



251

ΓΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ

Νέα - Εξελίξεις - Προοπτικές

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ - Τεύχος 49 / Νοέμβριος - Δεκέμβριος 2010

ISSN: 1109-6403

Το Πνεύμα των Χριστουγέννων

Κάθε χρόνο, καθώς πλησιάζουν τα Χριστούγεννα, αρχίζουμε να ψάχνουμε τον προσωπικό τρόπο με τον οποίο θα τα γιορτάσουμε. Στη διαδικασία αυτή, υπάρχουν πολλά πράγματα που αποσπούν την προσοχή, όμως το κυριότερο παραμένει η ίδια η γιορτή των Χριστουγέννων. Δώρα, χαρά, φροντίδα και ενδιαφέρον για τους άλλους, είναι το Χριστουγεννιάτικο μήνυμα, το πραγματικό πνεύμα των γιορτών. Μέσα από την εμπορευματοποίηση των γιορτών, η αγάπη γίνεται «χειροποίητη» με κάρτες και δώρα. Όταν όμως κανείς ξεχάσει το αληθινό νόημα των γιορτών, κινδυνεύει να γίνει έρμαιο των υλικών αγαθών και να χάσει την πραγματική χαρά. Το πνεύμα των Χριστουγέννων συμβολίζει κάτι που θα πρέπει να θυμόμαστε όλο τον χρόνο και όχι μόνο λίγες μέρες: να αγαπάμε τους άλλους και να νοιαζόμαστε γι' αυτούς. Πολλές φορές η ανταλλαγή δώρων:

- **Φέρνει στεναχώρια αντί χαρά:** πολύ πριν τις γιορτές αλλά ακόμη και την τελευταία στιγμή, σπάει κανείς το κεφάλι του για να βρει το δώρο που θα ευχαριστήσει το κάθε άτομο στη λίστα του, και πάλι δεν είναι σίγουρο αν ο αποδέκτης του δώρου θα ευχαριστηθεί.
- **Γίνεται παρά τη θέληση του ατόμου:** ο σύγχρονος κανόνας λέει ότι κάποιος μπορεί να σας υποχρεώσει κατά κάποιον τρόπο να του πάρετε δώρο αν πρώτος αυτός σας πάρει κάτι. Πρόκειται για εκβιασμό!
- **Φέρνει δώρα τα οποία κανένας άνθρωπος στα λογικά του δεν θα αγόραζε για τον εαυτό του:** Αχρηστα αντικείμενα, κακόγουστα διακοσμητικά, δώρα της τελευταίας στιγμής που δείχνουν ότι αγοράστηκαν καθαρά από υποχρέωση, χωρίς καμία σκέψη για τα γούστα ή τις ανάγκες του αποδέκτη τους.
- **Προκαλεί εκνευρισμό:** Γιατί, παρόλα αυτά, ο καθένας έχει να κάνει τα συνηθισμένα του ψώνια και να υποστεί συνωστισμό και σκούνημα.

Αραγε γιατί αγοράζουμε δώρα;

Να μία ερώτηση που θα πρέπει να κάνει κανείς στον εαυτό του τις γιορτινές αυτές ημέρες. Αγοράζουμε δώρα γιατί θέλουμε να εντυπωσιάσουμε κάποιον; Αγοράζουμε δώρα για να δούμε το χαμόγελο να φωτίζει το πρόσωπο του αποδέκτη του δώρου μας; Μήπως αγοράζουμε δώρα από υποχρέωση, χωρίς να αισθανόμαστε την ανάγκη να το κάνουμε; Η μήπως αγοράζουμε δώρα επειδή πρόκειται για κάποιο αντικείμενο που είναι η τελευταία λέξη της μόδας και προσφέροντάς το σε κάποιον ανυψώνουμε τον εαυτό μας (δείχνουμε ότι είμαστε ενήμεροι και «κουλ») και ταυτόχρονα εντυπωσιάζουμε και υποχρεώνουμε τον άλλον, ώστε να αισθανόμαστε ότι έχουμε το πάνω χέρι;

Οι γονείς αγοράζουν τα μεγαλύτερα/καλύτερα/ωραϊότερα δώρα στα παιδιά τους επειδή νιώθουν ενοχές για τον λίγο χρόνο που έχουν γι' αυτά και προσπαθούν με αυτό τον τρόπο να ισοφαρίσουν τα πράγματα; Τελικά, αγοράζουμε δώρα για να ικανοποιήσουμε τον εγωισμό μας και να προβάλουμε τον εαυτό μας ή αγοράζουμε δώρα πραγματικά για τη χαρά της προσφοράς και για να ικανοποιήσουμε τον άλλον;

Μπορούμε να αντιμετωπίσουμε την εμπορευματοποίηση των Χριστουγέννων;

Βεβαίως, αρκεί κανείς να θέλει να το εντάξει στη ζωή του. Και βέβαια, δεν λέει κανείς ότι θα πρέπει να σταματήσει η ανταλλαγή δώρων, το γιορτινό στόλισμα και οι διακοσμήσεις, οι προσκλήσεις, και η καλοπέραση. Αντίθετα, όλες αυτές οι γιορτινές πλευρές θα πρέπει να διατηρηθούν, ώστε να δίνουν μια διαφορετική διάσταση στις γιορτές και να τις κάνουν να ξεχωρίζουν από την καθημερινότητα και τη ρουτίνα. Ωστόσο, όλες αυτές οι εκδηλώσεις θα πρέπει να νοσηματοδοτούνται και να συμβαίνουν σε ένα ευρύτερο πλαίσιο αναφοράς, που δεν περιορίζεται σε στερείς καταναλωτικές συνήθειες. Καταρχήν, θα πρέπει να ξεκινήσουμε διδάσκοντας στα παιδιά για το πνεύμα των Χριστουγέννων (και συγχρόνως να το θυμόμαστε και εμείς!).

- Αντί οι ερωτήσεις προς τα παιδιά να περιορίζονται στο «τι δώρο θέλεις να σου φέρει ο Αι-Βασίλης;» ή «τι δώρα πήρες;», θα πρέπει να διευρυνθούν και να περιέχουν και ερωτήσεις του στυλ «τι δώρο σκοπεύεις να κάνεις στη μαμά ή στον μπαμπά σου;»
- Μέσα από βιβλία και συζητήσεις θα πρέπει οι γονείς να δώσουν στο παιδί να καταλάβει το νόημα των Χριστουγέννων.
- Οι γονείς θα πρέπει να ζητήσουν από το παιδί τους να διαλέξει ένα από τα παιχνίδια του που δεν το παίζει πια και να το χαρίσει σε κάποιο άλλο παιδάκι που το έχει ανάγκη.
- Η εθελοντική εργασία και η προσφορά σε φιλανθρωπικούς σκοπούς (με χρήματα, παρουσία ή εθελοντική εργασία) είναι ένας ωραίος τρόπος για να θυμηθούν και να αισθανθούν μικροί και μεγάλοι το πνεύμα των Χριστουγέννων.

Επιμέλεια

Επγός (ΥΝ) **Ευγενία Αλεξανδρή, MSc**
Νοσηλεύτρια Ψυχιατρικής Κλινικής 251 ΓΝΑ

Η Διοίκηση και το προσωπικό του 251 ΓΝΑ σας εύχονται Καλά Χριστούγεννα και Ευτυχισμένο το 2011!



περιεχόμενα

Θέμα:	– HPV (Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων).....	σελ. 2	εκδηλώσεις:	– 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αεροπορικής και Διαστημικής Ιατρικής & 2ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Αεροπορικής και Διαστημικής Ιατρικής
	– Οδοντιατρικό-Ακτινοδιαγνωστικό του 251 ΓΝΑ.....	σελ. 3		– 13ο Θεματικό Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας και Επείγουσας Ιατρικής: Κατευθυντήριες Οδηγίες
	– Θόρυβος και Βαρηκοΐα	σελ. 4		– Εβδομάδα Οδηγού
	– Το Πρόβλημα των Πτώσεων σε Νοσηλευόμενους Ασθενείς	σελ. 6		σελ. 8
	– Εθελοντισμός	σελ. 7		

Κωδικός: 6720



251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ
ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ: ΝΕΑ - ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ - ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ
Λεωφ. Π. Κανελλόπουλου 3 (Κατεύθυνση), 115 25 Αθήνα
Τηλ.: 210 7463952, Fax: 210 7715690

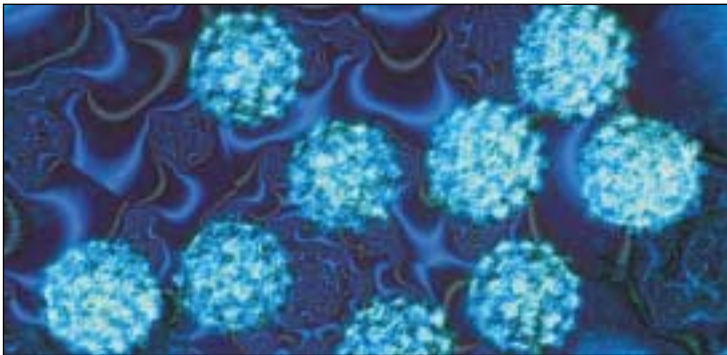
HPV (Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων)

Ο HPV είναι ένας DNA ιός που μολύνει τόσο το δέρμα όσο και βλεννογονικές επιφάνειες ανθρώπων και ορισμένων ζώων. Μέχρι στιγμής έχουν εντοπιστεί 100 τύποι του ιού. Κάποιες μορφές του ιού μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση κονδυλωμάτων ή στην εμφάνιση προκαρκινωματώδων καταστάσεων. Όλοι οι τύποι μεταδίδονται με δερματική επαφή και, επομένως, δεν απαιτείται πλήρης σεξουαλική επαφή για τη μετάδοσή τους.

Επιμέλεια: Υπογός (ΥΙ) **Ευαγγελία Ντασκαγιάννη**
Ειδικευόμενη Ιατρός Α' Παθολογικής Κλινικής, 251 ΓΝΑ

Μία ομάδα περίπου 30-40 μορφών του ιού μεταδίδονται μέσω σεξουαλικής επαφής, ενώ οι τύποι 6, 11 προκαλούν κονδυλώματα που δεν είναι κακοήθη.

Συνεχής μόλυνση με τις επικίνδυνες μορφές του και συγκεκριμένα οι μορφές 16, 18, 31, 45, 33, 35, 39, 51, 52, 58, 59, 68 μπορεί να προκαλέσει ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία τραχήλου (CIN), ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του αιδοίου (VIN), ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του πέους (PIN) και ενδοεπιθηλιακή δυσπλασία του πρωκτού (AIN). Αυτές είναι καταστάσεις με δυνατότητα εξαλλαγής σε κακοήθεια.



Ιδιοκτησία

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
Λεωφ. Π. Κανελλοπούλου 3 (Κατεχάκη), 115 25 Αθήνα
Τηλ.: 210 7463 825, Fax: 210 7715 690

Εκδότης

Ασμχος (ΥΝ) Αλεξάνδρα Καρβουνιάρη

Συντακτική Επιτροπή

Υπεύθυνοι Σύνταξης: Ασμχος (ΥΝ) Αλεξάνδρα Καρβουνιάρη
Επγός (ΥΙ) Δημήτριος Λιάπης
Γραμματεία Σύνταξης: Επγός (ΥΙ) Κωνσταντίνος Πεταλάς
Μέλος: Επγός (ΥΝ) Ευγενία Αλεξανδρή

Σχεδιασμός – Επιμέλεια Παραγωγής

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ
Ευφρονίου 25, 116 34 Αθήνα
Τηλ.: 210 7228 614, 210 7228 624
Fax: 210 7228 614

Copyright 2010

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση χωρίς γραπτή άδεια του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας των συγγραφέων και των εκδοτών.

Η Εφημερίδα μας στο Διαδίκτυο

Τα τεύχη της εφημερίδας του 251 ΓΝΑ αναρτώνται στην ιστοσελίδα της Πολεμικής Αεροπορίας στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.haf.gr> στα Περιεχόμενα → Εκδόσεις και Άρθρα

Η μέθοδος έγκαιρης διάγνωσης είναι το γνωστό test-Pap (τραχηλικό test Παπαϊνολάου) με το οποίο ανιχνεύονται τόσο η ύπαρξη του ιού όσο και οι προκληθείσες κυτταρικές ανωμαλίες. Με την έγκαιρη διάγνωση γίνεται δυνατή και η έγκαιρη αντιμετώπιση (αφαίρεση των βλαβών είτε χειρουργικά είτε με τη χρήση laser ή ηλεκτροπηξίας) πριν την μετάπτωσή τους σε κακοήθεια. Παρόλο που η χρήση του test-Pap έχει μειώσει κατά πολύ τόσο τη νοσηρότητα όσο και τη θνησιμότητα στις αναπτυσσόμενες χώρες, ωστόσο ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εξακολουθεί να αποτελεί κύρια αιτία θανάτου των γυναικών των αναπτυσσόμενων χωρών.

Στο πλαίσιο της πρόληψης από τον ιό έχει αρχίσει ο εμβολιασμός με δύο τύπους εμβολίου (GARDASIL, CERVARIX). Το GARDASIL περιλαμβάνει 4 υπότυπους του ιού (16, 18, 6, 11) και έχει διάρκεια δράσης 3,5 χρόνων, ενώ το CERVARIX έχει 2 υπότυπους, τους 16, 18, και προσφέρει προστασία για 6,5 χρόνια σύμφωνα με τα μέχρι τώρα δεδομένα. Ο εμβολιασμός και με τα δύο εμβόλια προφυλάσσει 100% από τους τύπους 16, 18 που είναι και η γενεσιουργός αιτία του 71% των περιπτώσεων κακοήθειας. Υποψήφιος για εμβολιασμό είναι νεαρές κοπέλες ηλικίας από 12-26 χρόνων.

Οδοντιατρικό-Ακτινοδιαγνωστικό του 251 ΓΝΑ

Πολλές φορές οι διογκώσεις που εμφανίζονται στην περιοχή των παρωτίδων και των υπογναθίων οφείλονται σε αποφρακτικά φαινόμενα των σιελογόνων αδένων.

Επιμέλεια: Ασχος (ΥΟ) **Ιωάννης Φάκλαρης**
Διευθυντής Οδοντιατρικού
Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος, 251 ΓΝΑ

Σε αυτά συγκαταλέγονται οι λίθοι (πέτρες), πολύποδες και στενώσεις. Οι στενώσεις του πόρου μπορούν να προκαλέσουν τα ίδια κλινικά συμπτώματα με τη σιαλολιθίαση, δηλ. οίδημα (πρήξιμο) κατά τη διάρκεια του φαγητού ή λίγο μετά από αυτό.

Οι απεικονιστικές τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εντοπίσουμε το πρόβλημα αυτό χωρίς να δεχτεί ο ασθενής υπερβολική δόση ακτινοβολίας, και που όλες μπορούν να πραγματοποιηθούν στο Οδοντιατρικό- Ακτινοδιαγνωστικό τμήμα του Νοσοκομείου μας είναι:



Λίθος σε πανοραμική.

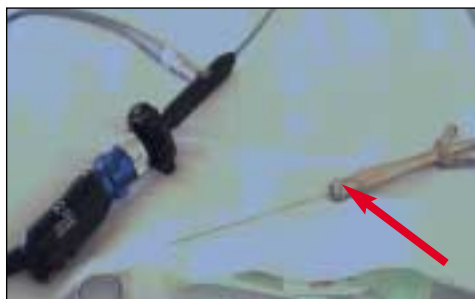


Σιελογραφία παρωτίδας.

Η απλή ακτινογραφία (πανοραμική-δήξεως), που περιστασιακά είναι χρήσιμη για τη διάγνωση και εντόπιση λίθων. Όμως, το 90% των υπογναθίων λίθων είναι συνήθως ακτινοσκιεροί, ενώ το 90% των λίθων της παρωτίδας είναι ακτινοδιαπερατοί, άρα δεν φαίνονται στην ακτινογραφία.

Η **σιελογραφία** είναι πολύ χρήσιμη για τη διάγνωση και ακριβή εντόπιση των λίθων μέσα στο εκφορητικό σύστημα των αδένων, που όμως προϋποθέτει την ακτινοβολήση του ασθενούς και τη χορήγηση σκιαγραφικού υλικού.

Ένα νέο σύστημα, που επιτρέπει όχι μόνο τη διάγνωση αλλά ταυτόχρονα και την αφαίρεση του λίθου ή του αποφρακτικού φαινομένου του αδένα γενικότερα, είναι το σιαλενδοσκόπιο.



Σιαλενδοσκόπιο.

Το σύστημα της σιαλενδοσκόπησης είναι μια νέα επαναστατική τεχνική ενδοσκοπικής αφαίρεσης λίθων από τους μείζονες σιελογόνους αδένες, (παρωτίδα – υπογνάθιο). Με τοπική αναισθησία σαν αυτή περίπτωση για μια συνήθη οδοντιατρική εξέταση, εισερχόμαστε από τον πόρο του αδένα μετά από τραυματική διαστολή αυτού με τις μύλες καθετηριασμού και εξετάζουμε τον αυλό του με ένα ενδοσκόπιο διαμέτρου 1,3χιλ.

Ο ασθενής μετά το πέρας της εξέτασης που διαρκεί 20-70min, αποχωρεί χωρίς να είναι αναγκαία η παραμονή του στο Νοσοκομείο. Για την αφαίρεση των λίθων που αποτελούν και τον πιο χαρακτηριστικό αντι-



Μπασκέτα με λίθο.

πρόσωπο των αποφρακτικών φαινομένων χρησιμοποιούμε μπασκέτες μίας χρήσης που συλλαμβάνουν τον λίθο και με αυτές τον έλκουμε προς τον εκφορητικό πόρο του αδένα και κατόπιν τον αφαιρούμε.

Έτσι, ο ασθενής ελεύθερος συμπτωμάτων επανέρχεται στην καθημερινότητά του, χωρίς να έχει υποστεί γενική αναισθησία, μειώνοντας κατά πολύ τις πιθανότητες για χειρουργική εξαίρεση του αδένα του.



Θόρυβος και Βαρηκοΐα

Όπως είναι γνωστό, τα επίπεδα του θορύβου στη σύγχρονη κοινωνία είναι πολύ υψηλά. Ιστορικές αναφορές δείχνουν ότι οι δυσμενείς επιπτώσεις του στην ακοή είναι γνωστές από πολύ παλιά. Το 600 π.Χ. σε ελληνική αποικία στην Ιταλία περιόρισαν τους μεταλλουργούς σε ένα τμήμα της πόλης, για να μη δημιουργούν προβλήματα με τα σφυροκοπήματά τους στους κατοίκους.

Επιμέλεια:

Επγός (ΥΙ) **Γεώργιος Μοιρέας**

Επιμελητής ΩΡΛ Κλινικής

Μαρία Καραγιαννοπούλου

Ειδικευόμενη ιατρός ΩΡΛ Κλινικής

Ιωάννης Λέκκας

Ειδικευόμενος ιατρός ΩΡΛ Κλινικής

Σωτήριος Φουντουκάς

Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων

Παρότι τα άτομα που επηρεάζονται περισσότερο είναι αυτά που εργάζονται σε θορυβώδες περιβάλλον, όλοι μας καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή με δυνατούς θορύβους, χωρίς πολλές φορές καν να το συνειδητοποιούμε.

Για παράδειγμα, σε ένα κέντρο με δυνατή μουσική ή όταν χρησιμοποιούμε τα ακουστικά του στερεοφωνικού ή του φορητού mp3 μας ή ακόμη και όταν κυκλοφορούμε στον δρόμο. Οι συνέπειες του θορύβου στην ακοή εξαρτώνται από:

1. το πόσο δυνατός είναι (**ένταση**)
2. τη **διάρκεια έκθεσης** σε αυτόν.

Τα κύτταρα του οργάνου της ακοής, που ονομάζεται όργανο του Corti και βρίσκεται στον κοχλία (έσω αυτί), έχουν στην κορυφή τους τρίχες, οι οποίες με την επίδραση έστω και ελάχιστου θορύβου «λυγίζουν». Εάν η ένταση του θορύβου σε συνδυασμό με τη διάρκειά του είναι μεγαλύτερες, τότε αρχικά δημιουργούνται μικροτραυματισμοί, οι οποίοι μπορεί και να διορθωθούν με φάρμακα. Εάν, όμως, συνεχιστεί η έκθεση και δεν ληφθεί φαρμακευτική αγωγή, οι τρίχες θα «σπάσουν» και τελικά θα «κοπούν», με αποτέλεσμα τη μόνιμη βαρηκοΐα.

Η ένταση του θορύβου μετριέται σε decibel (dB). Ο ελάχιστος ακουστικός ήχος από εξαιρετικής ακοής νεαρά άτομα έχει στατιστικά οριστεί ως 0 dB. Ένας ήχος 40 dB είναι 10 φορές ισχυρότερος από έναν 30 dB και 100 φορές ισχυρότερος από έναν 20 dB. **Θόρυβοι πάνω από 85 dB είναι επικίνδυνοι για το αυτί.** Εχουμε δύο κυρίως μορφές βλάβης στο όργανο της ακοής:

Α. Οξύ ακουστικό τραύμα (περιστασιακή έκθεση σε θόρυβο ή κρότο).

Ξαφνικός πολύ δυνατός θόρυβος, π.χ. κυνηγετικές βολές, εκπυροσκόπηση πυροβόλου όπλου, έκρηξη βόμβας, έκρηξη νάρκης κλπ.

Ο ασθενής λέει ότι δεν ακούει, ότι βουίζει το ένα ή και τα δύο αυτιά του και μερικές φορές ότι έχει ίλιγγο. Στο ακουόγραμμα παρατηρείται χαρακτηριστικό βύθισμα στη συχνότητα των 4000 συνηθέστερα ή των 6000 Hz (Σχήμα 1).

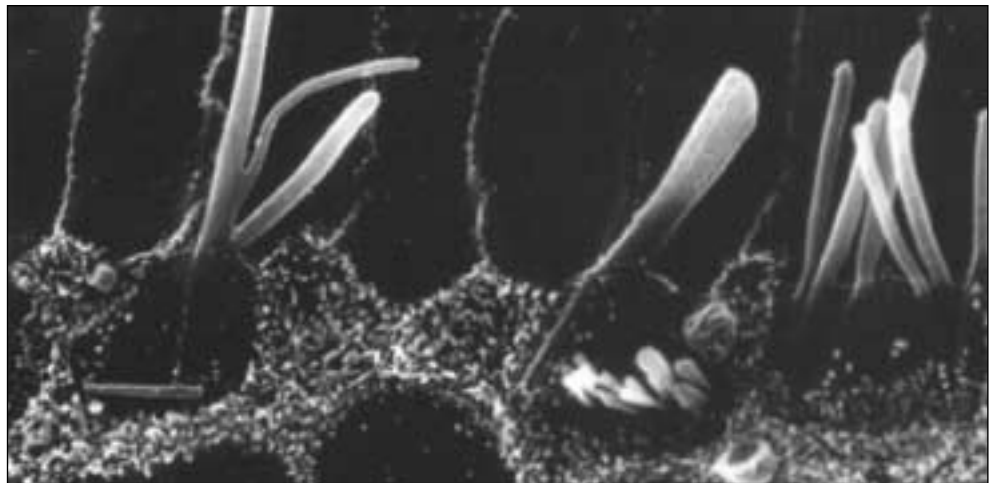
Β. Χρόνιο ακουστικό τραύμα (συνεχής έκθεση σε θορύβους ή κρότους).

Χαρακτηριστικά:

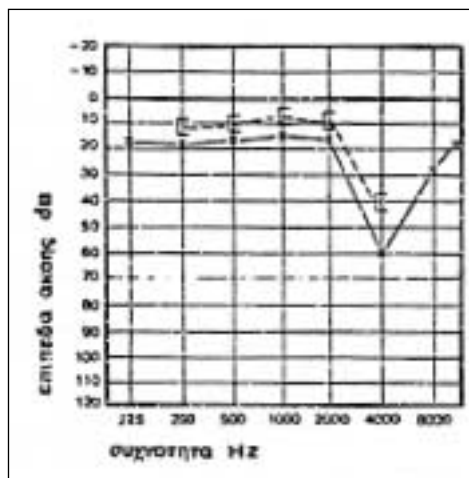
1. Τυπικά εμφανίζεται και στα δύο αυτιά.
2. Στην αρχή, υπάρχει χαρακτηριστική πτώση της



Φυσιολογικό αυτί: Εικόνες ηλεκτρονικού μικροσκοπίου αποκαλύπτουν τα τριχοειδή κύτταρα, τα οποία τίθενται σε κίνηση από τα ηχητικά κύματα.



Αυτί κατεστραμένο από συνεχή έκθεση σε θορύβους: Τα μικροσκοπικά τριχίδια έχουν επανειλημμένα εκτεθεί σε θορύβους, με κατάληξη να σπάσουν και να κοπούν. Συνέπεια η μόνιμη βαρηκοΐα.

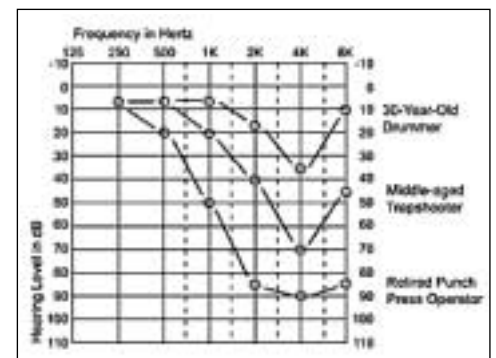


Σχήμα 1. Τυπικό ακουόγραμμα σε οξύ ακουστικό τραύμα.

ακουστικής οξύτητας στις 3000, 4000, ή 6000 Hz, που αυξάνει σε ένταση και επεκτείνεται στο εύρος των συχνοτήτων με τα χρόνια. Αργότερα, ακολουθούν και τα 8000 Hz (υψηλές συχνοότητες) (Σχήμα 2).

Επίσης, κατά τον χρόνιο ακουστικό τραυματισμό εμφανίζεται δυσδιακρίσιμα, δηλ. ο ασθενής δεν διακρίνει καλά τις λέξεις (ιδίως τα σύμφωνα).

Προοδευτικά, επηρεάζονται και οι συχνοότητες της ομιλίας, δηλ. τα 2000 και τα 1000 Hz, με αποτέλεσμα ο ασθενής να δυσκολεύεται στην καθημερινή του επι-



Σχήμα 2. Διαφορετικές μορφές ακουογράμματος σε χρόνιο ακουστικό τραύμα.

κοινωνία. Ρωτά συχνά «Τι...; Τι είπατε...;» και ανεβάζει την ένταση της τηλεόρασης και του ραδιοφώνου.

Συγχρόνως, μπορεί να πάσχει και από βουητιά.

Ο ασθενής δεν μπορεί να διακρίνει τη λέξη, ακριβώς όπως εάν τη διάβαζε διακεκομμένη.

Δύο απλοί τρόποι για να διαπιστώσουμε τη βαρηκοΐα υψηλών συχνοτήτων

Αν δεν ακούτε το πικ-τακ ενός (μη ηλεκτρονικού) ρολογιού χειρός όταν το βάζετε δίπλα, αλλά όχι πάνω στο αυτί σας, τότε είναι πολύ πιθανό να έχετε μια (τουλάχιστον) μέση βαρηκοΐα της τάξης των 40 dB + στις μέσο-υψηλές συχνοότητες, δηλ. πάνω από τα 1500Hz.

Αν κάποιος υποπτεύεται ότι έχει μια μέση βαρηκοΐα υψηλών συχνοτήτων, πιθανότατα από εργασιακό θόρυβο ή γεράματα, δεν έχει παρά να **τριψεί ελαφρά τον δείκτη με τον αντίχειρα**, ακριβώς δίπλα στο αυτί του. Η ένταση αυτού του ήχου είναι περίπου 50 dB και περιέχει μια αφθονία υψηλών συχνοτήτων. Αν δεν το ακούτε, σημαίνει ότι έχετε (τουλάχιστον) μέση βαρηκοΐα υψηλών συχνοτήτων της τάξης των 50 dB + .

Πώς προστατευόμαστε από τον θόρυβο;

1. Με ωτοασπίδες:

- εσωτερικές ή ενδωτιαίες (τύπου βύσματος)
- εξωτερικές με ηχομονωτικές κάψες («τύπου ακουστικών»)

Πρέπει να χρησιμοποιούνται **πάντοτε** όταν είμαστε σε περιβάλλον με πολύ θόρυβο, ιδιαίτερα αν παραμένουμε σε αυτό για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μεγάλη σημασία έχει η **σωστή εφαρμογή** τους στο αυτί.

Αν η ένταση του θορύβου είναι πάνω από 100 dB, χρειάζονται και τα δύο είδη ταυτόχρονα.

Το βαμβάκι, αντί για ωτοασπίδες **δεν προσφέρει καμία απολύτως προστασία**.

1. Όταν είμαστε σε κάποιο **κέντρο με δυνατή μουσική**, φροντίζουμε να μην καθόμαστε κοντά στα ηχεία. Κάθε μία ώρα κάνουμε ένα **διάλειμμα**, βγαίνοντας έξω για ένα 5λεπτο.

2. Όταν ακούμε μουσική με ακουστικά, η ένταση πρέπει να είναι χαμηλή.

Μεγαλύτερη βλάβη προκαλούν τα ενδωτιαία (εσωτερικά) ακουστικά, οι γνωστές μας «ψείρες» των MP3, iPod κλπ.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

• Αν ξαφνικά διαπιστώσουμε ότι **δεν ακούμε καλά** ή **έχουμε ξαφνικό βουητό**, πρέπει να πάμε στον ωτορινολαρυγγολόγο **εντός 24 ωρών**.

Με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, οι πιθανότητες να επανέλθει η ακοή είναι πολύ μεγάλες.

Αν όμως καθυστερήσουμε πάνω από μία εβδομάδα, πιθανότατα η βλάβη θα γίνει μόνιμη.

Τι πρέπει να γίνεται

στο θορυβώδες εργασιακό περιβάλλον;

Να υπάρχει **πρόγραμμα διατήρησης της ακοής**, στο οποίο να περιλαμβάνει:

- Μέτρηση των επιπέδων θορύβου.
- Κατάλληλη ενημέρωση του προσωπικού σχετικά με τις συνέπειες του θορύβου στην ακοή και εκπαίδευσή του στις μεθόδους προστασίας.
- Υποχρεωτική χρήση ωτοασπίδων.
- Εναλλαγή θέσης εργασίας, έτσι ώστε να διακόπτεται η συνεχής έκθεση στον θόρυβο και να «ξεκουράζεται» το αυτί για κάποιο χρονικό διάστημα.
- Μέτρηση της ακοής των εργαζομένων τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο. Αν διαπιστωθεί απώλεια 10 dB ετησίως, πρέπει ο εργαζόμενος να αλλάξει θέση μόνιμα.

Επιτρεπόμενος χρόνος έκθεσης στο εργασιακό περιβάλλον

Ώρες ημερησίως	Ένταση θορύβου σε decibel
16	85
8	90
4	95
2	100
1	105
Μισή	110
Ένα τέταρτο	115



Εσωτερικές ή ενδωτιαίες ωτοασπίδες (τύπου βύσματος).



Εξωτερικές με ηχομονωτικές κάψες ωτοασπίδες («τύπου ακουστικών»).

Ένταση θορύβου σε dB

0
20-30
40
60
70
80
85
90

100

110-120

130

140

Παραδείγματα θορύβου στην καθημερινή πράξη

Μόλις που το ακούει νεαρής ηλικίας άνθρωπος εξαιρετικής ακοής.

Ψίθυρος, περιβάλλον ήσυχης βιβλιοθήκης.

Ηλεκτρικό ψυγείο, θρόισμα φύλλων.

Συζήτηση, ραπτομηχανή, γραφομηχανή.

Ηχος αυτοκινήτου, ξυπνητήρι.

Ηλεκτρική σκούπα, εξωλέμβιος μηχανή.

Ξυριστική μηχανή, εργοστάσιο, παιδί που στριγγλίζει.

Μηχανή του χόρτου, μοτοσυκλέτα, φορτηγά στον δρόμο.

Το 90% των ανθρώπων ανέχεται 8ωρη έκθεση ημερησίως, χωρίς προστασία. Παρά ταύτα, στα επίπεδα αυτά προκαλείται βαθμιαία απώλεια.

*** Συνιστώνται ωτοασπίδες.**

Αλυσοπρίονο, πιστολάκι των μαλλιών, ελικόπτερο.

Το 90% των ανθρώπων ανέχεται 2ωρη έκθεση ημερησίως, χωρίς προστασία, με την προϋπόθεση να μην ξεπερνιέται το όριο των 15 λεπτών συνεχούς έκθεσης.

**** Χρειάζονται ωτοασπίδες.**

Αμμοβολή, συναυλία ροκ, κόρνα αυτοκινήτου.

Το 90% των ανθρώπων ανέχεται 15λεπτη έκθεση ημερησίως χωρίς προστασία, αλλά κάτι τέτοιο ΔΕΝ ενδείκνυται.

**** Χρειάζονται ωτοασπίδες.**

Σειρήνα πυροσβεστικής.

***** Απαραίτητες οι ωτοασπίδες.**

Πυροβόλο όπλο, κινητήρας τζετ. Προκαλείται πόνος και άμεση βλάβη.

***** ΜΕΓΙΣΤΟ ΕΠΙΤΡΕΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΚΟΜΗ ΚΑΙ ΜΕ ΩΤΟΑΣΠΙΔΕΣ.**

Το Πρόβλημα των Πτώσεων σε Νοσηλευόμενους Ασθενείς

Γενικά

Οι πτώσεις αποτελούν ένα σημαντικό δημόσιο πρόβλημα υγείας τόσο στην κοινότητα όσο και στους ασθενείς ενός νοσοκομείου. Με τον όρο **πτώση (fall)**, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ορίζεται η ξαφνική, ανεξέλεγκτη, ακούσια εναπόθεση του σώματος στο έδαφος ή πάνω σε άλλη χαμηλότερη επιφάνεια, εξαιρουμένων των πτώσεων που είναι αποτέλεσμα βίαιης συμπεριφοράς ή άλλων σκόπιμων πράξεων. Οι

Επιμέλεια:

Επγός(ΥΝ) **Δέσποινα Παναγιώρη, MSc**
Πρόεδρος Επιτροπής Πρόληψης Πτώσεων
251 ΓΝΑ

πτώσεις των ασθενών στα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους επηρεάζουν περίπου το 2% ως το 17% των ασθενών. Ατυχήματα λόγω των πτώσεων συμβαίνουν στο 15% έως 50% των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των σοβαρών κακώσεων, όπως κατάγματα ή τραύματα μαλακών μορίων που συμβαίνουν στο 1% έως 10% αυτών των ασθενών.

Παράγοντες κινδύνου – επιπτώσεις

Οι παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση πτώσης ποικίλλουν και μπορεί να είναι είτε ενδογενείς, δηλ. να σχετίζονται με τη φυσιολογία του σώματος του ασθενούς, τις ασθένειες που έχει, τα φάρμακα που λαμβάνει, είτε εξωγενείς, δηλ. να σχετίζονται με το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται.

Σύμφωνα με συστηματικές μελέτες του 2007, οι παράγοντες που ορίζονται ως ενδογενείς ενδεικτικά είναι οι ακόλουθοι:

- Προηγούμενο ιστορικό πτώσεων.
- Ηλικία άνω των 65 ετών.
- Διαταραχές διανοητικού επιπέδου (σύγχυση/ανησυχία/διέγερση).
- Μυϊκή αδυναμία/διαταραχές ισορροπίας και συντονισμού.
- Ορθοστατική υπόταση/συγκοπτικό επεισόδιο.
- Φάρμακα που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
- Συνοδός πάθηση (ιδίως καρδιολογική νόσος).
- Επιτακτική ούρηση/ακράτεια/υποβοήθηση στην τουαλέτα.
- Μειωμένη όραση.
- Μη οικείο περιβάλλον.

Αντίστοιχα, οι παράγοντες κινδύνου που ορίζονται ως εξωγενείς ενδεικτικά είναι οι ακόλουθοι:

- Ακατάλληλη υπόδηση/ρουχισμός.
- Ελλειψη ή ακαταλληλότητα υποστηρικτικών μέσων
- Ακατάλληλες κλίνες (π.χ. μεγάλο ύψος κρεβατιών, χαλασμένα φρένα κ.λπ.).
- Ακατάλληλη διαρρύθμιση θαλάμου και μη τήρηση των προδιαγραφών ασφάλειας.
- Ανεπαρκής φωτισμός ή πολύ έντονος φωτισμός.
- Ολισθηρά ή φθαρμένα δάπεδα/σκισμένοι τάπητες
- Ελλειψη εξοτλισμού ασφάλειας στα μπάνια.
- Ακατάλληλα νοσηλευτικά βοηθήματα (π.χ. στατό, κουδούνια κλήσης νοσηλευτών, υποπόδια κ.λπ.).
- Υπαρξη επικινδύνων αντικειμένων στο δάπεδο (π.χ. καπάκια βελονών, 3-way, καλώδια κ.λπ.).
- Ελλειψη γυαλιών ή αδυναμία να τα φορέσουν όταν σηκώνονται, ειδικά τη νύχτα.

Εκτός από την πρόκληση σωματικής βλάβης, οι τραυματισμοί από τις πτώσεις αποτελούν το έναυσμα ψυχολογικών προβλημάτων, που οδηγούν σε φόβο για



νέα πτώση με επακόλουθο τη μείωση δραστηριότητων, την κατάθλιψη, την απώλεια της αυτονομίας των ασθενών και την εξάρτηση από άλλα άτομα, καθώς και την πιθανή μετακίνησή τους σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ή οίκους ευγηρίας. Σε ένα νοσοκομείο, μια πτώση ασθενούς μπορεί να αλλάξει τον χρόνο παραμονής του στο νοσοκομείο και μια προγραμματισμένη, σύντομη νοσηλεία να μετατραπεί σε παρατεταμένη νοσηλεία λόγω σοβαρών και πιθανόν επικίνδυνων για τη ζωή του ασθενούς προβλημάτων.

Παρούσα κατάσταση στο 251 ΓΝΑ

Το 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, στο πλαίσιο των προσπαθειών διασφάλισης της ποιότητας φροντίδας υγείας των ασθενών, έχει ξεκινήσει μια προσπάθεια πρόληψης, παρακολούθησης και διερεύνησης του φαινομένου των πτώσεων. Η επιτροπή πρόληψης η οποία έχει συγκροτηθεί για τον σκοπό αυτό, συλλέγει τα ειδικά έντυπα καταγραφής πτώσεων ασθενών και προβαίνει στη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων που περιλαμβάνονται σε αυτά και υποβάλλει προτάσεις για τη βελτίωση της ακολουθητέας πολιτικής πρόληψης των πτώσεων. Στο πλαίσιο αυτό έχει εκπονηθεί πρόσφατα και διανεμηθεί στις κλινικές ένας οδηγός πρόληψης πτώσεων για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε η Επιτροπή Πρόληψης Πτώσεων για το έτος 2009



παρουσιάστηκαν σε ημερίδα του 251 ΓΝΑ και τα σημαντικότερα από αυτά είναι τα εξής:

Ο συνολικός αριθμός των πτώσεων των ασθενών του 251 ΓΝΑ ήταν 84. Το ποσοστό των πτώσεων κυμάνθηκε σε 0,62%. Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών με πτώση ήταν 70 έτη και συγκεκριμένα το 78% των ασθενών που είχαν επεισόδιο πτώσης, ήταν μεγαλύτεροι από 60 ετών.

Στις παθολογικές νοσηλευτικές μονάδες συνέβη το 80% του συνόλου των πτώσεων, το 61,4% των πτώσεων συνέβη την πρώτη εβδομάδα εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο και το 48% των πτώσεων της πρώτης εβδομάδος συνέβη την ημέρα εισαγωγής.

Το ένα τρίτο περιπτώσεων των πτώσεων συνέβη σε ασθενείς που είχαν ως αρχική διάγνωση νεοπλασματική νόσο, ενώ παρουσίασαν επίσης αυξημένα ποσοστά πτώσεων οι νοσηλευόμενοι με νευρολογικές και αναπνευστικές παθήσεις.

Η πλειοψηφία των ασθενών (85,7%) λάμβανε φάρμακα και ειδικότερα αντιυπερτασικά, αντιδιαβητικά, υπνωτικά, διουρητικά και αντικαταθλιπτικά, καθώς και συνδυασμό τους.

Κατά τη νυχτερινή βάρδια συνέβη το 40% των πτώσεων, ενώ το 23% συνέβη κατά την πρωινή και το 37% κατά την απογευματινή βάρδια.

Ο συχνότερος τόπος πτώσης ήταν ο θάλαμος του ασθενούς και οι περισσότερες πτώσεις συνέβησαν κατά τη διάρκεια κίνησης των ασθενών, καθώς και στην προσπάθειά τους να σηκωθούν από το κρεβάτι τους, ενώ στην πλειοψηφία τους ήταν ασυνδεδετοι. Το ποσοστό των πτώσεων που ήταν σχετικές με μετάβαση στην τουαλέτα ήταν πολύ υψηλό (60%).

Οι συχνότεροι μηχανισμοί πτώσης ήταν η ολίσθηση, η απώλεια ισορροπίας και η μυϊκή αδυναμία.

Σχετικά με τις πτώσεις που είχαν σχέση με το περιβάλλον το συχνότερο αίτιο ήταν κάποιο εμπόδιο (υψηλό κρεβάτι, στατό κ.λπ.).

Τραυματισμοί από τις πτώσεις συνέβησαν στο 40% των ασθενών και σοβαρές κακώσεις στο 5% των ασθενών.

Μέτρα πρόληψης των πτώσεων

Γενικές παρεμβάσεις

Οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να εφαρμόζονται σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα αν υπάρχει κίνδυνος για πτώση.

- Κατά την εισαγωγή του ασθενούς και σε τακτά χρονικά διαστήματα να διενεργείται εκτίμηση κινδύνου του ασθενούς για πτώση, χρησιμοποιώντας κατάλληλο εργαλείο αξιολόγησης (π.χ. κλίμακα Morse).

- Ο ασθενής να προσανατολίζεται στο δωμάτιο και στη νοσηλευτική μονάδα. Να γίνεται επίδειξη του τρόπου χρήσης του κουδουνιού κλήσης.

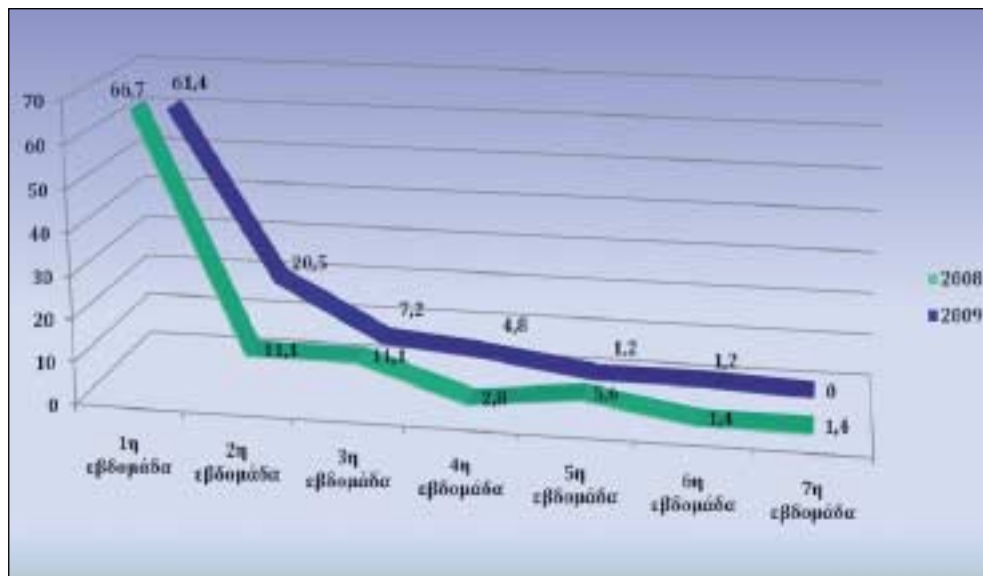
- Η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού να είναι λεπτομερής και πλήρης.

- Τα προσωπικά αντικείμενα (π.χ. τσάντα, βιβλία κ.λπ.) και βοηθήματα (μπαστούνη, περπατητήρας κ.λπ.) του ασθενούς να τοποθετούνται πλησίον του.

- Στα δωμάτια, στα μπάνια και τους διαδρόμους να είναι τοποθετημένες σταθερές χειρολαβές.

- Το κρεβάτι να ρυθμίζεται στη χαμηλότερη θέση όπου αυτό είναι δυνατόν, έτσι ώστε τα πέλματα του ασθενούς να ακουμπούν το δάπεδο όταν βρίσκεται καθιστός στο κρεβάτι.

- Να πραγματοποιείται διδασκαλία του ασθενούς σχετικά με τον τρόπο έγερσής του από το κρεβάτι,



δηλ. να σηκώνεται αργά από την ύπτια θέση για να αποφύγει πιθανή ζάλη και απώλεια ισορροπίας.

- Να υπάρχει επαρκής φωτισμός τη νύχτα (π.χ. φώτα νυχτός)
- Κατά τις μετακινήσεις ο ασθενής να προτρέπεται να χρησιμοποιεί αντιολισθητικά υποδήματα.
- Να διατηρείται το δάπεδο καθαρό και στεγνό και ο χώρος του ασθενούς τακτοποιημένος.
- Να γίνεται ενημέρωση όλου του νοσηλευτικού

προσωπικού υπηρεσίας για τον κίνδυνο πτώσης ορισμένων ασθενών και τις παρεμβάσεις που τυχόν έχουν γίνει

- Να διενεργείται αξιολόγηση της ιατρικής κατάστασης, των φαρμάκων και της θρέψης του ασθενούς.

Παρεμβάσεις για ασθενείς υψηλού κινδύνου

Στους ασθενείς υψηλού κινδύνου εκτός από τις γενικές παρεμβάσεις που προαναφέρθηκαν, θα πρέπει

να εφαρμόζονται επιπρόσθετα και οι ακόλουθες:

- Οι ασθενείς να κατανέμονται στους θαλάμους, όσο είναι δυνατό, με βάση τον βαθμό επικινδυνότητάς τους για πτώση (π.χ. κοντά στο νοσηλευτικό σταθμό για αμεσότερο έλεγχο).
- Να ενημερώνονται οι άμεσα ενδιαφερόμενοι (συγγενικό περιβάλλον) για την ανάγκη παρουσίας συνοδού.
- Να γίνονται συχνές επισκέψεις στον θάλαμο του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους να παροτρύνονται για περιορισμό των κινήσεων και να εκπαιδεύονται σε μέτρα αποφυγής πτώσεων.
- Να γίνεται συχνή αξιολόγησή τους, όπως π.χ. ασθενείς με επείγουσα ανάγκη ούρησης και ασθενείς που λαμβάνουν καθαρτικά ή διουρητικά.
- Η μετάβαση του ασθενούς σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου να γίνεται με τροχήλατη καρέκλα.
- Σε περίπτωση διακομίδής του, να ενημερώνεται η νοσηλευτική μονάδα που θα παραλάβει τον ασθενή για τυχόν κίνδυνο πτώσης.

Συμπεράσματα

Οι πτώσεις των ασθενών και οι πιθανοί επακόλουθοι τραυματισμοί τους αποτελούν σημαντικούς κινδύνους για την υγεία των νοσηλευομένων. Η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου, βοηθά να αξιολογησουμε τα προβλήματα και να σχεδιάσουμε στρατηγικές παρέμβασης.

Εθελοντισμός

Είναι κοινός πλέον τόπος ότι στη σημερινή τεχνολογική κοινωνία, με τους ξέφρενους και αγχωτικούς ρυθμούς ζωής, με τους ανάλητους νόμους της αγοράς και της στυγνής οικονομικής συνδιαλλαγής και με την άμβλυση των ηθικών φραγμών, η έννοια του ανθρωπισμού έχει δυστυχώς παραμεριστεί στην καρδιά και στον νου των σύγχρονων ανθρώπων. Ο εθελοντισμός ως μια έκφραση του ανθρωπισμού έχει και αυτός υποστεί σταδιακή αλλοίωση τόσο ως προς

Επιμέλεια: Επγός (ΥΝ) **Παναγιώτα Ηλιοπούλου**
Προϊσταμένη Γραφείου Εκπαίδευσης
Νοσηλευτικής – Γραφείου Εθελοντισμού

την έντασή του στις διάφορες εκδηλώσεις του, όσο και ως προς το περιεχόμενό του. Ο εθελοντισμός είναι ένα θέμα που μας αγγίζει όλους, ανεξαρτήτως κοινωνικής τάξης και επαγγελματικής ιδιότητας. Συνιστά μια εξαιρετικά επιμορφωτική λειτουργία που ενδυναμώνει την κοινωνική αλληλεγγύη, ενισχύει την ενεργό συμμετοχή και τη συνύπαρξη, προσδίδοντας νέο περιεχόμενο στη ζωή μας.

Η αξία του εθελοντισμού είναι δεδομένη. Το επίκεντρο του εθελοντισμού είναι η προστασία της αξιοπρέπειας του ανθρώπου, καθώς μέσα από τον εθελοντισμό καθρεπίζεται η εικόνα του εαυτού μας. Κινητήρια δύναμη του εθελοντισμού πρέπει να είναι η αγάπη και η συμπάρασταση στον συνάνθρωπό μας που υποφέρει και ζητά βοήθεια.

Ο εθελοντισμός είναι κάτι παραπάνω από ένα κίνημα όπως προβάλλεται στις μέρες μας. Δεν έχει ούτε χρονικά όρια, ούτε πεπερασμένους τόπους και τρόπους εφαρμογής, ούτε στοχαστικούς και φιλοσοφικούς ορισμούς. Ο εθελοντισμός ξεκινά από την καρδιά του καθένα και διαχέεται στο περιβάλλον του χωρίς φραγμούς και περιορισμούς. Το πρώτο βήμα που



χρειάζεται να γίνει είναι να δει κανείς τον εαυτό του στον συνάνθρωπό του. Ο εθελοντής βάζει τον εαυτό του στη θέση του συνάνθρωπου του και «παίρνει» «προσφέροντας». Προσφέροντας ένα καλό λόγο, προσφέροντας λίγη βοήθεια, προσφέροντας κάθε είδους συμπάρασταση, προσφέροντας λίγο χρόνο, προσφέροντας λίγη αγάπη.

Όλοι μας μπορούμε να προσφέρουμε λίγο από αυτό που μας περισσεύει. Από αυτό που χωρίς ιδιαίτερο

κόπο μπορούμε να δώσουμε. Όλοι μας μπορούμε να γίνουμε εθελοντές, γιατί όλοι μας μπορούμε να αγαπήσουμε. Όλοι μας μπορούμε έτσι να ενισχύσουμε τον εθελοντισμό.

Αγαπητέ ανγνωστή/τρια πιστεύω να καταφέραμε να σας πείσουμε για την αξία του εθελοντισμού στη ζωή μας. Περιμένουμε με χαρά να σας δούμε στο Γραφείο Εθελοντισμού του Νοσοκομείου μας.

Πληροφορίες δίνονται στο τηλ. 210 7463930.

5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αεροπορικής και Διαστημικής Ιατρικής & 2ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Αεροπορικής και Διαστημικής Ιατρικής

Στις 10-13 Νοεμβρίου 2010 διεξήχθη το 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αεροπορικής και Διαστημικής Ιατρικής (της Ελληνικής Εταιρείας Αεροδιαστημικής Ιατρικής – ΕΕΑΔΙ) σε συνδυασμό με το 2ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Αεροπορικής και Διαστημικής Ιατρικής (της European Society for Aviation & Space Medicine - ESAM) στο ξενοδοχείο Royal Olympic στην Αθήνα. Η τελετή έναρξης του Συ-



Από αριστερά προς τα δεξιά: Σμχος (ΥΙ) Δ. Μπούρλος, Prof. Michael Bagshaw (UK), Ασχος (ΥΙ) Ι. Διαμαντόπουλος, Prof. Uwe Stuben (GER).

εδρίου πραγματοποιήθηκε στο 251 ΓΝΑ, όπου παρευρέθηκε ο Α/ΓΕΑ Απχος (Ι) Βασίλειος Κλόκοζας ο οποίος και απεύθυνε χαιρετισμό. Οι συνέδριοι που συμμετείχαν στο Συνέδριο ανήρθαν στα 132 συνολικά άτομα, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι προέρχονταν από 25 διαφορετικές χώρες (Βέλγιο, Αγγλία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιταλία, Ινδία, Κούβα κ.λπ.).



Από αριστερά προς τα δεξιά: Υπχος (ΥΙ) εα Δ. Κυριαζής (GRC), Δρ. Roland Wermeiren (Πρόεδρος ESAM, BEL), κ. Μ. Τσακίρη (GRC), κ. Emily Wermeiren (BEL), Col USN (ret) Dr. Andy Bellenkes (τ. Πρόεδρος AsMA, USA) Κ. Susi Bellenkes (USDA), Prof. M. Bagshaw (UK).

13ο Θεματικό Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας και Επείγουσας Ιατρικής: Κατευθυντήριες Οδηγίες

Στις 26 και 27 Νοεμβρίου 2010, στο Αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ, έλαβε χώρα το **13ο Θεματικό Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας και Επείγουσας Ιατρικής που ήταν αφιερωμένο στις Κατευθυντήριες Οδηγίες** για την αντιμετώπιση των βαρέως πασχόντων ασθενών. Απευθυνόταν σε όλους τους λειτουργούς υγείας, κυρίως σε ιατρούς και νοσηλευτές, που στην καθημερινότητά τους έρχονται αντιμέτωποι με τον βαρέως πάσχοντα.

Τα πορίσματα του Συνεδρίου καθώς και το σχετικό σύγγραμμα θα μπορούσαν να βοηθήσουν το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη λήψη



Από αριστερά προς τα δεξιά: Ο Α/ΓΕΑ Απχος (Ι) Β. Κλόκοζας και ο Καθηγητής κ. Γ. Μπαλτόπουλος, Δντής Πανεπιστημιακής ΜΕΘ, ΚΑΤ.

αποφάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και για την περιστολή των δαπανών. Την έναρξη των εργασιών του Συνεδρίου κήρυξε ο αρχηγός ΓΕΑ Αντιπτεράρχος (Ι) Βασίλειος Κλόκοζας.

Οι λειτουργοί υγείας που συμμετείχαν στο 13ο Συνέδριο ανήρθαν στους 810. Ο αρχηγός ΓΕΑ Αντιπτεράρχος (Ι) Βασίλειος Κλόκοζας και ο Διοικητής του 251 ΓΝΑ Ταξίαρχος (ΥΙ) Χρήστος Γρηγορέας υποσχέθηκαν να φιλοξενήσουν και τον επόμενο χρόνο (25-26 Νοεμβρίου 2011) το 14ο Θεματικό Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας και Επείγουσας Ιατρικής με θέμα «Πνευμονικό Οίδημα».



Από αριστερά προς τα δεξιά: Η κα Figen Esen, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας και Εντατικολογίας στο Πανεπιστήμιο της Κων/πολης, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας, Καθηγητής κ. Απόστολος Αρμαγανίδης και ο Καθηγητής κ. Γ. Μπαλτόπουλος, Δντής Πανεπιστημιακής ΜΕΘ, ΚΑΤ.

Εβδομάδα Οδηγού

Στις 30 Σεπτεμβρίου 2010, στο πλαίσιο του εορτασμού της «Εβδομάδας του Οδηγού» πραγματοποιήθηκε στο Αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ η βράβευση των καλύτερων οδηγών του Νοσοκομείου από τον Διοικητή του 251 ΓΝΑ Ταξχο (ΥΙ) Χρήστο Γρηγορέα. Την ευθύνη του συντονισμού της εκδήλωσης είχε ο Ανθσγός (ΤΜΜ) Νικόλαος Ροδόπουλος, Προϊστάμενος του Γραφείου Κινησεως του Σιμίνους Μεταφορών. Εκ μέρους του Υπογού (ΤΜΑ) Ιωάννη Λιανό, Προϊστάμενο του Γραφείου Ασφάλειας και Εδάφους της Μονάδας, παρουσιάστηκε διάλεξη με θέμα «Τροχαία Ατυχήματα και Ασφαλής Οδήγηση».



Ο Δκτής 251 ΓΝΑ Ταξχος (ΥΙ) Χ. Γρηγορέας βραβεύει τους τρεις καλύτερους οδηγούς για το 2010.

Από αριστερά προς τα δεξιά 1ος οδηγός Υομίας Σταύρος Λαζάρου 2ος Σμτης Αθανάσιος Λεβέντης και 3ος Σμτης Αλέξανδρος Δημητριάδης.