

ΥΓΙΑΙΝΕΤΕ
Ενδομητρίωση:
Συμπτώματα,
αιτίες και
θεραπεία

ΣΕΛΙΔΑ 3

ΟΔΟΝΤΡΙΑΤΙΚΗ
Ουλίτιδα και
περιοδοντίτιδα

ΣΕΛΙΔΑ 6

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Εξατομικευμένη
ολική
αρθροπλαστική
γόνατος

ΣΕΛΙΔΑ 7

Ο.ΠΑ.Κ
Η Υπηρεσία
Κατ' Οίκον
Φροντίδας

ΣΕΛΙΔΑ 8

Ο 3^{ΟΣ} ΣΕ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Αυξάνονται τα περιστατικά καρκίνου του παχέος εντέρου

Τον 3ο σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνο στην Κύπρο αποτελεί πλέον ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Σε συνέντευξή της στο ένθετο «Υγεία» και την εφημερίδα «Σημερινή», η κ. Μιράντα Χρυσοστόμου, Ανώτερη Λειτουργός ΠΑΣΥΚΑΦ - ΑΛΘΕΑ, εξηγεί ότι τα περιστατικά σημειώνουν αύξηση χρόνο με τον χρόνο, γεγονός που προβληματίζει, γι' αυτό και η ενημέρωση του κοινού για τη νόσο είναι αναγκαία και αποτελεί προτεραιότητα για τον

ΠΑΣΥΚΑΦ. Συγκεκριμένα, όπως είπε, με βάση το Αρχείο Καρκίνου του Υπουργείου Υγείας το 2018, που είναι και η τελευταία καταγραφή, είχαμε περίπου 400 νέα περιστατικά σε ένα χρόνο, ενώ το 2005 είχαμε μόλις 275. Η κ. Χρυσοστόμου μάς μιλά για τα συμπτώματα της νόσου, τα οποία, εάν εμφανιστούν, θα πρέπει να οδηγήσουν έγκαιρα το άτομο αυτό στον γιατρό, αλλά και για τις διαγνωστικές εξετάσεις που εντοπίζουν τον συγκεκριμένο καρκίνο. Παράλληλα, αναφέρεται στη φειντή

εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, για τα μηνύματα που στοχεύει να περάσει κυρίως για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση μέσω μίας απλής εξέτασης. Πρόκειται για το τεστ ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα (FOBT/FIT), το οποίο προσφέρεται δωρεάν στους πολίτες που εκδηλώνουν το ενδιαφέρον τους επικοινωνώντας με τον ΠΑΣΥΚΑΦ.

ΣΕΛΙΔΑ 4-5

ΧΟΡΗΓΟΣ



Remedica



REMEDOL FC®

Παρακεταμόλη

**Άμεση Αναλγητική
& Αντιπυρετική Δράση.
Ανακουφίζει από
τον Πόνο & τον Πυρετό!**



- Συμβουλευτείτε τον γιατρό ή τον φαρμακοποιό σας.
- Δεν είναι απαραίτητη η συνταγή γιατρού.
- Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλώ ανατρέξτε στο φύλλο Οδηγιών Χρήσης του προϊόντος.



Remedica Ltd

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Τ.Κ. 51706, 3508 Λεμεσός, Κύπρος
Τηλ.: +357 25553000, Φαξ: +357 25390192
Email: info@remedica.com.cy ή DrugSafety@remedica.com.cy
Ιστοσελίδα: www.remedica.eu

LF/0149/2 05.21 (GR)

Τι είναι η ενδομητρίωση;

Ποια είναι τα συμπτώματα, πώς δημιουργείται, ποιες οι αιτίες και ποια η θεραπεία

ΜΑΡΙΑ ΚΑΝΘΕΡ



Στο τελευταίο επεισόδιο της εκπομπής «Υγιαίνετε» ασχοληθήκαμε με ένα συχνό γυναικολογικό πρόβλημα, που ευτυχώς όμως έχει λύση. Ταλαιπωρεί αρκετά τις γυναίκες, εν μέρει και τους άντρες, και ακούει στο όνομα ενδομητρίωση. Απέναντί μου βρέθηκε ο Δρ Αντρέας Σταυρούλης, γυναικολόγος, εξειδικευμένος στην ενδομητρίωση.

Στην αρχή ο Δρ Σταυρούλης μάς ανέλυσε τι είναι ενδομητρίωση. Μας είπε πως ενδομήτριο λέγεται ο ιστός που επενδύει την εσωτερική κοιλότητα της μήτρας. Η ενδομητρίωση είναι μια διαταραχή κατά την οποία ιστός παρόμοιος με το ενδομήτριο αναπτύσσεται έξω από την κοιλότητα της μήτρας, στις σάλπιγγες, στις ωοθήκες,

στην ουροδόχο κύστη, στο έντερο ή στο περιτόναιο. Η ενδομητρίωση είναι μια συχνή καλοήθης πάθηση, που συνήθως ανιχνεύεται τυχαία, εκτός αν δώσει συμπτώματα. Στα συμπτώματα συγκαταλέγεται και ο πόνος, ο οποίος δεν εξαρτάται πάντα από την έκταση της ενδομητρίωσης. Μερικές γυναίκες δεν έχουν πόνο και παρόλα αυτά η ενδομητρίωση είναι διάσπαρτη σε πολλές και μεγάλες περιοχές. Επίσης, στα συμπτώματα είναι και η έντονη δυσμηνόρροια (πόνος περιόδου), που χειροτερεύει με την πάροδο του χρόνου, πόνος κατά τη διάρκεια και μετά την επαφή, γαστρεντερικές ενοχλήσεις, ακόμα και υπογονιμότητα.

Ως αποτέλεσμα, οι γυναίκες που πάσχουν από ενδομητρίωση ζουν

καθημερινά με πόνο, γεγονός που δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην καθημερινότητά τους, επηρεάζοντας όλους τους τομείς της κοινωνικής, επαγγελματικής και προσωπικής τους ζωής, καθώς και την ψυχική και σωματική τους υγεία.

Σε ό,τι αφορά την υπογονιμότητα, ο γιατρός μάς ανέφερε πως υπολογίζεται ότι το 30%-40% των γυναικών με ενδομητρίωση αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σύλληψη. Η σύνδεση της ενδομητρίωσης με την υπογονιμότητα έχει εδραιωθεί επιστημονικά, καθώς υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις στη βιβλιογραφία ότι έχει επιζήμιες επιδράσεις στη λειτουργία των ωοθηκών, των σαλπίγγων και στη δεκτικότητα της μήτρας. Παρατηρούνται πολλοί παράγοντες που μειώνουν τις πιθανότητες γονιμοποίησης και εμφύτευσης των εμβρύων, όπως: μη φυσιολογική ανάπτυξη ωαρίων, αυξημένο οξειδωτικό στρες, αλλοιωμένη ανοσολογική λειτουργία, διαταραγμένο ορμονικό περιβάλλον στα ωοθυλάκια και την περιτοναϊκή περιοχή και μειωμένη δεκτικότητα του ενδομητρίου.

Ο Δρ Σταυρούλης μάς είπε πως η διάγνωση της ενδομητρίωσης γίνεται με ένα καλό ιστορικό, από το οποίο ο γιατρός θα υποψιαστεί ενδομητρίωση. Η ενδομητρίωση μπορεί να

διαγνωστεί από τη γυναικολογική εξέταση, κατά την οποία μπορούν να ψηλαφηθούν ενδομητριοειδείς εστίες. Ο υπέρηχος που γίνεται κατά την εξέταση, πολλές φορές αναδεικνύει κύστες ενδομητρίωσης στις ωοθήκες. Είναι πολύ σημαντικό ο υπέρηχος να γίνει από έναν εξειδικευμένο γιατρό και είναι επίσης πολύ σημαντικό να αντιληφθούμε πως η κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή και δεν πρέπει να καταφεύγουμε βεβιασμένα σε μία χειρουργική επέμβαση.

Ο Δρ Σταυρούλης μάς τόνισε πως υπάρχουν πολλές θεραπείες για τον πόνο και την υπογονιμότητα που η ενδομητρίωση δημιουργεί. Η θεραπεία που επιλέγεται για την κάθε γυναίκα εξαρτάται από τα συμπτώματα, την ηλικία και τον προγραμματισμό για εγκυμοσύνη.

Για μερικές γυναίκες με ελαφρά συμπτώματα, ο γιατρός μπορεί να συστήσει παυσίπονα, τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις μειώνουν δραματικά τους πόνους. Αν όμως αυτά δεν έχουν αποτέλεσμα, τότε μπορούν να συστηθούν ισχυρότερα παυσίπονα ή να επιλέξουμε άλλο είδος θεραπείας.

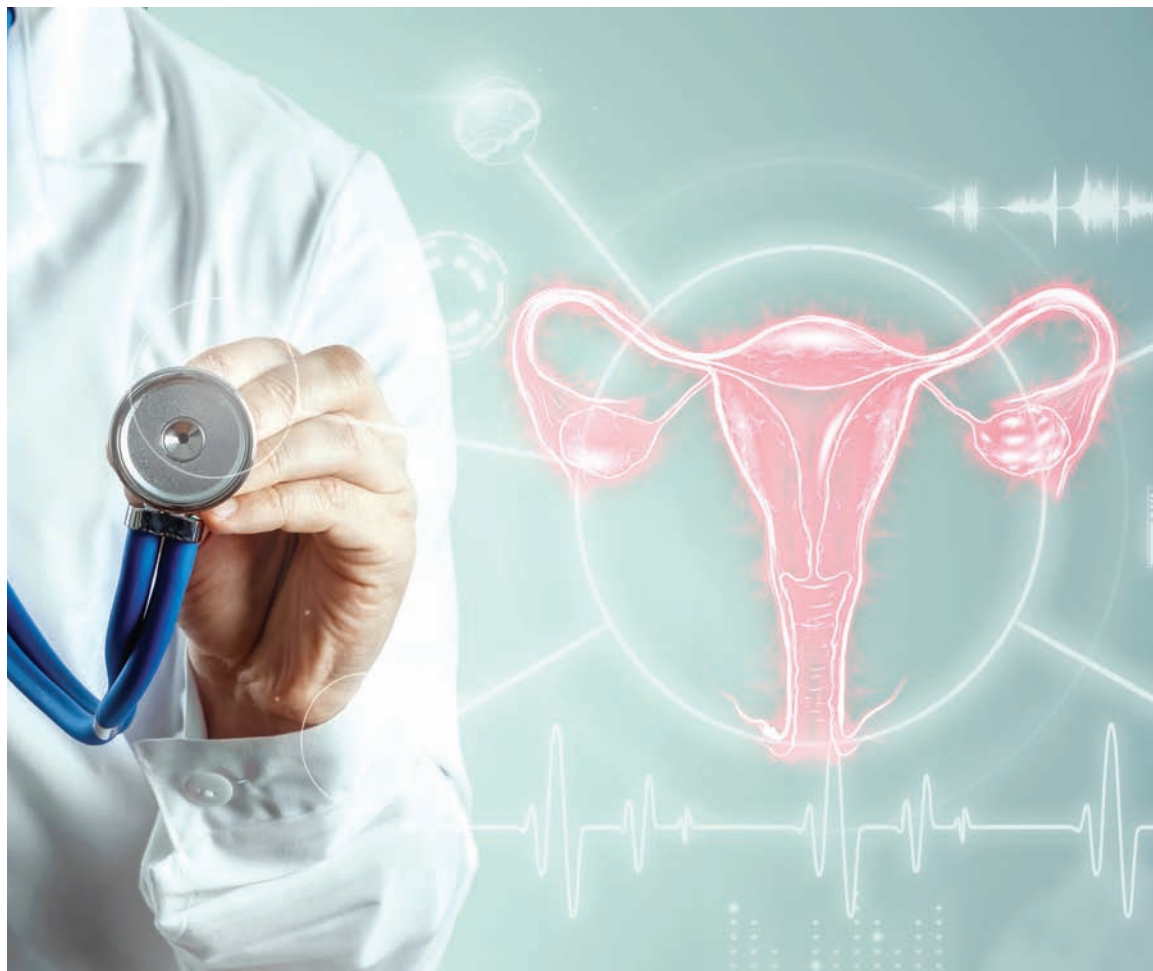
Όταν ο πόνος δεν μειώνεται με τα αναλγητικά, τότε ο γιατρός συνήθως συστήνει ορμονική θεραπεία. Αυτή τη θεραπεία μπορούν να πάρουν γυναίκες που δεν προγραμματίζουν εγκυμοσύνη. Η ορμονική θεραπεία είναι καλύτερη για μικρές εστίες, οι οποίες δεν έχουν ισχυρούς πόνους.

Και σε αυτήν την περίπτωση, αν η ασθενής δεν δει αισθητή διαφορά, ο γιατρός μπορεί ν' αλλάξει τη φαρμακευτική αγωγή.

Η χειρουργική θεραπεία συνήθως είναι ενδεδειγμένη για γυναίκες με ενδομητρίωση σε μεγάλο βαθμό, που εμφανίζουν ισχυρούς πόνους ή προβλήματα γονιμότητας και που δεν έχουν βοηθηθεί με τις άλλες δύο θεραπευτικές επιλογές.

Σύμφωνα με όσα μας είπε ο γιατρός, η ενδομητρίωση είναι μια συχνή πάθηση, και σε κάποιες περιπτώσεις εξαιρετικά επώδυνη, που πλήττει τις γυναίκες όλων των ηλικιών. Ακολουθώντας τις οδηγίες του γιατρού μας, σίγουρα θα καλύτερέσουμε τα συμπτώματα.

Να είστε όλοι καλά και... Υγιαίνετε.



Αυξάνονται τα περιστατικά καρκίνου του παχέος εντέρου

Με βάση το Αρχείο Καρκίνου του Υπουργείου Υγείας το 2018 -που είναι και η τελευταία καταγραφή- είχαμε περίπου 400 νέα περιστατικά σε ένα χρόνο, ενώ το 2005 είχαμε μόλις 275

ΘΕΟΔΩΡΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ, nicolaouth@simerini.com

Τον 3ο σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνο στην Κύπρο αποτελεί πλέον ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Σε συνέντευξή της στο ένθετο «Υγεία» και την εφημερίδα «Σημερινή», η κ. Μιράντα Χρυσοστόμου, Ανώτερη Λειτουργός ΠΑΣΥΚΑΦ – ΑΛΘΕΑ, εξηγεί ότι τα περιστατικά σημειώνουν αύξηση χρόνο με τον χρόνο, γεγονός που προβληματίζει, γι' αυτό και η ενημέρωση του κοινού για τη νόσο είναι αναγκαία και αποτελεί προτεραιότητα για τον

ΠΑΣΥΚΑΦ. Συγκεκριμένα, όπως είπε, με βάση το Αρχείο Καρκίνου του Υπουργείου Υγείας το 2018, που είναι και η τελευταία καταγραφή, είχαμε περίπου 400 νέα περιστατικά σε ένα χρόνο, ενώ το 2005 είχαμε μόλις 275. Η κ. Χρυσοστόμου μάς μιλά για τα συμπτώματα της νόσου, τα οποία, εάν εμφανιστούν, θα πρέπει να οδηγήσουν έγκαιρα το άτομο αυτό στον γιατρό, αλλά και για τις διαγνωστικές εξετάσεις που εντοπίζουν τον συγκεκριμένο

καρκίνο. Παράλληλα, αναφέρεται στη φετινή εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, για τα μηνύματα που στοχεύει να περάσει κυρίως για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση μέσω μίας απλής εξέτασης. Πρόκειται για το τεστ ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα (FOBT/FIT), το οποίο προσφέρεται δωρεάν στους πολίτες που εκδηλώνουν το ενδιαφέρον τους επικοινωνώντας με τον ΠΑΣΥΚΑΦ.

Ποια η δράση της ομάδας ΑΛΘΕΑ του ΠΑΣΥΚΑΦ με την ευκαιρία του ευρωπαϊκού μήνα ενημέρωσης για τον καρκίνο του παχέος εντέρου; Φέτος η εκστρατεία μας για ευαισθητοποίηση του κοινού για τον καρκίνο του παχέος εντέρου περιλαμβάνει διαδικτυακή και ραδιοφωνική ενημέρωση, αλλά επίσης και την προώθηση της συνεργασίας μας με τον Σύνδεσμο Διευθυντών Κλινικών Εργαστηρίων για 4η συνεχόμενη χρονιά. Από την 1η μέχρι 31 Μαρτίου θα προσφέρεται δωρεάν από συγκεκριμένα Χημεία, παγκυπρίως, το τεστ ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα (FOBT/FIT), το οποίο αποτελεί μίαν απλή εξέταση για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση. Μέχρι στιγμής η ανταπόκριση του κοινού είναι εκπληκτική, αφού καθημερινά

λαμβάνουμε δεκάδες τηλεφωνήματα από κόσμο που ανήκει σε διάφορες ηλικιακές ομάδες, που ενδιαφέρεται να ενημερωθεί. Μέσω της επικοινωνίας με το κοινό επιθυμούμε να δώσουμε απαντήσεις σε ερωτήματα που έχουν πραγματική σημασία για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Καλούμε λοιπόν όσους ενδιαφέρονται να επικοινωνήσουν με τον ΠΑΣΥΚΑΦ στο 77771986 για να τους ενημερώσουμε για τρόπους πρόληψης και μεθόδους έγκαιρης ανίχνευσης για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, αλλά και για να τους ενημερώσουμε για τα Χημεία που στηρίζουν την εκστρατεία μας σε κάθε επαρχία.

Ποιο είναι το ποσοστό των Κύπριων ασθενών που πάσχουν από τη νόσο;

Είναι πολύ πιθανό να γνωρίζουμε κάποιον που έχει επηρεαστεί από τον καρκίνο του παχέος εντέρου αφού αποτελεί τον 3ο σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνο στην Κύπρο. Με βάση το Αρχείο Καρκίνου του Υπουργείου Υγείας το 2018, που είναι και η τελευταία καταγραφή, είχαμε περίπου 400 νέα περιστατικά σε ένα χρόνο. Περιστατικά τα οποία παρατηρούμε δυστυχώς να αυξάνονται αφού το 2005 είχαμε μόλις 275.

Τι συμπτώματα θα πρέπει να προσέξει κανείς;

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να υπάρχει για πολύ καιρό χωρίς να δώσει οποιαδήποτε συμπτώματα. Μέχρι να φτάσει σε σημείο που να μπορεί να γίνει αντιληπτός ο όγκος, μπορεί να έχουν περάσει πάνω από 5 χρόνια παρουσίας του. Γι' αυτόν τον λόγο είναι πολύ σημαντικό να μάθουμε να αναγνωρίζουμε τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα μας. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα θεωρούνται τα εξής: αίμα στα κόπρανα, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου οι οποίες διαρκούν για μέρες (ευκοιλιοτότητα, δυσκοιλιοτότητα, αίσθημα ατελούς κένωσης), επίμονη κοιλιακή δυσφορία καθώς και συμπτώματα αναιμίας (αδυναμία, ζάλη, εύκολη κόπωση), τα οποία θα πρέπει να οδηγήσουν έγκαιρα το άτομο στον γιατρό.

Υπάρχουν εξετάσεις ρουτίνας που πρέπει να κάνουμε για να τον προλάβουμε ή να τον διαγνώσουμε πρώιμα;

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου απο-



τελεί έναν από τους πλέον διαχειρίσιμους και θεραπεύσιμους τύπους καρκίνου, ενώ μπορεί να προληφθεί και εάν εντοπιστεί έγκαιρα μπορεί να θεραπευτεί. Για υγιή άτομα των 45 ετών και άνω συστήνεται να υποβάλλονται σε τεστ ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα ετησίως (FOBT) καθώς και σε κολonosκόπηση κάθε 5-10 χρόνια, σύμφωνα πάντα με τις συστάσεις του γιατρού τους. Άτομα όμως που μπορεί να έχουν οποιαδήποτε συμπτώματα ή οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου ή πάσχουν από ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου τότε θα πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικό έλεγχο από τον γαστρεντερολόγο τους και να ακολουθούν το είδος ελέγχου και θεραπείας που τους προτείνει. Συνήθως η κολonosκόπηση είναι η κύρια μέθοδος που προτείνεται, καθώς η αξία της δεν είναι μόνο διαγνωστική αλλά και θεραπευτική.

Τι ακριβώς είναι το FOBT (τεστ ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα);
 Το τεστ ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα (Fecal Occult Blood test) είναι μια βιοχημική εξέταση που μπορεί να ανιχνεύσει ελάχιστες ποσότητες αίματος σε δείγματα κοπράνων. Οι ποσότητες είναι τόσο μικρές, που δεν είναι ορατές με γυμνό μάτι. Σε περίπτωση που το αποτέλεσμα είναι θετικό θα πρέπει να γίνει περαιτέρω διερεύνηση σε γαστρεντερολόγο για να προσδιοριστεί η πηγή της αιμορραγίας. Το FOB test μπορεί να ανιχνεύσει αίμα, όμως δεν μπορεί να καθορίσει τι ακριβώς το προκαλεί. Τονίζουμε ότι το συγκεκριμένο



τεστ δεν μπορεί να αντικαταστήσει την κολonosκόπηση και γίνεται καθαρά για προληπτικούς λόγους, καθώς είναι μια εξέταση η οποία χρησιμοποιείται για τη μείωση του καρκίνου του παχέος εντέρου στον ευρύ πληθυσμό.

Αρκετός κόσμος φοβάται την κολonosκόπηση. Τι θεωρείτε ότι πρέπει να ξέρουμε για την κολonosκόπηση, που θα μας βοηθήσει να νικήσουμε αυτόν τον φόβο;
 Παρά το γεγονός ότι η κολonosκόπηση είναι μια πολύτιμη μέθοδος για την πρόληψη του καρκίνου, εντούτοις πολλοί την αποφεύγουν λόγω φόβων και άλλων μύθων που επικράτησαν

για την εξέταση. Η κολonosκόπηση είναι μια εξέταση που σώζει ζωές και το πρόβλημα του φόβου, δυστυχώς, μεταφράζεται σε αχρείαστη απώλεια ζωών. Με την κατάλληλη προετοιμασία η διαγνωστική αυτή εξέταση είναι ικανή να ανιχνεύσει έγκαιρα τις προκαρκινικές αλλοιώσεις στο παχύ έντερο και επιτρέπει την άμεση αφαίρεσή τους ενώ γίνεται με χορήγηση καταστολής και αναλγησίας σχεδόν ανώδυνα. Είναι η μόνη εξέταση που εξαλείφει τον καρκίνο του παχέος εντέρου πριν ακόμα αυτός εκδηλωθεί. Άρα, με τη σωστή καθοδήγηση του γιατρού και γνωρίζοντας την αξία της κολonosκόπησης, ο κάθε φόβος θα πρέπει

να εξαλειφθεί και να εκτιμήσουμε αυτό το τόσο σημαντικό εργαλείο που έχουμε στη διάθεσή μας. Εμείς, η ομάδα αντιμετώπισης γαστρεντερικών καρκίνων ΑΛΘΕΑ του ΠΑΣΥΚΑΦ, θέλουμε ο κόσμος να αποκτήσει την κατάλληλη γνώση, ούτως ώστε να παίρνει τα μέτρα του έγκαιρα, για να έχει τα εφόδια να προλαβαίνει τον καρκίνο.



Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα θεωρούνται τα εξής: αίμα στα κόπρανα, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου οι οποίες διαρκούν για μέρες (ευκοιλιότητα, δυσκοιλιότητα, αίσθημα ατελούς κένωσης), επίμονη κοιλιακή δυσφορία καθώς και συμπτώματα αναιμίας (αδυναμία, ζάλη, εύκολη κόπωση), τα οποία θα πρέπει να οδηγήσουν έγκαιρα το άτομο στον γιατρό

ECCAM - EUROPEAN COLORECTAL CANCER AWARENESS MONTH MARCH
 by DIGESTIVE CANCERS EUROPE

#ECCAM2022

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΠΑΣΥΚΑΦ | ΑΛΘΕΑ

ΟΥΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ**Τι είναι η ουλίτιδα και πώς δημιουργείται;**

Η πλάκα σκληραίνει και γίνεται η γνωστή πέτρα, που προκαλεί την ουλίτιδα, η οποία αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως, εμφανίζεται η περιοδοντίτιδα



ΔΡ ΙΩΑΝΝΑ ΧΑΤΖΗΑΝΤΩΝΙΟΥ, Χειρουργός Οδοντίατρος

Η πιο συνηθισμένη πάθηση που μπορεί να προκληθεί στο στόμα μας, εκτός από την τερηδόνα, είναι η ουλίτιδα. Σχεδόν όλοι μας σε κάποιο βαθμό έχουμε ουλίτιδα. Όπως λοιπόν ακούγεται και από το όνομα, ουλίτιδα είναι η φλεγμονή των ούλων. Αυτό που αρχικά δημιουργεί τη φλεγμονή είναι τα υπολείμματα των τροφών που μένουν στα δόντια και μεταξύ των ούλων και των δοντιών. Έτσι δημιουργείται η πλάκα, η οποία σκληραίνει και γίνεται η γνωστή πέτρα, που προκαλεί την ουλίτιδα. Αν λοιπόν αυτή η ασθένεια δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως, ώστε να την διατηρήσουμε στο στάδιο που βρίσκεται, εμφανίζεται η περιοδοντίτιδα, που είναι το πιο προχωρημένο στάδιο της ουλίτιδας.

Ποια είναι τα σημάδια που θα μου φανερώσουν ότι έχω ουλίτιδα;

Η ουλίτιδα συνήθως αναγνωρίζεται από την αιμορραγία των ούλων, τον ερεθισμό ή ακόμα και το πρήξιμο των ούλων. Το βασικότερο σημάδι είναι το αίμα, το οποίο δημιουργείται λόγω της πλάκας που δημιουργεί αυτήν τη φλεγμονή. Η αιμορραγία μπορεί να εμφανιστεί κατά το βούρτσισμα, όταν περνούμε το οδοντικό μας νήμα, αλλά και κατά τον καθαρισμό στο ιατρείο.

Συμβαίνει ακόμα κάποιες φορές τα ούλα να είναι ασφυκτικά γεμάτα με πέτρα, επειδή τις περισσότερες φορές ο ασθενής αμέλησε να τα προσέξει, και παρόλα αυτά να μην παρατηρείται αιμορραγία κατά την καθημερινή φροντίδα των δοντιών του. Κατά τον επαγγελματικό του όμως καθαρισμό στο ιατρείο, απελευθερώνονται τα ούλα από την πέτρα και τότε είναι που παρατη-

ρείται το αίμα σαν αντίδραση στη φλεγμονή. Ουσιαστικά είναι τότε που επιτρέπουμε στα ούλα μας να αναπνεύσουν.

Τι είναι η περιοδοντίτιδα και ποιες οι επιπτώσεις της;

Όπως και πάλι φανερώνεται από το όνομα, περιοδοντίτιδα είναι η φλεγμονή του περιοδόντιου, δηλ. των ιστών που συγκρατούν το δόντι στη θέση του στο οστό. Με άλλα λόγια τα βακτήρια της πλάκας διεισδύουν από τα ούλα στο κόκκαλο, το οποίο και καταστρέφουν. Τότε είναι που, λόγω της φλεγμονής, το κόκκαλο αλλοιώνεται και χάνεται σημαντικό μέρος του. Ο περιοδοντικός θύλακας (η απόσταση του οστού από το ούλος) γίνεται όλο και μεγαλύτερος και σε προχωρημένο στάδιο περιοδοντίτιδας τα δόντια αρχίζουν να κουνιούνται.

Περιοδοντίτιδα και κληρονομικότητα

Είναι αλήθεια ότι η περιοδοντίτιδα είναι κληρονομική. Δεν σημαίνει όμως απαραίτητα ότι αν την έχουν οι γονείς μου θα την έχω και εγώ. Είναι απλώς ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει, όπως επίσης και άλλοι εξωτερικοί παράγοντες παίζουν ρόλο. Όπως το κάπνισμα, το οποίο είναι σύμμαχος της περιοδοντίτιδας και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά ή και να επιβραδύνει τη θεραπεία της, αλλά και κάποιες ασθένειες που συνδέονται άμεσα όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο διαβήτης και η στεφανιαία νόσος.

Τρόποι αντιμετώπισης

Κατ' αρχάς πρέπει να γνωρίζουμε ότι, εκτός από τον επαγγελματικό καθαρισμό στο ιατρείο, πρέπει



και εμείς οι ίδιοι να φροντίζουμε για την υγεία της στοματικής μας κοιλότητας στο σπίτι. Ως γνωστόν, βασική προϋπόθεση είναι το τακτικό βούρτσισμα των δοντιών, 2 φορές την ημέρα - πρωί και βράδυ. Σημαντικό ρόλο παίζει και η σωστή επιλογή της οδοντόβουρτσας. Επιλέγουμε μια μαλακή ή μέτρια οδοντόβουρτσα χειρός ή ακόμα και μια ηλεκτρική οδοντόβουρτσα χωρίς να απαιτείται μεγάλη δεξιότητα τεχνικής. Επίσης δίνουμε έμφαση

στη διάρκεια του βουρτσίσματος, που σύμφωνα με στατιστικές, ένας μέσος όρος είναι δύο λεπτά. Ωστόσο δεν υπάρχει ακριβής χρόνος, αφού στόχος είναι να καλύπτονται με την οδοντόβουρτσα όλες οι επιφάνειες των δοντιών. Ο ασθενής πρέπει να φροντίζει για τη σωστή τεχνική του βουρτσίσματος, την οποία μπορεί να υποδείξει ο οδοντίατρος στο ιατρείο, στο ραντεβού του ασθενούς για τον καθαρισμό. Τέλος σημαντικό ρόλο παίζει η επιπρόσθετη φροντίδα μεσοδόντιων διαστημάτων είτε με βουρτσάκια είτε με οδοντικό νήμα, αφού το 30% της επιφάνειας του δοντιού βρίσκεται στα μεσοδόντια διαστήματα.

Ακολουθώντας λοιπόν αυτά τα μέτρα όχι μόνο στο ιατρείο αλλά και στο σπίτι, θα μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε την ουλίτιδα και την περιοδοντίτιδα, να τη διατηρήσουμε στο στάδιο το οποίο βρίσκεται, και, γιατί όχι, με επιμέλεια να την θεραπεύσουμε.

Αν η ουλίτιδα δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως, ώστε να την διατηρήσουμε στο στάδιο που βρίσκεται, εμφανίζεται η περιοδοντίτιδα

Εξατομικευμένη ολική αρθροπλαστική γόνατος

Εξελιγμένη τεχνολογία - Καινοτόμες πρακτικές - Μοναδικοί ασθενείς



ΔΡ ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ MD,

Ορθοπαιδικός Χειρουργός - Τραυματολόγος, Χειρουργική μεγάλων αρθρώσεων (γόνατο - ισχίο - ώμος), Αρθροσκοπική χειρουργική - Αθλητικές κακώσεις, Χειρουργική ποδιού - ποδοκνημικής, Χειρουργική χεριού και Μικροχειρουργική, Χειρουργική ελάχιστης επεμβατικότητας

Το γόνατο είναι μία μεγάλη και σημαντική άρθρωση του ανθρώπινου σώματος, η οποία συμμετέχει σχεδόν σε όλες τις κινήσεις που εκτελούνται στην καθημερινότητά μας.

Σχηματίζεται από το περιφερικό άκρο του μηριαίου, το κεντρικό άκρο της κνήμης και την επιγονατίδα. Τα οστά συνδέονται μεταξύ τους με στατικούς και δυναμικούς σταθεροποιητές που είναι, αντίστοιχα, οι σύνδεσμοι και οι μύες με τους τένοντές τους. Τα οστικά άκρα επενδύονται με μία λεία επιφάνεια, τον υαλοειδή χόνδρο, που με τη βοήθεια του αρθρικού υγρού μειώνει την τριβή και λειτουργεί σαν υδραυλικό σύστημα απορροφώντας τους κραδασμούς. Σε περίπτωση πάθησης ή βλάβης των στοιχείων αυτών τότε δημιουργείται πόνος στο γόνατο που μπορεί να περιορίσει σημαντικά την κίνηση και να επιφέρει πολλαπλά δευτερογενή προβλήματα.



ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΓΟΝΑΤΟΣ

Μία συχνή πάθηση που δημιουργεί πόνο στο γόνατο είναι και η οστεοαρθρίτιδα. Λέγεται και παραμορφωτική, ή συχνότερα εκφυλιστική αρθρίτιδα. Μπορεί να είναι πρωτοπαθής (ιδιοπαθής, κληρονομική

κ.λπ) ή δευτεροπαθής (απότοκος δηλαδή άλλων αιτιών όπως το τραύμα, ανατομικές παραλλαγές, κ.ά). Ο ασθενής συνήθως παραπονείται για άλγος στο γόνατο, οίδημα, δυσκαμψία, παραμόρφωση και χωλότητα. Σύμφωνα με μελέτες, περίπου το 10% του πληθυσμού άνω των 60 ετών θα αναπτύξουν οστεοαρθρίτιδα.

Η διάγνωση τίθεται με την κλινική εξέταση και επιβεβαιώνεται με απλή ακτινογραφία, η οποία είναι και η μέθοδος εκλογής. Τα παθολογικά της στοιχεία είναι η στένωση του μεσαρθρίου διαστήματος, η σκλήρυνση των αρθρικών επιφανειών, τα οστεόφυτα και οι υποχόνδριες κύστες.



ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η θεραπεία στα αρχικά στάδια είναι συντηρητική με φάρμακα (αντιφλεγμονώδη και συμπληρώματα διατροφής), φυσικοθεραπείες, ήπια άσκηση, απώλεια βάρους, ενέσεις υαλουρονικών, PRP, βιολογικοί παράγοντες, βλαστοκύτταρα κ.λπ. Σε προχωρημένη εγκατεστημένη οστεοαρθρίτιδα η θεραπεία είναι μόνο χειρουργική και η πιο διαδεδομένη μέθοδος με άριστα αποτελέσματα είναι η ολική αρθροπλαστική.



ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

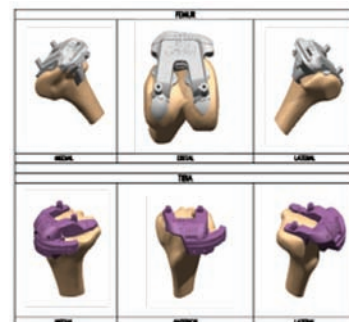
Στην ολική αρθροπλαστική, οι αρθρικές επιφάνειες με τον χόνδρο και το υποχόνδριο οστόν αφαιρούνται και στη θέση τους τοποθετούνται ειδικές μεταλλικές προθέσεις, που συνδέονται με το υποκείμενο οστόν είτε με πορώδες υλικό υδροξυαπατίτη είτε με βιολογικό τιμμέντο. Μεταξύ των νέων μεταλλικών επιφανειών τοποθετείται υλικό από πολυαιθυλένιο.



ΜΕΤΑΛΛΙΚΕΣ ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ ΤΟ ΠΟΛΥΑΙΘΥΛΕΝΙΟ

Σήμερα, με τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και των βιολογικών επιστημών, χρησιμοποιούνται εξελιγμένες τεχνικές που προσφέρουν στον ασθενή καλύτερα αποτελέσματα, γρηγορότερη αποκατάσταση και λιγότερες επιπλοκές.

Μία τέτοια μέθοδος είναι και η εξατομικευμένη ολική αρθροπλαστική, που καλύπτεται πλήρως από το ΓεΣΥ και δίνει έμφαση στη μοναδικότητα του κάθε ασθενούς. Η καινοτομία έγκειται στη δημιουργία εξατομικευμένων οδηγών οστεοτομίας (cutting guides) με τη χρήση πληροφοριών που λαμβάνονται για κάθε ασθενή από πραγματικούς μεγέθους εικόνες (ακτινογραφίες και MRI) και τη δημιουργία τρισδιάστατων μοντέλων (εκμαγείων).



ΟΔΗΓΟΙ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΩΝ

Με τους εξατομικευμένους οδηγούς επιτυγχάνεται ακρίβεια στις οστεοτομίες και τρισδιάστατη διόρθωση της παραμόρφωσης. Γίνεται ευθυγράμμιση προσθιοπίσθια, πλάγιο-πλάγια αλλά και στροφική στον βέλτιστο βαθμό. Επιτυγχάνεται επίσης το ακριβές μέγεθος των προθέσεων αλλά και η τέλεια εφαρμογή τους. Η μελέτη γίνεται εξολοκλήρου προεχειρητικά και όχι κατά τη διάρκεια του χειρουργείου.

Αποφεύγονται μέχρι και 21 βήματα από την κλασική μέθοδο, με αποτέλεσμα τη μείωση του χειρουργικού χρόνου αλλά και της πιθανότητας επιπλοκών. Μικρότερες τομές (minimal invasive), λιγότερες οστεοτομίες, μικρότερη απώλεια αίματος, λιγότερος πόνος.

Χρησιμοποιούνται νέες γενεές υλικά, ισχυρότερα, ελαφρύτερα, με μικρότερο συντελεστή τριβής, ανθεκτικότερα στον χρόνο για μεγαλύτερη διάρκεια ζωής.

Καινοτόμα επίσης είναι και τα πρωτόκολλα ταχείας αποκατάστασης (fast track), που με ειδικές συνθήκες ο ασθενής μπορεί να εξέλθει από την κλινική μέσα σε 24 ώρες. Βεβαίως ουσιαστικότερο για τον ιατρό και τον ασθενή θα πρέπει να είναι το τελικό αποτέλεσμα και η διάρκειά του στον χρόνο και όχι το πρώτο 24ωρο.

Απαραίτητη είναι η κατάλληλη προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς προεχειρητικά, καθώς και η κατάλληλη αποκατάσταση μετεχειρητικά.

Προϋπόθεση για ένα καλό αποτέλεσμα είναι η εμπειρία και η εξειδικευμένη κατάρτιση του ιατρού

* Πολυκλινική Λευκωσίας, Τηλέφωνο: 22780780

Η Υπηρεσία Κατ' Οίκον Φροντίδας Ο.ΠΑ.Κ.

Ένας Φροντιστής της Υπηρεσίας Κατ' Οίκον Φροντίδας της Ο.ΠΑ.Κ. λειτουργεί υποστηρικτικά βοηθώντας στην προσωπική και νοσηλευτική φροντίδα, τη χορήγηση φαρμάκων, τη μεταφορά, την εκπαίδευση και παρέχει πρόσβαση στην κοινότητα



ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ, Γενικός Διευθυντής Ο.ΠΑ.Κ.

Εχετε αναρωτηθεί ποτέ τι ακριβώς κάνει ένας φροντιστής; Ίσως να έχετε σκεφθεί πως η μόνη φροντίδα που παρέχει, σχετίζεται με θέματα νοικοκυριού σε ένα άρρωστο ή ηλικιωμένο άτομο. Η δημιουργία της Υπηρεσίας Κατ' Οίκον Φροντίδας Ο.ΠΑ.Κ. προέκυψε λόγω:

- Των μεγάλων αναγκών που έχουν τα άτομα με κάκωση νωτιαίου μυελού για υπηρεσίες υποστήριξης και της δυσκολίας εξεύρεσης και εργοδότησης καταρτισμένων φροντιστών,
- της συχνής εγκατάλειψης από τους οικιακούς φροντιστές που εργοδο-

τούν τα μέλη μας, οι οποίοι προτιμούν να έχουν μια πιο εύκολη εργασία. Ταυτόχρονα θέσπισε το επάγγελμα του Φροντιστή στην Κύπρο, αναβαθμίζοντας τον ρόλο και εικόνα του στην κοινωνία. Κι αυτό γιατί ο ρόλος του Φροντιστή στην κοινωνία θα πρέπει να είναι διαφορετικός και να καλύπτει πολύ περισσότερα από τα απλά και συνηθισμένα στερεοτυπικά καθήκοντα.

Τι κάνει πραγματικά ένας Φροντιστής μας;

Ένας Φροντιστής της Υπηρεσίας Κατ' Οίκον Φροντίδας της Ο.ΠΑ.Κ. λειτουργεί υποστηρικτικά βοηθώντας

στην προσωπική και νοσηλευτική φροντίδα, τη χορήγηση φαρμάκων, τη μεταφορά, την εκπαίδευση και παρέχει πρόσβαση στην κοινότητα. Υποστηρίζει τις δραστηριότητες καθημερινής Φροντίδας, όπως μπάνιο, πλύσιμο, μαγείρεμα και άλλα σχετικά οικιακά καθήκοντα. Με τη συνεργασία των άλλων τμημάτων της Ο.ΠΑ.Κ. (Κοινωνικών Λειτουργών, Ψυχολόγου και επαγγελματιών του Τμήματος Διαχείρισης), υποστηρίζει το κάθε άτομο ξεχωριστά, παρακινώντας το για επανένταξή του στη κοινωνία.

Πέραν της κάλυψης των φυσικών αναγκών, ένας Φροντιστής παρέχει ενθάρρυνση και διαβεβαίωση στα άτομα που φροντίζει, επιβλέπει την ευημερία τους, παρακολουθεί την ασφάλειά τους και τα βοηθά να παραμείνουν όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητα, να συνεχίσουν τα χόμπι και τις δραστηριότητές του, φροντίζοντας να έχουν καλή ποιότητα ζωής.

Η ύπαρξη απαιτούμενων στοιχείων στον χαρακτήρα και ικανότητα πέραν της εκπαίδευσης και πρακτικής εμπειρίας και κατάρτισης, σε ένα συνεχόμενο και ευρύ φάσμα πληροφοριών που παρέχεται στον Φροντιστή της Ο.ΠΑ.Κ, είναι ζωτικής σημασίας.

Ο Φροντιστής υποστηρίζει το άτομο, ώστε να μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του με αξιοπρέπεια και να διατηρεί την προσωπικότητά του, τις συνήθειες και τις προτιμήσεις του.

Γνωρίζουμε ότι μπορεί να είναι δύσκολο για όσους χρειάζονται φροντίδα να έχουν διαφορετικούς Φροντιστές, έτσι τηρούμε διαδικασίες μέσω των οποίων η διανομή προσωπικού διασφαλίζει την άνεση και φιλική υποστήριξη και συγχρόνως εμπλουτίζει και εξειδικεύει σε εμπειρίες τους Φροντιστές.

Αναλόγως των αναγκών, οι Φροντιστές παρέχουν 6 ώρες κατ' οίκον φροντίδα καθημερινά μέχρι αργά το απόγευμα, με διαθέσιμη γραμμή έκτακτης ανάγκης από 12.00 μέχρι τις 24.00.

Οι Φροντιστές μας προέρχονται από ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών, κατέχουν πρόσθετα Δίπλωμα και Ευρωπαϊκή Ταυτότητα Φροντιστή. Παρέχουν, με βάση τις ετήσιες έρευνες μελών, πολύ υψηλό επίπεδο υπηρεσιών με ποσοστό ικανοποίησης πέραν του 86%, διακριτικά, με εξεμύθεια και σεβασμό.

Τους ευχαριστούμε καθημερινά για τη μεγαλοψυχία τους.

*Περισσότερες πληροφορίες στο https://opak.org.cy/ypiresia_frontidas/.

Ο ΠΑΣΥΚΑΦ συμμετέχει στην πανευρωπαϊκή έρευνα «VACCELERATE»

Η έρευνα διενεργείται εκ μέρους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στο πλαίσιο του Προγράμματος Horizon Program 2020 και βασικός της στόχος είναι η βελτίωση των επιπέδων ετοιμότητας των κρατών μελών της ΕΕ έναντι μελλοντικών επιδημιών/πανδημιών.

Το έργο ονομάζεται «VACCELERATE» και τα ευρήματά του θα υποστηρίξουν χώρες και οργανισμούς ασθενών με τεχνολογία και λύσεις για την επιτάχυνση υφιστάμενων και επερχόμενων αναπτυξιακών προγραμμάτων για νέα εμβόλια και στρατηγικές εμβολιασμού. Η άποψη της Κύπρου καθίσταται εξαιρετικά σημαντική και θα εκτιμούσαμε τη συμμετοχή σας.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το Vaccelerate, μπορείτε να δείτε στον πιο κάτω σύνδεσμο <https://vaccelerate.eu/>.

Το ερωτηματολόγιο είναι τελείως ανώνυμο και ευθυγραμμισμένο με τις αρχές Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας και δεν θα χρειαστεί περισσότερο από 4-5 λεπτά για να συμπληρωθεί. Η συμμετοχή είναι εθελοντική, ανώνυμη και εμπιστευτική. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται διαδικτυακά στο πιο κάτω link: <https://www.dooblocawi.com/client/Survey.aspx?Ticket=6HST680Y> Η πρόσβαση στο ερωτηματολόγιο θα παραμείνει μέχρι τέλη Μαρτίου 2022.

Παρακαλώ όπως πληκτρολογήσετε τον πιο κάτω σύνδεσμο: <https://www.dooblocawi.com/client/Survey.aspx?Ticket=6HST680Y> ή επικοινωνήστε στο τηλέφωνο +35722274117 ή στο email angie.p@conread.com, για οποιοδήποτε απορίες.



Η διερεύνηση του υπογόνιμου ζευγαριού

Ένα ζευγάρι πρέπει να ζητήσει βοήθεια όταν έχει ελεύθερες σεξουαλικές επαφές και δεν έχει επιτύχει σύλληψη μετά από ένα χρόνο προσπαθειών



ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΧΑΝΔΑΚΑΣ, Μαιευτήρας – Γυναικολόγος, Ειδικός στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΕΣΙΣ

Η υπογονιμότητα στις μέρες μας είναι ένα συχνό πρόβλημα, καθώς αφορά το 13 με 15% των ζευγαριών διεθνώς.

Οι αυξητικές τάσεις εμφάνισης της υπογονιμότητας σχετίζονται με ποικίλους παράγοντες, πολλοί από τους οποίους αποδίδονται στον σύγχρονο τρόπο ζωής. Η πιθανότητα σύλληψης στα υγιή ζευγάρια είναι περίπου 20 - 25% ανά αναπαραγωγικό κύκλο. Η υπογονιμότητα αφορά τόσο τον άνδρα όσο και τη γυναίκα και μπορεί να διαγνωστεί με πληθώρα εξετάσεων και γι' αυτόν τον λόγο η διερεύνηση του ζευγαριού πρέπει να ξεκινά ταυτόχρονα.

Ένα ζευγάρι πρέπει να ζητήσει βοήθεια όταν έχει ελεύθερες σεξουαλικές επαφές και δεν έχει επιτύχει σύλληψη μετά από ένα χρόνο προσπαθειών ή ο ένας από τους δύο στο ζευγάρι έχει ιστορικό ή ενδείξεις για υπογονιμότητα. Το ζευγάρι μπορεί να απευθυνθεί συμβουλευτικά στον ειδικό, ακόμη και πριν από την προσπάθεια.

Αρχικά, πρέπει να στοιχειοθετηθεί η υπογονιμότητα (ορισμός, αίτια). Η αρχική διερεύνηση του ζεύγους περιλαμβάνει μετά τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού, την πλήρη κλινική εξέταση τόσο της γυναίκας όσο και του άντρα. Οι αρχικές εξετάσεις του ζευγαριού περιλαμβάνουν διακολπικό υπερηχογράφημα της γυναίκας για τον έλεγχο της μήτρας και των ωοθηκών, αιματολογικές ορμονολογικές εξετάσεις, και για τον έλεγχο των σαλπίγγων συνήθως συνιστάται υστεροσαλπιγγογραφία. Σπερμοδιάγραμμα και εξετάσεις αίματος, για τον έλεγχο των ορ-

μονών του συντρόφου, κρίνονται απαραίτητες.

Εξετάσεις για τις γυναίκες

- Εξετάσεις αίματος, τη 2η έως την 4η μέρα του κύκλου, για τον έλεγχο των επιπέδων των ορμονών FSH, LH, TSH, οιστραδιόλη, προγεστερόνη και προλακτίνη.

- Εξετάσεις αίματος για τον έλεγχο σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών όπως Ηπατίτιδα Β και C και HIV.

- Διακολπικό υπερηχογράφημα για τον έλεγχο της μήτρας και των ωοθηκών.

- Υστεροσαλπιγγογραφία η οποία συνιστάται κυρίως για τον έλεγχο των σαλπίγγων. Μικρή ποσότητα του υγρού αυτού περνάει μέσα από τον κόλπο και καταλήγει στη μήτρα, αποκαλύπτοντας τυχόν εμπόδια που υπάρχουν στις σάλπιγγες.

Εξετάσεις για τους άνδρες

- Σπερμοδιάγραμμα για τον έλεγχο όλων των παραμέτρων του σπέρματος (όγκο, οξύτητα, συγκέντρωση, κινητικότητα, μορφολογία). Σε περίπτωση που η πρώτη ανάλυση του σπέρματος είναι μη φυσιολογική, τότε η εξέταση επαναλαμβάνεται, καθώς είναι ο μόνος τρόπος για να διαγνωστεί η ανδρική υπογονιμότητα.

- Εξετάσεις αίματος, για τον έλεγχο των ορμονών FSH, LH, οιστραδιόλη, και προγεστερόνη.

- Εξετάσεις αίματος για τον έλεγχο

σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών όπως Ηπατίτιδα Β και C και HIV. Πριν από οποιαδήποτε θεραπεία χρειάζεται να τεθεί μια σαφής διάγνωση. Η διάγνωση της υπογονιμότητας τίθεται από εξειδικευμένο ιατρό και είναι εξαιρετικά σημαντική, διότι αυτή καθοδηγεί την επιλογή της θεραπευτικής στρατηγικής. Διεθνώς διαφαίνεται πλέον η τάση για εξατομικευμένη θεραπεία, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε ζευγαριού.

Δεν υπάρχει μία θεραπεία υπογονιμότητας αλλά ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να συστηθεί απλή φαρμακευτική θεραπεία, ενδομήτρια σπερματέγχυση (με ή χωρίς χρήση διέγερσης), λαπαροσκοπηση, υστεροσκοπηση, εξωσωματική γονιμοποίηση κ.ά.

Η λύση στην υπογονιμότητα του ζευγαριού μπορεί να είναι σύντομη και ανέξοδη και όχι τόσο χρονοβόρα όσο ο κύκλος μιας εξωσωματικής. Η εξωσωματική είναι μια λύση που σεβόμαστε και οδηγούμε υπογόνιμα ζευγάρια προς τα εκεί, όμως δεν την θεωρούμε εύκολη λύση, και ειδικά για νεαρά ζευγάρια.

ΠΗΓΗ: ΑΠΕ-ΜΠΕ



Τα προσωπικά δεδομένα των δικαιούχων του ΓεΣΥ

Η προστασία των προσωπικών δεδομένων των δικαιούχων, που τυγχάνουν διαχείρισης στο πλαίσιο λειτουργίας του ΓεΣΥ, αποτελεί νευραλγικό μέρος των εργασιών του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας

Η μετάβαση στην ψηφιακή εποχή αποτελεί αναμφίβολα μια θετική εξέλιξη με πολλαπλά οφέλη: Απλοποίηση διαδικασιών, μείωση χρόνου αναμονής, αποφυγή περιττής γραφειοκρατίας, εύκολη και άμεση πρόσβαση σε χρήσιμα στοιχεία. Ένα ζήτημα που ανακύπτει, ωστόσο, από αυτήν την αναγκαία μετάβαση, είναι η διαφύλαξη των Προσωπικών Δεδομένων (ΠΔ) των προσώπων. Πέραν των μέτρων κυβερνοασφάλειας που λαμβάνονται για την προστασία του Συστήματος Πληροφορικής του ΓεΣΥ, ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας έχει καθορίσει ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, το οποίο υποδεικνύει και ελέγχει το ποιοι και υπό ποιες προϋποθέσεις έχουν δικαίωμα πρόσβασης και επεξεργασίας στα δεδομένα του κάθε δικαιούχου.

Ποια προσωπικά δεδομένα συλλέγονται

Όταν ένας δικαιούχος αιτηθεί να εγγραφεί ή να εγγράψει τρίτο άτομο στην Πύλη Δικαιούχων του ΓεΣΥ, θα του ζητηθεί να δώσει κάποια προσωπικά του στοιχεία. Αυτά τα στοιχεία περιλαμβάνουν όνομα και επώνυμο, ημερομηνία γέννησης, εθνικότητα και αριθμό ταυτότητας ή, αναλόγως, αριθμό εγγραφής αλλοδαπού. Επιπλέον απαιτούνται στοιχεία που αφορούν στην οικογενειακή κατάσταση, την ταχυδρομική διεύθυνση, αριθμούς τηλεφώνου του δικαιούχου και του πλησιέστερου συγγενούς, διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, η προτιμώμενη μέθοδος επικοινωνίας και η προτιμώμενη γλώσσα επικοινωνίας (ελληνικά ή αγγλικά).

Ο Οργανισμός έχει το δικαίωμα, προκειμένου να επαληθεύσει το κατά πόσον ο αιτητής πληροί τα κριτήρια ώστε να είναι δικαιούχος του ΓεΣΥ, να ελέγξει τα προσωπικά του στοιχεία χρησιμοποιώντας άλλες κυβερνητικές βάσεις δεδομένων. Επιπλέον, κάθε φορά που ένας δικαιούχος λαμβάνει υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο πλαίσιο του ΓεΣΥ, ο εκάστοτε πάροχος εισάγει προσωπικά δεδομένα σχετικά με αυτές τις υπηρεσίες. Αυτά τα δεδομένα ενδέχεται να περιλαμβάνουν ενδείξεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας του δικαιούχου. Τα ιατρικά δεδομένα εισάγονται στο Σύστημα είτε μέσα στην επιλογή «Ιατρικό Προφίλ» είτε στην κατηγορία

«Ιστορικό», ως μέρος της διαδικασίας επιβολής απαιτήσεων.

Ο ΟΑΥ έχει το δικαίωμα να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα που αφορούν γενικές πληροφορίες για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που λαμβάνει ένας δικαιούχος, στο πλαίσιο υλοποίησης, παρακολούθησης και διαχείρισης του Γενικού Συστήματος Υγείας.

Ποιοι έχουν δικαίωμα πρόσβασης

Δικαίωμα πρόσβασης στα προσωπικά τους δεδομένα έχουν, φυσικά, οι ίδιοι οι δικαιούχοι ή οι κηδεμόνες τους. Επιπλέον δικαίωμα πρόσβασης έχουν οι συμβεβλημένοι με το ΓεΣΥ πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας υγείας, οι επαγγελματίες υγείας του ΓεΣΥ, όπως και το προσωπικό που ανήκει ή εργάζεται για λογαριασμό των παροχέων, υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις που δικαιολογούν τέτοια πρόσβαση.

Με βάση πάντοτε την ανάγκη για γνώση, δικαίωμα πρόσβασης έχουν εξουσιοδοτημένοι λειτουργοί του ΟΑΥ, καθώς και οργανισμοί ή πρόσωπα που λειτουργούν ως υπεργολάβοι ή συνεργάτες του ΟΑΥ, όπου στο πλαίσιο των υπηρεσιών που παρέχουν π.χ. εξέταση απαιτήσεων ή αιτημάτων προέγκρισης, διαχειρίζονται προσωπικά δεδομένα δικαιούχων. Ακόμα, πρόσβαση σε συγκεκριμένα προσωπικά δεδομένα δυνατόν να έχουν δημόσιες υπηρεσίες στο πλαίσιο της εκτέλεσης του έργου τους, όπως π.χ. ο Γενικός Ελεγκτής της Δημοκρατίας

ή ο Επόπτης του ΓεΣΥ στο πλαίσιο διερεύνησης παραπόνων κοκ.

Τέλος, πρόσβαση σε προσωπικά στοιχεία ενός δικαιούχου έχουν επίσης και τα άτομα που έχουν οριστεί από δικαιούχους για να τους εγγράψουν στην Πύλη Δικαιούχων. Η πρόσβαση αυτή διακόπτεται πλήρως με την ολοκλήρωση της εγγραφής του δικαιούχου και πριν ξεκινήσει η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Πώς ελέγχεται η πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα

Στην Πύλη Δικαιούχων εφαρμόζονται τα ενδεδειγμένα τεχνικά μέτρα κυβερνοασφάλειας, καθώς και μέτρα τα οποία εφαρμόζουν τις απαιτούμενες προϋποθέσεις για ένομη πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα. Όσον αφορά την πρόσβαση των Παροχέων στο Αρχείο του δικαιούχου, υπάρχει πλήρης διαφάνεια ως προς το ποιος, πότε και υπό ποιες προϋποθέσεις απέκτησε πρόσβαση. Συγκεκριμένα, κάθε τέτοια πρόσβαση καταγράφεται στο Αρχείο Καταγραφής Πρόσβασης που αποτελεί μέρος του αρχείου κάθε δικαιούχου. Ταυτόχρονα, αποστέλλεται ξεχωριστό ηλεκτρονικό μήνυμα στον δικαιούχο κάθε φορά που ένας παροχέας είχε πρόσβαση.

Τέλος, μέσα από την Πύλη δίνεται η δυνατότητα σε κάθε δικαιούχο να περιορίσει την πρόσβαση των παροχέων είτε σε συγκεκριμένα ιατρικά δεδομένα είτε σε ολόκληρο το ιατρικό του ιστορικό. Στην περίπτωση αυτή, ο δικαιούχος καλείται να αποδεχθεί τον κίνδυνο που υπάρχει να λαμβάνει





υπηρεσίες φροντίδας υγείας από παροχές όταν αυτοί δεν έχουν τη δυνατότητα να έχουν γνώση του ιατρικού τους ιστορικού.

Για πόσο χρονικό διάστημα τηρούνται τα ΠΔ στο σύστημα του ΓεΣΥ

Εάν ο δικαιούχος το επιθυμεί, έχει το δικαίωμα να διακόψει τη χρήση των υπηρεσιών του ΓεΣΥ ανά πάσα στιγμή, υποβάλλοντας σχετικό αίτημα μέσω της Πύλης. Σε μια τέτοια περίπτωση καταργείται η πρόσβαση στο Αρχείο Δικαιούχου, χωρίς όμως το Αρχείο να διαγράφεται από το Σύστημα του ΓεΣΥ.

Τα δεδομένα για την υγεία του δικαιούχου διατηρούνται σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές που εξέδωσε ο αρμόδιος Επίτροπος για την προστασία των δεδομένων της Κυπριακής Δημοκρατίας, στις 3 Ιουλίου 2018. Βάσει αυτού, η περίοδος διατήρησης προσωπικών δεδομένων σχετικά με την υγεία ενός δικαιούχου δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 15 έτη μετά τον θάνατό του ή 15 έτη μετά την τελευταία καταχώριση δεδομένων στην Πύλη.

Η περίοδος αυτή ισχύει εφόσον δεν υπάρχουν οικονομικά / νομικά ή άλλα εκκρεμή ζητήματα ή διαφορές μεταξύ του δικαιούχου και του υπεύθυνου επεξεργαστή, στην προκειμένη του

ΟΑΥ. Επίσης, τα προσωπικά δεδομένα υγείας ενός δικαιούχου μπορούν να αποθηκευτούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε ξεχωριστό σύστημα αρχειοθέτησης εάν:

- υποβάλλονται σε επεξεργασία αποκλειστικά για λόγους αρχειοθέτησης προς το δημόσιο συμφέρον, επιστημονικής ή ιστορικής έρευνας ή για στατιστικούς σκοπούς,
- εφαρμόζονται κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα ώστε να αρχειοθετούνται μόνο τα δεδομένα του ατόμου που χρειάζονται για τον εκάστοτε σκοπό. Εάν, για παράδειγμα, δεν εξυπηρετεί τον σκοπό η οικογενειακή κατάσταση του δικαιούχου, τα σχετικά στοιχεία διαγράφονται και,
- εφαρμόζονται κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα, τα οποία δεν θα επιτρέπουν πλέον την αναγνώριση δικαιούχου (π.χ. η αντικατάσταση του ονόματος του δικαιούχου με αριθμό).

Ποια τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των δικαιούχων σε σχέση με τα ΠΔ

Δικαίωμα πρόσβασης: Ο κάθε δικαιούχος έχει το δικαίωμα να ζητήσει πρόσβαση σε όλα τα προσωπικά δεδομένα που υποβάλλονται σε επεξεργασία από τον ΟΑΥ και τον αφορούν. Ωστόσο ο ΟΑΥ έχει επίσης το

δικαίωμα να προχωρήσει σε εύλογες χρεώσεις διοικητικών εξόδων, εάν ο δικαιούχος υποβάλλει επανειλημμένα αιτήματα πρόσβασης.

Για να αποφευχθεί κάτι τέτοιο, κάθε αίτηση πρέπει να είναι ξεκάθαρη και να καθορίζει σε τι είδους επεξεργασία επιθυμεί να προχωρήσει ο δικαιούχος.

Δικαίωμα στη διόρθωση: Μέσω της Πύλης, ο δικαιούχος έχει ελεγχόμενη πρόσβαση στο Αρχείο του ώστε να μπορεί να προβαίνει σε συγκεκριμένες τροποποιήσεις: Αλλαγές στις προτιμήσεις επικοινωνίας, τα στοιχεία επικοινωνίας ή την απόκρυψη τμημάτων του ιατρικού ιστορικού του.

Σε περίπτωση που ένας δικαιούχος επιθυμεί να διορθώσει τυχόν λάθη στα προσωπικά του στοιχεία, π.χ. ιατρικά δεδομένα που καταχώρισε παροχέας, τότε μπορεί να υποβάλει σχετικό αίτημα με τα ανάλογα αποδεικτικά. Σε αυτήν την περίπτωση δεν επιβάλλεται κάποιο τέλος από τον Οργανισμό. Οι πιο πάνω τροποποιήσεις, φυσικά, τελούν υπό την αίρεση του Οργανισμού, ο οποίος έχει την ευθύνη να αποφασίσει εάν θα εγκριθούν ώστε να γίνουν μέρος του Αρχείου Δικαιούχου. Μόλις γίνει αυτό, οι πληροφορίες που περιέχονται στο Αρχείο είναι προσβάσιμες στον ΟΑΥ και σε όλα άτομα/υπηρεσίες έχουν το δικαίωμα πρόσβασης.

Δικαίωμα περιορισμού: Επιπλέον οι δικαιούχοι έχουν το δικαίωμα να αιτηθούν περιορισμό στην επεξεργασία των δεδομένων τους από τον Οργανισμό υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Εάν ένας δικαιούχος επιθυμεί να υποβάλει αίτημα για άσκηση ενός ή περισσότερων, απ' όσα αναφέρονται πιο πάνω, μπορεί να επικοινωνήσει με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@hio.org.cy.

Ηλεκτρονικό μήνυμα που ζητά την άσκηση ενός δικαιώματος, δεν θεωρείται ταυτόχρονη συγκατάθεση για επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων του δικαιούχου. Τι πρέπει να πληροί το αίτημα:

- Σαφή δήλωση για το δικαίωμα που επιθυμεί να ασκήσει ο δικαιούχος.
- Τον λόγο που το απαιτεί.
- Ημερομηνία και υπογραφή του αιτητή.
- Ψηφιακό σαρωμένο αντίγραφο της έγκυρης ταυτότητας που αποδεικνύει την ταυτότητά του αιτητή.

Εάν η αίτηση πληροί τις πιο πάνω προϋποθέσεις και αποδειχθεί έγκυρη, ο Οργανισμός θα τη χειριστεί το συντομότερο δυνατό και το αργότερο σε τριάντα (30) ημέρες μετά την παραλαβή του αιτήματος.

Ο ΟΑΥ βρίσκεται συνεχώς σε εγρήγορση, ώστε να διασφαλίζεται ένα υψηλό επίπεδο προστασίας των προσωπικών δεδομένων των δικαιούχων του ΓεΣΥ. Επιπλέον, ο Οργανισμός διαβουλεύεται σε τακτική βάση με το Γραφείο της Επιτροπής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων λαμβάνοντας σχετικές οδηγίες και αποφάσεις, ούτως ώστε να διασφαλίζεται η έννομη επεξεργασία σε όλα τα φάσματα της λειτουργίας του ΓεΣΥ των προσωπικών δεδομένων.

Εν κατακλείδι, ο Οργανισμός, ως δημόσια οντότητα που συλλέγει και διαχειρίζεται μεγάλο όγκο προσωπικών δεδομένων, έχει υποχρέωση να συμμορφώνεται με τις πρόνοιες του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού για τα Προσωπικά Δεδομένα. Πέραν όμως της νομικής υποχρέωσης, η προστασία των προσωπικών δεδομένων των δικαιούχων αποτελεί μέρος των ηθικών αξιών στη βάση των οποίων λειτουργεί ο Οργανισμός και, ως εκ τούτου, ο σεβασμός στην ιδιωτικότητα και η προστασία προσωπικών δεδομένων έχουν εδραιωθεί ως μέρος της όλης οργανωτικής του κουλτούρας.

*Πηγή: **ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Πόλεμος, Παιδί, Προσφυγιά = απώλεια, πένθος, τραύμα

«Όσο περνάει ο καιρός, η δυσπιστία, ο θυμός, το άγχος, η μελαγχολία, η καχυποψία, θα οδηγήσουν σε ένα πένθος που θα σχετίζεται με συμβολικές, απτές και αμφίσημες απώλειες»

ΔΡ ΝΑΣΙΑ ΤΡΙΓΩΝΑΚΗ, PhD, Υπηρεσία Εκπαιδευτικής Ψυχολογίας

Ακούμε καθημερινά τις λέξεις «μετανάστης» και «πρόσφυγας», χωρίς να είμαστε σίγουροι για τον ορισμό και την ακριβή τους σημασία.

Ως «πρόσφυγας» (refugee) ορίζεται το άτομο που διαφεύγει από τη χώρα του λόγω ένοπλων συρράξεων ή διώξεων. Για τον πρόσφυγα είναι πολύ επικίνδυνο να επιστρέψει στην πατρίδα του και αναζητά καταφύγιο και ασφάλεια σε κάποια άλλη χώρα. Το Διεθνές Δίκαιο (Σύμβαση του 1951) καθορίζει ότι «οι πρόσφυγες δεν πρέπει να επιστρέφονται ή να επαναπροωθούνται σε καταστάσεις όπου κινδυνεύει η ζωή ή η ελευθερία τους».

Ο «μετανάστης» (migrant) είναι το άτομο που επιλέγει να μετακινηθεί σε άλλη χώρα για να βελτιώσει τη ζωή του κυρίως για επαγγελματικούς ή και οικονομικούς λόγους. Σε αντίθεση με τον πρόσφυγα, ο μετανάστης μπορεί να επιστρέψει στην πατρίδα του ανεμπόδιστος αφού ήταν επιλογή του να φύγει και δεν αναγκάστηκε να τραπέι σε φυγή λόγω πολέμων ή διώξεων.

Το παιδί - πρόσφυγας, όσο πιο μικρό είναι, τόσο λιγότερη συμμετοχή και εμπλοκή έχει στην απόφαση των γονιών του να φύγουν από την πατρίδα τους, η οικογένειά του οργανώνει την μετακίνησή της σε μια άλλη χώρα γιατί ελπίζει σε μια καλύτερη ζωή - πόσο όμως συμμετέχουν τα παιδιά στην απόφασή τους αυτή; Πληθώρα ερευνών τις τελευταίες δεκαετίες εστιάζουν την προσοχή τους στο ψυχικό τραύμα των παιδιών - προσφύγων, αφού «το να φύγεις από τη χώρα σου, από το οικείο περιβάλλον σου, το να μην ακούς τη μητρική

σου γλώσσα, να μην οσφραίνεσαι τη μυρωδιά των αγαπημένων σου φαγητών, να μη νιώθεις το κρύο ή τη ζέστη του αέρα του τόπου σου, να μη βλέπεις τον ίδιο ήλιο που έβλεπες ή να μην έχεις τον ίδιο ουρανό από πάνω σου, είναι σα να έχεις χάσει ένα κομμάτι της ψυχής σου» (Falicov, 2001).

Ποια φάση της προσφυγιάς είναι περισσότερο ή λιγότερο τραυματική όμως; Πότε και πώς γεννιέται η ιδέα του να φύγει η οικογένεια από την πατρίδα της; Η φάση μήπως του «απ' εδώ ως εκεί» για να σωθούμε; Η μήπως η περίοδος που τελικά το «εκεί» γίνεται «τώρα είμαστε εδώ»;

Οι περισσότερες έρευνες στην ψυχολογία, στην κοινωνιολογία και στην κοινωνική ψυχολογία καταλήγουν στο ότι το τραύμα της προσφυγιάς αρχίζει να δημιουργείται στο «εκεί» (χώρα προέλευσης), αλλά εκδηλώνεται στο «εδώ» (χώρα υποδοχής). Στη χώρα όπου η οικογένεια καλείται να ξεκινήσει μια νέα ζωή, να κάνει μια καινούργια αρχή, τα πράγματα πολύ συχνά δεν είναι όπως τα είχαν σχεδιάσει ή φανταστεί. Καλούνται να έρθουν σε επαφή με καινούργια άτομα, να μάθουν μια νέα γλώσσα, να εμπιστευτούν άγνωστους ανθρώπους, να μάθουν την ιστορία, τα ήθη και τα έθιμα ενός νέου τόπου που μπορεί και να διαφέρουν από τα δικά τους. Πρέπει να μάθουν να υπακούουν σε κανόνες και κανονισμούς, νόμους και θεσμούς που τους είναι άγνωστοι. Καλούνται, με άλλα λόγια, να επαναπροσανατολιστούν πολιτισμικά (το φαινόμενο του επιπολιτισμού / acculturation).

Οι οικογένειες προσφύγων που εναρμονίζονται με την κουλτούρα της



χώρας υποδοχής, ενώ ταυτόχρονα διατηρούν την εθνική τους ταυτότητα, φαίνεται πως αντιμετωπίζουν λιγότερες δυσκολίες προσαρμογής ή λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης ψυχικών διαταραχών. Μεγαλύτερες δυσκολίες προσαρμογής και μεγαλύτερα ποσοστά ψυχικών διαταραχών φαίνεται πως εμφανίζουν εκείνες οι οικογένειες που α) αφομοιώνονται πλήρως στη νέα κουλτούρα απορρίπτοντας όμως την πολιτιστική τους ταυτότητα, σε μια προσπάθεια πλήρους ενσωμάτωσης στη χώρα υποδοχής, β) απορρίπτουν τα πολιτισμικά στοιχεία της χώρας υποδοχής διαχωρίζοντας τους εαυτούς τους από αυτά και γ) δεν έχουν καμία ψυχολογική / κοινωνική / πολιτισμική σχέση και επαφή ούτε με τη χώρα προέλευσης ούτε με τη χώρα υποδοχής (περιθωριοποίηση μελών της οικογένειας).

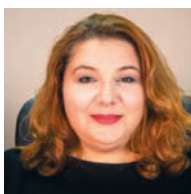
Πόσο εύκολο είναι για ένα παιδί να εναρμονιστεί με μια καινούργια ομάδα παιδιών, σε μια νέα γειτονιά, σε ένα καινούργιο σχολείο (και να ακολουθήσει το πρόγραμμα αυτού σε μαθησιακό επίπεδο), σε μια σχολική τάξη; Σίγουρα μια επιτυχής διαδικασία εναρμόνισης του παιδιού έχει να κάνει, σε μεγάλο βαθμό, με το πόσο θετική είναι η εμπειρία προσαρμογής και κοινωνικής αποδοχής της υπόλοιπης οικογένειας. Πόσο ικανοποιημένοι είναι οι γονείς από τη χώρα υποδοχής; Πόσο εύκολα τα

βγάλουν πέρα σε οικονομικό κυρίως επίπεδο ώστε να ζουν αξιοπρεπώς; Πώς χειρίζονται τις καθημερινές τους υποχρεώσεις; Έχουν φίλους / συγγενείς / υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο;

Οι οικογένειες προσφύγων που ακολουθούν την οδό της εναρμόνισης (και όχι της πλήρους αφομοίωσης ή της διαφοροποίησης από τη χώρα υποδοχής) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να περνούν καλά και να επιβιώνουν στην καινούργια χώρα. Η πρόωπη προσπάθεια για αφομοίωση καθώς και το να περιθωριοποιούν τον εαυτό τους δεν είναι χρήσιμες στρατηγικές συναισθηματικής και ψυχολογικής προσαρμογής με αρνητικές συνέπειες τόσο στην ψυχική υγεία όσο και στην ομαλή προσαρμογή των παιδιών τους. Φυσικά, εδώ δεν θα πρέπει να παραλείψουμε τον παράγοντα του «προσωρινού» - οι περισσότεροι πρόσφυγες ζουν με την ελπίδα ότι θα επιστρέψουν στην πατρίδα τους και αυτή η αναμονή τους εμποδίζει να εναρμονιστούν ή να αποδεχτούν τη νέα τους πραγματικότητα. Όσο περνάει ο καιρός, η δυσπιστία, ο θυμός, το άγχος, η μελαγχολία, η καχυποψία, θα οδηγήσουν σε ένα πένθος που θα σχετίζεται με συμβολικές, απτές και αμφίσημες απώλειες. Ένα πένθος για την απώλεια της πατρίδας, του οικείου τρόπου ζωής, της ασφάλειας, της ελευθερίας, της ταυτότητας, του στόχου και του ονείρου.

Τα ωφελήματα της αρνητικότητας

Είναι φανερό ότι κάποια άτομα κερδίζουν αυτό που θέλουν - την προσοχή - με αρνητικό τρόπο. Το μεγάλο ερώτημα είναι, γιατί κάποια άτομα συνηθίζουν και συνεχίζουν να εμπλέκονται σε αρνητικές συνήθειες;



ΜΑΡΙΑ ΜΕΝΟΙΚΟΥ, Σύμβουλος Προσωπικής και Επαγγελματικής Ανάπτυξης, Πιστοποιημένη Εκπαιδευτρια AvAD

Ό,τι κάνουμε έχει κάποιο όφελος για εμάς, και κάποια λογική. Κάθε μας πράξη πηγάζει από την επιθυμία να δώσουμε το καλύτερο δυνατό στον εαυτό μας και τους ανθρώπους που αγαπάμε. Πολλές φορές, όμως, βρίσκουμε εμπόδια μπροστά μας, και μερικές φορές τα εμπόδια είναι μέσα μας. Η πλειοψηφία των ανθρώπων που βοηθώ, από τις πρώτες κιόλας συνομιλίες, εκφράζουν την επιθυμία να έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση και να

πιστεύουν περισσότερο στον εαυτό τους, να αλλάξουν τις αρνητικές τους συνήθειες, τον αρνητικό τρόπο σκέψης τους και έτσι να μπορέσουν να πετύχουν τους στόχους και τα όνειρά τους.

Οι αρνητικές σκέψεις είναι ένας από τους μηχανισμούς του μυαλού που μας κρατούν στάσιμους - ίσως να επιθυμούμε να κάνουμε κάποια βήματα ώστε να πετύχουμε ορισμένα πράγματα στη ζωή μας, αλλά ο αρνητικός τρόπος σκέψης μάς κρατά στη ζώνη άνεσής μας και μας υπεν-

θυμίζει διαρκώς ότι το εγχείρημά μας είναι δύσκολο ή ότι δεν είναι εφικτό. Αυτός ο τρόπος σκέψης μάς κρατά στάσιμους, γιατί το μυαλό μας θέλει να αποφύγει το ενδεχόμενο της αποτυχίας και τον πόνο που θα ακολουθήσει. Πριν προχωρήσουμε, πρέπει να ξεκαθαρίσουμε τρία θέματα: α) Κάθε μας συνήθεια είναι δική μας επιλογή. Δεν προέρχεται από εξωτερικούς παράγοντες. Επιλέξαμε την κάθε μας συνήθεια γιατί κάποια στιγμή μας εξυπηρέτησαν. β) Κανένα άτομο δεν γεννιέται με αρνητικό ή θετικό τρόπο σκέψης. Ο τρόπος σκέψης είναι επίκτητος, κάτι που αποκτούμε με την πάροδο του χρόνου. γ) Αυτό που αναζητά ο κάθε άνθρωπος, από τα παιδικά του χρόνια, αλλά και μετά, είναι η προσοχή.

Από τα παραπάνω συνεπάγεται ότι εάν κάποιο άτομο δυσκολεύεται ή δεν βρίσκει τρόπο να αποκτήσει την προσοχή με θετικό τρόπο, τότε σίγουρα καταλήγει να αναζητήσει την προσοχή με αρνητικό τρόπο. Για παράδειγμα, η κατάχρηση του αλκοόλ τραβά την προσοχή με αρνητικό τρόπο.

Είναι φανερό ότι κάποια άτομα κερδίζουν αυτό που θέλουν - την προσοχή - με αρνητικό τρόπο. Το μεγάλο ερώτημα είναι, γιατί κάποια άτομα συνηθίζουν και συνεχίζουν να εμπλέκονται σε αρνητικές συνήθειες;

Η αλήθεια είναι μία: Δεν έχουν βρει αρκετά σοβαρούς λόγους παρακίνησης, ώστε ν' αφήσουν το αρνητικό μοτίβο που έχει η ζωή τους και να μπουν στη διαδικασία αλλαγής και βελτίωσης.

Αλλάζουμε και βελτιωνόμαστε όταν καταλάβουμε ότι το αντίθετο του αρνητικού δεν είναι απαραίτητα το θετικό - είναι να τολμήσουμε να διεκδικήσουμε τα όνειρά μας και τους στόχους μας. Αν δεν τολμήσουμε, η διαδικασία αλλαγής θα καταλήξει σε περισσότερο πόνο, περισσότερη απογοήτευση και πιο έντονη τελμάτωση.

Μέσα από τη διαδικασία αλλαγής αρχίζουμε να είμαστε πιο ανοιχτοί και ευάλωτοι, αρχίζουμε να αναπτυσσόμαστε και να εξελισσόμαστε. Ο Freud είπε ότι από τις ευπάθειές σου θα έρθει η δύναμή σου (Out of your vulnerabilities will come your strength). Όταν ξεκινούμε να εξελισσόμαστε, είμαστε ευάλωτοι, ανοιχτοί, τολμούμε να δώσουμε χωρίς να προστατεύουμε τον εαυτό μας - δεν είμαστε αφελείς ή παρορμητικοί - αλλά θετικοί, ευέλικτοι, αγαπάμε τη ζωή και διεκδικούμε τα όνειρά μας. Ένα παράδειγμα είναι η άνευ όρων αγάπη. Είναι μια ένδειξη πίστης - δείχνουμε ότι αφήνουμε τον εαυτό μας ευάλωτο, εκφράζοντας την αγάπη μας προς ένα συγκεκριμένο άτομο ή άτομα. Δίνουμε, προσφέρουμε και δεν ταμπουρωνόμαστε περιμένοντας να δούμε πρώτα πώς θα λειτουργήσει το άλλο άτομο. Εκφράζουμε τη δική μας πλευρά και αφηνόμαστε ελεύθεροι σε όλες τις ευκαιρίες.

Όταν προστατεύουμε τον εαυτό μας από τον πόνο, είναι λες και του στερούμε τα θετικά τη ζωής και την ανάπτυξη. Δεν μπορούμε να επιλέξουμε το ένα ή το άλλο. Αυτό θα είναι σαν να κάνουμε και τα δύο μαζί. Άρα, είναι πολύ σημαντικό να τολμήσουμε, να πολεμήσουμε να διεκδικήσουμε τα όνειρά μας και τους στόχους μας. Ο πόνος, η αρνητικότητα, η απόρριψη είναι μέρος της διαδικασίας. Ας τολμήσουμε να διεκδικήσουμε την προσοχή που θέλουμε από τη ζωή, γνωρίζοντας ότι ο πόνος θα είναι πολύ λιγότερος όταν ξεκινήσουμε να κερδίζουμε όλα αυτά τα οποία θέλουμε.

Εύχομαι το άρθρο αυτό να σας ήταν ωφέλιμο, αγαπητοί αναγνώστες. Χαρά μου να δουλέψουμε μαζί, ώστε να ξεπεράσετε τις αρνητικές συνήθειες και να βρείτε τον δρόμο για συνεχής ανάπτυξη και βελτίωση. Βρίσκομαι στη διάθεσή σας!





Αυξημένη πίεση σε όρθια στάση = καρδιαγγειακός κίνδυνος

Αν η αρτηριακή πίεση ενός ανθρώπου αυξάνεται όταν στέκεται όρθιος τότε μπορεί να αντιμετωπίζει αυξημένο κίνδυνο για έμφραγμα ή εγκεφαλικό, σύμφωνα με Ιταλούς επιστήμονες. Τυπικά, η συστολική πίεση (ο μεγαλύτερος από τους δύο αριθμούς) πέφτει ελαφρά όταν κάποιος στέκεται όρθιος. Η νέα μελέτη δείχνει ότι όταν συμβαίνει το αντίθετο, δηλαδή η πίεση ανεβαίνει, τότε αυτό αποτελεί παράγοντα αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου. Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον καθηγητή Ιατρικής Πάολο Παλατίνι του Πανεπιστημίου της Πάντοβα, οι

οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο αμερικανικό ιατρικό περιοδικό Hypertension (Υπέρταση), μελέτησαν 1.207 ανθρώπους, από 18 έως 45 ετών, με υψηλή πίεση (συστολική 140-159 mm Hg και διαστολική 90-100 mm Hg), εκ των οποίων κανένας δεν έπαιρνε αντι-υπερτασικά φάρμακα, ενώ όλοι θεωρούνταν χαμηλού καρδιαγγειακού κινδύνου με βάση τον τρόπο ζωής τους και το ιατρικό ιστορικό τους (ανυπαρξία διαβήτη, νεφρικής ανεπάρκειας ή καρδιοπάθειας).

Η πίεση των συμμετεχόντων μετρήθηκε κατ' επανάληψιν τόσο σε ξαπλωτή

ή καθιστή στάση όσο και σε όρθια. Στους περισσότερους η πίεση έπεφτε κατά μέσο όρο 3,8 mm Hg στην όρθια στάση, αλλά σε ορισμένους η πίεση ήταν αυξημένη κατά μέσο όρο 11,4 mm Hg όταν στέκονταν όρθιοι. Στη διάρκεια μίας περιόδου 17 ετών συνέβησαν 105 εμφράγματα, εγκεφαλικά και άλλα σοβαρά καρδιαγγειακά επεισόδια.

Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μία μεγάλη αύξηση στην αρτηριακή πίεση όταν κάποιος είναι όρθιος, σε σχέση με την καθιστή ή την ξαπλωτή στάση, συνιστά προγνωστικό δείκτη αυξημένου κινδύνου για έμφραγμα, εγκεφαλικό ή άλλο σοβαρό καρδιαγγειακό περιστατικό. Η πιθανότητα τέτοιου επεισοδίου είναι σχεδόν διπλάσια στους ανθρώπους που εμφανίζουν τη μεγαλύτερη αύξηση στην πίεσή τους ανάμεσα στην καθιστή και την όρθια στάση.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος αφορά τους καπνιστές (το 32% της ομάδας των ατόμων με αύξηση της πίεσης σε όρθια στάση έναντι 20% στην ομάδα με μείωση της πίεσης). Επίσης, η επινεφρίνη/κρεατινίνη ήταν υψηλότερη στα άτομα με αύξηση της πίεσης σε όρθια στάση, ενώ αντίθετα η χοληστερίνη τους ήταν χαμηλότερη.

«Τα ευρήματα της μελέτης επιβεβαίωσαν την αρχική υπόθεσή μας ότι μία αισθητή αύξηση στην πίεση του αίματος από την ξαπλωτή ή καθιστή

στάση στην όρθια μπορεί να είναι σημαντική ως πρόγνωση στους νεαρούς ενήλικες με υψηλή αρτηριακή πίεση. Μάλλον εκπλαγήκαμε που ακόμη και μία σχετικά μικρή αύξηση στην πίεση σε όρθια στάση, της τάξης των 6 έως 7 mm Hg, συνιστά προγνωστικό δείκτη για σοβαρά καρδιαγγειακά περιστατικά σε βάθος χρόνου», δήλωσε ο δρ Παλατίνι. Γι' αυτό, όπως είπε, η πίεση πρέπει να μετρείται και σε όρθια στάση, ιδίως στους νέους και τους μεσήλικες ανθρώπους με υπέρταση, κάτι που θα βοηθήσει ώστε να αρχίσουν νωρίτερα την ενδεδειγμένη φαρμακευτική θεραπεία.

Περίπου το 40% των ανθρώπων, παγκοσμίως, έχουν υψηλή πίεση αίματος. Εκτός από τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, οι άνθρωποι με υπέρταση στη μέση ηλικία, σύμφωνα με την American Heart Association, έχουν πενταπλάσια πιθανότητα για εξασθένηση της γνωστικής λειτουργίας τους και διπλάσια για άνοια και Αλτσχάιμερ.

Άτομα με αυξημένη πίεση σε όρθια στάση αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο για έμφραγμα ή εγκεφαλικό

Κίνδυνος αυτοάνοσων παθήσεων από τη ρύπανση του αέρα



Η μακρόχρονη έκθεση στη ρύπανση του αέρα συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για αυτοάνοσες παθήσεις, ιδίως ρευματοειδή αρθρίτιδα και φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, σύμφωνα με μία νέα ιταλική επιστημονική έρευνα. Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον ρευματολόγο δρ Τζιοβάνι Αντάμι του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου της Βερόνα, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο ιατρικό περιοδικό «RMD Open», ανέλυσαν στοιχεία για 81.363 ανθρώπους (το 92% γυναίκες) με μέση ηλικία 65 ετών, εκ των οποίων οι 9.723 (ποσοστό 12%) είχαν διαγνωστεί με κάποια αυτοάνοση πάθηση μεταξύ 2016 και 2020. Η πιθανότητα τέτοιας πάθησης συσχετίστηκε με στοιχεία για την ποιότητα του αέρα από 617 μετεωρολογικούς σταθμούς στην Ιταλία. Διαπιστώθηκε ότι ιδίως τα αυξημένα επίπεδα σωματιδίων (PM10) σχετίζονταν με αυξημένο κίνδυνο αυτοάνοσης πάθησης: Κάθε αύξηση των σωματιδίων κατά 10 μι-

κρογραμμάρια ανά κυβικό μέτρο αέρα (μg/m³) βρέθηκε να αυξάνει κατά 7% τον κίνδυνο για τέτοια πάθηση.

Η μακρόχρονη έκθεση σε επίπεδα σωματιδίων PM10 (με διάμετρο μικρότερη των 10 εκατομμυριστών του μέτρου) άνω των 30 μg/m³ και των σωματιδίων PM2,5 (με διάμετρο μικρότερη των 2,5 εκατομμυριστών του μέτρου) άνω των 20 μg/m³ συσχετίστηκε με μία αύξηση κατά 12% και 13%, αντίστοιχα, του κινδύνου για αυτοάνοση πάθηση.

Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, παθήσεις των συνδετικών ιστών, όπως η οστεοαρθρίτιδα, και φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, όπως η ελκώδης κολίτιδα. Η μακρόχρονη έκθεση στους ρύπους του αέρα λόγω των οχημάτων και των βιομηχανικών σχετίστηκε με αύξηση του κινδύνου κατά 40% για ρευματοειδή αρθρίτιδα, 20% για φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και 15% αυτοάνοσες παθήσεις των συνδετικών ιστών.

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ



Σπάνια η μετάδοση κορωνοϊού από μητέρα στο έμβρυο

Ο κορωνοϊός μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο μωρό της πριν, στη διάρκεια ή μετά τη γέννα, όμως η πιθανότητα είναι μικρή, κάτω του 2%, σύμφωνα με μια νέα διεθνή επιστημονική μελέτη, που αξιολόγησε στοιχεία απ' όλον τον κόσμο. Οι ερευνητές, με επικεφαλής την καθηγήτρια ιατρικής Σακίλα Θαναγκαρινάμ, του Πανεπιστημίου του

Μπέρμιγχαμ, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο βρετανικό ιατρικό περιοδικό «British Medical Journal» (BMJ), ανέλυσαν στοιχεία από σχεδόν 500 έρευνες που αφορούσαν συνολικά 14.271 μωρά γεννημένα από μητέρες με Covid-19 σε διάφορες χώρες. Διαπιστώθηκε ότι μόνο το 1,8% αυτών των μωρών (λιγότερα από ένα στα 50) διαγνώστηκε θετικό στον κορωνοϊό μέσω

μοριακού τεστ.

Το ποσοστό ήταν μόνο 1%, όταν η ανάλυση των δεδομένων περιορίστηκε σε μωρά που είχαν εκτεθεί στον κορωνοϊό πριν ή κατά τη διάρκεια της κύησης και όχι μετά τη γέννα. Επίσης παρατηρήθηκαν μεγάλες αποκλίσεις ανά ήπειρο, με τη μετάδοση του κορωνοϊού από τη μητέρα στο μωρό να κυμαίνεται από μόνο 0,1% στη Βόρεια Αμερική σε 5,7% στη Νότια Αμερική και Καραϊβική.

«Είναι δυνατό ο ιός να εξαπλωθεί από τη μητέρα στο μωρό όσο αυτό βρίσκεται στη μήτρα, είτε στη διάρκεια του τοκετού, είτε μετά από τη γέννα. Όμως είναι καθυστερημένο για τους γονείς και τους γιατρούς ότι μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό των μωρών που γεννιούνται από μητέρες θετικές στον κορωνοϊό, βγαίνουν και τα ίδια θετικά. Αυτό δείχνει ότι οι κίνδυνοι μόλυνσης για τα μωρά είναι σπάνιοι. Επίσης μπορούμε να διαβεβαιώσουμε τις μητέρες ότι υπάρχει μικρός κίνδυνος μετάδοσης του ιού μέσω κολπικού τοκετού, επαφής του δέρματος και θηλασμού - όλα αυτά τα ενθαρρύνουμε», δήλωσε η δρ Θαναγκαρινάμ. Συνεπώς δεν υπάρχει λόγος μια γυναίκα με Covid-19 να γεννά κατ' ανάγκη με καισαρική ή το μωρό να χωρίζεται από τη μητέρα

του μετά τη γέννα ή να αποφεύγεται ο μητρικός θηλασμός.

Η μελέτη δείχνει ότι η πιθανότητα μόλυνσης του μωρού είναι μεγαλύτερη, όταν η μητέρα είχε σοβαρή Covid-19, είχε εισαχθεί σε ΜΕΘ ή είχε διαγνωστεί με τη νόσο (ή είχε πεθάνει εξαιτίας της) αμέσως μετά τον τοκετό. Τα μωρά αυτά πρέπει να ελέγχονται μετά τη γέννα και να παρακολουθούνται πιο προσεκτικά. Δεν βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στη διάγνωση κορωνοϊού στα μωρά και στο στάδιο (τρίμηνο) της κύησης, κατά το οποίο μολύνθηκε η έγκυος μητέρα. Οι ερευνητές επεσήμαναν επίσης ότι ο εμβολιασμός κατά του κορωνοϊού ενδείκνυται στη διάρκεια της κύησης για να αποτρέψει την πιθανότητα λοίμωξης και ακόμη περισσότερο σοβαρής νόσησης με Covid-19.

Η πιθανότητα μετάδοσης του κορωνοϊού από τη μητέρα στο μωρό πριν, στη διάρκεια ή μετά τη γέννα είναι μικρή, κάτω του 2%

Πιθανότητα διάγνωσης διαβήτη μετά από ήπια Covid-19

Φαίνεται να υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ήπια λοίμωξη Covid-19 και στην πιθανότητα διάγνωσης στη συνέχεια διαβήτη τύπου 2 για πρώτη φορά, δείχνει μια νέα γερμανική επιστημονική μελέτη. Οι ερευνητές, με επικεφαλής τους καθηγητές Βόλφγκανγκ Ράτμαν και Όλιβερ Κους του Πανεπιστημίου Χάινριχ Χάινε του Ντίσελντορφ, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό «Diabetologia» της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη Μελέτη του Διαβήτη (EASD), ανέλυσαν στοιχεία για περίπου 8,8 εκατομμύρια ενήλικες, από τους οποίους οι 35.865 είχαν διαγνωστεί με Covid-19. Διαπιστώθηκε ότι η πιθανότητα διάγνωσης νέου διαβήτη τύπου 2 ήταν κατά μέσο όρο 28% μεγαλύτερη στην ομάδα των ασθενών που είχαν προηγουμένως νοσήσει με Covid-19 ακόμη και ήπια. Οι ερευνητές ανέφεραν ότι, εφόσον αυτό επιβεβαιωθεί

και από άλλες μελέτες, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος για διαβήτη στους ανθρώπους που ανέρρωσαν από λοίμωξη με κορωνοϊό.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η φλεγμονή που προκαλείται στον οργανισμό του ασθενούς από τον κορωνοϊό, μπορεί να κάνει ζημιά και στα ινσουλινοπαραγωγά β-κύτταρα του παγκρέατος, με συνέπεια την οξεία υπεργλυκαιμία (υψηλό επίπεδο σακχάρου στο αίμα). Το καθιστικό στυλ ζωής - το οποίο ευνοήθηκε στη διάρκεια των λοκντάουν και της πανδημίας - φαίνεται να παίζει επίσης ρόλο, εξηγώντας γιατί ορισμένοι ασθενείς Covid-19 χωρίς ιστορικό διαβήτη, στη συνέχεια εμφανίζουν τέτοιο μεταβολικό πρόβλημα. Οι παχύσαρκοι άνθρωποι και εκείνοι με προδιαβήτη αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο.

«Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα σε μεγαλύτερο βάθος χρόνου για να διαπιστωθεί αν ο διαβήτης τύπου 2



μετά από ήπια Covid-19 είναι απλώς προσωρινός και μπορεί να αναστραφεί μετά την πλήρη ανάρρωση του ασθενούς ή αν οδηγεί σε χρόνια πάθηση», δήλωσε ο δρ Ράτμαν. Μολοντί οι περισσότεροι άνθρωποι που πέρασαν Covid-19 πιθανότατα δεν πρόκειται να εμφανίσουν πρό-

βλημα διαβήτη, οι Γερμανοί επιστήμονες συνηγορούν σε όλους μετά την ανάρρωσή τους από τη λοίμωξη να έχουν το νου τους για πιθανά προειδοποιητικά σημάδια διαβήτη, όπως η κόπωση, η συχνή ούρηση, η αυξημένη δίψα κ.ά.

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ



ZIREX[®]

Σετιριζίνη

Για Γρήγορη και Μακράς Διαρκείας Ανακούφιση απο τις Αλλεργίες!

Αντιισταμινικό για:

- ◆ Τα ρινικά και οφθαλμικά συμπτώματα της εποχιακής και χρόνιας αλλεργικής ρινίτιδας.
- ◆ Την ανακούφιση της κνίδωσης.



- Συμβουλευτείτε τον γιατρό ή τον φαρμακοποιό σας.
- Δεν είναι απαραίτητη η χρήση συνταγής.
- Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλώ ανατρέξτε στο Φύλλο Οδηγιών Χρήσης του προϊόντος.

Remedica Ltd

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Τ.Κ. 51706, 3508 Λεμεσός, Κύπρος

Τηλ.: +357 25553000, Φαξ: +357 25390192

Email: info@remedica.com.cy ή DrugSafety@remedica.com.cy

Ιστοσελίδα: www.remedica.eu

LF/0632/3 07.21 (GR)