱ γλουτοὶ νὰ καθαρίζωνται διὰ καθαροῦ βάμβακος καὶ βεβρασμένου ὕδατος μετὰ πᾶσαν κένωσιν καὶ οὖρησιν.

31) Ἀπαγορεύεται ἡ ἔξοδος κατὰ τὰς βροχερὰς ἡμέρας καὶ κατὰ τὰς χειμερινὰς, ὅποτε ἡ ἐξωτερικὴ θερμοκρασία εἶνε πολὺ χαμηλὴ ἢ ὅταν φυσᾷ σφοδρὸς ἄνεμος.

32) Εἰς παιδίον γεννηθὲν κατὰ τὸ θέρος ἐπιτρέπεται νὰ λάβῃ χώραν ἡ πρώτη ἔξοδος μετὰ τὴν 15ην ἡμέραν ἀπὸ τῆς γεννήσεώς του κατὰ δὲ τὸν χειμῶνα οὐχὶ πρὸ τῆς παρυσέως τριάνοντα τοῦλάχιστον ἡμερῶν.

33) Διὰ τὴν παραθαλάσσιαν διαμονὴν τοῦ παιδιοῦ πρέπει νὰ γνωματεύσῃ ὁ ἰατρός.

34) Τὸ παιδίον πρέπει νὰ λαμβάνῃ κατ' οἶκον τρεῖς τοῦλάχιστον τῆς ἐβδομάδος λουτρὸν θερμὸν ἀπὸ τῆς γεννήσεώς του μέχρι τοῦ τρίτου βου μηνός, ἐπέκεινα ἅπασι τῆς ἐβδομάδος.

35) Τὸ πρῶτον λουτρὸν ἃς διενεργῇται μετὰ παρέλευσιν περίπου ἐβδομάδος ἀπὸ τῆς γεννήσεώς του καὶ τοῦτο ἐκ φόβου μολύνσεως ἐκ τοῦ ὀμφαλίου λώρου, ἡ θερμοκρασία ἃς κυμαίνεται περὶ τοὺς 38ο, δι' ὕδατος καλῶς βεβρασμένον.

36) Τὰ λουτρά θὰ μεσολαβῶσιν οὐχὶ ἀμέσως μετὰ τὸ γεῦμα, ἀλλὰ μετὰ κενὸν τὸν στόμαχον 2 1)2 τοῦλάχιστον ὥρας μετὰ τὸ γεῦμα.

37) Μὴ βιάζεστε ποτὲ τὸ παιδίον νὰ βαδίσῃ, υποβοηθήσατέ το μόνον, ὅταν ἀρχίσῃ νὰ βαδίζει.

38) Αἱ σπουδαὶ τοῦ παιδιοῦ ἀρχονται ἀπὸ τοῦ 5ου πέμπτου ἔτους· τὸ πρῶτον ὀλιγόστιγμοι καὶ διασκεδαστικά.

39) Πρέπει νὰ μᾶς ἐλκύῃ τὴν προσοχήν, ὅσον ἀφορᾷ ἡ στάσις τοῦ σώματος, τὴν ὁποίαν θὰ κατέχῃ ὁ μικρὸς κατὰ τὴν σπουδὴν, διότι μειονεκτικὴ τοιαύτη στάσις μεσολαβοῦσα ἐπὶ χρόνον τινα, γίνεται πρόξενος ἀνεπανορθώτων σωματικῶν βλαβῶν.

30) Αἱ μέτριοι κατ' ἀρχὰς καὶ μεθοδικαὶ ἀσκήσεις τὰ μάλα ὀφελούσιν, ὅσον ἀφορᾷ τὴν σωματικὴν ἀνάπτυξιν.

41) Ὁ ἀθλητισμὸς ἃς μὴ συνιστᾶται ὡς ἀνήκων εἰς ὁργανισμοὺς τελείως ἀνεπτυγμένους.

42) Ἐν γένει ἀπαγορεύονται αἱ κοπώσεις αἱ ὑπερβολικαὶ σωματικαὶ καὶ πνευματικαί.

43) Τὸ καθήκον τῆς μητρὸς πρὸς τὰ τέκνα της εἶναι διττόν, ἀναγόμενον εἰς τὴν καλὴν σωματικὴν διατροφήν, ἡ ὁποία θὰ ἐπιτύχῃ τὴν ἀρτίαν σωματικὴν διάπλασίν του καὶ δεύτερον εἰς τὴν πνευματικὴν αὐτῶν ἀνάπτυξιν. Ἀμφότερα ταῦτα ἐξαργυρῶνται περισσότερον ἐκ τῆς μητρὸς ἢ τοῦ πατρὸς λόγῳ τοῦ ὅτι αὕτη τὸν πλεῖστον χρόνον τῆς ἡμέρας τὸν διέχειται πλησίον τῶν τέκνων της.

44) Ὅταν τὸ παιδάκι ἀρχίζῃ ν' ἀντιλαμβάνηται καὶ ν' ἀριθρῶνῃ λέξεις μὴ τὸ κουράζεται μὲ πολλὰ καὶ ποικίλλα ὀνόματα ἀναφερόμενα εἰς διάφορα ἀντικείμενα.

45) Ὅμιλεῖτε πρὸς αὐτὸ μὲ γλυκὴν τρόπον καὶ καθαρὰς τὰς συλλαβάς.

46) Μὴ συνειθίζετε νὰ ἐλιπλήττειτε τὸ μικρό.

47) Φροντίζετε πάντοτε νὰ τὸ καλλιεργῇτε τὴν φιλοτιμίαν του διὰ καλῶν συμβουλῶν καὶ παραδειγμάτων καὶ ὁμοίων ἀφηγημάτων.

48) Μὴ μεταχειρισθῇτε τὴν βίαν.

49) Μὴ προτιμήσητε νὰ τρομάξητε ἔστω καὶ μίαν φορὰν τὸ παιδάκι μεταχειριζόμεναι διάφορα μέσα, τὰ ὁποῖα κατὰ τὴν γνώμην σας θὰ ἐπέφερον ἀμέσως τὸ ποθοῦμενον ἀποτέλεσμα π. χ. ὅταν κλαίῃ.

Πάντα ταῦτα ἀφῇνουσι ἀνεξίτηλα ἔχνη ἐπὶ τῆς ψυχῆς του.

50) Μὴ συζητῇτε θεωροδοῶς ἐνώπιόν του, οἵασδήποτε φύσεως συζητήσιν.

άρθρο

51) Μὴ ἀφηγήσθε ἐπὶ παρουσίᾳ του τρομακτικὰ γεγονότα.

52) Ἡ μήτηρ ὡς ἔχη ὡς κύριον μέλημά της, ὅπως τὸ παιδί της πρὸ τῆς εἰς τὸ σχολεῖον φοιτήσεώς του, μένη πάντοτε πλησίον της ἐπιμελουμένη τῆς καλῆς ἀνατροφῆς του.

53) Ὅφείλει νὰ προσέχη πάντοτε τὴν συνανατροφὴν του εἰς κάθε δὲ τυχὸν παρεκτροπὴν του νὰ προσπαθῇ νὰ τὸ ἐπαναφέρῃ διὰ καλῶν νοουθεσιῶν, ποιουμένη χρῆσιν, ἀν αὕτη κρίνῃ σύμφωρον τὴν ἐπέμβασιν τοῦ πατρὸς.

54) Τοιαύτη τις μέριμνα ἐκ μέρους τῶν γονέων ἀναγομένη καὶ εἰς τὴν παρακολούθησιν τῆς ἐν τῷ σχολείῳ προόδου καὶ γενικῶς εἰς τὴν καθόλου διαμόρφωσιν καλοῦ χαρακτῆρος μέχρι τῆς ἐφηβικῆς καὶ πλεόν ἡλικίας δὲν δύναται παρὰ ν' ἀποδόσῃ τοὺς καρπούς της.

Ἐν Βόλῳ τῇ 20 Σεπτεμβρίου 1926

ΓΕΡΓ. Δ. ΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
ἰατρός

«ΠΑΝΘΕΣΣΑΛΙΚΟ ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΟ ΛΕΥΚΩΜΑ»
ΘΩΜΑ ΒΙΝΙΚΙΟΥ

Το βιβλίο αυτό βρίσκεται στην οικογενειακή μας βιβλιοθήκη. Ανήκει στον παππού μου, Αθανασίου Περιστερή, ο οποίος απεβίωσε το 1933 στο Βόλο.

Όλα τα βιβλία τα έχω διαβάσει πολλές φορές. Κάθε φορά όμως ανακαλύπτω νέα στοιχεία. Σε μια από τις τελευταίες αναγνώσεις του ημερολογιακού λευκώματος ανακάλυψα μελετώντας προσεκτικότερα το άρθρο του συναδέλφου παιδίατρου Γ. Σταμόπουλου. Με μια πρώτη ματιά, αυτό που κάνει ιδιαίτερη εντύπωση είναι το πόσο επίκαιρο είναι, παρόλο που γράφτηκε το 1926. Ύστερα από αυτή τη προσεκτικότερη μελέτη, γρήγορα καταλαβαίνει κανείς ότι οι νεότεροι παιδίατροι θα συμφωνούσαν με τις περισσότερες προτάσεις του άρθρου.

Οι επιφυλάξεις μου/τουλάχιστον με τα δεδομένα που έχουμε σήμερα στη διάθεση μας, εντοπίζονται:

1) Στο θέμα της διατροφής, ειδικά στην είσοδο του κρέατος που μπαίνει σήμερα τουλάχιστον στον 7^ο μήνα ζωής του βρέφους χωρίς να γνωρίζουμε ποιο από τα δύο είναι το σωστό, το παλιό ή το καινούργιο;

2) Στην έξοδο των βρεφών με άσχημες καιρικές συνθήκες. Εδώ υπάρχει πλήρη διαφωνία γιατί τα βρέφη πρέπει να βγαίνουν έξω με όλες τις καιρικές συνθήκες.

Τέλος αυτό που θέλω να επισημάνω και φαίνεται κατά τη γνώμη μου ξεκάθαρα μέσα από το άρθρο, είναι ότι κάποιες θεωρίες είναι διαχρονικές και στηριζόμενοι σε αυτές προχωράμε έχοντας πάντα σαν στόχο την βελτίωση της υγείας των βρεφών.

ΚΑΦΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ :
ΜΑΡΙΑ ΤΑΡΤΑΝΗ - ΑΓΑΠΙΔΟΥ ΑΝΘΟΥΛΑ
ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ

Επιστήμη και Υγεία

ΑΜΒΛΥΩΠΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ



Δρ Ανδρέας Παπανδρούδης
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Παραθέτοντας το έντυπο της Ελληνικής Εταιρείας Παιδοφθαλμολογίας και Στραβισμού, οφείλω να ενημερώσω πολύ σύντομα τους συναδέλφους (μη-οφθαλμιάτρους) και όχι μόνο, για την μεγάλη αξία της προληπτικής οφθαλμολογικής εξέτασης. Ο σκοπός της είναι η έγκαιρη διάγνωση καταστάσεων οι οποίες μπορούν, αν δεν ανακαλυφθούν και αντιμετωπισθούν έγκαιρα, να προκαλέσουν αμβλυωπία («τεμπέλικο μάτι»).

Είναι δε επιβεβλημένο, να γνωρίζουν άπαντες, ότι όσο νωρίτερα διαγνωσθεί η αμβλυωπία, τόσο αποτελεσματικότερη είναι η θεραπεία της, ενώ δεν θεραπεύεται αν διαγνωσθεί μετά την ηλικία 6-7 ετών, οπότε ολοκληρώνεται η ανάπτυξη της όρασης του παιδιού.

Καταστάσεις οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν αμβλυωπία είναι:

1. Διαθλαστικές διαταραχές (μυωπία, υπερμετρωπία, αστιγματισμός).
2. Ανισομετρωπία (μεγάλη διαφορά διάθλασης των δύο ματιών).
3. Στραβισμός.
4. Βλεφαρόπτωση μεγάλου βαθμού.
5. Θολώσεις των διαφανών μέσων (κερατοειδή, φακού-συγγενής καταρράκτης, θολώσεις υαλοειδούς).

Όλες οι παραπάνω καταστάσεις, αν εμφανιστούν κατά την ευαίσθητη περίοδο ανάπτυξης της όρασης, (δηλαδή πριν το 6^ο - 7^ο έτος της ζωής) μπορούν να προκαλέσουν αμβλυωπία, δηλαδή πολύ χαμηλή, μη διορθώσιμη όραση, του ενός ή και των δύο οφθαλμών. Υπενθυμίζεται ότι αν η αμβλυωπία διαγνωσθεί καθυστερημένα, δεν θεραπεύεται και το άτομο έχει στον ένα ή και στους δύο οφθαλμούς, χαμηλή, μη-διορθώσιμη όραση για όλη του τη ζωή.

Αξίζει να τονισθεί ότι κάποιες από τις αμβλυωπογόνες καταστάσεις, ιδίως οι διαθλαστικές διαταραχές, δεν δίνουν σημάδια, ούτε στους γονείς, ούτε εντοπίζονται κατά την κλασική παιδιατρική εξέταση. Διαγιγνώσκονται μόνο μετά πλήρη οφθαλμολογική εξέταση του παιδιού, η οποία μπορεί να γίνει και με την συνεργασία του, ολοκληρωμένη, ήδη από το 3^ο έτος.

Αρα στην ηλικία των 3 ετών είναι καλό να γίνεται, σε όλα τα παιδιά, προληπτικά, ένας πλήρης οφθαλμολογικός έλεγχος. Η συχνότητα των μετέπειτα εξετάσεων εξαρτάται από τα ευρήματα. Σε απουσία παθολογικών ευρημάτων, ένας έλεγχος κάθε έτος, διασφαλίζει την ομαλή ανάπτυξη της όρασης και την καλή παρουσία του παιδιού στο σχολείο και την μαθησιακή του ικανότητα.

Τα περασμένα χρόνια, όταν το παιδί εγγραφόταν στο Νηπιαγωγείο, αλλά και στο Δημοτικό, ήταν απαραίτητη η οφθαλμολογική εξέταση και η υπογραφή του Οφθαλμιάτρου στο πιστοποιητικό υγείας που προσκομιζόταν στο σχολείο. Εδώ και λίγα χρόνια, έχει καταργηθεί αυτό και οι οδηγίες του Υπουργείου είναι (οι οποίες έχουν κοινοποιηθεί από τον Ι.Σ. Έβρου σε όλους τους συναδέλφους και ιδίως τους παιδίατρους) να εξετάζονται οφθαλμολογικά τα παιδιά από Παιδίατρο (!) και αν ο Παιδίατρος

δεν διαθέτει πίνακα οπτοτύπων (εικόνων αλλά και αριθμών), ώστε να διαπιστώσει και να καταγράψει την οπτική οξύτητα του παιδιού στη σχετική θέση του Φύλλου Ιατρικής Εξέτασης (Φ.Ι.Ε) –ΑΔΥΜ, τότε να παραπέμπει το παιδί σε Οφθαλμίατρο.

Από όσο γνωρίζω, ελάχιστοι συνάδελφοι Παιδίατροι διαθέτουν πίνακες οπτοτύπων και ελέγχουν την οπτική οξύτητα του παιδιού, αλλά και την ύπαρξη ή όχι στραβισμού (όπου απαιτείται ειδική εξεταστική μέθοδος) και το οποίο επίσης πρέπει να καταγράφεται στο Φύλλο Ιατρικής Εξέτασης. Παρόλα αυτά, μετά λύπης μου διαπιστώνω εγώ αλλά και οι άλλοι συνάδελφοι Οφθαλμίατροι, ότι ελάχιστα παιδιά προσέρχονται κάθε χρόνο (κατά την περίοδο των εγγραφών στο σχολείο αλλά και αργότερα) για προληπτική οφθαλμολογική εξέταση. Το αποτέλεσμα θα το δούμε τα επόμενα χρόνια, όταν θα διαγνωσθεί καθυστερημένα η αμβλυωπία, σε κάποια (έστω και λίγα) παιδιά και η οποία θα τα συνοδεύει για όλη τους τη ζωή.

Μετά την τεράστια ευθύνη που πήρε το Υπουργείο με τις τελευταίες οδηγίες που έδωσε, που τελικά οδηγούν όπως φαίνεται στην απουσία προληπτικής οφθαλμολογικής εξέτασης, σε μία μεγάλη μερίδα παιδιών, ας αναλογιστούμε όλοι τη σημασία αυτού του μείζονος ζητήματος, δηλαδή της πρόληψης, της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης της αμβλυωπίας και ας πράξει ο καθένας ό,τι επιτάσσει η συνείδησή του. Μπορούμε να κάνουμε την κοινωνία μας καλύτερη σε κάποια πράγματα, από τη θέση που έχουμε και το έργο που επιτελούμε. Ας συμβάλλουμε όλοι σε όσο γίνεται πιο υγιείς ανθρώπους, μέσα από την εφαρμογή της πρόληψης στην καθημερινή μας πρακτική.





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΙΔΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ & ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΥ

10 λόγοι που κάνουν απαραίτητη την προληπτική οφθαλμολογική εξέταση στα παιδιά

1. Η καλή όραση είναι απαραίτητη για τη σωματική, πνευματική και συναισθηματική ανάπτυξη ενός παιδιού, την ομαλή σχολική και κοινωνική του ζωή.
2. Σήμερα τα παιδιά ζουν μια οπτικά απαιτητική ζωή, με πρόωρη έκθεση σε έντονες οπτικές δραστηριότητες (μαθησιακή διαδικασία, ηλεκτρονικές συσκευές).
3. Οι οφθαλμολογικές παθήσεις αυξάνονται. 5 – 7 παιδάκια στα 100 έχουν σημαντικό πρόβλημα όρασης και οι γονείς δεν το γνωρίζουν. Υπολογίζεται ότι το 2050 ο μισός πληθυσμός του πλανήτη θα πάσχει από μυωπία.
4. Επειδή ο σύγχρονος τρόπος ζωής απαιτεί δυνατή όραση, ικανή να αντεπεξέλθει στις οπτικές προκλήσεις της εποχής. Κι αυτή χτίζεται από την παιδική ηλικία.
5. Η όραση κατά τη γέννηση είναι ατελής, και σταδιακά ολοκληρώνεται στην ηλικία των 8 ετών
6. Οφθαλμικές παθήσεις στα χρόνια της ανάπτυξης ενός παιδιού μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή και μόνιμη βλάβη στην όραση.
7. Το 80% των περιπτώσεων μόνιμης βλάβης στην όραση, οφείλεται σε παθήσεις που θα μπορούσαν να θεραπευθούν εάν είχαν διαγνωστεί έγκαιρα.
8. Υπάρχουν παθήσεις των ματιών που φαίνονται, αλλά και άλλες που εντοπίζονται μόνο με την οφθαλμολογική εξέταση επειδή δεν φαίνονται.
9. Τα παιδιά με σοβαρό πρόβλημα όρασης αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σχολική και κοινωνική τους ζωή, αλλά και σαν ενήλικες στη προσωπική και επαγγελματική τους ζωή.
10. Οι συχνότερες παθήσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε βλάβη της όρασης, αλλά μπορούν να προληφθούν με έγκαιρη διάγνωση, είναι: ο στραβισμός, η αμβλυωπία και οι αδιόρθωτες διαθλαστικές ανωμαλίες.

Η λύση είναι μία: ΠΡΟΛΗΨΗ!!!

Η Ε.Ε.Π.Ο.Σ. συντονισμένη με τις οδηγίες της διεθνούς οφθαλμολογικής κοινότητας συστήνει:

1. Προληπτικό έλεγχο των ματιών κάθε νεογέννητου (από οφθαλμίατρο ή εκπ/μενο παιδίατρο)
2. Προληπτικό οφθαλμολογικό έλεγχο μέσα στα 2 πρώτα χρόνια της ζωής
3. Προληπτικό οφθαλμολογικό έλεγχο σε ηλικία 3 – 4 ετών
4. Προληπτικό οφθαλμολογικό έλεγχο σε ηλικία 5 – 6 ετών

Στα σχολικά χρόνια κάθε 2 χρόνια

Για το ΔΣ της ΕΕΠΟΣ
Δρ Ν. Κοζέης
Πρόεδρος



ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ Ή ΑΠΛΑ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΛΕΥΡΟΔΕΣΗ;



Χρήστος Σίμογλου
Είδιλος Χειρουργικής Κλινικής
Καρδιάς - Θώρακα, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Εβρου

Εισαγωγή

Ο πνευμοθώρακας ορίζεται ως παρουσία αέρα εντός της υπεζωκοτικής κοιλότητας. Φυσιολογικά, αν και η ενδοϋπεζωκοτική πίεση είναι αρνητική, δε φτάνει ποτέ σε θέση να αντλήσει αέρα από το τριχοειδικό πλέγμα. [1]. Συνεπώς η παρουσία αέρα στον υπεζωκοτικό χώρο, σημαίνει τρία ενδεχόμενα (εικόνα 1): Είτε ο αέρας προέρχεται εξωγενώς από επικοινωνία μεταξύ της ατμόσφαιρας και της υπεζωκοτικής κοιλότητας συνεπεία τραυματισμού (Α), είτε ενδογενώς από επικοινωνία μεταξύ των κυψελίδων και της υπεζωκοτικής κοιλότητας (Β), είτε σπανιότερα, μπορεί να σημαίνει την παρουσία μικροοργανισμών που παράγουν αέρια στον υπεζωκοτικό χώρο [2]. Κλινικώς, ο «αυτόματος» (εν απουσία εξωγενούς τραύματος) πνευμοθώρακας, διακρίνεται στον πρωτοπαθή που συμβαίνει σε νεαρούς υγιείς ενήλικες και στον δευτεροπαθή που απαντάται κυρίως σε ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) ή πνευμονική Φυματίωση. Σπάνια αναφέρονται και περιστατικά αυτόματου πνευμοθώρακα σε νεαρές γυναίκες σχετιζόμενα με την έμμηνο ρύση (καταμήνιος πνευμοθώρακας) [2,3].

Αυτόματος Πρωτοπαθής Πνευμοθώρακας (ΑΠΠ)

Ο αυτόματος πρωτοπαθής πνευμοθώρακας εμφανίζεται σε άτομα εντελώς υγιή, χωρίς κανένα ιδιαίτερο προηγούμενο ιστορικό, με μία επίπτωση που αναλόγως της ηλικίας κυμαίνεται μεταξύ 7,4 και 18/100,000 το χρόνο για τους άντρες και μεταξύ 1,2 και 10/100,000 το χρόνο για τις γυναίκες [4]. Πρόκειται δηλαδή για ένα αρκετά συχνό πρόβλημα και για παράδειγμα, σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο που καλύπτει ένα πληθυσμό 200,000 κατοίκων, περίπου 20-25 περιστατικά ΑΠΠ θα αναφερόντουσαν ετησίως. Ο ΑΠΠ εμφανίζεται κυρίως σε νεαρούς ενήλικες (μέγιστη επίπτωση σε ηλικία 20 ετών) και γίνεται σπανιότερος μετά την ηλικία των 40 ετών. Σχεδόν πάντοτε, το πρώτο σύμπτωμα είναι ένας οξύς θωρακικός πόνος αρκετά έντονος, που ακολουθείται από εγκατάσταση δύσπνοιας, με άλλοτε άλλη ένταση. Ωστόσο, τα συμπτώματα είναι δυνατόν να υποχωρήσουν αυτόματα μέσα σε 48 ώρες από την εγκατάστασή τους, χωρίς καμία θεραπευτική παρέμβαση [2,5]. Ο αυτόματος πνευμοθώρακας μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρος σε ένα 5% και να συνυπάρχει με υπεζωκοτική συλλογή σε ένα 10%. Η παρουσία έντονων συμπτωμάτων και σημείων αιμοδυναμικής επιβάρυνσης θέτουν την υποψία πνευμοθώρακα υπό τάση, μιας σπάνιας (1-2%) αλλά δυνητικά επικίνδυνης επιπλοκής. Η κλινική υποψία του πνευμοθώρακα επιβεβαιώνεται από την ανεύρεση της παθογνωμονικής γραμμής του σπλαχνικού υπεζωκότα στην ακτινογραφία θώρακα (εικόνα 2). Καθώς το μεσοθωράκιο δεν είναι ούτε προσκολλημένο, ούτε ακίνητο στο θώρακα, η μετατόπισή του προς το υγιές ημιθωράκιο είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο που δεν σημαίνει υποχρεωτικά την παρουσία πνευμοθώρακα υπό τάση. Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι (παρά την περί του αντιθέτου προκατάληψη) ο αυτόματος πρωτοπαθής πνευμοθώρακας δεν συνδέεται με καταπόνηση, έντονη μυϊκή εργασία ή αθλητισμό και συνηθέστατα συμβαίνει κατά την ανάπαυση. Συνεπώς 3 δεν έχει κανένα νόημα η σύσταση κλινοστατισμού και ανάπαυσης στους ασθενείς αυτούς κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης. Αντιθέτως, άλλοι παράγοντες είναι δυνατόν να συνδέονται με την ανάπτυξη του πνευμοθώρακα. Τέτοιοι είναι οι μεταβολές της ατμοσφαιρικής πίεσης ή της θερμοκρασίας, καθώς και τα αεροπορικά ταξίδια ή οι

καταδύσεις. Ο σωματότυπος μπορεί επίσης να παίζει κάποιο ρόλο, καθώς ο ΑΠΠ εμφανίζεται συνηθέστερα σε ψηλούς και λεπτούς άνδρες. Ο σημαντικότερος παράγων κινδύνου ωστόσο, είναι η κατάχρηση καπνού που έχει φανεί με σαφήνεια να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης του πνευμοθώρακα, τουλάχιστον κατά 10 φορές. Δεν έχει ωστόσο αποδειχθεί ότι η διακοπή του καπνίσματος μετά ένα επεισόδιο ΑΠΠ μειώνει την πιθανότητα υποτροπής. Ποια είναι λοιπόν η αιτία του αυτόματου πρωτοπαθούς πνευμοθώρακα και πως αυτή συνδέεται με τις στρατηγικές αντιμετώπισής του; Αν και ο ΑΠΠ είναι ένα συχνό κλινικό πρόβλημα που αφορά χιλιάδες ασθενείς κάθε χρόνο σε παγκόσμια κλίμακα και οδηγεί σε σημαντική δαπάνη πόρων υγείας, δεν έχουν ακόμη διαμορφωθεί σαφείς οδηγίες κοινής αποδοχής, βασισμένες στα επιστημονικά (evidence based) δεδομένα για την αντιμετώπισή του. Αυτό εξηγεί και τη μεγάλη διαφοροποίηση των ιατρικών πρακτικών που εφαρμόζονται από τους θεράποντες ιατρούς, τόσο στην Αμερική όσο και μέσα στην Ευρώπη, καθώς και την πτωχή εφαρμογή των υπάρχουσών οδηγιών που βασίζονται κυρίως στις απόψεις των «ειδικών». Είναι ευρύτερα αποδεκτό ότι οι στόχοι της αντιμετώπισης του αυτόματου πρωτοπαθούς πνευμοθώρακα (ΑΠΠ) είναι: α) να αφαιρεθεί ο αέρας από την υπεζωκοτική κοιλότητα και β) να αποφευχθούν μελλοντικές υποτροπές. Όσο κι αν οι στόχοι αυτοί μοιάζουν απλοί και αυτονόητοι, αρκετές αβεβαιότητες και ερωτηματικά τους συνοδεύουν. Ακόμα και στην πλέον πρόσφατη διεθνή προσπάθεια σύνταξης οδηγιών αντιμετώπισης του πνευμοθώρακα, σημαντικές διαφοροποιήσεις καταγράφονται στις απόψεις των ειδικών επί διαφόρων θεμάτων. Οι διαφοροποιήσεις αυτές αφορούν κυρίως στην παθοφυσιολογία και την παθογένεια του ΑΠΠ, την ετερογένεια των ιατρικών ειδικοτήτων που αντιμετωπίζουν αυτά τα περιστατικά (Πνευμονολόγοι, Χειρουργοί Θώρακος, Ακτινολόγοι, Εντατικολόγοι) καθώς και στην απουσία 4 Εικόνα 3. μεγάλων προοπτικών μελετών που να συγκρίνουν μεταξύ τους τις διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές.

Στόχος Ι: Αφαίρεση αέρα από την υπεζωκοτική κοιλότητα

Στους περισσότερους ασθενείς που πάσχουν από ΑΠΠ τα συμπτώματα (θωρακικό άλγος και δύσπνοια), συνηθέστατα υποχωρούν ή εξαφανίζονται από μόνα τους εντός 24-48 ωρών. Η απορρόφηση του αέρα λαμβάνει χώρα αυτόματα, με ρυθμό 1,2% του όγκου του αέρα ανά 24ωρο. Η διαδικασία αυτή μπορεί να επιταχυνθεί στο τετραπλάσιο με τη χορήγηση επιπλέον εισπνεόμενου οξυγόνου. Συνεπώς απλή παρακολούθηση είναι η ενδεικνυόμενη «θεραπεία» σε ασθενείς χωρίς συμπτώματα ή με ήπια μόνο συμπτωματολογία, εφόσον οι ασθενείς παραμένουν αιμοδυναμικά σταθεροί και ο πνευμοθώρακάς τους δεν υπερβαίνει το 15- 20% σύμφωνα με το δείκτη του Light (εικόνα 3), ή η απόσταση του πνεύμονα από την κορυφή του ημιθωρακίου δεν υπερβαίνει τα 3cm . Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να παρακολουθηθούν για λίγο, έως ότου επιβεβαιωθεί ότι ο πνευμοθώρακάς τους δεν εξελίσσεται. Εν συνεχεία μπορούν να επιστρέψουν σπίτι τους, υπό τον όρο ότι θα είναι σε θέση να παρακολουθούν τα συμπτώματά τους και να επικοινωνήσουν με τον ιατρό. Αν ωστόσο η κλινική εικόνα επιβαρυνθεί ή ο πνευμοθώρακας είναι μεγαλύτερος (>20%), τότε μια ενεργός αντιμετώπιση πρέπει να προταθεί. Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται από το αν πρόκειται για το πρώτο επεισόδιο πνευμοθώρακα ή για υποτροπή. Ο ΑΠΠ παρουσιάζει μια τάση για υποτροπή μετά από ένα πρώτο επεισόδιο που έμεινε αθεράπευτο ή που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με τεχνικές που δεν αποβλέπουν στην πρόληψη υποτροπών (αφαίρεση του αέρα, είτε μέσω θωρακικού σωλήνα, είτε μέσω χειροκίνητης σύριγγας αναρρόφησης). Οι υποτροπές ποικίλουν μεταξύ 16% και 57%, με μέσο όρο 30% στις διάφορες μελέτες . 5 Οι περισσότερες υποτροπές συμβαίνουν μέσα στα πρώτα δύο χρόνια από το αρχικό επεισόδιο, αν και περιστασιακά έχουν αναφερθεί υποτροπές πολύ πιο απομακρυσμένες χρονικά. Η παρατήρηση της αυξανόμενης επίπτωσης υποτροπών μετά από αλληλάλληλα επεισόδια ΑΠΠ (57% μετά το πρώτο, 62% μετά το δεύτερο και 83% μετά το τρίτο επεισόδιο σε μια μελέτη δεν σημαίνει αναγκαστικά ότι οι υποτροπές αποτελούν από μόνες τους ανεξάρτητο επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση περισσότερων υποτροπών. Σε κάθε περίπτωση είναι σαφές ότι η πλειοψηφία των ασθενών που παρουσιάζουν ένα επεισόδιο ΑΠΠ δεν πρόκειται να υποτροπιάσουν και αυτό αντανακλάται στη διατύπωση των οδηγιών της ACCP Delphi study, όπου το 85% των ειδικών συμφωνούν πως οι θεραπείες πρόληψης υποτροπών πρέπει να επιφυλάσσονται για τους ασθενείς που έχουν ήδη παρουσιάσει μία υποτροπή (δηλαδή μετά το δεύτερο επεισόδιο ΑΠΠ). Αν και δύο μελέτες που συνέκριναν βιντεο-θωρακοσκοπική χειρουργική (VATS) με συντηρητική θεραπεία (θωρακικό σωλήνα) στο πρώτο επεισόδιο και στην υποτροπή του πρωτοπαθούς αυτόματου πνευμοθώρακα, έδειξαν «καλύτερο οικονομικό αποτέλεσμα» με την επεμβατικότερη αντιμετώπιση στο πρώτο επεισόδιο παραμένει μάλλον ενοχλητικό το γεγονός ότι το 70% των ασθενών υπέστησαν μία μη αναγκαία εγχείρηση. Ενδεχομένως εξαίρεση αποτελούν πρόσωπα που λόγω του επαγγέλματός τους (ιπτάμενο προσωπικό, επαγγελματίες δύτες κ.λπ.) έχουν ιατρικούς και νομικούς λόγους να αποφύγουν μία υποτροπή πάσης θυσίας. Σε περίπτωση βέβαια που μια υποτροπή τελικά συμβεί, η θεραπεία πρόληψης νέων επεισοδίων πρέπει οπωσδήποτε να συσταθεί.

Αιτίες πνευμοθώρακα

Ο αυτόματος πνευμοθώρακας (spontaneous pneumothorax) διακρίνεται σε:

1. πρωτοπαθή :

Οφείλεται σε ρήξη φυσαλίδων ή αερωδών κύστεων που συχνά βρίσκονται στην κορυφή του άνω λοβού (σε μικρότερο ποσοστό μπορούν να αναγνωριστούν και σε άλλα σημεία του πνεύμονα). Η ρήξη μπορεί να συμβεί είτε σε άσκηση είτε και σε κάποια απλή καθημερινή δραστηριότητα . Αφορά κυρίως υγιείς νεαρούς ενήλικες.

2. δευτεροπαθή :

Είναι αποτέλεσμα τραύματος (αμβλίας ή διαπιτραίνοντος), ιατρογενών αιτιών, ενώ και η ύπαρξη υποκειμένων νόσων του πνευμονικού παρεγχύματος μπορεί να επιπλακούν και να προκαλέσουν πνευμοθώρακα (πχ. ΧΑΠ, βρογχ. άσθμα, φυματίωση, κυστική ίνωση, καταμήνιο πνευμοθώρακα κλπ).

Συμπτωματολογία

Το κυριότερο σύμπτωμα είναι οξύς διαφιστικός πόνος στο θώρακα και δύσπνοια . Σε περιπτώσεις που ο πνευμοθώρακας είναι μεγάλος ή είναι «υπό τάση» συνοδεύεται από δύσπνοια ,ταχυκαρδία ,υπόταση, λόγω των πιεστικών φαινομένων που ασκούνται στην καρδιά και τα μεγάλα αγγεία του μεσοθωρακίου[7].

Διάγνωση

Σε περίπτωση που ο πνευμοθώρακας είναι μεγάλος , μπορεί να διαγνωσθεί ακόμη και με την απλή ακρόαση, διαφορετικά μία απλή ακτινογραφία θώρακος είναι αρκετή.

Αντιμετώπιση του πνευμοθώρακα

Θεραπευτική αντιμετώπιση :

1) Εάν ο πνευμοθώρακας είναι μικρός (10%) αντιμετωπίζεται συντηρητικά με χορήγηση οξυγόνου. Ο ασθενής τίθεται υπό παρακολούθηση για τουλάχιστον ένα 24/ωρο. Εάν ο πνευμοθώρακας μεγαλώσει τότε πρέπει να τοποθετηθεί σωλήνας κλειστής παροχέτευσης.

2) Πνευμοθώρακας > 10% αντιμετωπίζεται με τοποθέτηση σωλήνα κλειστής παροχέτευση (εικόνα). Με τον τρόπο αυτό παροχετεύεται ο αέρας που βρίσκεται στο ημιθωράκιο επιτρέποντας στον πνεύμονα να εκπτυχθεί και να ανακτήσει τον χώρο του στο ημιθωράκιο. Εάν υπάρχει διαφυγή αέρα (διότι η ραγισσα αερώδης κύστη δεν έχει επουλωθεί ή είναι μεγάλη) για χρονικό διάστημα > 48 h τότε ο πνευμοθώρακας ονομάζεται εμμένων και είναι ένδειξη για χειρουργείο ακόμα και αν είναι το πρώτο επεισόδιο[8].

Στις περιπτώσεις που ο πνευμοθώρακας

- είναι «**υπό τάση**», έχουμε συμπίεση του σύστοιχου πνεύμονα, αντίθετη μετατόπιση του μεσοθωρακίου και κατάσταση του σύστοιχου ημιδιαφράγματος. Είναι επείγον ιατρικό περιστατικό και χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση[9].
- συνυπάρχει πλευριτικό υγρό
- συνοδεύεται από μεγάλη δύσπνοια
- αφορά και τα δύο ημιθωράκια (αμφοτερόπλευρος)

Θα πρέπει να γίνει παροχέτευση με την εισαγωγή θωρακικού σωλήνα.

Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας

- Εμμένων πνευμοθώρακας (διαφυγή αέρος για διάστημα μεγαλύτερο των 48 h).
- Υποτροπιάζων πνευμοθώρακας (δεύτερο επεισόδιο).
- Ύπαρξη μεγάλης αερώδους κύστης .
- Κοινωνικό- επαγγελματικοί λόγοι, που αποτελούν ένδειξη για χειρουργική θεραπεία από το πρώτο επεισόδιο όπως πιλότος αεροσκάφους, δύτες (scuba diver) , οδηγός λεωφορείου, ναυτικός, μόνιμος κάτοικος απομονωμένης περιοχής (μικρού νησιού, ορεινού χωριού κλπ).
- Ιστορικό πνευμοθώρακα από το αντίθετο ημιθωράκιο.
- Ταυτόχρονος αμφοτερόπλευρος πνευμοθώρακας[10].

άρθρο

ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ Ή ΑΠΛΑ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΛΕΥΡΟΔΕΣΗ;

Χειρουργική αντιμετώπιση του Πνευμοθώρακα

Η θωρακοσκοπική (VATS) θεραπεία του πνευμοθώρακα αποτελεί τη χειρουργική αντιμετώπιση εκλογής σήμερα. Εκτελείται υπό γενική αναισθησία με διασωλήνωση ειδικού τραχειοσωλήνα (διπλού αυλού). Πρόκειται για τραχειοσωλήνα με τον οποίο επιτυγχάνεται αερισμός στον ένα πνεύμονα ενώ ο άλλος πνεύμονας ο οποίος πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργικούς χειρισμούς δεν συμμετέχει στην αναπνευστική λειτουργία λόγω της πνευμονικής σύμπτωσης – ρίκνωσης (lung collapse) που έχει επιτευχθεί από τον αναισθησιολόγο. Πραγματοποιείται με τρεις τομές (<1 εκ) στο θωρακικό τοίχωμα. Από την μια εισέρχεται το θωρακοσκόπιο (camera) και από τις άλλες δυο τομές τα χειρουργικά εργαλεία. Με την τεχνική αυτή επιτυγχάνεται η θωρακοσκοπική εκτομή των φυσαλίδων ή των αερωδών κύστεων με χρήση ειδικών θωρακοσκοπικών εργαλείων. Ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο για λίγες ημέρες[11].

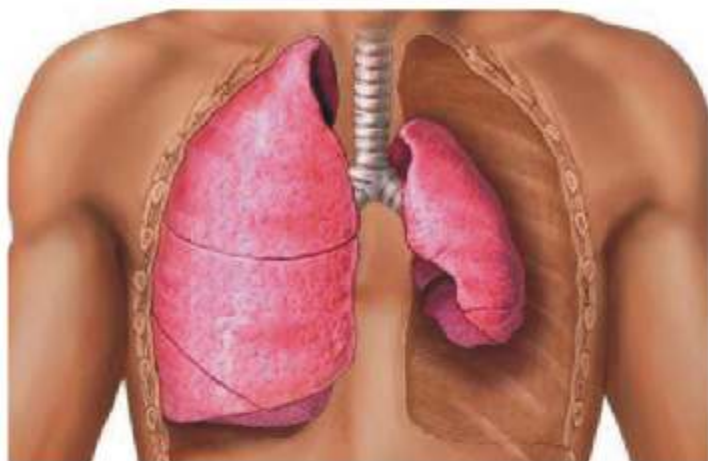
Καταμήνιος πνευμοθώρακας:

Είναι αυτόματος υποτροπιάζων πνευμοθώρακας (90% δεξιά) που συμβαίνει σε γυναίκες κατά την διάρκεια της εμμήνου ρύσης. Οι ασθενείς εμφανίζουν θωρακικό άλγος και δύσπνοια 24 με 48 ώρες μετά την έναρξη της εμμήνου ρύσεως.

Οφείλεται σε παρουσία αερωδών κύστεων στην κορυφή του άνω λοβού η οποία μπορεί να υπάρχουν εστίες εμφύτευσης ενδομητρίου στον πνεύμονα ή τον υπεζωκότα ενώ μπορεί να συνυπάρχει διαφραγματικό έλλειμμα στο σύστοιχο ημιδιάφραγμα.

Η χειρουργική θεραπεία του καταμήνιου πνευμοθώρακα είναι η θωρακοσκοπική (VATS Τεχνική) με εκτομή των φυσαλίδων στον πνεύμονα, συρραφή των διαφραγματικών ελλειμμάτων (αν υπάρχουν) και καταστολή της ωορρηξίας (φαρμακευτική) για 6 μήνες περίπου.

Η λέξη καταμήνιος προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις “κατά” και “μήνας”.



Εικόνα 1: Ακτινογραφία θώρακος με ολικό πνευμοθώρακα αριστερά. Το βέλος υποδεικνύει τον αριστερό πνεύμονα που έχει ρικνωθεί στην πύλη. Το αριστερό ημιθώρακο καταλαμβάνεται από αέρα.



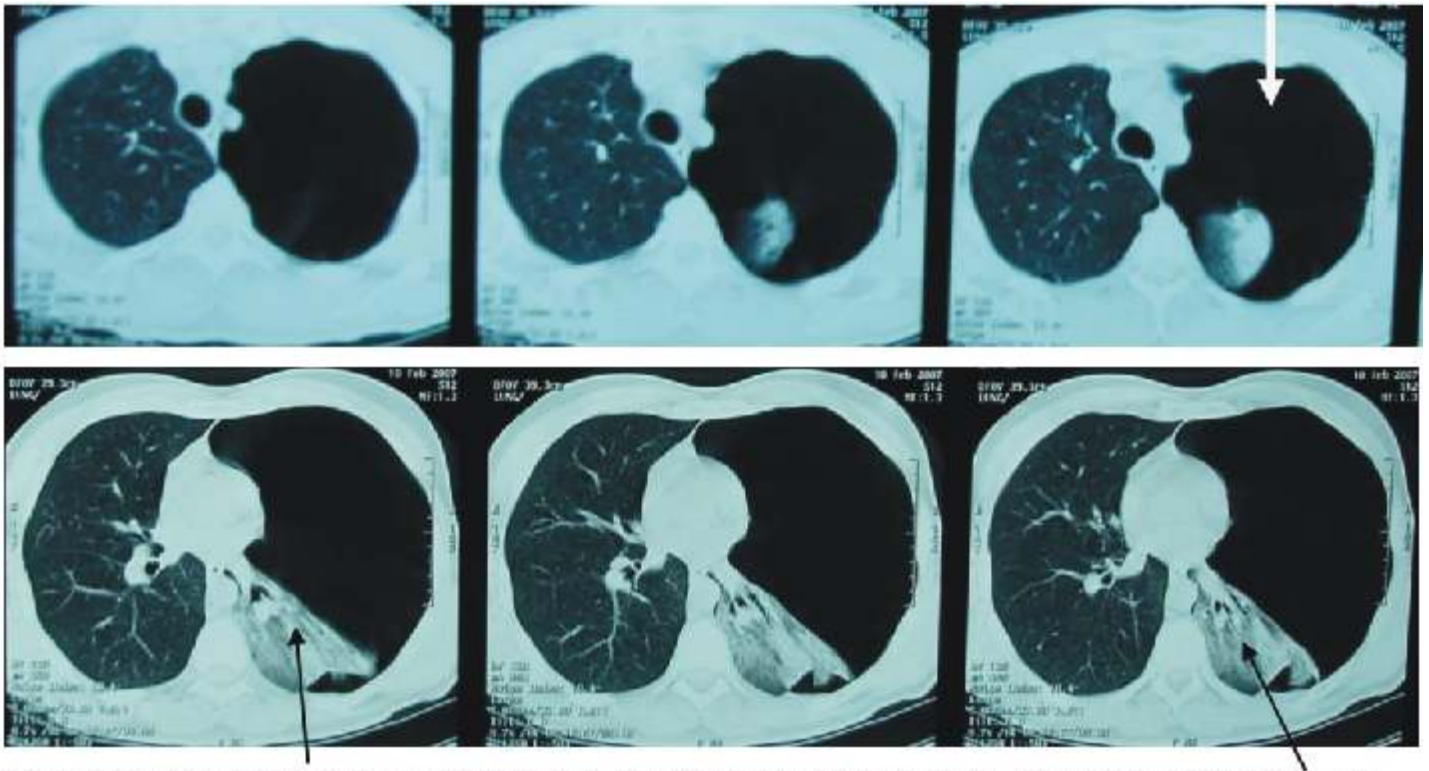
Εικόνα 2: Ακτινογραφία θώρακος με ολικό πνευμοθώρακα δεξιά (το βέλος υποδεικνύει τον δεξιό πνεύμονα που έχει ρικνωθεί στην πύλη), ο ασθενής αναπνέει με ένα πνεύμονα τον αριστερό.



Εικόνα 3: Ακτινογραφία θώρακος με μεγάλο πνευμοθώρακα στο αριστερό ημιθώρακιο. Το βέλος οριοθετεί τον αριστερό πνεύμονα.

άρθρο

ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ Ή ΑΠΛΑ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΛΕΥΡΟΔΕΣΗ;



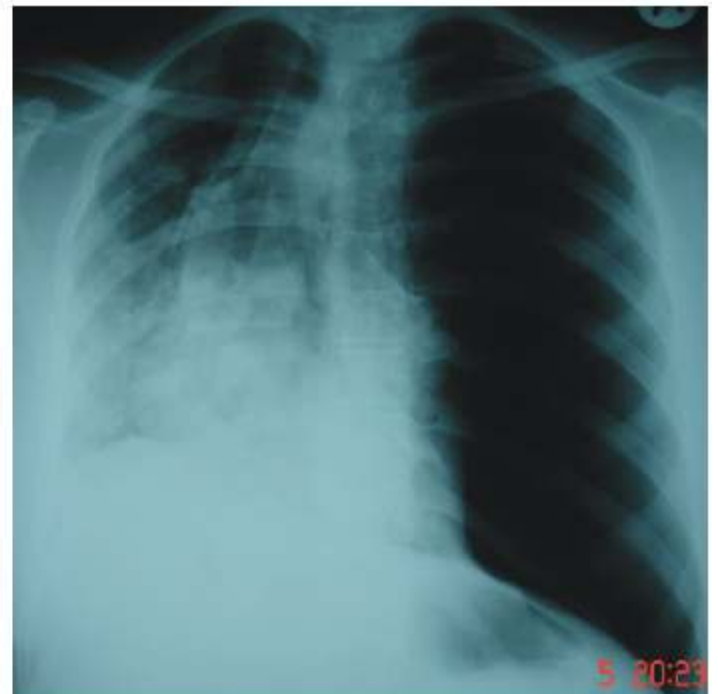
Εικόνα 4: Αξονική τομογραφία θώρακος παρατηρείται η παρουσία αέρα (λευκό βέλος) στο αριστερό ημιθώρακα και η ρίκνωση του ομόπλευρου πνεύμονα (μαύρο βέλος).



Εικόνα 5: Δεγχειρητική εικόνα: παρουσία αερωδών κύστεων στην κορυφή του πνεύμονα.



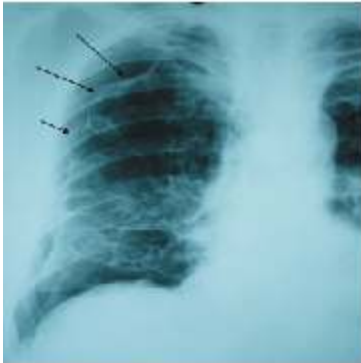
Εικόνα 7: Ακτινογραφία θώρακος στον ίδιο ασθενή μετά την τοποθέτηση σωλήνα κλειστής παροχέτευσης στο αριστερό ημιθώρακιο, με έκπτυξη του αριστερού πνεύμονα και επαναφορά της τραχείας- καρδιάς-και του μεσοθωρακίου στην φυσιολογική του θέση.



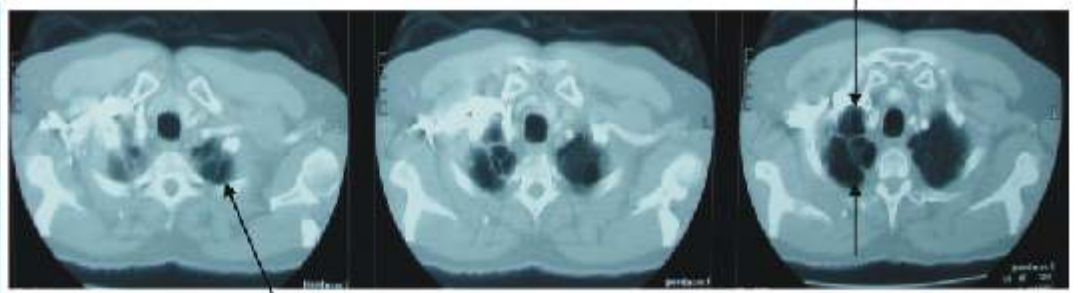
Εικόνα 6: Πνευμοθώρακας υπό τάση . Παρουσία αέρα στο αριστερό ημιθώρακα με μεγάλη μετατόπιση της τραχείας, καρδιάς και των μεγάλων προς τα δεξιά. Περιορίζεται η αναπνευστική λειτουργία του δεξιού πνεύμονα, εικόνα απειλητική για την ζωή.

άρθρο

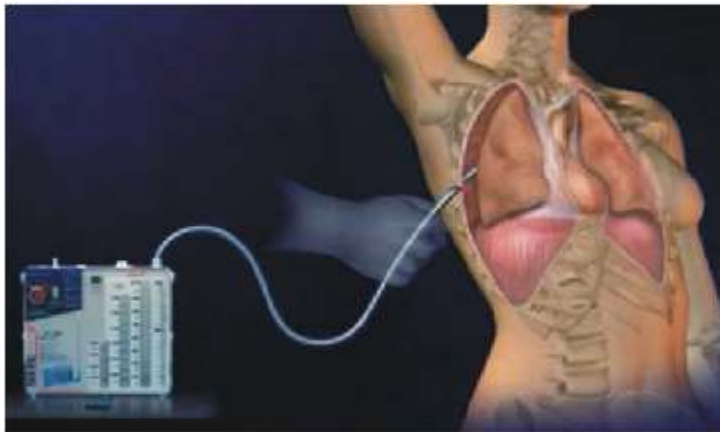
ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ Ή ΑΠΛΑ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΛΕΥΡΟΔΕΣΗ;



Εικόνα 8: Ακτινογραφία θώρακος: διακρίνεται πνευμοθώρακας στο δεξιό ημιθώρακο και παρουσιάζει ευμεγεθών κύστεων στο δεξιό πνεύμονα.



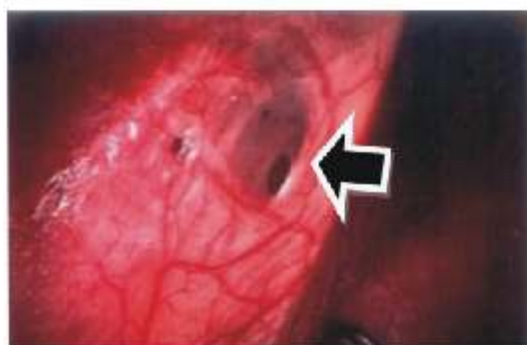
Εικόνα 9: Αξονική τομογραφία θώρακος με αερώδεις κύστες στην κορυφή του πνεύμονα αμφοτερόπλευρα.



Εικόνα 10: Εικονική αναπαράσταση τοποθέτησης σωλήνα κλειστής παροχέτευσης(bulla) σε πνευμοθώρακα δεξιού ημιθώρακιου.



Εικόνα 11: Ακτινογραφία θώρακος ασθενή με αιμοπνευμοθώρακα αριστερά.



Εικόνα 12: Δεχειρουργική εικόνα διαφράγματος με οπές στην επιφάνειά του.

Βιβλιογραφία:

1. Itard JM. Dissertation sur le pneumo-thorax ou les congestions gazeuses qui déforment dans la poitrine. Paris: Thesis, 1803.
2. Laennec RT. eds. De l'Auscultation Médiate ou Traité du Diagnostic des Maladies des Poumons et du Cœur. Paris: Brosson & Chaudé, 1819.
3. Kjaergaard H. Spontaneous pneumothorax in the apparently healthy. Acta Med Scand Suppl 1932;43:1-159.
4. Seaton A, Seaton D, Leitch AG. eds. Crofton & Douglas's Respiratory Diseases. 4th ed. Oxford: Blackwell, 1989:761.
5. MacDuff A, Arnold A, Harvey J, et al. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010. Thorax 2010;65Suppl 2:ii18-31.
6. Melton LJ, 3rd, Hepper NG, Offord KP. Incidence of spontaneous pneumothorax in Olmsted County, Minnesota: 1950 to 1974. Am Rev Respir Dis 1979;120:1379-82.
7. Gupta D, Hansell A, Nichols T, et al. Epidemiology of pneumothorax in England. Thorax 2000;55:666-71.
8. Kaya SO, Karatepe M, Tok T, et al. Were pneumothorax and its management known in 15th-century anatolia? Tex Heart Inst J 2009;36:152-3.
9. Herzog H. History of tuberculosis. Respiration 1998;65:5-15.
10. Sakula A. Carlo Forlanini, inventor of artificial pneumothorax for treatment of pulmonary tuberculosis. Thorax 1983;38:326-32.
11. Kioumis IP, Zarogoulidis K, Huang H, et al. Pneumothorax in cystic fibrosis. J Thorac Dis 2014;6:S480-486.

Επιστήμη και Ψυχή

ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΡΟΓΕΝΕΣΤΕΡΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ



Μαρία Κανάκη¹, Δημήτριος Κανάκης²

1. Δικηγόρος, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Α.Π.Θ.

2. Λέκτορας Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή Δ.Π.Θ.

Εισαγωγή και έννοιες

Η «Διαθήκη Ζωής» (ως αντίστοιχοι αγγλικοί όροι χρησιμοποιούνται οι εξής: "Living Will", "Death With Dignity", "Rights of the Terminally Ill" και "Patient's Rights Legislation") αποτελεί έγγραφο νομικής ισχύος, με το οποίο ένα άτομο δηλώνει την επιθυμία του να τύχει συγκεκριμένης ιατρικής μεταχείρισης, εφόσον σε μεταγενέστερο χρόνο (λόγω σοβαρού τραυματισμού, κώματος, ανίατης νόσου τελικού σταδίου, νευροεκφυλιστικής πάθησης) δεν είναι σε θέση να εκτιμήσει την κατάσταση της υγείας του και να εκφράσει τη βούληση του. Το εν λόγω έγγραφο υπάγεται στις λεγόμενες «προγενέστερες οδηγίες» (advance directives), οι οποίες αποτελούν προτιμήσεις του εκάστοτε ασθενούς ως προς την συναίνεση ή άρνηση του σε ιατρικές πράξεις, που έχουν ως τελικό αποδέκτη τον ίδιο. Κατ' αυτή την έννοια απευθύνονται τόσο στους ιατρούς όσο και στους λοιπούς επαγγελματίες υγείας, που οφείλουν να τις λάβουν σοβαρά υπόψη όταν θα κληθούν να επιλέξουν τον τρόπο και το είδος της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς τους. Προγραμματίζοντας ήδη εκ των προτέρων για το μέλλον του, μπορεί κάποιος να τύχει της ιατρικής μεταχείρισης που επιθυμεί, να αποφύγει ανεπιθύμητη ταλαιπωρία και να απαλλάξει τους επαγγελματίες υγείας από το φορτίο λήψης αποφάσεων κατά τη διάρκεια των στιγμών της κρίσης ή της θλίψης. Επιπρόσθετα, κατ' αυτό τον τρόπο μειώνεται και η σύγχυση ή η διαφωνία για τις επιλογές που θα ήθελε το ίδιο το άτομο να κάνουν οι άλλοι εξ ονόματος του.

Οι «προγενέστερες οδηγίες» (advance directives) όμως παρέχουν τη δυνατότητα (πέραν των ανωτέρω) στο άτομο να αιτηθεί ακόμη και το διορισμό ενός αντιπροσώπου (surrogate), εξουσιοδοτημένου να λαμβάνει στο όνομα και για λογαριασμό του αποφάσεων σχετιζομένων με την υγεία του στο μέλλον. Οι αγγλικοί όροι που χρησιμοποιούνται για τον συγκεκριμένο αντιπρόσωπο ποικίλουν ("health care agent", health care proxy, health care surrogate", "health care representative", "health care attorney in fact" και "patient advocate") και αφορούν είτε σε άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, είτε σε φίλους και γνωστούς καθώς επίσης και σε έμπιστα άτομα του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Ο ρόλος του πληρεξούσιου αυτού ατόμου είναι να αποφασίζει για τον ασθενή που εκπροσωπεί, στηριζόμενος όμως πάντα στην υποτιθέμενη (εικαζόμενη) βούληση (substituted judgment) του τελευταίου. Αυτή είναι δυνατόν να «εξαχθεί» εμμέσως βάσει του πρότερου βίου του ασθενούς, των πεποιθήσεων και αντιλήψεων του, αλλά και της προσωπικής του επαφής του πληρεξούσιου με τον ασθενή. Εφόσον τα παραπάνω κριτήρια δεν επαρκούν στη υιοθέτηση μιας τελικής απόφασης, τότε αυτή οφείλει να λαμβάνεται με γνώμονα το βέλτιστο συμφέρον (best interest) του ασθενούς και επί αμφιβολίας υπερισχύει η προστασία του εννόμου αγαθού της ζωής ("in dubio pro vita").^{1,2}

Περιεχόμενο διαθήκης ζωής

Η ευρεία αποδοχή που έχει τύχει η διαθήκη ζωής στις Η.Π.Α. αντικατοπτρίζεται στην πληθώρα των επίσημα διαθέσιμων εγγράφων από τα διάφορα Ομοσπονδιακά Κράτη. Ενδεικτικά μόνο αναφέρουμε τα εξής: Kentucky Living Will, Halachic (Jewish) Living Will in NY State, Ohio Living Will κλπ. Η ενδελεχής πληροφόρηση των δυνητικά ενδιαφερομένων ατόμων είναι το κοινό χαρακτηριστικό στοιχείο όλων αυτών των φορμών, εντός των οποίων γίνεται λεπτομερής αναφορά στις δυνατότητες που παρέχονται στα υποψήφια άτομα, προσπαθώντας να καλύψουν τις όποιες επιθυμίες όσων πρόκειται να τις συμπληρώσουν. Ωστόσο, επισημαίνεται ότι είναι δυνατό να γίνουν και προσαρμογές ή και τροποποιήσεις στις ήδη υπάρχουσες οδηγίες, εφόσον κάποιος επιθυμεί κάτι άλλο το οποίο όμως δεν αναφέρεται ρητά ή δεν περιέχεται μεταξύ αυτών. Σε αυτές τις περιπτώσεις προτείνεται η αναζήτηση κάποιου δικηγόρου, ο οποίος να έχει γνώση του συγκεκριμένου θέματος, ούτως ώστε να διασφαλιστεί πλήρως η εγκυρότητα της διαθήκης ζωής, κατόπιν δε και της προσθήκης όποιων πιθανών αλλαγών. Βασική προϋπόθεση για τη δημιουργία μίας διαθήκης ζωής είναι το άτομο να έχει ενηλικιωθεί (>18 έτη), ενώ αναφορικά με τον πληρεξούσιο δίνονται συγκεκριμένες πληροφορίες για το ποιος μπορεί να είναι καθώς και βάσει ποίων κριτηρίων θα επιλεγεί. Παρακάτω παρατίθεται αυτούσιο το κείμενο στα αγγλικά της Διαθήκης Ζωής στο Ομοσπονδιακό Κράτος του Κεντάκι (Kentucky).

Πεδία εφαρμογής σε υποδεικνυόμενες μορφές θεραπείας

Η διαθήκη ζωής είναι δυνατόν να περιλαμβάνει ένα σύνολο πιθανών οδηγιών και αποφάσεων σχετιζομένων με το τέλος της ζωής, και ειδικότερα να προσδιορίζει θέματα που αφορούν:

1. Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση [ΚΑΡΠΑ] (Cardio-Pulmonary Resuscitation = CPR): Χειρισμοί κατά τους οποίους επιχειρείται η επαναφορά της καρδιακής λειτουργίας σε περίπτωση πάυσης αυτής. Εν προκειμένω, το άτομο δύναται να αποφασίσει εάν και πότε θα επιθυμούσε να του παρασχεθεί ΚΑΡΠΑ ή να τύχει ηλεκτρικής απινίδωσης.
2. Μηχανικός Αερισμός (Mechanical Ventilation): Ανάληψη από

ειδικό μηχανήμα της αναπνευστικής λειτουργίας του ατόμου. Το τελευταίο είναι σε θέση να ορίσει εάν, τότε και για πόσο διάστημα θα ήθελε να χρησιμοποιηθεί η συγκεκριμένη συσκευή, προκειμένου να αναπληρώσει τη δική του αναπνοή.

3. Παρεντερική Διατροφή (Tube Feeding): Παροχή τροφής και υγρών είτε ενδοφλέβια είτε διά μέσου ενός σωλήνα που επικοινωνεί απευθείας με το στομάχι. Και σε αυτή την περίπτωση (όπως ακριβώς και παραπάνω) ο ασθενής μπορεί να δηλώσει την επιθυμία του να του παρασχεθεί τροφή με αυτό τον τρόπο, να προσδιορίσει επακριβώς το χρονικό διάστημα της λήψης ή ακόμη και να αρνηθεί αυτό τον τρόπο διατροφής.
4. Αιμοκάθλυση (Hemodialysis): Απομάκρυνση βαθερών ουσιών από την κυκλοφορία του αίματος με παράλληλη ρύθμιση των επιπέδων των υγρών σε περιπτώσεις νεφρικής ανεπάρκειας. Πάλι το άτομο εκφράζει τη βούληση του για το αν, τότε και για πόσο καιρό επιθυμεί το είδος της συγκεκριμένης θεραπείας.
5. Αντιμικροβιακή ή Αντιική Θεραπεία (Antibiotics or Antiviral Medication): Χρήση τους στην αντιμετώπιση ευρέως φάσματος λοιμώξεων. Ο ασθενής θα επιλέξει εάν θέλει να τύχει «επιθετικής» θεραπείας ή να αφήσει τους λοιμογόνους παράγοντες να ολοκληρώσουν τον κύκλο τους, εφόσον αυτός πλέον βρίσκεται κοντά στο τέλος της ζωής του.
6. Καταπραυντική Θεραπεία (Palliative Care): Περιλαμβάνει διάφορες μεθόδους και τεχνικές, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να κρατήσουν τον ασθενή άνετο αλλά και να διαχειριστούν τον πόνο του, σεβόμενες οπωσδήποτε και τις άλλες επιθυμίες του. Εντός αυτής της θεραπείας περιέχονται τα εξής: η δυνατότητα στον ασθενή να πεθάνει στο σπίτι του, η λήψη από μέρους του αναλγητικών φαρμάκων καθώς και η αποφυγή οποιασδήποτε επεμβατικής διαγνωστικής ή θεραπευτικής προσέγγισης.
7. Η επιθυμία για δωρεά ιστού και οργάνων προς μεταμόσχευση μπορεί επίσης να συμπεριληφθεί στη διαθήκη ζωής. Εάν τα όργανα του ασθενούς πρόκειται να δωρισθούν, ο ίδιος θα κρατηθεί σε υποβοηθούμενη διατήρηση της ζωής προσωρινά έως ότου ολοκληρωθεί η διαδικασία μεταμόσχευσης.

άρθρο

ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΡΟΓΕΝΕΣΤΕΡΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

8. Η δωρεά ολόκληρου του σώματος (μετά θάνατον) για ερευνητικούς σκοπούς δύναται επίσης να γνωστοποιηθεί εντός της διαθήκης ζωής. Σε αυτή την περίπτωση το άτομο οφείλει να έρθει σε επικοινωνία είτε με εξειδικευμένο Ερευνητικό Κέντρο, είτε με την Ιατρική Σχολή ενός Πανεπιστημιακού Ιδρύματος για να λάβει τις απαιτούμενες πληροφορίες, σχετικά με την εγγραφή του σε πρόγραμμα δωρεάς για τη διενέργεια έρευνας.

Οπωσδήποτε, ένας χώρος στον οποίο θα μπορούσε να τύχει εφαρμογής η διαθήκη ζωής είναι αυτός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), όπου συχνά παρατηρείται το φαινόμενο οι ιατροί να προσπαθούν και να επιμένουν εναγωνίως στη διατήρηση των βιολογικών λειτουργιών των ασθενών τους, μη λαμβάνοντας όμως υπόψη τόσο την ταλαιπωρία στην οποία υποβάλλονται οι τελευταίοι με την αναπόφευκτη σωματική και ψυχική τους καταπόνηση όσο και τον εξευτελισμό της αξιοπρέπειας τους.



KENTUCKY LIVING WILL DIRECTIVE AND HEALTH CARE SURROGATE DESIGNATION OF

(PRINTED NAME)

(DATE OF BIRTH)

My wishes regarding life-prolonging treatment and artificially provided nutrition and hydration to be provided to me if I no longer have decisional capacity, have a terminal condition, or become permanently unconscious have been indicated by checking and initialing the appropriate lines below.

HEALTH CARE SURROGATE DESIGNATION

By checking and initialing the line below, I specifically:

☐ _____ (check box and initial line, if you desire to name a surrogate)

Designate _____ as my health care surrogate(s) to make health care decisions for me in accordance with this directive when I no longer have decisional capacity. If _____ refuses or is not able to act for me, I designate _____ as my health care surrogate(s).

Any prior designation is revoked.

LIVING WILL DIRECTIVE

If I do not designate a surrogate, the following are my directions to my attending physician. If I have designated a surrogate, my surrogate shall comply with my wishes as indicated below. By checking and initialing the lines below, I specifically:

Life Prolonging Treatment (check and initial only one)

☐ _____ (check box and initial line, if you desire the option below)
Direct that treatment be withheld or withdrawn, and that I be permitted to die naturally with only the administration of medication or the performance of any medical treatment deemed necessary to alleviate pain.

☐ _____ (check box and initial line, if you desire the option below)
DO NOT authorize that life-prolonging treatment be withheld or withdrawn.

Nourishment and/or Fluids (check and initial only one)

☐ _____ (check box and initial line, if you desire the option below)
Authorize the withholding or withdrawal of artificially provided food, water, or other artificially provided nourishment or fluids.

In the absence of my ability to give directions regarding the use of life-prolonging treatment and artificially provided nutrition and hydration, it is my intention that this directive shall be honored by my attending physician, my family, and any surrogate designated pursuant to this directive as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment and I accept the consequences of the refusal.

If I have been diagnosed as pregnant and that diagnosis is known to my attending physician, this directive shall have no force or effect during the course of my pregnancy.

I understand the full import of this directive and I am emotionally and mentally competent to make this directive.

Signed this _____ day of _____, 20____

(signature and address of the grantor)

Have two adults witness your signature OR have signature notarized.*

In our joint presence, the grantor, who is of sound mind and eighteen (18) years of age, or older, voluntarily dated and signed this writing or directed it to be dated and signed for the grantor.

(signature and address of witness)

(signature and address of witness)

OR

COMMONWEALTH OF KENTUCKY, _____ County

Before me, the undersigned authority, came the grantor who is of sound mind and eighteen (18) years of age or older, and acknowledged that he/she voluntarily dated and signed this writing or directed it to be signed and dated as above.

Done this _____ day of _____, 20____

Signature of Notary Public

Date commission expires

*None of the following shall be a witness to or serve as a notary public or other person authorized to administer oaths or sign and date any document under this section:

- A blood relative of the grantor;
- A beneficiary of the grantor under descent and distribution statutes of the Commonwealth;
- An employee of a health care facility in which the grantor is a patient, unless the employee serves as a notary public;
- An attending physician of the grantor; or
- Any person directly financially responsible for the grantor's health care.

NOTICE: Execution of this document restricts withholding and withdrawing of some medical procedures. Consult Kentucky Revised Statutes or your attorney.

A person designated as a surrogate pursuant to an advance directive may resign at any time by giving written notice to the grantor, to the immediate successor surrogate, if any, to the attending physician, and to any health care facility which is then waiting for the surrogate to make a health care decision.

In the absence of my ability to give directions regarding the use of life-prolonging treatment and artificially provided nutrition and hydration, it is my intention that this directive shall be honored by my attending physician, my family, and any surrogate designated pursuant to this directive as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment and I accept the consequences of the refusal.

If I have been diagnosed as pregnant and that diagnosis is known to my attending physician, this directive shall have no force or effect during the course of my pregnancy.

I understand the full import of this directive and I am emotionally and mentally competent to make this directive.

Signed this _____ day of _____, 20____

(signature and address of the grantor)

Have two adults witness your signature OR have signature notarized.*

In our joint presence, the grantor, who is of sound mind and eighteen (18) years of age, or older, voluntarily dated and signed this writing or directed it to be dated and signed for the grantor.

(signature and address of witness)

(signature and address of witness)

OR

COMMONWEALTH OF KENTUCKY, _____ County

Before me, the undersigned authority, came the grantor who is of sound mind and eighteen (18) years of age or older, and acknowledged that he/she voluntarily dated and signed this writing or directed it to be signed and dated as above.

Done this _____ day of _____, 20____

Signature of Notary Public

Date commission expires

*None of the following shall be a witness to or serve as a notary public or other person authorized to administer oaths or sign and date any document under this section:

- A blood relative of the grantor;
- A beneficiary of the grantor under descent and distribution statutes of the Commonwealth;
- An employee of a health care facility in which the grantor is a patient, unless the employee serves as a notary public;
- An attending physician of the grantor; or
- Any person directly financially responsible for the grantor's health care.

NOTICE: Execution of this document restricts withholding and withdrawing of some medical procedures. Consult Kentucky Revised Statutes or your attorney.

A person designated as a surrogate pursuant to an advance directive may resign at any time by giving written notice to the grantor, to the immediate successor surrogate, if any, to the attending physician, and to any health care facility which is then waiting for the surrogate to make a health care decision.

Η «εσφαλμένη» αυτή προσέγγιση που επιχειρείται από μέρους των ιατρών οφείλεται στην εμμονή τους να επιτελέσουν το ιατρικό τους καθήκον (όπως οι ίδιοι το αντιλαμβάνονται και σε πλήρη εναρμόνιση με την πεποίθηση του Bacon ότι απώτερος σκοπός της Ιατρικής είναι η παράταση της ζωής³) μέχρι εσχάτων, αγνοώντας ωστόσο ότι η διατήρηση της ζωής με οποιοδήποτε κόστος αντιβαίνει προφανώς σε μία εκ των θεμελιωδών αρχών της βιοηθικής, και δη την αρχή του προσδοκώμενου οφέλους/πιθανής βλάβης (σε πλήρη αντιστοιχία με το Ιπποκρατικό ρητό «Ασκέειν περί τα νοσήματα δύο, ωφελείν ή μη βλάπτειν».⁴ Προκειμένου λοιπόν να αντιμετωπισθεί η περιγραφείσα κατάσταση, που εμφανίζεται σχεδόν καθημερινά στη ΜΕΘ, καθιερώθηκαν οι επονομαζόμενες πρακτικές της μη κλιμάκωσης (withholding) και της απόσυρσης (withdrawal) της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής (life support treatment). Ως μη κλιμάκωση ορίζεται η απόφαση της μη εφαρμογής επιπρόσθετων θεραπειών ή μη αύξησης της έντασης των ήδη παρεχομένων. Ως απόσυρση ορίζεται η απόφαση διακοπής του συνόλου ή τμήματος της χορηγούμενης αγωγής χωρίς υποκατάσταση της από ισοδύναμη εναλλακτική.^{5,6} Οι εν λόγω πρακτικές είναι σύμφωνες με την παραπάνω αρχή της βιοηθικής, καθώς στόχος της κάθε θεραπείας οφείλει να είναι η πλήρης ίαση της ασθένειας, εφόσον όμως αυτό δεν καθίσταται δυνατό τουλάχιστον η επιβίωση στον ίδιο βαθμό προσδόκιμου ζωής να συνάδει και με ένα αποδεκτό ποιοτικό επίπεδο. Όταν όμως δεν υπάρχει επίτευξη των ως άνω στόχων, τότε βάσει της αρχής της ωφέλειας του ασθενούς («ωφελείν»), είναι προτιμότερο να προσφέρεται παρηγορητική αγωγή στον ίδιο παρά να γίνεται επίμονη προσπάθεια αναβολής του θανάτου του.⁷ Εξάλλου, η εμμονή σε θεραπευτικούς χειρισμούς που αντί να ωφελούν ουσιαστικά παρατείνουν την ψυχική και σωματική εξάντληση του ασθενούς αντιβαίνουν και στην ετέρα αρχή της βιοηθικής του «μη βλάπτειν». Τέλος δε, οι προαναφερόμενες πρακτικές βασίζονται και σε μία άλλη εξίσου σημαντική αρχή της βιοηθικής, που προβλέπει το σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς και του αναγνωρίζει το δικαίωμα να αρνηθεί θεραπεία που οδηγούν σε παράταση της ζωής του όχι όμως και να αιτηθεί την εφαρμογή θεραπειών που ο ιατρός του θεωρεί μάταιες.^{7,8}

Ιστορική αναδρομή και αρχικές νομοθετικές ρυθμίσεις

Κατά την αναζήτηση για τις «ρίζες» των προγενεστέρων οδηγιών, οδηγούμαστε στη διαπίστωση ότι αυτές πρωτοεμφανίστηκαν μαζί με τα radical (επαναστατικά ή ριζοσπαστικά) κοινωνικά κινήματα του 1960 και 1970. Τη δεδομένη χρονική περίοδο τα διάφορα αυτά κινήματα (consumer health movement, critical legal studies movement, civil rights movement και fledgling articulation of the human rights) συνεργάστηκαν για να επιτύχουν ένα επαναπροσδιορισμό του ρόλου του νόμου και της έννομης πράξης (law and legal action) σαν όχημα για κοινωνική αλλαγή.⁹ Ωστόσο, ο πρώτος που πρότεινε την έμπρακτη χρήση της διαθήκης ζωής ήταν ο δικηγόρος Louis Kutner από το Ιλινόις των Η.Π.Α. το έτος 1967.¹⁰ Απώτερος σκοπός του τελευταίου ήταν να διευκολύνει τα δικαιώματα των ετοιμοθάνατων, ώστε οι ίδιοι να αποφασίσουν σχετικά με την ιατρική τους φροντίδα. Ένα χρόνο αργότερα (1968), παρουσιάστηκε σε Κρατικό Κοινοβούλιο των Η.Π.Α. η πρώτη νομοθεσία αφορούσα τη διαθήκη ζωής, από τον ιατρό Walter Sackett. Ο συγκεκριμένος ιατρός είχε εκλεγεί στη βουλή της Φλόριντα και έκανε εισήγηση ενός νομοσχεδίου, το οποίο θα επέτρεπε στους ασθενείς να λαμβάνουν αποφάσεις, σχετιζόμενες με τη μελλοντική χρήση μηχανημάτων υποστήριξης που θα παράτειναν το προσδόκιμο ζωής τους.¹¹ Παρόλα αυτά, το εν λόγω νομοσχέδιο δεν έτυχε της ανάλογης αποδοχής από το κοινοβούλιο τόσο κατά την πρώτη (1968) όσο και κατά την επαναληπτική (1973) κατάθεση του και εν τέλει απορρίφθηκε οριστικά.¹¹ Σχεδόν ταυτόχρονα (1974) με τις ενέργειες του Sackett στη Φλόριντα, κάποιος άλλος εκλεγμένος αντιπρόσωπος ο Barry Keene, αυτή τη φορά στη Γερουσία της Καλιφόρνια, πρότεινε ανάλογη νομοθετική ρύθμιση, η οποία ωστόσο είχε την ίδια κατάληξη.¹¹ Εντούτοις, η επαναφορά από τον ίδιο του νομοσχεδίου μετά από δύο χρόνια είχε θετική έκβαση με αποτέλεσμα το Σεπτέμβριο του 1976 η Καλιφόρνια να αποτελέσει το πρώτο Κράτος των Η.Π.Α. που αποδεχόταν τη νομική αναγνώριση της διαθήκης ζωής.^{11,12} Από αυτή την στιγμή και έπειτα έως και το έτος 1992, το σύνολο των Κρατών των Η.Π.Α. είχε ήδη κάνει αποδεκτό στη νομοθεσία του κάποια μορφή «προγενεστέρων οδηγιών». Ουσιαστικά, η πρώτη δικαστική απόφαση που νομιμοποίησε τις προγενέστερες οδηγίες, εκδόθηκε από το Ανώτατο Δικαστήριο του

New Jersey το 1976 (προεδρεύων δικαστής Robert Hughes). Η υπόθεση αφορούσε την απαίτηση του Joe Quinlan για νομικά κατοχυρωμένες αποφάσεις, που θα λαμβάνονταν στο μέλλον από τον ίδιο και θα σχετιζόνταν με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας προς την κόρη του Karen Ann Quinlan. Η θετική έκβαση της υπόθεσης αναγνώρισε ότι το δικαίωμα άρνησης θεραπείας δεν αίρεται όταν ο ασθενής περιέρχεται σε κατάσταση μη συνειδητότητας, αλλά μεταβιβάζεται στον νόμιμο αντιπρόσωπο του, που στην προκειμένη περίπτωση ορίστηκε ο πατέρας της ασθενούς.¹³

Το ενδιαφέρον ωστόσο της Κυβέρνησης των Η.Π.Α. για τις προγενέστερες οδηγίες εκδηλώθηκε μέσω δύο Νομοθετικών της Σωμάτων, και δη του Κογκρέσου και του Ανώτατου Ομοσπονδιακού Δικαστηρίου. Πιο συγκεκριμένα, το Κογκρέσο ψήφισε το 1990 την Πράξη Αυτοκαθορισμού του Ασθενούς (Patient Self-Determination Act), η οποία αναγνωρίζει τη δυνατότητα στον ασθενή να δηλώνει εγγράφως, ποιες μορφές θεραπείας θα επιθυμούσε να λάβει στο μέλλον και υπό ποιες πιθανές κλινικές συνθήκες καθώς και τη δυνατότητα του ίδιου να ορίζει τον νόμιμο αντιπρόσωπο του (health care surrogate).¹⁴ Ενώ, αρχικά το Ανώτατο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο των Η.Π.Α. ήταν επιφυλακτικό στο να ασχοληθεί με υποθέσεις που αφορούσαν «προγενέστερες οδηγίες», καθώς θεωρούσε ότι η νομιμότητα αυτών όφειλε να καθορισθεί σε Κρατικό και όχι σε Ομοσπονδιακό επίπεδο, ωστόσο το έτος 1990 το ως άνω Δικαστήριο ασχολήθηκε διεξοδικά με την υπόθεση της Nancy Cruzan. Οι γονείς της συγκεκριμένης ασθενούς επιθυμούσαν την αφαίρεση του ρινογαστρικού σωλήνα από την κόρη τους, που βρίσκονταν σε επιμένουσα φυτική κατάσταση επί τετραετίας. Στην εν λόγω υπόθεση το Δικαστήριο αναγνώρισε τα εξής: i. το ατομικό δικαίωμα του ασθενούς (με ικανότητα αντίληψης) να αρνηθεί περαιτέρω θεραπεία, ii. σε περίπτωση όμως που ο ίδιος δε διαθέτει συνειδητότητα, η απόφαση του οριζόμενου ως αντιπροσώπου (health care surrogate) του, πρέπει να διαφαίνεται μέσω επαρκών και πειστικών ενδείξεων, ότι αποτελεί και την επιθυμία του ίδιου του ασθενούς και iii. ότι η σίτιση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα αποτελεί υποστηρικτική της ζωής παρέμβαση.¹⁵

Μεταγενέστερες νομοθετικές ρυθμίσεις εντός της Ευρώπης

Στην αντίπερα όχθη του Ειρηνικού, η Γηραιά Ήπειρος μέσω του Κοινοτικού της Οργάνου και συγκεκριμένα του Συμβουλίου της Ευρώπης (1999) θέτει σοβαρό ζήτημα αξιοπρέπειας του ασθενούς, η οποία θεωρεί ότι θίγεται σε περιπτώσεις τεχνητής παράτασης της διαδικασίας του θανάτου. Ως εκ τούτου, συνιστά σε όλα τα Κράτη-Μέλη να προστατεύσουν το δικαίωμα αυτοκαθορισμού του ασθενούς, οι επιθυμίες του οποίου οφείλουν να γίνονται σεβαστές από τον εκάστοτε θεράποντα ιατρό, ο τελευταίος όμως παραμένει ο κατεχόμενος υπεύθυνος για τη λήψη της τελικής απόφασης ως προς την ακολουθούμενη θεραπεία.¹⁶ Ως μία ένδειξη διασφάλισης του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ασθενούς, η πλειονότητα των χωρών της Ένωσης (Πίνακας) έχουν ήδη εντάξει τις προγενέστερες οδηγίες στη νομοθεσία τους. Ειδικότερα, στην Αυστρία η διαθήκη ζωής (Patientenverfügung) μπορεί να δημιουργηθεί εγγράφως (είτε μέσω συμπλήρωσης ειδικών φορμών (εντύπων) ή σύνταξης από τον ενδιαφερόμενο όπως ο ίδιος επιθυμεί) αλλά ακόμη και να ειπωθεί προφορικά, στη δεύτερη όμως περίπτωση μόνο εφόσον πρόκειται για νοσηλευμένο άτομο. Η διαθήκη ζωής θεωρείται δεσμευτική για τον ιατρό μόνο εφόσον αυτή πληροί τις ακόλουθες προϋποθέσεις: i. να έχει συνταχθεί από τον ασθενή (όταν είχε ικανότητα συνείδησης) ενώπιον δικηγόρου ή συμβολαιογράφου, ii. να εκφράζει την ελεύθερη βούληση του ασθενούς, να είναι δηλαδή απαλλαγμένη από κάθε μορφή σωματικής, πνευματικής ή κοινωνικής πίεσης του τελευταίου κατά τη σύνταξη της, iii. να έχει προηγηθεί ιατρική ενημέρωση, iv. να αποτελεί άρνηση κάποιας συγκεκριμένης θεραπείας και v. να είναι πρόσφατη (διάρκεια ισχύος 5 έτη).^{17,18} Αντίστοιχα το Βέλγιο έχοντας ήδη νομιμοποιήσει την παθητική ευθανασία αποδέχεται αυτή ως επιλογή της διαθήκης ζωής, η τελευταία όμως για να είναι δεσμευτική για τον ιατρό οφείλει να έχει συνταχθεί εγγράφως, ενώπιον δύο μαρτύρων (εκ των οποίων ο ένας τουλάχιστον να μην έχει υλικό συμφέρον από το θάνατο του ασθενούς) και να περιλαμβάνει τα εξής: i. άρνηση σε μία θεραπεία ή ανάκληση της παρεχόμενης συναίνεσης (πλην επειγόντων περιστατικών όπου ο ιατρός δεν είναι σε θέση να εξακριβώσει την ύπαρξη ή μη διαθήκης, και ως εκ τούτου υπερέχει η προστασία του εννόμου αγαθού της ζωής) και ii. υποβολή αιτήματος ευθανασίας προς το θεράποντα ιατρό, ο οποίος όμως πρέπει να βεβαιώσει ότι στην περίπτωση του εκάστοτε ασθενούς συντρέχουν

επιπλέον και οι τρεις ακόλουθες προϋποθέσεις: α) σοβαρή και ανίατη πάθηση, β) πλήρης απώλεια συνείδησης και γ) μη αναστρέψιμη κατάσταση (σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης).^{17, 18} Άλλωστε και η Γαλλία με Νόμο στις 22 Απριλίου του 2005 αναγνώρισε το δικαίωμα των πολιτών της να δηλώνουν εγγράφως τη διαθήκη ζωής "testament de fin de vie" ή τις προγενέστερες οδηγίες "directives anticipées" τους καθώς και τη δυνατότητα ανάκλησής αυτών, όποτε οι ίδιοι το επιθυμούν. Προϋπόθεση για την εγκυρότητα των ως άνω εγγράφων αποτελεί η σύνταξη αυτών τρία έτη πριν την απώλεια συνείδησης του ασθενούς, με το δικαίωμα περαιτέρω επιμήκυνσης της διάρκειας ισχύος τους κατά επιπλέον τρία έτη. Ωστόσο, αξίζει να επισημανθεί ότι ο χαρακτήρας των προγενέστερων οδηγιών (διαθηκών ζωής) δεν είναι δεσμευτικός παρά συμβουλευτικός για τον ιατρό, που σε κάθε περίπτωση υποχρεούται να τις λάβει σοβαρά υπόψη πριν από οποιαδήποτε απόφαση του, την οποία οφείλει σε κάθε περίπτωση να αιτιολογήσει εμπεριστατωμένα.¹⁹ Στη γειτονική χώρα του Ηνωμένου Βασιλείου θεσπίζονται, μέσω της επονομαζόμενης «Πράξης Συνειδητότητας» (Mental Capacity Act) του 2005, που τέθηκε σε ισχύ την 1 Οκτωβρίου του 2007, οι προγενέστερες οδηγίες, οι οποίες οφείλουν να είναι έγκυρες και εφαρμόσιμες και αναπόκειται στην κρίση των επαγγελματιών υγείας όσο και των κοινωνικών λειτουργών η εκτίμηση τους ως τέτοιες. Προκειμένου λοιπόν να γίνουν αυτές αποδεκτές υποχρεούνται να πληρούν τα ακόλουθα κριτήρια: i. το ενδιαφερόμενο άτομο να διαθέτει την απαιτούμενη ικανότητα συνείδησης κατά τον χρόνο σύνταξής τους, ii. να μην υπήρχε εξαναγκασμός και iii. να κατανοούσε πλήρως τις συνέπειες της απόφασής του.^{19, 20} Η εν λόγω Πράξη περιέχει επίσης δικλείδες ασφαλείας για ποικίλους τύπους έρευνας σε άτομα που έχουν απολέσει την ικανότητα έκφρασης της βούλησής τους. Προσπαθεί να ισορροπήσει αφενός μεν τις επιθυμίες όσων αδυνατούν να επωφεληθούν από μία κατάλληλη διερεγνόμενη έρευνα, αφετέρου δε την ανάγκη τήρησης αυστηρών δικλείδων που έχουν τεθεί στο Ευρωπαϊκό Δίκαιο. Κύριο μέλημα της Πράξης είναι η προστασία του συμφέροντος του ασθενούς το οποίο προηγείται του συμφέροντος της επιστήμης ή της κοινωνίας.²⁰ Ας δούμε όμως τι ισχύει στην πρώτη χώρα που ασχολήθηκε με το εν λόγω θέμα και δη τη Φινλανδία, η οποία αναγνώρισε νομική ισχύ στις προγενέστερες οδηγίες μέσω του κανονισμού 8 της Πράξης για την κατάσταση (θέση) και τα δικαιώματα των ασθενών (1992). Σύμφωνα λοιπόν με τον προαναφερόμενο κανονισμό, ο ιατρός δε δύναται να παρέχει οποιαδήποτε μορφή θεραπείας σε άτομο το οποίο δε διαθέτει τις αισθήσεις του ή είναι ανίκανο να εκφράσει την επιθυμία του, εφόσον η παρεχόμενη βοήθεια θα ήταν αντίθετη προς το θέλημά του ίδιου, όπως αυτό εκφράστηκε κάποια στιγμή στο παρελθόν του. Ωστόσο η Πράξη θα τροποποιηθεί το 2005, και μέσω ενός νέου κανονισμού (6a) θα θεθούν τα κριτήρια βάσει των οποίων θα λαμβάνεται εφεξής η απόφαση για τέτοιες περιπτώσεις όπου το άτομο δεν είναι σε θέση να κάνει σαφή τη δική του επιλογή. Αυτά λοιπόν τα κριτήρια με φθίνουσα σειρά σημασίας και βαρύτητας είναι τα εξής: i. βάσει των οδηγιών όπως αυτές είναι καταγεγραμμένες εντός μίας διαθήκης ζωής, ii. μέσω της συμβουλής ενός οριζόμενου από δικαστήριο ατόμου για να επιληφθεί θέματα υγείας του ασθενούς, iii. μέσω της συμβουλής ενός ατόμου, το οποίο έχει εκ των προτέρων επιλεχθεί από τον ασθενή να είναι ο αντιπρόσωπος (health care proxy) του σε θέματα υγείας και iv. Μέσω της εκφρασθείσας γνώμης από γονέα, άλλο συγγενή ή φίλο του ασθενούς.¹⁷ Η τελευταία χώρα της οποίας το νομικό πλαίσιο σχετικά με τις προγενέστερες οδηγίες θα εξετάσουμε είναι η Ουγγαρία, η οποία με τη Νέα Πράξη Υγείας που υιοθέτησε το 1997 (αλλά έθεσε σε ισχύ το 1998) αναγνωρίζει το δικαίωμα στον ασθενή να προετοιμάζει με έγγραφη δήλωση του τι είδους μεταχείριση θα ήθελε να τύχει σε θέματα υγείας του που πιθανόν να προκύψουν στο μέλλον και εφόσον ο ίδιος τη δεδομένη στιγμή θα είναι ανίκανος να γνωστοποιήσει την επιθυμία του. Οι βασικές προϋποθέσεις που πρέπει να πληροί μία τέτοια δήλωση για να είναι νομικά κατοχυρωμένη, συνοψίζονται ως ακολούθως: i. ο ασθενής να διαθέτει κατά το χρόνο συγγραφής της «πλήρη διαχειριστική ικανότητα» ("full disposing capacity"), ii. να υπάρχει ιατρική γνώμηση (το αργότερο ένα μήνα πριν τη συγγραφή της δήλωσης του ασθενούς) από ψυχίατρο ότι ο ασθενής διαθέτει πλήρη επίγνωση των επιπτώσεων της ενέργειας του και iii. σε ενδεχόμενη αδυναμία του ασθενούς να γράψει ο ίδιος τη δήλωση του, αυτή μπορεί να δημιουργηθεί με οποιονδήποτε άλλο τρόπο, αλλά οπωσδήποτε υπό την παρουσία δύο μαρτύρων που πρέπει επιπλέον να την υπογράψουν.¹⁷ Παρά το γεγονός ότι στη χώρα μας δεν υφίσταται ακόμα νομοθετική ρύθμιση

για τις προγενέστερες οδηγίες, εν τούτοις και λόγω της επιτακτικής ανάγκης να καλυφθεί το νομοθετικό κενό τυγχάνουν εφαρμογής γενικές διατάξεις, που καθορίζουν τόσο τις προϋποθέσεις εγκυρότητας τους, τη δεσμευτικότητα του ιατρού απέναντι σε αυτές όσο και τα όρια αυτοδιάθεσης του ασθενούς.¹⁹

Θεμελίωση δικαιώματος αυτοκαθορισμού του ασθενούς βάσει γενικών διατάξεων στην Ελλάδα

Υπάρχουν γενικές διατάξεις που θεμελιώνουν το δικαίωμα του ασθενούς στη χώρα μας, να αποφασίζει για το αν και μέχρι πότε θα δεχτεί μία συγκεκριμένη θεραπεία. Πρωτίστως, η Σύμβαση του Οβιέδο του 1997 (που υπερισχύει έναντι του κοινού δικαίου) για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική, ορίζει βάσει του άρθρου 5 ότι καμία επέμβαση σε θέματα υγείας δεν μπορεί να γίνει, προτού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεση του, και αυτή μόνο εφόσον έχει προηγηθεί ενημέρωσης. Επιπλέον, εντός του άρθρου 9 της ίδιας Σύμβασης αναφέρεται ρητά ότι «οι επιθυμίες που εξέφρασε ο ασθενής εκ των προτέρων σχετικά με ιατρική επέμβαση θα λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή ο οποίος κατά το χρόνο της επέμβασης δεν είναι σε θέση να τις εκφράσει».²¹ Εξάλλου, και ο Ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) ρυθμίζει διεξοδικά με τα άρθρα 11 και 12 τα θέματα που άπτονται της συναίνεσης του ασθενούς σε ιατρικές πράξεις, που αφορούν τον ίδιο καθώς και της προηγούμενης ενδελεχούς πληροφόρησης ως προς το περιεχόμενο της εκάστοτε διαγνωστικής/θεραπευτικής προσέγγισης. Παράλληλα και εντός του άρθρου 29 §2 του ίδιου Κώδικα επαναλαμβάνεται ουσιαστικά το περιεχόμενο της ρύθμισης του άρθρου 9 της Σύμβασης του Οβιέδο.^{21, 22} Ωστόσο, θα πρέπει εδώ να υπενθυμίσουμε και την ύπαρξη προγενέστερης νομοθεσίας (Ν. 2071/1992), σχετικά με τους νοσοκομειακούς ασθενείς, όπου επισημαίνονται τα ακόλουθα: «ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν» (άρθρο 47, §3) και «ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί για οτιδήποτε σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας του. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπεται να σχηματίσει πλήρη εικόνα της κατάστασής του και να λαμβάνει ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του» (άρθρο 47, §4).²³ Άλλωστε, το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίζει ο ίδιος για την αποδοχή ή άρνηση μίας επέμβασης στο σώμα ή γενικότερα στην υγεία του, κατόπιν λεπτομερούς πληροφόρησής του, αποτελεί εκδήλωση του δικαιώματος κάθε ανθρώπου να αυτοκαθορίζεται σε σχέση με τη σωματική ακεραιότητα και υγεία του. Αυτό δε, συνιστά μία ειδικότερη έκφανση των συνταγματικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου (άρθρο 5, §1 Σ.), της προστασίας της ανθρώπινης αξίας εν γένει (άρθρο 2, §1 Σ.) αλλά και της προστασίας του ιδιωτικού του βίου (άρθρο 9, §1 Σ.).

Πίνακας: Ενημέρωση των προγενέστερων οδηγιών στα Κριτήρια-Μέλη της Ευρώπης

ΧΩΡΑ	ΕΤΟΣ	ΠΡΟΓΕΝΕΣΤΕΡΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	1992	ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΣ
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1994	ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΣ
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	1997	ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΣ
ΣΚΩΤΙΑ	2000	ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΣ
ΒΕΛΓΙΟ	2002	ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΣ
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	2005	ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΣ
ΓΑΛΛΙΑ	2005	ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΣ
ΑΥΣΤΡΙΑ	2006	ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΣ
ΔΑΝΙΑ	2008	ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΣ
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	2009	ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΣ
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	2012	ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ & ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΣ

Δέσμευση ή μη του ιατρού και ευθύνη του απέναντι σε προγενέστερες οδηγίες

Η αστική ευθύνη του ιατρού, σε περιπτώσεις μη συμμόρφωσης του στις προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς, συρρέει σε δύο βάσεις: η μία συνίσταται στην παραβίαση της σύμβασης του ιατρού ο οποίος παρέχει τις υπηρεσίες του βάσει του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 και η άλλη στην αδικοπράξια της προσβολής της προσωπικότητας, η οποία αφορά ή σχετίζεται με την ηθική βλάβη αυτής.

Η παθητική (συναινετική) μορφή ευθανασίας, κατά την οποία ο ασθενής αφήνεται να πεθάνει με την συναίνεση του κατόπιν αιτήματος διακοπής της θεραπείας του, δεσμεύει βάσει των πιθανόν προγενέστερων οδηγιών τον ιατρό, διότι το δικαίωμα του πρώτου να μην τύχει οποιασδήποτε θεραπευτικής αντιμετώπισης αποτελεί το ελάχιστο περιεχόμενο του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του και ως εκ τούτου δεν υφίσταται ποινική ευθύνη έναντι του ιατρού. Ωστόσο, είναι άκυρη μία προγενέστερη οδηγία και άρα μη δεσμευτική για τον ιατρό όταν ο ασθενής ζητά συντόμευση της ζωής του και άρα προκύπτει ζήτημα άμεσης ενεργητικής ευθανασίας ή ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Η εν λόγω απαίτηση εκ μέρους του ασθενούς αντιτίθεται τόσο στο άρθρο 29§3 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας που αναφέρει ότι «η επιθυμία του ασθενούς σε τελευταίο στάδιο δε δικαιολογεί νομικά τη διενέργεια πράξεων από τον ιατρό που στοχεύουν στην επίτευξη του θανάτου του»²² όσο και στις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα (άρθρο 300 [ανθρωποκτονία με συναίνεση] και 301 [υποβοηθούμενη αυτοκτονία]). Γνωρίζουμε ότι η ανθρωποκτονία με συναίνεση ως μορφή ευθανασίας προβλέπεται στον Ποινικό Κώδικα, αλλά προκειμένου να τύχει εφαρμογής πρέπει να συντρέχουν και οι απαιτούμενες προϋποθέσεις του άρθρου (i. σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος, ii. οίκτος για αυτόν και iii. ανίατη ασθένεια). Επομένως, η προγενέστερη οδηγία του ασθενούς θα έχει δοθεί πριν εκδηλωθούν οι προϋποθέσεις αυτού του άρθρου, οπότε για να είναι δεσμευτική για τον ιατρό πρέπει να υπάρχει εκ των προτέρων ανάλογη νομοθετική ρύθμιση. Η τελευταία δε, είναι εξίσου σημαντική και για το άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα. Επίσης, δεν δεσμεύουν τον ιατρό προγενέστερες οδηγίες (τις οποίες ο ίδιος αγνοεί ότι υπάρχουν) σε επείγουσες περιπτώσεις, όπου προέχει η διασφάλιση της ζωής του ασθενούς. Παρομοίως, απαλλάσσεται ο ιατρός από τη δεσμευτικότητα των προγενέστερων οδηγιών όταν παραβιάζονται από τον ασθενή κανόνες του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (π.χ. αίτημα από μέρους του ασθενούς για απολαβή οικονομικού ανταλλάγματος, προκειμένου να συμμετέχει σε ιατρική έρευνα). Επιπλέον, άρση της δέσμευσης του ιατρού υπάρχει ακόμη και στην περίπτωση που μεταγενέστερα (της δημιουργίας μίας διαθήκης ζωής) ανακαλυφθεί θεραπεία με βέβαιο θετικό αποτέλεσμα ως προς την έκβαση της ασθένειας, το οποίο αντιλαμβάνεται μεν ο ιατρός αλλά όχι πλέον και ο ασθενής του τη δεδομένη στιγμή. Τότε ο ιατρός μπορεί, με το σκεπτικό ότι και ο ασθενής θα ήταν θετικά κείμενος προς αυτήν, να αποφασίσει προς το όφελος του ασθενούς του αγνοώντας τις προγενέστερες οδηγίες του τελευταίου. Ιδιαίτερη δυσκολία εμφανίζουν οι περιπτώσεις εκείνες, όπου εντός των προγενέστερων οδηγιών τίθεται αίτημα του ασθενούς για

αποσύνδεση του από μηχανική υποστήριξη. Οι απόψεις εν προκειμένω δίστανται ως προς το αξιόπιστο ή μη της πράξης του ιατρού να προχωρήσει σε διακοπή της, συμμορφούμενος πλήρως προς τις προηγηθείσες απαιτήσεις του ασθενούς του, γεγονός που δημιουργεί ασάφεια και ως προς τη δεσμευτικότητα του ιατρού. Σε μία προσπάθεια να αποσαφηνιστεί το εν λόγω ζήτημα, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής εισηγήθηκε ότι στις καταστάσεις εκείνες που δεν υπάρχει ελπίδα ίασης του ασθενούς, ενώ παράλληλα παρατηρείται βραδεία επιδείνωση της ασθένειας του, αλλά και ο χρόνος επέλασης του θανάτου του είναι αβέβαιος, ο ιατρός αφού λάβει υπόψη του την προγενέστερη εκφρασθείσα συναίνεση, μπορεί να διακόψει την παράταση της μηχανικής υποστήριξης και να επικεντρωθεί πλέον σε ανακουφιστική (παρηγορητική) αγωγή. Η τελευταία δυνητική κατάσταση που θα εξετάσουμε και στην οποία διαπιστώνεται νομοθετικό κενό, ως προς τη δέσμευση του ιατρού απέναντι στις προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς του, αφορά την επιθυμία του τελευταίου για παροχή ανακουφιστικής αγωγής, μολονότι αυτή συνδέεται άμεσα και με συντόμευση του προσδόκιμου ζωής του. Συγκεκριμένα, το προαναφερθέν νομοθετικό κενό οφείλεται στη σύγκρουση που δημιουργεί η διαφαινόμενη αντίφαση μεταξύ της §1 και της §3 του άρθρου 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Ενώ η πρώτη ορίζει ότι ο ιατρός οφείλει, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας τελικού σταδίου, να προσφέρει παρηγορητική αγωγή (υπό τη μορφή αναλγητικής θεραπείας), εντός της δεύτερης εφιστάται η προσοχή σε αυτόν, να απέχει από οποιοδήποτε ενέργειες που θα βοηθούσαν στην επίτευξη του θανάτου ασθενούς, που βρίσκεται σε τελικό στάδιο ανίατης νόσου ακόμη και αν ο ίδιος το επιθυμεί.²² Το περιγραφέν νομικό αδιέξοδο υφίσταται μόνο σε θεωρητική βάση καθώς η εφαρμογή της Ιατρικής στην πράξη είναι αυτή που σε τελική ανάλυση θα κατευθύνει και την απόφαση του ιατρού στην εκάστοτε περίπτωση.

Επίλογος

Εν κατακλείδι, η ανάγκη δημιουργίας των προγενεστέρων οδηγιών και ειδικότερα της διαθήκης ζωής προέκυψε από την επιθυμία να διατυπωθούν εκ των προτέρων καταστάσεις, οι οποίες δημιουργούσαν σοβαρό θέμα λήψης συγκεκριμένης απόφασης από μέρους των ιατρών, καθώς οι ασθενείς αυτών δεν ήταν τη δεδομένη στιγμή σε θέση να εκφράσουν τη βούλησή τους. Από την στιγμή της αρχικής εμφάνισης των εν λόγω οδηγιών, την αποδοχή τους εν συνεχεία από το ευρύ κοινωνικό σύνολο έως και της υιοθέτησής τους υπό τη μορφή νόμων εντός των διαφόρων κρατών, συνεχώς ανακύπτουν ζητήματα αποσαφήνισης και σημεία τα οποία επιδέχονται περαιτέρω βελτίωση. Ωστόσο, και παρά τις όποιες δυσκολίες προκύπτουν κατά τη χρήση των προγενεστέρων οδηγιών (διαθηκών ζωής) στα κράτη που τις έχουν ήδη ενσωματώσει στη νομοθεσία τους, η αναγκαιότητα ύπαρξης τους είναι επιβεβαιωμένη, αφενός μεν λόγω της ταχείας εξέλιξης που διαγράφει η ιατρική επιστήμη, αφετέρου δε, και των συνακόλουθων προβλημάτων που σχετίζονται με την πρακτική εφαρμογή της.

Βιβλιογραφία:

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics 6th ed. Oxford University Press, New York, 2009
2. Arnold RM, Kellum J. Moral Justifications for surrogate decision making in the intensive care unit: implications and limitations. Crit Care Med 2003, 31 (Suppl 5):S347-S353
3. Hall K. Intensive care ethics in evolution. Bioethics 1997, 11:241-245
4. Ιπποκράτης. Ετιδημίων το πρώτον, II, 11
5. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med 1998, 158:1163-1167
6. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S et al. End-of-life practices in European intensive care units: The ETHICS study. JAMA 2003, 290:790-797
7. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2008, 36:953-963
8. Gavin JR. Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. Crit Care Med 2007, 35(Suppl 2):S85-S94
9. Delfem M. Sociology of Law: Visions of a Scholarly Tradition. Cambridge University Press, New York, 2008
10. Kutner L. The Living Will: a proposal. Indiana Law Journal 44:539-554
11. Mercer-Smith G. The use of Advance Directives and the clinician's obligations to comply with the patient's registered preferences and wishes. J NI Ethics Forum 2006, 3:100-112 (Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <http://www.qub.ac.uk/methics/MercersmithG.pdf>)
12. Valko N. Bioethics Watch Of Living Wills and Butterfly Ballots. Voices Online Edition, Pentecost 2001, Vol. XVI No. 2 (Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <http://www.voicesonline.com/2001/06/20/bioethics-watch-of-living-wills-and-butterfly-ballots/>)
13. In re Quinlan, 70 N.J. 10 (1976), 355 A.2d 647, In the matter of Karen Quinlan, An alleged incompetent (Αναρτημένη απόφαση του Δικαστηρίου του New Jersey στην ιστοσελίδα: <https://www.uta.edu/philosophy/faculty/burgess-jackson/In%20re%20Quinlan,%2070%20N.J.%2010,%20355%20A.2d%20647%20%281976%29.pdf>)

14. H.R.4449 – Patient Self Determination Act of 1990 (Απόφαση του Κογκρέσου των Η.Π.Α. Αναρτημένη στην ιστοσελίδα: <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query/z?c101:H.R.4449.IH>.)
15. Anne Marie Gaudin. Cruzan v. Director, Missouri Department of Health: To Die or Not to Die: That is the Question - But Who Decides? La. L. Rev. 1991, 51: 1306-1345
16. Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. (Recommendation 1418) 1999 (Σύσταση του Συμβουλίου της Ευρώπης. Αναρτημένη στην ιστοσελίδα: <http://assembly.coe.int/ASP/XRef/ViewDoc.aspx?fileid=16722&lang=en>)
17. Alzheimer Europe: Advance Directives; Summary of the legal provisions relating to advance directives per country (Αναρτημένη στην ιστοσελίδα: <http://www.naepc.org/journal/issue02k.pdf>)
18. Ρεθυμυλάκη Ε. (2012), «Ευθανασία και διαθήκη ζωής», στο: Ευθανασία, Αφιέρωμα στον πρώτο πρόεδρο της Επιτροπής Γεώργιο Κουμάντο, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 10 Χρόνια Λειτουργίας 1999-2009, Αθήνα: Εκδόσεις Θεμис, Νικ. Σάκουλας, σ. 153-194
19. European Science Foundation. Advance Directives: Towards a Coordinated European Perspective? ESF Exploratory Workshop, Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich, Switzerland, 18-22 June 2008
20. Mental Capacity Act 2005 (Chapter 9).
21. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, Oviedo, 4.IV.1997 (Αναρτημένη στην ιστοσελίδα: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>)
22. Νόμος 3418/2005. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Αναρτημένος στην ιστοσελίδα του Εθνικού Τυπογραφείου: <http://www.et.gr>)
23. Νόμος 2071/1992. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας (Αναρτημένος στην ιστοσελίδα του Εθνικού Τυπογραφείου: <http://www.et.gr>)



Δρ. Θρασύβουλος Κ. Ταμπάκης

Δρ. Θρασύβουλος Κ. Ταμπάκης
τ. Διευθυντής Νεογνολογικού Τμήματος,
Γενικού Πανεπιστημιακού
Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης

Ο γιατρός Ταμπάκης Θρασύβουλος γεννήθηκε και μεγάλωσε στη Δράμα. Από μικρή ηλικία ασχολήθηκε με τη ζωγραφική, κυρίως δε με την ελαιογραφία. Τα θέματά του προέρχονται συχνά από τη φύση της Βόρειας Ελλάδας. Η ζωγραφική του ανάγλυφη, ιδιότυπη, με έντονο, παχύ παστόζο χρώμα και σκίτσο συχνά αφαιρετικό. Αυτοδίδακτος διακρίνεται για το πάθος και βαθιά ποιητική έκφραση των έργων του. Εξέθεσε σε διάφορες πόλεις, σε ομαδικές ή ατομικές εκθέσεις.

Κολακευτικά σχόλια απέσπασε από τον Μανώλη Φραγκιαδάκη (καθηγητή Ορθοπαιδικής Παν/μίου Αθηνών), Γιάννη Νάνο, Κων/νο Μήτσου ζωγράφους, Τριαντάφυλλο Παρασκίδη (ομότ. Καθηγητή,

πρύτανη Σχολής Καλών Τεχνών Παν/μίου Αθηνών) και πολλούς άλλους.

Έργα του δημοσιεύθηκαν ή σχολιάστηκαν σε περιοδικά των Αθηνών και της επαρχίας και τιμήθηκαν – βραβεύθηκαν σε διάφορους διαγωνισμούς όπως:

Από τον Σύλλογο Γραμμάτων & Τεχνών Δράμας το 1963

Από την Δ.Ε.Π.Α.Ο.Ν.Ο.Ν. Ορεστιάς 2001-2002

Από την Πανελλαδική Οργάνωση Γυναικών «Παναθηναϊκή», όπου προλόγισαν η Πρόεδρος δικηγόρος Τσώλου Ελένη, ο Ομ. Μαυρίδης ομ. Καθηγητής Παν/μίου Βερολίνου και η Μαρία Βερβέρη-Κράουζε εικαστικός, λαογράφος το 2004.



Δύο παιδιά



Αλεξανδρούπολη, ο Φάρος



Μύλοι



Αλεξανδρούπολη, το λιμάνι

Πορτιτσικές
...Διαδρομές...

ΘΡΑΣΥΒΟΥΛΟΣ ΤΑΜΠΑΚΗΣ



Το εκκλησάκι



Αγροτόσπιτα



Πάτμος



Σοκάκι στην Ξάνθη

Πορτρετικές Διαδρομές...

ΘΡΑΣΥΒΟΥΛΟΣ ΤΑΜΠΑΚΗΣ



Αγρός στο 8ο Αλεξανδρούπολης



Πρόσωπα



Το εκκλησάκι 2



Άπυλο 1



Ονειρικό



Άπυλο 1



Ποιτιστικές
...Διαδρομές...

ΘΡΑΣΥΒΟΥΛΟΣ ΤΑΜΠΑΚΗΣ



Αγροτόσπιτο



Παπαρούνες



Πρόσωπο



Γυμνές γυναίκες



Μουντζέλη Ιφιγένεια



Γεννήθηκε το 1967 και ζει μόνιμα στην Θεσσαλονίκη. Σπούδασε, στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, στο τμήμα Προσχολικής, Αγωγής κι Εκπαίδευσης. Έχει μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή, στο διδασκαλείο του Α.Π.Θ. Εργάστηκε ως Νηπιαγωγός και ως Ειδική Παιδαγωγός σε τμήμα ένταξης Νηπιαγωγείου. Σήμερα είναι συνταξιούχος εκπαιδευτικός κι ασχολείται αποκλειστικά με την ποίηση και την ζωγραφική, που αποτελούν μεγάλες της αγάπες, όπως άλλωστε υπήρξε και η πολύχρονη ενασχόλησή της με τα παιδιά. Έχει γράψει, δυο ποιητικές συλλογές: “Ο δικός μας κόσμος” και “Φως, γεννημένο από σκοτάδι”.

Η πιο ουσιαστική πηγή έμπνευσής της και στις δύο μορφές τέχνης, που αφοσιωμένα υπηρετεί εδώ και πολλά χρόνια, είναι η ίδια η ζωή, οι σχέσεις των ανθρώπων και τα συναισθήματα. Κυρίως όμως, η βαθιά της επιθυμία, να συνδέσει την αντικειμενική πραγματικότητα του υπαρκτού κόσμου, με την υποκειμενική της αλήθεια, το συνειδητό, κομμάτι του εαυτού της, με το κρυμμένο, απωθημένο, ασυνείδητο κι εντέλει να το φανερώσει, να το μοιραστεί, να το επικοινωνήσει στους άλλους, μέσα από τις εικόνες που ζωγραφίζει και κυρίως, μέσα από τις λέξεις των ποιημάτων της.

Αγρια ροδιά

Στην άκρη του γκρεμού, αγρια ροδιά φυτρώνει,
γεύεται μέλι· τ' ουρανού, κι η ρίζα μεγαλώνει.
Γεράκι· η πεθυμιά της, πετάει μες στη καρδιά,
κι ό,τι στο κόσμο συναντά, κρασί που τη μεθά.

Μοναχικά η φύση της, στο άγνωστο κρατιέται,
μα όταν δυο, γίνουν εμείς κι ο θάνατος νικιέται.
Με τα κλαδιά στον άνεμο· η μέρα την ψηλώνει,
κι ο έρωτας, τη λογική, μες στο μυαλό θολώνει.

Νύχτα σα θα 'ρθεις, δως της δυο μάτια ανοιχτά,
για να μπορεί, ως το πρωί, τ' αστέρια να μετρά.
Και κάθε αυγή, ένα κορμί· ο ήλιος, ας της φέρνει,
δυο χέρια σα φτερά· γα να πετάει, σ' άλλα μέρη.

Στη γη που θα πατά, το χώμα· να 'ν μεταλαβειά,
και σε νεράκι· αγιασμένο, να μπορεί να ξεδιψά.
Κι αν φοβηθεί, στης μνήμης το ρόδι· ας πιαστεί,
ο κόκκινος καρπός, απ' τον κορμό της, μη κοπεί.

Και σαν η Άνοιξη· θα 'ρθει, τα έρημα πουλιά,
στον κόρφο της επάνω, ας χτίσουν μια φωλιά.
Για να ξυπνάει στο Χειμώνα· με δύναμη κρυφή,
με μυρωδιές και χρώματα, ν' ανθίζει στη ζωή.

Κι αν πάνω στον ίσκιο της, άλλη σκιά· απλωθεί,
μια παλιά της να 'ναι, ευχή, που βγήκε αληθινή.
Μαζί ας αντικρίσουνε τα θαύματα του κόσμου,
για να φωνάζει η άβυσσος, το σκοτάδι· φως μου.

Οι λέξεις

Οι λέξεις μου, δε με παιδεύουν,
κι ας μπηγουν, μαχαιράκια στο χαρτί.
Τις άγιες μου πληγές, γιατρεύουν,
με ένα αχ! κι ένα γιατί!

Σα να 'μαι άβγαλτο παιδί, μου εξηγούνε,
τον άγνωστο, κρυφό μου κόσμο.
Τα λάθη μου, τα συγχωρούνε,
μοσχοβολούν, μέλι και δυόσμο.

Τα καρδιοχτύπια μου, απαλά αγγίζουν,
όπως οι μάνες, νανουρίζουν τα μωρά.
Στις αγέννητες μου πράξεις, μεταγγίζουν,
μια γνώση αρχέγονη, ανέσπερη, παλιά.

Στην άκρη του γκρεμού μου, στέκουν,
και δε φοβούνται, αν θα πέσουν.
Του αόρατου το νήμα, εντός μου γνέθουν,
το παρελθόν, με το παρόν μου, για να δέσουν.

Κι ανεβαίνουν, σε ψηλή κορφή,
να δουν τον ήλιο, να προβάλει.

Μεθούνε, πίνοντας απ' τη ζωή,
και δε λυτούνται, όταν έρχεται το βράδυ.

Και σα καλογεράκια, μες στο μοναστήρι,
προσεύχονται για μένα, στο Θεό.
Κι όπως οι μέλισσες, μέσα στη γύρη,
τρυγούν τη πίκρα, απ' τον άδικο καιρό.

Φυτεύουν, κυπαρίσσια και αμπέλια,
σημάδια απ' τις μνήμες των στιγμών.
Και ξαγρυπνούν, με δάκρυα και γέλια,
στις όχθες, των κρυφών μου, των παθών.

Κι άλλες, σα βάρκες μες στο ακρογιάλι,
λουσμένες, από φως· κι από σκοτάδι.
Τραβούν το δίχτυ, με την αγάπη τη μεγάλη,
και του έρωτα, το διαλεγμένο χάδι.

Λέξεις μου, χρώματα επάνω σε καμβά,
τοπία της ψυχής μου, ζωγραφίζω.
Σήμερα κι αύριο, όπως παλιά,
στο δρόμο, τον δικό μου, συνεχίζω.



Ζωές

Στου καιρού το χωράφι, παιδιά φοβισμένα, που τρέμουν
σα στάχυ
έχουν στα μάτια γέλιο και δάκρυ, να δώσουν σα δώρα στη
στάχτη.
Με φωνές υποθηκευμένες που ηχούν, κλεισμένες μέσα
στον κύκλο,
διαγράφουν πορείες ακατάλληλες, σε ζωές που είναι
παράλληλες.

Μα νοερά, να συνοδεύουν τις σκέψεις τους, πάντα ζητούν
την άδεια
και προσπαθούν με τις λέξεις τους να σκάψουν τα πιο
βαθιά πηγάδια.
Ανάσα οι φίλοι, λόγια σταράτα αγάπης, ξέρουν πως να
μοιράζονται,
μα και τα φανερά μυστικά τους, σαν αθώα ψέματα που δεν
πονάνε.

Οι ψυχές τους αβάφτιστες, ψάχνουν ονόματα να δώσουν
κι εξηγήσεις
αθρυμμάτιστες οι ευχές κι οι προσευχές τους, ειλικρινείς οι
δείξεις.
Δεισδυτικές οι ματιές τους που ξυπνούν τις σκέψεις τις
ασυνείδητες,
ανακουφίζουν τον απωθημένο πόνο από τις πράξεις τις
ανομολόγητες.

Διασώζουν μνήμες διατηρητέες, σα φυλαχτά της παιδικής
αθωότητας,
προστατεύοντας τη συμφωνία της ζωής και τη μαγεία της
πληρότητας.
Σφυγμομετρούν τη γοητεία της παρακμής, τις χαρές τους
και τις λύπες,
εκμυστηρεύονται τα λόγια της διαστροφής, με μάτια σα
βαθιές λίμνες.

Παιδιά που οικειοποιούνται ανοχύρωτες στιγμές της δικής
τους ουσίας,
διαφορετικά βιώματα προσφέροντας με αλήθεια, χωρίς
ίχνος απουσίας.
Ολοκληρώνουν τις μπερδεμένες εικόνες, που τις καρδιές
τους ενώνουν·
κι έτσι αθέατα και μυστικά τη ζωή απ' τα δεσμά της, την
ελευθερώνουν.

Ζωές που μαθαίνουν πώς να μη πληγώνουν τον χρόνο
που δεν επιστρέφει
πληρώνουν ότι αξίζει να σωθεί, ασφαρίζοντας την αγάπη
που τους τρέφει.
Αναγνωρίζοντας κι ανασύροντας τα λόγια της εξερεύνησης
της επίγνωσης,
λαχταρούν να επουλώσουν περασμένα τραύματα
λανθασμένης διάγνωσης.

Παιδιά που τους φόβους γιατρεύουν, καθώς στο σήμερα
τη χαρά διαλέγουν,
σαν αιμοδότες της ελπίδας, χωρίς μάσκες αναιμικές, στο
μέλλον πιστεύουν.
Στα βαθιά θεμέλια της ύπαρξης τους, μεταγγίζουν
αποστάγματα αιωνιότητας
και μετά καθένας μοναχός, αγγίζει τα όρια της προσωπικής
του τελειότητας.

Μα όσο δυνατά
κι αν θέλουν ν' αγαπούν οι φίλοι,
σα ποτάμια που μαζί,
από τις πηγές ψηλά,
ξεκινούν την πορεία,
ξεχωριστά και μοιραία,
ξεχύνονται σε ορμητικούς χείμαρρους,
προς την μεγάλη κι άγνωστη θάλασσα της ζωής...

Καθαρές προθέσεις

Μαριονέτες τα κορμιά, σε σπάγκους χορεύουν
τις ξέφρενες ξεκούρδιστες κινήσεις λατρεύουν.
Ταξίδια ξεκινούν στο άγνωστο χωρίς προορισμό
να φτάσουν, να ζήσουν τάχα, της αγάπης ορισμό.

Κι όλα τα λάθη ξεκινούν με καθαρές προθέσεις
μεταμφιεσμένες οι αφαιρέσεις σε προσθέσεις.
Κι όλες οι διαλεγμένες ευτυχίες ευνουχισμένες,
που ενσυνείδητα κρατούν πίκρες εντοιχισμένες.

Αγκάθια τυλιγμένα σε βελούδα όλες οι επιθέσεις,
σε αβέβαια βλέμματα που χαϊδεύουν οι διαθέσεις.
Λόγια που ακολουθούν τις διαδρομές των χρόνων
σημαδεύουν αισθήσεις των πιο κρυμμένων πόνων.

Παραπλανητικά αγγίγματα τις σκέψεις αποσυντονίζουν
στο εφήμερο των στιγμών, οι ψευδαισθήσεις κερδίζουν.
Μα η λογική πισώπλατα με μαχαιριές λύνει τα αινίγματα
κι η βιαστική ζωή ανελέητα, φανερώνει όλα τα μηνύματα.

Οι άνθρωποι όλοι νομίζουν, πως οι ίδιοι αποφασίζουν,
μα τίποτε από τη μοίρα τους δε κατευθύνουν, δεν ορίζουν.
Ως εν δυνάμει θεοί, το καλό κυοφορούν και την αλήθεια,
μα στο δρόμο οι καθαρές προθέσεις συναντάνε τη
συνήθεια.

Δωμάτιο

Ποιος δε χωράει, στο δωμάτιο,
μήπως εκείνη, που 'δωσε πολλά;
Π' αγάπη έραψε, στα ημερονύχτια,
και χόρτασε, τα στόματα τ' αχάριστα;

Πώς γίνεται να χώρεσε, η απέχθεια,
η οκνηρία, ο φόβος κι η κούραση;
Δίχως να περισσέψει, ένα τετραγωνικό,
για να ξαπλώσει τη ζωή της, μια μάνα;

Μόνο τα νιάτα κι η υγεία, αυτά ναι,
παντού χωράνε, μαζί με τη χαρά τους!
Κουβαλούν αρώματα, στο πέρασμα τους,
κι όνειρα, για τ' αύριο που σίγουρα θα έρθει!

Στο σαλόνι, ας μη καθίσει η φθορά,
και λερώσει, τα κόκκινα βελούδα.
Μη τρυπώσει μαζί της κι εκείνη η οσμή,
που θυμίζει, κάτι αδιόρατα απειλητικό.

Στο στρώμα, μη βουλιάξει η αρρώστια,
και σκεπαστεί, με τ' άσπρο της σεντόνι.
Δυο μαξιλάρια, μη ξυπνήσουν τον πόνο,
και τη μνήμη, μιας αναμαλλιασμένης νιότης.

Πόσο απότομα άλλαξε, αυτό το πρόσωπο,
τόσες ρυτίδες, πώς τ' όργωσαν βαθιά;
Πότε η ανημποριά, βίαια το νίκησε,
και κάθε νόημα, γι αυτό έχει πια χαθεί;

Δε χώρεσε στο πιάτο, ένα χέρι τρεμάμενο,
και τ' αργό περπάτημα, μες στο διάδρομο.
Το βλέμμα, που απ' την ελπίδα, δε φωτίζεται,
άδειο και κρύο, δε χώρεσε, στην καρδιά.

Στένεψαν κι οι τοίχοι, το σπίτι μικραίνει,
ο βήχας με τη σιωπή, παλεύουν αλύπητα.
Μια ποδιά, σα πανοπλία νοικοκυροσύνης,
κείται αφόρετη, στο συρτάρι της κουζίνας.

Βαρύς πάντα στο τέλος, είναι ο σταυρός,
σκουριασμένα τα καρφιά, της προδοσίας.
Μα όταν τόσες θυσίες, έχει κάνει μια ψυχή,
η πόρτα του παράδεισου, καλά ανοιγμένη.

Αφιερωμένο στην αγαπημένη μου πεθερά.

Το σπίτι

Ο χώρος της καρδιάς, είν' το σπίτι μου,
ο άλλος κόσμος μέσα μου, η φύση μου,
οι άγνωστοι· τη πόρτα μου χτυπούσαν,
τους άνοιγα, αν στα μάτια με κοιτούσαν.

Σα καλεσμένους τους δεχόμουν στη σκάλα,
γι αυτούς γιορτή· ετοίμαζα μες τη μεγάλη σάλα,
μια κούνια· έφτιαχνα τα χέρια μου να κοιμηθούν,
στην αγκαλιά μου, τα όνειρα τους να σωθούν.

Έτσι τα χρόνια στοίχειωσαν· το δικό μου τόπο,
με λόγια και ανάσες, που μου άλλαξαν το τρόπο,
όταν τη πόρτα μου άνοιξα κι αντίκρισα το φως,
επώδυνα επέτρεψα, στον εαυτό μου να 'ναι αλλιώς.

Τρία παράθυρα έστρεψα στη πρώτη ανατολή,
να βλέπουνε τα βήματα· στην ίδια διαδρομή,
στο στήθος μου δεν έκρυπα λησμονιάς κλωνάρια,
μα σαν επιθυμία ζωής· βλαστούς από σιτάρια.

Απ' τις ρίζες της μνήμης, έρχονται οι φωνές,
παιδικά πτερουγίσματα· οι περασμένες χαρές,

χαλικάκια που έριχνα για να βρίσκω το δρόμο,
την ευθύνη της μοναξιάς, να σηκώνω στον ώμο.

Βόλτα με ποδήλατο προς κατεύθυνση γνωστή,
μια απώλεια· μ' οδήγησε σε τούτη τη στροφή,
οι φίλοι, τα κλειδιά της ψυχής μου κρατούσαν,
να μπουν στα κλειστά μου δωμάτια ζητούσαν.

Μα σ' ένα υπόγειο· καλά φυλαγμένα τα μυστικά,
στου πόθου το μπαλκόνι, δυο μαύρα μάτια νηστικά,
κλεμμένα τα δέκα κόκκινα κεραμίδια της σκεπής,
έβαφαν με του ήλιου το αίμα· τον τοίχο της σιωπής.

Περιφραγμένος ο κήπος· με τις σκέψεις μου,
τη ψυχή μου κρυφά ρωτούσαν οι λέξεις μου,
πως μπορεί η αγάπη να συγχωρεί την απουσία,
να γιατρεύει μιας ανοιχτής πληγής· την ουσία.

Βαθιά τα θεμέλια· μες στο χώμα και το νερό,
στήριξαν νέο εαυτό, δε γκρέμισαν τον παλιό,
το οικοδόμημα· τον ορίζοντα θ' αγναντεύει,
στα επόμενα χρόνια ο ίδιος άνεμος θα το χαϊδεύει.



Αθηνόδωρος Νίκη Σαμοθράκης