

# ΙΑ Ιατρικά Θέματα

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ: 4108 ΤΙΜΗ: 1 ΛΕΠΤΟ • ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ • ΠΛΑΤ. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 4 – 546 23  
ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ Κ.Τ.Θ. 23 206/Ε/25-11-97 • ISSN 1108-5576 • ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ



80  
2025

γράφου

Alphonse  
Daudet, Χρήστος  
Εμμανουηλίδης, Μελίνα  
Καραπαναγιωτίδου, Ελευθερία  
Μανασάρα, Somerset Maugham,  
Ευαγγελινή Μπαλτατζή, Ανθούλα Ναούμη,  
Νίκος Νίτσας, Αντώνης Παπαγιάννης,  
Πάρασχος Γκελερής, Γιάννης Πατσώνης,  
Αναστάσιος Ελ. Πτωχός, †Σεβρής Δημήτρης,  
Απόστολος-Γεώργιος Σοφός, Μαρία  
Ταουσάνη, Δημήτριος Χατζηγεωργίου,  
Μαρία Χατζηδημητρίου, Χατζοπούλου  
Γεωργία, Δέσποινα Χίντζογλου-  
Αμασλίδου, Διαμαντής  
Χλωρός

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ  
ΤΕΛΟΣ  
Κ.Θεολόγικης 17  
Αρ.Αδείας 1



## ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΠΛ. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 4  
546 23 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ  
Τ 2310 273.755, F 2310 278.880

### Ιδιοκτησία

Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης  
ΝΠΔΔ

### Εκδότης

#### Νίκος Νίτσας

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου  
Θεσσαλονίκης, Πλ. Αριστοτέλους 4

### Διευθυντής Σύνταξης Αντώνης Παπαγιάννης

Γραμματεία Ιατρικού Συλλόγου  
Θεσσαλονίκης, Πλ. Αριστοτέλους 4

### Συντακτική Επιτροπή

Βαίτση Βιολέττα  
Βακιρλής Στράτος  
Ισόπουλος Νίκος  
Καϊλάρη Σουζάννα  
Καρμπόνης Ιωάννης  
Κουτελιδάκης Ιωάννης  
Λάλλας Αιμίλιος  
Λιακόπουλος Νικόλαος  
Οικονόμου Δημήτρης  
Παραμυθιώτης Δανιήλ  
Πίτσας Αντώνιος  
Ρίζος Σταύρος  
Χατζηπαντελής Μανώλης

### Υπεύθυνος Τυπογραφείου

Λεωνίδα Α. Μιχάλης  
University Studio Press  
Αρμενοπούλου 32  
546 35 Θεσσαλονίκη  
Τ 2310 209.637, 2310 209.837  
F 2310 216.647

Τα ενυπόγραφα άρθρα και κείμενα απη-  
χούν τις απόψεις των αρθρογράφων και  
δεν ταυτίζονται κατ' ανάγκη με την άπο-  
ψη της συντακτικής επιτροπής του πε-  
ριοδικού.

ΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΣΗΜΟ  
ΟΡΓΑΝΟ ΤΟΥ ΙΣΘ. ΑΠΟΣΤΕΛΛΟΝΤΑΙ  
ΣΕ 6.500 ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΚΑΙ 800 ΑΠΟΔΕ-  
ΚΤΕΣ (ΝΠΔΔ ΣΩΜΑΤΕΙΑ Κ.ΛΠ.).

ISSN 1108-5576

# Ιατρικά Θέματα

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 80 • 2025

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 3 Το γράμμα του Προέδρου**  
Qvo vadis? Το μέλλον της ιατρικής και η μεγάλη... έξοδος  
Νίκος Νίτσας
- 5 Εντός έδρας**  
ΙΣΘ: χθες και αύριο  
Δρ Αντώνης Παπαγιάννης
- ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ**
- 7 Δελτίο Τύπου (16 Σεπτεμβρίου 2025)**
- 20 Ο ΙΣΘ στην 89η Διεθνή Έκθεση Θεσσαλονίκης**  
Μελίνα Καραπαναγιωτίδου
- 22 Δωρεές του Ι.Σ.Θ.**
- ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ**
- 25 Τι σημαίνει Δημόσια Υγεία**  
Δημήτριος Χατζηγεωργίου
- 27 Το μικρό επαρχιακό νοσοκομείο**  
Απόστολος Γεώργιος Σοφός
- 34 Η σιωπηλή πανδημία της αντιμικροβιακής αντοχής**  
Μαρία Χατζηδημητρίου
- 36 Ποιο ήταν το όνομα της γιαγιάς της γιαγιάς σου;**  
†Δημήτρης Σεβρής
- 39 Η αξία του ιστορικού στην εποχή της Τεχνητής Νοημοσύνης**  
Παράσχος Γκελερής
- 41 Γιατί η Ποντιακή διάλεκτος είναι απευθείας απόγονος της αρχαίας**  
Ελληνικής Ιωνικής διαλέκτου  
Χρήστος Εμμανουηλίδης
- 44 Τα βιβλία κι εσείς**  
Somerset Maugham  
(μτφρ: Αντ. Παπαγιάννης)

# Ιατρικά Θέματα

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 80 • 2025

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 47 Στα τέλη του περασμένου αιώνα  
*Αντώνης Παπαγιάννης*
- 49 Τεχνητή Νοημοσύνη ελπίδες και πλάνες  
*Διαμαντής Χλωρός*
- 51 Η ακύρωση της νόησης  
*Αντώνης Παπαγιάννης*
- 54 Στοιχεία ιατρικής ηθικής στα χρόνια του Βυζαντίου  
*Ελευθερία Μανασάρα*
- 57 Ο ίος των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV): Μύθοι, αλήθειες και η ανάγκη για ενημέρωση  
*Μαρία Τσουσάνη*
- 59 Στρατηγικές προστασίας του εγκεφάλου στη διάρκεια επεμβάσεων στην θωρακική αορτή  
*Γεωργία Χατζοπούλου*

### ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΝΑ ΣΑΣ

- 61 Η ζωή μου δίπλα σ' έναν γιατρό  
*Ανθούλα Ναούμη*
- 63 Στο ιατρείο  
*Alphonse Daudet*  
(μτφρ: Γιάννης Πατσώνης)
- 68 Ποιήματα  
*Ευαγγελινή Μπαλτατζή*
- 69 Ποιήματα  
*Αναστάσιος Ελ. Πτωχός*
- 70 Ποιήματα  
*Δέσποινα Χίντζογλου-Αμασλίδου*

### ΑΥΤΟΙ ΠΟΥ ΦΕΥΓΟΥΝ

- 71 Δημήτρης Σεβρής  
(1956-2025)

- 74 **ΕΚΘΕΣΗ ΒΙΒΛΙΟΥ**

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

# Φιλοσοφία του περιοδικού

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

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

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

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



Το γράμμα του Προέδρου

# Quo vadis? Το μέλλον της ιατρικής και η μεγάλη... έξοδος

**Νίκος Νίτσας**

Πρόεδρος ΙΣΘ  
Χειρουργός Οφθαλμίατρος & Παιδοφθαλμίατρος

Περισσότεροι από 22.000 Έλληνες γιατροί εργάζονται σε συστήματα υγείας του εξωτερικού, σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ, δηλαδή 2.000 περισσότεροι συγκριτικά με παλαιότερη έρευνα της Γενικής Γραμματείας Απόδημου Ελληνισμού. Η «διαρροή εγκεφάλων» όχι μόνο δεν έχει περιοριστεί, αλλά εξελίσσεται σε διαρκή «αιμορραγία» για τη χώρα, γεγονός που πρόσφατα η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας απέδωσε στην «υπερπαραγωγή» Ελλήνων γιατρών. Πρόκειται, όμως, για πραγματική αιτία ή απλώς για μια βολική εξήγηση; Είναι, άραγε, δυνατόν τα ελληνικά πανεπιστημιακά ιδρύματα να «παράγουν» υπερβολικό αριθμό γιατρών, όταν τα νοσοκομεία –κυρίως στην περιφέρεια και τα νησιά– λειτουργούν υποστελεχωμένα και η κάλυψη θέσεων σε άγονες περιοχές παραμένει αβέβαιη;

## **Αποκαλυπτικά τα ευρήματα ερευνών του ΙΣΘ**

Το 70% των νέων γιατρών -ειδικευόμενων και πρόσφατα ειδικευμένων- δηλώνει ότι σκέφτε-

ται σοβαρά να εργαστεί στο εξωτερικό. Σε σταθμισμένο δείγμα 9.500 μελών του Συλλόγου μας, ένας στους δύο γιατρούς εξέφρασε την ίδια πρόθεση. Ποιος, λοιπόν, μπορεί να δεχτεί ότι το 50%-70% των νέων γιατρών είναι πλεονάζον; Και τι ακριβώς επιδιώκουμε; Να εκπαιδεύουμε ιατρικό προσωπικό για να στελεχώνει τα συστήματα υγείας τρίτων χωρών; Η «υπερπαραγωγή» γιατρών δεν είναι η αιτία της διαρροής αλλά η επικοινωνιακή μεταμφίεση της αδυναμίας μας να στηρίξουμε τον νέο γιατρό. Η δε επίκληση της κατ' όνομα υπερπληθώρας λειτουργεί περισσότερο ως άλλοθι αδράνειας παρά ως αυστηρή αποτύπωση της πραγματικότητας. Διότι η μεγάλη έξοδος των συναδέλφων έχει βαθύτερες ρίζες.

## **Στο ερώτημα γιατί μεταναστεύουν η απάντηση δεν είναι... μυστήριο**

Ο νέος γιατρός ολοκληρώνει άκρως απαιτητικές σπουδές, εργάζεται ως ειδικευόμενος σε εξαντλητικές συνθήκες, έρχεται αντιμέτωπος με ένα ΕΣΥ υποστελεχωμένο και γραφειοκρα-

τικό και αμείβεται με μισθούς που δεν αντανακλούν ούτε την ευθύνη ούτε το επίπεδο εκπαίδευσής του. Ως αποτέλεσμα, βλέπει τις προοπτικές του να στενεύουν και να περιορίζονται, αντί να διευρύνονται και να επεκτείνονται. Όταν, λοιπόν, προσφέρονται προτάσεις με καλύτερες εργασιακές συνθήκες και πολύ υψηλότερες αμοιβές, η επιλογή της μετανάστευσης παύει να συνιστά φυγή και γίνεται λογική συνέπεια. Στον αντίποδα, η Ελλάδα βρίσκεται ήδη αντιμέτωπη με μια ραγδαία δημογραφική συρρίκνωση, που έχει πρωτίστως εθνικές συνέπειες. Ο πληθυσμός γερνάει, ενώ οι γεννήσεις μειώνονται σταθερά. Σε λίγα χρόνια τα 2/3 των κατοίκων θα έχουν ξεπεράσει το μέσο όρο του προσδόκιμου επιβίωσης. Αυτό, πρακτικά, σημαίνει ότι, στο μέλλον, οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας θα εκτοξευθούν.

Γίνεται κατανοητό πως, αν δεν ανακοπεί η μετανάστευση των νέων, κυρίως, συναδέλφων, που αποτελούν την ιατρική κοινότητα του μέλλοντος, το πρόβλημα δε θα είναι απλώς λειτουργικό, θα είναι υπαρξιακό για τη Δημόσια Υγεία γενικότερα. Αν συνεχίσουμε στον ίδιο ρυθμό, θα οδηγηθούμε με μαθηματική ακρίβεια, σε δραματική έλλειψη γιατρών με κρίσιμες ειδικότητες. Αυτό σημαίνει αδυναμία του Εθνικού Συστήματος Υγείας να ανταποκριθεί

στις ανάγκες ενός καταπονημένου πληθυσμού, κάτι που θα δημιουργήσει εξάρτηση από «εισαγόμενους» επαγγελματίες υγείας! Αν συνεχίσουμε να εθελουφλούμε, θα χάσουμε το σημαντικότερο πλεονέκτημά μας, τους άρτια εκπαιδευμένους Έλληνες γιατρούς που σε όλον τον κόσμο –πλην της Ελλάδας– θεωρούνται περιζήτητοι και αξιοποιούνται στο έπακρο!

Σήμερα, για να μην πω χθες, οφείλουμε να κάνουμε αναστροφή της αυτοκαταστροφικής μας πορείας, διότι το ερώτημα «Quo vadis?» δεν είναι φιλολογικό αλλά είναι πολιτικό, κοινωνικό και υγειονομικό. Απαιτεί μια σοβαρή, ορθά δομημένη, μακροπρόθεσμη πολιτική παρέμβαση, απαλλαγμένη από εύκολες δικαιολογίες. Η πολιτεία οφείλει να προσφέρει στους νέους γιατρούς μας αξιοπρεπείς αμοιβές, ασφαλές και σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον με **σαφείς δυνατότητες** εξέλιξης, μείωση γραφειοκρατίας και πραγματικές συνθήκες επιστημονικής προόδου. Αν δεν το πράξει, η απάντηση στο «πού πάμε» θα είναι απλή. Οδεύουμε σε ένα μέλλον όπου η πατρίδα μας δεν θα έχει αρκετούς γιατρούς για να φροντίσει τους πολίτες της. Και τότε δεν θα φταίνε όσοι έφυγαν, αλλά εκείνοι που επέλεξαν να μην τους ακούσουν...

### Είπαν

*«Τον Θεό και τον γιατρό τους λατρεύουμε εξίσου, αλλά μόνο όταν κινδυνεύουμε· όχι πριν. Μόλις περάσει ο κίνδυνος, και οι δυο αμείβονται με τον ίδιο τρόπο. Ο Θεός ξεχνιέται και ο γιατρός κακολογείται»*

[John Owen, 1563-1622]



# Τριάντα χρόνια, ογδόντα τεύχη

**Δρ Αντώνης Παπαγιάννης**

Πνευμονολόγος

Τα Ιατρικά Θέματα συμπληρώνουν ογδόντα τεύχη συνεχούς κυκλοφορίας. Στην εκατόχρονη ιστορία του Συλλόγου μας έγιναν πολλές προσπάθειες τακτικής έκδοσης ενός εντύπου. Όλες έσβησαν σύντομα για διάφορους λόγους. Με το δεδομένο αυτό, η αδιάκοπη παρουσία του περιοδικού που πρωτοδημιούργησε ο αείμνηστος Γιάννης Ζαχάρωφ πριν τριάντα χρόνια αποτελεί ένα γεγονός αξιοσημείωτο. Θερμές ευχαριστίες οφείλονται σε όλους εκείνους που συντέλεσαν στο να φθάσουμε στο σημείο αυτό.

Το περιοδικό ξεκίνησε ως τριμηνιαία έκδοση, και αρχικά μεγάλο μέρος του κάθε τεύχους καταλάμβαναν οι ενημερωτικές ανακοινώσεις, υπηρεσιακές εγκύκλιοι και άλλα κείμενα διαδικαστικού χαρακτήρα. Η επέλευση της ψηφιακής τεχνολογίας με τις ποικίλες ιστοσελίδες, τόσο του ΙΣΘ όσο και των υπουργείων και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών, κατήργησε την ανάγκη της γραπτής ενημέρωσης για τα θέματα αυτά. Η μείωση της διαθέσιμης ύλης 'αραίωσε' την έκδοση των τευχών, αλλά οδήγησε και στην ανανέωση της φυσιογνωμίας του περιοδικού από το 2012.

Η ζωή ενός περιοδικού εντύπου εξαρτάται από τη συμμετοχή του αναγνωστικού κοινού στη διαμόρφωσή του. Δυσκολεύομαι να πιστέψω ότι ανάμεσα σε σχεδόν 8000 για-

τρούς-μέλη του Συλλόγου μόνο ένας διψήφιος αριθμός καταγίνεται με το γράψιμο, όταν η δημιουργική γραφή είναι από τις πιο δημοφιλείς ασχολίες. Εξάλλου, η ανάδειξη της αφηγηματικής ιατρικής (narrative medicine) σήμερα ενθαρρύνει ακριβώς την γραπτή παρουσίαση του περιεχομένου της τέχνης μας, όχι μόνο από την αυστηρά επιστημονική αλλά και (κυρίως) από την ανθρώπινη πλευρά της. Η αλληλεπίδραση με τις ανθρωπιστικές επιστήμες (medical humanities) καλλιεργείται συστηματικά όλο και περισσότερο στις ξένες ιατρικές σχολές, που αναγνωρίζουν ότι η ιατρική δεν είναι απλώς επισκευή μιας 'χαλασμένης μηχανής'. Αυτές τις 'άλλες' διαστάσεις τόσο του πάσχοντος ανθρώπου όσο και του θεράποντος ιατρού επιδιώκουν να προβάλλουν τα ΙΘ.

Τέλος, η εποχή μας εδώ και μερικά χρόνια χαρακτηρίζεται από την αυξανόμενη παρουσία και επίδραση της Τεχνητής Νοημοσύνης, που βέβαια αφορά καθοριστικά και τον δικό μας χώρο. Κάποια κείμενα του παρόντος τεύχους θίγουν σχετικά θέματα. Το πεδίο όμως είναι ευρύ και ανεξάντλητο. Οι αναγνώστες καλούνται να καταθέσουν και τις δικές τους σκέψεις για το πώς βλέπουν να επηρεάζει η ΤΝ την άσκηση και τη φιλοσοφία της Ιατρικής και πώς μπορεί το παλιό να συνυπάρξει με το νέο.

# Πρόσκληση προς τους αναγνώστες

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

## **Βραχείες παρουσιάσεις ιατρικών θεμάτων γενικού ενδιαφέροντος.**

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

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

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

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

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

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



## Δελτίο Τύπου

16 Σεπτεμβρίου 2025



Νίκος Νίτσας πρόεδρος ΙΣΘ

**«Ευχαριστούμε όσους εμπιστεύονται τον επιστημονικό λόγο για τα ζητήματα της υγείας και κάθε χρόνο παρακολουθούν τις συζητήσεις που διοργανώνουμε στο πλαίσιο της ΔΕΘ»**

### ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Οι συζητήσεις του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης για κρίσιμα καθημερινά θέματα υγείας κέντρισαν και φέτος το ενδιαφέρον χιλιάδων ανθρώπων, κυρίως μέσω διαδικτύου. Οι θεματικές ενότητες στο περίπτερο του συλλόγου στην 89<sup>η</sup> ΔΕΘ, αφορούσαν τη ρύπανση του περιβάλλοντος και τις επιπτώσεις στην υγεία,

τον εθισμό των παιδιών στις οθόνες και τις βλάβες στην όρασή τους –η οποία ακόμη αναπτύσσεται– καθώς και τα ευεργετήματα για τον οργανισμό μας από την αιμοδοσία.

Όπως είπε ο πρόεδρος του ΙΣΘ Νίκος Νίτσας, «Γιατροί μέλη του συλλόγου μας, αλλά και ειδικοί επιστήμονες αναπτύξαμε τις τελευταίες εξελίξεις με τεκμηριωμένες έρευνες αξιόπιστων φορέων αλλά και εκτιμήσεις διεθνών οργανισμών υγείας και περιθαλψής. Το ενδιαφέρον συναδέλφων και πολιτών ήταν τεράστιο με μηνύματα και ερωτήσεις που προσπαθήσαμε να απαντήσουμε με ακρίβεια και με στοιχεία, κάτι που κάναμε και θα συνεχίσουμε να κάνουμε και στο μέλλον»

### Πρώτη ενότητα: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ-ΥΓΕΙΑ

Ομιλητές ήταν ο κ. Θεόδωρος Καρακώστας, ομότιμος καθηγητής Μετεωρολογίας, Κλιματολογίας και Περιβάλλοντος, Τμήμα Γεωλογίας ΑΠΘ, η κ. Κατερίνα Μανίκα, καθηγήτρια Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας ΑΠΘ, Διευθύντρια Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ, η κ. Θεοδώρα Παπαμήτσου, καθηγήτρια Ιστολογίας – Εμβρυολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ και ο κ. Δρόσος Τσαβλής, ιατρός πνευμονολόγος-φυματιολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ και αντιπρόεδρος της Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελ-



λάδος (ΕΝΘΕ).

Ο ομότιμος καθηγητής κ. Θεόδωρος Καρακώστας παρουσίασε την κλιματική αλλαγή ως μια μακροχρόνια μεταβολή του κλίματος, που οφείλεται στην αύξηση των αερίων του θερμοκηπίου από ανθρώπινες δραστηριότητες. «Η κλιματική αλλαγή δεν είναι μόνο οικολογικό πρόβλημα, αλλά και ζήτημα δημόσιας υγείας», τόνισε. Εξήγησε δε ότι η αύξηση της θερμοκρασίας, οι έντονες βροχοπτώσεις, οι καύσωνες, οι πλημμύρες και η ξηρασία επηρεάζουν την υγεία μέσω της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, της μόλυνσης υδάτων και εδάφους, καθώς και της φωτορύπανσης. Ειδικά για τη Θεσσαλονίκη, ανέφερε ότι η γεωγραφική της θέση εγκλωβίζει ρύπους, επιδεινώνοντας την ποιότητα του αέρα. Πρότεινε τη δημιουργία αποταμιευτήρων νερού για την αντιμετώπιση της ξηρασίας και την υιοθέτηση μέτρων για τη μείωση των εκπομπών ρύπων.

Η καθηγήτρια κ. Κατερίνα Μανίκα υπογράμμισε τη στενή σχέση του αναπνευστικού συστήματος με το περιβάλλον, καθώς οι πνεύμονες αποτελούν μια τεράστια επιφάνεια ανταλλαγής αερίων. «Εισπνέουμε όχι μόνο οξυγόνο, αλλά και ρύπους, αλλεργιογόνα και μικρόβια», είπε. Ακόμη, η κλιματική αλλαγή ευνοεί τις λοιμώξεις, καθώς οι πλημμύρες διαταράσσουν την πρόσβαση σε καθαρό νερό, αυξάνοντας κρούσματα νοσημάτων όπως η χολέρα και η λεπτοσπείρωση. Επιπλέον, η αύξηση της θερμοκρασίας οδηγεί σε εξάπλωση κουνουπιών που μεταδίδουν τον δάγγειο πυρετό, ενώ οι φωτιές και η υγρασία ενισχύουν τα αλλεργιογόνα, όπως η γύρη και οι μύκητες, επιδεινώνοντας το άσθμα και τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Η καθηγήτρια τόνισε ότι η άνοδος της θερμοκρασίας κατά 1°C αυξάνει τη θνητότητα από αναπνευστικά νοσήματα κατά 4% σε χώρες χαμηλού εισοδήματος.

Η καθηγήτρια κ. Θεοδώρα Παπαμήτσου επικεντρώθηκε στις επιπτώσεις της ρύπανσης στο έμβρυο και τον ανθρώπινο οργανισμό. Μεταξύ άλλων είπε: «Η ατμοσφαιρική ρύπανση, όπως τα μικροσωματίδια και το όζον, περνά μέσω του αίματος της εγκύου στον πλακούντα, προκαλώντας οξειδωτικό στρες και φλεγμονές». Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο τοκετό, χαμηλό βάρος γέννησης και χρόνιες παθήσεις στα παιδιά, όπως το άσθμα. Στους ενήλικες, η ρύπανση συνδέεται με καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο, ενώ οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευάλωτοι λόγω μειωμένης λειτουργικότητας οργάνων. Επιπλέον, χημικές ουσίες όπως φυτοφάρμακα και βαρέα μέταλλα (μόλυβδος, υδράργυρος) διαταράσσουν την ορμονική ισορροπία και προκαλούν βλάβες σε νεφρούς και ήπαρ. Η καθηγήτρια πρότεινε τη μείωση της έκθεσης σε ρύπους μέσω υγιεινού τρόπου ζωής, χρήσης φίλτρων αέρα και τακτικής ιατρικής παρακολούθησης.

Ο πνευμονολόγος κ. Δρόσος Τσαβλής υπογράμμισε ότι η ατμοσφαιρική ρύπανση ευθύνεται για χιλιάδες πρόωρους θανάτους στην Ευρώπη το 2024, σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Περιβάλλοντος. «Τα μικροσωματίδια, με διάμετρο έως 2,5 μικρόμετρα, εισχωρούν βαθιά στους πνεύμονες, αποδυναμώνοντας την άμυνα του αναπνευστικού», εξήγησε και πρότεινε τρεις άξονες πρόληψης. Ενημέρωση του κοινού, μέτρα από την πολιτεία (π.χ. μείωση εκπομπών ρύπων μέσω του Μετρό και ποδηλατοδρόμων) και ατομικές δράσεις, όπως η αποφυγή εξωτερικής άσκησης σε ημέρες υψηλής ρύπανσης, η χρήση φίλτρων HEPA και η τήρηση φαρμακευτικής αγωγής.

Μετά την ολοκλήρωση της 1<sup>ης</sup> ενότητας ο πρόεδρος του ΙΣΘ Νίκος Νίτσας σημείωσε ότι «**οι ομιλητές ανέδειξαν την κρισιμότητα της σχέσης περιβάλλοντος και υγείας, καλώντας πολίτες και πολιτεία να δράσουν για τη μείωση της ρύπανσης και την προστασία της δημόσιας υγείας. Η πρόληψη, η ενημέρωση και η υιοθέτηση βιώσιμων πρακτικών μπο-**

**ρούν να περιορίσουν τις επιπτώσεις της περιβαλλοντικής κρίσης, προστατεύοντας ιδιαίτερα τις ευάλωτες ομάδες»**

## **Δεύτερη ενότητα: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ GAMING, INTERNET ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ**

Ομιλητές ήταν ο πρόεδρος του ΙΣΘ Νίκος Νίτσας με την ιδιότητα του χειρουργού οφθαλμιάτρου-παιδοφθαλμιάτρου, η κ. Ευτέρπη Παυλίδου, παιδίατρος-παιδονευρολόγος, επίκουρη καθηγήτρια Παιδιατρικής, Τμήμα Λογοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, και ο Δρ. Γεώργιος Φλώρος, επίκουρος καθηγητής Ψυχιατρικής ΑΠΘ, Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ΑΠΘ.

Ο Πρόεδρος του ΙΣΘ κ. Νίκος Νίτσας επικεντρώθηκε στους κινδύνους της υγείας των παιδιών και εφήβων σημειώνοντας τα εξής:

– «Ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης μέχρι τώρα εστίασε σε μείζονα θέματα όπως είναι της υπογεννητικότητας, της γήρανσης του πληθυσμού, της ψυχικής υγείας, των εξαρτήσεων, της παιδικής παχυσαρκίας, της δωρεάς οργάνων, της ενδοοικογενειακής βίας. Οι ενημερωτικές αυτές εκδηλώσεις έχουν γίνει θεσμός πλέον. Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους και τους παρισταμένους, αλλά όσους συμμετείχαν και όσους θα συμμετάσχουν σε αυτές εκδηλώσεις, και περισσότερο να ευχαριστήσω και όσους αφιλοκερδώς όπως η συντονίστρια των συζητήσεων μας Ν. Στρατηλάτη συνέβαλαν στις προσπάθειες μας»

«Δυστυχώς, ενώ στο παρελθόν υπήρχε, πριν από μια δεκαετία αν θυμούμαι καλά, υποχρεωτική εξέταση του παιδιού πριν πάει στο νηπιαγωγείο από οφθαλμίατρο ή εξειδικευμένο παιδοφθαλμίατρο, αυτό πλέον δεν γίνεται. Γίνεται όμως μια εξέταση, αυτό να μην το παραβλέψουμε, από τον παιδίατρο στα πλαίσια της συμπλήρωσης του ατομικού δελτίου του μαθητή. Και αν βρει ο παιδίατρος κάποιο πρό-



βλημα, τότε αποστέλλει στον ειδικό οφθαλμίατρο το παιδί. Άρα λοιπόν, υπάρχει ενός είδους προληπτικός έλεγχος, πολλές φορές όμως οι παιδίατροι δεν είναι εξειδικευμένοι, και υπάρχουν προβλήματα τα οποία μπορεί να διαλάθουν της προσοχής του».

«Πάμε τώρα στις συσκευές. Το μόνιμο παράπονο που δεχόμαστε στα ιατρεία μας είναι: “Πείτε κάτι για τα κινητά, πείτε κάτι για τις ηλεκτρονικές συσκευές. Πόση ώρα μπορούν να ασχολούνται μ’ αυτά;” Και το ερώτημα αυτό, ξέρετε, είναι ένα ερώτημα πανικού, διότι ο εθισμός καθημερινά γίνεται και μεγαλύτερος. Τις επιπτώσεις εξαιτίας αυτής της θέασης των ηλεκτρονικών συσκευών μπορεί

κανείς να τις χωρίσει σε δυο μεγάλες κατηγορίες. Η μία ονομάζεται Digital Eye Strain, δηλαδή ψηφιακή οφθαλμική κόπωση, η οποία έχει να κάνει με συμπτώματα από τη θέαση των ηλεκτρονικών συσκευών και δεν αφορά μόνο τα παιδιά και τους εφήβους, αλλά και τους ενήλικες. Θα πούμε λίγο περισσότερα πράγματα για αυτό. Και το δεύτερο είναι η άμεση συσχέτιση που υπάρχει πλέον με την ανάπτυξη της μυωπίας και την συνεχή κοντινή προσήλωση σε ένα αντικείμενο, είτε αυτό είναι κινητή συσκευή, είτε είναι tablet, είτε ακόμη πολλές φορές και το βιβλίο. Δυστυχώς λόγω της μεγάλης εξάρτησης των παιδιών από τα κινητά και τα tablet, η πρό-

βλεψη για την Ευρώπη είναι ότι το 2051 θα έχουμε εκατοντάδες χιλιάδες μυωπικά παιδιά. Η μυωπία είναι μία πάθηση που εξαρτάται από τα γονίδια αλλά όχι μόνο, εξαρτάται και από τον τρόπο ζωής, δηλαδή έχει να κάνει με αυτήν την εξάρτηση. Αυτό που θέλω να πω σε όλους τους γονείς είναι –και αυτά είναι πληροφορίες που τις αντλούμε από την ενημερωτική επιστολή την οποία έχουμε όλοι οι οφθαλμίατροι από την Παγκόσμια Παιδοοφθαλμολογική Εταιρεία– ότι πρέπει τα παιδιά να μη χρησιμοποιούν κινητές συσκευές και tablet, και τουλάχιστον 2 ώρες την ημέρα να εκτίθενται στο εξωτερικό φως».

«Η Αμερικανική Παιδοοφθαλμολογική Εταιρεία συστήνει έλεγχο των παιδιών στη γέννηση, και σε ηλικία 1, 3 και 5 χρόνων από οφθαλμίατρο. Παρά ταύτα, πολλές φορές όντως οι δάσκαλοι διαπιστώνουν, γιατί έχουν μια άμεση πολύωρη σχέση με το παιδί, ότι υπάρχουν οφθαλμολογικά προβλήματα που εκδηλώνονται μετά από κάποια ώρα στην τάξη, όχι αμέσως. Υπάρχουν υπερμετρωπίες ή αστιγματισμοί όπου ένα παιδί θα διαβάσει τον πίνακα που θα του βάλει ο παιδίατρος, θα μπορέσει να το δει, αλλά εν συνέχεια θα έχει μία κόπωση, μία ασθενωπία όπως λέγεται, και αυτό είναι κάτι το οποίο πρέπει να βρεθεί από τον ειδικό οφθαλμίατρο».

«Καταρχήν δεν θα πρέπει να έχουμε την οθόνη πολύ κοντά. Η θέαση θα πρέπει να είναι τουλάχιστον στα 30 cm και πλέον. Εγώ όμως και πάλι λέω ότι αν μπορούμε να είναι μηδενική η θέαση της οθόνης και να έχουμε μια θέαση στην τηλεόραση που είναι μακριά, αυτό είναι ακόμα καλύτερο και επιθυμητό. Επίσης, επειδή δεν βλεφαρίζουμε συχνά στην οθόνη, μειώνονται οι βλεφαρισμοί μας από 20 το λεπτό στους 8 το λεπτό. Το μάτι αποκτά μια ευαισθησία, μια ξηρότητα, έχουμε τσουξίμο, έχουμε δακρύρροια, ακόμη και πόνο πολλές φορές εξαιτίας της πολύωρης χρήσης των οθονών. Χρειάζεται λοιπόν διάλειμμα, χρειάζεται

οπωσδήποτε να υπάρχει τουλάχιστον ανά 30 λεπτά ένα διάλειμμα. Για τους ενήλικες που χρησιμοποιούν οθόνη ο κανόνας 20-20-20 πρέπει να εφαρμόζεται. Κάθε 20 λεπτά, να βλέπουμε 20 δευτερόλεπτα ένα αντικείμενο το οποίο είναι στα 20 πόδια (6 μέτρα). Μπορούμε να το επαναλάβουμε αυτό; 20-20-20. Αυτός λοιπόν είναι ο κανόνας. Έτσι, κάθε 20 λεπτά να κάνουμε ένα διάλειμμα. Επίσης μπορεί ένα παιδί, επειδή ακριβώς έχει αστιγματισμό ή έχει κάποια άλλη πάθηση, μετά από πολύωρη θέαση είτε της τηλεόρασης είτε της οθόνης, να παραπονεθεί για πονοκεφάλους. Υπάρχουν τα παιδιά τα οποία έχουν προβλήματα και πηγαίνουν κοντά στην τηλεόραση. Αυτό είναι ακόμη ένα καμπανάκι το οποίο θα πρέπει να ανησυχήσει τους γονείς. Παρά ταύτα πολλά παιδιά πηγαίνουν κοντά στην τηλεόραση χωρίς να έχουν πρόβλημα, επειδή βλέπουν μεγαλύτερα τα αντικείμενα, τα ακούν καλύτερα και θέλουν να μπουν ακόμα και μέσα σε μία παιδική ταινία. Η απόσταση από τις οθόνες, αν δεν μπορούμε να τις αποφύγουμε, είναι το πιο σημαντικό πράγμα το οποίο πρέπει να πούμε ειδικά στα μικρά παιδιά του δημοτικού».

«Όπως είπαμε προηγουμένως, έχουμε αύξηση των ποσοστών μυωπίας λόγω του COVID και λόγω του ότι τα παιδιά ήταν κλεισμένα στο σπίτι και ήταν πολύ κοντά σε οθόνες. Έχουμε επίσης πολλές εργασίες που αποδεικνύουν ότι υπάρχει ακόμη και ποσοτική αύξηση της μυωπίας ανάλογα με τις ώρες που βρισκόμαστε μπροστά σε μία οθόνη. Καταλαβαίνετε λοιπόν ότι είναι άμεση η συσχέτιση της ανάπτυξης μυωπίας και της χρήσης των οθονών. Από εκεί και πέρα εμείς οι γιατροί τώρα έχουμε στα χέρια μας όπλα να αντιμετωπίσουμε την ανάπτυξη της μυωπίας, πέραν των γονιδιακών τα οποία δεν μπορούμε ακόμα να αντιμετωπίσουμε. Υπάρχουν ειδικά γυαλιά τα οποία συστήνονται πλέον στα παιδιά και ήδη υπάρχουν και στο ελληνικό εμπόριο. Επίσης, πήρε άδεια αυτή τη στιγμή από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό

σμός Φαρμάκων ένα σκεύασμα που έχει βρεθεί ότι η χρήση του περιορίζει την ανάπτυξη της μυωπίας. Αυτό είναι ένα επόμενο όπλο το οποίο θα έχουμε στη φαρέτρα μας πιστεύω μέσα στο χρόνο οι ασχολούμενοι με την οφθαλμολογία και ειδικά με τα παιδιά. Υπάρχουν ειδικοί φακοί επαφής οι οποίοι πιέζουν το μάτι και έτσι έχουμε μία ασ το πούμε σταθεροποίηση, αλλά και ελάττωση της αύξησης της μυωπίας. Υπάρχουν πολλά μέσα, με τα οποία μπορούμε να περιορίσουμε την ανάπτυξη της μυωπίας. Γιατί είναι πολύ διαφορετικό ένας ενήλικας να έχει 8 βαθμούς μυωπία από το να έχει 5. Αν μπορούμε λοιπόν την ανοδική καμπύλη αύξησης της μυωπίας κατά την ανάπτυξη του παιδιού να την περιορίσουμε, θα είναι πολύ σημαντικό για την ενήλικη ζωή. Ένα μάτι ενός ενήλικα με 8 βαθμούς μυωπία είναι πολύ πιο ευάλωτο στο να αναπτύξει παθήσεις στην ωχρά κηλίδα, αποκόλληση αμφιβληστροειδούς και άλλες εκφυλιστικές παθήσεις. Και οι πιθανότητες είναι πολύ μικρότερες αν η μυωπία είναι μικρότερη».

«Η απόσταση θέασης σας είπα ότι παίζει ρόλο. Τα γυαλιά για την μπλε ακτινοβολία, δεν έχουν αποδειχθεί επιστημονικά τουλάχιστον και σύμφωνα με την τελευταία επιστολή της Παγκόσμιας Παιδοοφθαλμολογικής Εταιρίας του 2025, ότι βοηθούν προς αυτή την κατεύθυνση. Δεν βλάπτουν, αλλά δεν έχει βρεθεί ότι βοηθούν. Αυτή τη στιγμή το πιο σημαντικό από όλα είναι η απόσταση θέασης. Επίσης έχει αναδειχθεί σημαντικό το παιδί να κάνει διαλείμματα των 30 λεπτών το λιγότερο, γιατί όλα αυτά έχουν βρεθεί ότι βοηθούν στον περιορισμό της ανάπτυξης μυωπίας και επίσης βοηθούν στην ψηφιακή, όπως είπα, οφθαλμική κόπωση που είναι το άλλο παρακλάδι που μας έχει έρθει τώρα ως νέα νοσολογική οντότητα εξαιτίας της χρήσης των οθονών».

«Πάντοτε η χρήση είναι διαφορετική από την κατάχρηση. Επομένως σίγουρα οι οθόνες είναι στη ζωή μας, η ηλεκτρονική ζωή είναι και

αυτή στη ζωή μας, αλλά να σας πω: Το να βλέπετε μία παρέα νέων, εφήβων σε μία καφετέρια και αντί να μιλούν μεταξύ τους, να μιλάει ο καθένας με το κινητό του, αυτό είναι πολύ λυπηρό. Θα πρέπει να πούμε στους γονείς ότι τα παιδιά είναι ο καθρέφτης των γονέων. Και όχι μόνο στη διατροφή, όχι μόνο στον τρόπο ζωής, στην καθημερινότητα. Αν ο γονέας είναι όλη μέρα στο χέρι με ένα κινητό, δεν μπορεί να επιβληθεί στο παιδί και να του πει 'εσύ μην το κάνεις'. Και εδώ θα ήθελα να ενημερώσω όσους μας βλέπουν ότι υπάρχουνε δυο εφαρμογές του gov.gr οι οποίες βοηθούν προς την κατεύθυνση και της παρακολούθησης του τι βλέπει το παιδί, αλλά και της χρονικής, του χρονικού περιορισμού της χρήσης οθόνης. Μπορούν λοιπόν, είναι στα χέρια των συμπολιτών μας αυτά τα εργαλεία για να τους βοηθήσουν. Αλλά το πρώτο πράγμα είναι οι ίδιοι πρέπει να βοηθήσουν το παιδί με τον τρόπο ζωής τους».

#### **Η επ. καθηγήτρια κ. Παυλίδου μίλησε για την κατάχρηση της οθόνης επισημαίνοντας τα εξής:**

– «Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής αλλά και με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η έκθεση σε οθόνη σε ό,τι αφορά τα βρέφη από 0 έως 2 ετών και τα μικρά νήπια, θα πρέπει να είναι μηδενική. Πλην της βιντεοκλήσης με γονέα ή φροντιστή, όποτε είναι απαραίτητο. Μηδέν ώρα την ημέρα. Από 2 έως 5 ετών θα πρέπει να περιορίζεται το πολύ σε 1 ώρα την ημέρα, κυρίως για εκπαιδευτικούς σκοπούς, και εκεί υπάρχει η σύσταση το λιγότερο δυνατό και όχι κάθε μέρα. Από τις ηλικίες 6 έως 12 ετών το μέγιστο επιτρεπόμενο όριο είναι 2 ώρες την ημέρα. Και από τις ηλικίες 13 έως 18 ετών το μέγιστο επιτρεπόμενο όριο είναι 3 ώρες την ημέρα. Δεν σημαίνει ότι επειδή λέμε 3 ώρες την ημέρα θα πρέπει να είναι κάθε μέρα. Δυστυχώς όμως, τα πράγματα δεν έτσι. Και παγκοσμίως αλλά δυστυχώς και η χώρα μας ακολουθεί τα διεθνή δεδομένα. Η αιτία

αυτή καθαυτή δεν είναι η κατάχρηση της οθόνης. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες γενετικοί και άλλοι, βιολογικοί, διάφοροι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν ένα παιδί να είναι στο φάσμα του αυτισμού ή στη διάσπαση προσοχής ή σε οποιοδήποτε νευροαναπτυξιακό πρόβλημα. Σίγουρα όμως, η κατάχρηση της οθόνης, ειδικά από μικρές ηλικίες, είναι το κερασάκι στην τούρτα που δεν βοηθάει, και αντίθετα μπορεί να επιδεινώσει κιόλας».

«Έχουμε κάνει και από το Τμήμα Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων πτυχιακή μελέτη σε ό,τι αφορά την κατάχρηση οθόνης και την ποιότητα του ύπνου σε παιδιά που είναι στο φάσμα του αυτισμού και σε παιδιά που έχουν διάσπαση προσοχής. Βρέθηκε ότι σαφώς γίνεται κατάχρηση της οθόνης στα ελληνόπουλα και τα επηρεάζει αρνητικά σε ό,τι αφορά την νευροεξέλιξή τους. Μάλιστα αυτή τη στιγμή ξεκινάει και σχετική διδακτορική διατριβή, πάνω στο ίδιο θέμα, σε μεγαλύτερο δείγμα παιδιών και με μεγαλύτερο χρόνο παρακολούθησης. Ενώ τρέχει ήδη πτυχιακή για την κατάχρηση οθόνης και την ποιότητα του ύπνου στους όψιμους εφήβους. Και θα δούμε τη συσχέτιση όχι μόνο με τον ύπνο και την ποιότητα του ύπνου στους φοιτητές μας αλλά και με την ακαδημαϊκή τους πορεία».

«Η οθόνη εκπέμπει ένα μπλε φως, το οποίο αναστέλλει την έκκριση της μελατονίνης. Οι περισσότεροι έφηβοι έχουν το κινητό στον ύπνο, κάτω από τα σκεπάσματα, σε ένα κλειστό περιβάλλον χωρίς φως, και αυτό σίγουρα επηρεάζει την ποιότητα του ύπνου τους. Αυτός είναι και ένας επιπλέον έμμεσος λόγος που μπορεί να επηρεάσει και τη νευροανάπτυξη των παιδιών. Η κατάχρηση οθόνης επηρεάζει και την έναρξη του λόγου και της ομιλίας, για διάφορους λόγους. Ο πρώτος λόγος είναι ότι ένα βρέφος, ένα νήπιο, ένας έφηβος μπροστά από μία οθόνη δεν έχει διάλογο, δεν έχει κοινωνική αλληλεπίδραση με συνομηλικούς ή με

τον γονέα-φροντιστή. Ο δεύτερος λόγος είναι η αισθητηριακή υπερδιέγερση. Υπάρχουν βιντεάκια π.χ. tik tok, έτσι, τα βρέφη από 12-13 μηνών ακόμη τα βλέπεις ότι ξέρουνε τον κωδικό να μπουν μέσα στο tablet ή στο κινητό και μπαίνουν και κάνουν scroll της οθόνης. Αυτή η εναλλαγή χρωμάτων-εικόνων επηρεάζει τη νευροανάπτυξη των βρεφών, διότι εμποδίζει, όπως έχει βρεθεί από μελέτες, τη συνδεσιμότητα μεταξύ των νευρώνων».

«Ένας άλλος λόγος είναι η διαταραχή του ύπνου. Όταν ένα παιδί δεν κοιμάται σωστά, σηκώνεται το βράδυ, είναι ευερέθιστο, από μικρά βρέφη, δεν μπορούν να κοιμηθούν, προσπαθούν οι γονείς να τα κοιμίσουν και δεν μπορούν να κοιμηθούν, σηκώνονται τη νύχτα και έχουν υπνικούς τρόμους. Κλαίνε, είναι ανήσυχα, προσπαθεί ο γονιός να τα ηρεμήσει και δεν μπορεί. Και όλα αυτά μπορεί να είναι και από την κατάχρηση της οθόνης. Και βέβαια, ο τελευταίος λόγος που επηρεάζει η χρήση οθόνης είναι η έλλειψη φυσικού παιχνιδιού. Λείπει το ελεύθερο, το φυσικό παιχνίδι από τα παιδιά μας σήμερα».

«Τα παιδιά που είναι στο φάσμα του αυτισμού θέλουν πάρα πολύ την οθόνη. Είναι ίσως ένας από τους μοναδικούς τρόπους για να ηρεμήσουν, να είναι λιγότερο υπερκινητικά. Όμως η αλήθεια είναι ότι δεν βοηθάει καθόλου, τα πάει πίσω στη συγκέντρωση, την κοινωνική αλληλεπίδραση, στην βλεμματική επαφή, και όσα κερδίζουν από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις άλλα τόσα, αυτό λέμε και στους γονείς, χάνουν, κάνουν βήματα προς τα πίσω από την κατάχρηση της οθόνης. Θέλει ορθολογική χρήση. Αυτή τη στιγμή και διεθνώς αλλά και στην Ελλάδα, η χρήση της οθόνης είναι στα βρέφη σε ένα ποσοστό περίπου 40-60%, ανάλογα με τις μελέτες. Από μικρά βρέφη μέχρι και νήπια 2 ετών είναι 40-60%. Το 40-60% των βρεφών και μικρών νηπίων κάνουν χρήση οθόνης, η οποία σε καμία περίπτωση δεν είναι ολιγόλεπτη. Είναι τουλάχιστον 30-60 λεπτά.

Αυτό δείχνουν οι έρευνες. Από 2 έως 6 ετών η χρήση της οθόνης είναι 4-6 ώρες. Θυμάστε, είχαμε πει 2 με 6 ετών, τουλάχιστον, το maximum, 1 ώρα την ημέρα. Και είναι 4 με 6 ώρες σε πραγματικό χρόνο, στην καθημερινότητα. Στα 6 με 12 έτη, η χρήση οθόνης ανεβαίνει στις 7 με 8 ώρες. Και 13 ετών μπορεί και να εκτοξευτεί, μπορεί να είναι και 10 ώρες. Και φυσικά τα ποσοστά ανεβαίνουν, καλπάζουν. Δηλαδή από 40% περίπου των βρεφών και μικρών νηπίων φτάνουμε στην εφηβεία μετά την ηλικία των 13 ετών σχεδόν το 100% των παιδιών να κάνουν υπερβολική χρήση οθόνης».

«Σαφώς και έχουν ευθύνη και οι γονείς: μέχρι την ηλικία των 2 ετών δεν θα πρέπει να υπάρχει καθόλου έκθεση σε οθόνη, εκτός από τις βιντεοκλήσεις, όπου χρειάζεται, με γονέα ή φροντιστή. Στα 2 με 6 έτη θα πρέπει να περιορίζεται σε 1 την ημέρα το μέγιστο, και κατά προτίμηση όχι κάθε μέρα. Και εκείνο με έμφαση σε εκπαιδευτικού χαρακτήρα βιντεάκια. Στα 6 με 12 έτη, 2 ώρες ημερησίως και στα 13 με 18 έτη το πολύ 3 ώρες την ημέρα. Ο παιδίατρος έχει να κάνει έμμεσα με το παιδί, όχι άμεσα. Άμεσα έχει να κάνει με τον γονέα-κηδεμόνα. Επομένως, σαφώς θα πρέπει να ενημερωθεί σωστά ο γονέας, θα πρέπει να μην υποτιμήσει την ορθολογική χρήση οθόνης, θα πρέπει να ακολουθήσει τις συστάσεις των γιατρών και να μην έχει άρνηση. Γιατί μερικές φορές έχουμε να κάνουμε με την άρνηση του γονέα. Αυτό που είναι επίσης σημαντικό, είναι αυτό που ειπώθηκε πριν, η οθόνη μπήκε για τα καλά στη ζωή μας. Πρέπει να γίνεται ορθολογική χρήση. Θέλουμε –και αυτό είναι και η επίσημη σύσταση του ΠΟΥ– ο γονέας να συμμετέχει στην παρακολούθηση της χρήσης οθόνης, των βίντεο δηλαδή, στις μικρές ηλικίες, μέχρι τις ηλικίες των 6 ετών και να υπάρχει γονεϊκός έλεγχος σε τι site μπαίνουν, τι βιντεάκια βλέπουνε. Γιατί πολλές φορές υπάρχουν ύπουλα βίντεο που μπαίνουν στο ενδιάμεσο που οδηγούν ακόμα και σε εκρήξεις βίας».

**Ο επ. καθηγητής ψυχιατρικής κ. Φλώρος εστίασε στο φαινόμενο του πιθηκισμού των παιδιών που αντιγράφουν τους γονείς τους σε όλα τα επίπεδα. Αναλυτικότερα είπε:**

– «...έχουμε πολύ δυσάρεστες συνέπειες για όλες τις ηλικίες πλέον, γιατί και τα παιδιά πιθηκίζουν. Είναι ο τρόπος ανάπτυξης του ανθρώπου, μαθαίνει από τις γενιές που έχουν προέλθει. Και αυτό που βλέπουμε είναι ότι σταδιακά επέρχονται αρκετές ομοιότητες ανάμεσα στους γονείς και στα παιδιά. Κάποτε είχαμε τον εθισμό να είναι κυρίως πρόβλημα που αφορούσε το διαδικτυακό παιχνίδι και κυρίως νέα αγόρια, γιατί τα αγόρια πάντα είναι λίγο πιο πίσω αναπτυξιακά σε σχέση με τα κορίτσια τα οποία είναι πιο κοινωνικά, οπότε στις πρώτες φάσεις του φαινομένου πριν αρκετά χρόνια, 2009-2010, κυρίως βλέπαμε αγόρια να έχουν το πρόβλημα με ηλεκτρονικά παιχνίδια».

«Τώρα, επειδή έχουν μπει τα κοινωνικά δίκτυα στις ζωές όλων μας και νέων και εφήβων, βλέπουμε ότι πλέον τα κοινωνικά δίκτυα είναι ο πρώτος χώρος όπου θα δούμε φαινόμενα υπερβολικής χρήσης. Και τείνουν πλέον τα κορίτσια να παίρνουν τα σκήπτρα, ειδικά με την έννοια της επέκτασης της κοινωνικότητάς τους. Βλέπουμε δηλαδή ολοένα και περισσότερο μία συνεχή διασύνδεση του νέου για λόγους επικοινωνίας-διασκέδασης, το οποίο όμως τείνει να ξεφύγει, να ξεπεράσει κάθε όριο και να πάει πίσω όλες τις άλλες δραστηριότητές του, είτε είναι δραστηριότητες κοινωνικοποίησης, είτε διασκέδασης είτε φυσικά το πώς θα έχει μία πρόοδο σχολική, ακαδημαϊκή αργότερα. Οπότε βλέπουμε τώρα πολύ μεγάλα προβλήματα με νέα κορίτσια και κοινωνικά δίκτυα. Τα προβλήματα εκεί πλέον εστιάζονται στην εικόνα του σώματος, σε μηνύματα τα οποία λαμβάνουν τα νέα κορίτσια ειδικότερα ως προς το πώς πρέπει να είναι, με το πώς πρέπει να φέρονται, μία καθοδήγηση αρνητική. Θέματα στα οποία είναι πρωτίστως τα κορίτσια ευαίσθητα με την εικόνα, την αυτοεκτίμηση

που συνδέεται πολύ σε αυτές τις ηλικίες. Και από εκεί και πέρα, πάντα υπάρχει και θα υπάρχει το κομμάτι του διαδικτυακού παιχνιδιού, που πλέον και τα κορίτσια έχουν ανέβει σε σχέση με τα αγόρια, επειδή υπάρχουν πλέον παιχνίδια τα οποία ακριβώς αυτό, τείνουν να το εξισορροπούν. Δεν είναι δηλαδή τόσο πολύ τα επιθετικά παιχνίδια πολέμου που είχαμε».

«Επίσης ένα πολύ έντονο κομμάτι που βλέπουμε τώρα είναι οι διαδικτυακές αγορές. Επειδή υπάρχουν πλέον εύκολες διαδικτυακές αγορές με ελάχιστα χρήματα, βλέπουμε ότι πλέον αρχίζουν και κυκλοφορούν πολύ έντονα μόδες που κοστίζουν ελάχιστα σε μία έφηβη, να πάρει κάποια πράγματα από την Κίνα συνηθέστερα με τα απλά διαδικτυακά μαγαζιά. Βλέπουμε δηλαδή ότι προάγεται και ένας ιδιότυπος εθισμός στις διαδικτυακές αγορές και στον καταναλωτισμό. Βέβαια όλο αυτό λειτουργεί σαν πακέτο: η βιομηχανία της διαφήμισης, η βιομηχανία της αγοράς, η βιομηχανία του παιχνιδιού και η βιομηχανία του τζόγου λίγο παρακεί, αλλά όχι πάρα πολύ μακρύτερα».

«Η Ελλάδα δυστυχώς πάντα ήταν ψηλά για Ευρώπη όσον αφορά τα στατιστικά στοιχεία. Από την αρχή που ξεκινήσαμε να βλέπουμε το φαινόμενο ήμασταν από τις υψηλότερες χώρες μαζί με άλλες χώρες τις νότιες Ευρώπης και την Κύπρο. Και αυτό συνεχίζεται. Υποθέτουμε ότι ανά πάσα χρονική στιγμή ένα 10 με 15% των εφήβων και των μικρών παιδιών μπορεί να έχουν στοιχεία εθισμού. Για να πούμε ότι κάποιος είναι εθισμένος πρέπει να έχει μία πολύ έντονη ενασχόληση για τουλάχιστον ένα βμηνο, αν όχι 12μηνο. Να μην είναι δηλαδή μία περιοδική ενασχόληση, για ένα μήνα, για μία εβδομάδα ή κάτι τέτοιο».

«Πάντα η Ελλάδα ήταν ψηλά, ήταν συγκρίσιμη με χώρες της Άπω Ανατολής. Ενδεχομένως υπάρχουν πολλοί κοινωνικοί λόγοι εδώ. Σίγουρα υπάρχουν κοινωνικοί λόγοι επειδή έχει αλλάξει η ελληνική κοινωνία, υπάρχουν πολλά φοβικά σύνδρομα, πως θα αφήσω το

παιδί μου να παίξει έξω, άστο εδώ, καλά είναι. Ανέφερε η συνάδελφος πως έχουν ανέβει οι ώρες χρήσης πλέον από πολύ μικρές ηλικίες και βλέπουμε καθημερινά γύρω μας π.χ. σε ξενοδοχεία ένα μικρό βρέφος στην ουσία να το ταΐζει η μαμά και να έχει μπροστά του το tablet, για να το ξεγελάσει να φάει. Από εκεί και πέρα πού να βάλει όρια αυτός ο γονιός, όταν χρειαστεί να βάλει όρια. Το όριο δεν υπάρχει ήδη από την αρχή. Ενδέχεται να υπάρχει και μία γονιδιακή βάση επειδή ο εθισμός είναι μία συμπεριφορά ρίσκου».

«Υπάρχει μιμητισμός σίγουρα και ίσως υπάρχει και μία μεγαλύτερη τάση ρίσκου στον ελληνικό πληθυσμό. Όπως δηλαδή έχουμε οι περισσότεροι συμπεριφορές τζόγου, έτσι ίσως να έχουμε και περισσότερα γονίδια ρίσκου. Αυτή είναι μία πρόχειρη εξήγηση, πέρα από το κοινωνικό κομμάτι που στην Ελλάδα είναι αρκετά έντονο. Προσπάθειες αντιμετώπισης γίνονται περιοδικά, δυστυχώς όμως δεν υπήρχε κάποιος φορέας να ενοποιηθούν αυτές οι προσπάθειες. Τώρα το διαδίκτυο έχει περάσει στο Υπουργείο Ψηφιακής Ανάπτυξης. Λείπει η ένωση όλων αυτών των προσπαθειών κάτω από έναν κοινό φορέα, για να ξέρουμε ακριβώς τι γίνεται και τι αποτέλεσμα έχει».

«Υπάρχουν πάρα πολλά και πολύ ωραία Power Point με συμβουλές από το 1996, αλλά κλινικά δεν βλέπω να έχουν ιδιαίτερη επίδραση. Όλοι δίνουν συμβουλές. Δηλαδή είναι σαν να λέμε ότι για τον απεγκλωβισμό από την ηρωίνη θα μας πει ο αστυνομικός πως θα γίνει. Ο αστυνομικός έχει έναν άλλο ρόλο. Ο εκπαιδευτικός έχει έναν άλλο ρόλο. Ο ειδικός ψυχικής υγείας πρέπει να έχει έναν άλλο ρόλο. Ο ειδικός παιδαγωγός θα έχει έναν άλλο ρόλο. Ο συνάδελφος που θα αντιμετωπίσει κάποια προβλήματα σωματικά έχει έναν άλλο ρόλο. Δεν μπορούν όμως κάποια να καλύπτονται μαζικά με μία απλή σύνοψη».

«Η βιομηχανία του ηλεκτρονικού παιχνιδιού είναι η 4η μεγαλύτερη βιομηχανία στον κό-

σμο αυτή τη στιγμή. Το budget ενός ηλεκτρονικού παιχνιδιού είναι μεγαλύτερο από το budget μίας ταινίας. Μιλάμε για εκατομμύρια δολάρια. Ένα παιχνίδι μπορεί να έχει τζίρο εκατομμύρια δολάρια, να έχει κέρδη. Προφανώς αυτός που το βγάζει έχει ένα όφελος από το να έχει όλο και περισσότεροι παίκτες οι οποίοι θα ασχολούνται όλο και περισσότερη ώρα μ' αυτό το πράγμα. Οπότε φροντίζουν χρησιμοποιώντας μεθόδους και από τη βιομηχανία του τζόγου, να μεγιστοποιήσουν την εμπλοκή του παίκτη και στο κοινωνικό δίκτυο βέβαια. Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει ξεκινήσει μία πρωτοβουλία να προσπαθήσει, ειδικά για τα κοινωνικά δίκτυα, να σταματήσει ή να μειώσει αυτό το οποίο λέμε ειδικοί αλγόριθμοι που σε κάνουν ολοένα και περισσότερο να κάνεις αυτό το σκρολάρισμα. Αυτοί οι ειδικοί αλγόριθμοι είναι μελετημένοι με ψυχολογικά δεδομένα. Πως θα μας κρατήσουν περισσότερη ώρα. Γιατί; Για να δούμε περισσότερες διαφημίσεις. Γιατί; Για να βγάλουν περισσότερα χρήματα. Οπότε όλα αυτά είναι ένας κύκλος. Είμαστε σε ένα σημείο αυτοδιερεύνησης και στο κομμάτι της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και στο κομμάτι της κρατικής πρωτοβουλίας, για να δούμε πως αυτό μπορεί να περιοριστεί ως προς το βλαβερό κομμάτι των κοινωνικών μέσων δικτύωσης».

«Το σημαντικό είναι να ξέρει ο γονιός ότι αν δεν βάλει όρια σε μικρή ηλικία, θα είναι 2 και 3 φορές πιο δύσκολο να τα βάλει σε μεγαλύτερη ηλικία. Έρχονται γονείς στους συναδέλφους παιδοψυχιάτρους και σε μας, και μας λένε στην ουσία: 'Πάρτε το παιδί, βάλτε του εσείς όρια'. Μα εσείς είστε όλη μέρα μαζί. Πως θα του βάλουμε εμείς όρια όταν δεν μπορείτε εσείς να το κάνετε; Εάν το 12χρονο παιδί πει στον γονιό: 'Πατέρα, δώσε μου το κλειδί της μηχανής σου να πάω μία βόλτα', θα του το δώσεις; Γιατί το ένα είναι εύκολο και το άλλο δύσκολο; Οπότε είναι θέμα εσωτερικής πεποίθησης, πως το βλέπουμε εμείς καταρχάς, αν το βλέπουμε αρκετά σημαντικό για να ρισκάρου-

με μία διαμάχη στην οικογένεια. Οι οικογένειες έχουν περάσει σε μία φάση αποφυγής των εντάσεων και των διαμαχών. Αυτό το εκμεταλλεύονται πολλές φορές τα παιδιά. Πρέπει δηλαδή να έχουμε ξεκάθαρα στο μυαλό μας ότι "Όχι, αυτό είναι σημαντικό σαν όριο για να το τηρήσω", εξίσου σημαντικό με το "Όχι, δεν θα πιείς κρασί από το ποτήρι μου". Το βλέπεις εκεί. Λέει ένα 8χρονο, 'Μπαμπά, δώσε μου να πιώ και εγώ κρασί'. Θα του δώσεις; Δεν θα του δώσεις. Γιατί να του δώσεις το tablet επειδή φωνάζει; Οπότε πρέπει λίγο να δούμε μέσα μας πως το βλέπουμε αυτό, γιατί πολλές φορές το εμπόδιο είναι τι προσλαμβάνουσες έχουμε εμείς και ποια είναι η δική μας κρίση και ο τρόπος με τον οποίο αξιοποιούμε τον δικό μας ελεύθερο χρόνο».

### Τρίτη ενότητα:

## ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ

Ομιλητές ήταν οι Βασίλειος Δήμος, Πρόεδρος Ελληνικού Συλλόγου Θαλασσαιμίας, Δρ. Σταματία Θεοδωρίδου, αιματολόγος, διευθύντρια ΕΣΥ ΝΥ Αιμοδοσίας, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, και Δρ. Γεωργία Καϊάφα, αναπληρώτρια καθηγήτρια Αιματολογίας & Θρομβοεμβολικών Παθήσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ.

### Μείωση των αιμοδοτών

Στην ενότητα αυτή παρουσιάστηκαν επιστημονικά δεδομένα και προτάσεις για βελτίωση της διαχείρισης του αίματος. Μια πρόσφατη επιστημονική εργασία από το Κέντρο Αιμοδοσίας του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης αποκάλυψε μια σημαντική μείωση στον αριθμό των εθελοντών αιμοδοτών στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαπενταετία, ιδιαίτερα στις παραγωγικές ηλικίες (ενήλικες σε ενεργό επαγγελματική ηλικία). Η Δρ. Σταματία Θεοδωρίδου ερμήνευσε τα ευρήματα αποδίδοντας τη μείωση αυτή κυρίως στη μετανάστευση νέων ενηλίκων λόγω της οικονομικής



κρίσης. «Από το 2010 και μετά έχουμε παρατηρήσει μια μείωση των νέων εθελοντών, λόγω της μετανάστευσης», δήλωσε η κ. Θεοδωρίδου, παρουσιάζοντας αναλυτικά τα δεδομένα της μελέτης για την περίοδο των τελευταίων δεκαπέντε ετών:

- Στην ηλικιακή ομάδα 18 έως 20 ετών, ο αριθμός των αιμοδοτών μειώθηκε κατά 10%.
- Στην ηλικιακή ομάδα 20 έως 30 ετών, καταγράφηκε μείωση 25%.
- Στην ηλικιακή ομάδα 30 έως 40 ετών, η μείωση έφτασε το 40%.
- Στην ηλικιακή ομάδα 50 έως 60 ετών, ο αριθμός των αιμοδοτών παρέμεινε σταθερός, καθώς αυτή η ομάδα δεν επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από τη μετανάστευση.
- Στην ηλικιακή ομάδα 60 έως 65 ετών, παρατηρήθηκε αύξηση, πιθανώς επειδή τα άτομα αυτής της ηλικίας εντείνουν την αιμοδοσία τους, ενώ η αιμοδοσία δεν επιτρέπεται μετά τα 65 έτη.

Παρά τις προκλήσεις αυτές, η Ελλάδα διατηρεί την πρώτη θέση στην Ευρώπη ως προς τον αριθμό των αιμοδοσιών ανά 1.000 κατοίκους, με ρυθμό 58,8 αιμοδοτών ανά 1.000 κατοίκους –ένα ποσοστό διπλάσιο από αυτό της Μεγάλης Βρετανίας και σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (34 αιμοδοτές ανά 1.000 κατοίκους). Ωστόσο, η χώρα εξακολουθεί να χρειάζεται εισαγωγή περίπου 20.000 μονάδων αίματος κατά τους θερινούς μήνες από τον Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό, προκειμένου να καλύψει τις ιατρικές ανάγκες. Αυτό το φαινόμενο αποδίδεται σε υπερβολικές μεταγίσεις, δηλαδή σε υπερκατανάλωση αίματος πέρα από το απαραίτητο.

«Υπάρχει ανάγκη περιορισμού της σπατάλης, χρειαζόμαστε καλύτερη διαχείριση της χρήσης του αίματος», παρατήρησε η κ. Θεοδωρίδου, καλώντας για πιο αποδοτική κατανομή και χρήση των διαθέσιμων αποθεμάτων. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία που παρουσιάσε, περίπου 2 στις 3 μονάδες αίματος που συλ-

λέγονται στην Ελλάδα προέρχονται από εθελοντές αιμοδότες. Το 35% των μονάδων προέρχεται από αιμοδότες αντικατάστασης, δηλαδή άτομα που δίνουν αίμα για συγκεκριμένο συγγενή ή φίλο τους, ενώ ένα ποσοστό περίπου 1,7% προέρχεται από τον Στρατό.

### **Οι καθημερινές ανάγκες χιλιάδων ανθρώπων**

Ο κ. Βασίλειος Δήμος, Πρόεδρος του Ελληνικού Συλλόγου Θαλασσαιμίας, εστίασε στις συγκεκριμένες ανάγκες των ασθενών με την κληρονομική αυτή αιμοσφαιρινοπάθεια, εξηγώντας ότι οι περίπου 3.000 πάσχοντες από θαλασσαιμία στην Ελλάδα απαιτούν περίπου 100.000 μονάδες αίματος ετησίως. Αυτή η ποσότητα αντιστοιχεί σε περίπου το 1/5 του συνολικού αίματος που χρειάζεται για όλες τις ιατρικές ενδείξεις στην χώρα, συμπεριλαμβανομένων τροχαίων ατυχημάτων, χειρουργικών επεμβάσεων, μεταμοσχεύσεων και αιμορραγιών. Στη Θεσσαλονίκη συγκεκριμένα, 325 άτομα με Μεσογειακή Αναιμία και Δρεπανοκυτταρική Αναιμία παρακολουθούνται σε τρία μεγάλα νοσοκομεία (Ιπποκράτειο, ΑΧΕΠΑ και Άγιος Παύλος). Για τις ανάγκες τους απαιτούνται 1.200 μονάδες αίματος το μήνα. «Άρα 60 ως 70 συμπολίτες μας αιμοδοτούν ημερησίως για να διατηρηθούν οι πάσχοντες από θαλασσαιμία στη ζωή», παρατήρησε ο κ. Δήμος, υπογραμμίζοντας την κρίσιμη εξάρτηση από την τακτική αιμοδοσία. Σύμφωνα με τον κ. Δήμο, η ζωή ενός ατόμου με θαλασσαιμία μπορεί να είναι πλήρως φυσιολογική, εφόσον ακολουθούνται τα ιατρικά πρωτόκολλα και πραγματοποιούνται οι προγραμματισμένες μεταγγίσεις αίματος εγκαίρως. Ωστόσο, αυτή η σταθερότητα δεν μπορεί πάντα να εξασφαλιστεί, ιδιαίτερα κατά το καλοκαίρι, τα Χριστούγεννα και το Πάσχα, όταν εμφανίζονται ελλείψεις αίματος που οδηγούν σε αναβολές των μεταγγίσεων. «Το καλοκαίρι ένας πάσχων δεν μπορεί να προγραμματίσει ακόμα και τις διακοπές του. Δημιουργείται πρόβλημα αν η

μετάγγιση δεν γίνει στο καθορισμένο ραντεβού», σημείωσε ο κ. Δήμος, καλώντας για καλύτερη προετοιμασία και προγραμματισμό αιμοδοσιών σε περιόδους αιχμής. Επιπλέον, οι ομιλητές πρότειναν τη δημιουργία μόνιμου χώρου αιμοδοσίας εντός της ΔΕΘ, ως «σταθμού ζωής» που θα λειτουργεί ανεξάρτητα από τα νοσοκομεία και θα διευκολύνει την πρόσβαση των πολιτών στην εθελοντική δωρεά αίματος.

### **Ωφελείται ο οργανισμός του... δότη**

Πέρα από την ανιδιοτελή εθελοντική και κοινωνική προσφορά, η αιμοδοσία προσφέρει σημαντικά οφέλη στην υγεία του ίδιου του δωρητή, όπως εξήγησε η Δρ. Γεωργία Καϊάφα. «Η αιμοδοσία μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, δηλαδή τον κίνδυνο που έχει ο καθένας μας την προσεχή δεκαετία να εμφανίσει ένα καρδιαγγειακό επεισόδιο, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό, παροδικό εγκεφαλικό και αγγειακή άνοια», ανέφερε η κ. Καϊάφα, περιγράφοντας με απλά λόγια τους μηχανισμούς προστασίας «Καταρχήν με την αιμοδοσία, αφαιρώντας 400 – 450 ml αίματος, μειώνεται η γλοιότητα του αίματος. Άρα η πιθανότητα να δημιουργηθεί θρόμβος και επομένως ένα θρομβωτικό ή καρδιαγγειακό επεισόδιο είναι μικρότερη». Επιπλέον, η διαδικασία της αιμοδοσίας περιλαμβάνει υποχρεωτικούς βασικούς ελέγχους υγείας. «Ελέγχουν στις αιμοδοσίες τον αιματοκρίτη του, τον αριθμό των αιμοπεταλίων, και αν βρεθεί ότι έχει πολυερυθραιμία δηλαδή έναν υψηλό αιματοκρίτη ή θρομβοκυττάρωση, δηλαδή μεγαλύτερο αριθμό αιμοπεταλίων από τον φυσιολογικό, ο δότης θα πρέπει να προχωρήσει σε έλεγχο και άρα να προλάβει το πιθανό καρδιαγγειακό επεισόδιο που θα του συνέβαινε στο μέλλον». Η κ. Καϊάφα χαρακτήρισε το αίμα ως το «μαζικό μέσο μεταφοράς οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών» στον οργανισμό και συμφώνησε

πλήρως με την ανάγκη για καλύτερη διαχείριση του, ώστε να αποφευχθεί η σπατάλη και να εξασφαλιστεί η βέλτιστη χρήση του σε όλες τις ιατρικές περιπτώσεις.

Στο τέλος της συζήτησης ο πρόεδρος του ΙΣΘ Νίκος Νίτσας τόνισε την ανάγκη ενίσχυσης της εθελοντικής αιμοδοσίας μέσω εκπαίδευσης, καλύτερης οργάνωσης και καινοτόμων πρωτοβουλιών, όπως η πρόταση για μόνιμο χώρο αιμοδοσίας στη ΔΕΘ, προκειμένου να διασφαλιστεί η επάρκεια αίματος και να προαχθεί η δημόσια υγεία, μια προσπάθεια που έκανε, κάνει και θα κάνει ο

Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης. Όλοι οι συμμετέχοντες των συζητήσεων καθώς και πάρα πολλοί που τις παρακολούθησαν μέσω διαδικτύου, από την ιστοσελίδα του ΙΣΘ, συνεχάρησαν τον πρόεδρο Νίκο Νίτσα και το ΔΣ του συλλόγου για την ανάληψη τέτοιων πρωτοβουλιών έγκυρης ενημέρωσης και ουσιαστικής ευαισθητοποίησης της κοινωνίας αλλά και γενικότερα της επιστημονικής κοινότητας.

Όλες οι συζητήσεις βρίσκονται και στο κανάλι του ΙΣΘ στο YouTube και στην ιστοσελίδα του ΙΣΘ [www.isth.gr](http://www.isth.gr).





## Ο ΙΣΘ στην 89η Διεθνή Έκθεση Θεσσαλονίκης

Μελίνα Καραπαναγιωτίδου

Στον χώρο της Διεθνούς Εκθέσεως Θεσσαλονίκης, στο πλαίσιο της φετινής 89ης διοργάνωσης, ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης (ΙΣΘ) παρουσίασε μια ξεχωριστή προσπάθεια διατήρησης και προβολής της ιστορίας του, που συνδέεται άρρηκτα με την ιστορία της πόλης.

Οι επισκέπτες είχαν την ευκαιρία να δουν τοίχους επενδυμένους με φωτογραφικό υλικό που καλύπτει τα 100 χρόνια δράσης του ΙΣΘ, συμπεριλαμβανομένων εικόνων από τις επετειακές εκδηλώσεις στο 'Ολύμπιον', στο Μέγαρο Μουσικής και στην αίθουσα τελετών του ΑΠΘ με την τιμητική παρουσία του Οικουμενικού Πατριάρχη. Μεγάλες εκδηλώσεις που πραγματοποιήθηκαν με ενδιαφέρουσες και σύγχρονες θεματικές, καθώς και συναυλία, τα έσοδα της οποίας διατέθηκαν σε τέσσερις κοινωνικούς φορείς της Θεσσαλονίκης.

Το φωτογραφικό υλικό που επεξεργάστηκε ο ΙΣΘ επί ένα χρόνο περίπου περιλαμβάνει σπάνια ντοκουμέντα, όπως αποσπάσματα και αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου που αφορούν σε σημαντικά ιστορικά γεγονότα, όπως ο σεισμός της Θεσσαλονίκης, η τραγωδία της Κύπρου, η αποστολή γιατρών σε κρίσιμες στιγμές γειτονικών λαών, η πρώτη συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου και τα σχετικά πρακτικά του, καθώς και οι ενέργειες του ΙΣΘ κατά την



περίοδο της πανδημίας του κορωνοϊού, όπου οι γιατροί βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή για την προστασία της υγείας των πολιτών.

Όπως είπε ο πρόεδρος του ΙΣΘ Νίκος Νίτσας, "Αυτά τα τεκμήρια δεν είναι μόνο πολύτιμα για τους δημοσιογράφους, αλλά και για όλους τους Θεσσαλονικείς, καθώς αντικατοπτρίζουν τη δέσμευση του ΙΣΘ στον άνθρωπο και τις ανάγκες της πόλης. Η προσπάθεια του συλλόγου να αρχειοθετηθεί και να τεκμηριώσει την ιστορία του, που ξεκινά πριν από 101 χρόνια, από το 1914 όταν ιδρύθηκε ως Ιατρικός Σύνδεσμος, είναι εντυπωσιακή. Περίπου 8.000 σελίδες ιστορικών αποφάσεων του Διοικητικού και του Πειθαρχικού Συμ-

βουλίου έχουν ψηφιοποιηθεί ως ιστορικά ντοκουμέντα”.

Με τη βοήθεια ειδικών και συναδέλφων ο ΙΣΘ δημιούργησε μια ψηφιακή πλατφόρμα για την οργάνωση και παρουσίαση αυτών των τεκμηρίων. Μια ιστορικός και συνεργάτιδα του συλλόγου, εργάζεται καθημερινά για την ολοκλήρωση αυτού του φιλόδοξου σχεδίου, την πρωτοβουλία του οποίου είχε ο κ. Νίτσας. Μέσα από αυτή την πλατφόρμα, με το πάτημα ενός κουμπιού, θα είναι πλέον δυνατή η πρόσβαση σε φωτογραφίες, στοιχεία από το αρχείο των γιατρών (όσα επιτρέπεται να δημοσιοποιηθούν) και αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου, που καταδεικνύουν τη σύνδεση του ΙΣΘ με την ιστορία της Θεσσαλονίκης.

Η δράση του ΙΣΘ αντικατοπτρίζει τις κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες κάθε εποχής. Κατά την Κατοχή, ο Σύλλογος οργάνωσε συσσίτια για τους γιατρούς και προσπάθησε να διασώσει υγειονομικό υλικό, όπως γάζες και οινόπνευμα, αναλώσιμα που οι Γερμανοί σκόπευαν να καταστρέψουν. Παρόμοιες δράσεις καταγράφονται και κατά τη διάρκεια του σεισμού της Θεσσαλονίκης, με επισκέψεις του Διοικητικού Συμβουλίου σε νοσοκομεία και οργάνωση υγειονομικής φροντίδας για τους σεισμοπαθείς. Επιπλέον, ο ΙΣΘ στήριξε πρόσφυγες, έστειλε βοήθεια στην Κύπρο, καθώς και σε άλλα σημαντικά γεγονότα, όπως η έκρηξη στη Βηρυτό και οι σεισμοί στην Τουρκία. Όλες αυτές οι δράσεις χρηματοδοτούνται αποκλειστικά από τις εισφορές των μελών του Συλλόγου, καθώς ο ΙΣΘ δεν διαχειρίζεται κρατικά κονδύλια. Η διαχείριση αυτών των πόρων γίνεται με σκοπό την προώθηση των δράσεων του Συλλόγου και την ενίσχυση της σχέσης των γιατρών της Θεσσαλονίκης με την κοινωνία.

Πέρα από την αρχειοθέτηση, ο ΙΣΘ έχει συμβάλει και στην καταγραφή της ιστορίας των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης, μέσα από ένα βιβλίο που υιοθέτησε και το οποίο περιλαμβάνει φωτογραφίες γιατρών, ιστορικά στοιχεία και πληροφορίες για την εξέλιξη των νοσοκο-

μείων της πόλης. Σχεδόν όλα τα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης ιδρύθηκαν από δωρεές ευεργετών, ενώ και το υπό ανέγερση νέο παιδιατρικό νοσοκομείο αποτελεί δωρεά του Ιδρύματος Σταύρου Νιάρχου.

Επιπρόσθετα, ο ΙΣΘ προετοιμάζει μια εκδήλωση-αφιέρωμα στους πρώτους γιατρούς που ήρθαν στη Θεσσαλονίκη, πολλοί εκ των οποίων ήταν πρόσφυγες από την Καππαδοκία, τη Μικρά Ασία και άλλες περιοχές, καθώς και Εβραίοι και Αρμένιοι γιατροί που υπηρέτησαν την πόλη. Η εκδήλωση θα αναδείξει τη συνεισφορά αυτών των γιατρών, πολλοί από τους οποίους σπούδασαν σε πόλεις όπως η Κωνσταντινούπολη, η Γαλλία και η Ιταλία, πριν έρθουν στη Θεσσαλονίκη, όπου η Ιατρική Σχολή ιδρύθηκε πριν από περίπου 80 χρόνια. Στο περίπτερο του ΙΣΘ εκτέθηκε, μεταξύ άλλων, ένα πτυχίο γιατρού από την Κωνσταντινούπολη, που αποτελεί σημαντικό τεκμήριο της εποχής.

Η προσπάθεια του ΙΣΘ δεν περιορίζεται μόνο στην αρχειοθέτηση, αλλά και στην ανάδειξη της κοινωνικής διάστασης του έργου του. Αν και πολλοί θεωρούν τον ΙΣΘ απλώς έναν συνδικαλιστικό σύλλογο, η ιστορία του αποδεικνύει ότι η προτεραιότητά του είναι ο άνθρωπος και η κοινωνία της Θεσσαλονίκης. Μέσα από το περίπτερο στην 89η ΔΕΘ, οι επισκέπτες γνώρισαν την ιστορία της πόλης μέσα από τα μάτια των γιατρών, ενώ παράλληλα αναδείχθηκαν πρωτοβουλίες όπως η δωρεά των εσόδων από τη συναυλία με τον Μάριο Φραγκούλη στο Μέγαρο Μουσικής και η διοργάνωση εκδηλώσεων για την αιμοδοσία, που υπογραμμίζουν τη δέσμευση του ΙΣΘ στη ζωή και τον πολιτισμό. Τέλος, το αφιέρωμα στη Βασιλειάδα της Καππαδοκίας, το πρώτο πολυνοσοκομείο που αποτελούσε πρότυπο πολυεπιστημονικότητας, ενίσχυσε την ιστορική συνειδηση που προωθεί ο Σύλλογος. Μέσα από αυτές τις δράσεις, ο ΙΣΘ διατηρεί ζωντανή την ιστορία των γιατρών της Θεσσαλονίκης και τη συνδέει με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον της πόλης.



## Δωρεές του Ι.Σ.Θ.

*Νίκος Νίτσας πρόεδρος του ΙΣΘ:*

*«Με πράξεις η ιατρική κοινότητα της Θεσσαλονίκης βρίσκεται δίπλα στην κοινωνία»*

Τα έσοδα από τη συναυλία που διοργάνωσε ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης (ΙΣΘ) με τον Μάριο Φραγκούλη, στο Μέγαρο Μουσικής στο πλαίσιο του εορτασμού των 100 χρόνων από την ίδρυσή του συλλόγου, δώρισε σε τέσσερις οργανώσεις με σημαντικό κοινωνικό και επιστημονικό έργο. Η πρωτοβουλία του προέδρου Νίκου Νίτσα και του Δ.Σ. του ΙΣΘ, όπως τονίστηκε από όλες τις πλευρές, «αντικατοπτρίζει τη δέσμευση να υποστηρίξουν δράσεις που σκοπό έχουν την προστασία της δημόσιας υγείας, των ευπαθών ομάδων και των παιδιών». Οι δωρεές καταμετρήθηκαν στα Παιδικά Χωριά SOS Πλαγιαρίου, τον Σύλλογο Συνδρόμου Down Ελλάδος, το Ελληνικό Παιδικό Χωριό Φιλύρου και την οργάνωση Kids Save Lives.

Στον εκπρόσωπο της οργάνωσης Παιδικά Χωριά SOS Πλαγιαρίου Γιώργο Παπαγιαννίδη την επιταγή παρέδωσε ο πρώην πρόεδρος του ΙΣΘ και νυν πρόεδρος του Πειθαρχικού Συμβουλίου του ΙΣΘ Δημήτρης Τσάμης. Ο κ. Παπαγιαννίδης ευχαρίστησε την ιατρική κοινότητα για τη στήριξη της, στο πρόσωπο τόσο του κ. Νίτσα όσο και του κ. Τσάμη. Στο Σύλλο-

γο Συνδρόμου Down Ελλάδος –που υποστηρίζει την εκπαίδευση και την κοινωνική ένταξη ατόμων με σύνδρομο Down– και στον εκπρόσωπο του συλλόγου κ. Ζαΐμη την επιταγή πα-





ρέδωσε ο γραμματέας του ΙΣΘ Νικόλαος Μπάτζιος. Στο Ελληνικό Παιδικό Χωριό Φιλύρου και στους εκπροσώπους του, την πρόεδρο Ελισάβετ Λαγκούση-Παριάσχου, τη γενική γραμματέα Μαρία Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, ομότιμη καθηγήτρια ΑΠΘ, και την Δωροθέα Κατριού-Νικολακάκη, επίσης ομότιμη καθηγήτρια ΑΠΘ, την επιταγή του ΙΣΘ παρέδωσε η επίκουρη καθηγήτρια και μέλος του ΔΣ του ΙΣΘ Ελπίς Χοχλιούρου. Τέλος στην οργάνωση Kids Save Lives και στην εκπρόσωπο της κα Ρούσκα, την επιταγή του ΙΣΘ παρέδωσε το μέλος του ΔΣ Θεοφύλακτος Κυριακίδης.

Όπως τόνισε ο πρόεδρος του ΙΣΘ Νίκος Νίτσας «Οι δωρεές ενισχύουν δράσεις όπως η φροντίδα παιδιών, η προώθηση της κοινωνικής ένταξης και η απόκτηση εκπαιδευτικού εξοπλισμού για σωτήριες δεξιότητες. Η πρωτοβουλία του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονί-

κης θέλει να υπενθυμίσει τη διαχρονική σύνδεση της ιατρικής κοινότητας με την κοινωνική ευθύνη, συνδυάζοντας επιστημονική τεχνογνωσία με πρακτική υποστήριξη». Όπως είπαν ορισμένοι εκ των εκπροσώπων των κοινωνικών οργανώσεων της Θεσσαλονίκης, «η συνεργασία με τον ΙΣΘ επεκτείνεται σε βάθος χρόνου π.χ. με τη συνεχή και αφιλοκερδή υποστήριξη του προέδρου και παιδοφθαλμιάτρου-οφθαλμιάτρου Νίκου Νίτσα καθώς και με επαναλαμβανόμενες δράσεις εκπαίδευσης επισκεπτών στη ΔΕΘ». Όλοι οι εκπρόσωποι των οργανώσεων αφού συνεχάρησαν τον πρόεδρο και τα μέλη του ΔΣ του ΙΣΘ τόνισαν ότι «μέσα από τέτοιες πρωτοβουλίες ο σύλλογος ενισχύει τον ρόλο του ως πυλώνα της κοινότητας, προάγοντας την υγεία και την κοινωνική συνοχή στην πόλη, γεγονός που δεν περνάει απαρατήρητο σε μια εποχή που λίγοι



δίνουν και οι περισσότεροι παίρνουν».

Τα Παιδικά Χωριά SOS Πλαγιαρίου ιδρύθηκαν το 1977 και εγκαινιάστηκαν το 1984 με σκοπό την παροχή οικογενειακού περιβάλλοντος σε παιδιά χωρίς γονική φροντίδα. Ο Σύλλογος Συνδρόμου Down Ελλάδος συστάθηκε το 1990 από 22 οικογένειες με σκοπό την ειδική εκπαίδευση και την κοινωνική ένταξη ατόμων με σύνδρομο Down. Το Ελληνικό Παι-

δικό Χωριό Φιλύρου, ως μέρος του εθνικού δικτύου παιδικής προστασίας, ιδρύθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1970 για την στέγαση και εκπαίδευση παιδιών από ευάλωτες οικογένειες. Η οργάνωση Kids Save Lives ιδρύθηκε το 2015-2016 από ομάδα εθελοντών με σκοπό την εκπαίδευση σε βασικές τεχνικές αναζωογόνησης για την αύξηση της επιβίωσης σε καρδιακά επεισόδια.

### Είπαν

*«Αγαπώ καθετί παλιό: τους παλιούς φίλους, τον παλιό καιρό, τους παλιούς τρόπους, τα παλιά βιβλία, το παλιό κρασί... και οι παλιοί φίλοι είναι οι καλύτεροι»*

[Oliver Goldsmith 1728-74]



# Τι σημαίνει Δημόσια Υγεία

**Απτοχος (ΥΙ) ε.α. Δημήτριος Χατζηγεωργίου**

Ειδικός Παθολόγος – Λοιμωξιολόγος, Επίτιμος Δντής Υγειονομικού ΓΕΕΘΑ,  
Διευθύνων Σύμβουλος ΕΟΔΥ, Μέλος του Advisory Forum του ECDC,  
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ελέγχου Λοιμώξεων

Μέχρι πρόσφατα, πίστευα –όπως και πολλοί συνάδελφοι– ότι η ύψιστη προσφορά της ιατρικής, αυτό που επί χρόνια υπηρετούσα με συνέπεια και αφοσίωση, ήταν να βοηθάς έναν ασθενή να ξεπεράσει το πρόβλημά του. Να είσαι δίπλα του, να τον ανακουφίζεις, να του δίνεις θεραπεία και ελπίδα.

Και πράγματι, αυτό είναι ο πυρήνας της ιατρικής: η φροντίδα του ανθρώπου που έχει ανάγκη και μάλιστα με την σχέση γιατρού-ασθενούς να είναι μια από τις πιο βαθιές και ουσιαστικές ανθρώπινες σχέσεις, γεμάτη εμπιστοσύνη, αγωνία, αλλά και ανακούφιση.

Όμως, με τον καιρό, συνειδητοποίησα ότι υπάρχει και κάτι άλλο, εξίσου –αν όχι περισσότερο– σημαντικό: η φροντίδα για την υγεία ολόκληρου του πληθυσμού. Όχι του ενός, αλλά των πολλών. Όχι η θεραπεία, αλλά η πρόληψη. Όχι η παρέμβαση όταν το κακό έχει γίνει, αλλά η αποτροπή του πριν καν ξεκινήσει. Αυτό είναι η Δημόσια Υγεία.

Ο όρος Δημόσια Υγεία δεν έχει να κάνει με τον δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος υγεί-

ας, ούτε με το ποσοστό συμμετοχής του κράτους στη χρηματοδότηση. Δημόσια Υγεία σημαίνει να νοιάζεσαι και να φροντίζεις για όλους –περιλαμβανομένων και εκείνων που δεν έχουν φωνή, που συχνά μένουν αόρατοι στο σύστημα. Είναι η τέχνη και η επιστήμη του να προλαμβάνεις, να προστατεύεις και να προάγεις την υγεία μιας ολόκληρης κοινωνίας.

Δημόσια Υγεία σημαίνει να επαγρυπνείς για επιδημίες που μπορεί να ξεσπάσουν, για νοσήματα που σιωπηλά κυκλοφορούν και απειλούν. Να κινητοποιήσεις άμεσα για να διερευνήσεις ένα περιστατικό φυματίωσης σε έναν παράτυπο μετανάστη. Να ενεργοποιείς μηχανισμούς όταν εμφανίζεται έστω και ένα κρούσμα πυρετού Κριμαίας-Κονγκό, πυρετού Δυτικού Νείλου, ελονοσίας ή λεπτοσπείρωσης. Να οργανώνεις δράση όταν παρατηρείται κάποια συρροή γαστρεντερίτιδας ή πνευμονικής λοίμωξης από Legionella, όταν εμφανίζεται μια σοβαρή περίπτωση διεισδυτικού στρεπτοκόκκου, όταν επανεμφανίζονται περιστατικά ιλαράς ή κοκκύτη.

Δημόσια Υγεία σημαίνει να έχεις δημιουργήσει πολλαπλά συστήματα επιτήρησης για διάφορα νοσήματα και να γνωρίζεις ανά πάσα στιγμή το επίπεδο κινδύνου για κάθε νόσο. Για να προλάβεις, πρέπει πρώτα να ξέρεις. Στην ουσία, είναι σαν να έχεις ένα αόρατο ανιχνευτή που σκανάρει συνεχώς το περιβάλλον για να εντοπίσει έγκαιρα τις απειλές.

Αλλά δεν είναι μόνο αυτό. Δημόσια Υγεία σημαίνει επίσης να διευκολύνεις εκείνους που έχουν δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Να κατανοείς ότι όσο πιο δύσκολη είναι η πρόσβαση, τόσο πιο εύκολη και προσιτή πρέπει να κάνεις την πρόληψη. Ότι δεν αρκεί να στήσεις μια υπηρεσία και να περιμένεις – πρέπει να πας εσύ σ' αυτούς: εκεί όπου ζουν, εκεί όπου εργάζονται, εκεί όπου αποκλείονται. Γιατί όταν η πρόληψη δεν φτάνει στον κάθε έναν άνθρωπο, τότε καθυστερεί και η προστασία της κοινότητας.

Η Δημόσια Υγεία έχει έναν ρόλο πιο αθόρυβο αλλά και πιο θεμελιώδη. Δεν αναζητά την αναγνώριση. Αντιθέτως, λειτουργεί σαν ένα δίχτυ προστασίας που υπάρχει για να μην το χρειαστούμε ποτέ. Κάθε φορά που

δεν ξεσπά μια επιδημία, που δεν γεμίζουν τα νοσοκομεία με περιστατικά, που ένα παιδί εμβολιάζεται εγκαίρως ή που μια κοινότητα πίνει καθαρό νερό, η Δημόσια Υγεία έχει πετύχει –ακόμη κι αν κανείς δεν το συνειδητοποιεί.

Η νίκη για έναν κλινικό γιατρό είναι ορατή και χειροπιαστή: να καταφέρει να θεραπεύσει τον ασθενή του. Είναι μια ανθρώπινη σχέση πρόσωπο με πρόσωπο που κάποιες φορές συνοδεύεται και από ηθική ανταμοιβή: συγκίνηση, ευγνωμοσύνη, ανακούφιση.

Αλλά η νίκη για τον γιατρό Δημόσιας Υγείας είναι αόρατη –και όμως τόσο καθοριστική: να προλάβει έναν κίνδυνο πριν αυτός εκδηλωθεί. Να αποτρέψει μια επιδημία, μια συρροή κρουσμάτων, μια κρίση –χωρίς κανείς να το καταλάβει, χωρίς να χρειαστεί να ειπωθεί ούτε ένα ευχαριστώ.

Και αυτή είναι ίσως η πιο αθόρυβη –αλλά και η πιο ουσιαστική– νίκη της Ιατρικής. Γιατί η πραγματική δύναμη της υγείας δεν μετρείται μόνο με τις θεραπείες που δόθηκαν, αλλά και με τις ασθένειες που δεν χρειάστηκε ποτέ να αντιμετωπιστούν.

### Είπαν

*«Τίποτε δεν είναι πιο δύσκολο, και επομένως και πιο πολύτιμο, από το να μπορείς να παίρνεις αποφάσεις»*

[Ναπολέων]



# Το μικρό επαρχιακό νοσοκομείο

Απόστολος-Γεώργιος Σοφός

Χειρουργός, τ. διευθυντής ΕΣΥ

- Που θα πας εκεί απάνω;
- Θα θαφτείς εκεί μακριά;
- Τι χειρουργική θα κάνεις εκεί πέρα;

Αυτά και άλλα πολλά άκουσα πριν 34 χρόνια, όταν αποφάσισα να βάλω υποψηφιότητα για μια θέση Επιμελητή Β' ΕΣΥ στο Γενικό (Νομαρχιακό τότε) Νοσοκομείο Καρπενησίου, σε μια εποχή που δεν γίνονταν πολλές προκηρύξεις για νέες θέσεις στο ΕΣΥ (και τώρα με το σταγονόμετρο γίνονται...). Όμως εγώ ήθελα οπωσδήποτε μια θέση νοσοκομειακή, μια κι επιθυμούσα να αποκτήσω χειρουργική εμπειρία και παράλληλα θεωρούσα πως δεν μου ταίριαζε το ιδιωτικό επάγγελμα. Έτσι, έχοντας υποβάλει αιτήσεις και βιογραφικά σε δέκα νοσοκομεία ανά την επικράτεια, ευελπιστούσα να βρω μια νοσοκομειακή θέση έστω και μακριά από κάποια μεγάλη πόλη. Η μόνη θέση για την οποία έγινε τελικά κρίση, ήταν αυτή για το... όρος Τυμφρηστός (Βελούχι), στις πλαγιές του οποίου ήταν και το πιο... υψηλά ιστάμενο νοσοκομείο της Πατρίδας μας (στα σχεδόν 1.000 μέτρα υψόμετρο δεν υπάρχει άλλο νοσηλευτικό ίδρυ-

μα που να χαρακτηρίζεται αμιγώς ως Νοσοκομείο και όχι Κέντρο Υγείας). Τότε μάλιστα ήταν σίγουρα και το μικρότερο στην Ευρώπη με τις μόλις 50 κλίνες του, σαν τον Ξενώνα<sup>1</sup> της Μονής Παντοκράτορος της Κωνσταντινούπολης της εποχής του Ιωάννη Β' Κομνηνού<sup>1</sup>!

Ήμουν ευτυχής γιατί διορίστηκα, αλλά και γιατί με ακολούθησε και η Μικροβιολόγος σύζυγος και τα παιδιά μου, επομένως δεν χρειαζόταν να συντηρούμε δυο σπίτια. Η κυρία μου διορίστηκε κι αυτή ύστερα από λίγους μήνες κι έτσι βρεθήκαμε όλοι να δουλεύουμε στο... βουνό.

Εκείνη την εποχή κυριαρχούσε ακόμα η ιδέα της αποκέντρωσης και της προσφοράς, κι έτσι το μικρό αυτό νοσοκομείο κατάφερε να μεγαλώσει και να προοδεύσει παρά τις αντιξοότητες. Μεγάλη σε έκταση περιοχή ευθύνης με δυσχέρειες πρόσβασης για τους κατοίκους των χωριών προς το νοσοκομείο, ελλείψεις σε μέσα και προσωπικό, απόσταση από μεγάλα νοσοκομεία ικανή αν και όχι δραματικά μεγάλη. Η αύξηση του προσωπικού, ιατρικού και μη, συνεχίστηκε τα επόμενα χρόνια.

<sup>1</sup> Βαρνάβας Δ., Σοφός Α.: Ο κυρ Ιωάννης Κομνηνός. Το ... Ε.Σ.Υ. στα χρόνια του Βυζαντίου. Διάγνωση, φ.5, Τετάρτη 7 Ιουνίου 2006, σ. 26.

Παρά το ότι ποτέ δεν ήταν όσο επαρκής θέλαμε, υπήρξε μια καλή συνεργασία με τις εκάστοτε διοικήσεις, ώστε να διευκολύνεται η εργασία και η διαμονή των γιατρών, αλλά και να υπάρχουν επαρκή υλικά για την καθημερινή πρακτική. Το κυριότερο όμως ήταν πως δημιουργήθηκαν επιστημονικά συμπαγείς ομάδες (ακόμα και με μόλις 2-3 ειδικούς γιατρούς ανά κλινική/τμήμα/ εργαστήριο) που είχαν καλή συνεργασία, έστω και με τα όποια προβλήματα και αντιπαράθεσεις. Η αφοσίωση των γιατρών στη δουλειά τους ήταν οπωσδήποτε ένας καθοριστικός παράγοντας που συνέτεινε στην διαρκή πρόοδο του νοσοκομείου.

Όσον αφορά τη χειρουργική, παρά τις ελλείψεις και αρχικά τον μικρό αριθμό γιατρών (την πρώτη δεκαετία μόνον 2), χάρη στη σκληρή εργασία, αλλά και την σημαντική εμπειρία και ικανότητα του διευθυντή Ι. Μπακόλα, κατορθώθηκε η πραγματοποίηση σημαντικών και ποικίλων επιτυχών επεμβάσεων, η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης με τον πληθυσμό, η επιτυχής αντιμετώπιση πολλών εκτάκτων περιστατικών ακόμα και σημαντικής βαρύτητας, και η διακομιδή ασθενών προς τα μεγάλα κέντρα περιορίστηκε σε ειδικές και έκτακτες περιπτώσεις. Η συμπλήρωση του ιατρικού προσωπικού τις επόμενες δεκαετίες (έφτασε τους 4 ειδικούς γιατρούς μετά το 2010) και το επιστημονικό έργο που ανέπτυξε το Τμήμα (συμμετοχή σε συνέδρια, μαθήματα προς μη ειδικούς γιατρούς, ολοκλήρωση διδακτορικής διατριβής του γράφοντος, οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων, οργάνωση και λειτουργία ιατρείου ενδοσκοπήσεων κλπ.)<sup>2</sup> οδήγησε και στην παραχώρηση τριών θέσεων ειδικευόμενων γιατρών, γεγονός που συνέτεινε στην καλύτερη λειτουργία και ανάπτυξη του Χειρουργικού Τμήματος με εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και των συγχρόνων τεχνικών της λαπαροσκοπικής χειρουργικής.

Η βελτίωση των Εργαστηρίων με δημιουργία Σταθμού Αιμοδοσίας, ανάπτυξη και επέκταση του έργου του Μικροβιολογικού Εργαστηρίου και της Ιατρικής Απεικόνισης (αρχικά με υπερηχοτομογραφία και την τελευταία δεκαετία με την λειτουργία νοσοκομειακού υπολογιστικού αξονικού τομογράφου) βελτίωσε σημαντικά την απόδοση όλων των κλινικών Τμημάτων. Επίσης, η δημιουργία Καρδιολογικού Τμήματος και Μονάδας Τεχνητού Νεφρού προώθησαν περαιτέρω την ανάπτυξη του νοσοκομείου, το οποίο έφτασε σε πολύ καλά επίπεδα απόδοσης. Δυστυχώς η απουσία μιας μικρής έστω μονάδας αυξημένης φροντίδας (ΜΑΦ) ήταν πάντα ένα σημαντικό «αγκάθι» στην πρόοδο των παρεχόμενων υπηρεσιών και ένας σημαντικός λόγος διακομιδής ασθενών σε μεγαλύτερα νοσοκομεία.

Τα προβλήματα για το νοσοκομείο (και όχι μόνο το δικό μας) άρχισαν με την οικονομική κρίση και λίγο πριν αυτή καταστεί εμφανής. Μείωση κονδυλίων για εφημερίες, περιορισμός εξόδων κάθε είδους, μη πρόσληψη προσωπικού. Στον κοινωνικό περίγυρο ήδη τα σημάδια ήταν ανησυχητικά: παύση λειτουργίας των τοπικών εργοστασίων και βιοτεχνιών, ανεργία και προοδευτική μετανάστευση του τοπικού πληθυσμού με όσα αυτά συνεπάγονται για την τοπική οικονομία, μια και ο τουρισμός σχεδόν ποτέ δεν αρκεί μόνος να αντισταθμίσει τα όσα χάνονται... Η εμφάνιση των ευρωπαϊκών μνημονίων επέτεινε τα προβλήματα. Μαζί με την αναχώρηση των νέων για εύρεση εργασίας, άρχισε και η αποχώρηση ιατρικού προσωπικού, το οποίο δεν αντικαταστάθηκε πάντα, ενώ η εμφάνιση των επικουρικών ιατρών άρχισε να δημιουργεί εικόνα μισθωτών δυο ταχυτήτων και γιατρών με διαφορετικά συμφέροντα.

Αρνητική επίδραση είχε και η εύκολη προ-

<sup>2</sup> Ι. Μπακόλας, Α.-Γ. Σοφός, Αικ. Παπακωνσταντίνου: Λειτουργικά στοιχεία και επιστημονική δραστηριότητα Χειρουργικού Τμήματος 1991-2000. Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου.

αγωγή γιατρών ΕΣΥ, ουσιαστικά με μόνο πρόσον τα χρόνια υπηρεσίας, αλλά και η κατάληψη θέσεων διευθυντών με προσόντα μειωμένα, μια και η ζήτηση ήταν (και παραμένει μεγάλη) και η προσφορά μικρή. Όταν κάποιος προαχθεί με τα χρόνια υπηρεσίας χωρίς ουσιαστική συμμετοχή του επιστημονικού του έργου στην προαγωγή αυτή, δεν έχει κανένα κίνητρο βελτίωσης και προόδου και φυσικά αυτό, αργά η γρήγορα, θα έχει αντίκτυπο σε όλη τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Με την λήξη της περιόδου λιτότητας των οικονομικών μνημονίων ένα άλλο χτύπημα ήρθε να προστεθεί στα προηγούμενα. Η λειτουργία του νοσοκομείου στράφηκε σχεδόν αποκλειστικά στην αντιμετώπιση της πανδημίας του νέου κορωνοϊού και πάρα πολλά στοιχεία της όλης προσφοράς του στην κοινότητα παραμελήθηκαν έως και εξαφάνισαν. Η πρόληψη παραπέμφθηκε στις καλές, οι λειτουργίες διατηρήθηκαν αρχικά μόνο για τα επείγοντα με δραστικό περιορισμό των τακτικών χειρουργειών, τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία έπαψαν να λειτουργούν για καιρό με σημαντική επιβάρυνση του Τμήματος Επειγόντων, η λειτουργία του οποίου δεν μπορούσε να υποκαταστήσει όλες τις άλλες ανάγκες των εξωτερικών ασθενών... Επιπλέον απομακρύνθηκαν από το νοσοκομείο και όσοι συνάδελφοι δεν εμβολιάστηκαν (και δεν ήταν λίγοι ούτε μη απαραίτητοι) επιτείνοντας τις δυσλειτουργίες. Ακόμα και σήμερα, ο αντίκτυπος των χαμένων ετών της πανδημίας είναι φανερός σε πολλές λειτουργίες του νοσοκομείου. Η αποχώρηση χωρίς αντικατάσταση πολλών συνταξιοδοτούμενων συναδέλφων οδηγεί δυστυχώς σε ακόμη μεγαλύτερους περιορισμούς και δυσλειτουργίες.

Μια ακόμα απώλεια της εποχής της πανδημίας δημιουργήθηκε από την απροθυμία των νέων γιατρών να ασκηθούν στις διάφορες ειδικότητες στα μικρά επαρχιακά νοσοκομεία. Εφόσον η τοποθέτησή τους γίνεται με ενιαίο διορισμό στο νοσοκομείο λήψης της κύριας

ειδικότητας, έπαυσε η ανάγκη να γίνει η άσκηση του έτους της γενικής χειρουργικής χωριστά. Έτσι το μικρό νοσοκομείο στερήθηκε ακόμα μια βοήθεια και υποστήριξη, ενώ αυξήθηκαν τα βάρη των πιο ηλικιωμένων συναδέλφων. Σημειωτέον ότι η εκπαίδευση των νέων ιατρών αποτελεί σημαντικό κίνητρο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ανανέωσης των γνώσεων για τους παλαιότερους.

Σε όλα αυτά προστίθεται και η κοινωνική αλλαγή με τις λεγόμενες μεταρρυθμίσεις που οδήγησε σε δραστική μείωση των δημοσίων υπαλλήλων, των εκπαιδευτικών, του προσωπικού άλλων κοινωφελών οργανισμών και υπηρεσιών (τραπεζών, τηλεπικοινωνιών, ενέργειας). Αυτό οδήγησε σε νέα μετανάστευση των νεότερων με δραστική μείωση του πληθυσμού. Από την επίσημη καταγραφή των 24.307 κατοίκων της Ευρυτανίας το 1991 (προτελευταίου νομού της Ελλάδας σε πληθυσμό) φτάσαμε στην τελευταία θέση του 2021 με μόλις 17.461 άτομα μόνιμο πληθυσμό...

Θέματα υπήρξαν και με τη λειτουργία ενός αυτόνομου Τμήματος Επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ). Γενικά δεν προβλέπεται δημιουργία αυτόνομου ΤΕΠ σε νοσοκομεία μικρότερα των 400 κλινών, εκτός από αυτά της πρωτεύουσας Περιφερειακής Ενότητας (νομού). Όμως, η δημιουργία ενός τέτοιου τμήματος σε ένα μικρό νοσοκομείο (έστω και μοναδικό σε μια περιοχή) δημιουργεί από μόνη της πρόβλημα στελέχωσης στα υπόλοιπα κλινικά τμήματα. Η προσπάθεια να δοθεί έμφαση στην αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών οδήγησε στη στελέχωση των ΤΕΠ με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων που ταυτόχρονα όμως μπορεί να λείπουν από τα τμήματα νοσηλείας! Είναι οξύμωρο να υπάρχει ανεξάρτητο Τμήμα Επειγόντων που παραπέμπει στα ειδικά τμήματα τους ασθενείς για επείγουσα νοσηλεία και τα τμήματα αυτά να μη μπορούν να ανταποκριθούν γιατί δεν υπάρχει όλες τις μέρες εφημερεύων γιατρός σε αυτά! Επιπλέον η ελ-

λιπής στελέχωση των κλινικών τμημάτων οδηγεί με τη σειρά της σε μείωση (έως και παύση) της δραστηριότητας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση ασθενών στα επείγοντα με μεγάλη δυσλειτουργία και άλλα προβλήματα. Αποτελεί προσωπική άποψη του γράφοντος ότι πρέπει να προηγείται η καλή στελέχωση των κλινικών τμημάτων και εργαστηρίων και να ακολουθεί η στελέχωση ενός ΤΕΠ. Τα μικρά νοσοκομεία δυσκολεύονται να συμπληρώσουν τα κενά τους και επομένως δεν θα πρέπει τεχνητά να δημιουργούνται περισσότερα.

Είναι απαραίτητη τελικά η ύπαρξη ενός μικρού νοσοκομείου «χαμένου» μέσα στους ορεινούς όγκους; Και αν απαντήσουμε καταφατικά, τι θα πρέπει να γίνει ώστε να συντηρείται και να είναι αποδοτικό και ποιοτικό στις υπηρεσίες του;

Ας δοκιμάσουμε να απαντήσουμε στο πρώτο ερώτημα. Φυσικά και είναι απαραίτητο ένα, έστω και μικρό, νοσοκομείο σε μια τέτοια περιοχή. Οι λόγοι είναι πολλοί και σημαντικοί:

Σε μια ορεινή και σχετικά απομονωμένη περιοχή με ικανή έκταση, η πρόσβαση σε οποιονδήποτε υγειονομικό σχηματισμό, ακόμα και μικρό όπως τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά (πρώην Αγροτικά) Ιατρεία είναι προβληματική, ειδικά όταν υπάρχουν και δυσμενείς καιρικές συνθήκες. Εφόσον μάλιστα, τα περιστατικά που δεν είναι πολύ απλά καταλήγουν να εξετάζονται στα νοσοκομεία, η ύπαρξη ενός οργανωμένου νοσοκομείου σε προσιτή απόσταση είναι επιβεβλημένη. Τα δρομολόγια των λεωφορείων είναι μάλλον αραιά (σε πολλές περιπτώσεις μόλις μια ή δυο φορές την εβδομάδα) και τα ταξί έχουν κόστος δυσβάστακτο για τους ασθενέστερους οικονομικά και τους απομονωμένους. Την χειμερινή περίοδο μάλιστα προστίθενται και τα δυσμενή καιρικά φαινόμενα που καθυστερούν περισσότερο τις μετακινήσεις, ενώ το ΕΚΑΒ καλύπτει ουσιαστικά μόνο το επείγον.

Εφόσον η περιοχή προσφέρεται για τουρισμό όλο τον χρόνο, ο πληθυσμός παύει να είναι μόνον ο μόνιμος. Σε αυτόν προστίθενται οι τουρίστες, αλλά και οι διάφοροι διερχόμενοι, όσοι ασχολούνται με την τροφοδοσία, εργαζόμενοι στις οδικές και πάσης φύσεως εργασίες κατασκευών και συντήρησης, οι αθλούμενοι (σε αθλητικά κέντρα, χειμερινά σπορ, αυτοκινούμενο αθλητισμό, ιππασία, ποτάμια αθλήματα και γενικώς άθληση της υπαίθρου). Παράλληλα υπάρχουν οι εποχιακά εργαζόμενοι και οι καθημερινά μετακινούμενοι από όμορες περιοχές σε μόνιμη βάση (δημόσιοι λειτουργοί, δάσκαλοι, καθηγητές, υπάλληλοι εταιρειών) και έτσι ο πληθυσμός αυξάνεται μαζί με τα περιστατικά που απαιτούν κάποιας μορφής περίθαλψη, επείγουσα και μη.

Η επείγουσα περίθαλψη παρουσιάζει προβλήματα, ειδικά όταν το συμβάν (ατύχημα ή οξεία πάθηση) λαμβάνει χώρα σε απόσταση από το νοσοκομείο με αποτέλεσμα αύξηση του χρόνου προσέλευσης/διακομιδής του πάσχοντος με όσα αυτό συνεπάγεται. Για παράδειγμα, μια ρήξη σπληνός μέσα στην πόλη έχει περισσότερες πιθανότητες καλής έκβασης από μια ρήξη σπληνός σε χρονική απόσταση τουλάχιστον 2-3 ωρών και με το σχετικό ορεινό ανάγλυφο. Το ίδιο συμβαίνει με το έμφραγμα του μυοκαρδίου, τις οξείες παθήσεις της κοιλιάς και πολλές άλλες ανάλογες περιπτώσεις. Ας σημειωθεί επίσης, ότι οι κάτοικοι και εργαζόμενοι σε ορεινές και δασικές περιοχές έχουν και μια σειρά από δραστηριότητες ιδιαίτερα επιρρεπείς σε τραυματισμούς από πτώσεις, κακώσεις από δράση ζώων, αλλά και τροχαία και άλλα ατυχήματα. Έτσι η ύπαρξη του νοσοκομείου σε στρατηγική θέση, αλλά και των Κέντρων Υγείας, συμβάλλει στη μείωση των θανάτων και της νοσηρότητας από επείγοντα συμβάματα.

Φυσικά ένα νοσοκομείο δεν έχει μόνο λόγο ύπαρξης τα επείγοντα περιστατικά. Η κύρια δραστηριότητά του είναι τα καθημερινά τα-

κτικά προβλήματα υγείας. Ειδικά σε αυτόν τον τομέα η ύπαρξη ενός οργανωμένου – έστω και μικρού – νοσοκομείου είναι κεφαλαιώδους σημασίας, γιατί αποτρέπει τις πολλές μετακινήσεις του πληθυσμού και συμβάλλει αποφασιστικά στην αποσυμφόρηση του κέντρου. Ας σκεφτεί κανείς πόσα προβλήματα δημιουργούνται (οικονομικά και άλλα), όταν κάθε βουβωνοκήλη, χολοκυστεκτομή, επέμβαση για καταρράκτη, σκληροειδεκτομή, μικρές επεμβάσεις κάθε είδους και ειδικότητας, τοκετός και πολλές άλλες παρεμβάσεις θα έπρεπε να διενεργηθούν σε αποστάσεις άνω των 80-100 χιλιομέτρων από την περιοχή. Στην απόσταση αυτή ας προστεθεί και η επιπλέον απόσταση όταν ο πάσχων διαμένει σε χωριό ή συνοικισμό. Εδώ ειδικά φαίνεται η μεγάλη αξία ενός μικρού επαρχιακού νοσοκομείου.

Τα προβλήματα βέβαια σε ένα τέτοιο νοσοκομείο είναι αρκετά και η επίλυσή τους μόνο εύκολη δεν είναι. Πρώτο και κύριο, ένα διαρκές πρόβλημα στελέχωσης. Οι διαδικασίες πρόσληψης μόνιμου προσωπικού είναι εξαιρετικά χρονοβόρες (αλλά και γραφειοκρατικές παρά την εφαρμογή των ηλεκτρονικών μέσων) και η εκάστοτε κεντρική κυβέρνηση δεν κατάφερε σχεδόν ποτέ να τις συντομεύσει. Έτσι, πολλοί υποψήφιοι για μια θέση, στην πορεία της αξιολόγησης μέχρι την τελική επιλογή, αποφεύγουν τον διορισμό διότι οι ανάγκες τους ικανοποιούνται κάπου αλλού. Είναι εξαιρετικά δύσκολο και γραφειοκρατικό, αντί να επιλέγει το ίδιο το νοσοκομείο τον καλύτερο υποψήφιο, να γίνεται αυτή η διαδικασία στην Υγειονομική Περιφέρεια, μαζεύοντας πλήθος κριτών από τα νοσοκομεία, έστω και με τηλεδιασκέψεις. Καλό θα ήταν να δει η Πολιτεία το πώς επιλέγονται σε άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες οι υποψήφιοι και να εφαρμόσει καλύτερα και ταχύτερα συστήματα επιλογής.

Για ένα νοσοκομείο ορεινής και δυσπρό-

σιτης περιοχής απαιτούνται επίσης διάφορα κίνητρα, τα οποία είτε δεν δίνονται είτε είναι ανεπαρκή είτε ανεφάρμοστα, όπως αποδείχθηκε στην πορεία. Άλλες μάλιστα φορές είναι και κακά! Όπως, για παράδειγμα, το κίνητρο της μετάθεσης προς το Κέντρο. Αυτό θα έπρεπε να ισχύει μετά από ικανή προϋπηρεσία-προσφορά στη μακρινή επαρχία και όχι με μόλις μια τριετία. Έτσι θα αποφεύγαμε την υποψηφιότητα κάποιων που απλώς βιάζονται να φύγουν και η προσφορά τους θα ήταν η ελάχιστη δυνατή. Άλλωστε, μετάθεση χωρίς άμεση αντικατάσταση του μετατιθέμενου δεν έχει κανένα απολύτως νόημα, μια και το νοσοκομείο θα έμενε κενό και πάλι<sup>3</sup>. Επίσης, θα έπρεπε να καταργηθούν οι «εύκολες» προαγωγές με μόνο κριτήριο την προϋπηρεσία, χωρίς πραγματική κρίση της επιστημονικής και εργασιακής προόδου του κρινόμενου σε διευθυντικές θέσεις. Εκτός του ότι στερείται πλέον αυτός ενός μεγάλου κινήτρου επιστημονικής προόδου, όταν μετατεθεί διατηρώντας τον βαθμό του, θα δημιουργήσει και κάποια θέματα στο νέο του νοσοκομείο άφιξης. Σημαντικά κίνητρα είναι τα οικονομικά/μισθολογικά, η συνυπηρέτηση με τον/την σύζυγο, η διευκόλυνση στην απόκτηση/εξεύρεση στέγης με λογικό τίμημα, η διευκόλυνση στη μετεκπαίδευση και συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, η μισθολογική εξέλιξη ανεξάρτητα από τον βαθμό.

Ένα ακόμα σημαντικό «αγκάθι» στην εγκατάσταση γιατρών στην επαρχία είναι οι διαρκείς μετακινήσεις για κάλυψη κενών. Δεν είναι δυνατόν ο γιατρός του ΕΣΥ να διορίζεται σε μια επαρχία και μάλιστα προβληματική και να καθίσταται... πλανόδιος εργαζόμενος για να καλυφθούν με την «εύκολη» λύση της μετακίνησης τα όποια κενά ενός συστήματος. Οι νέες διατάξεις επιτρέπουν την πρόσληψη γιατρών και προσωπικού, ακόμα και με ιδιωτικές συμ-

<sup>3</sup> Σοφός Α.-Γ.: Κίνητρα για τη στελέχωση των επαρχιακών νοσοκομείων. Επιστολή. Επιθεώρηση Υγείας, 9/51: 35, 1998.

βάσεις, αλλά προφανώς είτε τα κίνητρα γι' αυτές είναι ανεπαρκή είτε δεν χρησιμοποιούνται όσο πρέπει. Θα έπρεπε επίσης να προβλέπεται η προσωρινή αντικατάσταση (με καλές συνθήκες, οικονομικές και διαβίωσης) για τους αντικαταστάτες, όταν κάποιος παίρνει άδεια για μεγάλα χρονικά διαστήματα, από μήνα και περισσότερο. Δεν είναι δυνατό και είναι εν πολλοίς και απάνθρωπο ο γιατρός που προσφέρει ζωή και υγεία να στερείται την πλήρη θερινή του άδεια, γιατί το νοσοκομείο του είναι ανεπαρκώς στελεχωμένο!

Ένα επιπλέον πρόβλημα είναι η έλλειψη μέσων, δομών, υποδομών και εξοπλισμού, αν και το τελευταίο φαίνεται να είναι μικρότερο τα τελευταία χρόνια. Οι ελλείψεις αυτές μαζί με τα κενά σε προσωπικό οδηγούν στην αδυναμία αντιμετώπισης διαφόρων περιστατικών, όχι μόνο βαρέων και οξέων. Έτσι όταν ένα νοσοκομείο στερείται σύγχρονης απεικόνισης (π.χ. υπερηχοτομογραφίας και αξονικής τομογραφίας) αυξάνονται οι διανομαρχιακές διακομιδές προς άλλα κέντρα με αποτέλεσμα να πιέζονται περισσότερο και τα κεντρικότερα νοσοκομεία αυξάνοντας τα προβλήματα του ΕΣΥ. Βεβαίως, η κύρια αιτία διακομιδής παραμένει η έλλειψη ειδικού γιατρού και τμήματος. Είναι άλλωστε φυσικό τα ειδικά περιστατικά να απαιτούν αντιμετώπιση από ειδικούς σε ειδικά τμήματα και κλινικές (αγγειοχειρουργικά, θωρακοχειρουργικά, παιδοχειρουργικά, νευροχειρουργικά κ.ά.). Όμως, ακόμα και όταν είναι άμεσες και απολύτως αναγκαίες, οι διακομιδές σε μεγαλύτερα νοσοκομεία απαιτούν με βάση το ισχύον πλαίσιο κανονισμών μια συνεννόηση με τους συναδέλφους των νοσοκομείων άφιξης, οι οποίοι με τη σειρά τους πιέζονται από τον μεγάλο όγκο περιστατικών της εφημερίας, και αυτό προσθέτει άγχος, συγκρούσεις και κυρίως απώλεια χρόνου, ένα θέ-

μα που πάλι θα πρέπει να λυθεί κεντρικά...

Εξακολουθούμε να έχουμε θέματα με τις εφημερίες, ακόμα και όταν αυτές αποζημιώνονται κανονικά. Θέμα λυμένο την εποχή των... Κομνηνών εξακολουθεί να μαστίζει ακόμα και σήμερα το ελληνικό σύστημα υγείας! Οι νόμοι για τα ωράρια και τις εφημερίες (και όχι μόνο) δυστυχώς λαμβάνουν υπόψη τους μόνο τα αιτήματα των Πανεπιστημίων και των μεγαλύτερων νοσοκομείων και σχεδόν ποτέ δεν περιλαμβάνουν διατάξεις για τα μικρά και επαρχιακά νοσοκομεία που έχουν διαφορετικές δομές και ανάγκες. Έτσι μπορεί κανείς να βλέπει π.χ. ένα «σερί» 10 και περισσότερων εφημεριών ανά γιατρό και αν δεν γνωρίζει καταστάσεις και συνθήκες να απορεί, ενώ όταν γνωρίζει τι συμβαίνει να αισθάνεται ανήμπορος και να κουνάει συγκαταβατικά το κεφάλι. Προ ετών μάλιστα ψηφίστηκε και νόμος για το ωράριο των γιατρών του ΕΣΥ (για την εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας με τα ευρωπαϊκά πρότυπα) που βέβαια ως εντελώς ανεφάρμοστος και εξωπραγματικός για όλα τα νοσοκομεία της περιφέρειας... δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Ίσως κάποτε το κράτος μας φροντίσει να μην εξαρτάται το εισόδημα του νοσοκομειακού γιατρού από τις εφημερίες, να θεσπίσει αξιοπρεπές μισθολόγιο και συνθήκες εργασίας, αλλά και να φροντίσει οι εφημερίες να είναι αυτές που κάθε φορά απαιτούνται σε κάθε διαφορετικό νοσοκομείο.

Παρά τα όποια προβλήματα και δυσλειτουργίες<sup>4</sup>, δεν πρέπει να βλέπουμε αρνητικά την προσφορά των μικρών επαρχιακών νοσοκομείων. Αντίθετα, θα πρέπει να θεωρήσουμε θετικό το έργο που παράγεται σε αυτά και σημαντική την προσφορά τους, τόσο σε τοπικό, όσο και σε εθνικό επίπεδο μια και αποτελούν ανάχωμα στην επιβάρυνση των μεγαλύτερων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Αν κάτι θα μπορού-

<sup>4</sup> Σοφός Α.-Γ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας και άσκηση της ιατρικής στην επαρχία. Οργανωτικά και πρακτικά προβλήματα. Επιθεώρηση Υγείας, 15/91:24-29, 2004.

σα να πω για το πως θα πρέπει να λειτουργούν, είναι ότι οφείλουν να στελεχώνονται με έμπειρους και ικανούς γιατρούς (ιδιαίτερα για τις διευθυντικές θέσεις), οι οποίοι να είναι προσηλωμένοι στο καθήκον και με το έργο τους να αναπληρώνουν τις όποιες ελλείψεις. Να συνεργάζονται με τους συναδέλφους και το προσωπικό και αποφεύγουν όσο είναι δυνατό φαστριασμούς και αντιπαραθέσεις. Τα νοσοκομεία δεν είναι τα κτήρια, αλλά η ψυχή τους: το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό τους. Οι γιατροί που τοποθετούνται σε αυτά δεν θα πρέπει να θεωρούν τους εαυτούς τους στο περιθώριο, αλλά να γνωρίζουν πως τα πάντα μπορούν να πετύχουν με την σοβαρή τους εργασία. Μπορούν να αποκτήσουν εμπειρία και στις πιο προβληματικές περιοχές. Οι ασθε-

νείς είναι έξω από την πόρτα τους και δεν έχουν παρά να την ανοίξουν και να τους αντιμετωπίσουν. Στο χέρι τους είναι να παραγάγουν επιστημονικό έργο σε αφθονία, αρκεί να το επιθυμούν! Όπως γράφει ο Α. Camus στο έργο του «Ο μύθος του Σισύφου»<sup>5</sup>: «Ακόμα και ο ίδιος ο αγώνας προς την κορυφή φτάνει για να γεμίσει μια ανθρώπινη καρδιά!»

Έχοντας ολοκληρώσει τον εργασιακό μου κύκλο, μπορώ να πω ότι επιβεβαιώνεται τελικά αυτό που έγραψε στα απομνημονεύματά του ένας από τους εισηγητές της σύγχρονης επιστημονικής χειρουργικής στην Ελλάδα, ο Μαρίνος Γερούλανος, ότι δηλαδή «η απόδοσις της εργασίας δεν εξαρτάται από τας εγκαταστάσεις, αλλά από την αφοσίωσιν του χειρουργού εις το έργον του»<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> ΑΛΜΠΕΡ ΚΑΜΥ: Ο μύθος του Σισύφου. Δοκίμιο πάνω στο παράλογο, Εκδόσεις Μπουκουμάνης, Αθήνα. Σελ. 145.

<sup>6</sup> ΜΑΡΙΝΟΣ ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΣ: Αναμνήσεις (1867-1957). Σελίδες από την ιστορία της νεώτερης ιατρικής στην Ελλάδα. Εκδόσεις Καστανιώτη. Δεύτερη έκδοση, Αθήνα 1995. Σελ. 239.





# Η σιωπηλή πανδημία της αντιμικροβιακής αντοχής

**Δρ Μαρία Χατζηδημητρίου**

Α΄ Αντιπρόεδρος ΙΣΘ, Ιατρός Βιοπαθολόγος, Καθηγήτρια Μικροβιολογίας, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος

Καθώς η ανθρωπότητα συνεχίζει να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της πανδημίας COVID-19, μια άλλη, εξίσου σοβαρή απειλή εξελίσσεται αθόρυβα: η αντιμικροβιακή αντοχή. Η αντιμικροβιακή αντοχή απειλεί να υπονομεύσει δεκαετίες προόδου στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων καθιστώντας τις λοιμώξεις δύσκολες στη θεραπεία ή ακόμη και θανατηφόρες.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι λοιμώξεις που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την αντιμικροβιακή αντοχή προκαλούν ήδη σχεδόν 5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως, και αυτός ο αριθμός μπορεί να αυξηθεί σε 10 εκατομμύρια μέχρι το 2050 αν δεν ληφθούν σύντομα αποτελεσματικά μέτρα. Η οικονομική επιβάρυνση που προκαλείται από την αντιμικροβιακή αντοχή φτάνει το 1 τρισεκατομμύριο δολάρια λόγω αυξημένων δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Ταυτόχρονα, η ανάπτυξη νέων αντιβιοτικών έχει επιβραδυνθεί δραματικά τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, με ελάχιστες νέες κατηγορίες φαρμάκων να εισέρχονται στην κλινική πρακτική.

Ο συνδυασμός της ευρύτατης διάδοσης της αντιμικροβιακής αντοχής και της περιορισμένης καινοτομίας έχει περιγραφεί ως “τέλεια καταιγίδα”, που απαιτεί νέες στρατηγικές πέρα από την χρήση των παραδοσιακών αντιμικροβιακών ουσιών.

Η αντιμικροβιακή αντοχή αναπτύσσεται καθώς οι μικροοργανισμοί προσαρμόζονται στα φάρμακα που προορίζονται για την εξόντωσή τους. Η αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών στην ιατρική και την κτηνοτροφία αυξάνει την πίεση επιλογής προς την ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών που απειλούν τη δημόσια υγεία. Τα αντιβιοτικά συχνά λαμβάνονται χωρίς να είναι πραγματικά απαραίτητα, ενώ στη γεωργία χρησιμοποιούνται για την εκτροφή και γρήγορη ανάπτυξη ζώων, γεγονός που αυξάνει την πίεση επιλογής προς την ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών σύμφωνα και με τη θεωρία του Δαρβίνου «Survival of the fittest» η οποία χαρακτηριστικά τονίζει: *«It is not the strongest species that survive, nor the most intelligent, but the ones most responsive to change»*.

Η αντιμετώπιση της απειλή αυτής απαιτεί πολυδιάστατη προσέγγιση που περιλαμβάνει τη λελογισμένη χρήση των αντιβιοτικών, την ανάπτυξη νέων φαρμάκων, την επιτήρηση και την έγκυρη ενημέρωση. Η συμβολή της Τεχνητής Νοημοσύνης μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα σημαντική προσφέροντας καινοτόμες λύσεις για την προστασία της δημόσιας υγείας. NGS τεχνολογίες διάγνωσης, AI συστήματα ταυτοποίησης ανθεκτικών μικροβίων σε δείγματα ασθενών, προγνωστικά μοντέλα για την πρόληψη εξάπλωσης αλλά και νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως βακτηριοφάγοι, CRISPR / Cas μοριακά συμπλέγματα για στοχευμένη αντιμετώπιση γονιδίων αντοχής είναι εργαλεία που μέλλει να συνεισφέρουν στην μάχη κατά της αντιμικροβιακής αντοχής.

Ειδικότερα, το σύστημα CRISPR/Cas (CRISPR: clustered regularly interspaced short palindromic repeats)/Cas: CRISPR-associated proteins) απαντάται φυσιολογικά στα βακτήρια και αποτελεί ένα επίκτητο αμυντικό σύστημα που παρέχει προστασία από την εισβολή ξένου γενετικού υλικού. Η επεξεργασία του γονιδιώματος με το σύστημα CRISPR επιτυγχάνεται με την πρόκληση δίκλωνης διάσπασης του DNA στόχου σε μία επιθυμητή περιοχή. Έτσι, σε αντίθεση με τα συμβατικά αντιβιοτικά που δρουν ευρέως και διαταράσσουν ολόκλη-

ρες μικροβιακές κοινότητες τα συστήματα CRISPR μπορούν να προσαρμοστούν ώστε να στοχεύουν συγκεκριμένες γενετικές αλληλουχίες, όπως γονίδια αντοχής (*bla*<sub>CTX-M</sub>, *mcr-1*, *vanA*). Αυτή η στοχευμένη προσέγγιση επιτρέπει την εκλεκτική εξάλειψη ανθεκτικών μικροβίων με ταυτόχρονη διατήρηση της φυσιολογικής χλωρίδας, καθιστά εφικτή την εκκαθάριση πλασμιδίων για αποκατάσταση της ευαισθησίας στα αντιμικροβιακά, υποστηρίζει τον αποαποικισμό διαφυλάσσοντας το μικροβίωμα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου και διευκολύνει τη συμπληρωματική θεραπεία μέσω επανευαισθητοποίησης των παθογόνων στα διαθέσιμα αντιμικροβιακά.

Σημαντική είναι η διεπιστημονική παγκόσμια συνεργασία στον τομέα αυτό μέσω της διασύνδεσης των ανθρώπων, των ζώων & του περιβάλλοντος (One Health Initiative) καθώς καμία χώρα δεν μπορεί να αντιμετωπίσει μόνη της το πρόβλημα.

Η σιωπηλή πανδημία της αντιμικροβιακής αντοχής μας υπενθυμίζει ότι η υγεία μας είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ορθολογική χρήση των πόρων και την προστασία του περιβάλλοντος. Είναι καιρός να δράσουμε, διασφαλίζοντας ένα υγιές μέλλον για τις επόμενες γενιές. Ας μην επιτρέψουμε σε αυτή τη σιωπηλή απειλή να καθορίσει το μέλλον της υγείας μας.

### Είπαν

«Εκείνοι που νομίζουν ότι δεν έχουν χρόνο για να γυμναστούν, αργά ή γρήγορα θα βρουν χρόνο για να αρρωστήσουν»

[Edward Stanley 1826-93]



# Ποιο ήταν το όνομα της γιαγιάς της γιαγιάς σου;

†Δημήτρης Σεβρής

Ψυχίατρος

Ξεκινώντας αυτό το βιβλίο, που βασικά πραγματεύεται το θέμα που σας είπα, τον χρόνο, έχει σαν τίτλο πρώτου κεφαλαίου μία ερώτηση. Ξέρετε, είχα επιλέξει, αφού θα απευθυνόταν αυτό το βιβλίο σ' ένα ευρύ κοινό που θα ήταν οι απλοί, καθημερινοί συνάνθρωποί μου, με τους οποίους ερχόμουν σε συναλλαγή είτε μέσω της δουλειάς μου είτε μέσω μιας επικοινωνίας άλλου είδους, κοινωνικής, συγγενικής, επαγγελματικής, φιλικής, να είναι όσο γίνεται πιο απλά και κατανοητά τα πράγματα. Η ερώτηση λοιπόν αυτή είναι: *Ποιο ήταν το όνομα της γιαγιάς της γιαγιάς σου;* Μπαίνουμε στον ενικό πλέον, και θεωρώ ότι είσαι εσύ, καλέ μου φίλε, όποιος είσαι που με βλέπεις και με ακούς, και τίθεται το ερώτημα αυτό από μένα σε σένα: Αν θυμάσαι, αν ξέρεις, αν γνωρίζεις –με βεβαιότητα όμως– να μου πεις πώς λέγανε τη γιαγιά της γιαγιάς σου.

Αυτή την ερώτηση, ξέρετε, πολλές φορές την έκανα, όταν βέβαια είχαν ωριμάσει οι συνθήκες μέσα σε μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία, όπου είχε προηγηθεί η αναφορά από τον συνεντευξαζόμενο, τον 'ασθενή' σε εισαγωγικά

ή χωρίς αυτά, όλων των προβλημάτων που αντιμετώπιζε, των καταστάσεων, των συμπτωμάτων, και μπορεί αυτό να είχε πάρει και μία και δύο και τρεις και περισσότερες συνεδρίες –κάθε φορά ωρίμαζε αυτή η στιγμή σε διαφορετικό χρόνο, και, ξέρετε, το timing είναι η μεγαλύτερη αρετή γενικά, σε όλα τα θέματα: η ίδια ενέργεια, σε διαφορετικό χρόνο γενόμενη, έχει εντελώς διαφορετικό αποτέλεσμα –όταν λοιπόν ωρίμαζε αυτή η στιγμή, κι αφού είχα ακούσει προηγουμένως να κατατίθενται ένα σωρό προβλήματα, δυσκολίες, συμπτώματα και λοιπά, διάκοπτα, και μάλιστα λίγο άκομψα, τη διήγηση και την περιγραφή των προβλημάτων και έλεγα: «Μισό λεπτό, κάτι να ρωτήσω». «Ναι, γιατρέ, τι θέλετε;» «Γες μου λίγο, αν ξέρεις, αλλά με σιγουριά, πώς λέγανε τη γιαγιά της γιαγιάς σου;» Ορθάνοιχτα μάτια τις πιο πολλές φορές, έκφραση απορίας στο πρόσωπο, όλο το εξωλεκτικό στοιχείο να δείχνει τον αικνιδισμό από μια τέτοια ερώτηση, και να συνοδεύεται πάντοτε από μία ανάγκη διευκρίνησης από μέρους του: «Αυτό τώρα, γιατρέ, τι σχέση έχει; Γιατί μου το ρωτάτε;» Ή, αν δεν

Ο ψυχίατρος Δημήτρης Σεβρής (1956-2025) [βλ. Αυτοί που φεύγουν], διαγνώσθηκε με νόσο του κινητικού νευρώνα στα τέλη του 2024. Όσο είχε ακόμη τις δυνάμεις του, αφηγήθηκε σε βίντεο το σχέδιό του ενός βιβλίου που, υπό άλλες συνθήκες, σκόπευε να γράψει με συμβατικό τρόπο. Παραθέτουμε εδώ το πρώτο κεφάλαιο του βιβλίου, όπως αυτό μεταγράφηκε από το βίντεο, που υπάρχει ολόκληρο στο YouTube, στη διεύθυνση <https://www.youtube.com/watch?v=cJ0QaEly8k>.

ήταν μέσα σε μία τέτοια διαδικασία θεραπευτική, στον φίλο, στον συγγενή, στον γνωστό που επίσης αναφερόταν στα προβλήματα και τα λοιπά που αντιμετώπιζε, του έλεγα: «Μισό λεπτό, κάτι να σε ρωτήσω!», κι έκανα την ίδια ερώτηση. Νομίζω ότι η ερώτηση αυτή έχει υποβληθεί, στα σαράντα και πλέον χρόνια που ζω την όμορφη περιπέτεια της Ψυχιατρικής, χιλιάδες φορές. Ποτέ, μα ποτέ, και ποτέ –τρεις φορές το λέω– δεν βρέθηκε κάποιος που να μου πει με σιγουριά και σε πραγματικό χρόνο, την ώρα που κατατίθεται η ερώτηση (όχι να φύγει και να ψάξει να βρει γενεαλογικό δέντρο και βιβλία και φωτογραφίες και να μου φέρει μετά από εβδομάδες και μήνες την απάντηση), σε πραγματικό χρόνο, την ίδια στιγμή, να μου πει ότι τη λέγανε έτσι ή αλλιώς. Ποτέ.

Το ερώτημα τίθεται βεβαίως, καλέ μου φίλε, και σε σένα που είσαι απέναντί μου νοερά αυτή τη στιγμή και μ' ακούς και με βλέπεις και με διαβάζεις: «Πώς λέγανε τη γιαγιά της γιαγιάς σου;». Ούτε εγώ το ξέρω. Ξέρω τη γιαγιά μου, αλλά τη μητέρα της; Μέχρι εκεί ξέρω. Τώρα, αν προσπαθήσω, μπορεί να βρω μια άκρη, αλλά όχι: τη γιαγιά της γιαγιάς σίγουρα δεν την ξέρω. Και σας επαναλαμβάνω, κανείς δεν το ήξερε μέχρι τώρα. Αν είστε εσείς αυτός που το βρίσκει τώρα και μου το λέει, συγχαρητήρια· κερδίσατε την ερώτηση του ενός εκατομμυρίου, που λένε.

Γιατί όμως μπαίνει αυτή η ερώτηση; Γιατί την κάνω, ποιος είναι ο σκοπός; Ο σκοπός είναι ότι η γιαγιά της γιαγιάς μου είναι βέβαιο ότι υπήρξε, αφού αν δεν υπήρχε δεν θα υπήρχα εγώ. Και αυτό ισχύει και για σας και για τον καθένα. Η άγνοια του ονόματός της σηματοδοτεί ουσιαστικά την άγνοια της ύπαρξής της, με την έννοια ότι ναι, θεωρητικά υπήρξε (για να υπάρχω εγώ), αλλά πρακτικά η αξία της ύπαρξής της, αν υπήρξε ή όχι, για μένα είναι μηδενική. Τι με νοιάζει πώς τη λέγανε; Τι με νοιάζει αν ήταν ψηλή ή κοντή, αν έζησε τόσα ή τόσα χρόνια, αν έζησε τότε ή λίγο πριν ή λίγο μετά από τότε, αν ήταν ξανθιά ή μελαχρινή, αν είχε πολλά

παιδιά ή λίγα; Αν –κι εδώ δώστε σημασία– είχε προβλήματα στη ζωή της ψυχολογικά ή όχι; Σκασίλα μου. Δεν υπήρξε, ουσιαστικά. Και δεν θα υπάρξω κι εγώ ουσιαστικά στη μνήμη και στη δυνατότητα να θυμάται κάτι για μένα, το όνομά μου δηλαδή, ο εγγονός του εγγονού μου. Η απόσταση από τη γιαγιά της γιαγιάς μου, η απόσταση από τον εγγονό του εγγονού μου, είναι γύρω στις πέντε γενιές. Αν πολλαπλασιάσουμε επί τριάντα χρόνια κάθε γενιά, είναι γύρω στα εκατόν πενήντα χρόνια. Λίγο παραπάνω, λίγο παρακάτω, τι σημασία έχει;

Πού καταλήγει όλος αυτός ο, παράξενος καταρχήν, συλλογισμός; Στο ότι η παρουσία μας, η ύπαρξή μας, το πέρασμά μας πάνω από αυτόν τον πλανήτη που λέγεται Γη, κρατάει πενήντα, εβδομήντα, ογδόντα, εκατό χρόνια στην καλύτερη περίπτωση, ζωσας παρουσίας, και άλλα τόσα, ας πούμε, με πολλή ευρύτητα τοποθέτησης του χρόνου, σαν μνήμη στους απογόνους μας. Σύνολο, γύρω στα διακόσια χρόνια. Όλο το πανηγύρι αυτό είναι. Εκατόν πενήντα, διακόσια, για κάποιους και πολύ λιγότερο, γιατί και φεύγουνε νωρίτερα κάποιοι και οι μνήμες των απογόνων τελειώνουν πολύ νωρίτερα, και μπορεί να μην είναι ούτε καν εκατό χρόνια. Αλλά εγώ παίρνω το διακόσια σαν ένα νούμερο που είναι το μεγαλύτερο που θα μπορούσε κανείς να σκεφθεί, και στη συνέχεια αυτό το νούμερο, το διακόσια, προσπαθώ να το εντάξω μέσα σε μία συνέχεια χρόνου που έχει να κάνει με το γεγονός ότι το ανθρώπινο είδος, ο *Homo sapiens*, έχει μια ιστορία πάνω στη Γη κατ' άλλους διακόσιες, κατ' άλλους τρακόσιες, κατ' άλλους εκατόν πενήντα χιλιάδες· ας πάρουμε τις διακόσιες πενήντα χιλιάδες χρόνια σαν ένα σημείο συνάντησης των διαφόρων ερευνητών (δεν κάνουμε Παλαιοντολογία και Ανθρωπολογία εδώ) πάνω στον πλανήτη Γη. Έναν πλανήτη, ο οποίος με τη σειρά του μετράει τέσσερα-τεσεράμισι δισεκατομμύρια χρόνια ζωής, σ' ένα Σύμπαν που μετράει δεκατέσσερα περίπου δισεκατομμύρια χρόνια ζωής. Και συνεχίζεται.

Και σα να μην έφτανε αυτό, για να ξαναγυρίσουμε στον *Homo sapiens* και στους ανθρώπους, αφού τέτοιοι είμαστε όλοι, υπολογίζεται ότι έχουν περάσει, έχουν υπάρξει συνολικά για λίγο ή για πολύ, εκατόν πέντε δισεκατομμύρια ψυχές. Άνθρωποι, *Homo sapiens*, από τότε που μπορούμε να υπολογίζουμε ότι υπάρχει το είδος αυτό πάνω στον πλανήτη. Άλλοι λένε ενενήντα, άλλοι εκατόν είκοσι, τα εκατόν πέντε ένας μέσος όρος που υπολογίζεται. Βρίσκονται αυτά σε μια ιστοσελίδα που έχει τέτοια νούμερα στατιστικά και λοιπά, που είναι κουραστικά μεν, αλλά και απαραίτητα για να καταλήξουμε εκεί που φαίνεται να καταλήγουμε τελικά: ότι δηλαδή αυτά τα διακόσια χρόνια της παρουσίας μας, ζώσας και ως μνήμης στους απογόνους, είναι ένα τίποτα, τίποτα, τιποτένιο τίποτα, ασήμαντο εντελώς μέσα σ' αυτή την χρονική συνέχεια που υπάρχει και αφορά τους ανθρώπους συνολικά, τη Γη μας συνολικά, τους πλανήτες, τ' αστέρια, το Σύμπαν (για να μιλάμε πάντα για τον μακρόκοσμο, γιατί αν πάμε στον μικρόκοσμο και βάλουμε κι εκεί πέρα τα νούμερα, θα χαθούμε, δεν υπάρχει περίπτωση).

Όλα αυτά τα νούμερα όμως και όλες αυτές τις αναλογίες και τις σχετικότητες μπορούμε πάρα πολύ απλά να τις προσομοιάσουμε με κάτι που είναι πολύ πιο εύληπτο, πολύ πιο χρηστικό για τον εγκέφαλό μας, γιατί ο εγκέφαλος του ανθρώπου χάνεται μέσα σ' αυτά τα νούμερα, δεν μπορεί να τα επεξεργασθεί ουσιαστικά, νομίζει ότι καταλαβαίνει αλλά δεν καταλαβαίνει τίποτε και χρειάζεται πάντοτε εικόνες για να μπορέσει να επεξεργασθεί μια πληροφορία και να την καταχωρίσει πιο σωστά και να του μείνει. Και αυτή η εικόνα που θα πρότεινα για το πώς μπορούμε να επεξεργασθούμε τελικά όλα αυτά τα νούμερα και την ασημαντότητά μας, είναι η εικόνα μιας απέραντης παραλίας, μιας απέραντης αμμουδιάς, που το τέλος της δεν μπορεί να το δει το μάτι μας, ούτε και την αρχή της, και όπου η παρουσία μας –εγώ, εσείς, ο καθένας– δεν αποτελεί παρά έναν κόκκο άμμου σ' αυτή την απέραντη, των εκατοντάδων, χιλιάδων, ίσως

εκατομμυρίων χιλιομέτρων αμμουδιά. Αυτό είμαστε. Ένας κόκκος. Κι αυτός ο κόκκος, εγώ (αν το κάνετε κι εσείς, συμμερισθείτε την άποψή μου), έχω λοιπόν το θράσος να σηκώσω το κεφάλι μου, να σηκωθώ από την άμμο για να δω γύρω μου αυτή την άμμο, και στη συνέχεια να ξαναμπώ στη θέση μου και να έχω την εντύπωση ότι ξέρω όλα όσα υπάρχουν γύρω μου και, σα να μη μου 'φτανε αυτό, να αρχίσω να κόβω κομματάκια αυτόν τον κόκκο για να ανακαλύπτω ποια είναι τα επιμέρους προβλήματα που έχω στη σχέση μου με τους άλλους κόκκους ή στη σχέση μου με αυτό το σύνολο, και να νομίζω ότι είμαι το κέντρο του κόσμου, τη στιγμή που είμαι ένας κόκκος σ' αυτή την αμμουδιά. Μία ωραία έκφραση που είχα ακούσει από έναν καλό φίλο κάποτε, που του βγήκε αυθόρμητα, ήταν «*Ισα ρε κόκκε!*» Ποιος νομίζεις ότι είσαι;

Κι όμως, αυτός ο κόκκος της άμμου φτάνει στον ψυχίατρο, φτάνει στον ψυχαναλυτή, φτάνει παντού, και σε κάθε περίπτωση το σέβομαι απολύτως, το κατανοώ απολύτως, δεν το ειρωνεύομαι, δεν έχω να πω τίποτε αρνητικό γι' αυτό, παρά μόνο να αφήσω τον κάθε έναν από αυτούς τους 'κόκκους' –εμένα, εσένα, εσάς όλους που με βλέπετε και μ' ακούτε– να βάλετε τη διάσταση των προβλημάτων σας και την αξία τους και τη σημασία τους μέσα σ' αυτό το πλαίσιο του κόκκου, όπου, αν το καταφέρετε αυτό (γιατί είναι δύσκολο, σκοντάφτει σ' αυτόν τον περίφημο ναρκισσισμό που έχουμε όλοι, να νομίζουμε ότι είμαστε το κέντρο του κόσμου), αν όμως το παρακάμψουμε κι αν δούμε αυτή την αλήθεια, την μόνη αλήθεια –δεν υπάρχει άλλη, αυτή είναι– τότε αυτομάτως όλη η περιπέτεια των ψυχολογικών προβλημάτων και θεμάτων μειώνεται πάρα πολύ. Κάποιες φορές είχα την αίσθηση ότι σε κάποιους που δόθηκε αυτή η προσέγγιση τα προβλήματα φύγανε εντελώς. Και δεν ξανάρθαν. Αυτό μου στοιχίσε εμένα, αλλά δεν πειράζει· ο στόχος ήταν και είναι πάντοτε κάποιος να απαλλαγεί από τα προβλήματά του και όχι να γεμίζει η τσέπη του ψυχιάτρου και του ψυχαναλυτή.



# Η αξία του ιστορικού στην εποχή της Τεχνητής Νοημοσύνης

**Παράσχος Γκελερής**

Καρδιολόγος - Ομότιμος καθηγητής ΑΠΘ

Η αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς οικοδομείται κυρίως κατά τη διαδικασία λήψης του ιστορικού. Η λήψη ενός πλήρους και λεπτομερούς ιστορικού αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της κλινικής αξιολόγησης. Πρωταρχική σημασία στην πρώτη επαφή του ιατρού με τον ασθενή έχει η ενθάρρυνση του δευτέρου να διηγηθεί με άνεση το ιστορικό του, γεγονός που πολλές φορές υποβαθμίζεται λόγω του περιορισμένου χρόνου που μπορεί να διαθέτει ο ιατρός.

Κατά τη λήψη του ιστορικού ο ασθενής πρέπει να νιώθει ότι ο ιατρός τον ακούει προσεκτικά όταν περιγράφει τα συμπτώματά του και δεν περισπάται η προσοχή του από άλλα πράγματα. Το ιστορικό πρέπει να έχει χρονολογική σειρά και να ξεκινά από τη γέννηση και την παιδική ηλικία μέχρι τον παρόντα χρόνο. Στη διαδικασία λήψης του ιστορικού πολλές φορές βοηθά και η παρουσία άλλου προσώπου, το οποίο μπορεί να υπενθυμίσει ή να συμπληρώσει ουσιαστικά στοιχεία του ιστορικού του αρρώστου. Αυτό είναι οπωσδήποτε απαραίτητο όταν πρόκειται για παιδιά, ηλικιωμένους ή άτομα με προβλήματα μνήμης

ή κατανόησης. Δεν πρέπει επίσης να παραλείπεται η προσεκτική ανασκόπηση όλων των προηγούμενων εξετάσεων ή ενημερωτικών σημειωμάτων από τυχόν νοσηλεύεις του ασθενούς σε νοσοκομεία.

Οι ερωτήσεις του ιατρού προς τον ασθενή μετά την περιγραφή των συμπτωμάτων του μπορεί να δώσουν πληροφορίες καίριας σημασίας ιδιαίτερα σε επείγουσες καταστάσεις. Οι ασθενείς δεν γνωρίζουν την αξία κάποιων λεπτομερειών, που θα πρέπει να αναζητήσει ο ιατρός σε σχέση με τα ενοχλήματα που ανέφεραν και την χρονική εξέλιξή τους.

Η λήψη του ιστορικού αποτελεί ενεργητική διαδικασία, διότι ο ιατρός αξιολογώντας τα συμπτώματα του αρρώστου σκέπτεται κάποιες πιθανές διαγνώσεις, τις οποίες με την κλινική εξέταση μπορεί να επιβεβαιώσει ή να αποκλείσει, προχωρώντας με στοχευμένο τρόπο και στις κατάλληλες παρακλινικές εξετάσεις.

Εκτός από το ατομικό ιστορικό, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται και το οικογενειακό ιστορικό, που έχει ιδιαίτερη σημασία όταν υπάρχουν συναφείς παθήσεις στην οικογένεια,

που μπορεί να επιβαρύνουν κληρονομικά τον ασθενή. Τέτοια νοσήματα στην περίπτωση του καρδιολόγου μπορεί να είναι αιφνίδιος θάνατος, παθήσεις του μυοκαρδίου ή των βαλβίδων, στεφανιαία νόσος, αρρυθμίες κλπ.

Είναι επίσης πολύ σημαντικό να εξετάσει ο ιατρός με προσοχή τα φάρμακα που λαμβάνει ή έχει ήδη λάβει ο ασθενής, καθώς και το αποτέλεσμα που είχαν ή όχι στην πάθησή του. Ένας άρρωστος μπορεί να παίρνει φάρμακα με διαφορετικά ονόματα που μπορεί να έχουν την ίδια δράση, να έχουν αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους, να ευθύνονται για ανεπιθύμητες ενέργειες κλπ.

Στην εποχή μας η Τεχνητή Νοημοσύνη (TN) έχει μπει δυναμικά στην ιατρική πράξη. Στις ΗΠΑ έχουν εγκριθεί πάνω από χίλιες εφαρμογές και προγράμματα που χρησιμοποιούνται κυρίως στην Ακτινολογία και την Καρδιολογία. Η TN βοηθά ιδιαίτερα στην ερμηνεία εικόνων, λειτουργεί δηλαδή σαν 'δεύτερο μάτι'. Η TN βοηθά τους ιατρούς να εκτελέσουν καλύτερα την αποστολή τους που είναι η φροντίδα του ασθενούς. Δεν μπορεί όμως να αντικαταστήσει τον ιατρό σε όλα, και ιδίως στην λήψη του ιστορικού. Η άμεση ανθρώπινη σχέση του ιατρού με τον άρρωστο που δημιουργείται κατά την λήψη του ιστορικού είναι αδύνατο να συγκριθεί με την σχέ-

ση που μπορεί να δημιουργήσει με τον ασθενή η αλληλεπίδραση με την οποιασδήποτε μορφής τεχνολογία.

Η TN μπορεί να απαλλάξει τον ιατρό από πολλές ασχολίες που δεν έχουν σχέση με την καθαρά ιατρική πράξη (π.χ. τήρηση αρχείων, καταγραφή διαχρονικών μεταβολών μιας χρόνιας νόσου, επικοινωνία ιατρών με άλλους φορείς υγείας κλπ.), παρέχοντας έτσι στον ιατρό περισσότερο χρόνο για ενασχόληση αποκλειστικά με τον ασθενή. Η TN και οποιαδήποτε άλλη προηγμένη τεχνολογία δεν είναι σε θέση να φροντίσει άμεσα τον ασθενή, μπορεί όμως να δώσει στον ιατρό πολύτιμες πληροφορίες ώστε να διευκολύνει το έργο της φροντίδας προς αυτόν.

Συμπερασματικά, η λήψη ενός πλήρους και λεπτομερούς ιστορικού στην πρώτη επαφή με τον άρρωστο είναι το θεμέλιο της σχέσης ιατρού-ασθενούς, και σε συνδυασμό με την καλή και προσεκτική κλινική εξέταση αποτελεί το πρώτο βήμα για μια σωστή κλινική διάγνωση. Όλα τα παραπάνω, συνεπικουρούμενα από τη σημαντική βοήθεια που μπορεί να μας δώσει η TN, καθοδηγούν τον σκεπτόμενο ιατρό ώστε να προχωρήσει στις απαραίτητες παρακλινικές εξετάσεις, να τεκμηριώσει την διάγνωση και να καταλήξει στην άριστη θεραπευτική αντιμετώπιση του αρρώστου.

### Είπαν

*«Η πιο θλιβερή πτυχή της ζωής σήμερα είναι  
ότι η επιστήμη συσσωρεύει γνώση πιο γρήγορα  
απ' ό,τι η κοινωνία συσσωρεύει σοφία»*

[Isaac Asimov]



# Γιατί η Ποντιακή διάλεκτος είναι απευθείας απόγονος της αρχαίας Ελληνικής Ιωνικής διαλέκτου

**Χρήστος Εμμανουηλίδης**

Ιατρός ογκολόγος, απόφοιτος Φιλολογίας ΑΠΘ

## Η ιστορική βάση

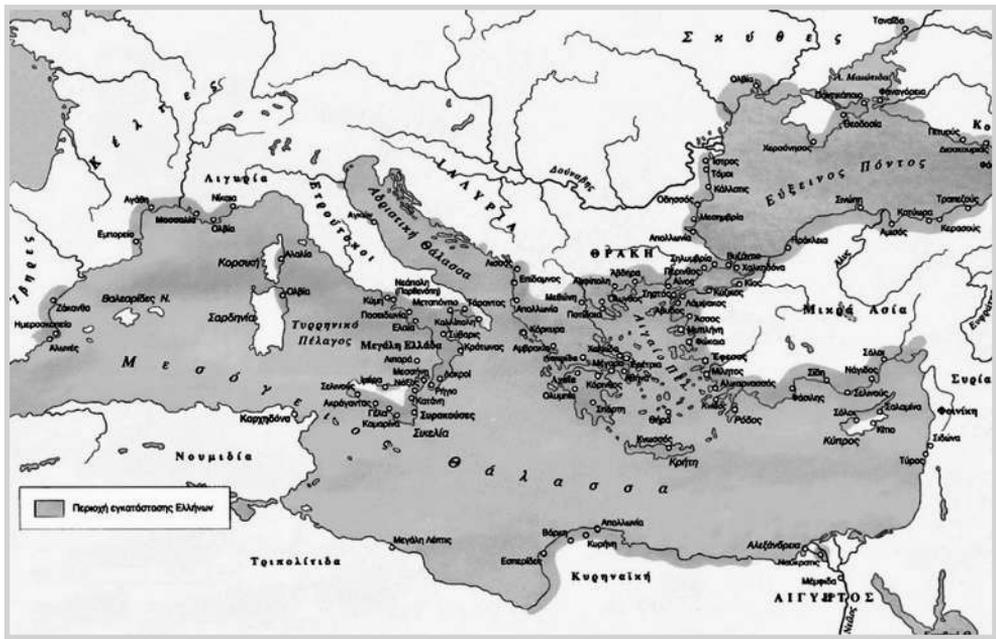
Στην Αρχαία Ελλάδα, όπως κάθε πόλη είχε την δική της κυβέρνηση, είχε το δικό της αλφάβητο αλλά και δική της διάλεκτο. Λόγω της πολιτιστικής επιρροής της Αθήνας, τελικά σε όλο το Πανελλήνιο επικράτησε η Αττική διάλεκτος και το Αθηναϊκό αλφάβητο του 402 π.Χ. το οποίο υιοθέτησαν οι Αθηναίοι από τους Μιλήσιους.

Οι αρχαίοι Έλληνες ήταν χωρισμένοι σε φυλές. Οι βασικές φυλές ήταν οι Δωριείς, οι Ίωνες, οι Αιολείς, οι Αχαιοί και διάφορες μικρότερες. Η Ιωνική φυλή κατοικούσε κυρίως στο κεντρικό Αιγαίο, στην Εύβοια και στα παράλια της Μικράς Ασίας, μια περιοχή που φυσικά ονομάστηκε Ιωνία. Μάλιστα, όταν οι Πέρσες, καθώς επεκτείνονταν δυτικά, επειδή πρωτοσυνάντησαν Ίωνες Έλληνες, απέδωσαν στην λέξη Ίωνας, την σημασία του Έλληνα γενικώς. Για αυτό οι ανατολικοί λαοί, όπως οι Άραβες και οι Τούρκοι ακόμα μας αποκαλούν Ίωνες-Γιουνάν.

Οι Ίωνες ήταν ατρόμητοι θαλασσοπόροι και ίδρυσαν πολλές αποικίες στα παράλια της Μεσογείου. Οι πιο διάσημες ήταν η Μασσαλία και η Νίκαια στην Γαλλία, το Εμπόριον στην Ισπανία, η Κύμη, η Ελέα στην Ιταλία, η Κατάνη και η Ιμέρα στην Σικελία. Από τον 8ο αιώνα π.Χ. κάτοικοι της Μιλήτου (πόλη νότια της Σμύρνης) άρχισαν να εγκαθίστανται στα παράλια του Ευξείνου Πόντου ιδρύοντας πρώτα την Σινώπη και σταδιακά άλλες πόλεις όπως την Τραπεζούντα, την Κερασούντα, την Αμισό, τα Κοτύωρα. Επίσης σημαντικές ήταν οι αποικίες στην περιοχή της Κριμαίας και της Αζοφικής θάλασσας. Οι αποικίες απέκτησαν πλούτο λόγω των φυσικών πόρων και του εμπορίου. Ο Ελληνισμός επεκράτησε στην περιοχή, έτσι ώστε κατά την ελληνιστική περίοδο η Μικρά Ασία είχε ουσιαστικά εξελληνιστεί.

## Η Ιωνική διάλεκτος και τα Ποντιακά

Κατά την ελληνιστική περίοδο επεκράτησε σε όλες τις περιοχές η λεγόμενη Αλεξανδρινή κοινή διάλεκτος, μια εξέλιξη της Αττικής. Στην



γλώσσα αυτήν ως γνωστόν, γράφτηκε η Καινή Διαθήκη, γιατί την μιλούσαν και την καταλάβαιναν όλοι, ακόμα και οι μη Έλληνες. Η γλώσσα αυτή επεσκίασε τις υπόλοιπες ελληνικές διαλέκτους. Όμως στα ποντιακά βρίσκουμε χαρακτηριστικά που είναι εμφανώς κατάλοιπα της αρχαιότερης Ιωνικής διαλέκτου, πράγμα που τονίζει την αδιάλειπτη ιστορική συνέχεια των σύγχρονων Ποντίων με τους Ιωνες προγόνους. Τέτοια γλωσσικά κατάλοιπα δεν υπάρχουν σε άλλες ελληνικές διαλέκτους. Θα μπορούσαμε να πουμε ότι, όπως τα νέα ελληνικά είναι η εξέλιξη της κοινής νεοελληνικής μέσω της πελοποννησιακής διαλέκτου, έτσι και τα ποντιακά είναι η εξέλιξη της αρχαίας Ιωνικής, φυσικά αλλαγμένη μέσα στους αιώνες.

**Μερικά παραδείγματα:**

Το γράμμα Η, προφερόταν στην αρχαία αττική και Ιωνική ως μακρό "ε". Το ίδιο γράμμα οι Δωριείς και η Αιολεις συχνά το πρόφεραν ως "α", π.χ.

στο γνωστό "ή ταν ή επί τας" (ένας Ιωνας θα έλεγε "ή την ή επί τας" δηλαδή ή θα την φέρεις, ή επάνω της θα έρθεις - νεκρός). Η προφορά αυτή του "η" ως "ε" χάθηκε στην κοινή Αλεξανδινή δηλαδή στην εποχή λίγο πριν την Ρωμαϊκή κατάκτηση. Διατηρήθηκε όμως στα ποντιακά, όπου η ύφη είναι ύφε, ο Γιάννης Γιάννης, ο ημέτερος εμέτερος, η κρήνη κρενίν, η θήκη θεκάρι, η άσχημη ασκεμέσα, το εχάθη εχάθε, τα αγαπημένα αγαπεμένα και ο Έλληνας τραντέλλενας.

Στην αρχαία Ιωνική διάλεκτο συναντούμε την ψίλωση των δασέων συμφώνων. Π.χ. στα Ιωνικά έχουμε τους τύπους "κατέκαστα" αντί "καθέκαστα", "κάτημαι" αντί "κάθημαι" και άλλα. Μάλιστα οι Ιωνες είχαν εξαλείψει το δασύ πνεύμα, δηλαδή την δασεία που προφερόταν περίπου όπως το αγγλικό "h" στην αρχή των λέξεων. Αντίστοιχα, στα ποντιακά διατηρούνται πολλές λέξεις με ψίλωση, όπως "σπίγγω" αντί "σφίγγω", "σπάζω" αντί "σφάζω", "σκολείον" αντί "σχολείον", "σικίζω" αντί "σχίζω" "ευκούμαι" αντί



“εύχομαι”, “μουσκάρι” αντί “μοσχάρι”.

Στους αρχαίους Ίωνες άρεσαν οι ασυναίρετοι τύποι των λέξεων, π.χ. “Ποσειδάων”, “Ήλιος”, “τα έπεα” αντί τα έπη. Στα ποντιακά βρίσκουμε πλήθος ασυναίρετων λέξεων όπως: ποίος, αντι ποίος, αρνίουμαι, αλλέως, οκνέας, θωρέα, δουλεία αντί δουλειά, και φυσικά το διάσημο “αούτος” αντί αυτός. Επίσης οι Ίωνες προτιμούσαν τα δύο -σσ- αντί τα δυο -ττ-, π.χ. θάλασσα αντί θάλαττα, πράσσω αντί πράττω. Το πιο χαρακτηριστικό είναι η ποντιακή “κοσσάρα” αντί “κόττα” στα νεοελληνικά.

Είναι μεγάλη χαρά να βλέπουμε να διατηρούνται αρχαίοι τύποι που έχουν χαθεί από άλλες ελληνικές διαλέκτους, όπως την κατάληξη της προστακτικής σε “σον” αντί “-ε”, π.χ. λύσον, χάσον, τσάφτσον, ή αρχαίες λέξεις όπως ένεγκον (φέρε) από το αρχαίο ήνεγκον, λάμνω από το αρχαίο ελαύνω, θώπεκον από το θώς -το τσακάλι-, αοίκος από το αρχαίο εοίκος (όμοιος), παιδάς από το αρχαίο αρσενικό ο παις και φυ-

σικά η άρνηση “κ” από το αρχαίο ουκ.

Αν συγχρωτίζεστε με Πόντιους θα τους έχετε συχνά ακούσει να απευθύνονται ο ένας στον άλλον με το επιφώνημα “νέπε”, κάτι σαν “ε, εσύ”. Φανταστείτε ότι είστε αρχαίος και θέλετε να φωνάξετε ένα νέο παιδί. Δεν θα λέγατε: “Νέε παι” στην κλητική; Να το “νεπε”.

Συμπερασματικά, η ποντιακή διάλεκτος αποδεικνύει την αδιάλειπτη παρουσία του ελληνισμού στις ακτές της Μαύρης Θάλασσας. Το θαυμαστό είναι ότι παρά τα σχεδόν 3.000 χρόνια που πέρασαν, ακόμα φτάνουν στα αυτιά μας απόηχοι της Ιωνικής λαλιάς των εξερευνητών που έκαναν πατρίδα τους εκείνα τα μέρη, μετατρέποντας την φιλόξενη θάλασσα σε φιλόξενη και μεταλαμπαδεύοντας τον ελληνισμό στις ακτές του Πόντου. Ένας ακόμα λόγος να είμαστε υπερήφανοι για την καταγωγή μας και για τους προγόνους μας που μας μετέδωσαν μια τόσο ιστορική και μοναδική γλωσσική μορφή της ελληνικής γλώσσας.



## Τα βιβλία κι εσείς

**Somerset Maugham**

Μετάφραση: Αντ. Παπαγιάννης

Δεν προσέχει κανείς πάντα όσο πρέπει αυτά που λέει. Όταν έγραψα σε κάποιο βιβλίο μου ότι συχνά έρχονται νέοι σε μένα για να τους συμβουλευτώ ποια βιβλία θα ήταν καλό να διαβάσουν, δεν υπολόγισα τις συνέπειες. Δέχθηκα ένα πλήθος γράμματα από ανθρώπους κάθε λογής, που με ρωτούσαν τι συμβουλή τους δίνω. Τους απάντησα όσο καλύτερα μπορούσα, αλλά είναι αδύνατο να καλύψεις πλήρως ένα τέτοιο θέμα σ' ένα προσωπικό γράμμα· και καθώς φαίνεται ότι πολλοί άνθρωποι επιθυμούν την όποια καθοδήγηση μπορώ να προσφέρω, σκέφθηκα ότι ίσως θα ήθελαν μια σύντομη ανάλυση των προτάσεων που μπορώ να κάνω από τη δική μου πείρα για ευχάριστη και ωφέλιμη ανάγνωση.

Το πρώτο σημείο στο οποίο θέλω να επιμείνω είναι ότι το διάβασμα θα πρέπει να είναι απολαυστικό. Βέβαια, υπάρχουν πολλά βιβλία που όλοι πρέπει να διαβάσουμε, είτε για να περάσουμε εξετάσεις είτε για να πάρουμε πληροφορίες, από τα οποία είναι αδύνατο να νιώ-

σουμε απόλαυση. Τα διαβάζουμε για διδασκαλία, και το καλύτερο που μπορούμε να ελπίζουμε είναι ότι η ανάγκη μας γι' αυτή θα μας επιτρέψει να τα ολοκληρώσουμε χωρίς να πλήξουμε. Τέτοια βιβλία τα διαβάζουμε με εγκαρτέρηση μάλλον παρά με ενθουσιασμό. Όμως δεν είναι αυτό το είδος του διαβάσματος που έχω κατά νουν. Τα βιβλία που θα αναφέρω στη συνέχεια δεν θα σας βοηθήσουν ούτε να πάρετε ένα πτυχίο ούτε να βγάλετε τα προς το ζην, δεν θα σας διδάξουν πώς να κάνετε ιστιοπλοΐα ή να διορθώσετε ένα χαλασμένο αυτοκίνητο, αλλά θα σας βοηθήσουν να ζήσετε μια πιο γεμάτη ζωή. Αυτό όμως δεν μπορούν να το κάνουν παρά μόνο αν απολαμβάνετε την ανάγνωσή τους.

Έσείς στον οποίο απευθύνομαι είναι ο κάθε ενήλικας που οι ασχολίες του του δίνουν μια κάποια άνεση χρόνου και που θα ήθελε να διαβάσει τα βιβλία που δεν μπορούν να μείνουν αδιάβαστα χωρίς κάποια απώλεια. Δεν απευθύνομαι στον βιβλιοφάγο. Αυτός μπορεί

---

Σ.τ.Μ. Ο γιατρός και συγγραφέας William Somerset Maugham είχε γράψει τρία άρθρα με αναγνωστικές προτάσεις προς τους φιλανανθρώπους της εποχής του. Τα άρθρα αυτά στη συνέχεια κυκλοφόρησαν το 1940 σε βιβλίο με τον τίτλο 'Books and You' ('Τα βιβλία κι εσείς'). Οι πρώτες παράγραφοι του αποτελούν μια γενική εισαγωγή στην ανάγνωση ως απολαυστική ασχολία, και παρατίθενται εδώ σε μετάφραση.

να βρει τον δικό του δρόμο. Η περιέργειά του τον οδηγεί σε πολλά απάτητα μονοπάτια, και μαζεύει απόλαυση ανακαλύπτοντας μισοξεχασμένα διαμάντια. Θέλω να ασχοληθώ μόνο με τα αριστουργήματα που η ομόφωνη γνώμη εδώ και πολύ καιρό έχει αποδεχθεί ως ανώτερα. Υποτίθεται ότι όλοι τα έχουμε διαβάσει· είναι κρίμα που τόσο λίγοι από μας όντως τα διαβάσαμε. Ωστόσο, υπάρχουν και αριστουργήματα αναγνωρισμένα από τους καλύτερους κριτικούς στα οποία οι ιστορικοί της λογοτεχνίας αφιερώνουν σημαντικό χώρο, τα οποία όμως κανένας κοινός άνθρωπος δεν μπορεί σήμερα να διαβάσει με απόλαυση. Είναι σημαντικά για τον σπουδαστή, αλλά οι καιροί και τα γούστα που αλλάζουν έχουν αφαιρέσει τη νόστιμη γεύση τους, και είναι δύσκολο να τα διαβάσεις χωρίς εκούσια προσπάθεια. Τα διαβάζεις από μια αίσθηση υποχρέωσης· τα τελειώνεις μ' ένα στεναγμό ανακούφισης.

Για τέτοια βιβλία δεν σκοπεύω να πω τίποτε. Κάθε άνθρωπος είναι ο καλύτερος κριτικός για λογαριασμό του. Ό,τι κι αν λένε οι μορφωμένοι για ένα βιβλίο, όσο ομόφωνοι κι αν είναι στους επαίνους τους γι' αυτό, αν δεν σας ενδιαφέρει δεν είναι για σας. Μη ξεχνάτε ότι οι κριτικοί συχνά κάνουν λάθη, ότι η ιστορία είναι γεμάτη από τις γκάφες που έκαναν και οι πιο διαπρεπείς απ' αυτούς, και ότι εσείς που διαβάζετε είστε ο τελικός κριτής της αξίας που έχει για σας το βιβλίο που διαβάζετε. Αυτό βέβαια ισχύει για τα βιβλία που πρόκειται να συστήσω στην προσοχή σας. Κανένας από μας δεν είναι ακριβώς όμοιος με κάθε άλλον, και θα ήταν παράλογο να υποθέσω ότι τα βιβλία που σήμαιναν πολλά για μένα θα είναι ακριβώς τα ίδια που θα σημαίνουν πολλά για σας. Είναι όμως βιβλία που αισθάνομαι πλουσιότερος που τα διάβασα, και νομίζω ότι δεν θα ήμουν ακριβώς ο άνθρωπος που είμαι αν δεν τα είχα διαβάσει. Κι έτσι σας παρακαλώ, αν κανείς από σας που διαβάζετε τις σελίδες αυτές μπαίνει στον πειρασμό να διαβάσει τα βιβλία

που προτείνω και δεν μπορεί να τα συνεχίσει, ας τα αφήσει στην άκρη· δεν θα του προσφέρουν τίποτε αν δεν τα απολαμβάνει. Κανείς δεν έχει υποχρέωση να διαβάσει ποίηση ή μυθοπλασία. Θα πρέπει να διαβάζει για ευχαρίστηση, και ποιος μπορεί να ισχυρισθεί ότι αυτό που ευχαριστεί κάποιον θα πρέπει αναγκαστικά να ευχαριστεί και κάποιον άλλο;

Ας μη νομίσει όμως κανείς ότι η απόλαυση είναι ανήθικη. Η απόλαυση καθαυτή είναι μεγάλο αγαθό, η κάθε απόλαυση, αλλά οι συνέπειές της μπορεί να είναι τέτοιες που ο λογικός άνθρωπος αποφεύγει ορισμένες μορφές της. Ούτε πρέπει η απόλαυση να είναι χονδροειδής και αισθησιακή. Είναι σοφοί εκείνοι που έχουν ανακαλύψει ότι η διανοητική απόλαυση είναι η πιο ικανοποιητική και η πιο διαρκής. Είναι καλό να αποκτήσει κανείς τη συνήθεια της ανάγνωσης. Υπάρχουν λίγα σπορ που μπορείς να κάνεις με ικανοποίηση όταν έχεις περάσει το ζενίθ της ζωής· δεν υπάρχουν άλλα παιχνίδια εκτός από πασιέντσα, σκακιστικά προβλήματα και σταυρόλεξα που μπορείς να παίζεις χωρίς συμπαίκτη. Το διάβασμα δεν πάσχει από τέτοια μειονεκτήματα· δεν υπάρχει άλλη ασχολία –εκτός ίσως από το κέντημα, αλλά αυτό αφήνει το ανήσυχο πνεύμα ελεύθερο– που μπορείς πιο εύκολα να αρχίσεις σε οποιαδήποτε στιγμή, για οποιαδήποτε διάρκεια, και πιο εύκολα να το αφήσεις στην άκρη όταν άλλες εργασίες σε πιέζουν· δεν υπάρχει άλλη ψυχαγωγία που μπορεί να βρει κανείς στις ευτυχισμένες μέρες με τις δημόσιες βιβλιοθήκες και τις τόσο φθηνές εκδόσεις. Όταν αποκτάς τη συνήθεια του διαβάσματος, κατασκευάζεις για τον εαυτό σου ένα καταφύγιο από όλες σχεδόν τις μιζέριες της ζωής. Λέω 'σχεδόν όλες' διότι δεν θα έφθανα στο σημείο να ισχυρισθώ ότι η ανάγνωση ενός βιβλίου θα απαλύνει τους σπασμούς της πείνας ή θα καλμάρει τον πόνο μιας ανεκπλήρωτης αγάπης· όμως μισή ντουζίνα καλές αστυνομικές ιστορίες και μια θερμοφόρα θα βοηθήσουν τον καθένα να περι-

φρονήσει το χειρότερο κρουολόγημα. Ποιος όμως θα αποκτήσει τη συνήθεια της ανάγνωσης αν του ζητούν να διαβάσει βιβλία πληκτικά γι' αυτόν;

Χάριν ευκολίας παραθέτω τα βιβλία που θα σας προτείνω με χρονολογική σειρά, όμως δεν υπάρχει κανένας λόγος, αν αποφασίσετε να τα διαβάσετε, να την ακολουθήσετε. Θα ήταν πολύ καλύτερο να τα διαβάσετε όπως σας αρέσει, και δεν υπάρχει λόγος να τα διαβάσετε ένα-ένα. Προσωπικά, το βρίσκω πιο ευχάριστο να διαβάζω τέσσερα ή πέντε βιβλία μαζί. Εξάλλου, δεν έχουμε την ίδια διάθεση κάθε μέρα, ούτε την ίδια προθυμία να διαβάζουμε το ίδιο βιβλίο όλες τις ώρες της ημέρας. Σε τέτοια θέματα θα πρέπει να κάνουμε όπως μας βολεύει, και φυσικά εγώ έχω υιοθετήσει το

πλάνο που μου ταιριάζει καλύτερα. Το πρωί, πριν αρχίσω να εργάζομαι, διαβάζω για λίγο ένα βιβλίο, είτε επιστημονικό είτε φιλοσοφικό, που απαιτεί φρέσκο και προσεκτικό μυαλό. Μου ξεκινάει τη μέρα. Αργότερα, όταν η δουλειά μου τελειώνει και νιώθω πιο άνετος, αλλά όχι με διάθεση για κοπιαστική νοητική άσκηση, διαβάζω ιστορία, δοκίμια, κριτικές ή βιογραφίες· και το βράδυ διαβάζω ένα μυθιστόρημα. Εκτός από αυτά, έχω κοντά μου έναν τόμο με ποίηση για όταν έχω την ανάλογη διάθεση, και δίπλα στο κρεβάτι μου έχω ένα από εκείνα τα βιβλία, που δυστυχώς τόσο σπάνια βρίσκονται, που μπορεί κανείς να τα αρχίσει από οποιοδήποτε σημείο και να σταματήσει την ανάγνωση χωρίς στενοχώρια στο τέλος οποιασδήποτε παραγράφου.

### Είπαν

*«Πιστεύω βαθιά στις λέξεις, στην ικανότητά τους να αντιπροσωπεύουν τη σκέψη, να ορίζουν την αλήθεια, και να δημιουργούν κάλλος. Γνωρίζω επίσης ότι οι λέξεις σταθερά χρησιμοποιούνται για τους αντίθετους σκοπούς: για να συσκοτίζουν την αλήθεια, να παραποιούν τη σκέψη, να ψεύδονται, να σπιλώνουν, και να προκαλούν μίσος»*

[Julian Barnes]



# Στα τέλη του περασμένου αιώνα

Αντώνης Παπαγιάννης

Πνευμονολόγος

Οι παλαιοί αναγνώστες του *British Medical Journal (BMJ)* γνωρίζουν ασφαλώς την τελευταία σελίδα του γαλάζιου περιοδικού που φέρει το όνομα Minerva (το αρχαίο ρωμαϊκό όνομα της θεάς Αθηνάς). Η σελίδα φιλοξενεί σε 'τηλεγραφική' μορφή ιατρικές ειδήσεις και πληροφορίες, κάποιες σοβαρές, κάποιες με χιουμοριστική διάθεση, πάντα ενδιαφέρουσες. Ένα πρόσφατο ξεκαθάρισμα παλαιών τευχών μου πρόσφερε μια επιλογή από τέτοιες ειδήσεις, μερικές από τις οποίες σημειώνω παρακάτω, για να θυμόμαστε πόσο έχει αλλάξει η ιατρική και ο κόσμος μας μέσα σε μόλις 25 χρόνια.

Διαβάζω λοιπόν [1] ότι τον Νοέμβριο 1999 άνοιξε το πρώτο διαδικτυακό φαρμακείο στη Μεγάλη Βρετανία ([www.pharmacy2u.co.uk](http://www.pharmacy2u.co.uk)) και άρχισε να δέχεται παραγγελίες για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (OTC, over the counter). Η είδηση έλεγε ότι η Βασιλική Φαρμακευτική Εταιρεία (Royal Pharmaceutical Society) καλωσόρισε το γεγονός με κάποια επιφύλαξη, αν και θα έπρεπε πλέον να τροποποιήσει τον κώδικα δεοντολογίας που προέβλεπε ότι οι φαρμακοποιοί πρέπει να βλέπουν προσωπικά τους πελάτες τους πριν χορηγήσουν

φάρμακα. Επίσης, έλεγε ότι οι πελάτες έπρεπε να συμπληρώσουν ένα διαδικτυακό ερωτηματολόγιο που θα εξεταζόταν από έναν φαρμακοποιό πριν χορηγηθούν τα φάρμακα. Πού βρισκόμαστε σήμερα στο θέμα αυτό;

Στο ίδιο τεύχος αναφέρεται μια έρευνα στο Τμήμα Επειγόντων ενός αστικού νοσοκομείου του Καναδά (*Canadian Medical Association Journal* 1999;161:1245-8) που βρήκε ότι το μισό προσωπικό είχε δεχθεί σωματικές επιθέσεις στη διάρκεια του προηγούμενου έτους, ενώ πολύ περισσότεροι δέχονταν απειλές και λεκτικές εξουβρίσεις σε εβδομαδιαία βάση. Τα τρία τέταρτα των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι φοβούνταν τους ασθενείς, ενώ το ένα τρίτο είπε ότι θα σκεφτόταν να παραιτηθεί από την εργασία του λόγω της βίας. Ένα σοβαρό επαγγελματικό πρόβλημα που είναι παγκόσμιο και διαχρονικό.

Σε άλλο τεύχος της ίδιας εποχής [2] διαβάζω για το άρθρο ενός παθολόγου, πάλι από τον Καναδά (*Canadian Medical Association Journal* 1999;161:1117-8), που γράφει ότι η κλινική εξέταση θα αντέξει στον χρόνο, διότι είναι ένας φθνός, βολικός, αποτελεσματικός και αξιόπιστος τρόπος λήψης πληροφοριών

για τα προβλήματα των ασθενών. Επίσης, η ανθρώπινη επαφή καθισχάζει τους αρρώστους περισσότερο από τις διάφορες εξεζητημένες απεικονίσεις. Το συμπέρασμα του συγγραφέα είναι ότι η κλινική εξέταση και οι νέες τεχνολογίες θα πρέπει να συμπορεύονται. Μέσα στην εκρηκτική διόγκωση της ιατρικής τεχνολογίας που βιώνουμε στην εποχή μας, το μήνυμα του άρθρου διατηρεί την επικαιρότητά του: η επικοινωνία γιατρού και ασθενούς με λόγια, μάτια και χέρια εξακολουθεί να είναι η ρίζα της τέχνης μας, και θα είναι μέγα λάθος να την εκχωρήσουμε απερίσκεπτα σε κάποιο προηγμένο σύστημα τεχνητής νοημοσύνης.

Μια άλλη τυχαίοποιημένη μελέτη [3] έδειξε ότι ένα τρίμηνο πρόγραμμα αερόβιας άσκησης βελτίωσε την φυσική κατάσταση και το υποκειμενικό αίσθημα ευεξίας, καθώς και άλλους δείκτες ποιότητας ζωής, μετά από ένα οξύ στεφανιαίο επεισόδιο (*Eur Heart J* 1999;20: 1475-84). Ωστόσο τα οφέλη αυτά υποχώρησαν μετά τη λήξη του προγράμματος. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν δείξει και άλλες μελέτες για προγράμματα τροποποίησης του τρόπου ζωής σε ποικίλες παθολογικές καταστάσεις. Φαίνεται ότι τέτοιες αλλαγές είναι δύσκολο να διατηρηθούν, και ότι ισχύει κι εδώ η παροιμία «κάθε θαύμα για τρεις μέρες».

Πολλά ακόμη ενδιαφέροντα, αλλά και δια-

σκεδαστικά, θα μπορούσε κανείς να παραθέσει. Ωστόσο, σταματώ σε μια παράγραφο [4] που έχει τη δική της ιστορική σημασία. Την παραθέτω ολόκληρη. 'Στην Αυστρία το 1938 [Σ.τ.Μ. μετά την προσάρτησή της από τη ναζιστική Γερμανία] όλοι οι Εβραίοι φοιτητές ιατρικής που ήταν στο τελευταίο έτος διαγράφηκαν και δεν τους επέτρεψαν να δώσουν πτυχιακές εξετάσεις. Μόνο σε λίγους από το προηγούμενο έτος επετράπη να αποφοιτήσουν, κι αυτό έγινε χωρίς τελετή σ' ένα δωμάτιο χωρίς παράθυρα, ενώ τα διπλώματά τους έγραφαν ότι δεν επιτρέπεται να περιθάλλουν Γερμανούς. Ένας τέτοιος φοιτητής στη συνέχεια έγινε γενικός ιατρός στη Βρετανία και μας έγραψε ότι ο ίδιος και πέντε άλλοι έλαβαν τελικά πλήρη διπλώματα ιατρικής σε μια τελετή στη μεγάλη αίθουσα του Πανεπιστημίου της Βιέννης τον Οκτώβριο του 1999'. Κάλλιο αργά... Μια υπενθύμιση/προειδοποίηση για το ότι οι κάθε είδους διακρίσεις (εθνικές, φυλετικές, θρησκευτικές κλπ.) μπορεί να επηρεάζουν ακόμη και το ιατρικό σώμα. Ακόμη και σε προηγμένα κράτη.

### Σημειώσεις

1. BMJ 1999;319:1586 (11 Δεκ. 1999).
2. BMJ 1999;319:1510 (4 Δεκ. 1999).
3. BMJ 1999;319:1278 (6 Νοεμ. 1999).
4. BMJ 1999;319:1380 (20 Νοεμ. 1999).

### Είπαν

«Η τέχνη της ιατρικής είναι να διασκεδάζει τον άρρωστο ενώ η Φύση γιατρεύει την αρρώστια»

[Βολταίρος]



# Τεχνητή Νοημοσύνη ελπίδες και πλάνες

**Διαμαντής Χλωρός**

Πνευμονολόγος – Φυματιολόγος, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου

Η τεχνητή νοημοσύνη (TN) αποτελεί τη νέα Γη της Επαγγελίας που υπόσχονται η επιστήμη και η τεχνική. Οι μεγάλες οικονομικές, πολιτικές, στρατιωτικές δυνάμεις του πλανήτη μας ανταγωνίζονται σε δαπάνες για να την κατακτήσουν και να εισέλθουν πρώτοι “εις την κατάπαυσίν της”. Τα ποσά που έχουν επενδύσει ΗΠΑ, Κίνα και Ευρώπη στα προγράμματα ανάπτυξης TN μέχρι το 2024 υπερέβησαν τον ιλιγγιώδη αριθμό των 800 δισεκατομμυρίων δολαρίων (Η Καθημερινή 03-08-2025). Οι προσδοκίες είναι υψηλές χωρίς ωστόσο να διευκρινίζεται επαρκώς, ώστε να είναι κατανοητή, η ωφέλεια που θα προκύψει για την ανθρωπότητα. Αντιθέτως, οι φωνές που προειδοποιούν για τους επερχόμενους κινδύνους των επιτευγμάτων της ήδη πολλαπλασιάζονται. Ακόμη και ο αισιόδοξος για τις δυνατότητες της TN Μπιλ Γκέιτς την χαρακτήρισε, σε πρόσφατη συνέντευξή του, “σαν κάτι πολύ βαθύ και κάπως τρομακτικό γιατί εξελίσσεται πολύ γρήγορα, χωρίς να υπάρχει άνω όριο” (Harvard Magazine 14-02-2025).

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η TN θα διευκολύνει τις ανθρώπινες δραστηριότητες σε πολλούς τομείς της ζωής και θα ωθήσει τις επι-

στημονικές επινοήσεις και δράσεις επιταχύνοντας τις επιτεύξεις τους. Είναι άσκοπο να επεκταθεί κανείς περισσότερο, όταν καθημερινά γράφονται χιλιάδες υμνητικά άρθρα στον τύπο. Χωρίς αμφιβολία θα προσφέρει λύσεις στον τομέα της ιατρικής, ιδιαίτερα στη διάγνωση και μάλιστα ορισμένων σπάνιων παθήσεων, λιγότερο ασφαλώς στη θεραπεία. Προτιμότερο να σταθούμε στις αντιρρήσεις, χωρίς να συμμεριζόμαστε ανεπιφύλακτα τον πρόωρο ενθουσιασμό και να αναλογιστούμε τις πιθανές συνέπειες, εξετάζοντας σύμφωνα με την πείρα του παρελθόντος και με όση μιάς απομένει φυσική νοημοσύνη πριν να την αντικαταστήσει η τεχνητή. Επειδή, όπως έχει πυκνά γραφτεί “η ανθρωπότητα σήμερα υπονομεύεται από τους στόχους της και καταστρέφεται από τα μέσα που διαθέτει και εφευρίσκει” (Στέλιος Ράμφος, Μελέτη θανάτου. Κέδρος, Αθήνα 1980).

Μπορούμε να θεωρήσουμε τον αγώνα των επιστημόνων για την κατάκτηση και αξιοποίηση της TN ως ένα ακόμη επεισόδιο της πάλης του ανθρώπου με τη φύση. Με τη σημαντική διαφορά ότι δεν αποβλέπει στην υποταγή εξωτερικών στοιχείων της φύσης, αλλά στρέφεται στη

μίμηση και εκμετάλλευση των ίδιων των νοητικών και γλωσσικών ικανοτήτων του ανθρώπου, ώστε να τις πολλαπλασιάσει μηχανικά και να τις θέσει στην υπηρεσία του. Εμφανίζεται όμως εδώ ο κίνδυνος, επειδή η διαδικασία εξέλιξης και ελέγχου της ΤΝ βρίσκεται εξ ολοκλήρου στα χέρια μεγάλων και απρόσωπων οργανισμών, που αποβλέπουν πρωτίστως στο κέρδος, οι καρποί της να αποτελέσουν ιδιοκτησία των οικονομικών ολιγαρχιών και καθόλου του συνόλου της ανθρωπότητας και, πιθανόν, να στραφούν τελικά εναντίον της. Το τοπίο της ανθρώπινης εργασίας θα αλλάξει ριζικά και πολλοί θα χάσουν τη δουλειά τους, τη στιγμή που θα δημιουργηθούν λιγότερες νέες θέσεις εργασίας.

Μια σύντομη αναδρομή στην ανθρώπινη ιστορία προσφέρει πλήθος περιπτώσεων επιτυχών που κατέληξαν σε ζημιές, που δεν είμαστε ικανοί να αντιμετωπίσουμε. Η γεωργική επανάσταση, 10.000 χρόνια προ Χριστού, η μετάβαση από τον άνθρωπο κυνηγό και τροφοσυλλέκτη στον γεωργό και κτηνοτρόφο, ήταν και η προϋπόθεση ανάπτυξης οργανωμένων κοινωνιών, πυροβόλων όπλων, μικροβίων και επιδημικών ασθενειών (Jared Diamond. Όπλα, μικρόβια κι ατσάλι. Κάτοπτρο, Αθήνα 2006). Σήμερα, ακόμη περισσότερο, οι δυνατότητες υπερπαραγωγής τροφής σχετίζονται με την παγκόσμια επιδημία παχυσαρκίας. Ο υπερπληθυσμός, άλλη μάστιγα της σύγχρονης εποχής, απειλεί ευθέως τα θεμέλια της γης. Η αναζήτηση της ευκολίας, ρίζα κάθε επιδίωξης του ανθρώπου, οδηγεί με “επιτυχία” την τεχνολογική πρόοδο, με τελευταία κατάκτηση της χημείας την εφεύρεση του πλαστικού, που μέσα σε λίγες δεκαετίες αναγνωρίζεται σαν μια ανεξέλεγκτη πηγή ρύπανσης των ωκεανών, του πόσιμου νερού και των ανθρώπων (Landrigan PJ et al. The Lancet Countdown on Health and Plastics. The Lancet 03-08-2025). Αλλά μη λησμονούμε και την πυρηνική ενέργεια. Με στόχο την ταχύτερη λήξη του 2<sup>ου</sup> Παγκοσμίου Πολέμου και χάριν της ει-

ρήνης, που επιτεύχθηκε με τη ρίψη των ατομικών βομβών στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι, ξημέρωσε και η εποχή του πυρηνικού τρόμου με την ανεξέλεγκτη διάδοση των πυρηνικών όπλων, χωρίς να είναι άμοιρη κινδύνων και η ειρηνική χρήση της πυρηνικής ενέργειας, με τα πρόσφατα δυστυχήματα του Τσερνόμπιλ και της Φουκουσίμα.

Κορωνίδα των προβλημάτων μας, σε άμεση συνάρτηση με όλα τα προηγούμενα φαινόμενα, είναι η ανάπτυξη της παγκόσμιας οικονομίας της απληστίας, με την εξάντληση των ενεργειακών αποθεμάτων του πλανήτη, την ατμοσφαιρική ρύπανση και την κλιματική αλλαγή. Ειδικά, όπως διαβάζουμε, η εντατική έρευνα για την ΤΝ την έχει αναδείξει σε αδηφάγο καταναλώτρια ενέργειας, ώστε να προκαλείται αβεβαιότητα ακόμη και για την απρόσκοπτη εξέλιξή της (de Vries-Gao. Artificial intelligence: supply chain constraints and energy implications. Joule 18-06-2025) και φυσικά με επιπλέον επιβάρυνση της ατμόσφαιρας με χιλιάδες τόνους διοξειδίου του άνθρακα. Ενδεικτικά, η υποβολή 10.000.000 ερωτήσεων στο ChatGPT τη μέρα ισούται με την ημερήσια κατανάλωση ενέργειας μιας μικρής πόλης. Ήδη τα κέντρα δεδομένων της ΤΝ καταναλώνουν περισσότερο από 1% της παγκόσμιας ηλεκτρικής ενέργειας.

Ίσως είναι πρόωρο να προβλέψουμε το μέλλον της ΤΝ. Η εξέλιξη δεν είναι σε καμία περίπτωση απορριπτέα. Κάθε παροχή όμως στην ανθρωπότητα την υποχρεώνει σε καταβολή αντιπαροχής. Οι κίνδυνοι για τον άνθρωπο είναι ορατοί και προέρχονται από την θεοποίηση της μηχανής και την υποταγή στη λογική της. Δεν μπορούμε να αρνηθούμε την εξέλιξη, είμαστε ωστόσο υποχρεωμένοι να σκεφθούμε καλά τις επιπτώσεις και να λάβουμε αντίμετρα. Ειδικά οι Έλληνες, οφείλουμε με ρίζα την Παράδοση και την Ελευθερία μας, να διατηρήσουμε την πνευματικότητά μας και την ανθρωπιά μας και να μην υποταχθούμε στις μηχανές που πλησιάζουν ορμητικά να μας υποδουλώσουν.



# Η ακύρωση της νόησης

Αντώνης Παπαγιάννης

Πνευμονολόγος

Θα αρχίσω με δυο σύντομες 'πτήσεις' στο παρελθόν και θα επανέλθω στο σωτήριο έτος 2025 για τα περαιτέρω.

Στάση πρώτη, 1968: Συχνά το λογοτεχνικό είδος που ονομάζουμε 'επιστημονική φαντασία' μέσα από τη μυθοπλασία θέτει ζητήματα φιλοσοφικά, δεοντολογικά και κοσμοθεωρικά σε σχέση με τον κόσμο του μέλλοντος, όπως τον φαντάζεται ο συγγραφέας. Σε ένα επεισόδιο του παλιού τηλεοπτικού σήριαλ *Star Trek* (Ταξίδι στ' αστέρια) με τίτλο *The ultimate computer* (Ο τέλειος υπολογιστής), η διακυβέρνηση του διαστημοπλοίου Enterprise ανατίθεται εξ ολοκλήρου δοκιμαστικά σε έναν υπερυπολογιστή (ο όρος τεχνητή νοημοσύνη δεν είχε επινοηθεί ακόμη), κάτι που δημιουργεί σύγχυση και εκνευρισμό στον κυβερνήτη Κερκ, όχι όμως στον τεχνολάτρη Σποκ. Όταν ο υπολογιστής, στα πλαίσια ασκήσεων, κάνει επιλογές που φθάνουν στην καταστροφή άλλων σκαφών και τον θάνατο των μελών του πληρώματός τους, ο Κερκ τελικά, μη έχοντας άλλο τρόπο να παρακάμψει την 'εξουσία' του υπολογιστή, τον 'εξαναγκάζει' σε αυτοτιμωρία για τις επιλογές του και, με βάση την αποθηκευμένη λογική του, να 'αυτοκτονήσει', αναστέλλοντας τη λειτουργία του.

Το επεισόδιο προβλήθηκε το 1968, και από τότε πολλά από τα τεχνικά στοιχεία της φαντασίας του έχουν γίνει μέρος της καθημερινότητάς μας, έστω κι αν ο άνθρωπος ακόμη δεν πήγε πιο μακριά από τη Σελήνη. Οι κάθε είδους υπολογιστές βρίσκονται πλέον σε κάθε γραφείο, σπίτι και χέρι και έχουν 'υποκλέψει' πάρα πολλές λειτουργίες της ζωής μας. Η λεγόμενη Τεχνητή Νοημοσύνη είναι η τελευταία εξέλιξη στην ψηφιοποίηση της ζωής.

Στάση δεύτερη, 1974: Τον καιρό που ήμασταν υποψήφιοι, ένας καθηγητής στο φροντιστήριο μας είπε μια μέρα: «Καταργήστε το μυαλό!» Αναφερόταν στην επίλυση ενός συγκεκριμένου τύπου άσκησης, εννοώντας ότι αν εφαρμόζαμε τη μέθοδο που μας είχε διδάξει δεν θα χρειαζόταν να σκεφθούμε τίποτε άλλο. Η φράση του μου έμεινε από τότε.

Επιστροφή στο σήμερα. Θυμήθηκα τα παραπάνω καθώς διάβαζα προ καιρού ένα άρθρο [1] για τις επιπτώσεις της ανεξέλεγκτης χρήσης της τεχνητής νοημοσύνης (ΤΝ). Σύμφωνα με μια μελέτη του ΜΙΤ, 'οι ερευνητές διαπίστωσαν μια εντυπωσιακή ατροφία του εγκεφάλου σε άτομα που έγραφαν εργασίες με τη βοήθεια του ChatGPT. Ηγκεφαλική τους δραστηριότητα μειώθηκε, η μνήμη τους ατόνησε, η

ικανότητα προσήλωσης ασθένεισε, ενώ ανέπτυξαν οκνηρία και στη γραφή με την πάροδο του χρόνου. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα αρχικά αναζητούσαν τη βοήθεια της TN πολύ περιορισμένα. Σταδιακά όμως άρχισαν να καταφεύγουν στη χρήση του όλο και πιο πολύ, μέχρι που στο τέλος αντέγραφαν ολόκληρα κομμάτια κειμένου. Οι ερευνητές του MIT κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι για τον εκφυλισμό της νοητικής λειτουργίας που προκαλεί η ευρεία χρήση της TN, «ο αντίκτυπος εκτείνεται πέρα από τα ακαδημαϊκά περιβάλλοντα στην ευρύτερη γνωστική ανάπτυξη». Μετά από λίγες μέρες βρήκα άλλο άρθρο [2] που σχολίαζε εκτενώς παρόμοια ευρήματα από άλλες μελέτες.

Τα παραπάνω δεν προκαλούν έκπληξη. Αποτελούν ακραία προέκταση ενός γενικότερου φαινομένου. Κάθε 'ευκολία' στη ζωή μας οδηγεί σε προοδευτική ατροφία και τελικά απώλεια μιας φυσικής δεξιότητας. Έτσι, με το πληκτρολόγιο ξεμάθαμε να γράφουμε στο χέρι. Με την αριθμομηχανή δεν κάνουμε πλέον αριθμητικές πράξεις με το μυαλό μας. Με την διαρκή αυτοκίνηση ξεσυνηθίζουμε να βαδίζουμε. Κανένας σήμερα δεν απομνημονεύει αριθμούς τηλεφώνου, αφού τους έχει αποθηκευμένους στο κινητό. Όταν η απώλεια αυτή φθάσει στο επίπεδο της νόησης (δηλ. της παραγωγής πρωτότυπης και κριτικής σκέψης), τότε τα πράγματα γίνονται πραγματικά τραγικά.

Ένα παλιό γνωμικό έλεγε ότι 'πενία τέχνας κατεργάζεται'. Με τον όρο 'πενία' δεν πρέπει να εννοήσουμε μόνο την οικονομική ανέχεια, αλλά και την έλλειψη ευκόλων βοηθημάτων. Όταν δεν υπάρχουν έτοιμες λύσεις ή μαγικά κουμπιά για κάποιο πρόβλημα, ο νους θα πρέπει να αυτοσχεδιάσει, να σκεφθεί προς όλες τις κατευθύνσεις, να επινοήσει νέες μεθόδους. Κάποτε λέγαμε ότι πρέπει 'να στύψουμε το μυαλό μας', και η παραστατική αυτή εικόνα αποδίδει ακριβώς την απαιτούμενη νοητική προσπάθεια, η οποία όμως αποτελεί γυμνα-

στική και προπόνηση για τον εγκέφαλο και τα νευρωνικά του δίκτυα. Ακριβώς αυτό το 'στύψιμο του μυαλού' διακυβεύεται με την επέκταση της TN.

Εκτός όμως από τις συνέπειες στη γνωστική ανάπτυξη, η αποποίηση της κριτικής σκέψης και η υιοθέτηση έτοιμων απαντήσεων/λύσεων σε ποικίλα θέματα (από σχολικές εργασίες μέχρι κυβερνητικές ή γεωπολιτικές αποφάσεις) μειώνει την αίσθηση της προσωπικής ευθύνης. Ας μη μας φανεί εξωπραγματικό: αν κάποια στιγμή οι κυβερνήσεις ή οι διεθνείς οργανισμοί αποφασίσουν να αποδέχονται χωρίς συζήτηση συλλογιστικά μοντέλα που θα παράγονται από συστήματα TN (που μπορεί να θεωρούνται πιο αντικειμενικά από οποιονδήποτε ανθρώπινο παράγοντα, ο οποίος υπόκειται σε συναισθηματικές μεταπτώσεις και μεροληψίες), τότε η ελευθερία της συνειδήσεως θα έχει εξαφανισθεί και οι αποφάσεις π.χ. ακόμη και για πόλεμο ή για άλλη μείζονα δράση θα λαμβάνονται από απρόσωπες μηχανές. Μπορεί (ή ίσως δεν μπορεί...) κανείς να φαντασθεί την έκταση και το εύρος των συνεπειών μιας τέτοιας εξέλιξης.

Παρόμοια μπορεί κανείς να σκεφθεί και στον ιατρικό χώρο. Γνωρίζουμε ότι για πολλά νοσήματα υπάρχουν οδηγίες και θέσεις ομοφωνίας και αλγόριθμοι για την αντιμετώπισή τους. Όλα αυτά όμως δεν αποτελούν δικτατορικές εξαγγελίες του τύπου 'αποφασίζομεν και διατάσσομεν', αλλά δίνουν κατευθύνσεις και εξατομικεύονται ανάλογα με τον συγκεκριμένο ασθενή που έχουμε απέναντί μας. Η εξατομίκευση δεν έχει να κάνει μόνο με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια, αλλά και με οικονομικά, κοινωνικά και άλλα, εντελώς ανθρώπινα, και τελικά με τις επιθυμίες του ίδιου του αρρώστου και των οικείων του. Αν στο μέλλον αναθέσουμε την διαχείριση των ασθενών στην TN, θα έχουμε χάσει το ανθρώπινο στοιχείο και απλώς θα επισκευάζουμε χαλασμένες 'μηχανές' [3]. Αυτό όμως δεν θα αποτελεί Ιατρική

με την κλασική της έννοια, όπως αυτή ασκήθηκε από όλους τους μεγάλους δασκάλους της, από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό μέχρι τις μέρες μας [4].

Βέβαια, πάντοτε λέμε ότι οι κάθε είδους τεχνικές εφευρέσεις δεν έχουν ηθική ποιότητα, δεν είναι από μόνες τους κακές ή καλές: οι άνθρωποι που τις σχεδιάζουν και τις χρησιμοποιούν είναι εκείνοι που καθορίζουν τις χρήσεις τους και είναι υπεύθυνοι για τα αποτελέσματά τους. Όταν όμως η χρήση αποτελεί ουσιαστικά εκχώρηση της δικής μας σκέψης σε ένα υπολογιστικό σύστημα (όπως συμβαίνει με την ΤΝ), κάποια στιγμή αδρανοποιεί την κριτική μας ικανότητα, άρα και την δυνατότητά μας να εφαρμόσουμε ηθικά κριτήρια στις ενέργειές μας. Τα «γεγυμνασμένα αίσθητήρια» που αναφέρει ο απόστολος Παύλος ατονούν, χάνουν την ευαισθησία τους «πρὸς διάκρισιν καλοῦ τε καὶ κακοῦ» [Εβρ. 5:14], και γίνονται άβουλα όργανα των επιταγών μιας άλλης νοημοσύνης. Μια τέτοια κατάργηση του μυαλού σίγουρα δεν θα μας βγει σε καλό.

Οι υπολογιστές και η ΤΝ ήρθαν για να μείνουν, και κανείς δεν εισηγείται την κατάργησή τους. Ωστόσο, όπως και κάθε άλλο τεχνικό επίτευγμα, πρέπει να τους βλέπουμε ως εργαλεία και βοηθήματα στη δουλειά μας. Ο αρχαίος

σοφιστής Πρωταγόρας μας κληροδότησε τη γνωστή ρήση *‘μέτρον πάντων χρημάτων άνθρωπος’*. *‘Χρήμα’* δεν είναι μόνο το περιεχόμενο του πορτοφολιού ή του τραπεζικού μας λογαριασμού, αλλά καθετί που χρησιμοποιούμε. Με αυτό το πνεύμα πρέπει να βλέπουμε και την παρουσία της τεχνητής νοημοσύνης στη δουλειά και τη ζωή μας γενικότερα, διατηρώντας ως άνθρωποι το *‘μέτρον’*, το κριτήριο για την χρήση της, ώστε να είμαστε κύριοι και όχι δούλοι της.

### Σημειώσεις

1. Ανδρώνης Ε. Η μεγαλύτερη απειλή της ανεξέλεγκτης χρήσης ΑΙ: Γενιές ανθρώπων που χάνουν την ικανότητα να σκέφτονται. Εφημερίδα Sportime 27/6/2025. <https://www.sportime.gr/bloggers/eleftherios-andronis/i-megaliteri-apili-tis-anexelegktis-chrisis-ai-genies-pedionrou-chanoun-tin-ikanotita-na-skeftonte/>
2. Γεωργακόπουλος Θ. Τι κάνει η ΑΙ στο μυαλό μας. Καθημερινή 28/6/2025. <https://www.kathimerini.gr/opinion/563686429/ti-kanei-i-ai-sto-myallo-mas/>
3. Παπαγιάννης Α. Η ιατρική στην υπηρεσία της τεχνολογίας; Ιατρικά Θέματα 2009 (τ. 55), σελ. 10-11.
4. Παπαγιάννης Α. Μια ημέρα από τη ζωή του καθηγητή Σμιθ. Ιατρικά Θέματα 2003 (τ. 31), σελ. 58-59. [Το διήγημα αυτό είχε δημοσιευθεί στο περιοδικό Ιατρικά Θέματα του Ιατρ. Συλλόγου Θεσσαλονίκης το 2003. Έγινε επίκαιρο το 2023 με την είδηση ότι ένας υπολογιστής *‘πέρασε’* τις εξετάσεις για άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στις ΗΠΑ. Η φαντασία σιγά-σιγά παύει να είναι... φανταστική].

### Είπαν

*«Η λογοτεχνία είναι τέχνη. Δεν είναι φιλοσοφία, δεν είναι επιστήμη, δεν είναι κοινωνική οικονομία, δεν είναι πολιτική· είναι τέχνη. Και η τέχνη είναι για απόλαυση»*

[W. Somerset Maugham]



## Στοιχεία ιατρικής ηθικής στα χρόνια του Βυζαντίου\*

Ελευθερία Μανασάρα

Εκπαιδευτικός-Θεολόγος

Αν και ο επιστημονικός κλάδος της Βιοηθικής και της Ιατρικής Ηθικής αναπτύχθηκε τις τελευταίες δεκαετίες, εντούτοις, ζητήματα όπως η ευθανασία, οι αμβλώσεις, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία κ.α. απασχόλησαν και τον αρχαίο ελληνικό, ελληνιστικό, ρωμαϊκό και βυζαντινό κόσμο. Σήμερα, η Βιοηθική προβάλλεται από πολλούς ως μία μορφή σύγχρονης, εφαρμοσμένης Ηθικής. Ωστόσο, η εν λόγω Ηθική φαίνεται ότι δεν έχει ερείσματα ούτε στη θεολογική θεώρηση ούτε στην αρχαία φιλοσοφική σκέψη. Σύμφωνα με τον καθηγητή Ιατρικής Φιλοσοφίας και Βιοηθικής T. Engelhardt, η Βιοηθική εξελίχθηκε ως αυτόνομος επιστημονικός κλάδος στο Δυτικό κόσμο για να εξυπηρετήσει ένα διττό σκοπό: ένα θεωρητικό και ένα πρακτικό. Ο θεωρητικός στόχος ήταν να παράσχει ένα πλαίσιο ορθής ηθικής συμπεριφοράς για τους επιστήμονες στο χώρο της υγείας. Ο πρακτικός στόχος ήταν να δημιουργηθεί ένα είδος κοσμικού ιερατείου, το οποίο θα μπορούσε να δώσει συμβουλές στα νοσοκομεία, τις ιατρικές σχολές και τα ερευνητικά κέντρα με βάση το θεωρητικό υπόβαθρο του

«ορθώς πράττειν».

Η βυζαντινή Ιατρική εκτείνεται σε μία μακρά ιστορική περίοδο, από τον 4ο μέχρι τον 15ο αιώνα. Ωστόσο, η περίοδος αυτή θα πρέπει να διαιρεθεί σε δύο φάσεις: η πρώτη φάση που εκτείνεται μέχρι το έτος 642, έτος κατάκτησης της Αλεξάνδρειας από τους Άραβες, και η δεύτερη φάση, κατά την οποία η Κωνσταντινούπολη αποτέλεσε το κέντρο της ιατρικής. Η αλεξανδρινή περίοδος, ως συνέχεια της ρωμαϊκής και ελληνιστικής περιόδου, θεωρείται μία δημιουργική περίοδος, καθώς, μαζί με τα έργα του Ιπποκράτη και του Γαληνού, έθεσε τα θεμέλια της ιατρικής για τα επόμενα χίλια έτη. Η εν λόγω περίοδος χαρακτηρίζεται από την παραγωγή ιατρικών εγκυκλοπαιδικών έργων. Στην όψιμη περίοδο, όπου το κέντρο της ιατρικής μεταφέρεται στην Κωνσταντινούπολη, η ιατρική μορφώνεται μέσα στο ιδεώδες του Χριστιανισμού και γίνεται ο φορέας της προηγούμενης αλεξανδρινής παράδοσης<sup>1</sup>. Η σχολή της Αλεξάνδρειας κληροδότησε την ιατρική της παράδοση τόσο στους Άραβες και στους Σύριους όσο και στους Βυζαντινούς. Η βυζα-

\*Διπλωματική εργασία στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Σύγχρονες ιατρικές πράξεις: Δικαιϊκή ρύθμιση και βιοηθική διάσταση".

1. Temkin O, Byzantine Medicine: Tradition and Empiricism, *Dumbarton Oaks Papers*, 97-115.

ντινή Ιατρική, ωστόσο, αποτέλεσε ξεκάθαρα το συνεχιστή αυτής τη παράδοση.

Σύμφωνα με τις αρχές της ορθόδοξης πνευματικότητας, ο άνθρωπος συγκροτεί αρμονική βιολογική και ψυχο-πνευματική ενότητα. Το σώμα φέρει τη ζώσα ψυχή, η οποία αποτελεί το βασικό φορέα της ζωής. Το σώμα, η ψυχή και το πνεύμα συμμετέχουν στη γνώση κατά έναν ιδιαίτερα εξατομικευμένο τρόπο: το σώμα δια μέσου των αισθήσεων, η ψυχή δια μέσου της λογικής και το πνεύμα δια μέσου της συνειδήσεως, η οποία διαθέτει ένα μυστικό και εσωτερικό τρόπο αντίληψης που υπερβαίνει τις συνήθεις λογικές διεργασίες<sup>2</sup>. Η άσκηση της ιατρικής στο Βυζάντιο μέσα στο πλαίσιο της ορθοδόξου πνευματικότητας συνετέλεσε στην κορυφαία ανάπτυξη της Ιατρικής Ηθικής, στην έκφραση της κατά Χριστό αγάπης, φιλανθρωπίας και ελέους. Το επιστημονικό υπόβαθρο της βυζαντινής Ιατρικής βασίστηκε στην αρχαία ελληνική και ελληνιστική Ιατρική, η οποία είχε κατατεθεί εκτενώς στα γραπτά μνημεία, από τον 5ο αιώνα π.Χ. μέχρι τον 3ο αιώνα μ.Χ. Κύριες πηγές γνώσεως αποτέλεσαν ο μεστός, επιστημονικός λόγος της Ιπποκρατικής Συλλογής, καθώς και τα πολυάριθμα έργα του Γαληνού. Πράγματι, τα ονόματα του Ιπποκράτη και του Γαληνού επηρέασαν τη βυζαντινή ιατρική σκέψη και πράξη σε τέτοιο βαθμό, ώστε συχνά ο μελετητής να διαπιστώνει μία υπερβολική πιστότητα στην αυθεντία τους. Η βυζαντινή ιατρική σκέψη αποτέλεσε ένα αμάλγαμα της αρχαίας ελληνικής Ιατρικής και της ορθόδοξης πνευματικότητας. Ο μυστικός Πατέρας του 7ου αιώνα *Ιωάννης της Κλίμακος* καταθέτει πως ένας ιατρός θεραπεύει τόσο την ψυχή όσο και το σώμα: «*Ιατρός ἔστιν ὁ τό σῶμα καί τήν ψυχὴν κεκτημένος ἄνοσος*». Πράγματι, στη βυζαντινή φιλοσοφία, και ιδιαίτερα στην νεοπλατωνική παράδοση, προβάλλεται και προοδευτικά ενι-

σχύεται η ιδέα του συνδέσμου μεταξύ ψυχής και σώματος<sup>3</sup>. Έτσι, στο πλαίσιο του χριστιανικού πλατωνισμού, στη σχέση μεταξύ σώματος και ψυχής αναδύεται η έννοια της «*ιατρικής της ψυχής*» και της «*φιλοσοφίας του σώματος*».

«*Ιατρική θεραπεία ἔστι μὲν πού καί σώματος, ἔστι δ' ἄρα καί ψυχῆς*». Η εν λόγω ρήση του Θεοδώρητου Κύρου, επιφανούς θεολόγου της Αντιοχειανής Σχολής κατά το πρώτο μισό του 5ου αιώνα, η οποία περιλαμβάνεται στο έργο του ίδιου με τίτλο «*Ελληνικῶν Θεραπευτικῆ Παθημάτων*», απηχεί με εύστοχο τρόπο τη χριστιανική αντίληψη για τον ἀρρηκτο δεσμό σώματος και ψυχής. Κατ' αυτήν, η ασθένεια του σώματος επιφέρει και την ασθένεια της ψυχής. Εξάλλου, ο άγιος Συμεών ο Νέος Θεολόγος, τον 10ο αιώνα, παραλληλίζει τους ιατρούς που προσπαθούν να θεραπεύσουν τις σωματικές νόσους με τους αγίους και ιερείς που θεραπεύουν τα νοσήματα της ψυχής. Ο Γρηγόριος Νύσσης υποστηρίζει με παρρησία ότι η άσκηση της ιατρικής είναι μία δοκιμασία της αγάπης και της φιλανθρωπίας απέναντι στον άρρωστο: «*νόσος φιλοσοφείται και συμφορά μακαρίζεται και το συμπαθές δοκιμάζεται*»<sup>4</sup>. Οι Πατέρες της Εκκλησίας διατρέψαν την πεποίθησή τους ότι η φροντίδα προς τους ασθενείς αποτελεί ύψιστη προσφορά αλληλεγγύης και φιλανθρωπίας. Ακριβώς αυτή η ηθική θεώρηση της νόσου αποτελεί βαθιά καινοτομία του βυζαντινού κόσμου, σε σχέση με την ύστερη αρχαιότητα. Ο Νεμέσιος, επίσκοπος στην πόλη Έμεσα, έζησε περί το 400 μ.Χ. Συνέγραψε το έργο «*Περί φύσεως ανθρώπου*», στο οποίο θέτει το πρόβλημα της ανθρωπίνης ουσίας και της σχέσης με τον υπόλοιπο κόσμο εισάγοντας την πρώτη συστηματική προσπάθεια μίας χριστιανικής ανθρωπολογίας. Κατά τον 8ο αιώνα, ο μοναχός Μελέτιος έγραψε το «*Περί της του ανθρώπου κατασκευής*». Το έρ-

2. Μπαλογιάννης Σ, Αι νευροεπιστήμει εις το Βυζάντιον, Εγκέφαλος(2012),49.35.

3. Κακαβελάκη Α, Η έννοια του πνεύματος στην αρχαία και βυζαντινή φιλοσοφία και ιατρική, Διδακτορική Διατριβή,154-161.

4. Γρηγόριος Θεολόγος, Επιτάφιος λόγος, εις τον ίδιον αδελφόν τον Μέγαν Βασίλειον,PG 46, 788-817.

γο αυτό συγκεντρώνει το σύνολο των απόψεων ιατρών και θεολόγων για την κατασκευή του ανθρωπίνου σώματος. Το μεγάλο βήμα του Μελετίου ήταν η παράλληλη αξιοποίηση και επεξεργασία των φιλοσοφικών προβληματισμών του Νεμεσίου, των έργων του Ιπποκράτη και του Γαληνού και των θεολογικών θέσεων των Πατέρων της Εκκλησίας. Όπως ο ίδιος δηλώνει στο προοίμιο, στόχος του είναι η σφαιρική και ολοκληρωτική μελέτη της ανθρωπίνης οντότητας ως τριμερούς όλου: σώματος, πνεύματος, ψυχής. Σε πολλά χωρία του κειμένου είναι εμφανής ο συγκερασμός ιατρο-φιλοσοφικών απόψεων του αρχαίου ελληνικού πνεύματος με τη χριστιανική οντολογία. Εξετάζει διεξοδικά την ανθρώπινη φύση περιγράφοντας την ανατομία του σώματος, τις δυνάμεις και τα πάθη της ψυχής και του πνεύματος, τις αισθήσεις, τις επιθυμίες, τις κλίσεις και ανάγκες του ανθρώπου, τις ηλικιακές φάσεις και τις εκδηλώσεις τους από τη γέννηση έως το θάνατο. Προβάλλει ως μέγιστη πνευματική κατάκτηση την αυτογνωσία, η οποία οδηγεί στην ένωση με το Θεό. Αξιοσημείωτο είναι ότι, σε πολλές περιπτώσεις, θεωρεί την ασθένεια ως απόρροια της συγκρουσιακής σχέσεως μεταξύ πνεύματος-ψυχής και σώματος, όταν ο άνθρωπος δεν αγωνίζεται επαρκώς να νικήσει τη φυσική του αδυναμία και να ενωθεί με το θείο.

Τα θαύματα στη βυζαντινή ιστοριογραφία συχνά τοποθετούνται απέναντι στη κλασική ιατρική και περιλαμβάνονται στο πλαίσιο της λαϊκής θυμοσοφίας. Ωστόσο, το θαύμα στη Βυζαντινή κοσμοθεωρία θα πρέπει να ενταχθεί μέσα στον πυρήνα της εκκλησιαστικής παράδοσης. Κύριοι εκφραστές της εκ θαύματος θεραπείας ήταν οι Ανάργυροι ιατροί της Ορθόδοξης Εκκλησίας. Οι Άγιοι θεραπευτές άσκησαν το έργο τους αφιλοκερδώς και ανιδιοτελώς. Η παρακλητική για την εκ θαύματος θεραπεία δεν απορρέει μόνο από ένα αίσθημα απαισιοδοξίας ως προς τις ιατρικές πρακτικές, αλλά σχετίζεται με ένα βαθύ αναστοχασμό, με σημερινούς όρους, με μία ολιστική ψυχοσω-

ματική προσέγγιση, η οποία είναι διάχυτη στο βυζαντινό κόσμο. Οι Άγιοι θεραπευτές εμφανίζονται κυρίως στη χριστιανική γραμματεία του 1ου-4ου αιώνα. Από τους εν λόγω αγίους προεξάρχουν οι μορφές του Αγίου Λουκά, καθώς και των Αγίων Αναργύρων, Κοσμά και Δαμιανού. Ο άγιος Λουκάς, ο οποίος συνέγραψε το ομώνυμο Ευαγγέλιο και τις Πράξεις των Αποστόλων, υπήρξε ο ίδιος ιατρός. Στο Ευαγγέλιο περιγράφει τα θαύματα του Χριστού με ιπποκρατικούς όρους αναδεικνύοντας, με τον τρόπο αυτό, τη σύμφυτη σχέση πίστεως και ιατρικής στο πρόσωπο του φωτισμένου Ευαγγελιστή. Η λατρεία των Αγίων Αναργύρων, Κοσμά και Δαμιανού, δανείστηκε αρκετά αρχαϊκά στοιχεία από την ιατρική των Ασκληπιείων. Πράγματι, η πρακτική της εγκοιμήσεως, της πρόκλησης δηλαδή του ιαματικού ονείρου, το οποίο απάλλασε τον ασθενή από τη νόσο, δεν παραμερίστηκε μετά την επικράτηση του Χριστιανισμού στο Ανατολικό Ρωμαϊκό κράτος.

Εν κατακλείδι, ο συγκρητισμός της ιατρικής φιλοσοφικής σκέψης με την χριστιανική θεολογία στο Βυζάντιο έδινε έμφαση στην αραγή ψυχοσωματική ενότητα του αρρώστου. Η ηθική θεώρηση της νόσου αποτέλεσε τη βαθιά καινοτομία του βυζαντινού κόσμου, σε σχέση με την ύστερη αρχαιότητα.

## Βιβλιογραφικές πηγές

- Crisafulli V, Nesbitt J, Haldon J, "The Miracles of St. Artemios", Brill, 1997  
 Γρηγόριος Θεολόγος, «Επιτάφιος λόγος, εις τον ίδιον αδελφόν τον Μέγαν Βασίλειον», PG 46, 788-817  
 Engelhardt H. T., «Τα θεμέλια της Βιοηθικής», Αθήνα, 2017  
 Θεοδωράκη Έφη, «Η εγκοιμήση ως θεραπευτική πρακτική από την αρχαιότητα έως και το Βυζάντιο μέσα από αρχαιολογικά τεκμήρια», Διδακτορική Διατριβή, 2020  
 Κακαβελάκη Α, «Η έννοια του πνεύματος στην αρχαία και βυζαντινή φιλοσοφία και ιατρική», Διδακτορική Διατριβή, 2012  
 Kuczewski M., Polansky R., «Βιοηθική: Αρχαίες θεματικές σε σύγχρονα προβλήματα», Αθήνα, 2007  
 Μπαλογιάννης Σ., «Αι νευροεπιστήμεις εις το Βυζάντιον», περιοδικό «Εγκέφαλος», 49, 2012  
 Νεμέσιος Εμέσης, «Περί φύσεως ανθρώπου», Αθήνα, 2006  
 Χοτζεμπέκογλου Κ., «Το Ιατρικό έργο του Μελετίου Μοναχού: Περί της του ανθρώπου κατασκευής», Διδακτορική Διατριβή, 2019



# Ο Ιός των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV):

Μύθοι, αλήθειες  
και η ανάγκη για ενημέρωση

**Μαρία Ταουσάνη**

Μοριακή Βιολόγος, MSc

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) αποτελεί μία από τις πιο συχνές ιογενείς λοιμώξεις που μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής. Παρά τη μεγάλη του διάδοση, η γνώση γύρω από τον ιό, τις επιπτώσεις του και τα μέτρα πρόληψης παραμένει ελλιπής, τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στις γυναίκες που έχουν ήδη διαγνωστεί ως θετικές στον ιό μέσω του HPV-DNA Test.

Ο ιός HPV έχει συνδεθεί με διάφορες μορφές καρκίνου, όπως του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου, του κόλπου, του πέους και του πρωκτού, ενώ προκαλεί επίσης γεννητικά κονδυλώματα και επαναλαμβανόμενες θηλωματώσεις. Τα στελέχη του ιού κατηγοριοποιούνται σε 'χαμηλού κινδύνου' και σε 'υψηλού κινδύνου'. Τα τελευταία ευθύνονται για περίπου το 99% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, που αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες παγκοσμίως.

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας», του Τμή-

ματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, πραγματοποιήθηκε μελέτη ερωτηματολογίου σε γυναίκες θετικές για τον ιό HPV στην Κεντρική Μακεδονία, όπου εξετάστηκε το επίπεδο γνώσης των γυναικών αυτών σχετικά με τον ιό.

Παρότι η πλειονότητα των γυναικών (86%), όπως απάντησε, γνώριζε για τον ιό HPV, η κατανόηση του τρόπου μετάδοσης και πρόληψης ήταν συγκεκριμένη. Σχεδόν οι μισές (44%) πίστευαν λανθασμένα ότι το προφυλακτικό παρέχει απόλυτη προστασία, ενώ πάνω από τις μισές (54%) θεωρούσαν ότι ο HPV σχετίζεται με τον ιό HIV και μπορεί να προκαλέσει AIDS – κάτι που φυσικά δεν ισχύει. Επιπλέον, το ίδιο ποσοστό πίστευε ότι η μόλυνση από τον HPV οδηγεί υποχρεωτικά σε υπογονιμότητα, ενώ το 50% θεώρησε ότι η θετική διάγνωση του HPV DNA Test συνεπάγεται αναπόφευκτα την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Τα αποτελέσματα υπογράμμισαν επίσης ότι το επίπεδο γνώσης σχετίζεται άμεσα με το μορ-

φωτικό επίπεδο, καθώς οι γυναίκες με χαμηλότερη εκπαίδευση εμφάνισαν περιορισμένη κατανόηση των βασικών στοιχείων για τον ιό.

Ένα σημαντικό εύρημα της μελέτης αφορά τον εμβολιασμό. Μόλις το 30% των γυναικών είχε εμβολιαστεί κατά του HPV, με τα υψηλότερα ποσοστά να παρατηρούνται στις ηλικίες 20-30 ετών. Οι γυναίκες άνω των 51 ήταν όλες ανεμβολίαστες, γεγονός που εξηγείται εν μέρει από το ότι ο εμβολιασμός καθιερώθηκε στην Ελλάδα το 2007. Παρ' όλα αυτά, ακόμη και σήμερα, οι γυναίκες άνω των 30 ετών σπάνια εμβολιάζονται, κυρίως λόγω φόβου, παραπληροφόρησης ή έλλειψης ιατρικής καθοδήγησης.

Αξιοσημείωτο είναι ότι, μετά τη γνωστοποίηση του θετικού αποτελέσματος, οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν πρόθυμες να εμβολιαστούν εφόσον το πρότεινε ο γιατρός τους, πράγμα που σημαίνει πως η σωστή ενημέρωση από επαγγελματίες υγείας μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στη λήψη σωστών αποφάσεων εμβολιασμού.

Το θετικό αποτέλεσμα ενός HPV DNA Test προκαλεί έντονο άγχος. Πολλές γυναίκες βιώνουν φόβο όχι μόνο για την υγεία τους, αλλά και για τον τρόπο που θα αντιδράσει ο σύντροφός τους, ειδικά όταν η λοίμωξη συνδέεται, λανθασμένα, με απιστία. Το ψυχολογικό φορτίο είναι συχνά μεγαλύτερο από τον ίδιο τον ιατρικό κίνδυνο, γεγονός που καθιστά απαραί-

τητη την ευαισθητοποιημένη επικοινωνία εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει κάνει σημαντικά βήματα πρόληψης. Από το 2022, ο εμβολιασμός κατά του HPV παρέχεται δωρεάν τόσο σε κορίτσια όσο και σε αγόρια 9-18 ετών. Επιπλέον, από το 2024, εφαρμόζεται το «Πρόγραμμα Πρόληψης κατά του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας – Σπύρος Δοξιάδης», που προσφέρει δωρεάν HPV DNA Test και Τεστ Παπανικολάου σε γυναίκες 20-65 ετών. Παρά τα προγράμματα αυτά, η μελέτη έδειξε ότι η ενημέρωση παραμένει ανεπαρκής.

Ο HPV είναι ένας ιός με σοβαρές επιπτώσεις, αλλά και με ισχυρές δυνατότητες πρόληψης μέσω του εμβολιασμού και του τακτικού ελέγχου. Η έλλειψη σωστής ενημέρωσης εξακολουθεί να αποτελεί εμπόδιο. Είναι κρίσιμο να ενισχυθούν οι δράσεις εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης, τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες, καθώς ο HPV αφορά και τα δύο φύλα.

Η γνώση, η πρόληψη και η συστηματική ιατρική παρακολούθηση αποτελούν τα πιο αποτελεσματικά «όπλα» μας απέναντι στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και πολιτών, με απλή και σαφή ενημέρωση, είναι το κλειδί για μια κοινωνία πιο συνειδητοποιημένη και πιο υγιή.

### Είπαν

*«Μου φαίνεται ότι η ζωή μου είναι μια συνεχής πάλη απέναντι στις ανοησίες των γιατρών»*

[Βιρτζίνια Γουλφ]



# Στρατηγικές προστασίας του εγκεφάλου στη διάρκεια επεμβάσεων στην θωρακική αορτή

Γεωργία Χατζοπούλου\*

Νοσηλεύτρια ΜΕΘ, υποψήφια διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ

Τα τελευταία χρόνια αυξήθηκε ο μέσος όρος ζωής του πληθυσμού αλλά και οι απαιτήσεις των ανθρώπων για καλύτερη ποιότητα ζωής και πιο μακρά επιβίωση. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ως επακόλουθο, έχουν αυξανόμενο επιπολασμό. Τα ανευρύσματα και οι διαχωρισμοί της θωρακικής αορτής, αν και λιγότερο συχνά από την στεφανιαία νόσο, τις βαλβιδοπάθειες, την αρτηριακή υπέρταση, τις αρρυθμίες, παραμένουν καταστάσεις με υψηλή θνητότητα ακόμα και στα πιο έμπειρα και εξειδικευμένα καρδιοχειρουργικά κέντρα, παρά την πρόοδο της τεχνολογίας και των χειρουργικών τεχνικών. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση καταλήγουν είτε από αδυναμία ελέγχου της αιμορραγίας είτε από μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου λόγω της ισχαιμίας και ανοξίας. Ακολουθούν η καρ-

διακή ανεπάρκεια, η οξεία νεφρική βλάβη, η κυκλοφοριακή κατάρριψη.

Ζωτικής σημασίας για την επιτυχή έκβαση της χειρουργικής θεραπείας είναι η προστασία του εγκεφάλου στη διάρκεια της επέμβασης από την πλημμελή αιμάτωση και την κακή οξυγόνωση. Διάφορα μέτρα λαμβάνονται, όπως η κυκλοφοριακή παύση, η υποθερμία όλου του σώματος και ιδιαίτερα του εγκεφάλου, η ορθόδρομη και παλίνδρομη άρδευση του εγκεφάλου στη διάρκεια της επέμβασης, η διαχείριση της οξεοβασικής ισορροπίας του αίματος και πολλές άλλες τακτικές άλλοτε άλλης βαρύτητας για κάθε ασθενή. Μέχρι τις αρχές του περασμένου αιώνα δινόταν ιδιαίτερη βαρύτητα στην κυκλοφοριακή παύση με υποθερμία, δηλαδή σταμάτημα όλης της κυκλοφορίας του αίματος σε όλο το σώμα αφού προκαλείτο

\*Η συγγραφέας είναι πτυχιούχος του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Αθήνας και αριστούχος απόφοιτος του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένες Καρδιοπνευμονικές Εφαρμογές – Τεχνικές Εξωσωματικής Κυκλοφορίας» του ΑΠΘ. Το άρθρο είναι βασισμένο στα ευρήματα της πτυχιακής εργασίας της.

πτώση της κεντρικής θερμοκρασίας του ασθενούς στους 18-20 °C με τη βοήθεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας. Η χαμηλή θερμοκρασία ελαττώνει δραστικά τον μεταβολισμό και προστατεύει όλα τα όργανα από το σταμάτημα της κυκλοφορίας, με μέγιστο χρονικό περιθώριο την μια ώρα για τον εγκέφαλο.

Από τις αρχές του 2000 οι επιστήμονες επικεντρώθηκαν σε μια άλλη τεχνική προστασίας του εγκεφάλου, στην άρδευση του εγκεφάλου στη διάρκεια της επέμβασης. Για να αφαιρεθεί το πάσχον τμήμα της αορτής και να αναστομωθεί το συνθετικό μόσχευμα, είναι απαραίτητο να διακοπεί προσωρινά η κυκλοφορία του αίματος στα μεγάλα αγγεία του τραχήλου που αιματώνουν τον εγκέφαλο. Με τις τεχνικές σύνδεσης του ασθενούς με την εξωσωματική κυκλοφορία μέσω καθετηριασμού της υποκλειδιάς, της μασχालιάς, της ανώνυμης, της κοινής καρωτίδας αρτηρίας, δεν χρειάζεται κυκλοφοριακή παύση και βαθιά υποθερμία.

Στην εποχή μας ακόμα και η λεπτομέρεια παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση μιας επέμβασης ή μιας θεραπείας. Ο χειρουργός πρέπει να λαμβάνει όλα τα μέτρα που θα συμβάλουν στην επιτυχή έκβαση και τις λιγότερες επιπλοκές. Πρωτοπόρες στάθηκαν οι μελέτες του καθηγητή καρδιοαναισθησιολόγου John Murkin στα τέλη του προηγούμενου αιώνα (1995) για την ρύθμιση του pH. Ο σπουδαίος ερευνητής John Murkin, επισκέπτεται συχνά την Ελλάδα και την Θεσσαλονίκη ως διακεκριμένος ομιλητής και ως μέλος της διεθνούς Εταιρείας Ελάχιστα Επεμβατικής Εξωσωματικής Κυκλοφορίας (MiECTIS) που έχει έδρα την πόλη μας.

Σύμφωνα με τις μελέτες του Murkin υπάρχουν δύο προσεγγίσεις για την διαχείριση της οξεοβασικής ισορροπίας του αίματος κατά την πρόκληση υποθερμίας στο σώμα του αρρώστου που χειρουργείται με τη βοήθεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας. Το alpha-stat και το pH-stat.

Η μέθοδος Alpha-stat διατηρεί τις τιμές

του pH και του CO<sub>2</sub> σαν να ήταν το σώμα σε θερμοκρασία 37 °C, ανεξάρτητα από την πραγματική (χαμηλότερη) θερμοκρασία κατά την υποθερμία. Αυτή η προσέγγιση θεωρείται πιο σταθερή και χρησιμοποιείται κυρίως σε ήπια έως μέτρια υποθερμία, αφού βοηθά στη διατήρηση της κυτταρικής ισορροπίας. Από την άλλη πλευρά, η μέθοδος pH-stat προσαρμόζει τις τιμές pH στη χαμηλή θερμοκρασία. Με την προσθήκη διοξειδίου του άνθρακα (CO<sub>2</sub>) στο μείγμα αερισμού, αυξάνεται η εγκεφαλική αιμάτωση. Αυτή η μέθοδος εφαρμόζεται συνήθως σε περιπτώσεις βαθιάς υποθερμίας, όπου υπάρχει ανάγκη για ενισχυμένη οξυγόνωση του εγκεφάλου.

Μελετώντας τη διεθνή βιβλιογραφία ως προς την διαχείριση της οξεοβασικής ισορροπίας στη διάρκεια της χειρουργικής της θωρακικής αορτής (ανιούσα και τόξο) τα τελευταία 15 χρόνια καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

Σε παιδιά και νεογνά, η μέθοδος pH-stat φαίνεται να υπερέχει λόγω του επιπέδου αυτορρύθμισης που χαρακτηρίζει αυτές τις ηλικίες. Ενώ η τακτική Alpha-stat είναι προτιμότερη και θεωρείται ασφαλέστερη στους ενήλικες, ιδιαίτερα σε πολύπλοκες επεμβάσεις που απαιτούν παρατεταμένη υποθερμία.

Συμπερασματικά, στη χειρουργική της θωρακικής αορτής η επιλογή ανάμεσα σε Alpha-stat και pH-stat πρέπει να γίνεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, τη γενική του κατάσταση, το είδος και τη διάρκεια της καρδιοχειρουργικής επέμβασης.

Τα δεδομένα και τα αποτελέσματα της μελέτης εκτίθενται αναλυτικά στην πτυχιακή εργασία της συγγραφέα, έχουν ελεγχθεί ως προς την αξιοπιστία και την επάρκεια από τους υπευθύνους του μεταπτυχιακού προγράμματος του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου και φυσικά είναι στη διάθεση της επιστημονικής κοινότητας καθώς και των ειδικών με το αντικείμενο ερευνητών.



## Η ζωή μου δίπλα σ' έναν γιατρό

**Ανθούλα Ναούμη**

Συν/χος δασκάλα

Τώρα που τα χρόνια μου πέρασαν ανεπιστρεπτί και πλησιάζω στο τέλος της επίγειας ζωής μου, είναι φυσικό να περνώ τις περισσότερες ώρες της ημέρας στο σπίτι, συντροφιά μ' ένα βιβλίο. Τις ώρες αυτές συχνά η σκέψη γυρίζει στα παλιά. Σαν κινηματογραφική ταινία ξεδιπλώνεται μπροστά μου όλη η προηγούμενη ζωή μου, από τα νεανικά, ανέφελα χρόνια, μέχρι σήμερα που χαράζω αυτές τις γραμμές.

Η σκέψη μου σταματά στη συζυγική ζωή, που άρχισε το 1956, δίπλα σ' έναν πολύ νεαρό γιατρό. Έτσι, από το πουθενά, όπως λέμε, ήρθε η πρόταση, κι εγώ, γοητευμένη από το όλο παρουσιαστικό και την ευγένεια που εξέπεμπε η μορφή του, είπα το 'ναι'. Έτσι στα γρήγορα άρχισε η οικογενειακή μας ζωή. Αυτή τη στιγμή το γράφω σαν ανάμνηση εν συντομία, ενώ ήδη ο σύζυγός μου προ πολλών ετών βρίσκεται στον ουρανό. Οι οικογένειες των γιατρών καθημερινά πληθαίνουν, μια και οι νέοι για διάφορους λόγους αποφασίζουν να ακολουθήσουν την ιατρική. Είναι η επιστήμη που έχει να κάνει με τον ανθρώπινο πόνο. Το επάγγελμα του γιατρού εξακολουθεί να γοητεύει νέους και νέες, και πολλές κοπέλες ονειρεύονται έναν τέτοιο σύντροφο. Με την πείρα της 'ιατροσυ-

ζυγικής' μου ζωής θα 'θελα να καταθέσω κάποιες σκέψεις και βιώματα.

Η ζωή μ' έναν γιατρό δεν είναι και τόσο εύκολη, και ιδιαίτερα όταν και η γυναίκα εργάζεται. Ανάλογα και με την ειδικότητά του, ο γιατρός μπορεί να απουσιάζει πολλές ώρες από το σπίτι, να είναι κουρασμένος από τον φόρτο της εργασίας, από περιστατικά δύσκολα, από εφημερίες και από έκτακτα προβλήματα που προκύπτουν μέρα και νύχτα. Η υπερένταση μπορεί να οδηγήσει σε εκνευρισμό που μεταφέρεται στο σπίτι, κι εδώ είναι καίριος ο ρόλος της συζύγου, που πρέπει να τον αντιμετωπίσει με ευαισθησία και κατανόηση, ιδίως όταν υπάρχουν και παιδιά.

Επιστρέφοντας στα περασμένα της δικής μου ζωής, δεν θυμάμαι κάποια φορά στις μεγάλες γιορτές, Πάσχα και Χριστούγεννα, ενώ ήμασταν καθισμένοι, συγγενείς και φίλοι, γύρω από το εορταστικό τραπέζι, που να μη χτυπήσει το τηλέφωνο για κάτι επείγον. Παθολόγος σε μικρή επαρχιακή πόλη για μια ζωή, οικογενειακός γιατρός (με την κυριολεκτική, παραδοσιακή έννοια) σχεδόν όλων των κατοίκων της περιοχής, ήταν διαθέσιμος για κάθε πρόβλημα υγείας. Χωρίς καμιά δυσανασχέτηση,

έβαζε πρώτα το καθήκον, ακόμη κι όταν πολλές φορές τον καλούσαν μεσάνυχτα σε κάποιο χωριό. Σε εποχές δύσκολες, όταν οι συγκοινωνίες ήταν ανύπαρκτες και οι δρόμοι είχαν το κακό χάλι τους, τον έπαιρναν ακόμη και με τρακτέρ για επισκέψεις ασθενών σε χωριά, όταν ακόμη δεν είχε δικό του αυτοκίνητο.

Μια χρονιά (ήταν ο βαρύς χειμώνας του 1964) τον κάλεσαν σε γειτονικό χωριό. Ξεκίνησε με τρακτέρ. Έριχνε χιονόνερο. Αλλά το χιόνι δεν άργησε να σκεπάσει τα πάντα. Νύχτωσε και δεν είχαμε νέα του. Η τηλεφωνική επικοινωνία εκείνη τη βραδιά είχε διακοπή από την κακοκαιρία. Αποκλεισμένος από τα χιόνια, διανυκτέρευσε σε γειτονικό χωριό, σε αίθουσα του σιδηροδρομικού σταθμού. Μόνο την επόμενη μέρα, μετά το μεσημέρι, αφού άνοιξε ως ένα σημείο ο δρόμος, μπόρεσε να επιστρέψει, και πάλι με τρακτέρ. Ως τότε, μπορείτε να φαντασθείτε την αγωνία μας, τα δάκρυα και τις παρακλήσεις στην Παναγία.

Υπήρξαν πάμπολλες φορές που το πρόγραμμα της ζωής μας άλλαζε ή ματαιωνόταν την τελευταία στιγμή από κάτι έκτακτο. Ενώ ετοιμαζόμασταν για κάποια κοινωνική εκδήλωση π.χ. έναν γάμο, ερχόταν ένα τηλεφώνημα («Γιατρέ, τρέχα...») να ανατρέψει τα σχέδια. Ούτε συζήτηση βέβαια για αντίρρηση ή προσπάθεια αναβολής. Η αίσθηση του καθήκοντος του γιατρού απέναντι στους ασθενείς δεν άφηνε τέτοια περιθώρια, όσο κι αν κανείς άλλα μπορεί να επιθυμούσε. Μέσα μου συχνά αγανακτούσα, γιατί κι εγώ ήμουν εργαζόμενη μητέρα με φόρτο εργασίας και δυο μικρά παιδιά και ζητούσα κάποια διέξοδο. Ωστόσο, μια διαμαρτυρία εκ μέρους μου θα μπορούσε να χαλάσει την οικογενειακή γαλήνη, κάτι που δεν διορθώνεται εύκολα.

Τα μεταπολεμικά εκείνα χρόνια στην ύπαιθρο υπήρχε πολλή φτώχεια και δυστυχία, και πολλές φορές δεν ήθελε να δεχθεί χρηματική αμοιβή. Ήταν η ευχή και η παραίνεση του πατέρα του όταν πρωτοδιορίστηκε: «*Από φτωχό και ορφανό δεν θα παίρνεις χρήματα*». Οι άνθρωποι βέβαια από ευγνωμοσύνη συχνά τον αντάμειβαν σε είδος, με αυγά ή με κανένα κοτόπουλο. Είναι δύσκολο στη σημερινή εποχή, με τις πολλές ιατρικές ειδικότητες και την σχετική οικονομική ευχέρεια, να φαντασθεί κανείς τις συνθήκες που επικρατούσαν την εποχή εκείνη και τον τρόπο της εργασίας ενός γενικού παθολόγου που αναγκαζόταν να αντιμετωπίζει ένα πλήθος προβλημάτων, με περιορισμένα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα. Σήμερα με τις πολλές εξειδικεύσεις και τα διαθέσιμα μέσα τα πράγματα είναι τελείως διαφορετικά, ενώ το βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων, ακόμη και με τις υπάρχουσες δυσκολίες, δεν μπορεί να συγκριθεί με εκείνο της μεταπολεμικής υπαίθρου.

Τώρα, γιατί τα γράφω αυτά; Οι εποχές αλλάζουν, και μαζί τους και οι συνθήκες εργασίας, αλλά το στρες και το άγχος και οι ιδιαιτερότητες του ιατρικού επαγγέλματος δεν μειώνονται. Το βάρος για την αντιμετώπιση του άγχους αυτού πέφτει στη σύζυγο. Το μόνο ισχυρό όπλο που έχει είναι η πίστη στον Θεό. Το βλέμμα της να είναι στραμμένο στην Μητέρα Παναγία, για να αντλεί δύναμη, κουράγιο, ανεκτικότητα και υπομονή, για μια συμπόρευση ζωής γαλήνια και ειρηνική μέχρι το τέλος. Στη θύμησή μου έρχονται οι στίχοι του Γ. Βερίτη: «*Μαζί θα περπατήσουμε χειμώνες καλοκαίρια, και στις γαλήνες τις στιγμές και στ' αγριοκαίρια*».



## Στο ιατρείο

**Alphonse Daudet\***

Μετάφραση: Γιάννης Πατσώνης

Κατέβηκε από την άμαξα μπροστά σ' ένα μέγαρο στην πλατεία Βαντόμ, πήρε τον δεκάχρονο γιο της από το χέρι και, βαδίζοντας γρήγορα, κατευθύνθηκε προς το θυρωρείο. Με βαθιά θλίψη ζήτησε ένα όνομα, από τα πλέον επιφανή της επιστημονικής κοινότητας.

«Ο γιατρός Μπουσερώ; Πρώτος όροφος, η πόρτα μπροστά σας, όμως αν δεν έχετε νούμερο, τζάμπα θα πάτε...».

Δεν απάντησε, όρμησε στη σκάλα, τραβώντας το παιδί από πίσω, με τον φόβο μην και τους ξαναφωνάξουν.

Και στον πρώτο όροφο της είπαν τα ίδια: εάν η μαντάμ δεν γράφτηκε από την προηγούμενη...

«Θα περιμένω», είπε.

Ο βοηθός, δίχως να επιμένει, την οδήγησε σ' έναν προθάλαμο, όπου ήταν αρκετοί καθισμένοι σε скаμνάκια. Μετά, προχώρησαν σε ένα, άλλο χώρο επίσης γεμάτο με κόσμο, ώσπου τελικά άνοιξε με επισημότητα η πόρτα του μεγάλου σαλονιού, που την ξανάκλεισε αμέσως μόλις ήρθαν η μητέρα με το παιδί, σαν να 'θελε να πει:

«Αφού θελήσατε να περιμένετε, περιμένετε λοιπόν».

Ήταν ένα ευρύχωρο διαμέρισμα, ψηλοτάβανο, όπως όλα του πρώτου ορόφου στην πλατεία Βαντόμ, με πολυτελείς διακοσμήσεις, ζωγραφιές στην οροφή, με ξύλινες επενδύσεις

και πίνακες. Στο βάθος ξεχώριζε σαν παραφωνία ένα έπιπλο με βυσινί βελούδο, επαρχιώτικης φόρμας.

Η απουσία οποιουδήποτε καλλιτεχνικού αντικείμενου φανέρωνε πως στο ενδιαίτημα αυτού του μετριόφροντα και εργατικού γιατρού η φήμη έφτανε απρόοπτα, χωρίς καμία ιδιαίτερη δαπάνη για τους χώρους αναμονής και υποδοχής. Μα και τι είδους φήμη! Τέτοια, που μόνο το Παρίσι μπορεί να προσφέρει, όταν συνδυάζεται από τα πιο υψηλά έως τα πιο χαμηλά στρώματα της κοινωνίας, στην επαρχία, στο εξωτερικό, σε ολόκληρη ακόμα την Ευρώπη, κι αυτό εδώ και μια δεκαετία, χωρίς σταματημό, δίχως να ελαττώνεται, με μια ομόφωνη αποδοχή από συναδέλφους που ομολογούσαν πως η επιτυχία αυτή τη φορά, αφορούσε έναν αληθινά σοφό, κι όχι έναν μασκαραμένο τσαρλατάνο. Αυτό, βέβαια, που αξίζει στον Μπουσερώ, αυτή η παράξενη κοσμοσυρροή, οφείλεται λιγότερο στο θαυμαστό χέρι του επιδέξιου χειρουργού, στις υποδειγματικές παραδόσεις μαθημάτων ανατομίας, στη γνώση της ανθρώπινης οντότητας, αλλά πιο πολύ στο φως, στη διαίσθηση που τον οδηγεί πιο καθαρή, πιο σταθερή από το ασημί των χειρουργικών εργαλείων, σ' αυτό το χαρισματικό του μάτι, μάτι των μεγάλων διανοητών και των ποιητών, που συνδέει κατά βάθος τη φαντασία

\*Ο Αλφόνς Ντωντέ (Alphonse Daudet, 13 Μαΐου 1840 – 16 Δεκεμβρίου 1897) υπήρξε Γάλλος μυθιστοριογράφος.

με την επιστήμη. Ο κόσμος δέχεται τις συμβουλές του όπως μιας Πυθίας, με πίστη τυφλή, χωρίς λογική εξήγηση. Όταν αποφαινόταν «Αυτό δεν είναι τίποτα», οι χωλοί περπατούσαν, οι ετοιμοθάνατοι γιατρεύονταν. Μια τέτοια δημοφιλία ενεργή, πειστική, τυραννική, που δεν σ' αφήνει ελεύθερο χρόνο για να ζήσεις, να αναπνεύσεις. Διευθυντής σε ένα μεγάλο νοσοκομείο, κάθε πρωί έκανε την μεγάλης διάρκειας επίσκεψή του πολύ λεπτομερώς, ακολουθούμενος από μια προσεκτική ομάδα νεαρών γιατρών που έβλεπαν τον μαίτρ σαν Θεό, τον συνόδευαν, του έδιναν τα εργαλεία του, γιατί ο Μπουσερώς ποτέ δεν τα τοποθετούσε στη θέση τους. Όταν έβγαινε έξω, έκανε κάποιες επισκέψεις, και μετά, ξαναγύριζε στο γραφείο, και συχνά, χωρίς να έχει προλάβει να γευματίσει, άρχιζε τις επισκέψεις που παρατείνονταν μέχρι αργά το βράδυ.

Εκείνη τη μέρα, αν και δεν είχε περάσει το μεσημέρι, η σάλα της αναμονής ήταν γεμάτη με σκοτεινές φιγούρες, ανήσυχες, αραδιασμένες στη σειρά, σε καρέκλες ή μαζεμένες κοντά σ' ένα στρογγυλό τραπέζακι με ένα ποδαράκι στο κέντρο του. Καθένας ήταν απασχολημένος με τον εαυτό του, στριμωγμένος μέσα στο βάσανο του, απορροφημένος στην αγωνία για το τι θα γνωματεύσει ο σοφός. Ανάμεσα στους απεγνωσμένους, περιχαρακωμένους στο εγώ τους, η μητέρα εκείνη με τον μικρό συνοδό της σχημάτιζαν ένα συγκινητικό σύνολο: το παιδί ωχρό και ευάλωτο, στο μουτράκι του με τα σβησμένα τα χαρακτηριστικά του ξεχώριζε μόνο ένα ζωηρό ματάκι. Η μητέρα του δίπλα του ήταν βυθισμένη σε μια τρομερή ανυπομονησία, σαν μαρμαρωμένη.

Αληθινή διακοπή της ζωής εκείνων των στιγμών ήταν αυτές οι σκηνές πίσω από την πόρτα του διάσημου γιατρού, μια κατάσταση ύπνωσης, που την διακόπτει ένας αναστεναγμός, μια φούστα που αναδιπλώνεται, ένας βήχας, ένα πνιγμένο παράπονο, ή το κουδούνισμα που σήμαινε κάθε τόσο, αναγγέλλοντας ένα νέο ασθενή που, ανοίγοντας την πόρτα και,

βλέποντας το πλήθος, την ξανακλείνει με τρόπο, όμως σε λίγο, μετά από σκέψη και μια σύντομη μάχη, ξαναγυρνά, αποφασίζοντας να περιμένει με υπομονή. Να γιατί στο ιατρείο του Μπουσερώδ δεν ευνοούνταν χατίρια και πλάγια μέσα, η ισότητα επικρατεί στα κόκκινα από το κλάμα μάτια, στα ταραγμένα μέτωπα, στις θλιβερές καταστάσεις, που είναι συνήθεις στο ιατρείο ενός διάσημου Παριζιάνου θεραπευτή.

Ανάμεσα σ' αυτούς που κατέφθασαν τελευταία, κι ένας χωρικός, ξανθός, ηλιοκαμένος, με πλατύ πρόσωπο, γερό σκαρί, συνοδεύοντας ένα πλασματάκι ραχιτικό, που άλλοτε στηρίζεται στη μια πλευρά κι άλλοτε στην άλλη, κρατώντας ένα δεκανίκι. Ο πατέρας του, με τρυφερές προφυλάξεις, γέρνει την πλάτη του που έχει καμπουριάσει από τη σκληρή δουλειά, κάτω από την καινούργια του ποδιά και, απλώνοντας τα χοντροκομμένα του δάχτυλα για να καθίσει το παιδί, του λέει: «Είσαι καλά; έλα, βολέψου, από κάτω θα βάλω το μαξιλάρι». Μιλάει με δυνατή φωνή, χωρίς να νοιάζεται που αναστατώνει τους άλλους, ωστόσο βρει καθίσματα, ένα σκαμπό... Το παιδί τρομαγμένο, εξαγνισμένο από βασανιστικούς πόνους παραμένει σιωπηλό, και με το κορμάκι του λυγισμένο, κρατά τα δεκανίκια ανάμεσα στα πόδια του. Τέλος, αφού έπιασαν μια θέση, ο χωρικός αρχίζει να γελάει, με δάκρυα στα μάτια. «Ε... να λοιπόν που φτάσαμε εδώ... Θα σε γιατρέψει γρήγορα ετούτος ο ξακουστός γιατρός».

Ύστερα στέλνει ένα χαμόγελο σ' όλους τους συγκεντρωμένους εκεί μέσα, και είναι σαν να συγκρούεται με την σκληρή ψυχρότητα των προσώπων τους. Μόνο η μαυροφορεμένη κυρία που την συνοδεύει επίσης ένα παιδί, τον κοιτά με καλοσύνη, αν και μέχρι τότε είχε ένα ύφος περήφανο. Αυτός ξανοίγεται και της μιλάει αφηγούμενος την ιστορία του, ε... να, τον λένε Ραιζού, περιβολάρης στην Βαλεντόν, η γυναίκα του μένει σχεδόν πάντα άρρωστη, και δυστυχώς τα παιδιά του κληρονομήσανε τον χαρακτήρα τους πιο πολύ απ' αυτήν παρά από του λόγου του, που είναι τόσο δυνατός και γενναίος, και πως τα τρία μεγαλύ-

τερα παιδιά του πέθαναν από μια ασθένεια στα κόκκαλα τους, αλλά το στερνοπαίδι του αυτό θαρρούσαν πως θα ανασταίνονταν καλά, μα εδώ και μερικούς μήνες τράβηξε τον δρόμο των άλλων. Ε, τότε κι αυτός πέταξε ένα στρώμα στον πάγκο του κάρου και κίνησαν για να δουν τον Μπουσερώ...

Κι όλα αυτά τα λέει τονίζοντας τα επίσημα, με την αργοκίνητη επαρχιώτικη προφορά του, κι ενώ η γυναίκα τον ακούει συγκινημένη, τα δυο μικρά ανάπηρα παιδιά περιεργάζονται την αίθουσα εκείνη, ενωμένα από την αρρώστια τους που προσέδιδε και στα δύο μια μελαγχολική ομοιότητα: στο ένα που φορούσε μπλούζα και το μάλλινο κασκόλ, και στο άλλο που ήταν σκεπασμένο με ένα κομφό γουνάκι.

Αλλά ένα ρίγος διατρέχει τώρα την σάλα, το κοκκίνισμα μετατρέπεται σε ωχρότητα, και όλα τα κεφάλια στρέφονται προς την υψηλή πόρτα, από πίσω της ακούγεται ένας θόρυβος από βήματα κι από μετακινούμενα καθίσματα. Είναι εκεί ο γιατρός, όπου να 'ναι θα φτάσει.

Τα βήματα πλησιάζουν. Μέσα από την μισάνοιχτη πόρτα που τραβήχτηκε απότομα, φάνηκε ένας άντρας μετρίου αναστήματος κοντόχοντρος, με τετράγωνους ώμους, γυμνό μέτωπο και αυστηρά χαρακτηριστικά. Κοίταξε ερευνητικά ένα γύρο, και η ματιά του διασταυρώθηκε με τόσα άλλα αγωνιώδη βλέμματα ανιχνεύοντας παλιούς και πρόσφατους πόνους.

Κάποιοι πέρασε, και το φύλλο της πόρτας ξανάκλεισε.

— Δεν μου φαίνεται και τόσο καλόβολος, λέει ο Ραιζού χαμηλόφωνα και, για να βεβαιωθεί, κοιτάζει τους άλλους που προηγούνται στη σειρά.

Ένα πραγματικό πλήθος, οι λιγοστές εμφανίσεις του γιατρού και οι μακρόσυρτες ώρες αναμονής, μαρκαρισμένες από την κινούμενη σφραγίδα, αντηχούν από το παλιό επαρχιακό εκκρεμές, κρεμασμένο από μια Πολύμνια.

Κάθε τόσο μια θέση κερδίζεται: μια μετακίνηση μοιράει ζωνάκι στη σάλα, όμως σε λίγο όλα ξαναγίνονται σκυθρωπά και ακίνητα.

Από τη στιγμή που ήρθε η μητέρα εκείνη, ούτε ανασήκωσε το βέλο που σκέπαζε το πρόσωπο της, ούτε μίλησε, κι αυτός ο Ραιζού αφήνεται στη σιωπή του, ίσως στην προσευχή του μες στο μυαλό του, κάτι που είναι τόσο επιβλητικό, και μένει κι αυτός άφωνος, με βαθείς αναστεναγμούς.

Ξαφνικά, ανασύρει από την τσέπη του – μια απ' τις πολλές που έχει – ένα μπουκαλάκι, ένα κύπελλο, ένα μπισκότο μέσα σε χαρτί, που το ξετυλίγει αργά, προσεκτικά, για να κάνει ένα «βούτηγμα» με αυτό και να το δώσει στο αγόρι του, μα εκείνο, μουσκεύοντας τα χείλη του, σπρώχνει το ποτήρι και το μπισκότο «όχι, όχι, δεν πεινάω», και τότε με αυτήν την τόσο εξουθενωτική φιογούρα ο Ραιζού θυμάται πως και τα άλλα τρία μεγαλύτερα παιδιά του ποτέ τους δεν πεινούσαν. Τα μάτια του βουρκώνουν, τρέμουν τα μάγουλα του μ' αυτή την σκέψη και αμέσως «μην κουνηθείς, φίλε μου, θα πάω να δω αν το κάρο είναι στη θέση του εκεί κάτω». Και νάτον που κατεβαίνει για να σιγουρευτεί πως το κάρο στέκεται πάντα κοντά στο πεζοδρόμιο. Όταν επιστρέφει χαμογελαστός, φαντάζεται πως κανένας δεν βλέπει τα κοκκινισμένα μάτια του, τα μελανά του μάγουλα που σκούπιζε με βιάση, πιέζοντάς τα με τη γροθιά του για να καταπιεί τα δάκρυα του.

Αργές περνάνε οι ώρες, θλιβερές. Τα πρόσωπα μέσα στο σαλόνι όπου πέφτει το σκοτάδι, φαίνονται πιο ωχρά, πιο ανήσυχα. Γυρνάνε ικετευτικά προς τον ατάραχο Μπουσερώ, που κάνει την τακτική του εμφάνιση. Ο χωρικός από την Βαλεντόν, αποθαρρημένος, συλλογίζεται πως θα γυρίσουν στον τόπο τους βραδιάτικα, με την γυναίκα του να 'ναι αναστατωμένη, και πως ο μικρός ίσως αρπάξει κανένα κρυολόγημα. Ο καημός του είναι τόσο δυνατός, που ξεσπάει μεγαλόφωνα με μια συγκινητική αφέλεια. Ύστερα από πέντε ώρες θανάσιμες, φτάνει και η σειρά της μητέρας, η οποία όμως παραχωρεί τη θέση της στον απλοϊκό Ραιζού.

«Ω... ευχαριστώ μαντάμ»

Η εξάντληση που νιώθει δεν του δίνει περι-

θώριο για να παριστάνει τον δύσκολο, γιατί η πόρτα σε λίγο θα ανοίξει. Παίρνει αμέσως τον γιο του, τον ανασηκώνει, του δίνει το δεκανίκι του, κι είναι τόσο συγκινημένος, που δεν βλέπει αυτό που η κυρία αφήνει να γλιστρήσει στο χέρι του φτωχού ανάπηρου «για σας... για σας...»

Ω!... πόσο η μητέρα με το παιδί βρίσκουν μακριά αυτή την τελευταία αναμονή, που την αυξάνει με το βάρος της η επερχόμενη νύχτα από τον φόβο που τους παγώνει! Επιτέλους, φτάνει η σειρά τους, μπαίνουν σ' ένα ευρύτατο γραφείο, που φωτίζεται από ένα φαρδύ παράθυρο, που βλέπει προς την πλατεία και διατηρεί ακόμη το φως της ημέρας παρ' όλη την περασμένη ώρα.

Το απλό γραφείο μοιάζει με ενός επαρχιακού γιατρού ή κάποιου παραλήπτη και καταγραφέα αρχείων. Ο γιατρός είναι καθισμένος, έχοντας την πλάτη του γυρισμένη στο φως που πέφτει πάνω τους νεοφερμένους: τη γυναίκα αυτή που, όταν ανασήκωσε το πέπλο της φαίνεται ένα νεαρό πρόσωπο δυναμικό, με φωτεινή απόχρωση, με κουρασμένα μάτια από αγρυπνίες οδυνηρές και τον μικρό με γερό το κεφάλι του, λες και τον πληγώνει το φως.

«Λοιπόν, τι γίνεται;» λέει ο Μπουσερώ με καλοσύνη, και με πατρική χειρονομία, γιατί κάτω από την αυστηρότητά του κρύβεται μια σπάνια ευαισθησία, που ακόμη δεν την έχουν εξαλείψει σαράντα χρόνια στο επάγγελμα του.

Προτού απαντήσει η μητέρα, κάνει ένα νεύμα στον γιο της για ν' απομακρυνθεί, και μετά, διηγείται με ξενική προφορά, πως το παιδί της, πριν ένα χρόνο, ύστερα από ατύχημα, έχασε το δεξί του μάτι, μα τώρα τα προβλήματα προχωράνε και στο αριστερό, με ομίχλη και θάμπωμα στην όραση του. Για να αποφύγουμε την πλήρη τύφλωση, μας συμβουλεύουν την εξόρυξη του νεκρού οφθαλμού. Είναι δυνατόν να γίνει αυτή; Θα μπορέσει το παιδί να αντέξει στην επέμβαση;

Ο Μπουσερώ ακούει προσεκτικά, γερμένος στην άκρη της πολυθρόνας του, προσηλωμένος σε αυτό το ακατάδεχτο στόμα με κόκκινα χείλη από ένα αίμα καθαίο, που ποτέ

τους δεν τα ακούμπησε φκιασίδι. Στη συνέχεια, όταν απόσωσε η μητέρα:

«Η εκρίζωση που σας προτείνω, μαντάμ, γίνεται καθημερινά και δίχως κίνδυνο, εκτός από κάποιες περιπτώσεις εντελώς εξαιρετικές. Μια μοναδική φορά, είχα μια αποτυχία στην καριέρα μου, στο Λαριμπουαζιέρ, πριν είκοσι χρόνια με ένα γεράκο ρακοσυλλέκτη, αλκοολικό, υποσιτισζόμενο, που δεν μπόρεσε να αντέξει την επέμβαση, μα εδώ δεν είναι το ίδιο... ο γιος σας δεν έχει, βέβαια, μια γερή κράση, όμως προέρχεται από μια όμορφη και προσγειωμένη μάνα που του μετέδωσε μέσα στις φλέβες... Μα θα το δούμε αυτό στη συνέχεια...»

Φωνάζει το παιδί, και, για να το χαλαρώσει κατά τη διάρκεια της εξέτασης, το ρωτάει χαμογελαστά:

«Πως σε λένε;

— Λεοπόλντ, μεσιέ

— Ποιος Λεοπόλντ;»

Ο μικρός κοιτάζει τη μητέρα του χωρίς να απαντά.

«Εντάξει, Λεοπόλντ, πρέπει να βγάλουμε το σακάκι σου και το γιλέκο... για να σε δω καλά και για να σ' ακούσω παντού...»

Το παιδί ξεντύνεται αργά, αδέξια, με τη βοήθεια της μητέρας του, της οποίας τρέμουν τα χέρια, και του καλού πατέρα Μπουσερώ που είναι πιο επιδέξιος απ' τους δύο. Ω! το καχεκτικό, ραχικό σωματάκι, με τους ώμους να στρέφονται προς το στενό στήθος σαν φτερά πουλιού μαζεμένα πριν το πέταγμα, και από μια σάρκα τόσο χλωμή όσο η ωμοπλάτη, τα μενταγιόν να ξεχωρίζουν εκεί, μες στην θλιβερή μέρα, όπως πάνω στον γύψο ενός τάματος. Η μητέρα χαμηλώνει το κεφάλι σχεδόν ντροπιασμένη για το δημιούργημά της, ενώ ο γιατρός κάνει την ακρόαση και την επίκρουση, διακόπτοντας για μερικές ερωτήσεις

«Ο πατέρας είναι ηλικιωμένος, έτσι δεν εί-  
ναι;

— Όχι, μεσιέ... Μόλις τριάντα πέντε.

— Άρρωστος συχνά;

— Όχι, σχεδόν ποτέ.

— Καλώς... ντύσου πάλι, παιδί μου».

Βουλιάζει στην μεγάλη πολυθρόνα με βαριά περισυλλογή, ενώ το παιδί, αφού φόρεσε πάλι το γαλάζιο βελούδο του και τη γούνα του, πάει να ξαναπάρει τη θέση του στο βάθος, χωρίς να του το πει κανείς. Έχει συνηθίσει πια, μετά ένα χρόνο τόσο σ' αυτά τα μυστήρια, τους ψιθυρισμούς, σχετικά μ' αυτό το κακό που το έχει βρει, που δεν ανησυχεί πια, δεν προσπαθεί να εννοήσει, παραιτείται. Όμως η μητέρα τι αγωνία, τι βλέμμα προς τον γιατρό...

«Και λοιπόν;

— Μαντάμ, λέει ο Μπουσερώ με χαμηλωμένη τη φωνή, μετρώντας τις συλλαβές σε κάθε λέξη, το παιδί σας, όντως, απειλείται να χάσει την όραση του. Κι όμως... αν ήταν ο γιος μου, δεν θα τον χειρουργούσα... χωρίς να μου δίνει μια σαφή εξήγηση αυτή η μικρή ύπαρξη, διαπιστώνω περίεργες διαταραχές, ένα κλωνισμό όλης της δομής της, και πρωτίστως το πλέον μολυσμένο αίμα, το πλέον εξασθενημένο, το πλέον φτωχό...

— Το βασιλικό αίμα! κραυγάζει η Φρειδερίκη, και ορθώνεται απότομα επαναστατημένη. Βλέπει ξαφνικά εμπρός της την ωχρή μορφή του πρωτοτόκου της μέσα στο μικρό του φέρετρο, φορτωμένο με ρόδα. Ο Μπουσερώ, όρθιος κι αυτός, αυτομάτως φωτίστηκε από αυτές τις τρεις λέξεις, και αναγνώρισε την βασίλισσα της Ιλλυρίας που δεν την είχε δει ποτέ του αφού αυτή δεν πήγαινε πουθενά, αλλά της οποίας τα πορτρέτα υπήρχαν παντού.

«Ω! μαντάμ... Εάν γνώριζα...

— Μην ζητάτε συγγνώμη, λέει η Φρειδερίκη, πιο ήρεμη, ήδη, έχω έρθει εδώ για ν' ακούσω την αλήθεια, αυτή την αλήθεια που δεν την έχουμε ποτέ, εμείς οι άλλοι, ακόμη σε εξορία.. Α! μεσιέ Μπουσερώ, πόσο δυστυχισμένες είναι οι βασίλισσες. Υποθέστε πως είναι όλοι τους εδώ για να με καταδιώξουν γιατί επιχειρώ να χειρουργήσω το παιδί μου! Κι όμως γνωρίζουν καλώς πως πρόκειται για τη ζωή του... Αλλά το δικαίο του κράτους!... Σ' ένα μήνα, ίσως νωρίτερα, σε δεκαπέντε μέρες, οι Dietes της Ιλλυρίας θα σταλούν σ' εμάς... Χρειάζεται να έχουμε ένα βασιλιά για να τους τον δείξουμε...

Έτσι που είναι τώρα, κάτι γίνεται, αλλά τυφλός! Κανείς δεν θα το ήθελε αυτό... Εμπρός λοιπόν, μπροστά στον κίνδυνο να τον σκοτώσουν, η εγχείρηση!... Βασιλείεις ή πεθαίνεις... Και θα γίνω συνένοχος γι' αυτό το κρίμα... Φτωχούλη μου, μικρέ Ζάρα! ... Ποιον ενδιαφέρει αν βασιλεύει, Θεέ μου!... Να ζει, να ζει! ...

Στις πέντε η ώρα. Το βράδυ πέφτει. Μεσ στον δρόμο του Ριβολί, φρακαρισμένο από την επιστροφή από το Δάσος, η ώρα των δειπνων, τ' αμάξια προχωρούν αργά, ακολουθώντας το κιγκλίδωμα του Κεραμεικού που μοιάζει, χτυπημένο από το πρόωρο ηλιοβασιλέμα, ν' απλώνεται πάνω στους διαβάτες σε λεπτές μακριές βέργες. Ολόκληρη η πλευρά της Αψίδας του Θριάμβου είναι ακόμα πλημμυρισμένη από ένα βορινό, ρόδινο φως, η άλλη από ένα βιολετί πένθιμο που πυκνώνει με σκιές προς τις άκρες. Από εδώ κυλάει το βαρύ αμάξι με τον σπλισμό της Ιλλυρίας. Στη στροφή της οδού Καστιγιόν, η βασίλισσα βρίσκει και πάλι ξαφνικά το μπαλκόνι του «Hotel des Pyramides» και τις αυταπάτες με τον ερχομό της στο Παρίσι, μελωδικές και προσχεδιασμένες σαν την μουσική από χάλκινα όργανα της μπάντας που αντηχεί αυτή την μέρα στους σωρούς των φυλλωμάτων. Πόσες απογοητεύσεις από τότε, τι μάχες! Τώρα τελείωσαν, τέλος. Η δυναστεία σβήνει... Παγωνιά θανάτου που πέφτει στους ώμους, ενώ το λαντώ προχωρεί προς τη σιά, πάντα προς τις σκιές. Κι έτσι δεν βλέπει, το τρυφερό, φοβισμένο, ικετευτικό βλέμμα που το παιδί στέλνει από τη μόρια του.

— Μαμά, αν δεν είμαι πια βασιλιάς, θα με αγαπάτε και πάλι;

— Ω μονάκριβό μου!

Σφίγγει με πάθος το μικρό χέρι που απλώνεται προς το δικό της... Εμπρός, η θυσία έγινε. Με μια θερμή ξανά, παρηγορημένη από το σφιχταγκάλιασμα, η Φρειδερίκη δεν είναι παρά μια μητέρα, τίποτε άλλο από μητέρα.



## Ποιήματα

Ευαγγελινή Μπαλτατζή

Συν/χος βιοπαθολόγος

### Άμστερνταμ

13.09.03

Τρίτη πρωί  
δίπλα στο κανάλι στο «Hotel Okura»  
Μια στιγμή γαλήνης, χίλιες στιγμές ζωής  
Θεέ μου τούτη τη γαλήνη  
Σου χρωστῶ  
Και ὄχι μόνο  
Γιὰ ὅλα Σὲ εὐχαριστῶ  
Δίπλα μου Σὲ νιώθω  
Χάρη σ' Ἐσὲ ζῶ  
Και ὄχι μόνο  
Δίπλα στο κανάλι  
Πλάι στο ταπεινὸ χορτάρι  
Μὲ τὰ πουλιὰ τριγύρω  
Τὸν ἥλιο ψηλὰ  
Και ἐγὼ χαμηλὰ  
Μὴν ἀφήσεις ἀπὸ τὰ μάτια Σου τὴ γῆ μας  
Σ' εὐχαριστῶ

Ευαγγελινή Μπαλτατζή, *Εἶσαι ἓνα ὄνειρο που ὅταν ξυπνῶ  
υπάρχεις*. Εκδόσεις ΤΟ ΡΟΔΑΚΙΟ, 2022, σ. 109

### Πύργος Τήνου

21.10.09

Μιά μέρα πού ὁ ἥλιος λάμπει  
ὅπως τὸ πνεῦμα καὶ ἡ ψυχὴ  
τοῦ Γιαννούλη Χαλεπᾶ  
Μέσα ἀπὸ τὴν τέχνη του  
ἔδειξε ἄλλη μιὰ φορὰ  
πὼς καὶ πίσω ἀπὸ τὰ σύννεφα  
υπάρχει φῶς  
Τὸν εὐχαριστοῦμε

Ευαγγελινή Μπαλτατζή, *Εἶσαι ἓνα ὄνειρο που ὅταν ξυπνῶ  
υπάρχεις*. Εκδόσεις ΤΟ ΡΟΔΑΚΙΟ, 2022, σ. 111



## Ποιήματα

Αναστάσιος Ελ. Πτωχός

Συν/χος ουρολόγος

### ΕΝΑΣ ΥΨΗΛΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ

Ήταν μαλωμένοι στο χωριό από χρόνια  
για πολλά και διάφορα  
και πώς τὰ 'φερε η κακιά η ώρα  
και τους έβαλαν,  
λόγω της τροφικής δηλητηρίασης,  
στον ίδιο θάλαμο, σε διπλανά κρεβάτια.  
Εκτός απ' όλα τ' άλλα τα δύσκολα  
ανέβασαν κι οι δυο τους πυρετό υψηλό  
που προβλημάτιζε και τον γιατρό.  
Η γυναίκα τού πρώτου δεξιά  
θυμήθηκε πως, κάποτε θυμωμένος,  
έλεγε στο σπίτι, για τον άλλον:  
«Εγώ μαζί του δεν θέλω να μοιραστώ  
ούτε τον ψηλό μου πυρετό!»  
και συλλογίστηκε  
πώς έρχονται καμιά φορά τα πράγματα!

### Ο ΜΑΣΤΟΡΑΣ

Όταν ήμουνα μικρός  
ασχολούμουν με εργαλεία,  
σφυριά, πριόνια, πένσες, κατσαβίδια  
κι έκανα λογής-λογής μαστορέματα.  
Οι μεγάλοι έλεγαν  
«να δείτε αυτός θα γίνει  
μάστορας μηχανικός»  
αλλά εγώ στο τέλος  
έγινα χειρουργός,  
δηλαδή, πάλι μαστορέματα!



# Ποιήματα

Δέσποινα Χίντζογλου-Αμασλίδου

## Αυτάρκεια

Αυτάρκεια λεν τον θησαυρό μου,  
κι είμαι τυχερή που δεν τελειώνει,  
δεν κινδυνεύει από τους κλέφτες,  
δεν τη φθονούν διόλου οι φθονεροί.

Αυτάρκεια λεν τον θησαυρό μου,  
κι ενώ δεν χρειάζεται κλείδωμα,  
καμιά φορά χάνεται από μόνη της,  
όταν η σκέψη μου κολλάει στην ύλη.

Αυτάρκεια λεν τον θησαυρό μου,  
κι ακόμη δεν ξέρω αν τον κατέχω.

## Πώς έγινε αυτό;

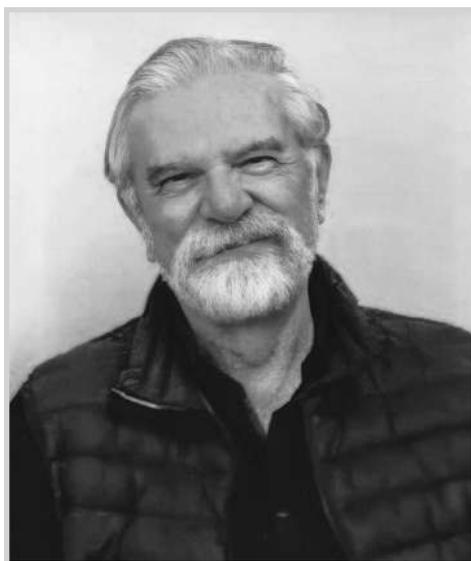
Κοιμήθηκα νέα και ξύπνησα γριά.  
Σκέβρωσα, άσπρισα, λέκιασα, μέσα σε μια νύχτα.  
Κοιμήθηκα και ξύπνησα τρομοκρατημένη, κι  
αναρωτήθηκα,  
πώς έγινε αυτό.  
Δεν το 'ξερες; Μου 'πε ο σοφός. Έτσι είναι η  
ζωή μας, ένας ύπνος  
ταραγμένος και σύντομος. Αποδέξου το ήρεμα  
και σοφά!  
Δίπλα κι οι άλλοι γέροι ψάχνονται και κοιτιού-  
νται απορημένοι.  
Παιδιά και νέοι ανάμεσά μας, δεν βλέπουν, ού-  
τε ξέρουν κάτι.  
Αποφασίσαμε να σιωπήσουμε, να μην τους  
εξηγήσουμε τίποτε!  
Έτσι είναι καλύτερα, είπαμε. Ας τους αφήσου-  
με να κοιμηθούν.  
Γιατί να τους χαλάσουμε το όνειρο; Αύριο θα  
ξυπνήσουν και θα καταλάβουν!  
Θα καταλάβουν, όταν θα 'ναι γέροι!



## Δημήτρης Σεβρής (1956-2025)

«Να έρθω να μου κάνεις μια σπιρομέτρηση;». Και βέβαια. Αθώο και συνηθισμένο το αίτημα στην ειδικότητά μου. Τίποτε δεν με είχε προετοιμάσει γι' αυτό που θα άκουγα αμέσως μετά την 'καλημέρα', λίγο μετά τα Χριστούγεννα. «Έχω ALS» μου είπε, και βούρκωσε. Τα δυο δευτερόλεπτα που χρειάστηκαν για να ερμηνεύσω νοερά τα ιατρικά αρχικά έδωσαν τη θέση τους στο σοκ. Πλάγια μυατροφική σκλήρυνση (νόσος κινητικού νευρώνα): μια διάγνωση που κανείς δεν θα την ήθελε για οποιονδήποτε, πολλαπλά επώδυνη όταν αφορά τον επιστήθιο φίλο 55 ετών.

Τι μπορείς να απαντήσεις σε μια τέτοια αιφνίδια αποκάλυψη; Σαν ταινία πέρασαν από το νου μου όλα αυτά τα χρόνια της φιλίας, γεμάτα μνήμες αξέχαστες. Μαζί στα θρανία και στην χορωδία του 4ου Γυμνασίου Αρρένων, όπου πρώτευσε σε όλες τις τάξεις (ήταν σημαιοφόρος το έτος 1973-1974). Μαζί υποψήφιοι, μαζί στα έδρανα της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, στα χρόνια που μας έπλασαν για τη μετέπειτα πορεία της ζωής μας. Μαζί σε στιγμές ευχαρίστες, μαζί και σε ώρες δύσκολες και επώδυνες. Μαζί ανταλλάσσαμε με κάθε ευκαιρία εμπειρίες από τους χώρους της εργασίας μας, και ευρύτερες. Για ειδικότητα επέλεξε την Ψυχιατρική τότε που αυτή 'αυτονομήθηκε' από τη



Νευρολογία (κι έτσι η Ψυχιατρική κέρδισε έναν εκλεκτό θεράποντα), την οποία υπηρέτησε με ιδιαίτερο ζήλο αποκλειστικά στο Δημόσιο Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης. Μετά 35 χρόνια συνταξιοδοτήθηκε πρόωρα το 2017, για να αφοσιωθεί στη στοργική φροντίδα της συζύγου του Δόμνας, με την οποία είχαν αποκτήσει τη Γεωργία και τον Κωνσταντίνο, αλλά και στο αγαπημένο του ψάρεμα. Όπως είπε σε τηλεοπτική συνέντευξή του τον καιρό εκείνο, αυτό

που τον κράτησε τόσα χρόνια στη δύσκολη αυτή εργασία ήταν η αγάπη. Είχε το χάρισμα να 'διαβάζει' τα εσώτερα του ανθρώπου και να φέρνει στην επιφάνεια τις ρίζες των προβλημάτων, για να τις θεραπεύει με τρόπο επιστημονικό αλλά και βαθιά ανθρώπινο.

Και τέλος, στο διάστημα από τη διάγνωση ως το τέλος, πρόβαλε στο στάδιο ο μαχητής Δημήτρης. Ο Θεός δεν αφήνει να δοκιμασθούμε πάνω από τις δυνάμεις μας. Όπως όμως οι αθλητές του στίβου ασκούνται σε υψηλότερο βαθμό από τους άλλους ανθρώπους, έτσι και οι αθλητές του ψυχοπνευματικού στίβου δέχονται μεγαλύτερες προκλήσεις, βλέπουν τον πήχυ της προγύμνασης να ανεβαίνει πιο ψηλά, και καταβάλλουν την ανάλογη προσπάθεια, ώστε να μη φανούν κατώτεροι των προσδοκιών. Έχοντας επί τόσες δεκαετίες δίπλα του τον καλύτερο προπονητή, τη σύζυγό του Δόμνα, ο Δημήτρης ξεπέρασε τον πήχυ με αξιοθαύμαστη άνεση.

«Η δύναμής μου εν ασθενεία τελειούται», είπε ο Χριστός στον Απόστολο Παύλο όταν εκείνος του ζήτησε απαλλαγή από τον 'σκόλοπα' που τον βασάνιζε. Ο Δημήτρης αντιμετώπισε την δύσκολη διάγνωση και τις συνέπειές της με σπάνια ψυχική ηρεμία, στωικότητα, καρτερία, πνευματική νοηματοδότηση, περισυλλογή και συνεχή ενατένιση προς τα Άνω, αλλά και με κάθε δυνατή ουσιαστική και πρακτική προετοιμασία για το αναπόφευκτο τέλος. Με πλήρη επίγνωση της πορείας της νόσου, δεν δέχθηκε κανενός είδους μηχανική υποστήριξη ή τεχνητή παράταση ζωής. Ζήτησε μόνο την απαραίτητη ανακούφιση. Η επιθυμία του έγινε σεβαστή, χωρίς να εκβιάσουμε ή να επισπεύσουμε το τέλος.

Στους μήνες που ακολούθησαν, οι τακτικές μας συναντήσεις έγιναν πυκνότερες, όσο επέτρεπαν οι δυνάμεις του. Είχε το κουράγιο να θέτει δύσκολα υπαρξιακά και μεταφυσικά ερωτήματα, να αναπτύσσει ανησυχίες και προβληματισμούς με έναν χειμαρρο διαρθρωμένης σκέψης και λόγου, που συχνά δυσκολευόμουν

να παρακολουθήσω. Τα ερωτήματά του αναζητούσαν απαντήσεις, και πάντα προσδοκούσα την επόμενη συνάντηση για να ξαναπιάσουμε το νήμα του 'σωκρατικού' διαλόγου. Στις 6 Ιουλίου 2025 αυτό το νήμα σώθηκε μαζί με το νήμα της επίγειας ζωής του, αφήνοντας ακορεστή τη δίψα για περισσότερη επικοινωνία.

Ο αρχαίος Σόλων είχε συμβουλευθεί τον Κροίσο: «Μηδένα πρὸ τοῦ τέλους μακάριζε». Ο λαός λέει ότι «τα στερνά τιμούν τα πρώτα». Η γαλήνια και μεθοδική ετοιμασία του για το δύσκολο τέλος φανέρωσε την δύναμη της ψυχής εν τη ασθενεία του σώματος. Αυτή που επιφυλάσσεται για κείνους που είναι πλασμένοι για το κάτι παραπάνω. Η ισόβια γνωριμία και φιλία του ήταν μια ιδιαίτερη ευλογία του Θεού, και πιστεύω ότι το ίδιο αισθάνονται και όλοι όσοι τον έζησαν από κοντά. Η μνήμη του θα είναι μαζί μας πάντοτε. Του ευχόμαστε καλόν Παράδεισο.

Αντώνης Παπαγιάννης

## Από το Εργαστήριο Ιστορίας του ΨΝΘ

Με βαθιά συγκίνηση και ανείπωτη θλίψη αποχαιρετήσαμε στις 6 Ιουλίου 2025 τον αγαπημένο μας συνάδελφο, ψυχίατρο Δημήτρη Σεβρή, που έφυγε από κοντά μας σε ηλικία 69 ετών.

Ο Δημήτρης Σεβρής υπηρέτησε το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης για πάνω από τρεις δεκαετίες, ξεκινώντας την πορεία του το 1983 ως ειδικευόμενος και συνεχίζοντας από το 1987 ως ειδικός ψυχίατρος στην ιστορική Δ' Κλινική Γυναικών.

Με εργατικότητα, ήθος και επιστημονική συνέπεια, ανέλαβε καίριους ρόλους στο νοσοκομείο, μεταξύ των οποίων αυτόν του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας, ενώ για πολλά χρόνια συμμετείχε ενεργά στα όργανα διοίκησης και επιστημονικής καθοδήγησης, ως μέλος του Επιστημονικού και του Διοικητικού Συμβουλίου του ΨΝΘ.

Με ιδιαίτερη υπερηφάνεια και βαθύ αίσθη-

μα ευθύνης υπηρέτησε, κατά την περίοδο 1990 έως 1993, ως Πρόεδρος των Συνεταιριστικών Θεραπευτικών Μονάδων (ΣΘΕΜ). Η προσφορά του υπήρξε ουσιαστική και πολυσήμαντη, καθώς μέσω της λειτουργίας αυτών των μονάδων δόθηκε η δυνατότητα σε πλήθος ασθενών όχι μόνον να ωφεληθούν θεραπευτικά, αλλά και να αντλήσουν καθημερινό νόημα και σκοπό μέσα από την ενεργό απασχόλησή τους.

Η αποχώρησή του από την ενεργό δράση τον βρήκε στη θέση του Διευθυντή της Β' Κλινικής Βραχείας Νοσηλείας (Οξέων), αφήνοντας πίσω του ένα σημαντικό έργο, επιστημονικής και ανθρώπινης αξίας.

Ξεχωριστή στιγμή της πορείας του αποτέλεσε ο ρόλος του ως συντονιστή στην επιτυχημένη διοργάνωση της εκδήλωσης για τα 100 χρόνια του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσα-

λονίκης το 2017. Με πάθος, γνώση και αγάπη για την ιστορία του ιδρύματος, ανέλαβε τον κεντρικό λόγο στην εκδήλωση, τιμώντας το παρελθόν και εμπνέοντας το μέλλον. Δεν έπαψε ποτέ να στηρίζει με προσωπική αφοσίωση το Εργαστήριο και Αρχείο Ιστορίας του ΨΝΘ, μέχρι το τέλος της ζωής του.

Ο Δημήτρης ήταν πάνω απ' όλα Άνθρωπος. Πάντα χαμογελαστός, προσιτός, επικοινωνιακός, ένας γιατρός με ανοιχτή καρδιά και νου. Άφησε το αποτύπωμά του όχι μόνο μέσα από το επιστημονικό και θεραπευτικό του έργο, αλλά και μέσα από τη στάση ζωής του: ως γιατρός, δάσκαλος, συνάδελφος, φίλος.

Η απουσία του θα είναι βαριά. Η μνήμη του, όμως, θα παραμείνει ζωντανή στις καρδιές μας και στο έργο που άφησε πίσω.

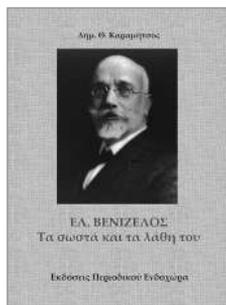
Καλό ταξίδι, Δημήτρη. Σε ευχαριστούμε για όλα.





## Έκθεση βιβλίου

**Ελ. Βενιζέλος, τα σωστά και τα λάθη του.** Δημ. Καραμήτσος, Εκδόσεις περιοδικού Ενδοχώρα, Θεσσαλονίκη 2025. ISBN 978-618-5946-07-4



Στην πολιτική δράση κάθε πολιτικού είναι πάντοτε δυνατόν να διακριθούν τα θετικά και τα αρνητικά, τα σωστά και τα λάθη, τα υπέρ και τα κατά. Προϋπόθεση για την ορθή αξιολόγηση και την έντιμη αποτίμηση του κριτή απο-

τελεί η αντικειμενικότητα και η ευθυκρισία του.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα πεπραγμένα των μεγάλων πολιτικών μορφών. Ωστόσο, η κριτική αποτίμηση της δράσης τους είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς οι ισχυρές προσωπικότητες γεννούν εξίσου ένθερμους οπαδούς όσο και φανατικούς αντιπάλους. Από αυτόν τον κανόνα δεν εξαιρούνται ούτε οι συγγραφείς βιογραφιών ούτε οι ιστορικοί· άλλοι υμνούν ασυγκράτητα, ενώ άλλοι καταφέρονται με εμφανή προκατάληψη. Λίγοι είναι εκείνοι που κατορθώνουν να διατηρήσουν την απαραίτητη ισορροπία στην κριτική προσέγγιση των προσωπικοτήτων που με τις αποφά-

σεις τους συνέβαλαν καθοριστικά στη διαμόρφωση της ιστορίας.

Μία τέτοια ισχυρή προσωπικότητα υπήρξε και ο Ελευθέριος Βενιζέλος. Χωρίς αμφιβολία, οι πολιτικές του αποφάσεις επηρέασαν βαθιά –θετικά ή και αρνητικά– την πορεία της χώρας μας.

Αφού ασχολήθηκα επί σειρά ετών με τη συγγραφή του έργου *“Ιστορία της Νεότερης Ελλάδας, πολιτική και στρατιωτική”*, σε δύο τόμους (1897-1941 και 1942-1967), και επιμελήθηκα το συλλογικό έργο *“Η Ελλάδα στη Μ. Ασία – Ιστορία, Μνήμες, Πολιτισμός”*, τόλμησα τώρα να καταπιαστώ με τα σωστά και τα λάθη της πολιτικής δράσης του Ελ. Βενιζέλου. Αντιλαμβάνομαι τη δυσκολία του εγχειρήματος: πρόκειται για έναν πολιτικό, τον οποίο ακόμη κι ένας από τους σημαντικότερους αντιπάλους του, ο Ιωάννης Μεταξάς, χαρακτήρισε «Τιτάνα». Ενδιαφέρον είναι ότι ο Βενιζέλος, μετά το κίνημα του 1935, παραδέχθηκε και είπε στη σύζυγό του, καθώς έφευγαν από την Ελλάδα: «Ελενίτσα, και οι μεγάλοι μαστόροι κάνουν μεγάλη λάθη».

Έχω τη γνώμη ως προς τον τρόπο που σκέφτομαι για ιστορικά πρόσωπα ότι με χαρακτηρίζει η προσπάθεια να είμαι δίκαιος. Αυτό υπό-

σχομαι ότι θα κάνω και στο βιβλίο αυτό. Ελπίζω, οι αναγνώστες να με κρίνουν και αυτοί δίκαια και χωρίς προκατάληψη. Ευχαρίστως θα δεχθώ παρατηρήσεις και υποδείξεις από τους αναγνώστες του πονήματός μου για πιθανά λάθη αλλά και αναγκαίες προσθήκες.

Δημ. Καραμήτσος

**Θεσσαλονίκη, η χιλιόχρονη συμβασιλεύουσα.** Δέσποινα Χίντζογλου-Αμασίδου, σελ. 206, εκδόσεις Μέθεξις, Θεσσαλονίκη 2024. ISBN: 978-618-240-011-1.



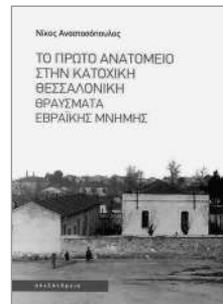
Με το τελευταίο της βιβλίο η συγγραφέας, συνταξιούχος μικροβιολόγος και ερασιτέχνης... βυζαντινολόγος, μετά τα '1123 χρόνια της Ρωμανίας' και 'Το δικό μου Βυζάντιο' και τα 'Όσα δεν ήξερα για το Βυζάντιο' και την 'Γαληνοτάτη', αναλαμβάνει να μας γνωρίσει την πόλη μας. Ο υπότιτλος 'Μνημεία, εκκλησίες, τείχη, ιστορία' μας προϋδεάζει για το περιεχόμενο του βιβλίου που μας ξεναγεί στο παρελθόν της 'χιλιόχρονης συμβασιλεύουσας'. Για άλλη μια φορά αναδεικνύει το μεράκι και το ταλέντο της να ανασύρει από τα αμάρια της Ιστορίας πρόσωπα, γεγονότα και καταστάσεις, συχνά άγνωστα στον πολύ κόσμο, και να τα προσφέρει στο ευρύ αναγνωστικό κοινό με τρόπο εύληπτο και ευχάριστο.

Στο βιβλίο αυτό αναλαμβάνει να μας τριγυρίσει σε γνωστά και άγνωστα τοπία της πόλης μας, όχι απλώς περιγράφοντάς τα, αλλά συνδέοντάς τα με την ιστορική διαδρομή της πόλης, τις συνθήκες υπό τις οποίες έγιναν, τα πρόσωπα που συνδέθηκαν μ' αυτά και τη σημασία τους για την πολιτισμική ανάπτυξη της γενέτειράς μας. Δεν είναι βέβαια το πρώτο ή το μόνο βιβλίο που επιχειρεί κάτι τέτοιο. Ωστόσο, η ματιά της είναι σύγχρονη, απλή, καθαρή,

χωρίς τις 'σκιές' και τις ενδεχόμενες προσωπικές μεροληψίες ενός ειδικού: βλέπει την πόλη και τα μνημεία της ως καθημερινή επισκέπτρια, απολαμβάνει την αισθητική τους, προσθέτει πινακίδες πληροφορίας, προεκτείνει το βλέμμα της στην ανάλογη παλαιότερη εποχή. Με λίγα λόγια, μας βοηθάει να εννοήσουμε ότι ζούμε και κινούμαστε μέσα και πάνω από ένα ολόκληρο αρχαιολογικό και ιστορικό μουσείο. Το μικρό μέγεθος του βιβλίου το κάνει ευανάγνωστο και εύκολο στη μεταφορά όταν κανείς ξεκινά να επισκεφθεί τα μνημεία της πόλης. Την συγχάριουμε και την ευχαριστούμε για τον κόπο της.

Α. Παπ.

**Το πρώτο ανατομείο στην κατοχική Θεσσαλονίκη. Θραύσματα εβραϊκής μνήμης,** Αναστασόπουλος Ν., σελ. 222, εκδόσεις Αλεξάνδρεια 2025. ISBN: 9786182230879.



Η ληξιαρχική πράξη γέννησης του πρώτου Ανατομείου στη Θεσσαλονίκη συντάχθηκε κατά την περίοδο της ναζιστικής κατοχής της πόλης και η ίδρυσή του είναι ταυτόσημη με την ίδρυση της Ιατρικής Σχολής. Το πρώτο Ανατομείο της πόλης στεγάστηκε το φθινόπωρο του 1943 σ' ένα εβραϊκό σχολείο, το οποίο "παραχωρήθηκε" από τις κατοχικές αρχές της πόλης στο πανεπιστήμιο στη διάρκεια του μαζικού εκτοπισμού των Εβραίων της Θεσσαλονίκης στα κρεματόρια του Άουσβιτς-Μπίρκεναου. Για την εκπαίδευση των πρώτων φοιτητών της Ιατρικής στο μάθημα της Ανατομίας χρησιμοποιήθηκαν ανατομικές τράπεζες από λεηλατημένες μαρμάρινες επιτάφιας πλάκες του παρακείμενου εβραϊκού νεκροταφείου, η καταστροφή του οποίου είχε ξεκινήσει τον Δεκέμβριο του 1942 με απόφαση των Γερμανών

και με πλήρη συμμετοχή των ελληνικών κατοχικών αρχών της πόλης. Το βιβλίο ιχνηλατεί την ιστορία της ίδρυσης και της λειτουργίας του πρώτου Ανατομείου στην κατοχική Θεσσαλονίκη, αλλά και τη ζοφερή ιστορία της καταστροφής της εβραϊκής νεκρόπολης. Περιλαμβάνει επίσης εκτεταμένη βιογραφία του πρώτου καθηγητή Ανατομίας Νικολάου Μιχαλακέα, αφηγείται την ιστορία της πρώτης Εβραίας φοιτήτριας της Ιατρικής –στις απαρχές της λειτουργίας της σχολής το ακαδημαϊκό έτος 1942-1943– και περιέχει ανέκδοτο φωτογραφικό και αρχαιακό υλικό. Αποδίδει έτσι, εκτός των άλλων, φόρο τιμής στην Ισραηλιτική Κοινότητα Θεσσαλονίκης, που διαδραμάτισε, μέσα από τη συντριβή της, σημαίνοντα ρόλο στην ίδρυση και στη λειτουργία του πρώτου Ανατομείου και κατ’ επέκταση της ίδιας της Ιατρικής Σχολής Θεσσαλονίκης. (Από την παρουσίαση στο οπισθόφυλλο του βιβλίου).

**Γιατί επαναστατούμε. Μία επανάσταση των ασθενών για προσεγγμένη φροντίδα με καλοσύνη**, Victor Montori, μετάφραση: Απόστολος Γ. Τσάπας, 14×21 εκ., σελ. 208, εκδόσεις University Studio Press 2025



Η φροντίδα υγείας έχει χάσει την αποστολή της και η ζημιά δεν αφορά μόνο τους ασθενείς. Η βιομηχανοποιημένη ιατρική σκοτώνει και την ψυχή του θεραπευτή. Το «Γιατί επαναστατούμε» είναι το προσωπικό κάλεσμα του V. Montori για μια φροντίδα με κα-

λοσύνη, ακεραιότητα και αληθινή σχέση με τον ασθενή. Το μήνυμά του δεν είναι απλώς ιατρικό· είναι οικουμενικό. Σε μια εποχή όπου τα Εθνικά Συστήματα Υγείας παγκοσμίως δοκιμάζονται από την υποχρηματοδότηση, την έλλειψη προσωπικού και την αυξανόμενη γραφειοκρατία,

ο συγγραφέας προτείνει μια ριζική αναθεώρηση της φροντίδας. Με αφετηρία την πολυετή κλινική και ερευνητική του εμπειρία, αλλά και μια βαθιά πίστη στην αξία της ανθρώπινης σχέσης, καταθέτει μια πρόταση ανασχεδιασμού, προς όφελος τόσο των ασθενών, όσο και των επαγγελματιών υγείας, για ένα σύστημα υγείας που υπηρετεί τον άνθρωπο και όχι τους δείκτες και τις διαδικασίες.

Το βιβλίο είναι δομημένο ως μία σειρά από δοκίμια. Το πρώτο μέρος συζητά τις παθογένειες της βιομηχανοποιημένης φροντίδας υγείας, τα σημεία που πρέπει να στοχεύσει η επανάσταση: σκληρότητα, ασάφεια, φόρτος και απληστία. Το δεύτερο συζητά κάποια αντίδοτα: κομπόζη, αλληλεγγύη, αγάπη και ακεραιότητα. Το τρίτο αναφέρεται στον χρόνο και αποδεικνύει ότι για να είναι ουσιαστική η φροντίδα, πρέπει να ξεφύγει από τη λογική της βιασύνης. Στο τέταρτο και τελευταίο μέρος μάς δείχνει τον δρόμο για την έξοδο από την κρίση που μαστίζει τη φροντίδα υγείας, προτρέποντάς μας να αγνοήσουμε τον φόβο, και να πιστέψουμε πως μπορούμε να ξεκινήσουμε αυτήν την επανάσταση, πως μπορούμε να φέρουμε την αλλαγή.

Ο Victor Montori, Καθηγητής Ιατρικής στην Mayo Clinic, με περισσότερες από 800 επιστημονικές δημοσιεύσεις στο ενεργητικό του, θεωρείται ένας από τους πλέον επιδραστικούς ερευνητές παγκοσμίως και κορυφαία φωνή ενάντια στη βιομηχανοποίηση της ιατρικής. Ιδρυτής του κινήματος Patient Revolution και πρωτοπόρος της ελάχιστα παρεμβατικής ιατρικής (minimally disruptive medicine), έχει αφιερώσει τη ζωή του στην πρόωθηση μιας φροντίδας που σέβεται τον άνθρωπο και μειώνει τον θεραπευτικό φόρτο για τους ασθενείς.

**Ασκληπιείο των ανθρωπιστικών επιστημών**, επιμέλεια: Άννα Μπατιστάτου, Μαρία Σύρρου, Θεοδώρα Τσελίγκα, Μαρία Ζουμπούλη, 17×24 εκ., σελ. 224, εκδόσεις University Studio Press 2025



Ποια είναι η σχέση της ιατρικής με τις ανθρωπιστικές επιστήμες; Με την οπτική της ολιστικής προσέγγισης του ανθρώπου, ο παρών συλλογικός τόμος καταδεικνύει πως η συνδυαστική θεώρηση θεμάτων από διαφορετικούς

επιστημονικούς κλάδους όπως η ιστορία, η φιλοσοφία, η λογοτεχνία, η γλωσσολογία, η ανθρωπολογία, το δίκαιο, οι παραστατικές και εικαστικές τέχνες κ.ά. συνεισφέρει στην ποιότητα της εκπαίδευσης των γιατρών και στη βέλτιστη άσκηση της ιατρικής.

Συγκεκριμένα, ενισχύονται δεξιότητες όπως: η επικοινωνία και η παρατήρηση, η αποδοχή της διαφορετικότητας, της αμφισημίας και του «παράδοξου», η ευαισθησία ως προς τη γλώσσα και τη ρητορική των ασθενών, με στόχο τη βέλτιστη κατανόηση των αφηγημάτων τους, η ανταπόκριση στα μεγάλα ηθικά και υπαρξιακά ερωτήματα που εγείρει η νόσος και ο θάνατος, η ενημέρωση για θέματα επιστημολογίας και ιδιαίτερα γι' αυτά που αφορούν στις τεχνολογικές εξελίξεις, η ενδυνάμωση του επαγγελματισμού και του αλτρουισμού, με έμφαση στην ενσυναίσθηση, η προαγωγή της διεπιστημονικότητας και της συνεργατικότητας, η πρόληψη και η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το προοίμιο αφιερώνεται στην ανθρωπολογική διαπραγμάτευση του σώματος ως συλλογική μνήμη (Μαριλένα Παπαχριστοφόρου). Η πρώτη ενότητα θίγει νομικά και ηθικά ζητήματα (Στέφανος Γερούλανος, Caroline Lantero, Γεώργιος Μπούτλας, Αθηνά Γκριτζάλα). Η δεύτερη εστιάζει σε θέματα που μοιάζουν αμιγώς ιατρικά, αλλά που η κοινωνική τους εμβέλεια μας οδηγεί να τα εξετάσουμε με ολιστικότερο τρόπο (Μαρία Σύρρου, Πέτρος Πετρίκης, Άννα Λιακοπούλου, Γεωργία Αγγελή). Η τρίτη παρουσιάζει τα νέα μεθοδολογικά εργαλεία που αναπτύχθηκαν από την ιατρική επιστήμη με τη

βοήθεια των ανθρωπιστικών επιστημών (Ουρανία Βάρσου, Θεοδώρα Τσελίγκα, Kathleen Murphy), ενώ η τέταρτη ενότητα εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο η τέχνη και η λογοτεχνία διαχειρίζονται την ασθένεια (Μαρία Ζουμπούλη, Δέσποινα Παπαστάθη, Αγλαΐα Μελά). Τέλος, στο επίμετρο ο Άρης Σαραφιανός θέτει σε ενιαία προοπτική πολλαπλές πτυχές της σχέσης της ιατρικής με τις ανθρωπιστικές επιστήμες.

Οι επιμελήτριες διδάσκουν στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Συγκεκριμένα, στο Τμήμα Ιατρικής η Πρύτανης Άννα Μπατιστάτου, Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας, η Μαρία Σύρρου, Καθηγήτρια Γεν. Βιολογίας/Ιατρικής Γενετικής και η Θεοδώρα Τσελίγκα, Ε.Ε.Π. Αγγλικής Γλώσσας, ενώ στο Τμήμα Μουσικών Σπουδών η Μαρία Ζουμπούλη είναι Αναπληρώτρια Καθηγήτρια στην Πολιτισμική Ιστορία με έμφαση στις αισθητικές θεωρίες.

**Εσωτερική Παθολογία**, Τμήμα Ιατρικής – Τομέας Παθολογίας Α.Π.Θ. (Έκτη έκδοση), Συντομιστής έκδοσης: Απόστολος Γ. Τσάπας, Επιμελητής έκδοσης: Μανόλης Σινάκος, Άρης Λιάκος, 21 × 29 εκ., σκληρό εξώφυλλο, σελ. 1040, εκδόσεις University Studio Press 2025



Το έργο, προϊόν συλλογικής προσπάθειας, προσφέρεται επικαιροποιημένο, οκτώ χρόνια από την προηγούμενη (πέμπτη) έκδοση, και εναρμονισμένο με τις εξελίξεις της τελευταίας δεκαετίας στο αντικείμενο της Παθολογίας τόσο σε θεωρητικό όσο και σε κλινικό επίπεδο. Η παρούσα έκδοση διατηρεί τη βασική δομή των προηγούμενων, παραμένοντας προσαρμοσμένη στις ανάγκες ενός φοιτητικού συγγράμματος.

Όλα τα κεφάλαια αναθεωρήθηκαν και επικαιροποιήθηκαν, ενσωματώνοντας τα νεότερα δεδομένα, τις σύγχρονες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και, φυσικά, την εμπειρία της παν-

δημίας COVID-19, η οποία επηρέασε καθοριστικά την καθημερινή κλινική πράξη. Επιπλέον, προστέθηκε ένα νέο κεφάλαιο αφιερωμένο στις βασικές αρχές της Παθολογίας και σε ειδικές καταστάσεις που συχνά παραγνωρίζονται, αλλά είναι κρίσιμης σημασίας για τον κλινικό γιατρό.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διδακτική διάσταση του συγγράμματος. Σε όλα τα κεφάλαια ενσωματώθηκαν ενδεικτικά κλινικά περιστατικά με ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, που αναδεικνύουν βασικές αρχές του αντίστοιχου γνωστικού αντικειμένου. Οι απαντήσεις των ερωτήσεων αυτών, οι οποίες συνοδεύονται από τεκμηριωμένες επεξηγήσεις, παρατίθενται συγκεντρωτικά στο τέλος του βιβλίου και ενισχύουν περαιτέρω τον εκπαιδευτικό του χαρακτήρα, καθιστώντας το ως ένα διαχρονικά αξιόπιστο και χρήσιμο βοήθημα για φοιτητές Ιατρικής και νέους γιατρούς στη χώρα μας.

Το σύγγραμμα υπογράφουν μέλη του Τομέα Παθολογίας του Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ και οι συνεργάτες τους, ενώ τον συντονισμό της έκδοσης ανέλαβε ο Απόστολος Γ. Τσάπας, Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ και Διευθυντής του Τομέα Παθολογίας του ομώνυμου ιδρύματος.

**Καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος θέσης. Ένας πρακτικός οδηγός, Γεώργιος Κ. Ψύλλας, 21 × 29 εκ., σελ. 128, εκδόσεις University Studio Press 2025**



Ο καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος θέσης αποτελεί σήμερα την πιο συχνή αιτία εμφάνισης περιστροφικού ίλιγγου. Λόγω της πολυπλοκότητας του οπισθίου λαβυρίνθου, τα κλινικά ευρήματα του ασθενούς, με κυριότερο τον νυσταγμό, μπορούν να αποπροσανατολίσουν τον ιατρό.

Στόχος του βιβλίου αυτού είναι να κατευθύνει τον θεράποντα ιατρό στην προσπάθειά του να

εντοπίσει τη σωστή πλευρά της βλάβης, και να εκτελέσει τον κατάλληλο θεραπευτικό χειρισμό. Οι βασικές γνώσεις και όλα τα νεότερα δεδομένα της πάθησης αυτής παρέχονται με συστηματικό τρόπο σε έναν πρακτικό οδηγό που απευθύνεται στους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων που ενδέχεται να εμπλακούν στην κλινική διερεύνηση της ζάλης ή της ιλιγγικής συνδρομής.

Η αναλυτική περιγραφή της κάθε μορφής του καλοήθους παροξυσμικού ίλιγγου θέσης, αλλά και όλες οι δοκιμασίες και οι χειρισμοί συνοδεύονται από απεικονιστικό υλικό (σχήματα, σκίτσα και φωτογραφίες) με τρόπο που να διευκολύνεται όχι μόνο ο ιατρός, αλλά και ο ίδιος ο ασθενής. Η κλινική σημειολογία της βλάβης του κάθε ημικύκλιου σωλήνα παρατίθεται με εικόνες, σε συνδυασμό με την αντίστοιχη παθοφυσιολογία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο Γεώργιος Ψύλλας είναι τακτικός καθηγητής Οτορινολαρυγγολογίας-Νευρωτολογίας στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

**3.000 ερωτήσεις στην Πνευμονολογία, Διεύθυνση Γ. Σπυράτος, Επιμέλεια: Λάζαρος Θ. Σιχλιετίδης, 17 × 24 εκ., σελ. 328, εκδόσεις University Studio Press 2024**



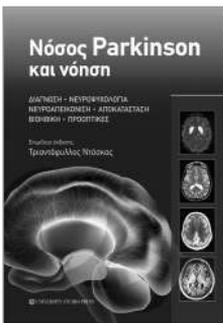
Οι «3.000 ερωτήσεις στην Πνευμονολογία» δημιουργήθηκαν στα πρότυπα μιας τράπεζας ερωτήσεων με απαντήσεις πολλαπλής επιλογής για την Πνευμονολογία. Η παράθεση γενικών αλλά και πιο εξειδικευμένων γνώσεων για όλες τις βασικές θε-

ματικές ενότητες γίνεται με συνοπτικό αλλά και εύληπτο τρόπο, καλύπτοντας επαρκώς τα συνηθέστερα ερωτήματα που ταλανίζουν τον/ην γιατρό (νεότερο/η ή μη) στην καθημερινή κλινική πρακτική. Παράλληλα χρησιμεύει ιδιαίτερα και ως εργαλείο για μεθοδική ανασκόπηση πριν από τις εξετάσεις της ειδικότητας.

Το βιβλίο είναι χωρισμένο σε 6 κεφάλαια με 500 ερωτήσεις το καθένα, ενώ οι σωστές απαντήσεις παρατίθενται σε ξεχωριστό φυλλάδιο για λόγους ευχρηστίας. Οι απαντήσεις βασίζονται τόσο σε κλασικά συγγράμματα της ειδικότητας όσο και στις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες/θέσεις ομοφωνίας. Η επιλογή των θεμάτων του κάθε κεφαλαίου και ο σχετικός αριθμός των ερωτήσεων αντικατοπτρίζουν την άποψη του συγγραφέα σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης των αναπνευστικών νοσημάτων και αφορούν τα εξής: κλινική εικόνα, φυσιολογία, παθοφυσιολογία, διαγνωστικές εξετάσεις, χαπ, ρινίτιδα, άσθμα, λοιμώξεις βρογχεκτασίες, κυστική ίνωση, νεοπλασμάτα θώρακα, νοσήματα υπεζωκότα, περιοριστικές πνευμονοπάθειες (διάχυτες διάμεσες, επαγγελματικές, νοσήματα θωρακικού τοιχώματος), νοσήματα πνευμονικής κυκλοφορίας, διαταραχές αναπνοής στον ύπνο, αναπνευστική ανεπάρκεια.

*Ο Διονύσης Σπυράτος είναι Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ. Ο Λάζαρος Σιχλιέδης είναι Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ.*

**Νόσος Parkinson και νόσηση. Διάγνωση • Νευροψυχολογία • Νευροαπεικόνιση • Αποκατάσταση • Βιοηθική • Προοπτικές, Επιμέλεια έκδοσης: Τριαντάφυλλος Ντόσκας, 17×24 εκ., σελ. 664, εκδόσεις University Studio Press 2025**



Ποιες είναι οι νοητικές διαταραχές στη νόσο Parkinson; Η νόσος Parkinson είναι μια συχνή νευροεκφυλιστική νόσος που σήμερα θεωρείται η πιο ταχέως αναπτυσσόμενη νευρολογική νόσος παγκοσμίως. Ένα από τα πιο σοβαρά, μη κινητικά

συμπτώματά της, είναι η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών. Η κατάσταση μπορεί να κυμαίνεται από την πρώιμη υποκειμενική νοητική έκπτωση μέχρι την άνοια και επηρεάζει πολλές

παραμέτρους της καθημερινής ζωής και εν τέλει την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Οι 73 συμμετέχοντες στον τόμο εξειδικευμένοι επιστήμονες εξετάζουν με εμπειρισταμένο τρόπο διάφορα πεδία της νοητικής έκπτωσης στη νόσο. Η επιδημιολογία, η νευροψυχολογία, οι φαινότυποι, η διάγνωση (βιοδείκτες, νευροαπεικόνιση) και το παθοφυσιολογικό υπόστρωμα είναι μερικά από τα θέματα που αναλύονται. Επίσης, εξετάζεται τόσο η φαρμακευτική όσο και η μη φαρμακευτική αντιμετώπισή της, και τίθενται οι παράμετροι βιοηθικής και κοινωνικών προβλημάτων των ασθενών.

Η πολύπλευρη προσέγγιση του θέματος συμβάλλει στην περαιτέρω εμβάθυνση των ειδικών αλλά χρησιμεύει και σε ένα πιο ευρύ κοινό, που ενδιαφέρεται για τις νευροεπιστήμες και τη λειτουργία και δυσλειτουργία του εγκεφάλου. Οι γνώσεις και οι απόψεις που κατατίθενται, συνθέτουν έναν ολιστικό καμβά του θέματος της νόησης στη νόσο Parkinson και ανοίγουν δρόμους για την καλύτερη δυνατή φροντίδα και στήριξη του παρκινσονικού ασθενή. *Ο Τριαντάφυλλος Ντόσκας είναι Διευθυντής Νευρολογικής Κλινικής στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών.*

**Μια σύντομη ιστορία του σύγχρονου κόσμου. Οι παγκόσμιες σχέσεις από το 1500 μέχρι σήμερα, William Woodruff, Επιμ. ελληνικής έκδοσης: Λουκιανός Χασιώτης, Μετάφραση: Μαρία Καίσαρ, Κώστας Σκορδύλης, 14×21 εκ., σελ. 548, εκδόσεις University Studio Press 2024**



Η παρούσα επισκόπηση της παγκόσμιας ιστορίας συνοψίζει τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώθηκε ο σύγχρονος κόσμος από το 1500 μ.Χ. και μετά. Διερευνώντας τις σημαντικότερες αλλαγές κατά τα τελευταία πεντακόσια χρόνια, ο Woodruff

εξηγεί σε ποιο βαθμό οι παγκόσμιες δυνάμεις υπήρξαν υπεύθυνες για τη διαμόρφωση τόσο του παρελθόντος όσο και του παρόντος. Στην προσπάθειά του να κατανοήσει το σύνολο, την πολυπλοκότητα και την ποικιλομορφία του παρελθόντος, μετατοπίζει την προσοχή του στο όλον και όχι στα μέρη, και εστιάζει στις σχέσεις μεταξύ των κρατών, καθώς η αυξανόμενη σύγκλιση και αλληλεξάρτηση των εθνών δικαιολογούν την υιοθέτηση μιας ευρύτερης, πιο πλουραλιστικής οπτικής.

Το βιβλίο μιλάει για την άνοδο και την πτώση αυτοκρατοριών και πολιτισμών, και δείχνει πως πολλά προβλήματα του σύγχρονου κόσμου αποτελούν κληρονομιά της δυτικής κυριαρχίας. Ο συγγραφέας είναι πεπεισμένος ότι βρισκόμαστε σε ένα κρίσιμο μεταβατικό στάδιο της παγκόσμιας ιστορίας, στο οποίο ο κόσμος δεν διαμορφώνεται πλέον αποκλειστικά σύμφωνα με

τις προσλήψεις του δυτικού μοντερνισμού, αλλά ολοένα και περισσότερο με βάση τις αξίες όλων των πολιτισμών. Με τη μετατόπιση της γεωπολιτικής και γεωοικονομικής ισχύος προς την Ασία και με την αυξανόμενη παγκόσμια επιρροή του θρησκευτικού φονταμενταλισμού και του επαναστατικού εθνικισμού, η ανάγκη για μια παγκόσμια προοπτική καθίσταται περισσότερο έντονη παρά ποτέ. Στην οικουμενική αυτή μελέτη η προσέγγιση, θεματική και χρονολογική, είναι εξ ανάγκης προσωπική, χρονική και χωροθετική. Γίνεται αντιληπτό ότι μόνο με ιστορικούς όρους μπορούμε να κατανοήσουμε τη διαμόρφωση του σύγχρονου κόσμου.

*Ο William Woodruff είναι ομότιμος καθηγητής του Πανεπιστημίου της Φλόριδα στο Gainesville. Ο Λουκιανός Χασιώτης είναι αναπληρωτής καθηγητής νεότερης και σύγχρονης ιστορίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.*





**Υπεύθυνος ύλης –  
Διορθώσεις κειμένων – Εικόνες τεύχους**  
Αντώνης Παπαγιάννης

**Σελιδοποίηση – Εκτύπωση**  
Εκδοτικός οίκος



UNIVERSITY STUDIO PRESS

