Γεώργιος Κ. Δάικος: «Φτάσαμε στο σημείο να κάνουμε ανθρώπινη... κτηνιατρική» (Έλενα Κιουρκτσή)

Categories : ΥΓΕΙΑ - ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Date : 22 Ιουλίου, 2010

«Έχουμε φτάσει στο σημείο να κάνουμε ανθρώπινη... κτηνιατρική, δηλαδή να μην κουβεντιάζουμε ούτε καν να μιλάμε με τον άρρωστο, όπως εάν είχαμε μπροστά μας ένα σκυλάκι στο κτηνιατρείο» τονίζει με έμφαση ο καθηγητής Παθολογίας Γ. Δάικος, μιλώντας για την ψυχρότητα και την απομάκρυνση πολλών ιατρών σήμερα από τους ασθενείς τους.

Δάσκαλος πολλών γενεών ιατρών, ο καθηγητής Γεώργιος Δάικος διακρίνεται για το ήθος και την ευπρέπειά του, αλλά κυρίως για την αγάπη του προς τους ασθενείς.

Το ενδιαφέρον του για την επιστήμη της ιατρικής τον οδήγησε αρχικά στη Βοστώνη των ΗΠΑ, όπου υπό εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες μετεκπαιδεύτηκε στην Παθολογία και τη Λοιμωξιολογία.

«Πράγματι ήμουν από τους πρώτους που ξεκίνησαν από μια ταλαιπωρημένη από την Κατοχή Ελλάδα και έφτασαν στην Αμερική. Εκεί μέσω του αειμνήστου αρχιεπισκόπου Αμερικής Ιακώβου, που τότε ήτο στον καθεδρικό της Βοστώνης, εγνώρισα τον πατέρα του Μάικ Δουκάκη, Πάνο, ο οποίος ήταν ιατρός, και με πήγε στο Χάρβαρντ. Ήταν η εποχή που άλλαζαν ευρύτερα τα πράγματα. Χαρακτηριστικό είναι ότι, αν μέχρι εκείνη την στιγμή η Αμερική ερχόταν στην Ευρώπη για να εισπράξει γνώση, ακριβώς την συγκεκριμένη περίοδο ξεκινούσε η Ευρώπη να συναντήσει την Αμερική για ανάλογους λόγους. Ανήκω στους πρώτους Ευρωπαίους που κατέφθασαν στις ΗΠΑ για να διευρύνουν τους ορίζοντες τους».

Επιστρέφοντας στην Ελλάδα στα μέσα της δεκαετίας του '50, γνωρίστηκε στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» με τον σπουδαίο επιστήμονα Βασίλειο Μαλάμο, ερευνητή των λοιμώξεων, ο οποίος, όταν εξελέγη καθηγητής της Θεραπευτικής, θέλησε να δημιουργήσει μια επιστημονική ομάδα από νέους γιατρούς στο νοσοκομείο «Αλεξάνδρα». Ο Γεώργιος Δάικος ήταν ανάμεσά τους.

«Εκείνα τα χρόνια είχαν αρχίσει να μελετώνται οι λοιμώξεις υπό νέο πρίσμα μετά την εμφάνιση των αντιβιοτικών. Από τότε μέχρι σήμερα τα πράγματα έχουν εντυπωσιακά αλλάξει. Πολλές λοιμώξεις που εκόστιζαν ανθρώπινες ζωές έχουν καταπολεμηθεί, αλλά όχι μόνον από τα αντιβιοτικά. Ουσιαστικά, την επανάσταση σε

αυτόν τον τομέα -και κατ' επέκτασιν στην αύξηση του προσδόκιμου επιβιώσεως- την έφερε η άνοδος του βιοτικού επιπέδου (συνθήκες υγιεινής, διατροφή κ.λπ.) και η χρήσις των εμβολίων. Αυτό βέβαια ισχύει για τις ανεπτυγμένες χώρες, διότι στις αναπτυσσόμενες, όπως όλοι γνωρίζουμε, τα πράγματα είναι τραγικά.
Για παράδειγμα, λοιμώξεις όπως η ιλαρά στη Δύση σπανίως απειλούν ζωές, ενώ στις αφρικανικές χώρες έχουν πολλά θύματα - κατά βάσιν παιδιά. Διότι δεν γίνεται ο αναγκαίος εμβολιασμός».

Όσον αφορά τις λοιμώξεις, η συχνή χρήση των αντιβιοτικών τι ρόλο έχει παίξει;

Πολύ σημαντικό ρόλο, είτε μιλάμε για απλή χρήση είτε για κατάχρηση. Οι λοιμώξεις παραμένουν όχι μόνο γιατί υφίσταται αντοχή στα αντιβιοτικά, αλλά και γιατί έως σήμερα υπάρχουν στελέχη τα οποία δεν τα «πιάνει» κανένα αντιβιοτικό. Αλλωστε, τα μικρόβια είναι πανάρχαιοι μικροοργανισμοί, οι οποίοι έχουν δύο θεμελιώδη χαρακτηριστικά: πολλαπλασιάζονται εύκολα και προσαρμόζονται εντυπωσιακά.
Οι ιογενείς λοιμώξεις διαφεύγουν σε μεγάλο βαθμό της θεραπείας, διότι δεν υπάρχουν ακόμα τόσο πολλά φάρμακα γι' αυτές, όπως για παράδειγμα ο ιός HIV που ευθύνεται για το AIDS. Επιπροσθέτως, υπάρχουν πολλές δυσκολίες για την κατασκευή του εμβολίου για τον ιό του HIV, με αποτέλεσμα -και λόγω του εύκολου δια του σεξ τρόπου μεταδόσεως- να συνιστά μια άκρως επικίνδυνη λοίμωξη ιδιαιτέρως στην Αφρική, όπου συγκεντρώνεται το 95% των κρουσμάτων AIDS παγκοσμίως. Στις ανεπτυγμένες χώρες είναι υπό μερικό έλεγχο. Ωστόσο, κάποια στιγμή πιστεύω ότι το μεγάλο επιστημονικό βήμα θα είναι η εν λόγω λοίμωξις από απειλητική για τη ζωή ή και θανατηφόρος να πάρει μορφή χρονίας νόσου, όπως π.χ. ο διαβήτης.

Το θέμα της κατάχρησης των αντιβιοτικών στη χώρα μας πώς το σχολιάζετε;

Μοιάζει σαν να αρνούμαστε να καταλάβουμε ότι κατ' αρχάς **παίρνουμε αντιβιοτικά εκεί που δεν χρειάζεται και που φυσικά δεν πρέπει** . Αλλά και αυτό να μη συνέβαινε, όπως προανέφερα, και η ίδια η χρήσις συμβάλλει στην αντοχή των μικροβίων. Όταν χρησιμοποιούμε ένα αντιβιοτικό, πρώτα εξαφανίζονται τα ευαίσθητα στελέχη του μικροβίου και στη συνέχεια επικρατούν τα ανθεκτικά, τα οποία προκύπτουν από την προσαρμοστική μεταλλαγή του μικροοργανισμού που προκαλεί την λοίμωξη. Εκεί οφείλεται και η αντοχή στα φάρμακα. Πρόκειται για επιλογή των μεταλλαγέντων που εν πολλοίς είναι και ιατρογενής. **Χρειάζεται περισσότερη υπευθυνότητα**, ώστε να μη χρησιμοποιούμε τα αντιβιοτικά από άγνοια, ημιμάθεια, μιμητισμό ή επιπολαιότητα και να τα λαμβάνουμε εφόσον το κρίνει ο ιατρός μας. Διότι, **όταν πραγματικά τα χρειαστούμε για να καταπολεμήσουμε μια λοίμωξη στον οργανισμό μας, τα πράγματα από σχετικά απλά θα είναι**

πολύ -και μάλιστα αδίκως- δυσκολότερα.

Ήθος και ιατρική

Είστε ο πρώτος που στείλατε φοιτητές για εκπαίδευση σε μη πανεπιστημιακές κλινικές. Πώς πήρατε την πρωτοβουλία και τί αποτελέσματα προέκυψαν από αυτή σας την ενέργεια;

Πράγματι, αυτό ισχύει. Τότε που το εφήρμοσα αυτό, οι πανεπιστημιακές κλινικές είχαν μεγάλο αριθμό φοιτητών και δεν επαρκούσαν. Έτσι, για να αντιμετωπίσω αυτό το πρόβλημα, συνεννοήθηκα με φίλους και συναδέλφους υφηγητές ή διδάκτορες από άλλα, μη πανεπιστημιακά, νοσοκομεία, οι οποίοι εδέχθησαν να συνεργαστούν και να βοηθήσουν εθελοντικώς. Μοιράσαμε λοιπόν τους φοιτητές και τους οργανώσαμε σε μικρές ομάδες, τις οποίες διασκορπίσαμε σε όλο το Λεκανοπέδιο. Έτσι, καθότι ολιγάριθμοι, είχαν την ευκαιρία να δουν και να εξετάσουν ασθενείς από κοντά, ώστε να αποκτήσουν μια πρώτη εμπειρία και να επιτύχουν καλύτερη επιμόρφωση. Το από αμφιθεάτρου μάθημα αντικατεστάθη από την μέθοδο επιλύσεως του προβλήματος μιας συγκεκριμένης περιπτώσεως αρρώστου. Οι φοιτητές εμάθαιναν με ενεργητικό τρόπο προετοιμαζόμενοι για τις αναγκαίες γνώσεις. Σήμερα, βέβαια, δεν προκύπτει πλέον αυτή η ανάγκη, γιατί οι πανεπιστημιακές κλινικές έχουν αυξηθεί και ο αριθμός των φοιτητών είναι μικρότερος.

Συνεχή εκπαίδευση όμως χρειάζονται και οι ιατροί σήμερα.

Φυσικά, πρώτον για να γνωρίζουν τις εξελίξεις που συντελούνται στην επιστήμη μας και δεύτερον για να είναι σε θέση να μεταλαμπαδεύσουν την μεθοδολογία και σε άλλους - είτε φοιτητές είτε συναδέλφους. Αλίμονο αν μείνωμε σε όσα εμάθαμε ως φοιτητές. Το διαδίκτυο προσφέρει σημαντική ενημέρωση. Μέσα από βιβλιοθήκες πανεπιστημίων, παρακολουθούμε σε απευθείας σύνδεση ιατρικά περιοδικά και με μηχανές αναζήτησης, όπως το Google, οι επιστημονικές πληροφορίες είναι προσβάσιμες σε όλους μας. Αυτό είναι κάτι που, όταν ξεκίνησα την καριέρα μου, δεν υπήρχε ακόμη πουθενά΄ τα οφέλη του με έχουν εντυπωσιάσει.

Επομένως, το Ίντερνετ έχει συμβάλει στην εξελικτική πορεία της Ιατρικής;

Υπό την έννοιαν ότι έχουμε άμεση και γρήγορη πληροφόρηση. Στο εξωτερικό, όταν η ομάδα των ιατρών επισκέπτεται τους αρρώστους, ένας έχει φορητό υπολογιστή (palm top), ο οποίος είναι συνδεδεμένος με την βιβλιοθήκη του νοσοκομείου. Από εκεί λαμβάνει ενημέρωση για το περιστατικό που εξετάζει και, μέχρι να επισκεφθούν τον επόμενο ασθενή, ήδη έχουν ενημερωθεί και έχουν δώσει λύσεις πολύ πιο σύντομα και αποτελεσματικά.

Κατά τη γνώμη σας, τί σημαίνει «καλός ιατρός»;

Το να είναι αρκετά εκπαιδευμένος και να γνωρίζει τη σύγχρονη επιστήμη της ιατρικής. **Να μιλάει στον άρρωστο, να ασχολείται μαζί του, να τον αφήνει να περιγράφει το πρόβλημα του και να μην τον διακόπτει επειδή βιάζεται να τελειώσει την εξέταση. Να συμπεριφέρεται με ενδιαφέρον και αγάπη στον κάθε ασθενή του. Αν όλα αυτά ένας ιατρός δεν μπορεί να τα εφαρμόσει, καλύτερα να κάνει κάτι άλλο στη ζωή του.**

Κατά πόσον και σε τί βαθμό η κακή ψυχολογική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση ή την εξέλιξη μιας πάθησης;

Η ασθένεια είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Όντως, **μπορεί ένας άνθρωπος να βιώνει κάποιο άγχος και εξαιτίας αυτού να υποστεί τελικά, π.χ., έμφραγμα**. Δεν είναι κάτι το σπάνιο. **Όπως και όταν συμβαίνει να φοβάται σε υπερβολικό βαθμό το να μην αρρωστήσει**. Τότε, εμείς οι ιατροί του βάζουμε την **ταμπέλα του υστερικού**, γεγονός απαράδεκτο. Διότι καταλήγει στο να πηγαίνει από τον έναν ιατρό στον άλλον -από τους οποίους ο καθένας με τη σειρά του «διαβάζει» αυτή την ταμπέλα- και κανείς δεν ασχολείται ουσιαστικά με το πρόβλημα του ούτε μπαίνει στον κόπο να ελέγξει την υγεία του. Με άλλα λόγια, να προσεγγίσει τον άρρωστο, να ανοίξει διάλογο μαζί του και βήμα-βήμα να βρει τον πυρήνα της ασθένειας του συγκεκριμένου ανθρώπου. Αλλωστε, είναι γνωστό πως επηρεαζόμαστε από ποικίλους ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικογενειακούς ή και οικονομικούς παράγοντες.

Ανάμεσα στην ηθική και τη δεοντολογία

Είστε υπέρ της ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς;

Υπό την έννοια του **να τον προσεγγίζουμε συνολικά με βάση την ορθόδοξη ιατρική**, ναι. Αλλά, όπως έλεγε μια συνάδελφος από τον Καναδά, **έχουμε φτάσει στο σημείο να κάνουμε ανθρώπινη κτηνιατρική** (sophisticated human veterinarianism). **Δηλαδή, να μην κουβεντιάζουμε ούτε καν να μιλάμε με τον άρρωστο, όπως εάν είχαμε μπροστά μας ένα σκυλάκι στο κτηνιατρείο.** Και αυτό είναι κάτι που εδραιώνει την απομάκρυνση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, **καταργώντας την απαραίτητη για την ίαση διαπροσωπική τους σχέση**. Ακόλουθη συνέπεια είναι η ιατρική να μην προσφέρει όλα όσα δύναται. Αυτό συμβαίνει γιατί **πολλές φορές ο ιατρός δεν αντιμετωπίζει τον ασθενή ως πάσχοντα συνάνθρωπο του.**

Στον όρκο του Ιπποκράτη αναφέρεται πως ό,τι κάνει ο ιατρός θα πρέπει να είναι προς όφελος των πασχόντων. Θεωρείτε ότι η αρχή αυτή γενικώς

ισχύει και παραβιάζεται μόνο από κάποιους συναδέλφους σας που αποτελούν εξαίρεση;

Αυτό που θα ήθελα να πω είναι πως ο ιατρός αναλαμβάνει την ευθύνη απέναντι στον ασθενή σύμφωνα με την μόρφωση, την εκπαίδευση αλλά και κατά την κρίση του, όπως αναφέρεται στον Ιπποκράτειο όρκο. Και αν κάνουμε μια προσθήκη από το Ευαγγέλιο, θα μπορούσαμε να πούμε ότι το «αγάπα τον πλησίον σου όπως τον εαυτό σου» ο ιατρός οφείλει να το νιώθει και να το εφαρμόζει στην πράξη σε σχέση με τον πάσχοντα άνθρωπο. Αυτό είναι το πραγματικό πρόσωπο της αληθινής Ιατρικής.

Πιστεύετε ότι η θρησκευτική πίστη συμβάλλει στην ίαση του ασθενούς;

Η πίστη ευρύτερα προς τον Θεό είναι πράγματι μια δύναμη που, όταν χρησιμοποιείται τόσο από τον ιατρό όσο και από τον άρρωστο, βοηθά πολύ στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Και αυτό συμβαίνει διότι ο άνθρωπος που πιστεύει σε κάτι βαθιά και ειλικρινά, κινητοποιεί ολόκληρο τον εαυτό του.

Ποιά είναι η θέση σας στο ζήτημα της ευθανασίας;

Ο ιατρός είναι για να γιατρεύει τον άρρωστο και όχι για να γίνεται εκτελεστής του. Στον όρκο του Ιπποκράτη υπάρχει μια αναφορά που λέει «**δεν θα δώσω φάρμακο θανάσιμο**». Στις βαριές, ανίατες περιπτώσεις το ερώτημα που απασχολεί τον ιατρό είναι αν θα εφαρμόσει επιθετική ή ανακουφιστική προσέγγιση στον ασθενή. Θα επιλέξει την επιθετική αν ο ασθενής έχει κάποια προοπτική, κάποιο προσδόκιμο, ώστε να τον ωφελήσει ή και να τον θεραπεύσει. Όταν απλώς και μόνο θέλει να του παρατείνει τη ζωή, μπορεί ο ιατρός να βρεθεί στο άλλο άκρο και να υποπέσει στο σφάλμα **να παρατείνει το θνήσκειν**. Δηλαδή, τη διαδικασία του να αποθάνει ο ασθενής. Με άλλα λόγια, αυτό συμβαίνει όταν δεν αφήνουμε τον πάσχοντα να «φύγει» και με κάθε τρόπο τον κρατάμε εν ζωή. Κατά βάσιν, ο ιατρός οφείλει να του συμπαρασταθεί με πολλή αγάπη και να τον βοηθήσει όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα να τελειώσει τον κύκλο της ζωής του.

Αν όμως ο ίδιος ο ασθενής επιθυμεί τη βοήθεια του ιατρού για να απαλλαγεί από το βάρος μιας επώδυνης κατάστασης που δεν αντέχει;

Υπάρχει η ανακουφιστική θεραπεία και, από την άλλη, **ο ασθενής δεν έχει το δικαίωμα να ζητά από τον ιατρό να γίνει ο δήμιος του** . Δεν είναι ο ρόλος μας αυτός.
Όλη η ιατρική κοινότητα, όχι μόνο εγώ, **είμαστε αντίθετοι στην πρακτική της ευθανασίας. Αν κάποιος θέλει να αυτοκτονήσει, δεν πρέπει να καταστήσει τον ιατρό συνένοχο. Ας αναλάβει τη δική του ευθύνη. Η ζωή είναι ιερή και έτσι πρέπει να την αντιμετωπίζουμε, από όποια θέση και αν βρισκόμαστε.**

Ο κ. Γεώργιος Δάικος είναι ομότιμος καθηγητής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών.

(Πηγή: «Popular Medicine» Ιούν. 2010)