

**ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***«ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ & ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΦΘΟΡΑΣ ΣΕ ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΥ
ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»***

ΙΩΑΝΝΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΑΜ: 20016

ΧΟΥΝΤΗ ΕΥΣΤΑΘΙΑ ΑΜ: 20062



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΓΚΟΥΣΙΑ-ΡΙΖΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΚΩΣΤΑΡΕΛΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΑΘΗΝΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΦΘΟΡΑΣ – ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	
1.1 Τι είναι τα νοσήματα φθοράς;.....	6
1.2 Καρδιαγγειακά νοσήματα.....	6
Επιδημιολογικές μελέτες.....	9
1.3 Καρκίνος.....	10
1.4 Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (Σ.Ε.Α. ή AIDS).....	13
1.5 Σακχαρώδης Διαβήτης.....	16
1.6 Παχυσαρκία.....	18
1.7 Υπέρταση.....	21
1.8 Οστεοπόρωση.....	22
1.9 Κατάθλιψη.....	22
1.10 Δυσλιπιδαιμία.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	
2.1 Γενικά.....	24
2.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας.....	25
2.2.1 Φυσικό περιβάλλον.....	25
2.2.2 Κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον.....	25
2.2.3 Γενετικά και ατομικά χαρακτηριστικά.....	26
2.2.4 Τρόπος ζωής.....	28
2.2.5 Νοσηρές καταστάσεις ως παράγοντες κινδύνου.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ

3.1 Γενικά.....	42
3.2 Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη.....	43
3.3 Πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων.....	43
3.4 Πρόληψη καρκίνου.....	44
3.5 Πρόληψη παχυσαρκίας και σακχαρώδη διαβήτη.....	45
3.6 Πρόληψη HIV/AIDS.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ – ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Γενικά.....	46
4.2 Σχολική Αγωγή Υγείας.....	47
4.2.1 Ιστορική αναδρομή.....	47
4.2.2 Ο ρόλος του σχολείου.....	47
4.2.3 Αγωγή Υγείας και Αναλυτικό Πρόγραμμα.....	48
4.2.4 Ο ρόλος του εκπαιδευτικού.....	49
4.2.5 Προβλήματα της σχολικής Αγωγής Υγείας.....	50
4.2.6 Η Αγωγή Υγείας στο ελληνικό σχολείο.....	51
4.2.7 Το σχολείο που προάγει την υγεία.....	51
4.3 Ο ρόλος της οικογένειας.....	52
4.4 Ο ρόλος της κοινωνίας.....	53

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ.....	55
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	60
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	114
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	115
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ.....	117

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η στάση ζωής του σύγχρονου ανθρώπου λειτουργεί καταλυτικά ως προς την κατάσταση της υγείας του. Τοιουτοτρόπως, ορισμένες πράξεις και συμπεριφορές, πολλές φορές, οδηγούν στην εμφάνιση ή σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νοσημάτων φθοράς. Τα νοσήματα αυτά απειλούν τον καθένα από εμάς και η συχνότητα εμφάνισής τους αυξάνεται με την πάροδο των χρόνων.

Ταυτόχρονα, η σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση, καθώς και η μείωση των γεννήσεων τα τελευταία χρόνια, έχουν οδηγήσει σε γήρανση όλου του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Το μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που ανήκει στην τρίτη ηλικία ευθύνεται πρωτίστως για την επιδημιολογική μετάβαση από το μοντέλο νοσηρότητας, όπου κυριαρχούν οξείες νόσοι και ατυχήματα, στο μοντέλο που χαρακτηρίζεται από χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα.

Επομένως, ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση γύρω από τα νοσήματα φθοράς καθώς και στην πρόληψή τους. Άλλωστε, η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού δεν εξαρτάται μόνο από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, αλλά πρέπει να συνοδεύεται και από αύξηση των χρόνων υγιούς ζωής.

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του τρόπου ζωής και των παραγόντων εκείνων που οδηγούν στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων, η διερεύνηση των μεθόδων πρόληψης αυτών, καθώς επίσης και η ζωτική ανάγκη ενημέρωσης του πληθυσμού για θέματα που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας. Συγχρόνως, η έρευνα που διενεργήθηκε στοχεύει στην εξέταση των γνώσεων και αντιλήψεων ενός δείγματος πληθυσμού, οι οποίες αφορούν στον τρόπο ζωής και στους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται τη σχέση ανάμεσα στον τρόπο ζωής που ο καθένας επιλέγει και στην πορεία της υγείας του κατά τη διάρκεια της ζωής του. Συνιστά γεγονός αναμφισβήτητο πως η υγεία ενός ατόμου καθορίζεται τόσο από τους προδιαθεσικούς παράγοντες, όσο και από τους παράγοντες κινδύνου. Οι πρώτοι αποτελούν τους μη τροποποιήσιμους παράγοντες, ενώ οι τελευταίοι μπορούν να τροποποιηθούν. Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες αποτελούν το πεδίο δράσης της ενημέρωσης και της πρόληψης από τις υπηρεσίες υγείας, βασικός αρωγός των οποίων πρέπει να είναι και το σχολείο.

Η εργασία είναι χωρισμένη σε δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Το πρώτο μέρος αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια, καθένα από τα οποία καλύπτει ένα ευρύ φάσμα γνώσεων σχετικά με την υγεία.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται τα βασικά στοιχεία που αφορούν στα κυριότερα και συχνότερα νοσήματα φθοράς. Συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στα καρδιαγγειακά νοσήματα, στον καρκίνο, στον HIV/AIDS, στο σακχαρώδη διαβήτη, στην παχυσαρκία, στην οστεοπόρωση, στην κατάθλιψη και στη δυσλιπιδαιμία.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στους προσδιοριστικούς παράγοντες υγείας, στον τρόπο ζωής, καθώς και στις νοσηρές καταστάσεις που αποτελούν, συγχρόνως, παράγοντες κινδύνου εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων.

Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται τρόπους πρόληψης των νοσημάτων φθοράς, εστιάζοντας στην ανάγκη αλλαγής του τρόπου ζωής, αποφυγής επιβλαβών συνηθειών και υιοθέτησης υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται οι φορείς της προαγωγής της υγείας, ο ρόλος του καθενός ξεχωριστά, αλλά και η συνολική συμβολή τους. Το κεφάλαιο αναφέρεται, επίσης, στην ιδιαίτερη σημασία της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης των μικρών, σε ηλικία, ατόμων.

Τέλος, στο δεύτερο μέρος, παρουσιάζεται έρευνα που διεξήχθη σε δείγμα πληθυσμού 515 ατόμων. Η έρευνα αυτή αποτελεί ένα κομμάτι της έρευνας που πραγματοποιεί, αυτή την περίοδο, η Ελληνική Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης, με σκοπό την αποτίμηση αντιλήψεων και στάσεων του γενικού πληθυσμού, αναφορικά με τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΓΕΝΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο :

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΦΘΟΡΑΣ - ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.1 Τι είναι τα νοσήματα φθοράς;

Νοσήματα φθοράς ή εκφυλιστικά νοσήματα καλούνται αυτά, τα οποία σχετίζονται με τον τρόπο ζωής ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων. Αποτελούν ασθένειες που εμφανίζονται με αυξημένη συχνότητα σε αναπτυγμένες ή βιομηχανοποιημένες χώρες, όπου το προσδόκιμο ζωής είναι μεγαλύτερο.

Τα κυριότερα από αυτά είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι κάθε είδους νεοπλασίες, και το AIDS, ενώ μπορούμε ακόμα να αναφέρουμε τον σακχαρώδη διαβήτη, την παχυσαρκία, την οστεοπόρωση, την κατάθλιψη, τη δυσλιπιδαιμία και οποιαδήποτε άλλη ασθένεια που συνδέεται με το αλκοόλ, το κάπνισμα ή ακόμα και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι κάποια από τα παραπάνω νοσήματα συχνά αποτελούν και παράγοντες κινδύνου εμφάνισης των υπολοίπων¹.

Σύμφωνα με έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), που πραγματοποιήθηκε το 2002, οι κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, με ποσοστό 55.2%, ο καρκίνος με 24.4% και οι λοιπές χρόνιες παθήσεις με 12.8% ².

1.2 Καρδιαγγειακά νοσήματα

Αρχικά, τα καρδιαγγειακά νοσήματα (ΚΝ) αναφέρονται στην κατηγορία των παθήσεων, οι οποίες περιλαμβάνουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία (αρτηρίες και φλέβες), ενώ ο όρος, κυριολεκτικά, αφορά οποιαδήποτε ασθένεια επηρεάζει το καρδιαγγειακό σύστημα. Συγκεκριμένα, οι δυσλειτουργίες της καρδιάς εμπεριέχουν τη στεφανιαία νόσο, την εγκεφαλική αγγειακή νόσο, την περιφερική αγγειακή νόσο, τη ρευματική καρδιοπάθεια, τη συγγενή καρδιοπάθεια, καθώς και την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και την πνευμονική εμβολή. Με βάση τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), σε παγκόσμιο επίπεδο, 16.7 εκατομμύρια άνθρωποι (8.6 εκ. γυναίκες και 8.1 εκ. άνδρες) πέθαναν το 2002 από ΚΝ, από τα οποία τα 7.2 εκ. λόγω στεφανιαίας νόσου, τα 5.5 εκ. από εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο και τα υπόλοιπα 4 εκ. από άλλες καρδιακές ασθένειες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι περισσότεροι θάνατοι από τους παραπάνω σημειώθηκαν σε αναπτυσσόμενες χώρες^{3,4}.

Στεφανιαία νόσος

Η στεφανιαία νόσος σχετίζεται με κάθε πάθηση των αρτηριών της καρδιάς και οφείλεται κυρίως στη βαθμιαία απόφραξη τους από αθηρώματα ή αθηρωματικές βλάβες, η σκλήρυνση των οποίων προκαλεί την αθηροσκλήρωση¹. Η διαδικασία της αθηροσκλήρωσης είναι αργή και μακροχρόνια, αφού συνήθως ξεκινά από την παιδική ηλικία, εξελίσσεται στην ενήλικη ζωή και εμφανίζει συμπτώματα κατά την πέμπτη με έκτη δεκαετία της ζωής, εφόσον

προκύπτει σημαντική στένωση ή θρόμβος στις στεφανιαίες αρτηρίες, λόγω αθηρωμάτων^{5,6,7}. Αποτελεί δε, την κύρια αιτία αρτηριοσκλήρωσης καθώς και των περισσότερων καρδιαγγειακών, αλλά και άλλων χρόνιων νοσημάτων, όπως θα δούμε σε επόμενο κεφάλαιο¹.

Η στεφανιαία νόσος μπορεί να εκδηλωθεί κλινικά ως έμφραγμα του μυοκαρδίου, ως ασταθής στηθάγχη, ως στηθάγχη κοπώσεως, αλλά και με άλλους τρόπους. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου εμφανίζεται όταν σταματά ή επιβραδύνεται πολύ η κυκλοφορία του αίματος στα καρδιακά αγγεία. Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και η ασταθής στηθάγχη είναι σημαντικά και αιφνίδια κλινικά συμβάντα και αποτελούν τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα. Η στηθάγχη αποτελεί σύμπτωμα της στεφανιαίας νόσου και παρουσιάζεται ως έντονος (συχνά οπισθοστερνικός) πόνος, διάρκειας 3 έως 5 λεπτών συνήθως, ή άνω των 15 λεπτών όταν πρόκειται για έμφραγμα. Ο πόνος αντανakλά στο λαιμό, στην πλάτη, στα άνω άκρα ή στο επιγάστριο^{1,5}.

Ενώ, κατά τον Liebowitz, οι πρώτες ενδείξεις για τη στεφανιαία νόσο εμφανίζονται στους αρχαίους Αιγύπτιους και τους Έλληνες, τα σημαντικά βήματα για τον ορισμό και τη συχνότητα εμφάνισης της έγιναν στο πρώτο μισό του 20ού αιώνα. Παρά ταύτα, εξαιρετικά σημαντική κρίνεται η μελέτη των Επτά Χωρών (Seven Countries Study), η οποία προσέγγισε αιτιολογικά τη νόσο, καθορίζοντας τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισής της. Την μελέτη αυτή θα αναλύσουμε εκτενώς αργότερα. Στα βήματα αυτά κινήθηκε και η μελέτη MONICA του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (MONICA WHO Study), της οποίας τα αποτελέσματα, σχετικά με την ετήσια ανδρική θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο το έτος 1998, δείχνουν να μεταβάλλονται από χώρα σε χώρα. Συγκεκριμένα, ανά 100000 άτομα, πεθαίνουν εξαιτίας στεφανιαίας νόσου, 500 στη Φινλανδία, 200 στις Η.Π.Α., 110 στη Βρετανία και 50 στο Πεκίνο⁷.

Εγκεφαλική αγγειακή νόσος

Εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο είναι η ξαφνική απώλεια της εγκεφαλικής λειτουργίας, είτε λόγω διακοπής της ροής του αίματος, είτε λόγω αιμορραγίας σε μια περιοχή του εγκεφάλου, η οποία διαρκεί περισσότερο από 24 ώρες⁸. Κατά τη διάρκεια ενός εγκεφαλικού επεισοδίου, τα εγκεφαλικά κύτταρα πεθαίνουν, ενώ οι ικανότητες που ελέγχονται από τη συγκεκριμένη περιοχή χάνονται. Στις ικανότητες αυτές περιλαμβάνονται ο λόγος, η κίνηση και η μνήμη. Οι επιπλοκές του εγκεφαλικού εμφανίζονται αιφνιδίως, με τη μορφή μούδιασματος ή αδυναμίας στο πρόσωπο και στα άκρα (συνήθως στη μία πλευρά του σώματος), σύγχυσης και δυσκολίας στην ομιλία και στην όραση, καθώς και στο περπάτημα⁹.

Σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύθηκαν το 2008, από την Αμερικανική Εταιρεία Καρδιολογίας (American Heart Association), στις Η.Π.Α., ένας άνθρωπος πεθαίνει από εγκεφαλικό κάθε 40 δευτερόλεπτα, ενώ συγκεκριμένα το 2004, το 61% των θανάτων από εγκεφαλικό ήταν γυναίκες. Γενικότερα, όταν το εγκεφαλικό επεισόδιο υπολογίζεται ξεχωριστά από τα άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα, φέρεται ως η τρίτη αιτία θανάτου, μετά τις καρδιακές παθήσεις και τον καρκίνο¹⁰.

Περιφερική αγγειακή νόσος

Η περιφερική αγγειακή νόσος αφορά σε ασθένειες των αιμοφόρων αγγείων, εκτός της καρδιάς και του εγκεφάλου. Πρόκειται συχνά για μία στένωση των αγγείων που μεταφέρουν αίμα στα πόδια, στα χέρια, στο στομάχι ή στα νεφρά. Οι κυκλοφορικές διαταραχές της νόσου διακρίνονται σε λειτουργικές και σε οργανικές. Οι λειτουργικές περιφερικές αγγειακές ασθένειες δεν προκύπτουν από οργανική αιτία και δεν επηρεάζουν τη δομή των αιμοφόρων αγγείων. Αντίθετα, οι οργανικές προκαλούνται από τις δομικές αλλαγές στα αιμοφόρα αγγεία, όπως είναι η φλεγμονή και η βλάβη των ιστών.

Στις τελευταίες ανήκει και η περιφερική αρτηριακή νόσος, η οποία είναι μία κατάσταση παρόμοια με αυτή της στεφανιαίας νόσου και επηρεάζει συνηθέστερα τη ροή αίματος στα πόδια, προκαλώντας πόνο και μούδιασμα. Η κύρια αιτία εμφάνισής της είναι η αθηροσκλήρωση, γι' αυτό ονομάζεται και αθηροσκληρωτική περιφερική αρτηριακή νόσος. Στατιστικά, αποτελεί τη συχνότερη αιτία γάγγραινας και ακρωτηριασμού, αφού από τα 12 εκ. ατόμων που πάσχουν, περίπου το 75% δεν θα εμφανίσει ποτέ συμπτώματα (American Heart Association)¹¹.

Ρευματική καρδιοπάθεια

Ρευματική καρδιοπάθεια είναι μία πάθηση, κατά την οποία οι βαλβίδες της καρδιάς έχουν καταστραφεί από ρευματικό πυρετό, με αποτέλεσμα να μην ανοίγουν ή να μην κλείνουν εντελώς. Τα συμπτώματα ποικίλλουν, ενώ η ζημιά που προκαλείται στις βαλβίδες δεν είναι πάντα άμεσα αισθητή¹¹.

Πρόσφατα στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.-WHO), του 2002, έδειξαν ότι από τα 12 εκ. ανθρώπων που πάσχουν από ρευματικό πυρετό και ρευματική καρδιοπάθεια, τα 2/3 είναι παιδιά ηλικίας 5 έως 15 ετών¹².

Συγγενής καρδιοπάθεια

Η συγγενής καρδιοπάθεια σχετίζεται με τις εκ γενετής δυσμορφίες της καρδιακής δομής που προκαλούνται από γενετικούς παράγοντες ή από πιθανές ανωμαλίες κατά την εγκυμοσύνη⁴. Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρία Καρδιολογίας, περίπου 35.000 άνθρωποι ετησίως γεννιούνται με κάποιο τύπο συγγενούς καρδιοπάθειας, ενώ η πάθηση αυτή είναι υπεύθυνη για τους περισσότερους θανάτους από το πρώτο έτος ζωής, σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη εκ γενετής ανωμαλία¹¹.

Εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή

Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση συναντάται όταν σχηματιστούν θρόμβοι αίματος στις φλέβες που βρίσκονται βαθιά μέσα στο σώμα και συνήθως σε αυτές των ποδιών. Ως συμπτώματα θεωρούνται ο πόνος, το πρήξιμο και η αλλαγή χρώματος στο ένα μόνο πόδι. Οι θρόμβοι αίματος μπορούν να μεταφερθούν σε διάφορα όργανα, όπως στην καρδιά και στους

πνεύμονες. Η δεύτερη περίπτωση ονομάζεται πνευμονική εμβολή και αποτελεί συχνά μία θανατηφόρα επιπλοκή. Γενικότερα, η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση απαντάται συχνότερα σε ενήλικες άνω των 60 ετών, αν και δεν αποκλείεται η εμφάνισή της και σε μικρότερες ηλικιακές ομάδες^{4,13,14}.

Επιδημιολογικές Μελέτες

Τις τελευταίες δεκαετίες, πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τα καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ελλάδα. Οι πιο διαδεδομένες από αυτές είναι η μελέτη των Επτά Χωρών (Seven Countries Study), στην οποία συμμετείχε και η Ελλάδα, η CARDIO2000 και η μελέτη της Αττικής (ATTICA Study).

Μελέτη των Επτά Χωρών

Στα μέσα της δεκαετίας του 1950, ο Ancel Keys θέτει την πιθανότητα σχέσης ανάμεσα στον τρόπο ζωής και στη συχνότητα εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου και του εγκεφαλικού. Με αφορμή την υπόθεση αυτή, ο Keys, από το Πανεπιστήμιο της Μινεσότα, με τη βοήθεια των συνεργατών του, διοργάνωσε το πρόγραμμα σε επτά χώρες, και συγκεκριμένα, στις Ηνωμένες Πολιτείες (Taylor και Blackburn), στη Φινλανδία (Karvonen), στην Ολλανδία (Dalderup), στην Ιταλία (Fidanza και Puddu), στη Γιουγκοσλαβία (Buzina και Djorgjevic), στην Ιαπωνία (Kimura) και στην Ελλάδα (Αραβανής και Δοντάς)^{15,16}.

Σκοπός της έρευνας ήταν η εκτίμηση της επίπτωσης της νόσου, ο υπολογισμός της νοσηρότητας και της θνησιμότητάς της, καθώς επίσης και ο προσδιορισμός των παραγόντων κινδύνου, έτσι ώστε να αιτιολογηθεί η μεταβολή του ποσοστού του πάσχοντος πληθυσμού από χώρα σε χώρα⁷. Ο πρώτος γύρος της μελέτης των Επτά Χωρών διεξήχθη από το 1958 έως το 1964, σε δείγμα πληθυσμού ανδρών ηλικίας 40-59 ετών, σε 16 περιοχές των επτά χωρών, μεταξύ των οποίων η Κέρκυρα και η Κρήτη. Ο δεύτερος και ο τρίτος γύρος έλαβαν χώρα μετά από πέντε και δέκα χρόνια αντίστοιχα, ενώ η μελέτη σχετικά με τη θνησιμότητα του πληθυσμού συνεχίζεται μέχρι σήμερα.

Έως τις μέρες μας, η μελέτη των Επτά Χωρών θεωρείται πρωτοποριακή, ειδικά αν αναλογιστεί κανείς τη χρονική περίοδο κατά την οποία ξεκίνησε αυτό το πόνημα. Επιπροσθέτως, υπήρξε ο θεμέλιος λίθος για τον προσδιορισμό στοιχείων που χαρακτηρίζουν τον τρόπο ζωής, όταν αυτός λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων¹⁶.

CARDIO2000 και ATTICA Study

Λόγω έλλειψης επιδημιολογικών στοιχείων για νοσήματα που αφορούν την καρδιά στον ελληνικό πληθυσμό, προέκυψε η ανάγκη εκπόνησης μίας μελέτης από Έλληνες ερευνητές. Η CARDIO2000 έγινε την περίοδο 2000-2001, σε τυχαίο δείγμα 1.619 ανθρώπων από όλη την Ελλάδα. Αντικείμενο της έρευνας ήταν η μελέτη της σχέσης ανάμεσα στο μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και στον κίνδυνο πρώτης εκδήλωσης οξέων στεφανιαίων συνδρόμων^{7,17}.

Παρά ταύτα, τα τελευταία χρόνια σημειώθηκαν στην Ελλάδα μεγάλες και άνισες αλλαγές σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός σημαντικού κενού στα επιδημιολογικά στοιχεία, το οποίο ήρθε να καλύψει η ATTICA Study. Η προσπάθεια αυτή ξεκίνησε στις αρχές του 2001, από το πρώτο Τμήμα Καρδιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών και υπό την αιγίδα της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρίας. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση των σημαντικότερων προσδιοριστικών παραγόντων που αφορούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, εξετάζοντας θέματα υγείας και διατροφής¹⁸.

1.3 Καρκίνος

Ο καρκίνος είναι ένα σύνολο, διαφορετικών μεταξύ τους, νοσημάτων, τα οποία μπορούν να προσβάλουν ένα οποιοδήποτε σημείο του σώματος, και χαρακτηρίζονται από άτυπη, άσκοπη και ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων. Άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται για την αναφορά στον καρκίνο είναι οι κακοήθεις όγκοι και νεοπλάσματα.

Ενώ, υπό φυσιολογικές συνθήκες, τα κύτταρα που υπάρχουν στο σώμα μας διαιρούνται για να δημιουργήσουν άλλα κύτταρα αναγκαία για τον οργανισμό, υπάρχουν φορές που η διαίρεση αυτή γίνεται χωρίς να υπάρχει ανάγκη. Στην περίπτωση αυτή, σχηματίζεται ένας επιπλέον ιστός που ονομάζεται όγκος. Ο όγκος αυτός μπορεί να χαρακτηριστεί είτε ως καλοήθης είτε ως κακοήθης. Ο καλοήθης όγκος δε θεωρείται καρκίνος, ενώ το ότι τα κύτταρά του δεν εξαπλώνονται, δεν τον καθιστά ιδιαίτερα απειλητικό^{1,5,19}.

Αντίθετα, ο κακοήθης όγκος είναι καρκίνος και τα κύτταρά του διαιρούνται ανεξέλεγκτα καταστρέφοντας τους περιβάλλοντες ιστούς. Τα καρκινικά κύτταρα συχνά απομακρύνονται από τον κακοήγη όγκο, με αποτέλεσμα να μετακινούνται και προς άλλα μέρη του σώματος, μέσω του αίματος και της λέμφου, προσβάλλοντας και άλλα όργανα. Η παραπάνω διαδικασία ονομάζεται μετάσταση και αποτελεί την σημαντικότερη αιτία θανάτου από καρκίνο. Αξίζει να σημειωθεί πως κάποιοι καρκίνοι δεν αποτελούν όγκους. Τέτοια είναι η περίπτωση της λευχαιμίας, η οποία είναι ένας καρκίνος του αίματος και του μυελού των οστών^{1,19,20,21}.

Σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά δεδομένα του Π.Ο.Υ. (WHO), το 2005, συνολικά 7,6 εκ. άνθρωποι πέθαναν από καρκίνο, αριθμός που αποτελεί το 13% των 58 εκ. θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο. Γενικότερα, περισσότερο από το 70% των θανάτων από καρκίνο συναντάται σε χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα. Επίσης, συνιστά γεγονός αναμφισβήτητο ότι το 1/3 των καρκίνων είναι θεραπεύσιμο, εάν διαγνωσθεί εγκαίρως και αντιμετωπιστεί καταλλήλως²².

Καρκινογένεση- Στάδια

Η καρκινογένεση είναι μία πολυεπίπεδη διαδικασία, η οποία μπορεί να προκύψει από μία προσβολή, ή έναν συνδυασμό, χημικών, βιολογικών και γενετικών προσβολών σε μεμονωμένα κύτταρα²¹.

Αν και πολύπλοκη διαδικασία, μπορεί να διακριθεί σε τέσσερα στάδια ή φάσεις²³:

- Φάση επαγωγής (induction phase), η οποία χαρακτηρίζεται από υποмикροσκοπικές, βιοχημικές καθώς και κυτταρογενετικές εκτροπές.

- Φάση προ-διηθητική ή ενδοεπιθηλιακή (in-situ phase), η οποία χαρακτηρίζεται από μικροσκοπικές διαταραχές των κυττάρων.
- Φάση διηθητική (invasion phase), η οποία προσδιορίζεται από ιστολογικά ευρήματα.
- Φάση διασποράς (dissemination phase), η οποία χαρακτηρίζεται από κλινικές εκδηλώσεις.

Κατηγορίες καρκίνου

Ανάλογα με το που εμφανίζεται αρχικά ο καρκίνος, χωρίζεται σε κατηγορίες, οι κυριότερες εκ των οποίων είναι οι ακόλουθες²⁰:

- Καρκίνωμα (carcinoma) - ο καρκίνος που ξεκινά από το δέρμα ή τους ιστούς που περιβάλλουν ή καλύπτουν τα εσωτερικά όργανα.
- Σάρκωμα (sarcoma) – ο καρκίνος που ξεκινά από τα οστά, τους χόνδρους, τα αιμοφόρα αγγεία, το μυϊκό, το λιπώδη ή κάποιον άλλον συνδετικό ιστό.
- Λευχαιμία (leukemia) – ο καρκίνος που ξεκινά στους ιστούς που σχηματίζουν το αίμα, όπως ο μυελός των οστών, και προκαλεί μεγάλο αριθμό ανώμαλων κυττάρων αίματος, τα οποία παράγονται και εισέρχονται στο αίμα.
- Λέμφωμα και μυέλωμα (lymphoma and myeloma) – καρκίνοι που ξεκινούν στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος.
- Καρκίνοι κεντρικού νευρικού συστήματος (central nervous system cancers) – καρκίνοι που ξεκινούν στους ιστούς του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

Είδη καρκίνου

Μέχρι σήμερα, έχουν εντοπιστεί περισσότεροι από 100 τύποι καρκίνου, ενώ η νόσος αποτελεί την πρωταρχική αιτία θανάτου παγκοσμίως. Τα κυριότερα είδη καρκίνου που χαρακτηρίζονται από μεγάλη θνησιμότητα, σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι ο καρκίνος του πνεύμονα (1,3 εκ. θάνατοι/έτος), του στομάχου (περίπου 1 εκ. θάνατοι/έτος), του ήπατος (662 χιλ. θάνατοι/έτος), του παχέος εντέρου (655 χιλ. θάνατοι/έτος) και του μαστού (502 χιλ. θάνατοι/έτος)²⁰. Μεγάλη συχνότητα εμφανίζουν επίσης και ο καρκίνος του δέρματος, των ουρογεννητικών οργάνων, του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, καθώς και ο καρκίνος της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου και των νεφρών⁵.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η συχνότητα εμφάνισης και τα ποσοστά θνησιμότητας των διάφορων τύπων καρκίνου διαφοροποιείται στα δύο φύλα. Στους μεν άνδρες, τα είδη καρκίνου που αποτελούν, συχνότερα, αιτία θανάτου, με φθίνουσα σειρά, είναι¹⁹:

- ο καρκίνος του πνεύμονα,
- ο καρκίνος του στομάχου,
- ο καρκίνος του ήπατος,

- ο καρκίνος του παχέος εντέρου,
- ο καρκίνος του οισοφάγου και
- ο καρκίνος του προστάτη.

Στις δε γυναίκες είναι:

- ο καρκίνος του μαστού,
- ο καρκίνος του πνεύμονα,
- ο καρκίνος του στομάχου,
- ο καρκίνος του παχέος εντέρου και
- ο καρκίνος του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Ενώ οι καρκίνοι στους ενήλικες συχνά σχηματίζονται στους επιθηλιακούς ιστούς, καθιστώντας τους εύκολα εντοπίσιμους, στην περίπτωση του παιδικού καρκίνου, η νόσος προέρχεται από εμβρυϊκά πολυδύναμα κύτταρα. Τοιουτοτρόπως, ο καρκίνος στα παιδιά είναι πιο δύσκολα αναγνωρίσιμος, με αποτέλεσμα να γίνεται αντιληπτός όταν οι διαστάσεις του όγκου είναι μεγάλες. Στατιστικά, στις ηλικίες 0-15 ετών, οι περισσότεροι καρκίνοι εμφανίζονται στο αρσενικό γένος^{24,25}.

Συμπτώματα

Ο καρκίνος εμφανίζει ποικίλα συμπτώματα, τα οποία όμως δεν αποτελούν πάντα ένδειξη καρκίνου, καθώς μπορεί να προκληθούν κι από έναν καλοήγη όγκο ή από κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι ένας όγκος ή μία διόγκωση στο μαστό ή σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος, ένας νέος μόλος ή κάποια αλλαγή σε έναν ήδη υπάρχοντα, αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου ή της ουροδόχου κύστης, μια πληγή που δεν επουλώνεται, καθώς και απρόσμενη αύξηση ή απώλεια βάρους. Ταυτόχρονα, μπορούν να εμφανιστούν αισθήματα αδυναμίας ή κούρασης χωρίς λόγο, ασυνήθιστη αιμορραγία, επίμονος βήχας ή βραχνάδα, καθώς και δυσκολία στην κατάποση και δυσφορία μετά από το φαγητό^{26,27}.

Συνήθως, τα πρώτα στάδια του καρκίνου δεν εμφανίζουν πόνο. Για το λόγο αυτό, η διάγνωση του καρκίνου συχνά γίνεται αργοπορημένα, με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζεται εγκαίρως η νόσος. Συνιστάται λοιπόν ο άμεσος έλεγχος σε περίπτωση εμφάνισης κάποιων συμπτωμάτων, αφού είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο πως το 40% των θανάτων από καρκίνο παγκοσμίως θα μπορούσε να αποφευχθεί²⁸.

Τέλος, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προειδοποιεί ότι οι θάνατοι από καρκίνο θα συνεχίσουν να εμφανίζονται με αύξοντα ρυθμό, ενώ εκτιμάται πως το 2015, σχεδόν 9 εκ. άνθρωποι θα πεθαίνουν από καρκίνο¹⁹.

1.4 Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (Σ.Ε.Α. ή AIDS)

Στις αρχές της δεκαετίας του 80', μία νέα μολυσματική ασθένεια κάνει την εμφάνισή της στις Η.Π.Α. Αυτό που κέντρισε το ενδιαφέρον των ιατρών στο Λος Άντζελες ήταν ότι οι ασθενείς παρουσίαζαν ατέλεια στην κυτταρική ανοσία. Λόγω του ότι τα πρώτα κρούσματα εμφανίστηκαν σε ομοφυλόφιλους άνδρες, η ασθένεια αρχικά πήρε την υποτιμητική ονομασία GRID (gay- related immune disease). Στη συνέχεια, όμως, η νόσος παρουσιάστηκε και σε άλλες ομάδες ανθρώπων στις Η.Π.Α., όπως για παράδειγμα σε άτομα και των δύο φύλων που έκαναν χρήση ναρκωτικών σε ενέσιμη μορφή, καθώς και σε άτομα που έκαναν μεταγγίσεις αίματος. Με την πάροδο του χρόνου, σημάδια της ασθένειας εντοπίστηκαν σε συντρόφους ετεροφυλόφιλων ασθενών και χρηστών ναρκωτικών ουσιών, καθώς και σε βρέφη αυτών.

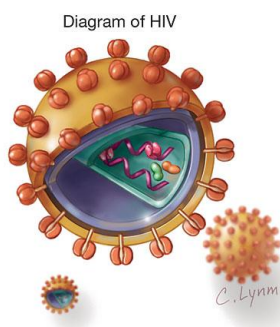
Έτσι, το καλοκαίρι του 1981, σε ένα συνέδριο στο Λος Άντζελες, η νόσος ονομάστηκε AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), μια ονομασία που ισχύει μέχρι σήμερα. Η νέα ονομασία αντανακλούσε τη μεταδοτική ιδιότητα της ασθένειας, τη συμμετοχή του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς και την αντίληψη ότι επρόκειτο για ένα συνονθύλευμα συμπτωμάτων, δηλαδή ένα σύνδρομο.

Τον Απρίλιο του 1983, και ενώ υπήρχαν ενδείξεις που συνέδεαν το AIDS με ένα συγκεκριμένο τύπο ιού, τον ρετροϊό, ο Luc Montagnier και οι συνεργάτες του, στο Ινστιτούτο Παστέρ (Pasteur Institute) στο Παρίσι, καθώς και ο Αμερικανός ερευνητής Robert Gallo, απομόνωσαν τον ιό, ο οποίος αργότερα ονομάστηκε HIV (Human Immunodeficiency Virus). Έναν χρόνο αργότερα, η ταυτοποίηση του HIV ως την αιτία της νόσου, συνετέλεσε στη θεώρηση ότι το AIDS αποτελεί μία μολυσματική ασθένεια. Την ίδια περίοδο, και λόγω του ότι η ασθένεια παρουσίαζε μεγάλη διάρκεια ανάπτυξης, χωρίς να εξαφανίζεται σύντομα, οι ερευνητές άρχισαν να την θεωρούν χρόνια νόσο και όχι μάλιστα²⁹.

Ο ιός HIV, μετά από μελέτες που έγιναν στο γενετικό του υλικό, θεωρείται ότι μεταδόθηκε στον άνθρωπο από τον πίθηκο. Πρόκειται για έναν λεμφοτροπικό ιό με RNA γενετικό υλικό, ο οποίος εμφανίζεται με δύο τύπους, τον HIV-1 και τον HIV-2. Ο ιός αυτός ανήκει στους ρετροϊκούς, με τη διαφορά ότι έχει στο σύνολό του εννέα γονίδια, έναντι των άλλων που έχουν μόνο τρία. Το γεγονός αυτό, τον καθιστά ιδιαίτερα δύσκολο στην αντιμετώπιση.

Κατά την αρχική μόλυνση με τον ιό, ο ασθενής αναπτύσσει αντισώματα στις πρώτες 4 με 12 εβδομάδες. Εντούτοις, το AIDS που είναι και το τελευταίο στάδιο της μόλυνσης, εμφανίζεται συνήθως μετά από 10 έτη. Στο στάδιο αυτό το ανοσοποιητικό σύστημα είναι εξαιρετικά αποδυναμωμένο, με αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπές σε ευκαιριακές λοιμώξεις. Η πιθανότητα ενός φορέα HIV να μεταπέσει στο στάδιο του AIDS διαφέρει από άτομο σε άτομο. Αν και ο κίνδυνος είναι ιδιαίτερα αυξημένος με την πάροδο του χρόνου, μελέτες έχουν δείξει ότι σε άτομα που δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία, η πιθανότητα ανάπτυξης AIDS είναι σχεδόν 15% στα 5 έτη από την έναρξη, 50% στα 10 έτη και 70% περίπου στα 15 έτη. Το διάστημα εκδήλωσης του AIDS διαφέρει επίσης και ανά ηλικιακή ομάδα, αφού τα βρέφη και οι ηλικιωμένοι φορείς φθάνουν πιο γρήγορα στο στάδιο αυτό.

Εξίσου μεγάλη εμφανίζεται και η θνησιμότητα της νόσου, αφού ένα ποσοστό 80%-90% ασθενών πέθαναν μετά από 3 με 5 χρόνια από την διάγνωση, χρονικό διάστημα που σήμερα σημειώνει παράταση, λόγω της ύπαρξης αποτελεσματικότερης θεραπείας^{1,30,31}.



Σημαντικές έρευνες έχουν γίνει, επίσης, τόσο σε ευρωπαϊκό, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, αποσκοπώντας στο να προσδιορίσουν τον αριθμό και τη συχνότητα εμφάνισης φορέων του HIV, καθώς και τον αριθμό θανάτων από AIDS. Τα αποτελέσματα της παγκόσμιας έρευνας που δημοσιεύτηκε τον Δεκέμβριο του 2007, από τον WHO και το πρόγραμμα για το AIDS των Ηνωμένων Εθνών, UNAIDS, σχετικά με το θέμα αυτό, φαίνονται στον πίνακα 1.1³².

	Φορείς HIV	Νέοι φορείς HIV	Θάνατοι από AIDS
Ενήλικες	30,800,000	2,100,000	1,700,000
Παιδιά <15 ετών	2,400,000	420,000	330,000
Σύνολο	33,200,000	2,520,000	2,100,000

1.1 AIDS Epidemic Update 2007 (WHO).

Στα πλαίσια της ίδιας έρευνας, παρουσιάστηκαν στατιστικά στοιχεία για το HIV/AIDS με γεωγραφικά κριτήρια, όπως αυτά εμφανίζονται στον πίνακα 1.2³².

	Φορείς HIV	Νέοι φορείς HIV	Θάνατοι από AIDS
Δυτική-Κεντρική Ευρώπη	760,000	31,000	12,000
Ανατολική Ευρώπη - Κεντρική Ασία	1,600,000	150,000	55,000
Υποσαχάρια Αφρική	22,500,000	1,700,000	1,600,000
Κεντρικοανατολική-Βόρειος Αφρική	380,000	35,000	25,000

1.2 AIDS Epidemic Update 2007 (WHO).

Τέλος, οι ίδιοι ερευνητές, σε αναφορά τους το 2006, παρουσίασαν την επιδημιολογία της νόσου σε κάθε χώρα ξεχωριστά, για τα έτη 2003 και 2005. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα, οι

φορείς του HIV ανήλθαν σε 9.200 για το 2003 και σε 9.300 για το 2005. Για τα ίδια έτη, ο συνολικός αριθμός των οροθετικών, στην Δυτική και Κεντρική Ευρώπη, ήταν 680.000 και 720.000 αντίστοιχα³³.

Τρόποι μετάδοσης^{30,34}

Ο ιός HIV μεταδίδεται δύσκολα και με συγκεκριμένους τρόπους:

- ❖ Με τη σεξουαλική επαφή, η οποία εμφανίζεται ως ο συχνότερος τρόπος μετάδοσης, ειδικότερα μεταξύ ομοφυλοφίλων.
- ❖ Με την αιματογενή μετάδοση, η οποία παρουσιάζεται συνήθως με δύο μορφές. Η συχνότερη είναι η μετάδοση μέσω μολυσμένων βελονών ή συρίγγων που είναι εξαιρετικά διαδεδομένη ανάμεσα σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών. Η δεύτερη μορφή είναι η μετάδοση με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του.
- ❖ Με περιγεννητική μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί. Ο εν λόγω τρόπος μετάδοσης γίνεται είτε κατά την κύηση μέσω του πλακούντα, είτε κατά τον τοκετό από αίμα ή κολπικά υγρά, είτε μετά τη γέννηση με τον θηλασμό.

Αντίθετα, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο ιός δε μεταδίδεται με το σίελο, τα δάκρυα και τα ούρα φορέων, με κοινή χρήση ποτηριών ή τουαλέτας, με χειραψία ή με τσίμπημα από έντομο. Παρά ταύτα, σύμφωνα με έρευνα του Ευρωβαρομέτρου (Φεβρουάριος του 2006), το 54% των πολιτών της Ευρώπης έχει τη λανθασμένη εντύπωση ότι ο ιός HIV μπορεί να μεταδοθεί με το φιλή, ενώ το 45% από το ίδιο ποτήρι που έχει μόλις χρησιμοποιήσει κάποιος άνθρωπος που έχει AIDS ή είναι φορέας του ιού HIV (οροθετικός)³⁵.

Συμπτώματα^{31,36,37}

Τα συμπτώματα της νόσου εξαρτώνται από το χρονικό διάστημα, κατά το οποίο κάποιος είναι οροθετικός και είναι τα εξής:

- Συνεχής πυρετός, βήχας και διάρροια
- Επίμονος πονοκέφαλος και διάφορα νευρολογικά συμπτώματα
- Κούραση και έλλειψη ενέργειας
- Δερματοπάθειες και αλλεργίες
- Πονόλαιμος και διόγκωση των λεμφαδένων
- Απώλεια βάρους και βραχυχρόνια απώλεια μνήμης

Επιπλέον, οι ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο του AIDS συχνά εμφανίζουν και άλλα συμπτώματα, όπως δυσκολία στην αναπνοή και στην όραση, ναυτία, κράμπες, έμετο, σύγχυση και απώλεια συνείδησης (κώμα).

1.5 Σακχαρώδης διαβήτης

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (Σ.Δ.) είναι μία χρόνια νόσος, της οποίας η ιστορία ξεκινάει πολλούς αιώνες πριν και η ονομασία του προέρχεται από τις λέξεις σάκχαρο και διαβήτης (σιφόνι). Η πρώτη περιγραφή της νόσου εμφανίζεται σε έναν Αιγυπτιακό πάπυρο του 1500 π.Χ., ο οποίος ανακαλύφθηκε από τον Αιγυπτιολόγο Georg Ebers το 1862 μ.Χ., κατά τη διάρκεια μιας ανασκαφής σε έναν αρχαίο τάφο στις Θήβες. Στον πάπυρο αυτό, γνωστό ως «Πάπυρος Ebers», ο διαβήτης περιγράφεται ως νόσος με λιποσαρκία και πολυουρία χωρίς πόνους, δηλαδή ως νόσημα φθοράς^{38,45}.

Ο πρώτος που ονομάζει τη νόσο «Διαβήτη» είναι ο μεγάλος Έλληνας γιατρός της αρχαιότητας Αρεταίος από την Καπαδοκία, τον 2^ο αιώνα π.Χ. Ο Αρεταίος περιγράφει τον διαβήτη στο βιβλίο του "Περί Αιτιών και Σημείων Οξέων και Χρονίων Παθών", παραθέτοντας τα σημαντικότερα κλινικά σημεία και συμπτώματα της νόσου, την εξελικτική πορεία της και την τελική έκβασή της. Ακολουθούν παρακάτω, μερικά χαρακτηριστικά αποσπάσματα στη νεοελληνική γλώσσα, από την περιγραφή του "Διαβήτη" (ΠΕΡΙ ΔΙΑΒΕΤΕΩ)³⁹: *"Ο Διαβήτης είναι μια εντυπωσιακή αρρώστια και όχι από τις πιο συνηθισμένες στον άνθρωπο. Χαρακτηρίζεται από υγρή και ψυχρή σύντηξη της σάρκας και των άκρων, που αποβάλλονται με τα ούρα. Τα νεφρά και η κύστη αποβάλλουν ασταμάτητα και σε μεγάλα ποσά, ούρα. Η δίψα είναι αχαλινώγητη. Η φύση της νόσου είναι χρόνια, αν και ο άρρωστος δεν επιζεί επί πολύ, γιατί όταν η νόσος πλήρως εξελιχθεί, γρήγορα έρχεται ο μαρasmus και ο θάνατος*". Πολύ αργότερα, ο Άγγλος γιατρός Thomas Willis (1621-1675) δίνει το πρόθεμα «Σακχαρώδης» στο Διαβήτη, θέλοντας να συμπεριλάβει την "εξέταση-γεύση" των ούρων, ως μέρος του ποιοτικού προσδιορισμού τους⁴⁰.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από μία πρωτογενή διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των λευκωμάτων με πολυπαραγοντική αιτιολογία και σχετίζεται με έλλειψη ινσουλίνης ή με αντίσταση στην ινσουλίνη ή και τα δύο. Αποτελέσματα αυτών είναι η υπεργλυκαιμία (αύξηση του σακχάρου στο αίμα), η υπερλιπιδαιμία και η υπεραμινοξαιμία, οι οποίες συχνά προκαλούν μικροαγγειοπάθεια, μακροαγγειοπάθεια και νευροπάθεια, εκδηλώσεις που αποτελούν επιπλοκές του διαβητικού συνδρόμου^{7,41}. Συγκεκριμένα, η μικροαγγειοπάθεια περιλαμβάνει τη διαβητική αμφιβληστροπάθεια και τη νεφροπάθεια. Διαβητική αμφιβληστροπάθεια είναι η βλάβη στον αμφιβληστροειδή χιτώνα του ματιού που μπορεί να οδηγήσει στην απώλεια της όρασης, ενώ η διαβητική νεφροπάθεια μπορεί να οδηγήσει στη νεφρική ανεπάρκεια. Η μακροαγγειοπάθεια αφορά στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, που επηρεάζουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία, λόγω της αθηρωματοσκλήρωσης. Τέλος, στη διαβητική νευροπάθεια παρατηρείται βλάβη των περιφερικών νεύρων και του αυτόνομου κεντρικού συστήματος, η οποία μπορεί να προκαλέσει ακρωτηριασμό των κάτω άκρων^{41,42}.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ρυθμιστικό ρόλο μεγάλης σημασίας στον Σ.Δ. κατέχει η ινσουλίνη, η οποία είναι ορμόνη που συντελεί στον μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών. Μετά την πρόσληψη τροφής, παρατηρείται αύξηση της γλυκόζης στο αίμα, δίνοντας το ερέθισμα στο πάγκρεας να παράγει ινσουλίνη. Συγκεκριμένα, ο ρόλος της ινσουλίνης είναι να μεταφέρει τη γλυκόζη από το αίμα στους περιφερειακούς ιστούς, να την

μετατρέψει σε γλυκογόνο, το οποίο αποθηκεύεται στους μύες και στο συκώτι, και συγχρόνως να μετατρέψει την επιπλέον γλυκόζη σε λίπος^{43,44}.

Στην εποχή μας, περίπου 240 εκ. άτομα σε όλον τον κόσμο ζουν με τον διαβήτη, ενώ ο Π.Ο.Υ. προβλέπει πως ο αριθμός τους θα φτάσει τα 380 εκ. μέχρι το 2027⁴⁷. Στη χώρα μας, η μέση συχνότητα της νόσου, στον αστικό πληθυσμό, αγγίζει το 2,41% για το ανδρικό φύλο και το 3,24% για το γυναικείο (μελέτη της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών), ενώ στον αγροτικό πληθυσμό σημειώθηκε μέση συχνότητα 1,7% (μελέτη της Β' Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών)⁴¹. Πρέπει να αναφερθεί ότι ο διαβήτης εμφανίζεται με αύξοντα ρυθμό τόσο στους ενήλικες, όσο και στα παιδιά κάθε ηλικίας, στα οποία είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος, διότι διαγιγνώσκεται αργά και εμφανίζει άτυπα συμπτώματα⁴².

Τύποι Σακχαρώδους Διαβήτη

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης διακρίνεται κυρίως στους παρακάτω τρεις τύπους:

- **Τύπος I:** Ινσουλινο-εξαρτώμενος Διαβήτης (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus/ IDDM)

Ο ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ είναι μία πάθηση με αυτοάνοσο μηχανισμό που οφείλεται στη μερική ή πλήρη έλλειψη ινσουλίνης, κάτι που καθιστά αναγκαία τη λήψη της με ενέσεις ή με αντλία. Αυτός ο τύπος διαβήτη, γνωστός και ως «νεανικός», εμφανίζεται κυρίως στα παιδιά και στους ενήλικες, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί και στην τρίτη ηλικία. Τα άτομα με διαβήτη τύπου I έχουν συνήθως φυσιολογικό βάρος, ενώ παρουσιάζουν ραγδαία εξέλιξη και χαμηλή κληρονομικότητα^{42,43,46}.

- **Τύπος II:** Μη Ινσουλινο-εξαρτώμενος Διαβήτης (Noninsulin-Dependent Diabetes Mellitus/ NIDDM)

Ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ χαρακτηρίζεται από αντίσταση στην ινσουλίνη, δηλαδή από αδυναμία δράσης της, και παρατηρείται συχνότερα σε άτομα άνω των 40 ετών με κληρονομική διάθεση και παχυσαρκία, γι' αυτό είναι γνωστός και ως «Διαβήτης ενηλίκων». Αυτό δεν συνεπάγεται απαραίτητα την απουσία του σε νεότερα άτομα και παιδιά ή ακόμα και σε άτομα με αδύνατο φαινότυπο. Αρχικά, η αντιμετώπισή του γίνεται μέσω δίαιτας και άσκησης. Εάν αυτό δε φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, τότε χορηγούνται δισκία ή ακόμα και ινσουλίνη^{41,42}.

- **Διαβήτης εγκυμοσύνης** (Gestational Diabetes Mellitus/GDM)

Ο ΣΔ εγκυμοσύνης προκαλείται εξαιτίας των πολύπλοκων ορμονικών και μεταβολικών αλλαγών που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και λόγω της αντίστασης στην ινσουλίνη. Κύριο χαρακτηριστικό αυτού του τύπου διαβήτη είναι το ότι οι γυναίκες, οι οποίες τον εμφανίζουν, πριν την εγκυμοσύνη δεν υπήρξαν διαβητικές. Παρά το γεγονός ότι μετά τον τοκετό, η αντίσταση στην ινσουλίνη μπορεί να υποχωρήσει, οι γυναίκες με διαβήτη εγκυμοσύνης έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν αργότερα μόνιμο διαβήτη⁴¹.

Επιδημιολογικά στοιχεία έχουν δείξει ότι ο διαβήτης τύπου II είναι πολύ συχνότερος από τον διαβήτη τύπου I, αφού αυτόν τον τύπο εμφανίζει περίπου το 90% των ατόμων που πάσχουν από διαβήτη⁴⁸, από τους οποίους το 80% είναι παχύσαρκοι⁴³. Επίσης, η παρουσία του μη ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη στα παιδιά, ενώ παλιά ήταν σπάνια, σήμερα έχει αυξηθεί, ενώ υπολογίζεται ότι σε κάποιες χώρες οι μισές από τις νέες περιπτώσεις ΣΔ σημειώνονται σε παιδιά και εφήβους⁴⁸. Εν προκειμένω στην Ελλάδα, το 2000, υπολογίστηκαν 853,000 άτομα που πάσχουν από διαβήτη, αριθμός που αναμένεται να πλησιάσει το 1,077,000, το έτος 2030⁴⁹.

Η θνησιμότητα από ΣΔ είναι επίσης αξιοσημείωτη, καθώς το 2005, περίπου 1,1 εκ. άνθρωποι πέθαναν από διαβήτη. Η συνολική θνησιμότητα, ωστόσο, είναι πολύ μεγαλύτερη, γιατί αν και πολλοί άνθρωποι είναι διαβητικοί, ως αιτίες θανάτου τους καταγράφονται οι καρδιακές ασθένειες ή η νεφρική ανεπάρκεια. Τέλος, είναι γεγονός ότι το 80% των θανάτων από διαβήτη σημειώνεται σε χώρες με χαμηλό ή μέσο εισόδημα, ενώ οι συνολικοί θάνατοι αναμένεται να αυξηθούν πάνω από 50% τα επόμενα 10 έτη⁴⁸.

Συμπτώματα

Συνήθη συμπτώματα του ΣΔ τύπου I αποτελούν η πολυδιψία, η πολυουρία, η πολυφαγία, η αναίτια απώλεια βάρους, η δυσκολία στην αναπνοή και στην όραση, καθώς και το αίσθημα εξάντλησης. Ασθενείς με ΣΔ τύπου II μπορεί να εμφανίσουν τα ίδια συμπτώματα, αλλά σε μικρότερο βαθμό, ενώ είναι πολλοί αυτοί που δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα, για τα πρώτα τουλάχιστον χρόνια^{42,50}.

1.6 Παχυσαρκία

Η θεώρηση της παχυσαρκίας ως μία νοσηρή κατάσταση ξεκινά πολλά χρόνια πριν. Πρώτος ο Ιπποκράτης έκρουσε τον κώδωνα του κινδύνου, λέγοντας πως: «Ο ξαφνικός θάνατος είναι περισσότερο συχνός σε αυτούς που είναι παχύσαρκοι, παρά στους ισχνούς»^{27,38}. Ο πατέρας της Ιατρικής, προσεγγίζοντας επίσης την ανορεξία, συμπέρανε ότι η ακραία διατροφική συμπεριφορά που οδηγεί στην ανορεξία, είναι εξίσου επικίνδυνη με αυτήν που οδηγεί στην παχυσαρκία³⁸.

Ως παχυσαρκία χαρακτηρίζεται η συσσώρευση λίπους στο σώμα του ανθρώπου, η οποία είναι περισσότερη από αυτήν που είναι αναγκαία για την αρμονική λειτουργία του. Η αυξημένη συσσώρευση λίπους είναι απόρροια του αυξημένου αριθμού λιποκυττάρων, της αυξημένης σε λίπος περιεκτικότητας των κυττάρων ή και των δύο ταυτόχρονα. Το λίπος του σώματος χωρίζεται στο βασικό και στο αποθηκευτικό. Βασικό είναι το λίπος του μυελού των οστών, των πνευμόνων, της καρδιάς, του ήπατος, του εντέρου, των μυών και των ιστών του κεντρικού νευρικού συστήματος, το οποίο είναι απαραίτητο για τις φυσιολογικές οργανικές λειτουργίες. Στις γυναίκες, το βασικό λίπος βρίσκεται επίσης στους μαστούς και στην πύελο. Αποθηκευτικό, αντίθετα, χαρακτηρίζεται το λίπος που αποθηκεύεται στον οργανισμό μετά την πρόσληψη επιπλέον ενέργειας, μέσω της τροφής^{41,51}.

Η επιστημονική κοινότητα, μέχρι σήμερα, δεν έχει καταλήξει σε έναν ενιαίο και ομόφωνο χαρακτηρισμό της παχυσαρκίας, καθώς κάποιοι τη χαρακτηρίζουν ως σύνδρομο, άλλοι ως

διαταραχή και λιγότεροι πλέον ως νόσο. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι η παχυσαρκία αποτελεί μία ετερογενή διαταραχή, καθώς συνδέεται με γενετικούς, περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς και άλλους παράγοντες, ενώ υπό μια ευρύτερη έννοια, αποτελεί διαταραχή της ενεργειακής ισορροπίας^{27,41}.

Η εκτίμηση της παχυσαρκίας βασίζεται κυρίως στη μέτρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή Body Mass Index (BMI), όπως είναι γνωστός διεθνώς, σύμφωνα με την οποία άτομα με $BMI \geq 30$ θεωρούνται παχύσαρκα⁵². Ο BMI προκύπτει από το πηλίκο του βάρους σε χιλιόγραμμα (kg) προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (m), δηλαδή $\Delta\text{Μ}\Sigma = B(\text{kg})/Y^2(\text{m})$. Η κατηγοριοποίηση του σωματικού βάρους ανάλογα με το BMI γίνεται όπως φαίνεται στον πίνακα 1.3^{52,53}.

BMI	Κατηγορία
< 18.5	Λιποβαρές
18.5-25	Φυσιολογικό
25-30	Υπέρβαρο
30-40	Παχυσαρκία
> 40	Κακοήθης παχυσαρκία

1.3 Κατηγοριοποίηση σωματικού βάρους σύμφωνα με το BMI.

Εντούτοις, ο BMI αντικατοπτρίζει τόσο τη λιπώδη, όσο και τη μυϊκή μάζα, ενώ συγχρόνως η ισχύουσα κατηγοριοποίησή του δεν διαφέρει για τα δύο φύλα. Επίσης, παρόλο που είναι χρήσιμος στην εκτίμηση της επίπτωσης της παχυσαρκίας σε έναν πληθυσμό, έχει αποδειχθεί ότι ένας BMI δεν αντιστοιχεί πάντα στον ίδιο βαθμό πάχους μεταξύ διαφόρων πληθυσμών. Τέλος, ένα ακόμα μειονέκτημά του είναι η αδυναμία παροχής πληροφοριών για την ευρεία κατανομή του λίπους στο σώμα^{52,54}.

Συμπληρωματικές πληροφορίες, ωστόσο, μπορούν να δοθούν και από άλλες γνωστές μετρήσεις, όπως η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης, καθώς και αυτή του λόγου μέσης/ισχίων (WHR, waist to hip ratio). Η περίμετρος μέσης υπολογίζεται στη μέση της απόστασης ανάμεσα στα κατώτερα πλευρά και τη λαγόνια ακρολοφία. Ο λόγος περιμέτρου μέσης προς την περίμετρο ισχίων είναι επίσης ένας χρήσιμος δείκτης κατανομής του λίπους. Στην περίπτωση που ο λόγος είναι μεγαλύτερος από 1 στους άνδρες και από 0.8 στις γυναίκες, τότε υποδεικνύεται κεντρική κατανομή του λίπους^{51,54}.

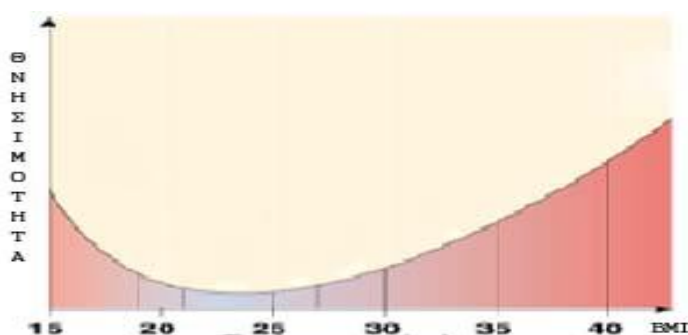
Με την πάροδο του χρόνου, η παχυσαρκία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα, αποτέλεσμα του δυτικού τρόπου ζωής, τόσο σε αναπτυγμένες, όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες. Συγκεκριμένα, στις ανεπτυγμένες χώρες, περισσότεροι από το 30% των κατοίκων είναι παχύσαρκοι⁵¹. Σύμφωνα με τα στοιχεία της NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey), την περίοδο 1999-2000, το 65% των ενηλίκων στις ΗΠΑ ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, ενώ τα έτη 1988-1994 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 56%⁵¹. Όσον αφορά στην Ελλάδα, η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, διεξήγαγε την πρώτη πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη, με σκοπό την ανεύρεση του επιπολασμού της παχυσαρκίας στην ελληνική επικράτεια. Η έρευνα που έγινε πρόσφατα σε 17.341 ενήλικες έδειξε ότι το 26% των ανδρών και το 18.2% των γυναικών

ήταν παχύσαρκοι, ενώ το 41.1% και το 29.9% αντιστοίχως ήταν υπέρβαροι. Συμπερασματικά, τα ποσοστά εμφάνισης παχυσαρκίας και σωματικού υπέρβαρου στη χώρα μας είναι υψηλά, ειδικά στους άνδρες, στους οποίους δεν μεταβάλλονται ιδιαίτερα μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Αντίθετα, στις γυναίκες τείνουν να αυξάνονται με την ηλικία⁵⁵. Η ίδια μελέτη πραγματοποιήθηκε και σε 18.045 παιδιά και εφήβους (8.552 αγόρια και 9.493 κορίτσια), ηλικίας από 2 έως 19 ετών. Στις ηλικίες 2-6 ετών, το 18.1% των αγοριών και το 16.3% των κοριτσιών ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Τα ποσοστά υπέρβαρων ή παχύσαρκων, στις ηλικίες 7-12 ετών, ήταν 22.7% και 18.3%, ενώ στις ηλικίες 13-19 ετών ήταν 29.6% και 16.1% αντίστοιχα⁵⁶.

Το γεγονός ότι η παιδική και η εφηβική παχυσαρκία αυξάνεται διαρκώς προβληματίζει την επιστημονική κοινότητα, δεδομένου ότι παχύσαρκα παιδιά συχνά εξελίσσονται σε παχύσαρκους ενήλικες. Συγκεκριμένα, το 15% των παχύσαρκων βρεφών, το 25% των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας έως 6 ετών, καθώς και το 80% των παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 10-14 ετών με έστω και έναν παχύσαρκο γονέα, εκτιμάται ότι θα γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες⁵¹. Γενικότερα, είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στην παιδική-εφηβική παχυσαρκία και σε αυτή των ενηλίκων, ενώ σε σχέση με συνομήλικες κανονικού βάρους, οι παχύσαρκοι ανήλικοι παρουσιάζουν κατά 2-6.5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή τους⁵⁷.

Σοβαρές και επιζήμιες μπορεί να αποδειχθούν οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας, τόσο στη ζωή των παιδιών, όσο και σε αυτή των ενηλίκων. Η παιδική παχυσαρκία συνήθως προκαλεί προβλήματα όπως το σύνδρομο των πολυκυστικών νεφρών, η πρώιμη ήβη ή η καθυστέρηση της ήβης και η εφηβική γυναικομαστία στα αγόρια, καθώς και η πρώιμη ήβη και η πρώιμη εμμηναρχή στα κορίτσια. Εξίσου σημαντικές είναι και οι επιπλοκές που παρουσιάζονται στους ενήλικες. Τέτοιες μπορεί να είναι η στεφανιαία νόσος, τα εγκεφαλικά επεισόδια, ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, η χολολιθίαση, η οστεοαρθρίτιδα, το σύνδρομο υπνικής άπνοιας, διάφορα είδη καρκίνου, προβλήματα στην κύηση, διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, η υπερτρίχωση και η κατάθλιψη^{44,58}.

Η παχυσαρκία, και ειδικότερα η κακοήθης, έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής, τόσο στη φυσική, όσο και στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, καθώς οι παχύσαρκοι έχουν συχνά μειωμένη αυτοεκτίμηση, λόγω του κοινωνικού ρατσισμού και της απομόνωσης^{51,52}. Εν κατακλείδι, η παχυσαρκία, όπως και ο υποσιτισμός, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης όχι μόνο ασθενειών, αλλά και πρόιμου θανάτου (πίνακας 1.4)^{52,57}.



1.4 Η σχέση μεταξύ Δείκτη Μάζας Σώματος και θνησιμότητας⁵⁷.

1.7 Υπέρταση

Η δύναμη που προωθεί το αίμα στους ιστούς του σώματος, μέσω των αρτηριών, και εξασφαλίζει τη συνεχή κυκλοφορία του λέγεται αρτηριακή πίεση, και αντιπροσωπεύει την πίεση που ασκεί το αίμα στα τοιχώματα των αρτηριών. Η αρτηριακή πίεση παίρνει δύο τιμές, τη μεγάλη και τη μικρή. Η μεγάλη τιμή αντανακλά την πίεση όταν η καρδιά συστέλλεται και στέλνει το αίμα στην αορτή και ονομάζεται συστολική ή μεγάλη πίεση. Αντίθετα, η μικρή τιμή αντιπροσωπεύει την πίεση όταν η καρδιά χαλαρώνει και διαστέλλεται, ανάμεσα σε δύο χτύπους, και ονομάζεται διαστολική ή μικρή πίεση^{1,59}. Η αρτηριακή πίεση καταγράφεται ως συστολική/διαστολική, λαμβάνοντας ως ιδανικές τις τιμές κάτω από 120/80 mmHg. Η ταξινόμηση των τιμών των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης φαίνεται στον παρακάτω πίνακα⁶⁰:

Κατηγορία	Συστολική		Διαστολική
Ιδανική	<120	και	<80
Φυσιολογική	120-129	ή/και	80-84
Υψηλή φυσιολογική	130-139	ή/και	85-89
Υπέρταση σταδίου 1	140-159	ή/και	90-99
Υπέρταση σταδίου 2	160-179	ή/και	100-109
Υπέρταση σταδίου 3	≥180	ή/και	≥110
Μεμονωμένη συστολική υπέρταση	≥140	και	<90

1.5 Ταξινόμηση τιμών των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης

Για να χαρακτηριστεί, ωστόσο, κάποιος υπερτασικός, θα πρέπει να έχει βρεθεί περισσότερο από τρεις φορές με αυξημένη πίεση, γιατί η αρτηριακή πίεση δεν είναι σταθερή, ούτε κατά τη διάρκεια της μέρας, ούτε από μέρα σε μέρα. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης μπορεί να γίνει, είτε με το σφυγμομανόμετρο ή με άλλο πιεσόμετρο, είτε με ένα μηχάνημα 24ωρης καταγραφής πίεσης (Holter)¹.

Η υπέρταση χαρακτηρίζεται συχνά ως «σιωπηλή νόσος», λόγω του ότι δεν εμφανίζει πόνο ή άλλα εμφανή συμπτώματα. Εν τούτοις, μία συστηματικά υψηλή πίεση μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπτώσεις και ανεπανόρθωτες βλάβες σε πολλά όργανα του ανθρώπου, τα οποία είναι σημαντικά για την αρμονική λειτουργία του οργανισμού. Τα όργανα που επηρεάζονται, καθώς και οι σχετιζόμενες με αυτά βλάβες είναι:

- Καρδιά: καρδιακή ανεπάρκεια, έμφραγμα μυοκαρδίου, στηθάγχη, αρρυθμίες
- Εγκέφαλος: εγκεφαλικά επεισόδια, αιμορραγία
- Νεφροί: νεφρική ανεπάρκεια
- Οφθαλμοί: αιμορραγίες, τύφλωση
- Αορτή: ανευρύσματα
- Περιφερικές αρτηρίες: αρτηριοσκλήρυνση, ανευρύσματα.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι πέρα από τις παραπάνω βλάβες μπορεί να παρουσιαστούν και οι λεγόμενες υπερτασικές κρίσεις, οι οποίες είναι αιφνίδιες αυξήσεις της πίεσης σε πολύ υψηλά επίπεδα, με μοιραία πολλές φορές κατάληξη^{61,62}.

Τέλος, είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι η υπέρταση εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες από ότι στο γυναικείο φύλο. Σύμφωνα με στοιχεία της ATTICA Study, το 2002 στην Ελλάδα, περίπου το 36.7% των ανδρών έπασχε από υπέρταση, ενώ στις γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 23.7%⁶³.

1.8 Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση είναι η συχνότερη πάθηση των οστών και χαρακτηρίζεται από την μείωση της οστικής μάζας, με αποτέλεσμα την ελάττωση της αντοχής των οστών και τον αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων. Η οστική μάζα αυξάνεται σημαντικά κατά την εφηβεία και φτάνει στη μέγιστη τιμή της στις ηλικίες των 20-30 ετών. Η μέγιστη οστική μάζα είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί όσο υψηλότερη είναι η μέγιστη τιμή της, τόσο λιγότερες είναι οι πιθανότητες εμφάνισης οστεοπόρωσης. Η οστική μάζα παραμένει σταθερή στις ηλικίες 30 με 45, ενώ πέρα από αυτές αρχίζει να φθίνει.

Το γυναικείο φύλο έχει πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσει την πάθηση, καθώς οι γυναίκες έχουν μέγιστη οστική μάζα και σωματική δραστηριότητα μικρότερη από τους άνδρες, ενώ ταυτόχρονα ο ρυθμός απώλειας της σκελετικής μάζας είναι αυξημένος μετά την εμμηνόπαυση^{1,57}. Οι πιο συχνές μορφές οστεοπόρωσης είναι η μετεμμηνοπαυσιακή και αυτή των ηλικιωμένων⁶⁴.

Η οστεοπόρωση δεν αποτελεί μόνο μία ασθένεια που προκαλεί παραμορφώσεις και έντονους πόνους, αλλά καθώς εξελίσσεται, ευνοεί την πρόκληση καταγμάτων, κυρίως στη σπονδυλική στήλη, στα ισχία και στον καρπό. Τα κατάγματα αυτά μπορούν να αποβούν μοιραία, καθώς μέσα στον πρώτο χρόνο μετά από το κάταγμα περίπου το 20% των ασθενών με κάταγμα του ισχίου και το 25% των ασθενών με κάταγμα σπονδύλων πεθαίνουν^{1,57,64}.

Το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών πραγματοποίησε, το 2000, επιδημιολογική μελέτη, σε ενήλικες της ελληνικής επικράτειας. Σύμφωνα με αυτήν, το 28.4% των Ελληνίδων, 50 ετών και άνω, παρουσιάζουν οστεοπόρωση, ενώ από αυτές, περίπου το 75% δεν το γνωρίζουν⁶⁴.

1.9 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές και μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά κυρίως στους μεσήλικες και ιδιαίτερα στις γυναίκες. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, η κατάθλιψη εμφανίζεται με αύξοντα ρυθμό στην εφηβική και στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Συγκεκριμένα στην Ευρώπη, σύμφωνα με έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που δημοσιεύθηκε το 2003, το 8% των κοριτσιών και το 2% των αγοριών, ηλικίας 16 ετών, πληρούσαν τα κριτήρια σοβαρής κατάθλιψης, ενώ συγχρόνως το 14% των κοριτσιών και το 5% των αγοριών παρουσίαζαν μέτρια κατάθλιψη. Η ίδια μελέτη

έδειξε ότι 33.4 εκ. Ευρωπαίοι πάσχουν από σοβαρής μορφής κατάθλιψη, από τους οποίους σχεδόν το 47% δεν είχε θεραπευτεί⁶⁵.

Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη παρουσιάζουν συμπτώματα, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, θλίψη, απελπισία, απογοήτευση, ευσυγκινησία, ευερεθιστότητα, αίσθημα ενοχής, προβλήματα συγκέντρωσης, μειωμένη πνευματική ικανότητα, καθώς και απώλεια διάθεσης για φυσικές δραστηριότητες. Ταυτόχρονα μπορεί να εμφανιστούν άγχος, διαταραχές στον ύπνο και στην όρεξη, αναποφασιστικότητα και μειωμένη ικανότητα διατήρησης σταθερών σχέσεων. Κατάθλιψη σημαντικής βαρύτητας συχνά οδηγεί σε τάσεις αυτοτραυματισμού ή ακόμα και αυτοκτονίας^{1,7}.

Είναι φανερό πως η κατάθλιψη επηρεάζει τη ζωή των ανθρώπων, τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Ο τρόπος ζωής των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη αλλάζει σημαντικά, καθώς πολλοί από αυτούς φαίνεται να υιοθετούν ανθυγιεινές συνήθειες, όπως αυξημένο κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ, ανθυγιεινή διατροφή και μειωμένη φυσική άσκηση. Οι συμπεριφορές αυτές σε συνδυασμό με τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω οδηγούν συχνά στην απομόνωση και στον κοινωνικό στιγματισμό⁷.

Αν και τα αίτια της ψυχικής αυτής διαταραχής δεν έχουν διασαφηνιστεί, φαίνεται πως πρόκειται για ένα συνονθύλευμα προσωπικών βιωμάτων, καθώς και γενετικών και νευροβιολογικών παραγόντων. Εντούτοις, η βάση της διαταραχής έγκειται στους νευροδιαβιβαστές, σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη, των οποίων η μείωση οδηγεί στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης¹.

1.10 Δυσλιπιδαιμία

Ως δυσλιπιδαιμία χαρακτηρίζεται η γενικότερη διαταραχή της μεταβολικής ισορροπίας των λιπιδίων, χωρίς να φανερώνει μόνο υψηλές τιμές αυτών, γι' αυτό και έχει αντικαταστήσει παλαιότερους όρους, όπως τους «υπερχοληστεριναιμία» και «υπερλιπιδαιμία». Πιο συγκεκριμένα, με τον όρο αυτό δηλώνεται η κατάσταση, κατά την οποία παρουσιάζονται διαταραχές στα επίπεδα της χοληστερίνης, των τριγλυκεριδίων και της HDL⁶⁶.

Η χοληστερίνη δεν μπορεί να διαλυθεί στο αίμα, γι' αυτό και μεταφέρεται από και προς τα κύτταρα μέσω των λιποπρωτεϊνών, οι οποίες είναι η υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (HDL) και η χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (LDL). Η HDL είναι γνωστή ως «καλή» χοληστερίνη, γιατί υψηλά επίπεδά της στο αίμα φαίνεται πως προστατεύουν από καρδιακά επεισόδια. Το κατώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την HDL είναι τα 40 mg/dl. Αντίθετα, η LDL είναι γνωστή ως «κακή» χοληστερίνη, γιατί κυκλοφορεί στο αίμα και σταδιακά δημιουργεί την αθηρωματική πλάκα. Η τιμή της LDL θα πρέπει να είναι κατώτερη των 100 mg/dl. Μέρος της χοληστερίνης αποτελούν και τα τριγλυκερίδια, τα οποία είναι οργανικές χημικές ενώσεις, και το μόριό τους αποτελείται από ένα μόριο γλυκερόλης, ενωμένο με τρία μόρια ανώτερων λιπαρών οξέων. Τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων στο αίμα πρέπει, υπό φυσιολογικές συνθήκες, να είναι κάτω από 150 mg/dl. Οι δυσλιπιδαιμίες διακρίνονται σε πρωτοπαθείς, όταν είναι αποκλειστικά γονιδιακής αιτιολογίας, και σε δευτεροπαθείς, όταν σχετίζεται με άλλες παθολογικές καταστάσεις ή με κακή διατροφή^{41,66,67}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο :

ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 Γενικά

Συνιστά γεγονός αναμφισβήτητο ότι πολλά χρόνια νοσήματα προκαλούνται ή «τρέφονται» από τον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Το γεγονός αυτό δείχνει το πόσο σημαντική είναι η διαμόρφωση καλών συνθηκών διαβίωσης, από τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά, αλλά και σε συνολικό επίπεδο. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, σημαντικές αλλαγές, όπως η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και της βιομηχανίας, η αστικοποίηση, η παρέμβαση της γενετικής στα τρόφιμα και οι τεράστιες κλιματικές αλλαγές, έχουν στιγματίσει το βιοτικό επίπεδο, καθώς και το προσδόκιμο επιβίωσης. Η σχέση ανάμεσα στα διάφορα πρότυπα τρόπου ζωής και στην υγεία ενός ατόμου είχε επισημανθεί από τα χρόνια του Ιπποκράτη. Εν ολίγοις, ο τρόπος διαβίωσης αποτελεί καταλυτικό παράγοντα στην υγεία, τόσο ενός ατόμου, όσο και ενός ολόκληρου πληθυσμού^{5,68}.

2.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας

Η υγεία ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού επηρεάζεται από τον συνδυασμό πολλών παραγόντων, όπως οι συνθήκες ζωής και το περιβάλλον. Γενικά, ως παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία μπορεί κανείς να θεωρήσει τον τόπο διαβίωσης, την κατάσταση του περιβάλλοντος, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και τα γενετικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Πολλές φορές, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει και η δυνατότητα, ή μη, πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας⁶⁹. Όταν οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την εμφάνιση ή με την εξέλιξη μιας νόσου, χαρακτηρίζονται ως παράγοντες κινδύνου. Δηλαδή, ένας παράγοντας κινδύνου μπορεί να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα μιας νόσου ή να συνδέεται πλασματικά με αυτήν, χωρίς να αποτελεί ο ίδιος αιτία εμφάνισής της. Οι παράγοντες κινδύνου είναι μετρήσιμα μεγέθη και έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα σημαντικοί, καθώς βοηθούν τόσο στην εκτίμηση του βαθμού του κινδύνου που διατρέχει ένα άτομο για την εμφάνιση ενός νοσήματος, όσο και στη θεραπευτική παρέμβαση⁷.

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας, οι οποίοι θα αναλυθούν εκτενέστερα παρακάτω, περιλαμβάνουν:

- ✓ το φυσικό περιβάλλον,
- ✓ το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον,
- ✓ τα γενετικά και ατομικά χαρακτηριστικά ενός ανθρώπου,
- ✓ τον τρόπο ζωής και τη συμπεριφορά του.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί πως από τους παραπάνω παράγοντες, κάποιοι είναι τροποποιήσιμοι, ενώ κάποιοι άλλοι όχι. Για τον λόγο αυτόν, είναι προφανές ότι ένα άτομο δεν είναι πάντα σε θέση να καθορίσει την υγεία του⁶⁹.

2.2.1 Φυσικό περιβάλλον

Στις μέρες μας, το περιβάλλον και η οικολογική ισορροπία έχουν διαταραχθεί αρκετά, λόγω της αλόγιστης επέμβασης του ανθρώπου στη φύση, με κύριο σκοπό το κέρδος. Σε αυτή τη δυσμενή, για τον πλανήτη, εξέλιξη έχει συμβάλει αρνητικά η τεχνολογική ανάπτυξη και η αστικοποίηση, προκαλώντας αρνητικές μεταβολές στο φυσικό περιβάλλον. Στις αλλοιώσεις αυτές περιλαμβάνονται η μόλυνση και η ρύπανση της ατμόσφαιρας, του εδάφους και του νερού, καθώς και η ηχορρύπανση.

Μεγάλες διαστάσεις έχουν λάβει, στην εποχή μας, το φαινόμενο του θερμοκηπίου, η τρύπα του όζοντος και το νέφος, λόγω της υψηλής συγκέντρωσης αέριων ρύπων στην ατμόσφαιρα. Συγκεκριμένα, το φαινόμενο του θερμοκηπίου είναι υπεύθυνο για τις ραγδαίες κλιματικές αλλαγές και για τη μείωση των αποθεμάτων του νερού. Επίσης, η τρύπα του όζοντος επιτρέπει στις βλαβερές υπεριώδεις ακτίνες του ηλίου να φτάσουν στη γη, με αποτέλεσμα την αύξηση της εμφάνισης προβλημάτων υγείας, όπως ο καρκίνος του δέρματος και άλλες δερματικές παθήσεις. Το νέφος, όντας μείγμα βλαβερών χημικών ουσιών, μπορεί να προκαλέσει από απλές ενοχλήσεις στα μάτια και στο λαιμό, μέχρι αναπνευστικά προβλήματα. Επιπροσθέτως, η ηχορρύπανση, η οποία εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένη στις αστικές περιοχές, ενδέχεται να δημιουργήσει προβλήματα στην ακοή, νευρικότητα και άγχος.

Σημαντική επίδραση στην υγεία του ανθρώπου έχει η ρύπανση των νερών και του εδάφους. Το νερό, το οποίο αποτελεί βασικό στοιχείο της ζωής πάνω στον πλανήτη, σε περίπτωση ρύπανσής του, μπορεί να γίνει φορέας ασθενειών, κυρίως του γαστρεντερικού συστήματος. Η συνηθέστερη πηγή ρύπανσης των νερών, όπως επίσης και του εδάφους, είναι τα χημικά και τοξικά απόβλητα. Στο έδαφος τα τοξικά απόβλητα, καθώς και η ραδιενεργός ρύπανση, έχουν ως αποτέλεσμα τη μόλυνση της τροφής.

Η τεχνολογική εξέλιξη συνέβαλε στην εμφάνιση επαγγελμάτων σε χώρους επεξεργασίας βλαβερών υλικών και σε εργοστάσια βαριάς βιομηχανίας. Η εργασία στους χώρους αυτούς, καθώς και η διαμονή πλησίον τους, συχνά οδηγεί σε κακοήγη νεοπλάσματα και σε ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος^{1,5,70}.

Τέλος, είναι γεγονός ότι η αστικοποίηση έχει αλλάξει δραματικά τον τρόπο ζωής του ανθρώπου, καθώς η ύπαρξη πολλών βιομηχανιών και ανεπαρκών συστημάτων αποχέτευσης καθιστά ανθυγιεινές τις συνθήκες ζωής στις πόλεις. Μάλιστα, σύμφωνα με έρευνα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, το 2008, το ποσοστό του αστικού πληθυσμού αγγίζει το 50%⁷¹.

2.2.2 Κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον

Μεγάλος αριθμός μελετών, μεταξύ αυτών η CARDIO2000 και η ATTICA Study, έχει δείξει ότι υπάρχει μία αντίστροφη σχέση ανάμεσα στο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και στο επίπεδο υγείας, καθώς άτομα με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο εμφανίζουν συχνότερα καρδιαγγειακές παθήσεις. Επίσης, τα άτομα αυτά φαίνεται να σχετίζονται με πολλούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων, καθώς και να υιοθετούν μια συμπεριφορά «υψηλού κινδύνου», όπως χαρακτηρίζεται, λόγω της συχνά

υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και άλλων ουσιών. Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο προσδιορίζεται ικανοποιητικά από το επάγγελμα, τη μόρφωση και το ετήσιο εισόδημα, καθώς και από την περιοχή κατοικίας, όσον αφορά σε αναπτυσσόμενες χώρες.

Συγκεκριμένα, η επαγγελματική ανασφάλεια είναι συχνά υπεύθυνη για την εμφάνιση άγχους και ψυχολογικών παραγόντων, που μπορεί να προκαλέσουν από καρδιαγγειακά προβλήματα μέχρι και κατάθλιψη. Από την άλλη πλευρά, ακόμα κι αν δεν υπάρχει πρόβλημα ανεργίας, οι ίδιες οι συνθήκες εργασίας μπορεί να αποτελούν αίτια εμφάνισης προβλημάτων υγείας.

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο, έρευνες που έχουν γίνει στην Αγγλία, στη Γαλλία και στις Η.Π.Α., έχουν δείξει πως τα μορφωμένα άτομα έχουν περισσότερες πιθανότητες να υιοθετήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής και διατροφής, καθώς ακολουθούν περισσότερο τις διαιτητικές συστάσεις. Λόγω του γεγονότος αυτού, παρουσιάζεται αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ του επιπέδου μόρφωσης και του βάρους σώματος. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι η μόρφωση, και κατά συνέπεια η ικανότητα λήψης αποφάσεων, αποτελεί ένα αξιόπιστο μέγεθος μέτρησης κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, ειδικά όταν εξετάζονται θέματα σχετικά με την υγεία των ατόμων. Αυτό συμβαίνει γιατί έχει πλεονεκτήματα, όπως το ότι είναι μέγεθος εύκολα μετρήσιμο, σταθερό από τη νεαρή ενήλικη ζωή και μένει ανεπηρέαστο από χρόνιες ασθένειες που μπορούν να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Στη χώρα μας, η CARDIO2000 ανέδειξε τη θετική σχέση ανάμεσα στο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και στον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και ειδικότερα οξέος στεφανιαίου συνδρόμου.

Τέλος, το ετήσιο εισόδημα επηρεάζει το επίπεδο ευημερίας και πολλές φορές και την ίδια την υγεία. Ειδικότερα, έχει αποδειχθεί ότι, στις αναπτυσσόμενες χώρες, όσο αυξάνεται το εισόδημα, τόσο αυξάνεται η πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών και πρωτεϊνών, ενώ το υπερβολικό βάρος θεωρείται ακόμα ένδειξη ευημερίας. Αντίθετα, στις αναπτυγμένες χώρες, το εισόδημα έχει μικρή επίδραση σε άτομα υψηλού εισοδήματος και μεγαλύτερη σε άτομα χαμηλού εισοδήματος. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι οι πτωχότερες οικονομικά ομάδες έχουν πιο δύσκολη πρόσβαση σε τρόφιμα υψηλής ποιότητας με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου διατροφής^{7,54}.

2.2.3 Γενετικά και ατομικά χαρακτηριστικά

Οικογενειακό ιστορικό

Τα γενετικά χαρακτηριστικά, ως προσδιοριστικός παράγοντας υγείας, αφορούν στα γονίδια που συχνά σχετίζονται με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων μέσω της κληρονομικότητας. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η κληρονομικότητα συμβάλλει στο να παρουσιάσει κάποιο άτομο παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη, στεφανιαία νόσο, υπέρταση και άλλες παθήσεις^{16,41}.

Συγκεκριμένα, αν στο οικογενειακό ιατρικό ιστορικό ενός ατόμου υπάρχει περίπτωση στεφανιαίας νόσου, τότε η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου τριπλασιάζεται⁷. Επιπρόσθετα, είναι αποδεδειγμένο ότι το σωματικό βάρος ενός παιδιού σχετίζεται άμεσα με αυτό των γονέων, και ειδικότερα στους διδύμους, η κληρονομική αυτή συσχέτιση αγγίζει το 70% των

περιπτώσεων^{41,54}. Στην περίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη, οι πρώτου βαθμού συγγενείς διαβητικού ατόμου έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό⁷¹. Εν ολίγοις, η κληρονομικότητα πιθανότατα επηρεάζει την ευαισθησία ενός ατόμου, καθώς και τη δυνατότητα προσαρμογής του στις επιδράσεις του περιβάλλοντος⁴¹.

Το φύλο και η ηλικία, όπως και η κληρονομικότητα που προαναφέρθηκε, αποτελούν ατομικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου, τα οποία επηρεάζουν τις πιθανότητες εκδήλωσης κάποιου εκφυλιστικού νοσήματος και δεν είναι τροποποιήσιμα⁷².

Φύλο

Η συχνότητα και ο κίνδυνος εμφάνισης κάποιας χρόνιας ασθένειας επηρεάζεται συχνά και από το φύλο. Για παράδειγμα, το ανδρικό φύλο φαίνεται να είναι πιο επιρρεπές στα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ το γυναικείο στο σακχαρώδη διαβήτη. Επιπλέον, το κάπνισμα δείχνει να έχει περισσότερο επιβαρυντικές συνέπειες στους άνδρες, ενώ οι γυναίκες, οι οποίες συνήθως γυμνάζονται λιγότερο, κινδυνεύουν περισσότερο, λόγω της παρουσίας της υπέρτασης^{5,7}.

Σύμφωνα με τη μελέτη MONICA του Π.Ο.Υ., το φύλο επιδρά διαφορετικά σε παράγοντες κινδύνου, όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η υψηλή ολική χοληστερόλη και η χαμηλή HDL. Οι άνδρες, συγκριτικά με τις γυναίκες, έχουν υψηλότερη αρτηριακή πίεση και μεγαλύτερη συχνότητα αρτηριακής υπέρτασης, ενώ ταυτόχρονα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν στεφανιαία νόσο, όταν υπάρχει αντίστοιχο οικογενειακό ιστορικό⁷. Είναι επίσης γνωστό πως, αν εξαιρεθούν τα νοσήματα που αφορούν μόνο στο ένα φύλο, όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες και ο καρκίνος του προστάτη στους άντρες, σε νοσήματα κοινά και για τα δύο φύλα, όπως η πολυαρθρίτιδα, οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Ωστόσο, η πανελλαδική έρευνα Hellas Health I που πραγματοποιήθηκε το 2006 από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, έδειξε ότι η καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζεται εξίσου συχνά και στα δύο φύλα, με ποσοστό 3,1%⁷³.

Σχετικά με τον επιπολασμό του AIDS στα δύο φύλα, στατιστικά δεδομένα της ασθένειας που αφορούν στην Αμερική τα έτη 1981-1999, δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ασθενών είναι ομοφυλόφιλοι άνδρες, με ποσοστό 48%²⁹.

Τέλος, παρά το γεγονός ότι οι άνδρες παρουσιάζουν συνήθως μεγαλύτερα ποσοστά υπερβάλλοντος βάρους, το γυναικείο φύλο υπερτερεί σε ποσοστά παχυσαρκίας⁵⁴. Συμπερασματικά, μεταξύ ανδρών και γυναικών υπάρχουν μεγάλες διαφορές όσον αφορά στην επιδημιολογία, την πρόληψη, τη διάγνωση και τις κλινικές εκδηλώσεις των χρόνιων νοσημάτων.

Ηλικία

Είναι φανερό πως, με την πάροδο της ηλικίας, ο κίνδυνος εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων αυξάνεται σημαντικά. Συγκεκριμένα, η μελέτη CARDIO2000 έδειξε ότι η επικρατούσα δεκαετής ηλικιακή κατηγορία για τους άνδρες με στεφανιαία νόσο ήταν τα 55 με 65 έτη και για τις γυναίκες τα 60 με 70 έτη. Επιπλέον, η μελέτη του Framingham αναδεικνύει την ηλικία

ως έναν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου, καθώς το αθηρωματικό φορτίο σε έναν άνθρωπο αυξάνεται με την πάροδο των χρόνων, ανεξάρτητα από την επιρροή άλλων παραγόντων⁷.

Το βάρος του σώματος αυξάνεται επίσης με την πάροδο των χρόνων, καθώς πέραν των 30 ετών, ο μέσος Δείκτης Μάζας Σώματος φαίνεται να ανεβαίνει 2 με 4 μονάδες ανά έτος⁵². Η αύξηση αυτή του σωματικού βάρους γίνεται ιδιαίτερα αισθητή στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, λόγω του ότι η απώλεια της εμμήνου ρύσεως επηρεάζει την πρόσληψη τροφής και μειώνει το μεταβολικό ρυθμό⁵⁴. Αξίζει εδώ να τονιστεί πως την περίοδο αυτή αυξάνεται και ο κίνδυνος καρδιαγγειακών νοσημάτων στις γυναίκες, εξαιτίας της μείωσης των οιστρογόνων, τα οποία έχουν προστατευτικό ρόλο⁵.

Τέλος, η ηλικία έχει καθοριστική σημασία στην περίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη και κυρίως στη διάκριση των δύο τύπων του. Ειδικότερα, ο διαβήτης τύπου Ι προσβάλλει συνηθέστερα άτομα που βρίσκονται στην παιδική ηλικία, ενώ ο διαβήτης τύπου ΙΙ απαντάται συχνότερα μετά την ηλικία των 40 ετών. Για τον λόγο αυτό, οι προηγούμενες ορολογίες των δύο τύπων ήταν «νεανικός διαβήτης» και «διαβήτης ενηλίκων» αντίστοιχα⁴¹.

2.2.4 Τρόπος ζωής

Ο όρος «τρόπος ζωής» χρησιμοποιείται για να εκφράσει τις κοινωνικοοικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες, οι οποίες, σε συνδυασμό με τις προσωπικές επιλογές του καθενός, διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του, και κατ' επέκταση την υγεία του⁶⁸. Οι παράγοντες κινδύνου που περιλαμβάνει ο τρόπος ζωής και μπορούν να τροποποιηθούν είναι η κακή διατροφή, η υπερκατανάλωση αλκοόλ, η καθιστική ζωή σε συνδυασμό με την έλλειψη φυσικής άσκησης, τα ψυχολογικά προβλήματα, το κάπνισμα και η χρήση άλλων ουσιών⁷⁴.

Διατροφή

Οι τροφές που καταναλώνει κάθε άνθρωπος έχουν καθοριστικό ρόλο, τόσο στη φυσική και πνευματική του κατάσταση, όσο και στην κατάσταση της υγείας του. Η επιλογή των τροφίμων και γενικότερα οι διαιτητικές συνήθειες εξαρτώνται από ποικίλους παράγοντες, όπως είναι οι βιολογικοί, οι κοινωνικο-ψυχολογικοί, οι κοινωνικο-οικονομικοί και οι κοινωνικο-πολιτισμικοί.

Οι βιολογικοί παράγοντες σχετίζονται με τους γενετικούς, οι οποίοι επηρεάζουν την επιλογή τροφής, καθώς έρευνες έχουν δείξει ότι τα ανθρώπινα γονίδια καθορίζουν την προτίμηση στο γλυκό ή την επιθυμία για αλάτι. Οι κοινωνικο-ψυχολογικοί παράγοντες αφορούν στην κοινωνική θέση, στα κοινωνικά πρότυπα, στην επικοινωνία, στα συναισθήματα και στην κοινωνική καταξίωση. Στον ψυχολογικό τομέα, η αυτό-αποτελεσματικότητα αποτελεί κυρίαρχο χαρακτηριστικό που επηρεάζει τη διαιτητική συμπεριφορά και συνίσταται στο βαθμό ετοιμότητας που πιστεύει πως έχει ένας άνθρωπος, ώστε να επιτύχει μια αλλαγή. Στα πλαίσια του θέματος αυτού, μια πανευρωπαϊκή έρευνα έδειξε ότι το 70% των Ευρωπαίων δε θα άλλαζε τη δίαιτά του, γιατί πιστεύει ότι είναι αρκούντως υγιεινή. Επιπρόσθετα, οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες παίζουν μεγάλο ρόλο στη διατροφή του ανθρώπου, καθώς σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα των τροφίμων. Η

πρόσβαση σε διάφορα τρόφιμα, εκτός από το κλίμα και τη γεωμορφολογία ενός τόπου, εξαρτάται και από τη βιομηχανία, την πολιτική και την οικονομία του κράτους, αλλά και από την οικονομική κατάσταση του ίδιου του ατόμου. Τέλος, οι πολιτισμικοί παράγοντες, όπως τα ήθη και τα έθιμα ενός λαού, η τοπική κουζίνα, η ιδεολογία και η θρησκεία ενός ατόμου, αποδεικνύονται καθοριστικοί στη διαμόρφωση ενός διατροφικού προτύπου^{57,68}.

Η διατροφική κατάσταση ενός ανθρώπου επιδρά στην αποδοτικότητά του, στην ανάπτυξή του, στην ευεξία του και στην αντίστασή του σε διάφορες ασθένειες⁷⁵. Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο, πως η υγιεινή διατροφή δύναται να παίζει προληπτικό ή και αποσβεστικό ρόλο στα χρόνια νοσήματα. Τα τελευταία χρόνια, πολλές προσπάθειες έχουν γίνει από την επιστημονική κοινότητα, με σκοπό την εύρεση των τροφίμων αυτών που ενισχύουν και θωρακίζουν την καλή υγεία ενός ατόμου. Πλέον, μπορεί κανείς να ισχυριστεί, ότι στη φαρέτρα των επιστημόνων έχουν προστεθεί πολύτιμα όπλα κατά των νοσημάτων φθοράς, τα οποία σχετίζονται με τα θρεπτικά συστατικά κάποιων τροφίμων.

Συγκεκριμένα, μελέτες έχουν αποδείξει πως συστατικά, όπως τα ω-3 και ω-6 λιπαρά οξέα, οι βιταμίνες E, C, β-καροτίνη και φυλλικό οξύ - ως αντιοξειδωτικές ουσίες, δρουν προστατευτικά υπέρ του ανθρώπινου οργανισμού^{72,76}. Άλλωστε, η αντίστροφη σχέση ανάμεσα στα επίπεδα βιταμίνης C στο πλάσμα και στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά έχει παρουσιαστεί σε πολλές έρευνες⁷². Επίσης, προστασία στην υγεία του ανθρώπου προσφέρουν πολλά είδη τροφίμων, μεταξύ των οποίων τα φρούτα και τα λαχανικά που περιέχουν αντιοξειδωτικές βιταμίνες, ασβέστιο και ίνες, οι οποίες το 1970 θεωρούνταν ως ο βασικός παράγοντας πρόληψης του καρκίνου⁷⁶. Ειδικότερα, τα πορτοκάλια, οι φράουλες, τα ροδάκινα, οι τομάτες, τα λεμόνια και τα μπρόκολα αποτελούν διατροφικές «ασφαλιστικές δικλίδες» ενάντια είτε στις καρδιαγγειακές, είτε στις νεοπλασματικές ασθένειες⁷⁷. Όσον αφορά στις παθήσεις της καρδιάς και των αγγείων, η παρουσία του σκόρδου στην καθημερινή διατροφή δύναται να έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Το σκόρδο, κατά την αρχαιότητα, θεωρείτο ότι βοηθούσε στην καλή κυκλοφορία του αίματος και στην υγεία της καρδιάς⁷⁸. Στις μέρες μας, οι επιστήμονες θεωρούν ότι η πρόσληψη σκόρδου παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα στη συγκέντρωση χοληστερόλης ορού, LDL, HDL χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων, ενώ εμφανίζει και αντικαρκινικές ιδιότητες^{72,77,79}.

Όπως προαναφέρθηκε, ο τρόπος διατροφής συνιστά παράγοντα καθοριστικό για την υγεία. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται σε πολλές πρόσφατες μελέτες, όπως η μελέτη των Επτά Χωρών, η Lyon Diet Heart Study και η CARDIO2000. Σύμφωνα με την τελευταία, άτομα που τηρούσαν δίαιτα μεσογειακού τύπου παρουσίαζαν χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης υπέρτασης και υπερχοληστερολαιμίας, χαμηλότερα επίπεδα γλυκόζης ορού, καθώς και χαμηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος. Επίσης, η μεσογειακή διατροφή έχει συνδεθεί με τη μείωση της καρδιακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, και ειδικότερα με τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης οξέως στεφανιαίου επεισοδίου, ανεξάρτητα από την ύπαρξη άλλων παραγόντων στεφανιαίου κινδύνου. Ευεργετικά φαίνεται να είναι ορισμένα στοιχεία της μεσογειακής διατροφής ελληνικού τύπου, όπως η χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λίπη και η υψηλή περιεκτικότητα σε μονοακόρεστα λίπη και σε σύνθετους υδατάνθρακες. Όπως είναι γνωστό, το ελαιόλαδο αποτελεί κυρίαρχο στοιχείο της ελληνικού τύπου διατροφής, καθώς παρέχει μεγάλο αριθμό θερμίδων. Το ελαιόλαδο είναι ένα προϊόν μεγάλης διατροφικής

αξίας, το οποίο περιέχει βιταμίνη E, ενώ συγχρόνως είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λίπη και δεν περιέχει χοληστερίνη, με αποτέλεσμα να συμβάλει στην αναζωογόνηση των κυττάρων και στην προσφορά ενέργειας στον ανθρώπινο οργανισμό^{1,76}. Επιπρόσθετα, τα φρούτα, τα λαχανικά και τα όσπρια, βασικά στοιχεία του μεσογειακού τύπου δίαιτας, προσφέρουν ίνες και σύνθετους υδατάνθρακες, συστατικά τα οποία μπορούν να μειώσουν τη χοληστερίνη και την αρτηριακή πίεση. Σταχυολογώντας τις παραπάνω έρευνες, μπορεί κανείς να αναγνωρίσει την ευεργετική δράση της μεσογειακής διατροφής, όσον αφορά στις καρδιαγγειακές ασθένειες, σε μεταβολικές διαταραχές και σε κάποιους τύπους καρκίνου⁷.

Ενώ μια σωστή διατροφή ενισχύει τη σωματική και πνευματική υγεία, μια ελλιπής ή ακατάλληλη διατροφή συμβάλλει αρνητικά στην κατάσταση του ανθρώπινου οργανισμού, καθώς μπορεί να προκαλέσει αίσθημα κόπωσης και να οδηγήσει σε νοσηρές καταστάσεις⁷. Η ποιότητα της διατροφής παρουσιάζεται υποβαθμισμένη τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα μάλιστα στις ανεπτυγμένες χώρες, γεγονός που εξηγεί την αύξηση της καρδιακής νοσηρότητας και της παχυσαρκίας σε όλο και μικρότερες ηλικίες^{1,68}.

Κύρια πηγή ανησυχίας, όσον αφορά στην υποβάθμιση της ποιότητας των διαιτητικών συνηθειών, αποτελεί η επιλογή των τροφίμων προς κατανάλωση. Στις μέρες μας, οι άνθρωποι επιλέγουν να προσλαμβάνουν μεγάλη ποσότητα πλούσιων ενεργειακά τροφών, ιδιαίτερα λιπαρών και πτωχών σε φυτικές ίνες. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τα προβλήματα που προκαλούνται από τα γενετικώς τροποποιημένα τρόφιμα, καθιστά την ποιότητα των τροφών σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την υγεία^{54,57}. Συγχρόνως, σχετικά πρόσφατα περιστατικά, όπως η ασθένεια των «τρελών αγελάδων» και η ύπαρξη διοξινών σε κοτόπουλα έχουν ανησυχήσει το καταναλωτικό κοινό, καθώς εγκυμονούν πιθανούς κινδύνους για την υγεία. Από την άλλη πλευρά, η ανησυχία αυτή έχει κατευθύνει κάποιους ανθρώπους προς φυσικής προέλευσης προϊόντα και προς έναν πιο υγιεινό τρόπο διατροφής^{1,57}.

Σε γενικές γραμμές, όμως, η πλειονότητα των ανθρώπων, σήμερα, τείνουν να μειώσουν την προσλαμβανόμενη ποσότητα φρούτων, λαχανικών, γάλακτος και οσπρίων, ενώ παράλληλα έχουν αυξήσει την κατανάλωση κόκκινου κρέατος, «γρήγορου φαγητού», άλατος, ζάχαρης και ανθρακούχων ποτών^{57,68}. Η ανθυγιεινή διατροφή μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα υγείας, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπέρταση, η οστεοπόρωση και ο καρκίνος. Είναι γεγονός πως η δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λίπη και χοληστερόλη, και ταυτόχρονα χαμηλής περιεκτικότητας σε πολυακόρεστα λίπη, οδηγεί στην αύξηση της χοληστερόλης ορού, στη δημιουργία αθηρωματικών πλακών στα αγγεία και στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης^{8,80}. Σχετικά με τον επιπολασμό του καρκίνου, ύποπτα είδη διατροφής θεωρούνται τα καπνιστά, το λιπαρό κρέας, οι συντηρητικές και χρωστικές ουσίες, καθώς και γενικότερα η ελλιπής διατροφή και αυτή που αφήνει μικρό υπόλειμμα^{5,21}. Η μεγάλη κατανάλωση τροφίμων, ενεργειακά υψηλών, πλούσιων σε ζάχαρη, αλάτι και κορεσμένα λίπη, συντελεί στην εμφάνιση παχυσαρκίας και σακχαρώδους διαβήτη. Εξίσου επικίνδυνος είναι και ο υποσιτισμός, συνήθης κατάσταση στις μεγαλύτερες ηλικίες, ο οποίος μπορεί να εξασθενήσει το ανοσοποιητικό σύστημα⁸¹. Τέλος, η διατροφή στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς κατά την περίοδο αυτή απορροφούν μικρότερες ποσότητες

ασβεστίου. Για το λόγο αυτό, πολλές φορές, η έλλειψη ικανών ποσοτήτων γαλακτοκομικών προϊόντων και πρωτεϊνών οδηγεί στη μείωση της οστικής μάζας και στην εμφάνιση οστεοπόρωσης²⁷.

Αλκοόλ

Αν και το αλκοόλ έχει συνδεθεί με τη διασκέδαση και τη χαλάρωση, γεγονός είναι πως σχετίζεται και με νοσηρότητα, θνησιμότητα και διάφορα κοινωνικά προβλήματα⁸. Στα τελευταία συναντά κανείς τη βία, το χουλιγκανισμό, το έγκλημα, την επικίνδυνη οδήγηση, καθώς και προβλήματα στην εργασία και στην οικογένεια^{5,82}.

Βάση στατιστικών δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 55 εκ. Ευρωπαίοι ενήλικες εκτιμάται ότι καταναλώνουν αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες, με αποτέλεσμα να διατρέχουν κίνδυνο για την υγεία τους. Επιπλέον, η κατάχρηση αλκοόλ αποτελεί, στην Ευρώπη, την τρίτη αιτία πρόωρου θανάτου και ασθενειών, μετά το κάπνισμα και την υπέρταση⁸³. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η υπερβολική χρήση αλκοόλ είναι αιτία 60 διαφορετικών ασθενειών και καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών, πνευματικών και συμπεριφοριστικών δυσλειτουργιών, της κίρρωσης του ήπατος, καθώς και διαφόρων τύπων καρκίνου, όπως του ήπατος, του μαστού, του στομάχου, του οισοφάγου και του στόματος^{5,21,83}. Όταν, δε, το αλκοόλ συνυπάρχει με το κάπνισμα, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται ακόμα περισσότερο²¹.

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως μεγάλες ποσότητες αλκοόλ καθημερινά, μειώνουν την απορρόφηση ασβεστίου από τον οργανισμό, με κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης, ενώ ταυτόχρονα αυξάνουν τις πιθανότητες συσσώρευσης κοιλιακού λίπους^{1,54}. Παρά το γεγονός αυτό, μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ είναι συνήθως πιο ισχνά, κάτι που μπορεί να αποδοθεί στην μειωμένη τροφή που λαμβάνουν, λόγω της κάλυψης των ενεργειακών τους αναγκών από τα οινοπνευματώδη ποτά⁵⁴.

Όσον αφορά στις καρδιαγγειακές παθήσεις, παρατηρείται μια δισυπόστατη σχέση μεταξύ της εμφάνισης αυτών και της χρήσης αλκοόλ⁷. Ειδικότερα, άτομα που καταναλώνουν μέτριες ποσότητες αλκοόλ διατρέχουν κατά 40-50% χαμηλότερο κίνδυνο, σε σχέση με αυτούς που απέχουν από αυτό^{6,72}. Από την άλλη πλευρά, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης οξέων στεφανιαίων επεισοδίων, εξαιτίας της αυξημένης αρτηριακής πίεσης και των αυξημένων επιπέδων τριγλυκεριδίων και χοληστερόλης^{7,72}.

Τέλος, το κόκκινο κρασί, το οποίο είναι βασικό στοιχείο της μεσογειακής διατροφής, θεωρείται, από πολλούς επιστήμονες, ότι, σε μέτριες καταναλισκόμενες ποσότητες, δρα προστατευτικά για τα αγγεία και τις στεφανιαίες αρτηρίες, καθώς έχει αντιοξειδωτικές ιδιότητες^{76,78}. Στις τελευταίες αποδίδεται η αντιθρομβωτική δράση του κρασιού, καθώς και ο προστατευτικός του ρόλος κατά της αθηρογένεσης⁸⁴. Συγκεκριμένα, με στοιχεία από την CARDIO2000, διαπιστώθηκε ότι ένα έως δύο ποτήρια κρασί καθημερινά φαίνεται να μειώνουν κατά 51% τον κίνδυνο εκδήλωσης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, ανεξάρτητα μάλιστα από την ύπαρξη άλλων παραγόντων κινδύνου. Αντίθετα, δύο με τέσσερα ποτήρια κρασί αυξάνουν τον στεφανιαίο κίνδυνο κατά 24%, ενώ μεγαλύτερη κατανάλωση τον υπερδιπλασιάζει⁷.

Κάπνισμα

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περισσότερες από 4.000 χημικές ουσίες, πολλές εκ των οποίων είναι τοξικές και καρκινογόνες. Οι ουσίες αυτές, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως η συχνή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, μπορούν πιο εύκολα να προκαλέσουν αναπνευστικές και χρόνιες καρδιαγγειακές παθήσεις, καθώς και κακοήθεις νεοπλασίες^{1,76,85}. Μάλιστα, το κάπνισμα φαίνεται να συνοδεύεται και με άλλες επιβλαβείς συνήθειες, μεταξύ των οποίων η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η ανθυγιεινή διατροφή, η οποία είναι πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά οξέα και, συγχρόνως, φτωχή σε φρούτα και λαχανικά. Δηλαδή, η συνήθης διαίτα των καπνιστών χαρακτηρίζεται από έλλειψη των βιταμινών C, E και β-καροτίνης, οι οποίες είναι γνωστές για τις αντιοξειδωτικές τους ιδιότητες^{7,84}.

Ο ρόλος του καπνού στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα είναι η πιο γνωστή αρνητική του συνέπεια⁸⁶. Συχνότερα είδη καρκίνου που συνδέονται με το κάπνισμα είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του λάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του φάρυγγα, του στομάχου, του παγκρέατος και ουροδόχου κύστεως. Επίσης, το κάπνισμα ευθύνεται σημαντικά για την εμφάνιση πολλών αναπνευστικών προβλημάτων, όπως η χρόνια βρογχίτιδα, το άσθμα και η αναπνευστική ανεπάρκεια¹.

Σχετικά με τις καρδιαγγειακές συνέπειες του καπνίσματος, ο επιπολασμός τους σχετίζεται τόσο με τα έτη καπνίσματος, όσο και με τον αριθμό των τσιγάρων σε ημερήσια βάση^{6,76}. Συγκεκριμένα, 1 έως 4 τσιγάρα ημερησίως φαίνεται να διπλασιάζουν τον κίνδυνο ισχαιμικής καρδιοπάθειας στις γυναίκες, ενώ παραπάνω από 35 τσιγάρα τον πολλαπλασιάζουν κατά 5,5 φορές, συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν καπνίζουν⁷. Επίσης, θεωρείται πως ένας μέσος καπνιστής πεθαίνει τρία χρόνια νωρίτερα από έναν μη καπνιστή, και 10 με 15 χρόνια νωρίτερα, αν υπάρχουν και άλλοι παράγοντες καρδιαγγειακών παθήσεων⁷².

Το κάπνισμα και ειδικότερα η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα, τα οποία περιέχονται στα τσιγάρα, επηρεάζουν αρνητικά την κυκλοφορία του αίματος στα αγγεία. Το μονοξείδιο του άνθρακα μειώνει το διαθέσιμο, για την καρδιά, οξυγόνο, ενώ η νικοτίνη αυξάνει τη λειτουργία της καρδιάς, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε αρρυθμίες^{6,76}. Αν και παλαιότερα η νικοτίνη του τσιγάρου θεωρείτο το περισσότερο δηλητηριώδες συστατικό του, πλέον πρόσφατες μελέτες δείχνουν πως οι ελεύθερες ρίζες ευθύνονται σημαντικά για τις σχετιζόμενες με το κάπνισμα ασθένειες, καθώς και για την πρόωρη γήρανση του δέρματος^{1,76}. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί πως η πλειονότητα των καπνιστών εμφανίζει χαμηλά επίπεδα HDL χοληστερόλης και υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων, φωσφολιπιδίων, αρτηριακής πίεσης, χοληστερόλης ορού και LDL χοληστερόλης^{72,84}. Συνοπτικά, το κάπνισμα ενθαρρύνει τη φθορά του ενδοθηλίου και το σχηματισμό θρόμβων, δράση που αιτιολογεί το συσχετισμό του με το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, το εγκεφαλικό επεισόδιο, την περιφερική αρτηριακή νόσο και άλλες καρδιακές ασθένειες⁸.

Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη και το θηλασμό, είναι ιδιαίτερα επιβλαβές, τόσο για τη μητέρα, όσο και για το βρέφος. Από την παραδοχή αυτή δεν εξαιρείται ούτε το παθητικό κάπνισμα, το οποίο είναι εξίσου βλαβερό για την υγεία. Οι εγκυμονούσες γυναίκες που καπνίζουν, αυξάνουν τον κίνδυνο αποβολής του εμβρύου ή γέννησης ελλιποβαρούς βρέφους.

Επιπρόσθετα, το κάπνισμα, πριν και μετά τον τοκετό, μπορεί να προκαλέσει αναπνευστικά προβλήματα στο βρέφος, όπως βρογχίτιδα, πνευμονία και βρογχικό άσθμα, ή σπανιότερα αιφνίδιο θάνατο. Τέλος, η μητέρα που καπνίζει κατά το θηλασμό, μεταφέρει στο βρέφος τις καρκινογόνες ουσίες, τη μυρωδιά και τη γεύση του καπνού, με αποτέλεσμα τον εθισμό των παιδιών στο κάπνισμα από τη βρεφική ηλικία¹.

Οι χρόνιες βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος δεν αφορούν μόνο το ενεργητικό, αλλά και το παθητικό κάπνισμα. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως ο περιβαλλοντικός καπνός, εγκυμονεί μεγαλύτερους κινδύνους, καθώς περιέχει περισσότερο μονοξείδιο του άνθρακα. Το παθητικό κάπνισμα διπλασιάζει ή τριπλασιάζει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα, ενώ συγχρόνως αυξάνει τον κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου και αθηροσκλήρωσης. Ο καπνός του τσιγάρου, είτε στο χώρο διαμονής, είτε εργασίας, αποτελεί την τρίτη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, μαζί με το ενεργητικό κάπνισμα και την κατάχρηση αλκοόλ⁷.

Ο επιπολασμός της νοσηρότητας και της θνησιμότητας εξαιτίας του τσιγάρου εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένος με την πάροδο των χρόνων. Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, το 2005 σημειώθηκαν 5,4 εκ. θάνατοι λόγω του καπνίσματος, με μέση συχνότητα ένα θάνατο ανά έξι δευτερόλεπτα⁸⁷. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, από την ίδια αιτία προκαλούνται περίπου 5.000 θάνατοι ετησίως, γεγονός που συνάδει με το ότι βρίσκεται στην πρώτη θέση, ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες, σε συχνότητα καπνιστών στους ενήλικες^{1,88}.

Ψυχολογικοί παράγοντες

Κάποιες ψυχολογικές καταστάσεις φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση, αλλά και την εξέλιξη διαφόρων νοσολογικών κατηγοριών, όπως είναι η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση, ο καρκίνος, η παχυσαρκία και η αυτοκτονία⁸⁹. Τέτοιες καταστάσεις μπορεί να είναι η κατάθλιψη, το εργασιακό και οικογενειακό άγχος, καθώς και το άγχος που προέρχεται από οικονομικούς λόγους⁷.

Η κατάθλιψη, η οποία έρχεται πρώτη στη λίστα των αιτιών χρόνιας αναπηρίας, παρουσιάζει τριπλάσια επίπτωση στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Ταυτόχρονα, δυσχεραίνει την κατάσταση των ασθενών μετά από εμφραγμα του μυοκαρδίου, ακόμα και όταν αυτό είναι ελαφρύ. Επιπρόσθετα, η απελπισία, η οποία αποτελεί έναν τύπο κατάθλιψης, φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης πρώιμης αθηροσκλήρωσης και αιφνίδιου θανάτου^{7,72}. Από την εποχή του Ιπποκράτη και του Γαληνού, είχε γίνει συσχέτιση ανάμεσα στη μελαγχολία και στον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Αν και οι μηχανισμοί που μετατρέπουν τις ψυχικές διεργασίες σε νεοπλασίες παραμένουν αδιευκρίνιστοι, μέχρι και σήμερα, γενικά είναι αποδεκτή αυτή η διάδραση μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας⁸⁹. Αξίζει εδώ να αναφερθεί και η περίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης, η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε διάστημα ενός μηνός μετά τον τοκετό. Η κατάθλιψη αυτού του τύπου εμφανίζεται σχετικά συχνά, δεδομένου ότι, κατά την περίοδο της λοχείας, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος συναισθηματικών διαταραχών, ιδιαίτερα στις γυναίκες που έχουν σχετικό ιστορικό¹. Επίσης, έχει παρατηρηθεί μια αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και στην κατάθλιψη, καθώς ένα καταθλιπτικό άτομο καταφεύγει στην υπερβολική κατανάλωση

φαγητού προς ικανοποίησή του, ενώ από την άλλη πλευρά, ένα παχύσαρκο άτομο μπορεί να οδηγηθεί στην κατάθλιψη, λόγω κοινωνικών πιέσεων και χαμηλής αυτοεκτίμησης⁵⁴.

Το εργασιακό άγχος αποτελεί την πιο διαδεδομένη μορφή άγχους που σχετίζεται με τη στεφανιαία νόσο και εμφανίζεται συχνότερα σε εργαζόμενους με πολλά καθήκοντα και θέση υψηλών απαιτήσεων, αλλά με χαμηλό μισθό και περιορισμένη δυνατότητα λήψης αποφάσεων. Τα άτομα αυτά, συνήθως, διαθέτουν προσωπικότητα τύπου Α και είναι επιθετικά, ανταγωνιστικά και φιλόδοξα^{1,7}. Ο συνδυασμός του εργασιακού άγχους και της τύπου Α προσωπικότητας, φαίνεται από μελέτες πως, τετραπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης θανατηφόρου καρδιαγγειακού επεισοδίου και αυξάνει το στεφανιαίο κίνδυνο⁷.

Το οικογενειακό άγχος απαντάται εξίσου συχνά, καθώς άτομα, είτε παντρεμένα με παιδιά, είτε διαζευγμένα, φαίνεται να αγχώνονται εξαιτίας διαφόρων παραγόντων, κυριότερος από τους οποίους είναι ο οικονομικός. Έρευνες έχουν δείξει πως άτομα που ζουν απομονωμένα, όπως οι διαζευγμένοι και οι χήροι παρουσιάζουν αυξημένο στεφανιαίο κίνδυνο, ενώ όταν αυτοί έχουν ιστορικό εμφράγματος ο κίνδυνος τετραπλασιάζεται^{1,7}.

Τόσο το εργασιακό άγχος, όσο και το οικογενειακό, αυξάνει τους παλμούς της καρδιάς και την αρτηριακή πίεση, ενώ διαταράσσει την πηκτικότητα του αίματος και το ανοσοποιητικό σύστημα⁷. Οι μηχανισμοί αυτοί αποτελούν τους άμεσους παθοφυσιολογικούς, ενώ οι έμμεσοι σχετίζονται με διαφοροποίηση των συνηθειών της καθημερινότητας. Τέτοιες μπορεί να είναι η αύξηση του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ, η ανθυγιεινή διατροφή, η έλλειψη ύπνου. Τα παραπάνω δύναται να οδηγήσουν σε παχυσαρκία και υπερλιπιδαιμία, ενώ εάν συνυπάρχουν με την έλλειψη φυσικής άσκησης, μπορεί να αυξηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Τέλος, ο φόβος, η ανησυχία, η ένταση, η εχθρότητα, η επιθετικότητα και η εξάντληση χαρακτηρίζονται ως οι πιθανές εκδηλώσεις του άγχους⁹⁰.

Ναρκωτικά και άλλες ουσίες

Η χρήση ναρκωτικών αποτελεί σύγχρονη μάστιγα και σχετίζεται συχνά με νοσήματα φθοράς, όπως τα καρδιαγγειακά, τα νευρολογικά και το AIDS⁶⁸. Έχει αποδειχθεί από μελέτες πως η μακροχρόνια χρήση της κοκαΐνης, συγκεκριμένα, προκαλεί θανάτους που συνδέονται τόσο με καρδιαγγειακά, όσο και με νευρολογικά προβλήματα, ενώ πολλές φορές συνοδεύεται από τη χρήση και άλλων ουσιών, όπως το αλκοόλ και τα οπιοειδή. Ωστόσο, ο πιο μεγάλος κίνδυνος της χρήσης ναρκωτικών είναι το AIDS, το οποίο σχετίζεται με ουσίες που λαμβάνονται σε ενέσιμη μορφή. Ειδικότερα, σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του 2007 από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, το 2005 η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ήταν υπεύθυνη για περίπου 3.500 νέες διαγνώσεις περιπτώσεων HIV στην Ευρωπαϊκή Ένωση⁹¹. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυτή η μορφή χρήσης ναρκωτικών μπορεί να αποτελέσει δίαυλο μετάδοσης μιας σειράς μολυσματικών ασθενειών, όπως είναι η ηπατίτιδα Β και Γ, καθώς και η φυματίωση^{91,92}. Τέλος, όσον αφορά στη θνησιμότητα από τα ναρκωτικά, τα στατιστικά στοιχεία υπολογίζουν μόνο τους θανάτους από υπερβολική δόση, ενώ θα την παρουσίαζαν υψηλότερη, αν υπολογίζονταν και αιτίες θανάτου που σχετίζονται έμμεσα με αυτά, όπως το AIDS, άλλες μολυσματικές ασθένειες, αυτοκτονίες και ατυχήματα⁹².

Σωματική δραστηριότητα & καθιστική ζωή

Είναι κοινώς αποδεκτό, πως η σωματική δραστηριότητα αποτελεί ένα σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα υγείας. Διεθνώς, υπάρχει ένας διαχωρισμός ανάμεσα στη φυσική ή σωματική δραστηριότητα, στη φυσική άσκηση και στη φυσική κατάσταση¹⁶.

Ο όρος «σωματική δραστηριότητα» χρησιμοποιείται για να εκφράσει «οποιαδήποτε σωματική κίνηση, παραγόμενη από τους σκελετικούς μυς και η οποία έχει ως αποτέλεσμα μία σημαντική αύξηση πάνω από τα επίπεδα κατανάλωσης ενέργειας σε ανάπαυση»⁵⁴. Η φυσική άσκηση, η οποία αποτελεί μέρος της σωματικής δραστηριότητας, ορίζεται ως μια προγραμματισμένη, επαναλαμβανόμενη και με δομή σειρά σωματικών ασκήσεων, που σκοπό έχει τη διατήρηση ή τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης. Η φυσική κατάσταση αντιπροσωπεύει το αποτέλεσμα των γενετικά καθορισμένων χαρακτηριστικών, τη δομή και τη λειτουργία των μυϊκών μαζών, τα νευρικά, κυκλοφορικά και αναπνευστικά συστήματα, σε συνδυασμό με την επιρροή σε αυτά της σωματικής δραστηριότητας και άσκησης^{16,54,93}.

Από την αρχαιότητα, η σωματική δραστηριότητα ήταν συνδεδεμένη μόνο με τη μακροζωία και με τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου. Ωστόσο, από τα μέσα του 20ού αιώνα, αρχίζει να εξετάζεται η σχέση της με την υγεία και κυρίως, με τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Πλέον, από πολλές επιστημονικές μελέτες, έχει διαφανεί η αντίστροφη σχέση ανάμεσα στη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο και στο βαθμό σωματικής δραστηριότητας⁷. Γενικότερα, η φυσική δραστηριότητα φαίνεται ότι παρουσιάζει ευεργετικά αποτελέσματα και σε άλλες καταστάσεις που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά, όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση, η δυσλιπιδαιμία, η υψηλή συγκέντρωση τριγλυκεριδίων, η λειτουργία του ενδοθελίου, η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II^{7,72,93}. Επίσης, ως θεραπευτική παρέμβαση, η άσκηση συμβάλλει στη μείωση της αρτηριακής πίεσης στους υπερτασικούς, στο μεταβολισμό των υδατανθράκων και στη μείωση του σακχάρου του αίματος στους διαβητικούς, καθώς και στο μεταβολισμό των λιπιδίων στους δυσλιπιδαιμικούς ασθενείς^{1,7}. Σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης του Framingham, φαίνεται πως ο ρυθμός θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα μειώνεται κατά 42% στους άνδρες και κατά 39% στις γυναίκες, χάρη στη φυσική άσκηση⁷.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει την ύπαρξη αντιστρόφου ανάλογης σχέσης, μεταξύ του BMI (ΔΜΣ) και της σωματικής δραστηριότητας, καθώς φαίνεται ότι τα αδύνατα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερη σωματική δραστηριότητα, σε σχέση με τα υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα⁵⁴. Η συμβολή της άσκησης στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας, εκτός από τη μείωση του σωματικού βάρους και της μάζας του λιπώδους ιστού, έγκειται κυρίως στο ότι μειώνει το ενδοκοιλιακό λίπος και στο ότι αυξάνει τη μάζα του μυϊκού ιστού και την κατανάλωση ενέργειας⁵².

Από τον 18^ο αιώνα, έχει αναγνωριστεί η θετική επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στο σακχαρώδη διαβήτη. Συγκεκριμένα, αυξάνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη, ενώ είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση του βάρους, κατά τη θεραπεία ασθενών με διαβήτη τύπου II. Επομένως, η άσκηση επιδρά ευεργετικά στο μη ινσουλινο-εξαρτώμενο διαβήτη, τόσο προληπτικά, όσο και ρυθμιστικά^{8,41}.

Όσον αφορά στον καρκίνο, στοιχεία από μελέτες δείχνουν πως υπάρχει μία αντίστροφη σχέση ανάμεσα στη σωματική δραστηριότητα και στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον πνεύμονα, στο κόλον και σε άλλα μέρη του σώματος στους άνδρες. Τέτοια σχέση εμφανίζεται και στις γυναίκες, σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, του ενδομητρίου και άλλων σημείων του αναπαραγωγικού συστήματος. Άλλες έρευνες δείχνουν πως η αύξηση κατανάλωσης ενέργειας μπορεί να είναι τόσο αποτελεσματική, όσο και ο περιορισμός της ενεργειακής πρόσληψης²¹. Επιπρόσθετα, η φυσική άσκηση βοηθά στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, και πιθανόν των λοιμώξεων και των νεοπλασιών¹.

Σχετικά με την οστεοπόρωση, η άσκηση φαίνεται να μειώνει το σωματικό λίπος, να αυξάνει το μυϊκό ιστό και την οστική μάζα, καθώς και να ισχυροποιεί τα οστά, έχοντας ως αποτέλεσμα την πρόληψη της οστεοπόρωσης⁵⁷.

Σε γενικά πλαίσια, η ήπια άσκηση είναι αποτελεσματικότερη σε σχέση με την έντονη. Αυτό συμβαίνει γιατί είναι πιο εύκολα εκτελέσιμη από άτομα που έχουν μέτρια έως κακή φυσική κατάσταση, χαρακτηρίζεται από μεγάλη αναλογία οξειδωσης λίπους και συνοδεύεται από μικρότερο κίνδυνο καρδιακών επιπλοκών και τραυματισμών^{7,51}. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι η μέτριας έντασης άσκηση συμβάλλει περισσότερο στη μείωση της αρτηριακής πίεσης, σε σχέση με την υψηλής έντασης⁷.

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως η σωματική δραστηριότητα αποτελεί παράγοντα υψίστης σημασίας, τόσο στους ενήλικες, όσο και στους εφήβους. Ειδικότερα, στην εφηβική ηλικία, η ενασχόληση με φυσικές δραστηριότητες συντελεί στην απόκτηση ευεξίας, στην πρόληψη της παχυσαρκίας, καθώς και στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης, της αντοχής και της κοινωνικοποίησης των εφήβων. Παρά ταύτα, υπάρχει η πεποίθηση πως οι έφηβοι έχουν μειωμένη φυσική δραστηριότητα, η οποία, με την πάροδο των χρόνων, μειώνεται όλο και περισσότερο^{57,93}.

Στις μέρες μας, οι ραγδαίες εξελίξεις στον τομέα της τεχνολογίας που συνεπάγονται περισσότερους αυτοματισμούς και λιγότερη σωματική δραστηριότητα, έχουν ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση ενός καθιστικού τρόπου ζωής. Ως καθιστική ζωή ή σωματική αδράνεια, διεθνώς, ορίζεται: «Η κατάσταση, στην οποία οι κινήσεις του σώματος είναι ελάχιστες και η ενεργειακή κατανάλωση είναι περίπου όση και η RMR (Resting Metabolic Rate)»⁵⁴.

Εντούτοις, η καθιστική ζωή, ως παράγοντας κινδύνου, δεν αντανakλά μόνο την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, αλλά και την υιοθέτηση συνηθειών παθητικής συμπεριφοράς. Τέτοιες συνήθειες μπορεί να είναι η παρακολούθηση τηλεόρασης, η εργασία στον υπολογιστή, καθώς και η χρήση αυτοκινήτου, ακόμα και για κοντινές αποστάσεις. Αυτή η στάση ζωής συχνά συνοδεύεται με έναν ανθυγιεινό τρόπο διατροφής, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες για εμφάνιση παχυσαρκίας και καρδιαγγειακών παθήσεων⁵⁴. Σύμφωνα με μελέτες, έχει παρατηρηθεί πως τα ποσοστά παχυσαρκίας σημειώνουν αύξηση, η οποία συμβαδίζει, τόσο με την αύξηση των ωρών τηλεθέασης, όσο και με την αύξηση των αυτοκινήτων ανά οικογένεια⁵¹. Επιπρόσθετα, μελέτες έχουν δείξει ότι οι ώρες τηλεθέασης σχετίζονται θετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη στις γυναίκες, και συγκεκριμένα με ποσοστό αύξησης του κινδύνου 14% για κάθε δύο ώρες τηλεθέασης³⁸.

Σε γενικά πλαίσια, ο καθιστικός τρόπος ζωής και η χαμηλή καρδιοαναπνευστική ικανότητα σχετίζονται με διπλάσια ή και μεγαλύτερη αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και επεισοδίων^{8,72}. Παρά ταύτα, αποτελούν πληθυσμιακή μειονότητα οι ενήλικες που ασκούνται τόσο, ώστε να ωφεληθούν την υγεία τους⁸. Συγκεκριμένα, στοιχεία της μελέτης CARDIO2000, στην Ελλάδα, δείχνουν πως το ποσοστό των ασθενών που ακολουθεί καθιστική ζωή αγγίζει το 64% στους άνδρες και το 74% στις γυναίκες. Επίσης, από την ίδια μελέτη διαπιστώθηκε ότι όσοι δεν ασκούσαν ούτε μία φορά την εβδομάδα, εμφάνιζαν μεγαλύτερο BMI, διαστολική πίεση, ολική χοληστερόλη και εντονότερη καπνιστική συμπεριφορά, σε σχέση με όσους ασκούσαν ελαφρά, έστω μία φορά εβδομαδιαίως⁷.

Συμπερασματικά, η σωματική αδράνεια και η έλλειψη φυσικής ικανότητας είναι άμεσα συνδεδεμένες με αυξημένη νοσηρότητα, αλλά και θνησιμότητα από καρδιαγγειακές ασθένειες, ενώ συγχρόνως ευνοούν την εμφάνιση παχυσαρκίας, οστεοπόρωσης, διαβήτη και κάποιων τύπων καρκίνου⁹³.

2.2.5 Νοσηρές καταστάσεις ως παράγοντες κινδύνου

Στις καταστάσεις που μπορούν να αποτελέσουν παράγοντα κινδύνου εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων συγκαταλέγονται η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και ο συνδυασμός αυτών, γνωστός επίσης ως μεταβολικό σύνδρομο.

Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία, όπως προαναφέρθηκε, είναι μία παθολογική κατάσταση, κατά την οποία αποθηκεύεται στον οργανισμό περίσσεια λίπους ή λιπώδους ιστού και αποτελεί έναν αυξανόμενο παράγοντα κινδύνου νοσηρότητας, καθώς ο σύγχρονος τρόπος ζωής χαρακτηρίζεται από χαμηλή σωματική δραστηριότητα και αυξημένη κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λίπη και θερμίδες. Συγκεκριμένα, έχουν παρατηρηθεί υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας σε παχύσαρκα άτομα από νοσήματα όπως ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία, τα καρδιαγγειακά, η χολολιθίαση, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και διάφορες μορφές καρκίνου^{1,7,51,54}. Ο κίνδυνος, δε, τείνει να αυξάνεται σε περιπτώσεις που η περίσσεια λίπους συσσωρεύεται στην κοιλιακή χώρα, αντί στους γλουτούς. Πολλοί ερευνητές, άλλωστε, εξετάζουν την περίσσεια κοιλιακού λίπους ως ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου του σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, των καρδιαγγειακών, της υπέρτασης, του καρκίνου του μαστού και πολλών πρόωγων θανάτων⁵⁴.

Αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει μια θετική συσχέτιση, καθώς ο κίνδυνος εμφάνισης μη ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη αυξάνει όσο αυξάνεται ο BMI και μειώνεται όσο ελαττώνεται το βάρος του σώματος^{38,54}. Ειδικότερα, έχει παρατηρηθεί πως το 10% με 30% των παχύσαρκων νοσεί από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, ενώ η διάρκεια της παχυσαρκίας επηρεάζει σημαντικά την εμφάνιση της νόσου⁴¹. Τα παχύσαρκα άτομα διαθέτουν ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου II. Τέτοια χαρακτηριστικά φαίνεται να είναι η παιδική και εφηβική παχυσαρκία, η αύξηση του σωματικού βάρους κατά την ενηλικίωση καθώς και η ενδοκοιλιακή συσσώρευση λίπους. Η

τελευταία, αλλά και γενικότερα η παχυσαρκία, έχουν ενοχοποιηθεί για προδιαβητικές καταστάσεις, όπως η μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη και η ινσουλινοαντοχή^{41,52,54}.

Η αυξημένη αρτηριακή πίεση συνδέεται συχνά με την παρουσία παχυσαρκίας, καθώς έχει παρατηρηθεί πως τόσο η συστολική όσο και η διαστολική αρτηριακή πίεση αυξάνονται με την αύξηση του BMI, αλλά και με τη χρονική διάρκεια της παχυσαρκίας. Επιπρόσθετα, το αυξημένο σωματικό βάρος συνοδεύεται, πολλές φορές, από μία δυσλιπιδαιμική κατάσταση, κατά την οποία μειώνεται η LDL, ενώ αυξάνονται η HDL και τα τριγλυκερίδια⁵⁴.

Η παχυσαρκία δεν έχει άμεση επίπτωση στο καρδιαγγειακό σύστημα, αλλά επιδρά σε αυτό έμμεσα, καθώς φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με μία σειρά καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, όπως είναι η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία και η δυσανοχή στη γλυκόζη^{6,54}. Η Αμερικανική Εταιρία Καρδιολογίας θεωρεί την παχυσαρκία ως έναν τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου, εξίσου σημαντικό με άλλους γνωστούς παράγοντες, όπως το κάπνισμα, η σωματική αδράνεια, η υψηλή αρτηριακή πίεση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερχοληστερολαιμία⁷. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η κατανομή του λίπους αποτελεί αποτελεσματικότερη και πιο σίγουρη ένδειξη ύπαρξης στεφανιαίου κινδύνου. Συγκεκριμένα, η ανδροειδούς τύπου παχυσαρκία συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας από καρδιαγγειακά, σε σχέση με την περιφερικού τύπου παχυσαρκία, ενώ η επίδρασή της είναι ανεξάρτητη από άλλους παράγοντες κινδύνου^{7,52}.

Όσον αφορά στον καρκίνο, μελέτες έχουν δείξει τη θετική συσχέτιση μεταξύ αυτού και της παχυσαρκίας, και ιδιαίτερα στους ορμονοεξαρτώμενους καρκίνους και σε αυτούς του γαστρεντερικού συστήματος⁵⁴. Συγκεκριμένα, οι παχύσαρκες γυναίκες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού, του ενδομητρίου, των ωοθηκών ή του τραχήλου της μήτρας, ενώ οι παχύσαρκοι άνδρες κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν καρκίνο του προστάτη και του παχέος εντέρου^{21,54}. Συνολικά η παχυσαρκία, αλλά και ειδικότερα η ενδοκοιλιακή συσσώρευση λίπους, είναι συνυφασμένη με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης μετεμμηνοπαυσιακού καρκίνου του μαστού, συχνότερα όταν υπάρχει σχετικό οικογενειακό ιστορικό⁵⁴.

Οι αρνητικές συνέπειες του αυξημένου σωματικού βάρους δεν ξεκινούν κατά την ενήλικη ζωή, αλλά κάνουν την εμφάνισή τους από την εφηβεία, όπου διακρίνονται σε βραχυπρόθεσμες και σε μακροπρόθεσμες. Οι πρώτες αναφέρονται στα καρδιαγγειακά νοσήματα και στα διάφορα αναπνευστικά, ορθοπεδικά και ψυχολογικά προβλήματα που μπορούν να προκληθούν. Ωστόσο, οι τελευταίες αφορούν, κυρίως, στο γεγονός ότι η παιδική ή εφηβική παχυσαρκία συχνά συνεχίζεται και κατά την μετέπειτα ζωή, με αποτέλεσμα να εκθέτει το άτομο σε πολλές ασθένειες, οι περισσότερες από τις οποίες αναλύθηκαν παραπάνω⁵⁷.

Συμπερασματικά, μπορεί κανείς να πει πως οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία, είτε αυτές είναι άμεσες, είτε έμμεσες, εξαρτώνται, λίγο ή πολύ, από το βάρος του σώματος, την κατανομή του λίπους, την σωματική αδράνεια, καθώς και από το βαθμό αύξησης του βάρους κατά την ενήλικη ζωή⁵⁴.

Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης, μία από τις συχνότερες νοσηρές καταστάσεις της εποχής μας, αποτελεί ταυτόχρονα έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης υπέρτασης, καρδιαγγειακών νοσημάτων, και ιδιαίτερα στεφανιαίας νόσου^{1,7}.

Αναφορικά με τα άτομα που έχουν διαβήτη τύπου I, έχει παρατηρηθεί πως 5 με 10 χρόνια μετά από την εμφάνισή του, συχνά, παρουσιάζεται υπέρταση, ακόμα και σε πολύ νεαρές ηλικίες. Επίσης, αυξημένα, αλλά μέσα στα φυσιολογικά όρια, εμφανίζεται η αρτηριακή πίεση σε άτομα που βρίσκονται στα πρώτα στάδια ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη⁴¹. Γενικότερα, η υπέρταση απαντάται πολύ συχνά σε διαβητικούς, ενώ συγχρόνως τα υπερτασικά άτομα θεωρούνται πιο επιρρεπή στο να αναπτύξουν διαβήτη³⁸.

Όσον αφορά στα άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου II, η αύξηση στην αρτηριακή πίεση αφορά περισσότερο τη συστολική, παρά τη διαστολική, δηλαδή η αύξηση δεν είναι συμμετρική, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του διαβήτη τύπου I. Η αύξηση αυτή της αρτηριακής πίεσης στα άτομα με μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη χαρακτηρίζεται ως ιδιοπαθής υπέρταση και απαντάται επίσης σε άτομα που εμφανίζουν διαταραχή στην ανοχή της γλυκόζης, χωρίς όμως να έχουν σακχαρώδη διαβήτη⁴¹.

Σχετικά με τους διαβητικούς ασθενείς, στην κορυφή της λίστας των αιτιών θανάτου τους δεσπόζουν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, καθώς φαίνεται πως ο σακχαρώδης διαβήτης διπλασιάζει στους άνδρες και τετραπλασιάζει στις γυναίκες τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά επεισόδια^{1,7}. Η αιτιολογία της σχέσης αυτής βασίζεται στο ότι στα άτομα αυτά επιταχύνεται η αθηροσκληρυντική διαδικασία^{6,7}. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με στοιχεία της μελέτης CARDIO2000, ο σακχαρώδης διαβήτης τριπλασιάζει στους άνδρες και τετραπλασιάζει στις γυναίκες τον κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου. Έχει διαπιστωθεί, άλλωστε, πως άτομα με σακχαρώδη διαβήτη κινδυνεύουν εξίσου με αυτά που ήδη έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου να παρουσιάσουν κάποιο καρδιαγγειακό επεισόδιο⁷.

Η ινσουλινοαντοχή, η οποία αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό του διαβήτη τύπου II, συνδέεται με δυσλιπιδαιμία, αύξηση του ουρικού οξέος, καθώς και με παχυσαρκία κεντρικού τύπου^{8,72}. Εκτιμάται ότι το 60% με 90% των ατόμων που πάσχουν από μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη είναι παχύσαρκα, αλλά η αντίστροφη σχέση δεν φαίνεται να ισχύει³⁸.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθούν οι σοβαρές επιπτώσεις του σακχαρώδους διαβήτη, εκ των οποίων η σημαντικότερη είναι η νεφρική ανεπάρκεια, καθώς φαίνεται πως ο σακχαρώδης διαβήτης είναι υπεύθυνος για το 25% των περιπτώσεων τελικού σταδίου. Αξιοσημείωτοι είναι, ακόμα, στις Η.Π.Α, οι 20000 περίπου ακρωτηριασμοί που γίνονται σε διαβητικούς ασθενείς, οι οποίοι αποτελούν το 50% του συνόλου των ακρωτηριασμών που δεν προέρχονται από κάποιο τραυματισμό, καθώς επίσης και οι 5000 περίπου νέες περιπτώσεις τύφλωσης ανά έτος, εξαιτίας του σακχαρώδους διαβήτη⁷.

Υπέρταση

Έχει διαπιστωθεί από έρευνες πως η υψηλή αρτηριακή πίεση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης, τόσο στεφανιαίας νόσου, όσο εγκεφαλικών επεισοδίων και νεφρικών προβλημάτων^{8,16,57}. Αν και πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν πως η υπέρταση είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου^{5,72}, βάση της μελέτης του Framingham, η υπέρταση δεν δρα ανεξάρτητα, αλλά σε συνδυασμό με τους άλλους μεταβολικούς παράγοντες, όπως είναι η υπερχοληστερολαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η παχυσαρκία⁷.

Έχει παρατηρηθεί, επίσης, πως όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορική πίεση, δηλαδή η διαφορά μεταξύ συστολικής και διαστολικής, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου, καρδιακής ανεπάρκειας, εγκεφαλικού αγγειακού επεισοδίου και ανευρύσματος αορτής¹.

Εν κατακλείδι, μπορεί κανείς να ισχυριστεί πως υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ υπέρτασης και στεφανιαίου κινδύνου, καθώς, όπως φαίνεται και από τη μελέτη CARDIO2000, η υψηλή αρτηριακή πίεση διπλασιάζει στους άνδρες και τετραπλασιάζει στις γυναίκες το στεφανιαίο κίνδυνο⁷.

Δυσλιπιδαιμία-Υπερχοληστερολαιμία

Είναι γεγονός πως μια δυσλιπιδαιμική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία του ανθρώπου. Συγκεκριμένα, η LDL χοληστερόλη είναι συνδεδεμένη με την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης, ενώ η αύξηση των επιπέδων της σχετίζεται με την αύξηση του στεφανιαίου κινδύνου. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει μία αντίστροφη σχέση ανάμεσα στη συγκέντρωση HDL χοληστερόλης και στα καρδιαγγειακά επεισόδια, καθώς κάθε μείωση της HDL χοληστερόλης κατά 1 mg/dL, αυξάνει κατά 2% με 3% τον κίνδυνο καρδιαγγειακού επεισοδίου^{72,78}.

Η υπερχοληστερολαιμία έχει, επίσης, παρουσιαστεί ως μια νοσηρή κατάσταση που αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και αθηροσκλήρωσης. Μάλιστα, η σχέση που υπάρχει μεταξύ των επιπέδων της ολικής χοληστερόλης και του στεφανιαίου κινδύνου έχει αποδειχθεί από πολλές μελέτες που έγιναν σε έναν ή και διαφορετικούς πληθυσμούς. Ειδικότερα, από τη μελέτη των Επτά Χωρών φαίνεται πως πληθυσμοί που καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε κορεσμένα λίπη και έχουν αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης ορού, εμφανίζουν μεγαλύτερο επιπολασμό στεφανιαίας νόσου. Επιπρόσθετα, η ίδια μελέτη, κατά τον επανέλεγχο των 25 ετών, απέδειξε και τη σχέση μεταξύ ολικής χοληστερόλης και θανάτου από στεφανιαία νόσο, ενώ φαίνεται πως ο κίνδυνος αγγίζει το 80% με 100%, μετά την εμφάνιση υπερχοληστερολαιμίας. Επιπλέον, στοιχεία της μελέτης CARDIO2000 δείχνουν πως η υπερχοληστερολαιμία τετραπλασιάζει στους άνδρες και πενταπλασιάζει στις γυναίκες το στεφανιαίο κίνδυνο⁷.

Τέλος, μπορεί κανείς να συμπεράνει πως αυξημένη ολική χοληστερόλη ή LDL και μειωμένη HDL δύναται να θέσουν την υγεία του ατόμου σε στεφανιαίο κίνδυνο, πολλές φορές, μάλιστα, σε τέτοιο βαθμό, ώστε να προκαλέσουν το θάνατό του.

Μεταβολικό Σύνδρομο

Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί μεγάλη σημασία σε ένα σύνολο παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, το οποίο ορίζεται ως μεταβολικό σύνδρομο ή σύνδρομο X^{8,38}. Στο σύνολο αυτό των μεταβολικών δυσλειτουργιών ανήκουν ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και η παχυσαρκία, ειδικότερα κεντρικού τύπου^{8,38}.

Η πρωτογενής διαταραχή του μεταβολικού συνδρόμου φαίνεται να είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη ή ινσουλινοαντοχή. Οι επιπτώσεις του μεταβολικού συνδρόμου περιγράφονται από τη λέξη CHAOS, η οποία είναι ακρωνύμιο των αγγλικών λέξεων των ακόλουθων καταστάσεων: Coronary Heart Disease, Hypertension-Hyperlipideamia, Adult onset diabetes, Obesity και Stroke⁴¹.

Δεδομένου ότι κάθε μία κατάσταση αυτού του συνδρόμου ξεχωριστά αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, όταν οι μεταβολικές αυτές διαταραχές συνυπάρχουν, ο κίνδυνος πολλαπλασιάζεται⁵⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο:

ΠΡΟΛΗΨΗ – ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ

3.1 Γενικά

Συνιστά γεγονός αναμφισβήτητο πως οι ραγδαίες κλιματικές αλλαγές, το επιβαρυνόμενο περιβάλλον, τα αμφιβόλου ποιότητας τρόφιμα, η υιοθέτηση ενός αυτοματοποιημένου και καθιστικού τρόπου ζωής, καθώς και το άγχος του σύγχρονου αστού, έχουν συντελέσει στη φθορά του ανθρώπινου οργανισμού και στη μεγάλη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Παραμένει, όμως, καίριο το ζήτημα των προσωπικών επιλογών του κάθε ατόμου, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την πορεία της κατάστασης της υγείας του, κατά τη διάρκεια της ζωής του. Επομένως, θα μπορούσε κανείς να πει, πως ένα συνονθύλευμα παραγόντων, ενδογενών και εξωγενών, λειτουργεί συνολικά, και συγχρόνως, καθορίζει την ποιότητα ζωής του ανθρώπου.

Ο ρόλος των επιστημόνων σε τομείς της υγείας αφορά στην ενημέρωση των ανθρώπων, στην ενθάρρυνση της πρόληψης, καθώς και στη θεραπεία των ασθενειών. Σχετικά με την ενημέρωση, παρατηρεί κανείς ότι, πολλές φορές, άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο ή άτομα που έχουν ενημερωθεί για τις βλαβερές για την υγεία συνέπειες κάποιας συνήθειας, επιλέγουν να μην αποφύγουν επιβλαβείς συμπεριφορές. Συμπερασματικά, ο δρόμος, από τη γνώση ενός κινδύνου μέχρι τη λήψη μέτρων για την αποφυγή του, χαράσσεται πάνω στις προσωπικές επιλογές και συμπεριφορές ενός ατόμου, το οποίο δημιουργεί συχνά συνθήκες διαβίωσης που οδηγούν στη φθορά του. Από την άλλη πλευρά, η πρόληψη ακολουθεί την ενημέρωση και περιλαμβάνει, ως βασικό στοιχείο της φιλοσοφίας της, την αλλαγή του τρόπου ζωής, με σκοπό τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας¹.

Η πρόληψη, στον τομέα της ιατρικής επιστήμης, χωρίζεται στην πρωτογενή και στη δευτερογενή. Η πρωτογενής πρόληψη έχει ως βάση της την αποφυγή ορισμένων βλαπτικών για την υγεία παραγόντων και συνθηκών, όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ, καθώς και την ισχυροποίηση του ανθρώπινου οργανισμού, με μέτρα όπως η σωματική άσκηση και τα εμβόλια. Από την άλλη πλευρά, η δευτερογενής πρόληψη εστιάζει στην διάγνωση μίας νόσου εγκαίρως, δηλαδή σε προσυμπτωματικό ή πρώιμο στάδιο, όπου δύναται να υπάρξει θεραπεία ή αναστολή των διεργασιών παθογένειας. Στη δευτερογενή ανήκει και ο κυτταρολογικός έλεγχος κατά Παπανικολάου, γνωστός ως «ΤΕΣΤ ΠΑΠ», ο οποίος έχει ως σκοπό τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του καρκίνου του ενδομητρίου, σε προσυμπτωματικό στάδιο³⁰.

Γενικότερα, η πρόληψη, συγκρινόμενη με τη θεραπεία, θεωρείται λιγότερο δαπανηρή και λιγότερο επώδυνη, όσον αφορά στον οργανισμό και στην ψυχολογία. Επίσης, η μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας σε πολλά νοσήματα, τους τελευταίους αιώνες, οφείλεται περισσότερο σε προληπτικά, παρά σε θεραπευτικά μέτρα³⁰. Επομένως, η πρόληψη μπορεί να αποτελέσει τα θεμέλια, πάνω στα οποία θα στηριχτεί η υγεία ενός ατόμου.

3.2 Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη

Όπως προαναφέρθηκε, η πρωτογενής πρόληψη βασίζεται στη λήψη μέτρων, με σκοπό την ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ή εξέλιξης μιας νόσου, καθώς και την προστασία της θετικής υγείας. Συγκεκριμένα, η ουσία της βρίσκεται στην αποφυγή επιβλαβών συνηθειών, οι οποίες λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων.

Στα πλαίσια της δράσης της πρωτογενούς πρόληψης εντάσσονται διάφορα προληπτικά μέτρα. Για παράδειγμα, η χλωρίωση του πόσιμου νερού, η προστασία του περιβάλλοντος, καθώς και η προσπάθεια μείωσης της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, αποτελούν μερικά μόνο από τα γενικά μέτρα πρόληψης που λαμβάνονται ώστε να εξαλειφθούν κάποιοι, εν δυνάμει, αιτιολογικοί παράγοντες. Ως τέτοια μπορούν, επίσης, να χαρακτηριστούν η αποχή από το κάπνισμα και το αλκοόλ ή η χρήση ωτοασπίδων, τα οποία βασίζονται στην αποφυγή μιας βλαβερής συμπεριφοράς ή στην υιοθέτηση μίας επωφελούς συνήθειας. Επίσης, αξίζει κανείς να αναφέρει, ως μέτρο πρωτογενούς πρόληψης την ενδυνάμωση ατόμων με ιδιαίτερη ευαισθησία έναντι κάποιων παραγόντων κινδύνου, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της ενεργητικής ή της παθητικής ανοσοποίησης.

Από την άλλη πλευρά, η προσφορά της δευτερογενούς πρόληψης είναι εξίσου σημαντική στη διαμόρφωση της θετικής υγείας. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει μέτρα που εντοπίζουν μια νοσηρή κατάσταση του οργανισμού, σε στάδιο τέτοιο, όπου η νόσος βρίσκεται σε πρώιμο και προσυμπτωματικό στάδιο. Η σημασία της είναι ιδιαίτερη, καθώς όταν μία ασθένεια εντοπίζεται σε αρχικό στάδιο, τότε η θεραπεία της έχει περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας.

Συγκεκριμένα, η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει μέτρα, όπως ο κυτταρολογικός έλεγχος κατά Παπανικολάου και η εξέταση των νεογέννητων για φαινυλοκετονουρία. Όσον αφορά στο «ΤΕΣΤ ΠΑΠ», έχει αποδειχθεί, πως οι γυναίκες που κάνουν τη συγκεκριμένη εξέταση έχουν πολύ μικρότερα ποσοστά θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, συγκριτικά με τις υπόλοιπες γυναίκες. Η βάση, επομένως, της δευτερογενούς πρόληψης είναι ο λεγόμενος «προσυμπτωματικός έλεγχος», ο οποίος στηρίζεται στο ότι, η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική εάν η νόσος εντοπιστεί νωρίς³⁰.

3.3 Πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων

Αρχικά, η γνώση των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως αναφέρθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο, αποτελεί τη βάση, πάνω στην οποία μπορούν να στηριχθούν τα προληπτικά μέτρα που μπορεί κανείς να εφαρμόσει. Η πρόληψη της στεφανιαίας νόσου και άλλων καρδιαγγειακών νόσων εμπεριέχει δυσκολίες, αλλά και παράγοντες που είναι εφικτό να τροποποιηθούν.

Αναλυτικότερα, στο στάδιο της πρωτογενούς πρόληψης, κρίνεται απαραίτητη η αποφυγή ή, έστω, η μείωση του καπνίσματος, καθώς αυτό αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου. Όσον αφορά στο παθητικό κάπνισμα, θα πρέπει να ληφθούν τέτοια μέτρα, ώστε να μην επιβαρύνεται η ατμόσφαιρα των κλειστών χώρων, η οποία συνεπάγεται την επιβάρυνση της υγείας των μη καπνιστών. Επίσης, φρόνιμο είναι να αυξήσει κανείς τη σωματική του δραστηριότητα, καθώς θεωρείται, πλέον, δεδομένο πως η καθιστική ζωή συμβάλλει

σημαντικά στη δημιουργία καρδιαγγειακών προβλημάτων. Εξίσου σημαντική, βέβαια, είναι η υιοθέτηση μίας σωστής διατροφής, η οποία θα πρέπει να συνίσταται από μειωμένη πρόσληψη τροφών πλούσιων σε κορεσμένα λίπη και από αυξημένη πρόσληψη ω-3 και ω-6 λιπαρών οξέων, βιταμινών E, C, β-καροτίνης και φυλλικού οξέος. Επιπλέον, στα πλαίσια μιας ισορροπημένης δίαιτας, τα φρούτα, τα λαχανικά και τα όσπρια πρέπει να υπερτερούν, σε σχέση με την κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε αλάτι ή ζάχαρη. Άλλωστε, η διατήρηση του σωματικού βάρους σε κανονικά επίπεδα αποτελεί παράγοντα καλής υγείας.

Τέλος, όσον αφορά στο στάδιο της δευτερογενούς πρόληψης, κρίνεται καλό να ελέγχει κανείς την αρτηριακή του πίεση, καθώς και να κάνει αιματολογικές εξετάσεις, ειδικότερα εάν έχει οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων στην οικογένειά του^{30,94}.

3.4 Πρόληψη καρκίνου

Όπως και στις άλλες νόσους, έτσι και στον καρκίνο, κάποιοι από τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισής του είναι τροποποιήσιμοι. Σκοπός της πρόληψης είναι, η μείωση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου, ή η διάγνωσή του, σε όσο το δυνατόν πιο πρώιμο στάδιο.

Ο πιο σημαντικός από τους τροποποιήσιμους παράγοντες είναι το κάπνισμα, καθώς σε αυτό οφείλεται το 30% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο. Επομένως, αποτελεί συνήθεια προς αποφυγή, ενώ δεν πρέπει κανείς να παραβλέπει το δικαίωμα των μη καπνιστών να μην επιβαρύνονται από τον καπνό των καπνιστών, κυρίως σε κλειστούς χώρους.

Μία άλλη κατηγορία παραγόντων κινδύνου αποτελούν οι κακές διατροφικές συνήθειες, ειδικά όταν συνυπάρχουν με έναν καθιστικό τρόπο ζωής. Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ., το υπερβολικό βάρος, η παχυσαρκία και ο καθιστικός τρόπος ζωής ευθύνονται για 274.000 θανάτους από καρκίνο κάθε χρόνο, στοιχεία που αποδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη διατήρησης ενός κανονικού βάρους και σωματικής δραστηριότητας. Προστατευτική δράση κατά του καρκίνου θεωρείται πως έχουν τα φρούτα, τα λαχανικά και τροφές πλούσιες σε βιταμίνη A, ενώ το κόκκινο κρέας και οι μεγάλες ποσότητες άλατος φαίνεται να έχουν τα αντίθετα αποτελέσματα. Επίσης, στα πλαίσια της διατροφής, καλό είναι να αποφεύγεται η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ, η οποία συμβάλλει σε 351.000 θανάτους από καρκίνο ετησίως. Τέλος, φαρμακευτικοί, βιολογικοί, καθώς και καρκινογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με κάποια επαγγέλματα, θα πρέπει να αποφεύγονται, όσο αυτό είναι δυνατό^{30,95}.

Σχετικά με τα μέτρα δευτερογενούς πρόληψης, πρέπει να τονιστεί πως, στην περίπτωση του καρκίνου, είναι ιδιαίτερα σημαντικό το χρονικό σημείο, όπου διαγιγνώσκεται, μετά το οποίο η εξέλιξη της νόσου δεν μπορεί να ελεγχθεί. Τέλος, όσον αφορά στις γυναίκες, είναι φρόνιμο να κάνουν συχνά αυτοεξέταση των μαστών, μαστογραφία μία φορά τον χρόνο, ειδικά μετά τα 40 έτη, καθώς και εξέταση κατά Παπανικολάου («τεστ Παπ»), ώστε να μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα πιθανός καρκίνος του μαστού ή του τραχήλου της μήτρας, αντίστοιχα³⁰.

3.5 Πρόληψη παχυσαρκίας και σακχαρώδους διαβήτη

Κατ' αρχάς, πρωταρχικός στόχος του κάθε ενήλικου ατόμου πρέπει να είναι η διατήρηση του βάρους του στο επιθυμητό για το ύψος του, δηλαδή ο ΔΜΣ να μην ξεπερνάει τα 25kg/m². Στην πρόληψη της παχυσαρκίας, σημαντικό ρόλο παίζουν οι διατροφικές συνήθειες και η σωματική δραστηριότητα. Συγκεκριμένα, η Μεσογειακή δίαιτα, η οποία αποτελεί ένα ολοκληρωμένο πρότυπο διατροφής, είναι πλούσια σε δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, ελαιόλαδο, γαλακτοκομικά προϊόντα, ψάρια και όσπρια, τα οποία δρουν προστατευτικά ενάντια σε χρόνιες ασθένειες και προσφέρουν τα αναγκαία θρεπτικά συστατικά, ώστε να μπορεί να διατηρηθεί κανείς σε ένα φυσιολογικό βάρος. Οι τροφές που θα πρέπει να αποφεύγονται είναι, κατά κύριο λόγο, αυτές που είναι πλούσιες σε ζάχαρη ή σε αλάτι, ενώ καλή θα ήταν η αποφυγή του «γρήγορου φαγητού», λόγω της μεγάλης ποσότητας κορεσμένων λιπών που εμπεριέχει, καθώς και η αποφυγή υπερκατανάλωσης αλκοόλ.

Η σωστή διατροφή, όμως, για να έχει θετικά αποτελέσματα ως προς το επιθυμητό βάρος, πρέπει να συνδυάζεται με, έστω και μέτριας έντασης, σωματική δραστηριότητα, όπως το έντονο περπάτημα ή ο χορός. Γενικότερα, για τη διατήρηση ενός κανονικού βάρους, η πρόσληψη τροφής πρέπει να συνάδει με την κατανάλωση ενέργειας, ώστε να υπάρχει ενεργειακή ισορροπία^{30,44}.

Εν κατακλείδι, ο συνδυασμός της υγιεινής διατροφής με τη σωματική άσκηση, φαίνεται πως δρα προστατευτικά απέναντι στην παχυσαρκία, αλλά κατ' επέκταση, και στον σακχαρώδη διαβήτη, στην υπέρταση, στη δυσλιπιδαιμία και στην αθηροσκλήρωση^{38,41}.

3.6 Πρόληψη HIV/AIDS

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι τρεις τρόποι μετάδοσης του ιού HIV είναι η αιματογενής, η περιγεννητική και η μετάδοση μέσω σεξουαλικής επαφής, ενώ στόχος της πρόληψης είναι να αποκλείσει τη μετάδοσή του.

Το κυριότερο προληπτικό μέτρο είναι η ενημέρωση του πληθυσμού, κυρίως των νέων, για τους τρόπους μετάδοσης του ιού, αλλά και για τα προστατευτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνουν. Ειδικότερα, όσον αφορά στη μετάδοση μέσω σεξουαλικής επαφής, συνιστάται, κυρίως, η χρήση ελαστικού προφυλακτικού. Η αιματογενής μετάδοση του ιού παρουσιάζεται πολύ συχνά σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών, σε ενέσιμη μορφή, στους οποίους συνιστάται η αποφυγή κοινής χρήσης των βελονών.

Τέλος, ως προληπτικά μέτρα δευτερογενούς πρόληψης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ο προληπτικός έλεγχος γυναικών σε περίοδο κύησης, ο προληπτικός και προσυμπτωματικός έλεγχος ενός ατόμου για αντισώματα HIV, καθώς και ο έλεγχος του αίματος ή του πλάσματος που προορίζονται για μετάγγιση³⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο:

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ - ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Γενικά

Με την πάροδο των χρόνων, ο επιπολασμός των νοσημάτων φθοράς και των θανάτων που οφείλονται σε αυτά τείνει να αυξάνεται παγκοσμίως, γεγονός που είναι απόρροια του τρόπου και της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. Ένας από τους αποτελεσματικότερους τρόπους που μπορούν να αντιστρέψουν την κατάσταση αυτή είναι η πρόληψη, μέσω της ενημέρωσης και της προαγωγής της υγείας^{1,96}.

Στα πλαίσια αυτά κινήθηκε πρώτος ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) που, το 1986, θεσμοθέτησε την πολιτική της Προαγωγής Υγείας. Η πολιτική αυτή έχει ως σκοπό την αναβάθμιση και την ενίσχυση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του ανθρώπου, καθώς και την υιοθέτηση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών. Συγκεκριμένα, η Προαγωγή της Υγείας στοχεύει στη διαμόρφωση ενός καλύτερου φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, αλλά και στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής¹.

Αξίζει εδώ να αναφερθεί πως, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, υγεία είναι: «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Η ίδια πηγή ορίζει τη δημόσια υγεία ως εξής: «Η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης της ασθένειας, της επιμήκυνσης της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσα από τις οργανωμένες κοινωνικές προσπάθειες για τη διατήρηση ενός υγιούς περιβάλλοντος, του ελέγχου των μεταδιδόμενων ασθενειών, της εκπαίδευσης των ατόμων σε ζητήματα υγείας, της δημιουργίας οργανισμών για την πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών και της θεσμοθέτησης κρατικών μηχανισμών που θα εξασφαλίζουν για όλους τους πολίτες συγκεκριμένες συνθήκες διαβίωσης, αποτελεί τη δημόσια υγεία»⁹⁶.

Είναι φανερό πως για να έχει ο άνθρωπος υγεία, θα πρέπει να υιοθετήσει υγιεινές συμπεριφορές, γεγονός που αποτελεί, αναμφισβήτητα, το αντικείμενο της Αγωγής της Υγείας. Η Αγωγή Υγείας αποσκοπεί, τόσο στην ενημέρωση, όσο και στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Επιπρόσθετα, η Αγωγή Υγείας διακρίνεται στην παραδοσιακή και στη σύγχρονη. Η πρώτη στόχευε κυρίως στην ενημέρωση των ανθρώπων, έχοντας ως βασική θεωρία πως η γνώση, από μόνη της, είναι ικανή να «αφυπνίσει» τον άνθρωπο και να τον οδηγήσει στη δράση. Από την άλλη πλευρά, η σύγχρονη Αγωγή Υγείας θα πρέπει να έχει ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και του τρόπου ζωής, με οποιοδήποτε τρόπο, ώστε να προάγεται η υγεία του ατόμου. Εν ολίγοις, η σύγχρονη Αγωγή Υγείας ταυτίζεται με την Προαγωγή της Υγείας και αντίστροφα⁹⁷.

Ειδικότερα, η Αγωγή Υγείας έχει, πολύ ικανοποιητικά, οριστεί ως: «η εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπεί στη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς που προάγουν τη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου. Δεν ενδιαφέρεται μόνο για τη μετάδοση γνώσεων σχετικά με το τι είναι ωφέλιμο και τι βλαβερό για την υγεία, αλλά και για τον εντοπισμό των διαφόρων παραγόντων που επηρεάζουν την υγιεινή συμπεριφορά και δεν επιτρέπουν τη λήψη αποφάσεων σε σύντομο χρονικό διάστημα»⁹⁷.

Ο Π.Ο.Υ. έχει δώσει, επίσης, τον δικό του ορισμό για την Αγωγή Υγείας, σύμφωνα με τον οποίο: «η εκπαίδευση για την υγεία/Αγωγή Υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποβλέπει στη διαμόρφωση ή και τροποποίηση προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία οδηγούν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου υγείας»^{96,97}.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθούν οι φορείς της Αγωγής Υγείας, οι οποίοι διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: το σχολείο, την οικογένεια και το «παράλληλο σχολείο», ή αλλιώς την κοινωνία. Οι φορείς αυτοί θα αναλυθούν ξεχωριστά παρακάτω. Ωστόσο, ως φορέας της αγωγής μπορεί να χαρακτηριστεί οποιοδήποτε άτομο είναι σε θέση να προάγει καλύτερες στάσεις, συμπεριφορές και αξίες, με σκοπό την ομαλότερη κοινωνικοποίηση του ανθρώπου.

4.2 Σχολική Αγωγή Υγείας

4.2.1 Ιστορική αναδρομή

Το σχολείο ήταν πάντα χώρος όπου δρούσε η Αγωγή της Υγείας, καθώς στα μαθήματα υπήρχαν θέματα προαγωγής της υγείας, μέσω των οποίων οι δάσκαλοι βοηθούσαν στη διαπαιδαγώγηση και στην κοινωνικοποίηση των μαθητών.

Συγκεκριμένα, στο ελληνικό σχολείο, κατά τη δεκαετία του '50, οι μαθητές ήταν υποχρεωμένοι να φορούν ομοιόμορφη ενδυμασία, τα κορίτσια κορδέλα στα μαλλιά και τα αγόρια πηλίκιο στο κεφάλι. Αυτός ήταν, την εποχή εκείνη, ένας τρόπος Αγωγής Υγείας, καθώς θεωρείτο πως έτσι αντιμετωπίζονταν η περιορισμένη καθαριότητα και οι ψείρες. Τα παραπάνω μέτρα, σε συνδυασμό με τακτικούς εμβολιασμούς στα σχολεία, αποτελούσαν τρόπους πρόληψης των λοιμωδών νοσημάτων, τα οποία ήταν το σοβαρότερο πρόβλημα υγείας τη δεκαετία εκείνη.

Μια δεκαετία αργότερα, στις ασθενέστερες οικονομικά χώρες, γίνονταν συσσίτια που είχαν στόχο την πρόληψη προβλημάτων διατροφής, ενώ ταυτόχρονα τα μέτρα πρόληψης που ισχύουν τη δεκαετία του '50 συνεχίζουν να εφαρμόζονται στην Ελλάδα, αλλά ξεκινούν και σε άλλες χώρες της Ευρώπης.

Εντούτοις, τα τελευταία χρόνια, τα προβλήματα υγείας που απασχολούν τους επιστήμονες αλλάζουν μορφή, με αποτέλεσμα η Αγωγή Υγείας στα σχολεία να στοχεύει κυρίως στην πρόληψη των νοσημάτων φθοράς και των ατυχημάτων⁹⁷.

4.2.2 Ο ρόλος του σχολείου

Συνιστά γεγονός αναμφισβήτητο το ότι οι περισσότερες από τις συνήθειες που υιοθετεί κανείς στην παιδική ηλικία συνεχίζονται και για το υπόλοιπο της ζωής του. Επιπρόσθετα, πολλές βλάβες στην υγεία που μπορούν να εμφανιστούν στην παιδική ηλικία, όπως για παράδειγμα κάποια καρδιακή βλάβη, δεν είναι πάντα θεραπεύσιμες, με αποτέλεσμα να καθίσταται αδύνατη η πρόληψη κάποιων σχετιζόμενων ασθενειών που μπορεί να εμφανιστούν στη μετέπειτα ζωή του ατόμου. Για τους λόγους αυτούς, η Αγωγή Υγείας στα παιδιά αποτελεί το σημαντικότερο κομμάτι της προαγωγής της υγείας.

Επίσης, όσον αφορά στους στόχους της Αγωγής Υγείας, το σχολείο φαίνεται να είναι ο φορέας εκείνος που έχει τα μεγαλύτερα ποσοστά αποτελεσματικότητας. Οι κυριότεροι παράγοντες που λειτουργούν θετικά στο σημείο αυτό είναι η υιοθέτηση τυποποιημένων μορφών δράσης, η υποχρεωτική εκπαίδευση για εννέα έτη, η δυνατότητα χρήσης των κατάλληλων μεθοδολογικών εργαλείων, καθώς και η αξιολόγηση- έλεγχος των μεθόδων που ακολουθούνται, αλλά και των αποτελεσμάτων που αυτές φέρουν.

Το πιο βασικό, όμως, στοιχείο που καθιστά το ρόλο του σχολείου τόσο σημαντικό είναι το ότι μπορεί να επεξεργάζεται και να ελέγχει τις αξίες και τις στάσεις που υφίστανται σε μία κοινωνία, με αποτέλεσμα να επιλέγει εκείνες που είναι κατάλληλες για την ανάπτυξη και την εξέλιξη, τόσο του ατόμου, όσο και ολόκληρης της κοινωνίας.

Ειδικότερα, στόχοι της Αγωγής Υγείας στο σχολείο είναι το να απευθύνεται σε όλους τους μαθητές, ανεξάρτητα από την οικονομική και πνευματική κατάσταση των γονέων τους, καθώς και να φροντίζει να διαμορφώνει στα παιδιά αυτά υγιεινές στάσεις, αλλά και συνήθειες⁹⁶.

4.2.3 Αγωγή Υγείας και Αναλυτικό Πρόγραμμα

Είναι γεγονός πως η Αγωγή Υγείας δεν υπάρχει ως μεμονωμένο μάθημα στα σχολεία. Ωστόσο, έχει ενταχθεί έμμεσα στο σχολικό πλαίσιο, καθώς διδάσκεται, είτε ταυτόχρονα με άλλα μαθήματα, είτε ευκαιριακά, όταν ο δάσκαλος θεωρήσει ότι είναι η κατάλληλη στιγμή. Δεν είναι λίγα, άλλωστε, τα μαθήματα, των οποίων οι θεματικές ενότητες προσφέρουν την ευκαιρία στον εκπαιδευτικό να προωθήσει διαιτητικές συνήθειες και αξίες.

Η εμπειρία, σε παγκόσμιο επίπεδο, έχει αποδείξει πως η Αγωγή Υγείας μπορεί να αναπτύσσεται στα σχολικά Αναλυτικά Προγράμματα, είτε με τη μορφή αυτόνομου μαθήματος, το οποίο θα υπάρχει στο ωρολόγιο πρόγραμμα, είτε με τη μορφή ενός γνωστικού αντικείμενου που θα αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια των επιμέρους μαθημάτων, είτε με τη μορφή ευκαιριακών συζητήσεων μέσα στην τάξη^{96,97}.

Πρέπει, στο σημείο αυτό, να αναφερθεί πως οι απόψεις, για το αν η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να ενταχθεί ως μάθημα στο σχολικό Αναλυτικό Πρόγραμμα ή όχι, δίστανται. Πολλοί ισχυρίζονται πως η εισαγωγή αυτή της Αγωγής Υγείας θα διευκολύνει την επίτευξη των στόχων της, καθώς θα υπάρχει ένα εγχειρίδιο με συγκεκριμένες θεματικές ενότητες και καθορισμένο στόχο. Οι υποστηρικτές της άποψης αυτής πιστεύουν, επίσης, πως αυτό θα συνέβαλε θετικά και στον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται οι αρμόδιες αρχές την Αγωγή Υγείας, ώστε να σταματήσουν να αδιαφορούν για ένα τόσο σημαντικό γνωστικό αντικείμενο.

Από την άλλη πλευρά, εκπαιδευτικοί που ασχολούνται με προγράμματα Αγωγής Υγείας θεωρούν πως το συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από τους μαθητές ως ένα ακόμα μάθημα. Την άποψή τους αυτή τεκμηριώνουν λέγοντας πως, σε μια τέτοια περίπτωση, οι μαθητές θα αντιμετώπιζαν την Αγωγή Υγείας ως ένα ανιαρό μάθημα, το οποίο θα πρέπει να διαβάσουν για να αποκτήσουν ένα βαθμό στον έλεγχό τους. Αυτό θα οδηγούσε στην αποστήθιση του γνωστικού αντικείμενου από τους μαθητές, και όχι στην εμπειρική γνώση. Ταυτόχρονα, η ανάπτυξη της Αγωγής Υγείας, μέσω άλλων

μαθημάτων, λειτουργεί αποτελεσματικά, καθώς οι μαθητές και ο δάσκαλος συνεργάζονται, συζητούν και ανταλλάσσουν απόψεις. Με τον τρόπο αυτό, οι μαθητές δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον, ενώ συνειδητοποιούν ότι η Αγωγή Υγείας αφορά σε θέματα που σχετίζονται με τη ζωή και την καθημερινότητά τους.

Εξάλλου, η Αγωγή Υγείας είναι ένα αντικείμενο που πρέπει να συμβαδίζει με τη σύγχρονη πραγματικότητα, με την τεχνολογία και την ιατρική, γεγονός που καθιστά δύσκολη την ένταξή της στο Αναλυτικό Πρόγραμμα του σχολείου ως ξεχωριστό μάθημα⁹⁶.

4.2.4 Ο ρόλος του εκπαιδευτικού

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού της Αγωγής Υγείας έχει μεγάλη διαφορά, σε σύγκριση με το ρόλο του ίδιου, όταν διδάσκει άλλα μαθήματα. Ο εκπαιδευτικός, που ενδιαφέρεται να συνεισφέρει στην προαγωγή της υγείας, μετατρέπεται από έναν αυστηρό αξιολογητή σε έναν πρόθυμο συνεργάτη και σύμβουλο των μαθητών του. Ο δάσκαλος θα πρέπει να είναι σε θέση να ασχοληθεί με τους προβληματισμούς και τις ευαισθησίες των μαθητών του και να προσπαθεί να τις συζητάει μαζί τους.

Συγκεκριμένα, ο εκπαιδευτικός που έχει σκοπό να ασχοληθεί με την Αγωγή Υγείας, θα πρέπει να έχει ρόλο παιδαγωγού, καθοδηγητή, εμψυχωτή, οργανωτή, ερευνητή, φίλου, συνεργάτη και μεταρρυθμιστή. Τα γνώρισμα και οι δεξιότητες που καθιστούν έναν παιδαγωγό ικανό να διδάσκει προγράμματα Αγωγής Υγείας είναι η κατανόηση, ο σεβασμός, η ανεκτικότητα και η ευελιξία. Θα πρέπει, ακόμα, να είναι καλός ακροατής, να εξασφαλίζει τη συμμετοχή όλων των μαθητών, καθώς και να μπορεί να εκτιμά τη δυναμική τους. Έναν τέτοιο εκπαιδευτικό θα μπορούσε κανείς να τον ονομάσει λειτουργό της εκπαίδευσης. Άλλωστε, τέτοιους εκπαιδευτικούς έχει ανάγκη η κοινωνία, ώστε να μπορούν να συμβάλουν στην προαγωγή της υγείας.

Εκτός, όμως, από τα γνώρισμα που αναφέρθηκαν, ο δάσκαλος της Αγωγής Υγείας θα πρέπει να έχει αποκτήσει επαρκείς γνώσεις σχετικά με το αντικείμενο που πρόκειται να διδάξει. Ειδικότερα, ο παιδαγωγός επιβάλλεται να γνωρίζει τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, όπως επίσης και να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τα συμπτώματα κάποιων ασθενειών. Ταυτόχρονα, είναι σημαντικό το να μπορεί ο εκπαιδευτικός να εντοπίσει τους λόγους για τους οποίους θα πρέπει να προάγεται η υγεία μέσω του σχολείου, ώστε να οδεύεται με σκοπό να πείσει τους μαθητές να υιοθετήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Ο πιο σημαντικός λόγος ύπαρξης της σχολικής Αγωγής Υγείας είναι η επιρροή που ασκεί το σχολείο στους μαθητές, η οποία, με τη συμβολή ικανών δασκάλων, έχει συχνά θεαματικά αποτελέσματα.

Ωστόσο, το βασικότερο, ίσως, στοιχείο που πρέπει να διαθέτει ένας δάσκαλος είναι το να γνωρίζει τις κύριες συνιστώσες ενός υγιεινού τρόπου ζωής και να μπορεί να τις υιοθετεί, καθώς ο ίδιος αποτελεί, συνήθως, πρότυπο για τους μαθητές, με αποτέλεσμα, σε πολλές περιπτώσεις, να τον μιμούνται. Θα πρέπει, δηλαδή, ο παιδαγωγός να είναι το φανερό υγιές παράδειγμα, το οποίο οι μαθητές θα βλέπουν, θα θαυμάζουν και θα προσπαθούν να ακολουθήσουν⁹⁶.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονιστεί πως ένας δάσκαλος, ο οποίος θα διαθέτει όλες τις παραπάνω γνώσεις και δεξιότητες, άλλα δε θα έχει εμπειρική γνώση σχετικά με την Αγωγή Υγείας, δύσκολα θα μπορέσει να καταφέρει τους στόχους του. Ο παιδαγωγός, εν προκειμένω, πρέπει να έχει πρακτική εμπειρία πάνω στο σχεδιασμό και στις μεθόδους που θα ακολουθήσει μέσα στην τάξη. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στην Αγωγή Υγείας είναι ο διάλογος, οι ομάδες εργασίας, η έρευνα, τα παιχνίδια ρόλων, οι δημοσκοπήσεις, η συμμετοχή επισκεπτών και η γρήγορη καταγραφή σχολίων από τους μαθητές. Τέλος, για να μπορούν οι δάσκαλοι να σχεδιάσουν και να μεταδώσουν τις γνώσεις τους αυτές, θα πρέπει να γνωρίζουν καλά τον τρόπο πρόσβασης και χρήσης, τόσο των υλικών, όσο και των πηγών του γνωστικού αυτού αντικειμένου.

Συμπερασματικά, μπορεί εύκολα κανείς να καταλάβει ότι δεν είναι πολλοί οι παιδαγωγοί που είναι σε θέση να αναλάβουν το δύσκολο αυτό ρόλο του εκπαιδευτικού της Αγωγής Υγείας. Για το λόγο αυτό, χαρακτηρίζεται ζωτική η ανάγκη εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των δασκάλων που θα ήθελαν να ασχοληθούν με το συγκεκριμένο αυτό αντικείμενο⁹⁷.

4.2.5 Προβλήματα της σχολικής Αγωγής Υγείας

Κατά την ανάπτυξη της Αγωγής Υγείας φαίνεται να εμφανίζονται μεγάλα προβλήματα και αξιοσημείωτες δυσκολίες. Το πιο σημαντικό πρόβλημα στη διδασκαλία της είναι η έλλειψη κατάρτισης των εκπαιδευτικών σε θέματα του τομέα αυτού. Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να διαθέτει γνώσεις και δεξιότητες, τις οποίες πολλοί εκπαιδευτικοί αγνοούν.

Μια βασική, επίσης, δυσκολία στην ανάπτυξη της Αγωγής Υγείας έγκειται στο γεγονός ότι το γνωστικό της αντικείμενο εξελίσσεται με πολύ γοργούς ρυθμούς. Η Αγωγή Υγείας συμβαδίζει με την εξέλιξη της ιατρικής, της βιολογίας και της τεχνολογίας, με αποτέλεσμα το γνωστικό της πεδίο να αλλάζει διαρκώς. Το γεγονός αυτό αναγκάζει τους δασκάλους να ερευνούν συνεχώς για νέες πληροφορίες και μεθόδους διδασκαλίας, από τις οποίες θα πρέπει να επιλέγουν τις καταλληλότερες και να τις μεταφέρουν στην τάξη.

Επιπρόσθετα, η ανυπαρξία συγκεκριμένου Αναλυτικού Προγράμματος, σχετικά με τη σχολική Αγωγή Υγείας, αποτελεί ένα μεγάλο πρόβλημα, το οποίο θα πρέπει σύντομα να λυθεί. Διατυπώνονται, συχνά, προβληματισμοί, σχετικά με το ζήτημα της ηλικίας στην οποία τα παιδιά μπορούν να έρθουν σε επαφή με κάποια θέματα της Αγωγής Υγείας, όπως είναι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, το κάπνισμα και τα ναρκωτικά. Αξιοσημείωτη είναι η άποψη που έχει διατυπωθεί για την επιμόρφωση των παιδιών στα θέματα αυτά, καθώς τα παιδιά τείνουν να πειραματίζονται. Για το λόγο αυτό, η πληροφόρηση γύρω από ορισμένα θέματα θα πρέπει να γίνεται όταν οι μαθητές φθάσουν στην κατάλληλη ηλικία.

Τέλος, δε θα πρέπει να παραληφθεί η αναφορά στη δυσκολία εφαρμογής των κατάλληλων διδακτικών μεθόδων, ώστε να επιτυγχάνονται οι στόχοι της Αγωγής Υγείας. Οι μέθοδοι είναι πολλές και η καθεμιά ξεχωριστά ή ο συνδυασμός τους λειτουργούν ευεργετικά. Εντούτοις, η δυσκολία που μπορεί να αντιμετωπίζει ο εκπαιδευτικός είναι η έλλειψη πρακτικής εμπειρίας, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να επιλέξει ή να εφαρμόσει σωστά κάποια από αυτές.

Τα παραπάνω προβλήματα θα πρέπει να σκεφτούν σοβαρά και να προσπαθήσουν να επιλύσουν οι φορείς της εκπαίδευσης, ώστε να μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι της προαγωγής της υγείας, μέσω του σχολείου^{96,97}.

4.2.6 Η Αγωγή Υγείας στο ελληνικό σχολείο

Στο σύγχρονο ελληνικό σχολείο, η Αγωγή Υγείας δεν εφαρμόζεται ως ξεχωριστό μάθημα, στο οποίο οι μαθητές βαθμολογούνται, αλλά ως παράλληλη εκπαιδευτική δραστηριότητα. Το γεγονός αυτό βοηθά στην επίτευξη του σκοπού της Αγωγής Υγείας, καθώς οι μαθητές δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον και αισθάνονται να ξεφεύγουν από την αυστηρή συνηθισμένη μέθοδο απόκτησης γνώσεων που ακολουθείται στα υπόλοιπα μαθήματα.

Συγκεκριμένα, στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα έχουν ενταχθεί μαθήματα και θεματικές ενότητες, οι οποίες προσφέρουν στο δάσκαλο ευκαιρίες για να αναπτύξει την Αγωγή Υγείας. Κάποια από τα μαθήματα αυτά του σχολικού προγράμματος είναι η μελέτη περιβάλλοντος που διδάσκεται στο δημοτικό σχολείο, καθώς και η Οικιακή Οικονομία που διδάσκεται στο Γυμνάσιο. Τα μαθήματα αυτά περιλαμβάνουν πολλές ενότητες που αφορούν στην Αγωγή Υγείας.

Οι θεματικές ενότητες που σχετίζονται με την Αγωγή Υγείας είναι η υγιεινή διατροφή, η αναπαραγωγή, η πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών, καθώς και οι εθιστικές ουσίες. Είναι φανερό πως την Αγωγή Υγείας αφορούν θέματα, τα οποία είναι συνυφασμένα με την καθημερινότητα του ατόμου και τα οποία πηγάζουν από την κοινωνία.

Ωστόσο, η απουσία συντονισμού και ομοιομορφίας που παρατηρείται κατά τη διάρκεια των προγραμμάτων της Αγωγής Υγείας στο ελληνικό σχολείο, φανερώνει την αναποτελεσματικότητά της. Η διδασκαλία της Αγωγής Υγείας στην Ελλάδα δείχνει να είναι αποκλειστική ευθύνη του εκπαιδευτικού, ενώ θα πρέπει να απασχολεί όλους τους εκπαιδευτικούς φορείς.

Οι εκπαιδευτικοί φορείς, λοιπόν, θα πρέπει να δώσουν οδηγίες, οι οποίες θα κατευθύνουν τους παιδαγωγούς, σχετικά με τους τρόπους και τις μεθόδους που θα πρέπει να ακολουθούν, καθώς και με τα διδακτικά θέματα, με τα οποία θα πρέπει να καταπιάνονται⁹⁶.

4.2.7 Το σχολείο που προάγει την υγεία

Εδώ και είκοσι χρόνια, πολλές χώρες και διεθνείς οργανισμοί έχουν εστιάσει την προσοχή τους στην προαγωγή της υγείας και αναπτύσσουν πολιτικές που βοηθούν το σκοπό αυτό. Οι πολιτικές αυτές αφορούν κυρίως στην ανάπτυξη της Αγωγής Υγείας και άλλων ιδεών που στοχεύουν στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης του ατόμου και στην προαγωγή της υγείας του.

Στα πλαίσια αυτά αναπτύχθηκε και κινήθηκε το Ευρωπαϊκό Δίκτυο των Σχολείων που Προάγουν την Υγεία (European Network of Health Promoting Schools). Το δίκτυο αυτό (Ε.Δ.Σ.Π.Υ.) δημιουργήθηκε υπό την επίβλεψη και οργανωτική διαχείριση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), της Επιτροπής Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (CEC) και του Συμβουλίου της Ευρώπης (Council of Europe). Το Ε.Δ.Σ.Π.Υ. στοχεύει κυρίως στην

προώθηση διαιτητικών συνηθειών και γενικά στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής από ολόκληρο τον πληθυσμό των σχολείων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα αυτό⁹⁶.

Ειδικότερα, το πρόγραμμα, μέσω της δημιουργίας ενός σχολικού περιβάλλοντος που προάγει την εκπαιδευτική διαδικασία, στοχεύει στην προαγωγή της ατομικής, οικογενειακής και κοινωνικής ευθύνης για την υγεία. Σημαντικοί, επίσης, στόχοι του δικτύου είναι η προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής υποδεικνύοντας υγιεινές επιλογές και συμπεριφορές, η ενθάρρυνση των μαθητών, ώστε να αναπτύξουν μια συγκροτημένη προσωπικότητα που θα χαρακτηρίζεται από αυτοεκτίμηση, καθώς και η βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των μαθητών, των οικογενειών τους και γενικότερα της κοινωνίας. Ταυτόχρονα, το Ε.Δ.Σ.Π.Υ. έχει ως κύριο μέλημά του την αξιοποίηση των κοινωνικών πόρων για την προαγωγή της υγείας, την οργάνωση και ανάπτυξη ενός Αναλυτικού Προγράμματος, στο οποίο θα εμπεριέχεται η Αγωγή Υγείας, καθώς και την ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας στο χώρο του σχολείου. Ωστόσο, ο πιο βασικός στόχος του δικτύου είναι ο εφοδιασμός των μαθητών με εκείνες τις γνώσεις και δεξιότητες που θα τους κάνουν ικανούς να λαμβάνουν οι ίδιοι τις σωστές αποφάσεις για την υγεία τους και να βαδίζουν πάντα έχοντας ως προτεραιότητα την προστασία του περιβάλλοντος, την υγεία της οικογένειάς τους, αλλά και ολόκληρης της κοινωνίας^{96,97}.

Το Δίκτυο των Σχολείων που Προάγουν την Υγεία δίνει έναν άλλο χαρακτήρα στη σχολική Αγωγή Υγείας, καθώς μέσω νέων αρχών, μεθόδων και τεχνικών προσπαθεί να την κάνει περισσότερο προσεγγίσιμη και αποδεκτή από τους μαθητές. Ταυτόχρονα, η Αγωγή Υγείας καταφέρνει να προσπεράσει τα όρια του σχολείου και διαπερνά στην οικογένεια και στην κοινωνία⁹⁶.

4.3 Ο ρόλος της οικογένειας

Είναι γεγονός πως η Αγωγή Υγείας δεν πρέπει να περιορίζεται στα όρια του σχολείου, αλλά να διαχέεται και στην οικογένεια. Η οικογένεια, άλλωστε, είναι ένας από τους πιο σημαντικούς φορείς της Αγωγής Υγείας στα παιδιά, καθώς τις περισσότερες από τις συνήθειες που αυτά υιοθετούν, συνήθως τις αποκτούν μέσα από το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Η οικογένεια θα πρέπει να είναι το στήριγμα εκείνο των παιδιών, που θα τους συμπαραστέκεται ηθικά, υλικά και ψυχολογικά και θα τους κατευθύνει πάντα προς το σωστό δρόμο. Είναι σημαντικό, στο σημείο αυτό, να τονιστεί ότι το σχολείο και η οικογένεια θα πρέπει να δρουν συμπληρωματικά, ώστε να μπορούν να επιτύχουν τους στόχους της Αγωγής Υγείας. Εντούτοις, είναι λογικό να υπάρχουν και κάποιες διαφωνίες μεταξύ των δύο αυτών σημαντικών φορέων. Οι διαφωνίες αυτές θα πρέπει να λύνονται γρήγορα και να μην αποτελούν εμπόδιο στην προαγωγή της υγείας, δεδομένου ότι, τόσο η οικογένεια, όσο και το σχολείο, δρουν πάντα με γνώμονα το καλό των παιδιών⁹⁶.

Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να καταλάβουν οι γονείς τον καταλυτικό ρόλο που παίζουν στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους, κυρίως στα θέματα που σχετίζονται με την υγεία τους, ώστε να συνεισφέρουν κι εκείνοι στη σημαντική εκπαιδευτική διαδικασία της Αγωγής Υγείας⁹⁷.

4.4 Ο ρόλος της κοινωνίας

Μπορεί κανείς να πει ότι η κοινωνία δικαίως, συχνά, παρομοιάζεται ως μία μεγάλη οικογένεια. Πολλές φορές, αξίες και συμπεριφορές που κατακρίνονται από κάποια μέλη της κοινωνίας επηρεάζουν και τα υπόλοιπα, γεγονός που μαρτυρά ότι η κοινωνία ασκεί μεγάλη επιρροή σε οποιονδήποτε και πολύ περισσότερο στα παιδιά. Αυτός είναι και ο λόγος, για τον οποίο η κοινωνία έχει καθήκον να λειτουργεί σε συνεργασία με τους δύο άλλους φορείς. Αυτό συνεπάγεται ότι θα πρέπει να σέβεται τις αποφάσεις που λαμβάνονται στο σχολείο και αφορούν σε έναν καλύτερο τρόπο ζωής⁹⁷.

Αξίζει, εδώ, να γίνει μία αναφορά στην επιρροή που ασκούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) πάνω στα παιδιά, τα οποία υιοθετούν συχνά κακές διατροφικές συνήθειες, επηρεασμένα από τις διαφημίσεις. Τα Μ.Μ.Ε., και ειδικά η τηλεόραση, οφείλουν, στα πλαίσια της προαγωγής της υγείας, να προβάλλουν υγιεινές αρχές και στάσεις ζωής, ώστε με τη δύναμη που έχουν να βοηθήσουν σημαντικά στη μείωση της εμφάνισης των νοσημάτων φθοράς.

Τέλος, η κοινότητα μπορεί να συμβάλει στην Αγωγή Υγείας, μέσω των κοινωνικών λειτουργιών και των ειδικών επιμορφωτών υγείας. Το προσωπικό αυτό, με τις γνώσεις που διαθέτει, μπορεί να επέμβει δυναμικά στη ζωή των ανθρώπων μιας κοινωνίας και, συμβουλευοντάς τους, να τους αλλάξει τις συνήθειες που είναι βλαβερές για την υγεία τους⁹⁷.

ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

EPEYNA

Στο γενικό μέρος αναλύθηκαν τα κυριότερα χρόνια νοσήματα, οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας, οι τρόποι πρόληψής τους, καθώς και οι φορείς της προαγωγής της υγείας. Όπως προαναφέρθηκε, η ενημέρωση είναι η βάση της πρόληψης και της υιοθέτησης ενός υγιεινού τρόπου ζωής, ενώ η πρόληψη αποτελεί το θεμέλιο λίθο της καλής υγείας.

Λαμβάνοντας τα παραπάνω ως δεδομένα, διεξήχθη έρευνα με σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού, σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η παρούσα έρευνα αποτελεί μέρος μίας μεγαλύτερης έρευνας που διεξάγεται από την Ομάδα Εργασίας Επιδημιολογίας και Πρόληψης των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων της Ελληνικής Εταιρείας Αθληροσκλήρωσης.

Για τη συλλογή των δεδομένων ακολουθήθηκε η μέθοδος των ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώθηκαν από δείγμα πληθυσμού 515 ατόμων. Τα άτομα αυτά κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν στα κοινωνικο-οικονομικά τους στοιχεία και στις αντιλήψεις τους, τόσο για τους κλινικούς παράγοντες κινδύνου, όσο και για τους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και με τη διατροφή τους.

Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου STATGRAPHICS Centurion. Παρακάτω ακολουθούν τα αποτελέσματα της έρευνας, καθώς και ένα δείγμα ερωτηματολογίου, το οποίο διευκολύνει την ερμηνεία τους.



Ελληνική Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ &

ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Έρευνα με στόχο την αποτίμηση αντιλήψεων και στάσεων του γενικού πληθυσμού, αναφορικά με τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

Ερωτηματολόγιο					
ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ					
Κοινωνικό-οικονομικά & ατομικά στοιχεία					
K1. ΗΛΙΚΙΑ (έτη)			K7. Βάρος (kg) / K8. Ύψος (m)		
K2. ΦΥΛΟ	1. Άνδρας 2. Γυναίκα		K9. Οικογενειακή κατάσταση	1. Άγαμος 2. Έγγαμος 3. Διαζευγμένος 4. Χήρος	
K3. Μορφωτικό επίπεδο (έτη σπουδών)			Ιατρικό Ιστορικό		
K4. Ετήσιο ατομικό εισόδημα (κυκλώστε μια απάντηση)	1. < €10000		K10. Υπέρταση	1. Ναι	0. Όχι
	2. €10001-20000		K11. Σακχαρώδης διαβήτης	1. Ναι	0. Όχι
	3. €20001-40000		K12. Δυσλιπιδαιμία	1. Ναι	0. Όχι
	4. > €40001		K13. Στεφανιαία νόσος	1. Ναι	0. Όχι
			K14. Άλλη καρδιαγγειακή νόσος	1. Ναι	0. Όχι
K5. Ιδιόκτητη κατοικία	1. Ναι	0. Όχι	K15. Οικογενειακό ιστορικό	1. Ναι	0. Όχι
K6. Επάγγελμα (κυκλώστε μια απάντηση)	1. ΔΥ/ΟΤΑ		K16. Καπνιστής (τώρα);	1. Ναι	0. Όχι
	2. Ιδιωτικός υπάλληλος		K17. # τσιγάρων/ημέρα & έτη		
	3. Ελευθ. Επαγ. 4. Ημιαπασχόληση 5. Άνεργος/η		K18. Έτη διακοπής (για όσους έχουν διακόψει > 1 έτος).		
Αντιλήψεις για τους κλινικούς παράγοντες κινδύνου					
PK1. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για τη χοληστερίνη;	1. 150 mg/dl 2. 200 mg/dl 3. 250 mg/dl		PK2. Ποια είναι η «καλή» χοληστερίνη;	1. HDL 2. LDL 3. ΔΞ/ΔΑ	

	4. 350 mg/dl 5. ΔΞ/ΔΑ						
ΠΚ3. Ποιο είναι το κατώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την «καλή» χοληστερίνη;	1. 20 mg/dl 2. 40 mg/dl 3. 50 mg/dl 4. ΔΞ/ΔΑ		ΠΚ4. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την γλυκόζη;	1. 100 mg/dl 2. 120 mg/dl 3. 150 mg/dl 4. ΔΞ/ΔΑ			
ΠΚ5. Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την χοληστερίνη σας;	1. Όχι 2. Ναι, μέχρι 5% 3. Ναι, μέχρι 20% 4. Ναι, πολύ 5. ΔΞ/ΔΑ		ΠΚ6. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την πίεση σας;	1. 100/70 mmHg 2. 120/80 mmHg 3. 140/90 mmHg 4. 160/80 mmHg 5. ΔΞ/ΔΑ			
ΠΚ7. Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την πίεση σας;	1. Όχι 2. Ναι, μέχρι 5% 3. Ναι, μέχρι 20% 4. Ναι, πολύ 5. ΔΞ/ΔΑ		ΠΚ8. Πότε πραγματοποιήσατε το τελευταίο check-up για τα λιπίδια σας, την πίεση σας και άλλους βιοχημικούς δείκτες;	1. Ποτέ 2. πριν 5 έτη 3. πριν 2 έτη 4. πριν 1 έτος 5. ΔΞ/ΔΑ			
ΠΚ9. Πιστεύετε ότι όλοι οι ενήλικες ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου, πρέπει να κάνουν ετήσιο check-up;	0. Όχι	1. Ναι αν είναι >50 ετών	ΠΚ10. Ποια είναι η σημαντικότερη αιτία θανάτου (επιλέξτε μόνο μια);	1. Καρδιαγγειακά 2. Καρκίνος 3. HIV 4. Άλλη			
	2. Ναι, αν έχουν οικογενειακό ιστορικό	3. Ναι, σε κάθε περίπτωση					
ΠΚ11. Ποια είναι η συχνότερη νόσος στον πληθυσμό;	1. Καρδιαγγειακά 2. Καρκίνος 3. HIV 4. Άλλη		ΠΚ12. Ποιος κατά τη γνώμη σας είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου (επιλέξτε μόνο έναν);	1. Υπέρταση 2. Διαβήτης 3. Δυσλιπιδαιμία 4. Κάπνισμα 5. Κακή διατροφή 6. Άγχος 7. Κανένας			
ΠΚ13. Είναι κατανοητές οι συστάσεις των ειδικών αναφορικά με την πρόληψη;	Καθόλου		ΠΚ14. Πιστεύετε ότι η τροποποίηση των παρόντων κινδύνου μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ
	1	2		3	4	1	2

Αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής								
TZ1. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;	1. Όχι, καθόλου		2. Ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους ιατρούς		3. Ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η		4. Ναι, αναμφισβήτητα	
TZ2. Πιστεύετε ότι το παθητικό κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;	1. Όχι, καθόλου		2. Ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί		3. Ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η		4. Ναι, αναμφισβήτητα	
TZ3. Πιστεύετε ότι κάπνισμα μέχρι 5 τσιγάρα την ημέρα ΔΕΝ βλάπτει;	1. Ναι		0. Όχι		<i>Εύκολα</i>		<i>Δύσκολα</i>	
					1		2	
					3		4	
TZ5. Πιστεύετε ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσιχλες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;	1. Ναι		0. Όχι		1. Ναι		0. Όχι	
TZ6. Πιστεύετε ότι φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;								
TZ7. Πιστεύετε ότι η καθιστική ζωή είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;	1. Όχι, καθόλου		2. Ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους ιατρούς		3. Ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η		4. Ναι, αναμφισβήτητα	
TZ8. Ποιο είδος έντασης άσκησης επιφέρει μείωση των επιπέδων των παραγόντων κινδύνου (π.χ. πίεση);	Ακόμα και ελαφρά		Μέτρια		Έντονη		Πολύ έντονη	
	1		2		3		4	
TZ9. Βρίσκετε χώρους για να αθληθείτε;	Δύσκολα		εύκολα		Καθόλου		μπορεί	
	1		2		3		4	
TZ10. Πιστεύετε ότι η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο;	1. Ναι		0. Όχι		1. Ναι		0. Όχι	
TZ11. Έχει επηρεάσει το καπνιστικό περιβάλλον τις επιλογές σας για διασκέδαση;								
TZ12. Υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών σε χώρους εστίασης/διασκέδασης;								
Αντιλήψεις για τους παράγοντες που σχετίζονται με την διατροφή								
Δ1. Πιστεύετε ότι η «κακός» διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;	1. Όχι, καθόλου		2. Ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους διαιτολόγους		3. Ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η		4. Ναι, αναμφισβήτητα	
Δ2. Πιστεύετε ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;	καθόλου		μπορεί		1		2	
					3		4	
Δ3. Πιστεύετε ότι η	καθόλου		μπορεί		καθόλου		μπορεί	
Δ4. Πιστεύετε αν τα								

κατανάλωση φρούτων & λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;	1	2	3	4	συμπληρώματα διατροφής (π.χ. βιταμίνες) μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;	1	2	3	4
Δ5. Πόσο πιστεύετε ότι γνωρίζετε για την διατροφή;	καθόλου		αρκετά		Δ6. Εφαρμόζετε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό σας.	1. Όχι, ακολουθώ μεικτή 2. Μεσογειακή κουζίνα 3. Δυτικού τύπου (αυξημένο κρέας) 4. Άλλη			
	1	2	3	4					
Δ7. Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;	καθόλου		αρκετά		Δ8. Ποιο το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής;	1. Μόνο-ακόρεστα λιπαρά 2. Φυτικές ίνες 3. Αντιοξειδωτικές ουσίες 4. Μικρά και συχνά γεύματα 5. Ποικιλία τροφών			
	1	2	3	4					
Δ9. Πιστεύετε ότι είναι πιο ασφαλή η αγορά τροφίμων	1. από τα Σούπερ μάρκετ 2. από την λαϊκή 3. από τα μικρά εμπορικά της γειτονιάς 4. από δική σας ή φιλική παραγωγή				Δ10. Ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος;	1. Αλάτι 2. Ζάχαρη 3. Κορεσμένα λίπη 4. Άμυλο 5. Αλκοόλ			

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ & ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Κ1. ΗΛΙΚΙΑ:

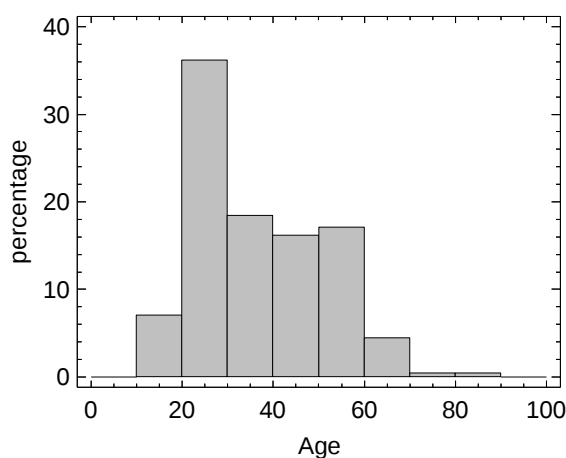
Οι ηλικίες είναι χωρισμένες σε 10 κλάσεις, καθεμία εκ των οποίων αντιπροσωπεύει 10 έτη. Τα άτομα που συμμετείχαν είχαν ηλικία από 18 έως 87 έτη. Όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα, στις ηλικίες 10-20 έτη ανήκει το 6,99%, δηλαδή 36 άτομα. Στις ηλικίες 20-30 έτη ανήκει το 36,12%, δηλαδή 186 άτομα. Στις ηλικίες 30-40 έτη ανήκει το 18,45%, δηλαδή 95 άτομα. Στις ηλικίες 40-50 ανήκει το 16,12%, δηλαδή 83 άτομα. Στις ηλικίες 50-60 ανήκει το 17,09%, δηλαδή 88 άτομα. Στις ηλικίες 60-70 έτη ανήκει το 4,47%, δηλαδή 23 άτομα. Τέλος, σε καθεμία από τις κλάσεις που αφορούν τις ηλικίες 70-80 και 80-90 έτη ανήκει ποσοστό 0,39%, δηλαδή 2 άτομα.

Frequency Tabulation for Age

	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>			<i>Relative</i>
<i>Class</i>	<i>Limit</i>	<i>Limit</i>	<i>Midpoint</i>	<i>Frequency</i>	<i>Frequency</i>
	at or below	0,0		0	0,0000
1	0,0	10,0	5,0	0	0,0000
2	10,0	20,0	15,0	36	0,0699
3	20,0	30,0	25,0	186	0,3612
4	30,0	40,0	35,0	95	0,1845
5	40,0	50,0	45,0	83	0,1612
6	50,0	60,0	55,0	88	0,1709
7	60,0	70,0	65,0	23	0,0447
8	70,0	80,0	75,0	2	0,0039
9	80,0	90,0	85,0	2	0,0039
10	90,0	100,0	95,0	0	0,0000
	above	100,0		0	0,0000

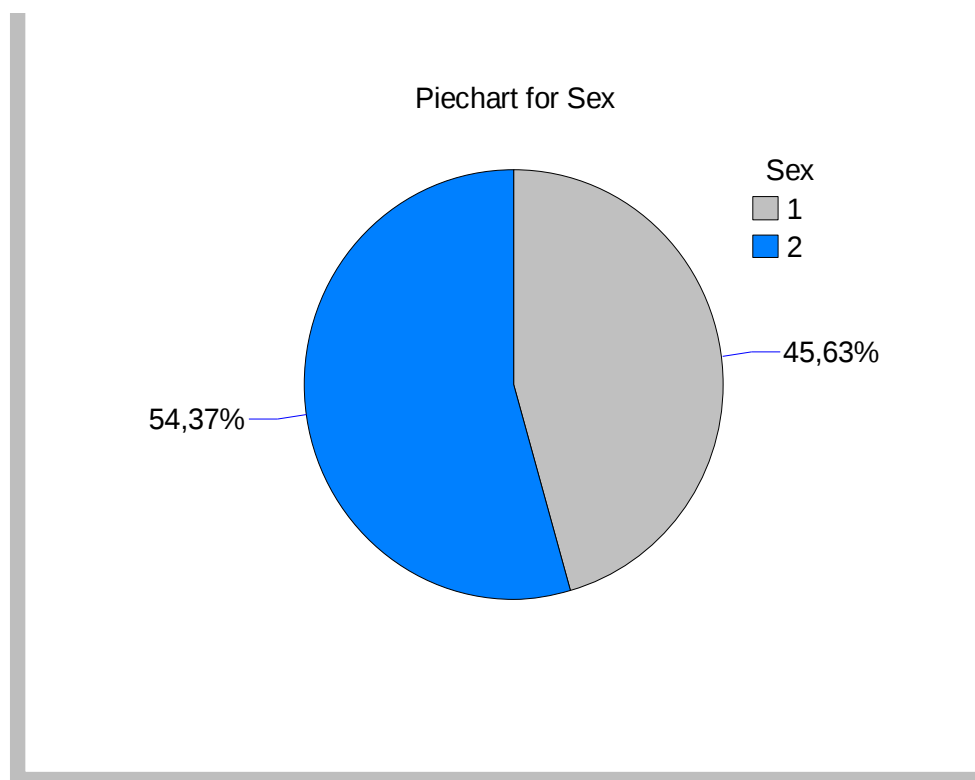
Mean = 37,5495 Standard deviation = 13,9404

Histogram



Κ2. ΦΥΛΟ:

Σε σύνολο 515 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 45,63% ανήκουν στο ανδρικό φύλο, ενώ το 54,37% στο γυναικείο. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν 235 άνδρες και 280 γυναίκες.



Κ3. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ (ΕΤΗ ΣΠΟΥΔΩΝ):

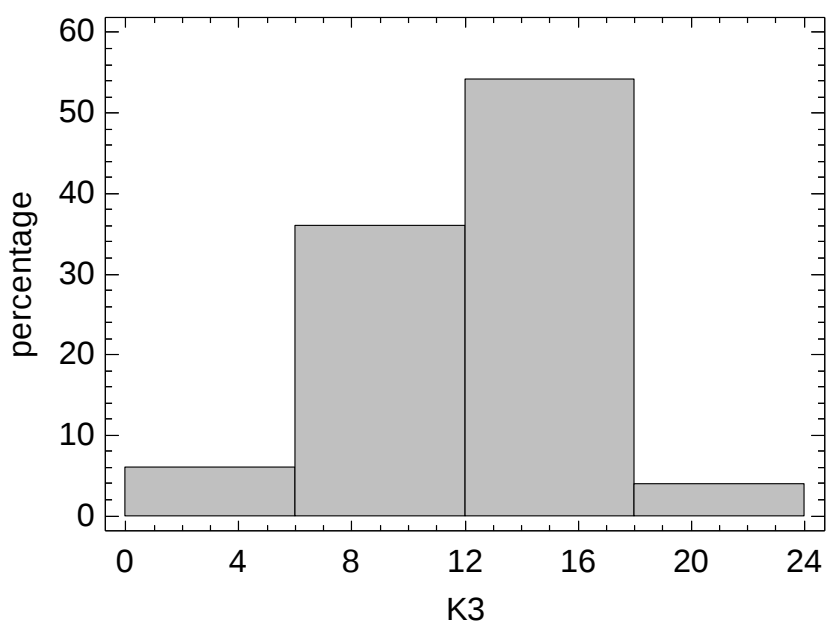
Από τους ερωτηθέντες, το 6,02% (31 άτομα) έχει σπουδάσει 0-6 έτη, το 35,92% (185 άτομα) έχει σπουδάσει 6-12 έτη, το 54,17% (279 άτομα) έχει σπουδάσει 12-18 έτη και τέλος το 3,88% (20 άτομα) έχει σπουδάσει 18-24 έτη.

Frequency Tabulation for K3

	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>			<i>Relative</i>
<i>Class</i>	<i>Limit</i>	<i>Limit</i>	<i>Midpoint</i>	<i>Frequency</i>	<i>Frequency</i>
	at or below	0,0		0	0,0000
1	0,0	6,0	3,0	31	0,0602
2	6,0	12,0	9,0	185	0,3592
3	12,0	18,0	15,0	279	0,5417
4	18,0	24,0	21,0	20	0,0388
	above	24,0		0	0,0000

Mean = 13,8136 Standard deviation = 3,28779

Histogram



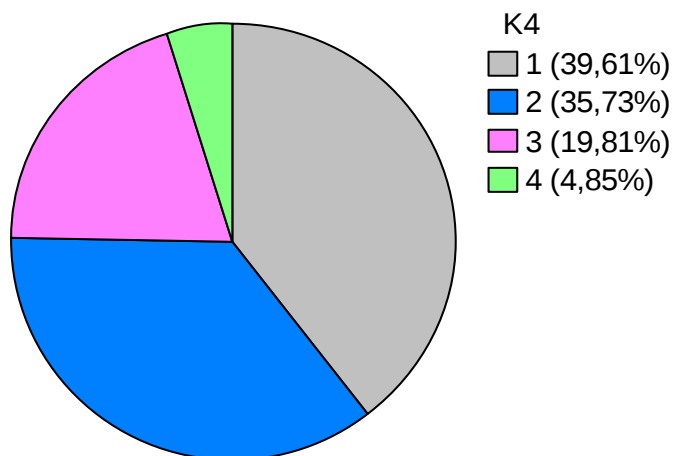
K4. ΕΤΗΣΙΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ:

Από τα άτομα που κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με το ετήσιο ατομικό τους εισόδημα, το 39,61% (204 άτομα) έχει εισόδημα μικρότερο των 10.000€, το 35,73% (184 άτομα) έχει εισόδημα 10.001-20.000€, το 19,81% (102 άτομα) έχει εισόδημα 20.001-40.000€, ενώ το 4,85% (25 άτομα) έχει ετήσιο εισόδημα μεγαλύτερο των 40.000€.

Frequency Table for K4

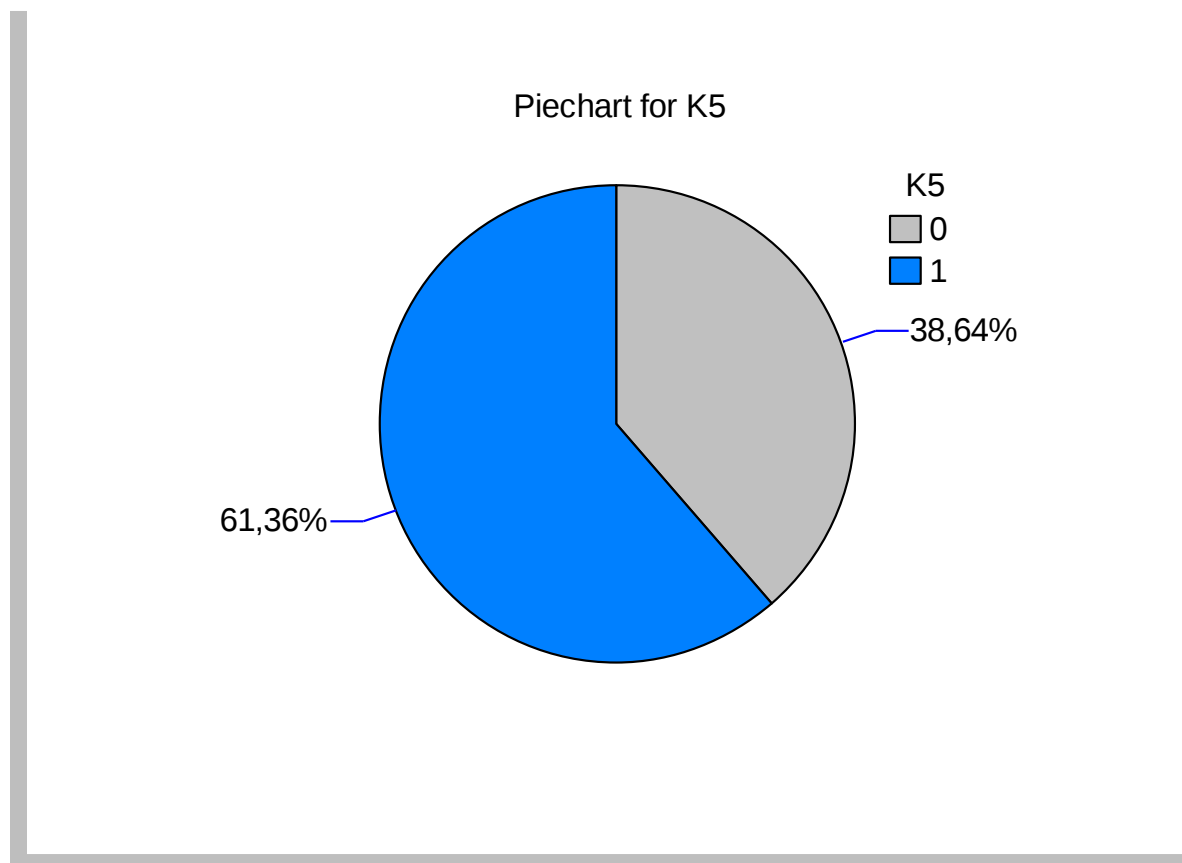
			<i>Relative</i>
<i>Class</i>	<i>Value</i>	<i>Frequency</i>	<i>Frequency</i>
1	1	204	0,3961
2	2	184	0,3573
3	3	102	0,1981
4	4	25	0,0485

Piechart for K4



K5. ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ:

Από αυτούς που απάντησαν, το 38,64% (199 άτομα) δεν έχουν ιδιόκτητη κατοικία, ενώ το 61,36% (316 άτομα) έχουν.



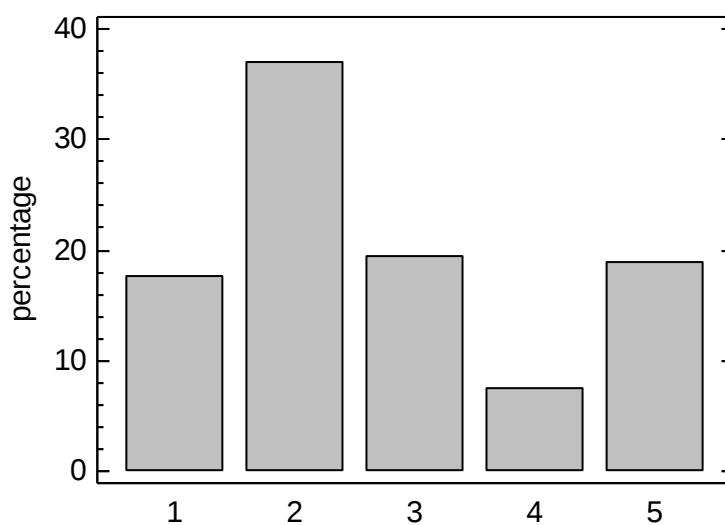
K6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

Σχετικά με το επάγγελμα, από τους ερωτηθέντες, το 17,48% (90 άτομα) εργάζονται σε δημόσιες υπηρεσίες ή σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, το 36,89% (190 άτομα) είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 19,42% (100 άτομα) είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 7,38% (38 άτομα) ημιαπασχολούνται και το υπόλοιπο 18,83% (97 άτομα) είναι άνεργοι.

Frequency Table for K6

			<i>Relative</i>
<i>Class</i>	<i>Value</i>	<i>Frequency</i>	<i>Frequency</i>
1	1	90	0,1748
2	2	190	0,3689
3	3	100	0,1942
4	4	38	0,0738
5	5	97	0,1883

Barchart for K6



K7. ΒΑΡΟΣ (kg):

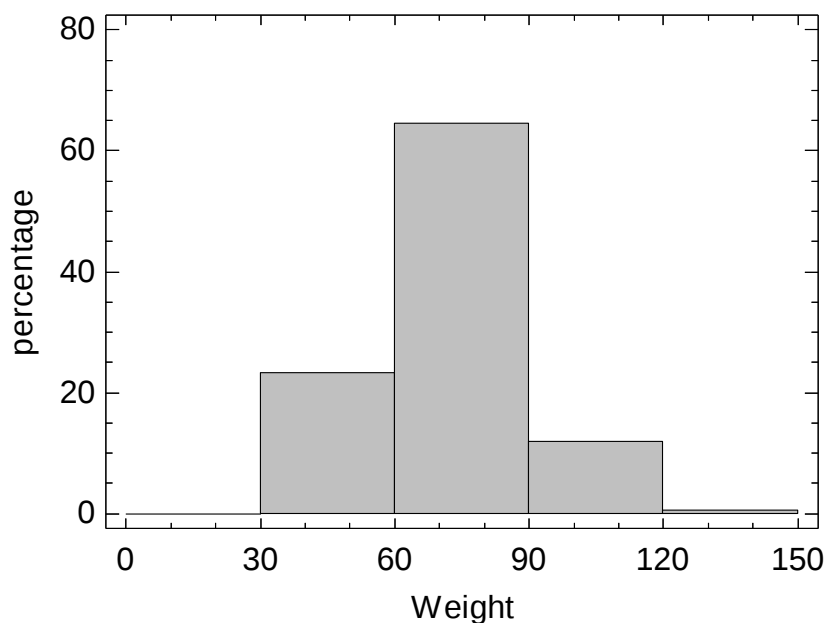
Όσον αφορά στο βάρος του δείγματος της έρευνας, το 23,30% (120 άτομα) έχει ζυγίζει 30-60 κιλά, το 64,47% (332 άτομα) ζυγίζει 60-90 κιλά, το 11,84% (61 άτομα) ζυγίζει 90-120 κιλά και, τέλος, το 0,39% (2 άτομα) έχουν βάρος που κυμαίνεται στα 120-150 κιλά.

Frequency Tabulation for Weight

	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>			<i>Relative</i>
<i>Class</i>	<i>Limit</i>	<i>Limit</i>	<i>Midpoint</i>	<i>Frequency</i>	<i>Frequency</i>
	at or below	0,0		0	0,0000
1	0,0	30,0	15,0	0	0,0000
2	30,0	60,0	45,0	120	0,2330
3	60,0	90,0	75,0	332	0,6447
4	90,0	120,0	105,0	61	0,1184
5	120,0	150,0	135,0	2	0,0039
	above	150,0		0	0,0000

Mean = 73,6524 Standard deviation = 14,6268

Histogram



K8. ΥΨΟΣ (cm):

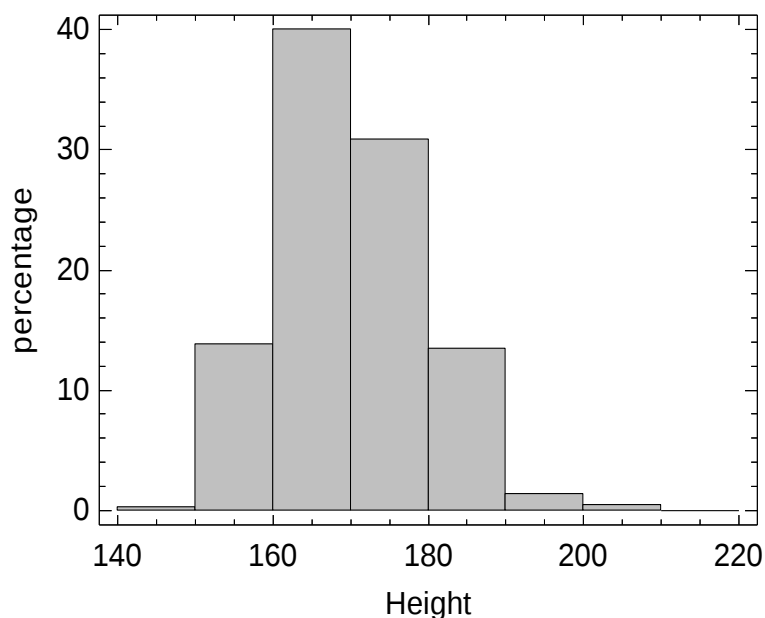
Τα ύψη είναι χωρισμένα σε 8 κλάσεις ανά 10 εκατοστά. Τα άτομα που συμμετείχαν είχαν ύψος από 140 έως 210 εκατοστά. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα που ακολουθεί, το 0,19% (1 άτομο) έχει ύψος 140-150 εκατοστά, το 13,79% (71 άτομα) έχει ύψος 150-160 εκατοστά, το 40% (206 άτομα) έχουν ύψος 160-170 εκατοστά, το 30,87% (159 άτομα) έχει ύψος 170-180 εκατοστά, το 13,40% (69 άτομα) έχει ύψος 180-190 εκατοστά, το 1,36% (7 άτομα) έχει ύψος 190-200 εκατοστά, ενώ το 0,39% (2 άτομα) έχει ύψος 200-210 εκατοστά.

Frequency Tabulation for Height

	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>			<i>Relative</i>
<i>Class</i>	<i>Limit</i>	<i>Limit</i>	<i>Midpoint</i>	<i>Frequency</i>	<i>Frequency</i>
	at or below	140,0		0	0,0000
1	140,0	150,0	145,0	1	0,0019
2	150,0	160,0	155,0	71	0,1379
3	160,0	170,0	165,0	206	0,4000
4	170,0	180,0	175,0	159	0,3087
5	180,0	190,0	185,0	69	0,1340
6	190,0	200,0	195,0	7	0,0136
7	200,0	210,0	205,0	2	0,0039
8	210,0	220,0	215,0	0	0,0000
	above	220,0		0	0,0000

Mean = 171,34 Standard deviation = 9,0905

Histogram



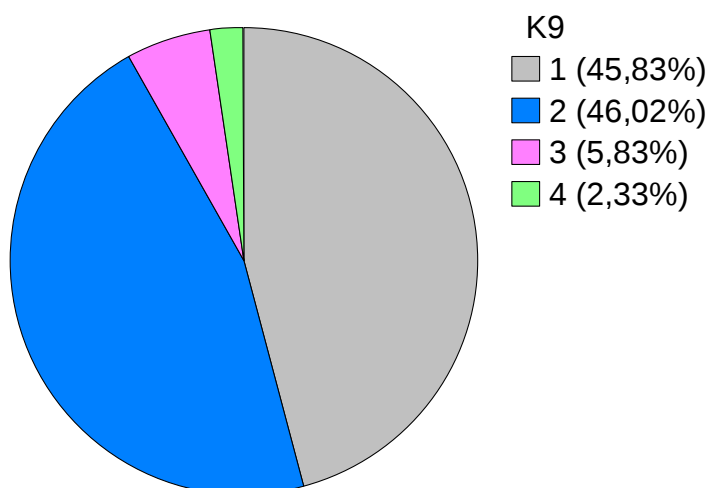
K9. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Στο ερώτημα που αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, φαίνεται πως το 45,83% (236 άτομα) είναι άγαμοι, το 46,02% (237 άτομα) είναι έγγαμοι, το 5,83% (30 άτομα) είναι διαζευγμένοι, ενώ το 2,33% (12 άτομα) είναι χήροι.

Frequency Table for K9

			<i>Relative</i>
<i>Class</i>	<i>Value</i>	<i>Frequency</i>	<i>Frequency</i>
1	1	236	0,4583
2	2	237	0,4602
3	3	30	0,0583
4	4	12	0,0233

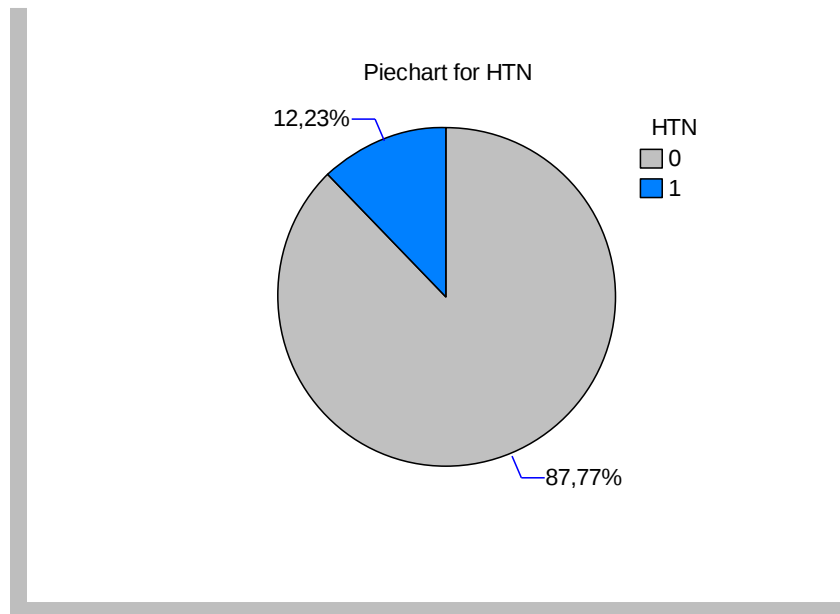
Piechart for K9



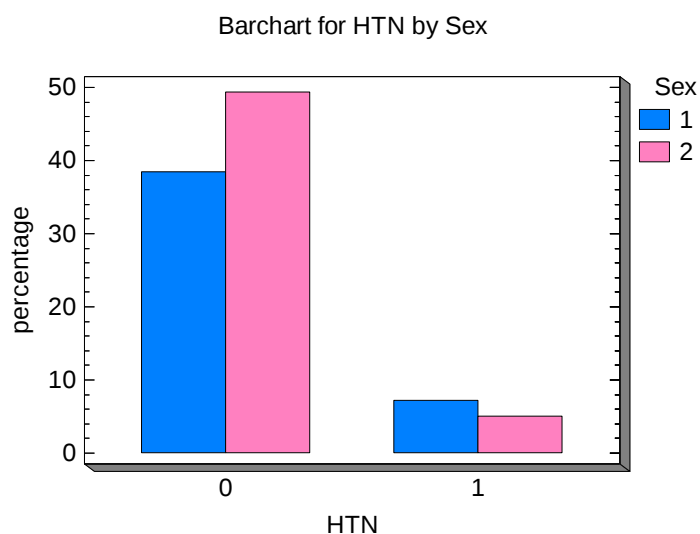
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

K10. ΥΠΕΡΤΑΣΗ (HTN):

Στην ερώτηση για το αν έχουν εμφανίσει υπέρταση, το 87,77% των ερωτηθέντων (452 άτομα) απάντησε αρνητικά, ενώ το 12,23% (63 άτομα) απάντησε καταφατικά.

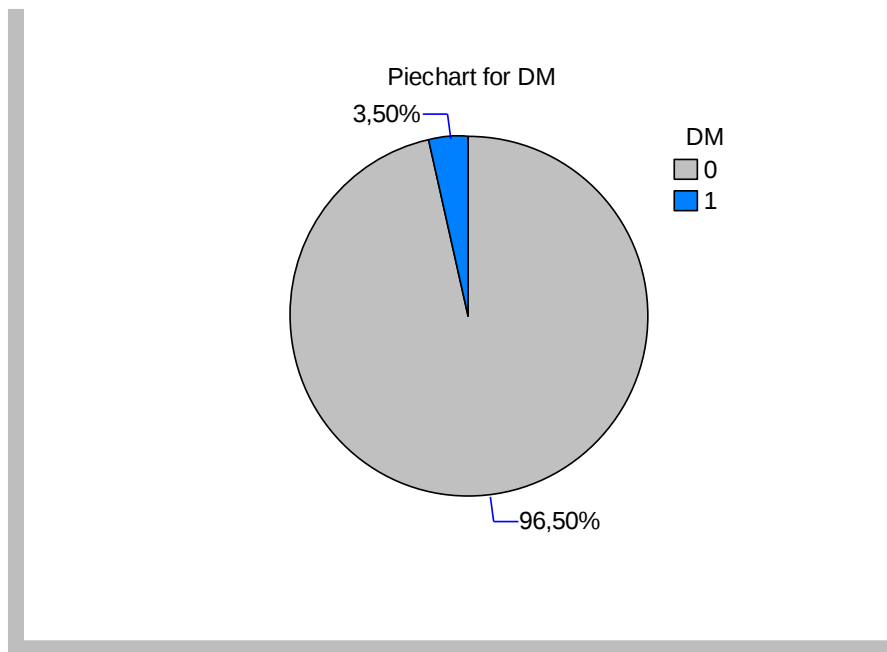


Όσον αφορά στην εμφάνιση υπέρτασης, σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, το 38,45% των ανδρών και το 49,32% των γυναικών δεν έχει εμφανίσει υπέρταση, ενώ το 7,18% των ανδρών και το 5,05% των γυναικών έχει ιστορικό υπέρτασης.

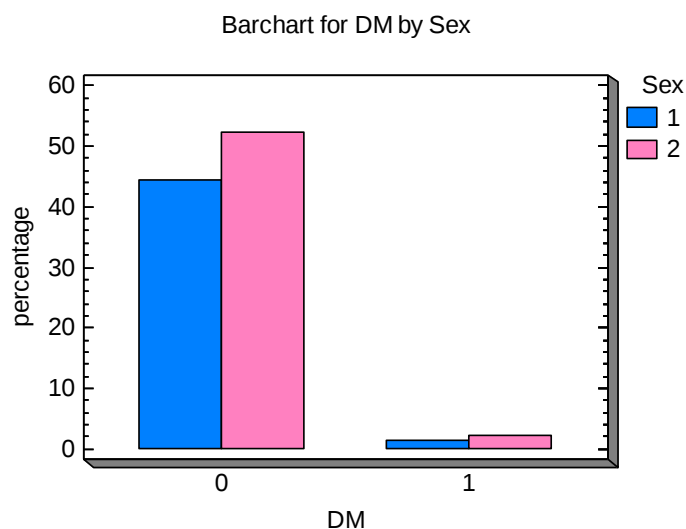


K11. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ (DM):

Στην ερώτηση για το αν έχουν εμφανίσει σακχαρώδη διαβήτη, το 96,50% των ερωτηθέντων (497 άτομα) απάντησε αρνητικά, ενώ το 3,50% (18 άτομα) απάντησε καταφατικά.

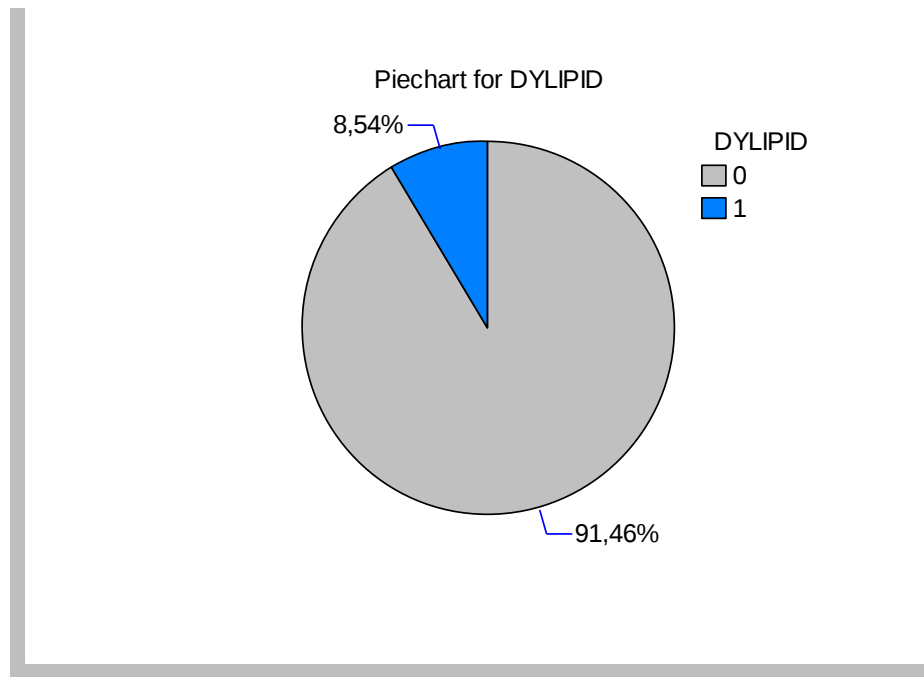


Σχετικά με την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, το 44,27% των ανδρών και το 52,23% των γυναικών δεν έχει εμφανίσει σακχαρώδη διαβήτη, ενώ το 1,36% των ανδρών και το 2,14% των γυναικών είναι διαβητικοί.

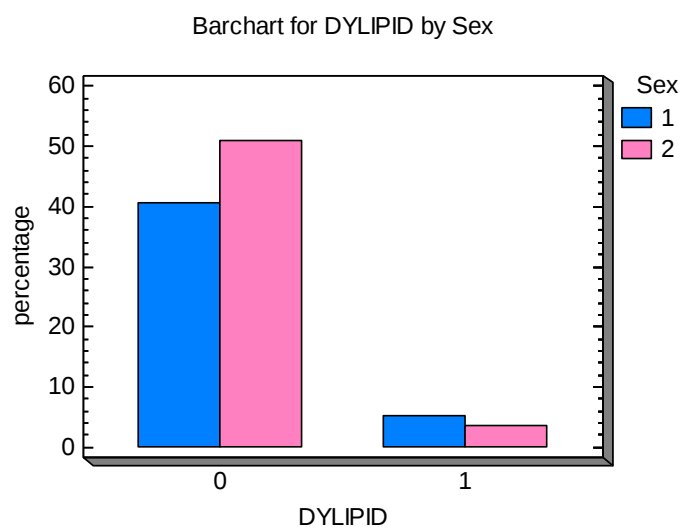


K12. ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ (DYLIPID):

Στην ερώτηση για το αν έχουν δυσλιπιδαιμία, το 91,46% των ερωτηθέντων (471 άτομα) απάντησε αρνητικά, ενώ το 8,54% (44 άτομα) απάντησε καταφατικά.

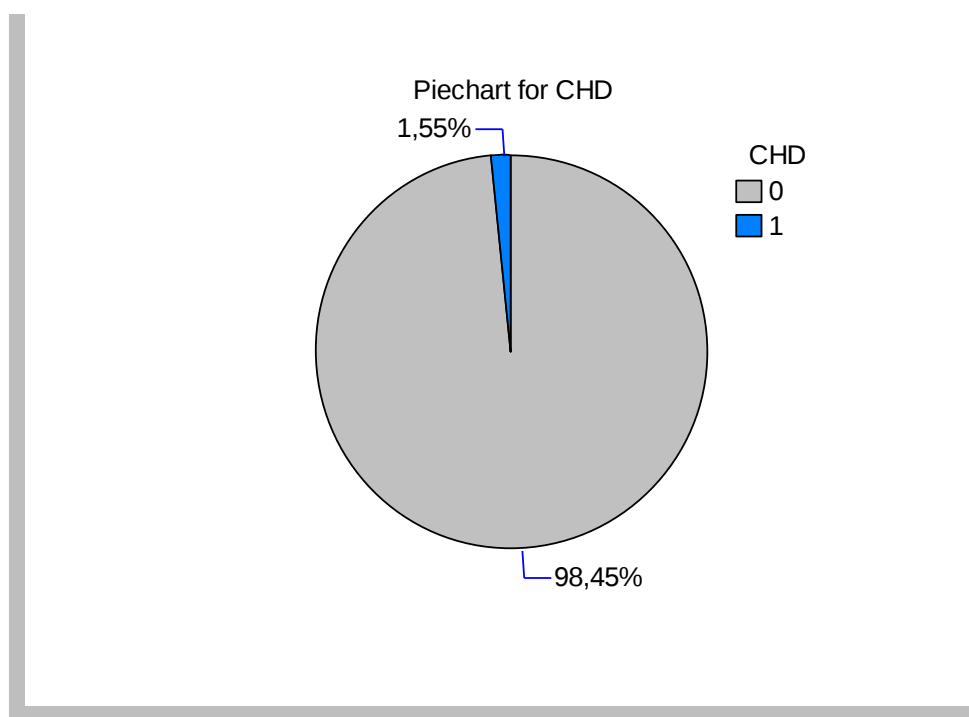


Σχετικά με την εμφάνιση δυσλιπιδαιμίας, σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, το 40,58% των ανδρών και το 50,87% των γυναικών δεν έχει εμφανίσει δυσλιπιδαιμία, ενώ το 5,05% των ανδρών και το 3,50% των γυναικών είναι δυσλιπιδαιμικοί.

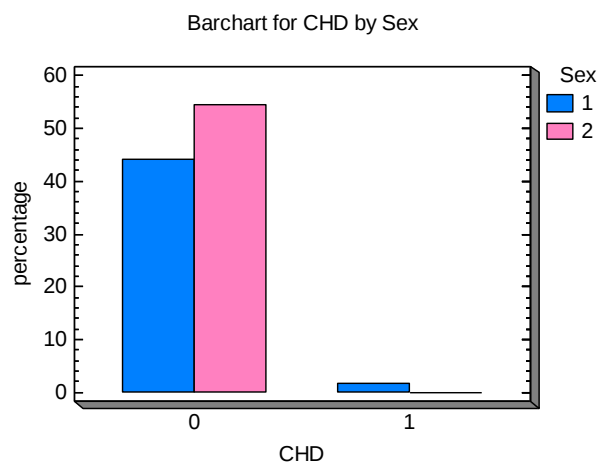


K13. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ (CHD):

Στην ερώτηση για το αν πάσχουν από στεφανιαία νόσο, το 98,45% των ερωτηθέντων (507 άτομα) απάντησε αρνητικά, ενώ το 1,55% (8 άτομα) απάντησε καταφατικά.

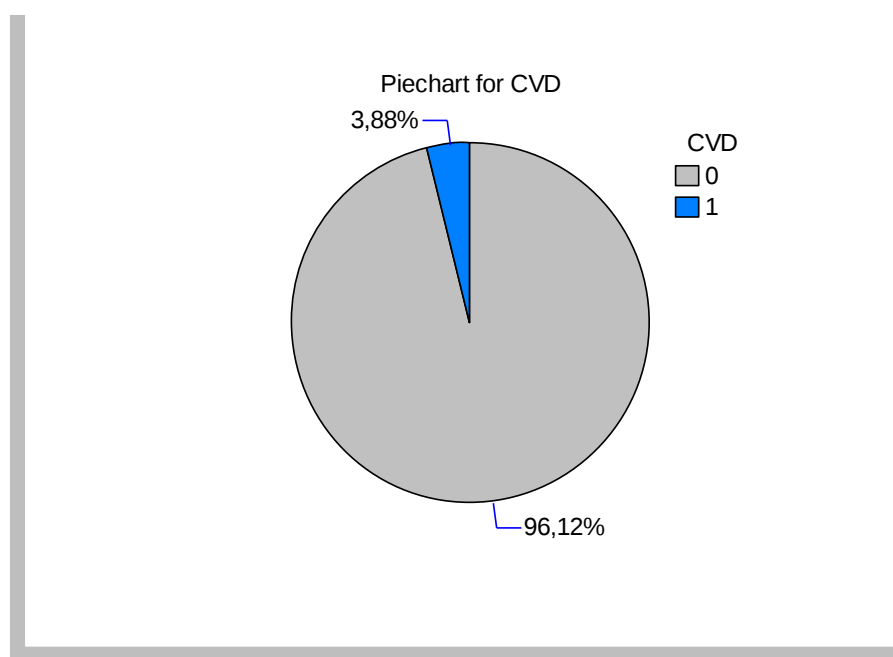


Αναφορικά με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, το 44,08% των ανδρών και το 54,37% των γυναικών δεν πάσχει από στεφανιαία νόσο, ενώ μόνο το 1,55% των ανδρών πάσχει από τη νόσο.

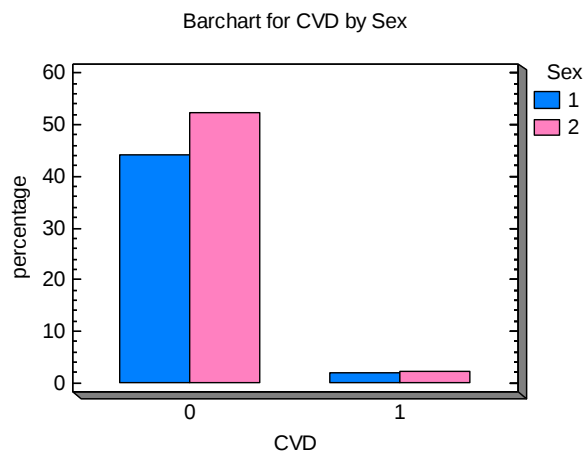


Κ14. ΑΛΛΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ (CVD):

Στην ερώτηση για το αν πάσχουν από άλλη καρδιαγγειακή νόσο, το 96,12% των ερωτηθέντων (495 άτομα) απάντησε αρνητικά, ενώ το 3,88% (20 άτομα) απάντησε καταφατικά.

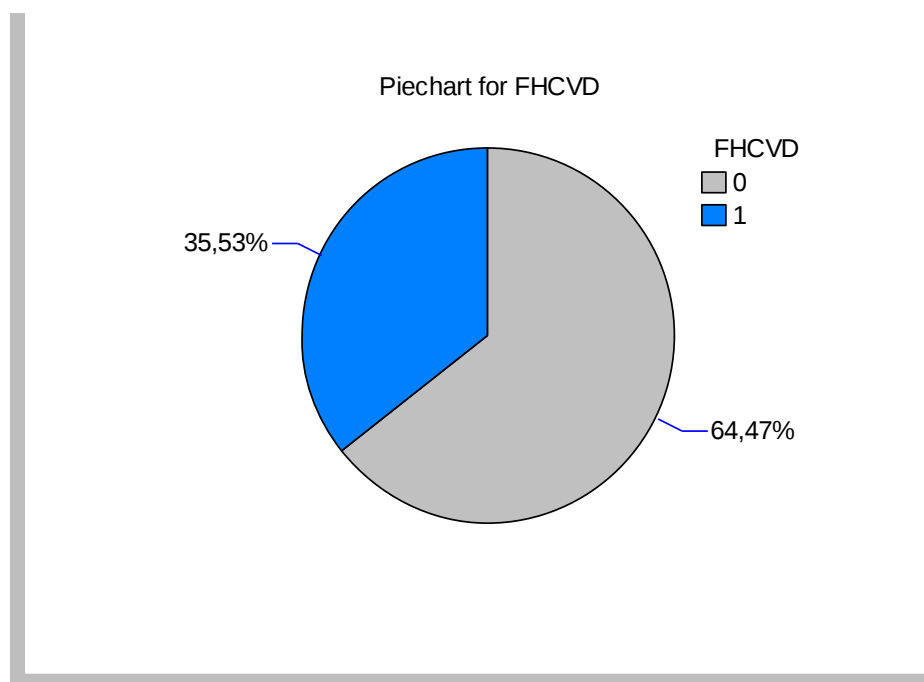


Όσον αφορά στην εμφάνιση άλλης καρδιαγγειακής νόσου, σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, το 43,88% των ανδρών και το 52,23% των γυναικών δεν έχει εμφανίσει άλλη καρδιαγγειακή νόσο, ενώ το 1,75% των ανδρών και το 2,14% των γυναικών έχει εμφανίσει.

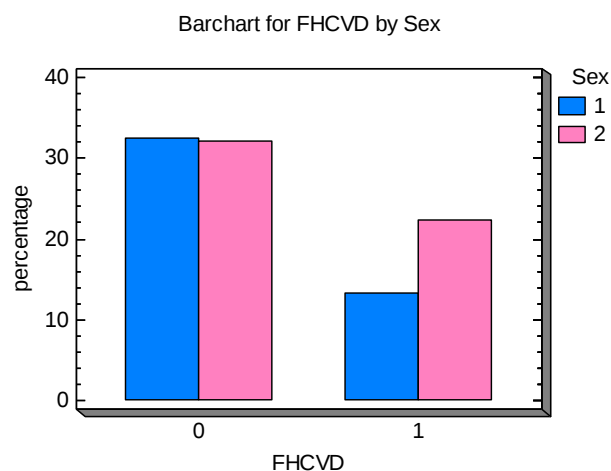


K15. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (FHCVD):

Στην ερώτηση για το αν έχουν οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, το 64,47% των ερωτηθέντων (332 άτομα) απάντησε αρνητικά, ενώ το 35,53% (183 άτομα) απάντησε καταφατικά.

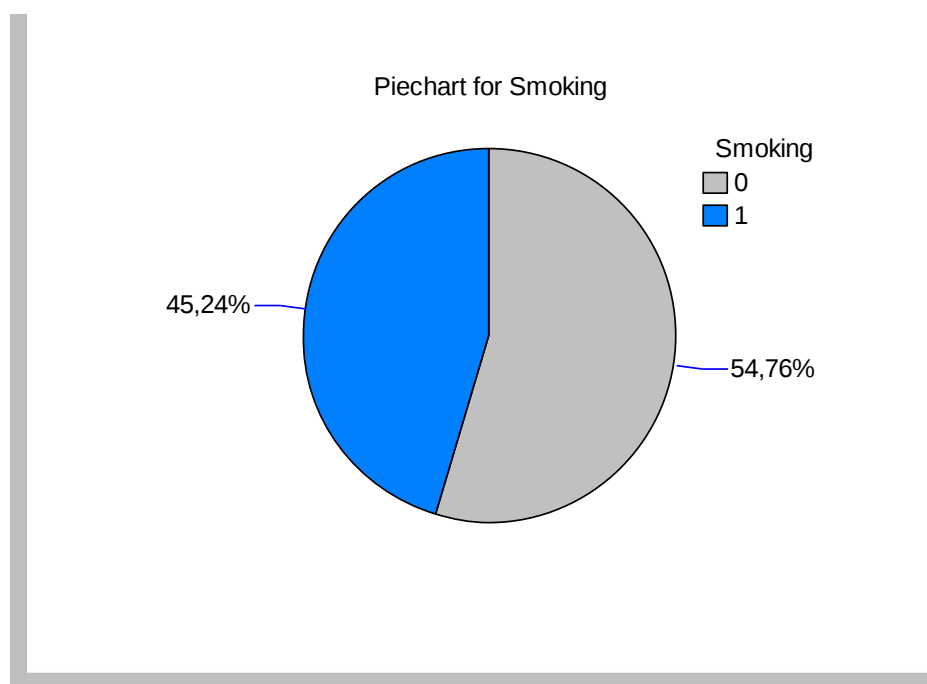


Σχετικά με την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού, σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, το 32,43% των ανδρών και το 32,04% των γυναικών δεν έχει αντίστοιχο οικογενειακό ιστορικό, ενώ το 13,20% των ανδρών και το 22,33% των γυναικών έχει.

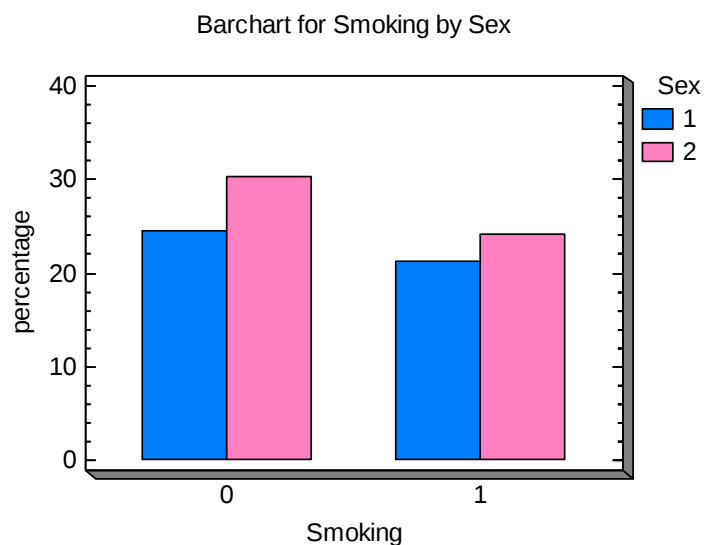


K16. ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ (SMOKING):

Στην ερώτηση για το αν είναι καπνιστές την παρούσα στιγμή, το 54,76% των ερωτηθέντων (282 άτομα) απάντησε αρνητικά, ενώ το 45,24% (233 άτομα) απάντησε καταφατικά.



Αναφορικά με το κάπνισμα, σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, το 24,47% των ανδρών και το 30,29% των γυναικών δήλωσε πως δεν καπνίζει, ενώ το 21,17% των ανδρών και το 24,08% των γυναικών είναι καπνιστές.



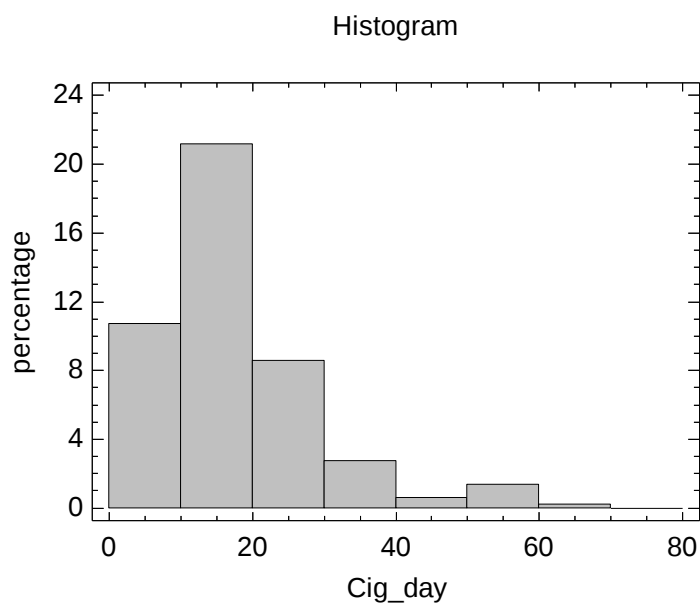
K17. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ/ΗΜΕΡΑ (CIG/DAY):

Ο αριθμός των τσιγάρων ανά ημέρα έχει χωριστεί σε 8 κλάσεις, ανά 10 τσιγάρα. Από τους ερωτηθέντες καπνιστές (45,24% του συνόλου), φαίνεται πως το 10,68% (55 άτομα) καπνίζει 0-10 τσιγάρα/ημέρα, το 21,17% (109 άτομα) καπνίζει 10-20 τσιγάρα/ημέρα, το 8,54% (44 άτομα) καπνίζει 20-30 τσιγάρα/ημέρα, το 2,72% (14 άτομα) καπνίζει 30-40 τσιγάρα/ημέρα, το 0,58% (3 άτομα) καπνίζει 40-50 τσιγάρα/ημέρα, το 1,36% (7 άτομα) καπνίζει 50-60 τσιγάρα/ημέρα, ενώ το 0,19% (1 άτομο) καπνίζει 60-70 τσιγάρα/ημέρα.

Frequency Tabulation for Cig_day

	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>			<i>Relative</i>
<i>Class</i>	<i>Limit</i>	<i>Limit</i>	<i>Midpoint</i>	<i>Frequency</i>	<i>Frequency</i>
	at or below	0,0		282	0,5476
1	0,0	10,0	5,0	55	0,1068
2	10,0	20,0	15,0	109	0,2117
3	20,0	30,0	25,0	44	0,0854
4	30,0	40,0	35,0	14	0,0272
5	40,0	50,0	45,0	3	0,0058
6	50,0	60,0	55,0	7	0,0136
7	60,0	70,0	65,0	1	0,0019
8	70,0	80,0	75,0	0	0,0000
	above	80,0		0	0,0000

Mean = 9,20583 Standard deviation = 13,0006



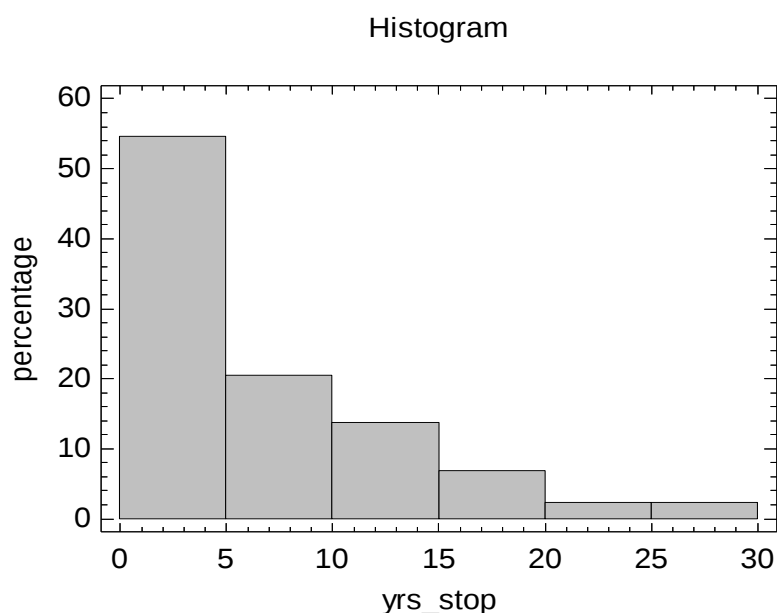
K18. ΕΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ (YRS STOP):

Τα έτη διακοπής του καπνίσματος είναι χωρισμένα σε 6 κλάσεις, ανά 5 έτη. Από αυτούς που έχουν διακόψει το κάπνισμα (για παραπάνω από 1 έτος), το 54,55% (24 άτομα) έχει διακόψει το κάπνισμα εδώ και 0-5 έτη, το 20,45% (9 άτομα) έχει διακόψει το κάπνισμα εδώ και 5-10 έτη, το 13,64% (6 άτομα) έχει διακόψει το κάπνισμα εδώ και 10-15 έτη, το 6,82% (3 άτομα) έχει διακόψει το κάπνισμα εδώ και 15-20 έτη, ενώ σε καθεμία από τις κλάσεις που αφορούν τα έτη διακοπής 20-25 και 25-30, το ποσοστό είναι 2,27% (1 άτομο).

Frequency Tabulation for yrs_stop

	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>			<i>Relative</i>
<i>Class</i>	<i>Limit</i>	<i>Limit</i>	<i>Midpoint</i>	<i>Frequency</i>	<i>Frequency</i>
	at or below	0,0		0	0,0000
1	0,0	5,0	2,5	24	0,5455
2	5,0	10,0	7,5	9	0,2045
3	10,0	15,0	12,5	6	0,1364
4	15,0	20,0	17,5	3	0,0682
5	20,0	25,0	22,5	1	0,0227
6	25,0	30,0	27,5	1	0,0227
	above	30,0		0	0,0000

Mean = 7,45455 Standard deviation = 6,64185

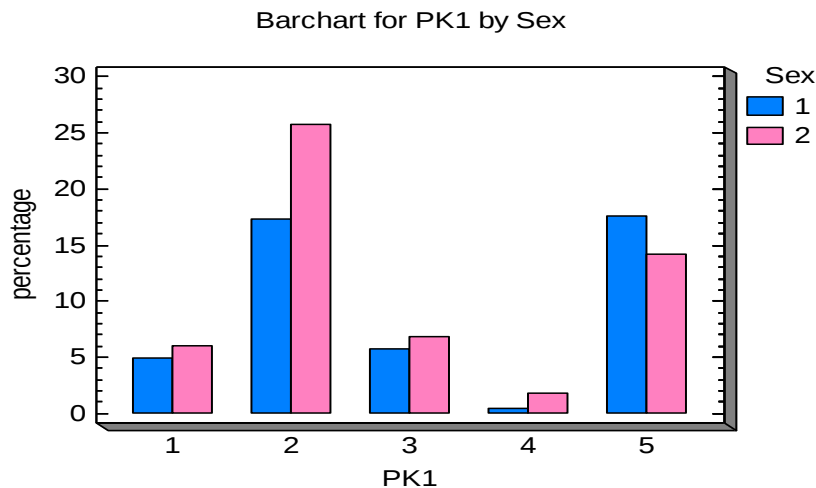


ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΠΚ1. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για τη χοληστερίνη;

Στην ερώτηση για το ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για τη χοληστερίνη, το 10,87% των ερωτηθέντων (56 άτομα) απάντησε 150 mg/dl, το 42,91% (221 άτομα) απάντησε 200 mg/dl, το 12,43% (64 άτομα) απάντησε 250 mg/dl, το 2,14% (11 άτομα) απάντησε 350 mg/dl, ενώ το 31,65% (163 άτομα) δε γνώριζε.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 4,8% των ανδρών και το 6,02% των γυναικών απάντησε 150 mg/dl, το 17,28% των ανδρών και το 25,63% των γυναικών απάντησε 200 mg/dl, το 5,63% των ανδρών και το 6,80% των γυναικών απάντησε 250 mg/dl, το 0,39% των ανδρών και το 1,75% των γυναικών απάντησε 350 mg/dl, ενώ το 17,48% των ανδρών και το 31,65% των γυναικών δε γνώριζε.



Frequency Table for PK1 by Sex

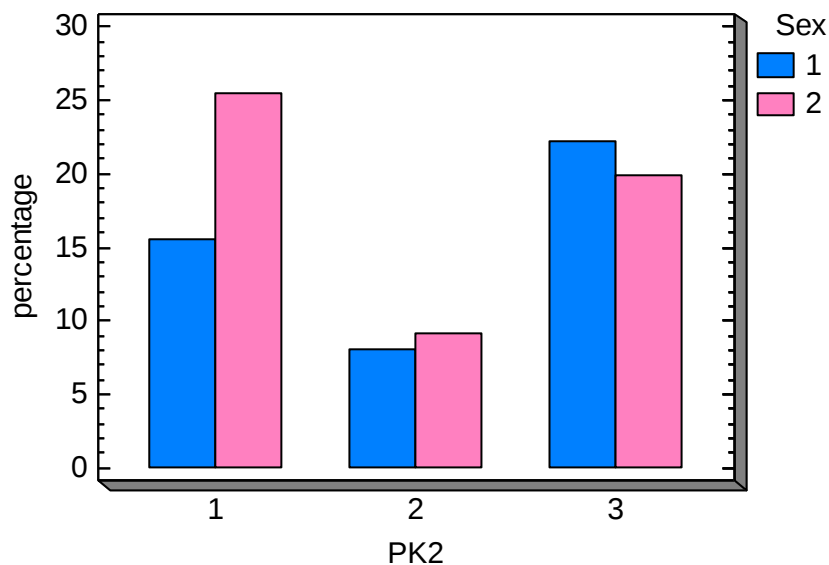
	1	2	Row Total
1	25	31	56
	4,85%	6,02%	10,87%
2	89	132	221
	17,28%	25,63%	42,91%
3	29	35	64
	5,63%	6,80%	12,43%
4	2	9	11
	0,39%	1,75%	2,14%
5	90	73	163
	17,48%	14,17%	31,65%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ2. Ποια είναι η «καλή» χοληστερίνη;

Στην ερώτηση για το ποια είναι η «καλή» χοληστερίνη, το 40,97% των ερωτηθέντων (211 άτομα) απάντησε η HDL, το 17,09% (88 άτομα) απάντησε η LDL, ενώ το 41,94% (216 άτομα) απάντησε ότι δε γνώριζε.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 15,53% των ανδρών και το 25,44% των γυναικών απάντησε η HDL, το 7,96% των ανδρών και το 9,13% των γυναικών απάντησε η LDL, ενώ το 22,14% των ανδρών και το 19,81% των γυναικών δε γνώριζε.

Barchart for PK2 by Sex



Frequency Table for PK2 by Sex

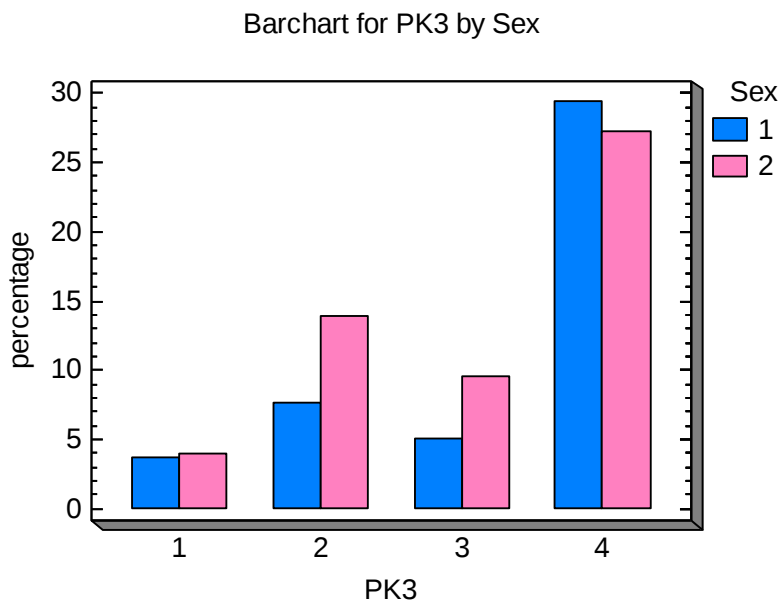
	1	2	Row Total
1	80	131	211
	15,53%	25,44%	40,97%
2	41	47	88
	7,96%	9,13%	17,09%
3	114	102	216
	22,14%	19,81%	41,94%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ3. Ποιο είναι το κατώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την «καλή» χοληστερίνη;

Στην ερώτηση για το ποιο είναι το κατώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την «καλή» χοληστερίνη, το 7,57% των ερωτηθέντων (39 άτομα) απάντησε 20 mg/dl, το 21,36% (110 άτομα) απάντησε 40 mg/dl, το 14,56% (75 άτομα) απάντησε 50 mg/dl, ενώ το 56,50% (291 άτομα) απάντησε ότι δε γνώριζε.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 3,69% των ανδρών και το 3,88% των γυναικών απάντησε 20 mg/dl, το 7,57% των ανδρών

και το 13,79% των γυναικών απάντησε 40 mg/dl, το 5,05% των ανδρών και το 9,51% των γυναικών απάντησε 50 mg/dl, ενώ το 29,32% των ανδρών και το 27,18% των γυναικών δε γνώριζε.



Frequency Table for PK3 by Sex

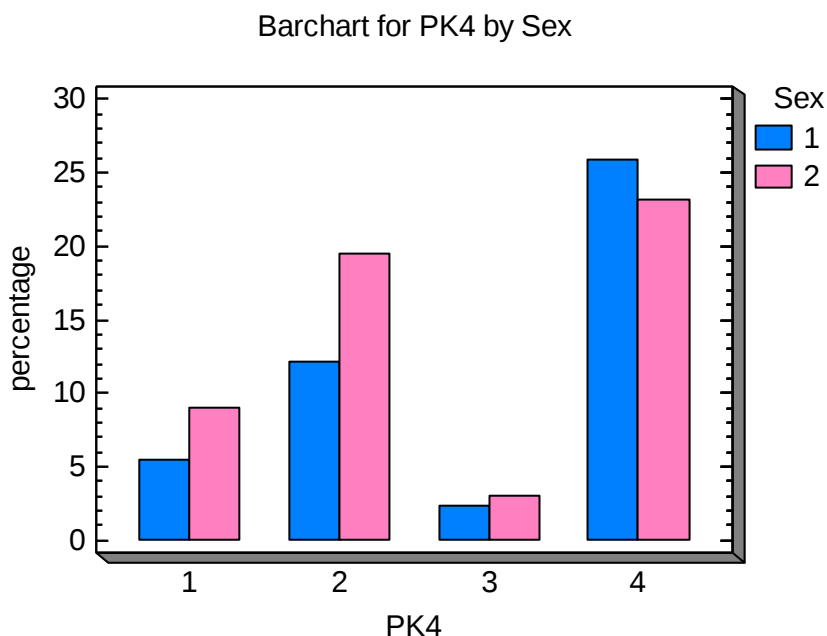
	1	2	Row Total
1	19	20	39
	3,69%	3,88%	7,57%
2	39	71	110
	7,57%	13,79%	21,36%
3	26	49	75
	5,05%	9,51%	14,56%
4	151	140	291
	29,32%	27,18%	56,50%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ4. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για τη γλυκόζη:

Στην ερώτηση για το ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για τη γλυκόζη, το 14,37% των ερωτηθέντων (74 άτομα) απάντησε 100 mg/dl, το 31,46% (162 άτομα) απάντησε 120 mg/dl, το 5,24% (27 άτομα) απάντησε 150 mg/dl, ενώ το 48,93% (252 άτομα) απάντησε ότι δε γνώριζε.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 5,44% των ανδρών και το 8,93% των γυναικών απάντησε 100 mg/dl, το 12,04% των ανδρών και το 19,42% των γυναικών απάντησε 120 mg/dl, το 2,33% των ανδρών και το 2,91% των

γυναικών απάντησε 150 mg/dl, ενώ το 25,83% των ανδρών και το 23,11% των γυναικών δε γνώριζε.



Frequency Table for PK4 by Sex

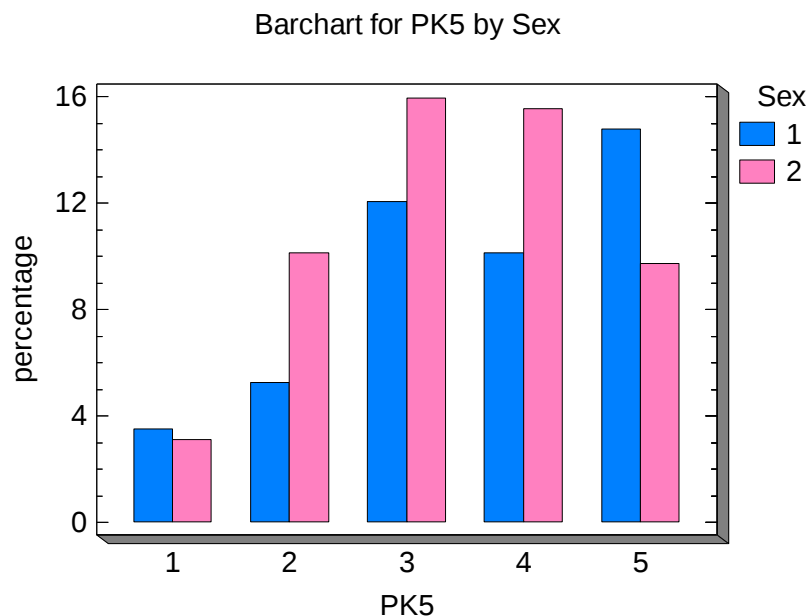
	1	2	Row Total
1	28	46	74
	5,44%	8,93%	14,37%
2	62	100	162
	12,04%	19,42%	31,46%
3	12	15	27
	2,33%	2,91%	5,24%
4	133	119	252
	25,83%	23,11%	48,93%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ5. Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν τη χοληστερίνη σας;

Στην ερώτηση για το αν πιστεύουν ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν τη χοληστερίνη τους, το 6,60% των ερωτηθέντων (34 άτομα) απάντησε «όχι», το 15,34% (79 άτομα) απάντησε «ναι, μέχρι 5%», το 27,96% (144 άτομα) απάντησε «ναι, μέχρι 20%», το 25,63% (132 άτομα) απάντησε «ναι, πολύ», ενώ το 24,47% (126 άτομα) δήλωσε ότι δε γνώριζε.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 3,50% των ανδρών και το 3,11% των γυναικών απάντησε «όχι», το 5,24% των ανδρών και το

10,10% των γυναικών απάντησε «ναι, μέχρι 5%», το 12,04% των ανδρών και το 15,92% των γυναικών απάντησε «ναι, μέχρι 20%», το 10,10% των ανδρών και το 15,53% των γυναικών απάντησε «ναι, πολύ», ενώ το 14,76% των ανδρών και το 9,71% των γυναικών δε γνώριζε.



Frequency Table for PK5 by Sex

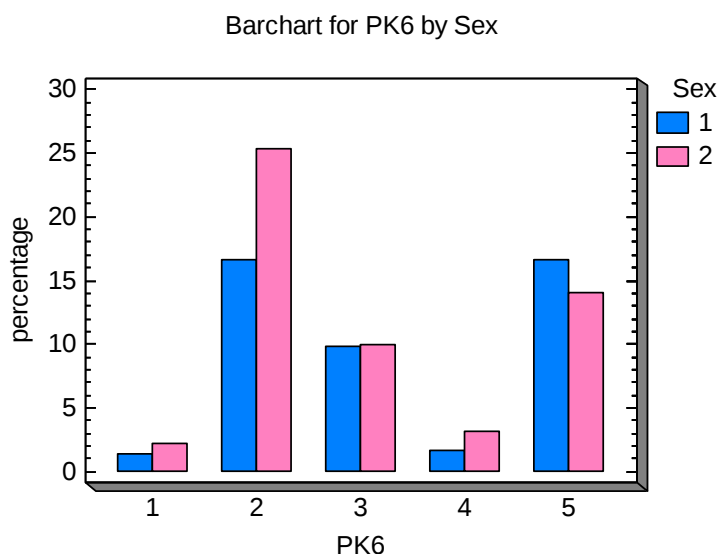
	1	2	Row Total
1	18	16	34
	3,50%	3,11%	6,60%
2	27	52	79
	5,24%	10,10%	15,34%
3	62	82	144
	12,04%	15,92%	27,96%
4	52	80	132
	10,10%	15,53%	25,63%
5	76	50	126
	14,76%	9,71%	24,47%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ6. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την πίεσή σας;

Στην ερώτηση για το ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο φυσιολογικών τιμών για την πίεσή τους, το 3,50% των ερωτηθέντων (18 άτομα) απάντησε 100/70 mmHg, το 41,75% (215 άτομα) απάντησε 120/80 mmHg, το 19,61% (101 άτομα) απάντησε 140/90 mmHg, το 4,66% (24 άτομα) απάντησε 160/80 mmHg, ενώ το 30,49% (157 άτομα) απάντησε ότι δε γνώριζε.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 1,36% των ανδρών και το 2,14% των γυναικών απάντησε 100/70 mmHg, το 16,50% των ανδρών και το 25,24% των γυναικών απάντησε 120/80 mmHg, το 9,71% των ανδρών και το 9,90% των γυναικών απάντησε 140/90 mmHg, το 1,55% των ανδρών και το 3,11% των

γυναικών απάντησε 160/80 mmHg, ενώ το 16,50% των ανδρών και το 13,98% των γυναικών δε γνώριζε.



Frequency Table for PK6 by Sex

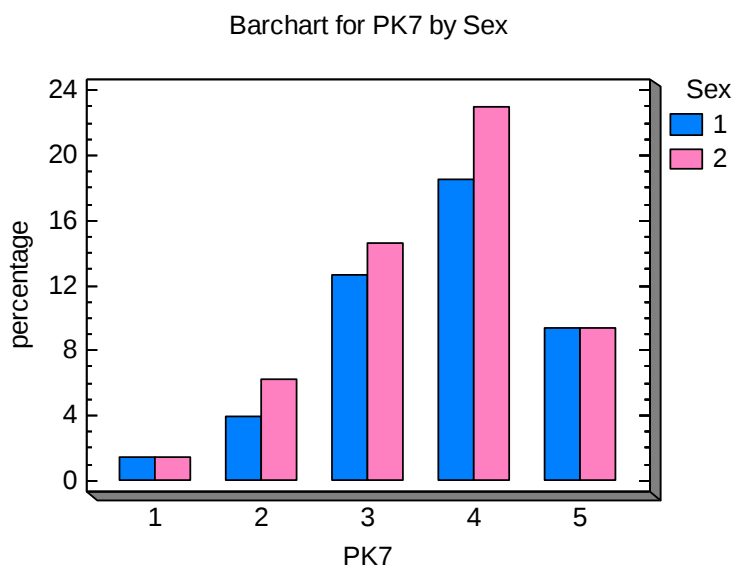
	1	2	Row Total
1	7	11	18
	1,36%	2,14%	3,50%
2	85	130	215
	16,50%	25,24%	41,75%
3	50	51	101
	9,71%	9,90%	19,61%
4	8	16	24
	1,55%	3,11%	4,66%
5	85	72	157
	16,50%	13,98%	30,49%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ7. Πιστεύετε ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την πίεσή σας;

Στην ερώτηση για το αν πιστεύουν ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν την πίεσή τους, το 2,72% των ερωτηθέντων (14 άτομα) απάντησε «όχι», το 10,10% (52 άτομα) απάντησε «ναι, μέχρι 5%», το 27,18% (140 άτομα) απάντησε «ναι, μέχρι 20%», το 41,36% (213 άτομα) απάντησε «ναι, πολύ», ενώ το 18,64% (96 άτομα) δήλωσε ότι δε γνώριζε.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 1,36% των ανδρών και το 1,36% των γυναικών απάντησε «όχι», το 3,88% των ανδρών και το 6,21% των γυναικών απάντησε «ναι, μέχρι 5%», το 12,62% των ανδρών και το 14,56% των

γυναικών απάντησε «ναι, μέχρι 20%», το 18,45% των ανδρών και το 22,91% των γυναικών απάντησε «ναι, πολύ», ενώ το 9,32% των ανδρών και το 9,32% των γυναικών δε γνώριζε.



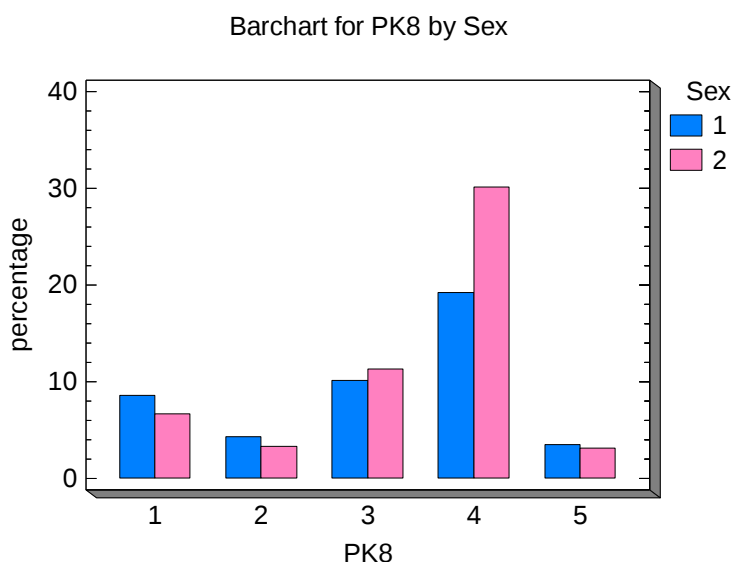
Frequency Table for PK7 by Sex

	1	2	Row Total
1	7	7	14
	1,36%	1,36%	2,72%
2	20	32	52
	3,88%	6,21%	10,10%
3	65	75	140
	12,62%	14,56%	27,18%
4	95	118	213
	18,45%	22,91%	41,36%
5	48	48	96
	9,32%	9,32%	18,64%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ8. Πότε πραγματοποιήσατε το τελευταίο check-up για τα λιπίδιά σας, την πίεσή σας και άλλους βιοχημικούς δείκτες;

Στην ερώτηση για το πότε πραγματοποίησαν το τελευταίο check-up για τα λιπίδιά τους, την πίεσή τους και άλλους βιοχημικούς δείκτες, το 15,15% των ερωτηθέντων (78 άτομα) απάντησε «ποτέ», το 7,57% (39 άτομα) απάντησε «πριν 5 έτη», το 21,36% (110 άτομα) απάντησε «πριν 2 έτη», το 49,32% (254 άτομα) απάντησε «πριν 1 έτος», ενώ το 6,60% (34 άτομα) δήλωσε ότι δε γνώριζε.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 8,54% των ανδρών και το 6,60% των γυναικών απάντησε «ποτέ», το 4,27% των ανδρών και το 3,30% των γυναικών απάντησε «πριν 5 έτη», το 10,10% των ανδρών και το 11,26% των γυναικών απάντησε «πριν 2 έτη», το 19,22% των ανδρών και το 30,10% των γυναικών απάντησε «πριν 1 έτος», ενώ το 3,50% των ανδρών και το 3,11% των γυναικών δε γνώριζε.



Frequency Table for PK8 by Sex

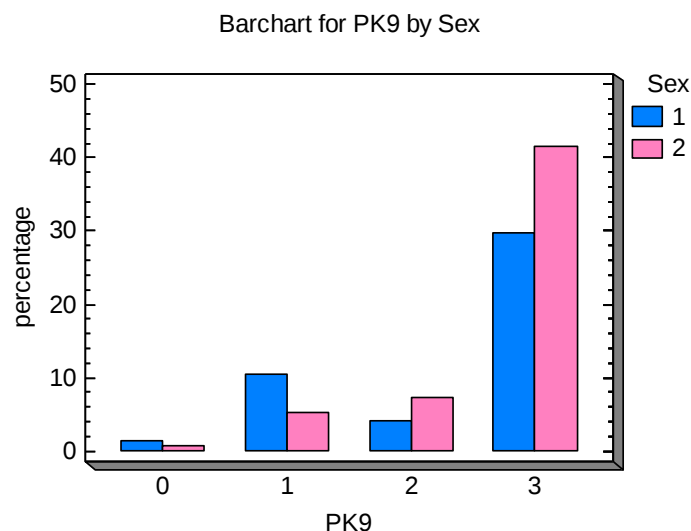
	1	2	Row Total
1	44	34	78
	8,54%	6,60%	15,15%
2	22	17	39
	4,27%	3,30%	7,57%
3	52	58	110
	10,10%	11,26%	21,36%
4	99	155	254
	19,22%	30,10%	49,32%
5	18	16	34
	3,50%	3,11%	6,60%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ9. Πιστεύετε ότι όλοι οι ενήλικες ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου, πρέπει να κάνουν ετήσιο check-up;

Στην ερώτηση για το αν πρέπει όλοι οι ενήλικες, ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου, να κάνουν ετήσιο check-up, το 1,94% των ερωτηθέντων (10 άτομα) απάντησε «όχι», το 15,73% (81 άτομα) απάντησε «ναι, αν είναι άνω των 50 ετών», το 11,26% (58 άτομα) απάντησε «ναι, αν έχουν οικογενειακό ιστορικό», ενώ το 71,07% (366 άτομα) απάντησε «ναι, σε κάθε περίπτωση».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 1,36% των ανδρών και το 0,58% των γυναικών απάντησε «όχι», το 10,49% των ανδρών και

το 5,24% των γυναικών απάντησε «ναι, αν είναι άνω των 50 ετών», το 4,08% των ανδρών και το 7,18% των γυναικών απάντησε «ναι, αν έχουν οικογενειακό ιστορικό», ενώ το 29,71% των ανδρών και το 41,36% των γυναικών απάντησε «ναι, σε κάθε περίπτωση».



Frequency Table for PK9 by Sex

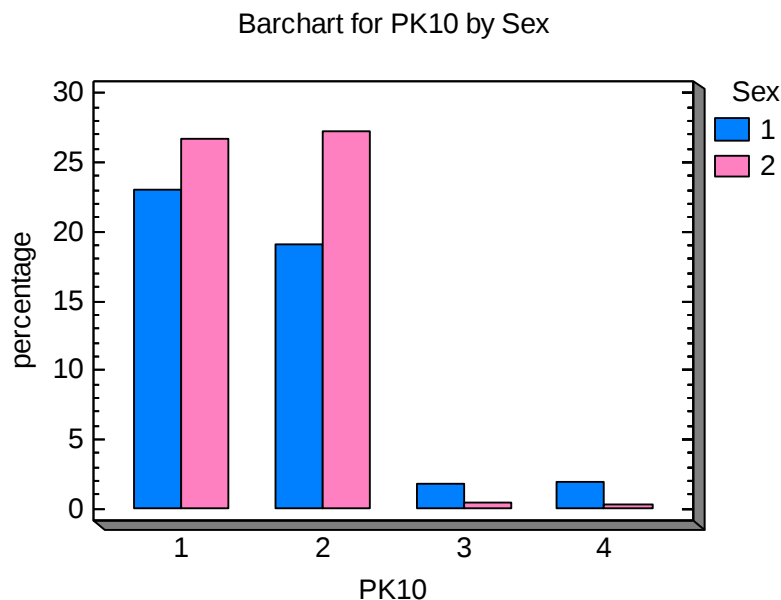
	1	2	Row Total
0	7	3	10
	1,36%	0,58%	1,94%
1	54	27	81
	10,49%	5,24%	15,73%
2	21	37	58
	4,08%	7,18%	11,26%
3	153	213	366
	29,71%	41,36%	71,07%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ10. Ποια είναι η σημαντικότερη αιτία θανάτου;

Στην ερώτηση για το ποια είναι η σημαντικότερη αιτία θανάτου, το 49,51% των ερωτηθέντων (255 άτομα) απάντησε «τα καρδιαγγειακά», το 46,21% (238 άτομα) απάντησε «ο καρκίνος», το 2,14% (11 άτομα) απάντησε «ο HIV», ενώ το 2,14% (11 άτομα) απάντησε «άλλη».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 22,91% των ανδρών και το 26,60% των γυναικών απάντησε «τα καρδιαγγειακά», το 19,03%

των ανδρών και το 27,18% των γυναικών απάντησε «ο καρκίνος», το 1,75% των ανδρών και το 0,39% των γυναικών απάντησε «ο HIV», ενώ το 1,94% των ανδρών και το 0,19% των γυναικών απάντησε «άλλη».



Frequency Table for PK10 by Sex

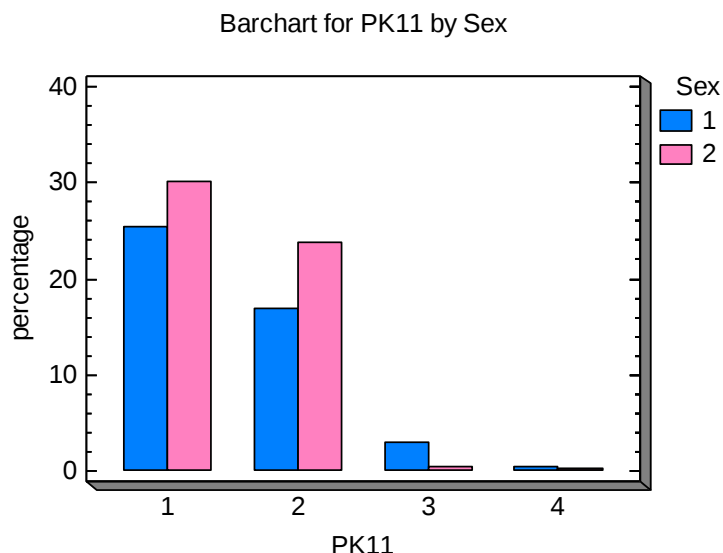
	1	2	Row Total
1	118	137	255
	22,91%	26,60%	49,51%
2	98	140	238
	19,03%	27,18%	46,21%
3	9	2	11
	1,75%	0,39%	2,14%
4	10	1	11
	1,94%	0,19%	2,14%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ11. Ποια είναι η συχνότερη νόσος στον πληθυσμό;

Στην ερώτηση για το ποια είναι η συχνότερη νόσος στον πληθυσμό, το 55,53% των ερωτηθέντων (286 άτομα) απάντησε «τα καρδιαγγειακά», το 40,58% (209 άτομα) απάντησε «ο καρκίνος», το 3,30% (17 άτομα) απάντησε «ο HIV», ενώ το 0,58% (3 άτομα) απάντησε «άλλη».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 25,44% των ανδρών και το 30,10% των γυναικών απάντησε «τα καρδιαγγειακά», το 16,89%

των ανδρών και το 23,69% των γυναικών απάντησε «ο καρκίνος», το 2,91% των ανδρών και το 0,39% των γυναικών απάντησε «ο HIV», ενώ το 0,39% των ανδρών και το 0,19% των γυναικών απάντησε «άλλη».



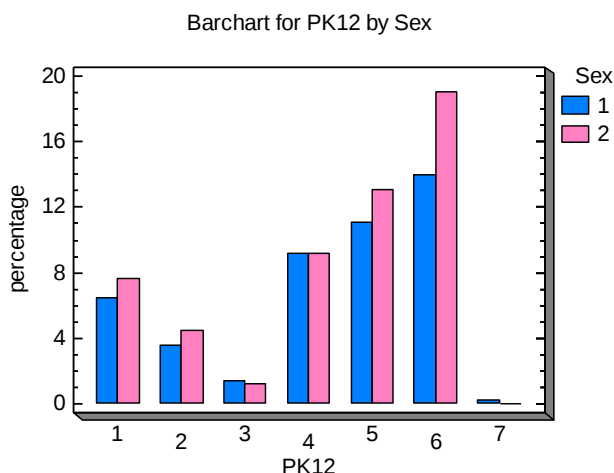
Frequency Table for PK11 by Sex

	1	2	Row Total
1	131	155	286
	25,44%	30,10%	55,53%
2	87	122	209
	16,89%	23,69%	40,58%
3	15	2	17
	2,91%	0,39%	3,30%
4	2	1	3
	0,39%	0,19%	0,58%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ12. Ποιος κατά τη γνώμη σας είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου;

Στην ερώτηση για το ποιος είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου, το 13,98% των ερωτηθέντων (72 άτομα) απάντησε «η υπέρταση», το 7,96% (41 άτομα) απάντησε «ο διαβήτης», το 2,52% (13 άτομα) απάντησε «η δυσλιπιδαιμία», το 18,25% (94 άτομα) απάντησε «το κάπνισμα», το 24,08 (124 άτομα) απάντησε «η κακή διατροφή», το 33,01 (170 άτομα) απάντησε «το άγχος», ενώ το 0,19% (1 άτομο) απάντησε «κανένας».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 6,41% των ανδρών και το 7,57% των γυναικών απάντησε «η υπέρταση», το 3,50% των ανδρών και το 4,47% των γυναικών απάντησε «ο διαβήτης», το 1,36% των ανδρών και το 1,17% των γυναικών απάντησε «η δυσλιπιδαιμία», το 9,13% των ανδρών και το 9,13% των γυναικών απάντησε «το κάπνισμα», το 11,07% των ανδρών και το 13,01% των γυναικών απάντησε «η κακή διατροφή», το 13,98% των ανδρών και το 19,03% των γυναικών απάντησε «το άγχος», ενώ το 0,19% των ανδρών απάντησε «κανένα».



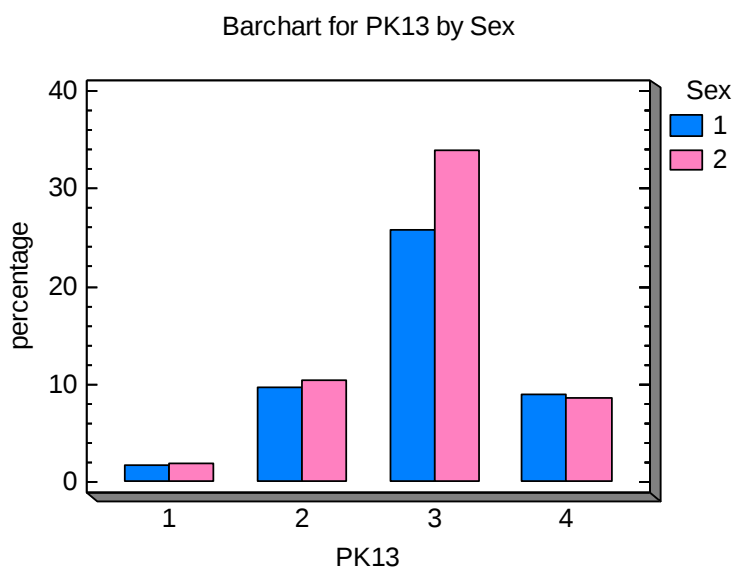
Frequency Table for PK12 by Sex

	1	2	Row Total
1	33	39	72
	6,41%	7,57%	13,98%
2	18	23	41
	3,50%	4,47%	7,96%
3	7	6	13
	1,36%	1,17%	2,52%
4	47	47	94
	9,13%	9,13%	18,25%
5	57	67	124
	11,07%	13,01%	24,08%
6	72	98	170
	13,98%	19,03%	33,01%
7	1	0	1
	0,19%	0,00%	0,19%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ13. Είναι κατανοητές οι συστάσεις των ειδικών αναφορικά με την πρόληψη;

Στην ερώτηση για το αν είναι κατανοητές οι συστάσεις των ειδικών αναφορικά με την πρόληψη, το 3,30% των ερωτηθέντων (17 άτομα) απάντησε «καθόλου», το 19,81% (102 άτομα) απάντησε «λίγο», το 59,42% (306 άτομα) απάντησε «μέτρια», ενώ το 17,48% (90 άτομα) απάντησε «αρκετά».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 1,55% των ανδρών και το 1,75% των γυναικών απάντησε «καθόλου», το 9,51% των ανδρών και το 10,29% των γυναικών απάντησε «λίγο», το 25,63% των ανδρών και το 33,79% των γυναικών απάντησε «μέτρια», ενώ το 8,93% των ανδρών και το 8,54% των γυναικών απάντησε «αρκετά».



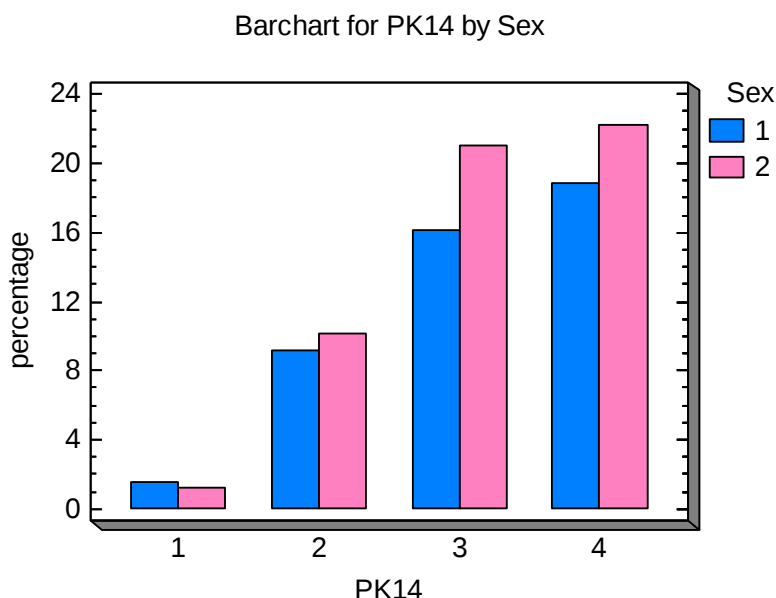
Frequency Table for PK13 by Sex

	1	2	Row Total
1	8	9	17
	1,55%	1,75%	3,30%
2	49	53	102
	9,51%	10,29%	19,81%
3	132	174	306
	25,63%	33,79%	59,42%
4	46	44	90
	8,93%	8,54%	17,48%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΠΚ14. Πιστεύετε ότι η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου;

Στην ερώτηση για το αν η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, το 2,72% των ερωτηθέντων (14 άτομα) απάντησε «καθόλου», το 19,22% (99 άτομα) απάντησε «λίγο», το 37,09% (191 άτομα) απάντησε «μέτρια», ενώ το 40,97% (211 άτομα) απάντησε «πολύ».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 1,55% των ανδρών και το 1,17% των γυναικών απάντησε «καθόλου», το 9,13% των ανδρών και το 10,10% των γυναικών απάντησε «λίγο», το 16,12% των ανδρών και το 20,97% των γυναικών απάντησε «μέτρια», ενώ το 18,83% των ανδρών και το 22,14% των γυναικών απάντησε «πολύ».



Frequency Table for PK14 by Sex

	1	2	Row Total
1	8	6	14
	1,55%	1,17%	2,72%
2	47	52	99
	9,13%	10,10%	19,22%
3	83	108	191
	16,12%	20,97%	37,09%
4	97	114	211
	18,83%	22,14%	40,97%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

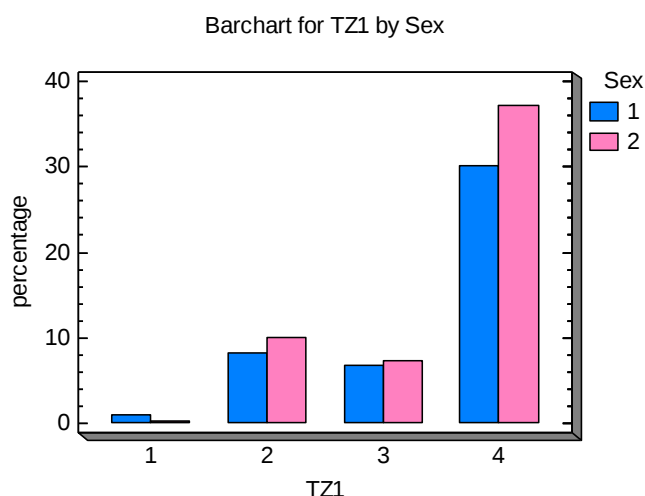
ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ

TZ1. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;

Στην ερώτηση για το αν το κάπνισμα είναι παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου, το 0,97% των ερωτηθέντων (5 άτομα) απάντησε «όχι, καθόλου», το 18,06% (93 άτομα)

απάντησε «ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους ιατρούς», το 13,79% (71 άτομα) απάντησε «ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η», ενώ το 67,18% (346 άτομα) απάντησε «ναι, αναμφισβήτητα».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 0,78% των ανδρών και το 0,19% των γυναικών απάντησε «όχι, καθόλου», το 8,16% των ανδρών και το 9,90% των γυναικών απάντησε «ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους ιατρούς», το 6,60% των ανδρών και το 7,18% των γυναικών απάντησε «ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η», ενώ το 30,10% των ανδρών και το 37,09% των γυναικών απάντησε «ναι, αναμφισβήτητα».



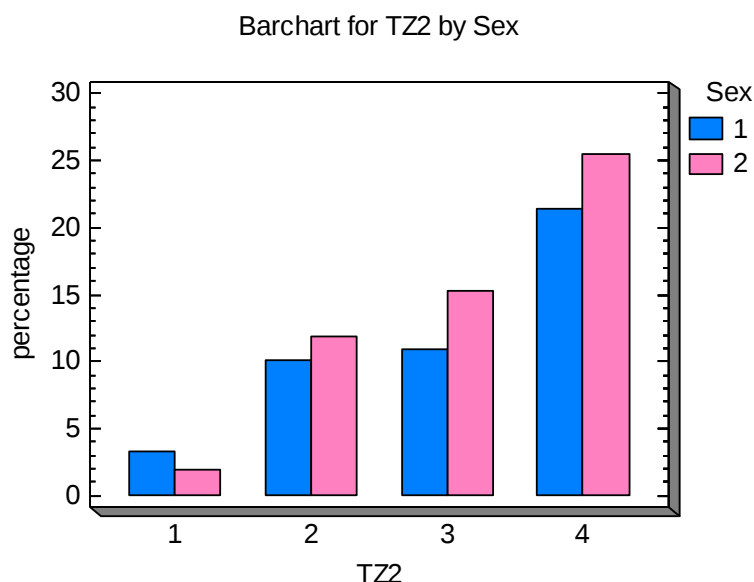
Frequency Table for TZ1 by Sex

	1	2	Row Total
1	4	1	5
	0,78%	0,19%	0,97%
2	42	51	93
	8,16%	9,90%	18,06%
3	34	37	71
	6,60%	7,18%	13,79%
4	155	191	346
	30,10%	37,09%	67,18%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

TZ2. Πιστεύετε ότι το παθητικό κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;

Στην ερώτηση για το αν το παθητικό κάπνισμα είναι παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου, το 5,24% των ερωτηθέντων (27 άτομα) απάντησε «όχι, καθόλου», το 21,94% (113 άτομα) απάντησε «ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί», το 26,02% (134 άτομα) απάντησε «ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η», ενώ το 46,80% (241 άτομα) απάντησε «ναι, αναμφισβήτητα».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 3,30% των ανδρών και το 1,94% των γυναικών απάντησε «όχι, καθόλου», το 10,10% των ανδρών και το 11,84% των γυναικών απάντησε «ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί», το 10,87% των ανδρών και το 15,15% των γυναικών απάντησε «ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η», ενώ το 21,36% των ανδρών και το 25,44% των γυναικών απάντησε «ναι, αναμφισβήτητα».



Frequency Table for TZ2 by Sex

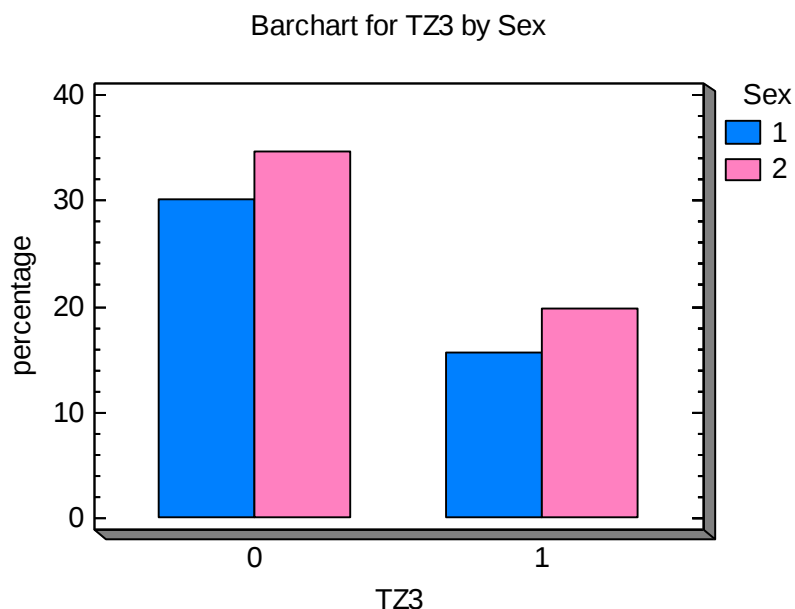
	1	2	Row Total
1	17	10	27
	3,30%	1,94%	5,24%
2	52	61	113
	10,10%	11,84%	21,94%
3	56	78	134
	10,87%	15,15%	26,02%
4	110	131	241
	21,36%	25,44%	46,80%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

TZ3. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα μέχρι 5 τσιγάρα την ημέρα ΔΕΝ βλάπτει;

Από αυτούς που απάντησαν, το 64,66% (333 άτομα) πιστεύουν ότι το κάπνισμα μέχρι 5 τσιγάρα την ημέρα βλάπτει, ενώ το 35,34% (182 άτομα) πιστεύουν ότι δεν βλάπτει.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 30,10% των ανδρών και το 34,56% των γυναικών πιστεύει ότι το κάπνισμα μέχρι 5 τσιγάρα

την ημέρα βλάπτει, ενώ το 15,53% των ανδρών και το 19,81% των γυναικών πιστεύει ότι δεν βλάπτει.



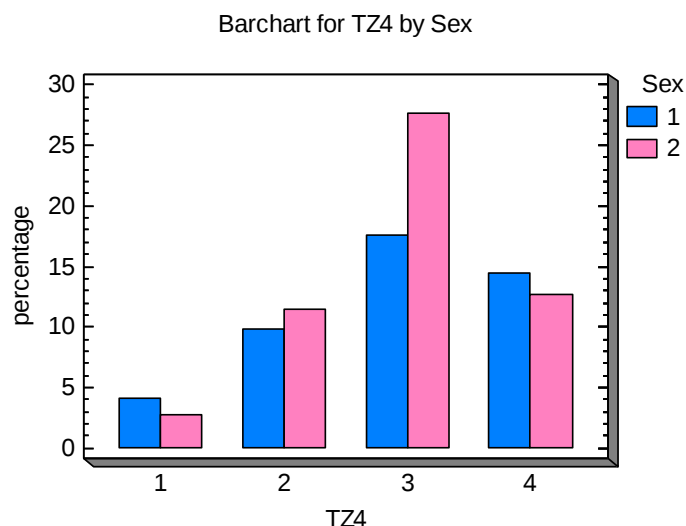
Frequency Table for TZ3 by Sex

	1	2	Row Total
0	155	178	333
	30,10%	34,56%	64,66%
1	80	102	182
	15,53%	19,81%	35,34%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

TZ4. Πιστεύετε ότι ένας καπνιστής μπορεί να διακόψει το κάπνισμα;

Στην ερώτηση για το αν πιστεύουν ότι ένας καπνιστής μπορεί να διακόψει το κάπνισμα, το 6,80% των ερωτηθέντων (35 άτομα) απάντησε «πολύ εύκολα», το 21,17% (109 άτομα) απάντησε «σχετικά εύκολα», το 45,05% (232 άτομα) απάντησε «σχετικά δύσκολα», ενώ το 26,99% (139 άτομα) απάντησε «πολύ δύσκολα».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 4,08% των ανδρών και το 2,72% των γυναικών απάντησε «πολύ εύκολα», το 9,71% των ανδρών και το 11,46% των γυναικών απάντησε «σχετικά εύκολα», το 17,48% των ανδρών και το 27,57% των γυναικών απάντησε «σχετικά δύσκολα», ενώ το 14,37% των ανδρών και το 12,62% των γυναικών απάντησε «πολύ δύσκολα».



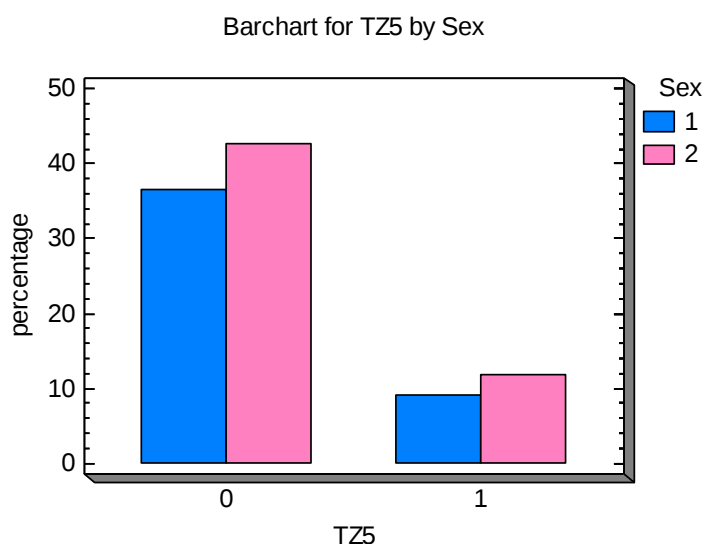
Frequency Table for TZ4 by Sex

	1	2	Row Total
1	21	14	35
	4,08%	2,72%	6,80%
2	50	59	109
	9,71%	11,46%	21,17%
3	90	142	232
	17,48%	27,57%	45,05%
4	74	65	139
	14,37%	12,62%	26,99%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

TZ5. Πιστεύετε ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσίγλες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;

Από αυτούς που απάντησαν, το 79,03% (407 άτομα) πιστεύουν ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσίγλες, για τη διακοπή του καπνίσματος, δεν είναι αποτελεσματικά, ενώ το 20,97% (108 άτομα) πιστεύουν ότι είναι αποτελεσματικά.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 36,50% των ανδρών και το 42,52% των γυναικών πιστεύει ότι τα διάφορα αυτοκόλλητα/τσίγλες, για τη διακοπή του καπνίσματος, δεν είναι αποτελεσματικά, ενώ το 9,13% των ανδρών και το 11,84% των γυναικών πιστεύει ότι είναι αποτελεσματικά.



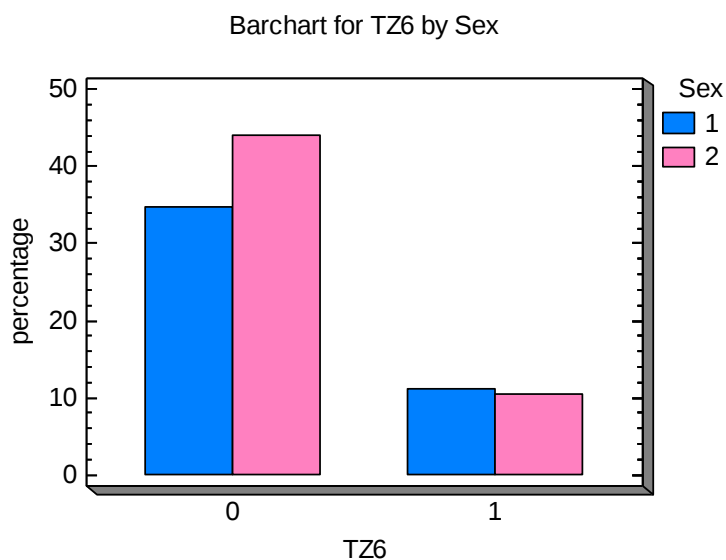
Frequency Table for TZ5 by Sex

	1	2	Row Total
0	188	219	407
	36,50%	42,52%	79,03%
1	47	61	108
	9,13%	11,84%	20,97%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

TZ6. Πιστεύετε ότι φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά;

Από αυτούς που απάντησαν, το 78,45% (404 άτομα) πιστεύουν ότι τα φάρμακα, για τη διακοπή του καπνίσματος, δεν είναι αποτελεσματικά, ενώ το 21,55% (111 άτομα) πιστεύουν ότι είναι αποτελεσματικά.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 34,56% των ανδρών και το 43,88% των γυναικών πιστεύει ότι τα φάρμακα, για τη διακοπή του καπνίσματος, δεν είναι αποτελεσματικά, ενώ το 11,07% των ανδρών και το 10,49% των γυναικών πιστεύει ότι είναι αποτελεσματικά.



Frequency Table for TZ6 by Sex

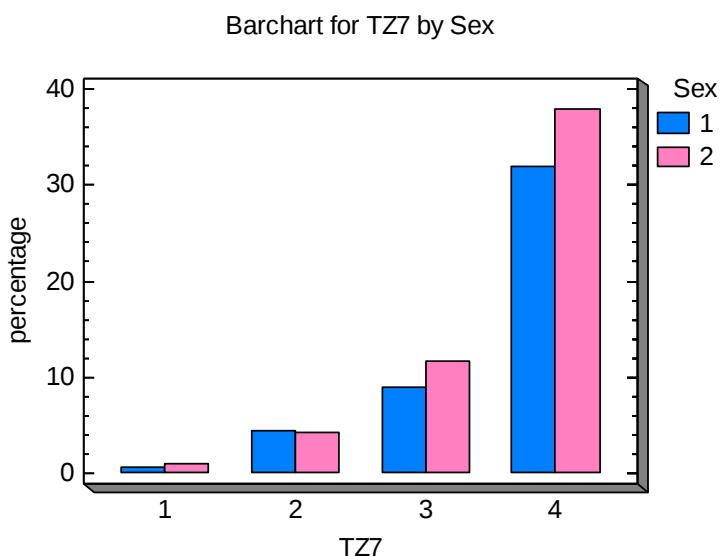
	1	2	Row Total
0	178	226	404
	34,56%	43,88%	78,45%
1	57	54	111
	11,07%	10,49%	21,55%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

TZ7. Πιστεύετε ότι η καθιστική ζωή είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;

Στην ερώτηση για το αν η καθιστική ζωή είναι παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου, το 1,36% των ερωτηθέντων (7 άτομα) απάντησε «όχι, καθόλου», το 8,35% (43 άτομα) απάντησε «ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους ιατρούς», το 20,58% (106 άτομα)

απάντησε «ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η», ενώ το 69,71% (359 άτομα) απάντησε «ναι, αναμφισβήτητα».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 0,58% των ανδρών και το 0,78% των γυναικών απάντησε «όχι, καθόλου», το 4,27% των ανδρών και το 4,08% των γυναικών απάντησε «ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους ιατρούς», το 8,93% των ανδρών και το 11,65% των γυναικών απάντησε «ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η», ενώ το 31,84% των ανδρών και το 37,86% των γυναικών απάντησε «ναι, αναμφισβήτητα».



Frequency Table for TZ7 by Sex

	1	2	Row Total
1	3	4	7
	0,58%	0,78%	1,36%
2	22	21	43
	4,27%	4,08%	8,35%
3	46	60	106
	8,93%	11,65%	20,58%
4	164	195	359
	31,84%	37,86%	69,71%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

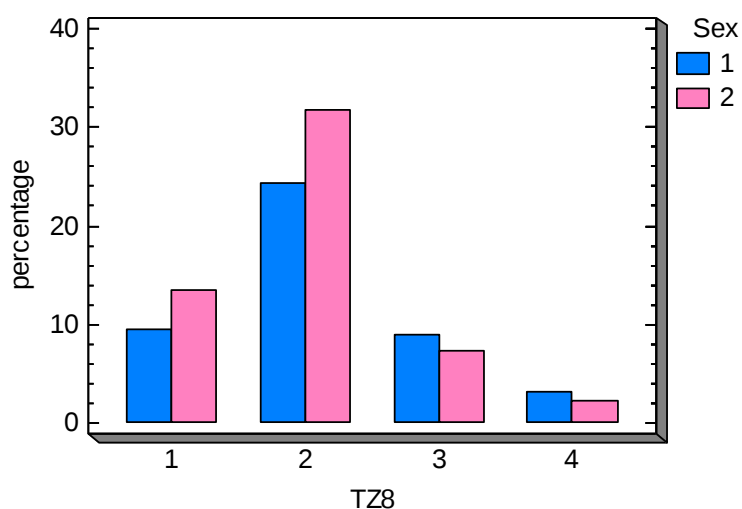
TZ8. Ποιο είδος έντασης άσκησης επιφέρει μείωση των επιπέδων των παραγόντων κινδύνου;

Στην ερώτηση για το ποιο είδος έντασης άσκησης επιφέρει μείωση των επιπέδων των παραγόντων κινδύνου, το 22,72% των ερωτηθέντων (117 άτομα) απάντησε «ακόμα και η

ελαφρά», το 55,92% (288 άτομα) απάντησε «η μέτρια», το 16,12% (83 άτομα) απάντησε «η έντονη», ενώ το 5,24% (27 άτομα) απάντησε «η πολύ έντονη».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 9,32% των ανδρών και το 13,40% των γυναικών απάντησε «ακόμα και η ελαφρά», το 24,27% των ανδρών και το 31,65% των γυναικών απάντησε «η μέτρια», το 8,93% των ανδρών και το 7,18% των γυναικών απάντησε «η έντονη», ενώ το 3,11% των ανδρών και το 2,14% των γυναικών απάντησε «η πολύ έντονη».

Barchart for TZ8 by Sex



Frequency Table for TZ8 by Sex

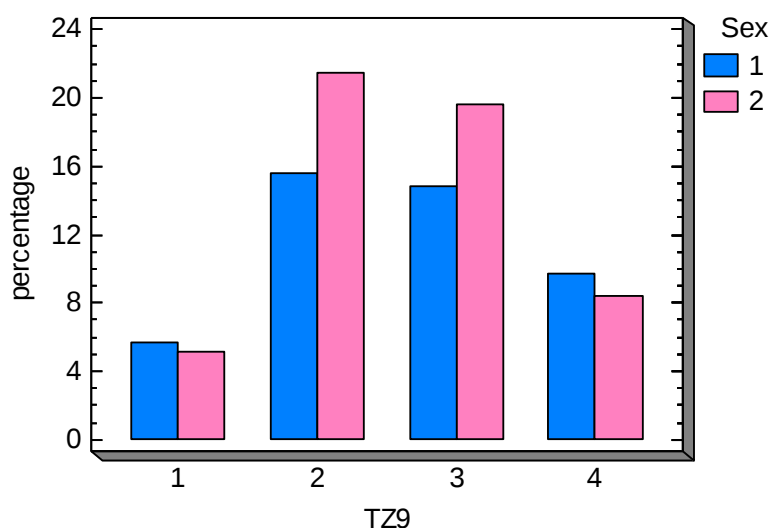
	1	2	Row Total
1	48	69	117
	9,32%	13,40%	22,72%
2	125	163	288
	24,27%	31,65%	55,92%
3	46	37	83
	8,93%	7,18%	16,12%
4	16	11	27
	3,11%	2,14%	5,24%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

TZ9. Βρίσκετε χώρους για να αθληθείτε;

Στην ερώτηση για το αν βρίσκετε χώρους να αθληθείτε, το 10,68% των ερωτηθέντων (55 άτομα) απάντησε «πολύ δύσκολα», το 36,89% (190 άτομα) απάντησε «σχετικά δύσκολα», το 34,37% (177 άτομα) απάντησε «σχετικά εύκολα», ενώ το 18,06% (93 άτομα) απάντησε «πολύ εύκολα».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 5,63% των ανδρών και το 5,05% των γυναικών απάντησε «πολύ δύσκολα», το 15,53% των ανδρών και το 21,36% των γυναικών απάντησε «σχετικά δύσκολα», το 14,76% των ανδρών και το 19,61% των γυναικών απάντησε «σχετικά εύκολα», ενώ το 9,71% των ανδρών και το 8,35% των γυναικών απάντησε «πολύ εύκολα».

Barchart for TZ9 by Sex



Frequency Table for TZ9 by Sex

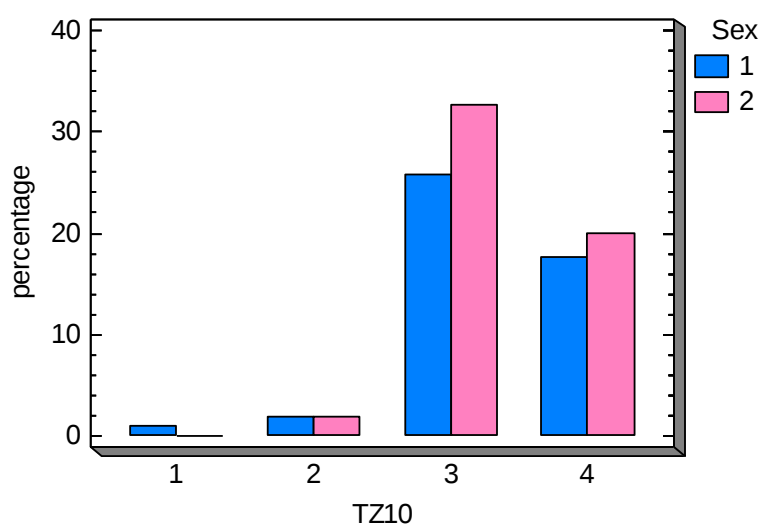
	1	2	Row Total
1	29	26	55
	5,63%	5,05%	10,68%
2	80	110	190
	15,53%	21,36%	36,89%
3	76	101	177
	14,76%	19,61%	34,37%
4	50	43	93
	9,71%	8,35%	18,06%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

TZ10. Πιστεύετε ότι η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο;

Στην ερώτηση για το αν η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, το 0,78% των ερωτηθέντων (4 άτομα) απάντησε «καθόλου», το 3,50% (18 άτομα) απάντησε «λίγο», το 58,25% (300 άτομα) απάντησε «μέτρια», ενώ το 37,48% (193 άτομα) απάντησε «πολύ».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως μόνο το 0,78% των ανδρών απάντησε «καθόλου», το 1,75% των ανδρών και το 1,75% των γυναικών απάντησε «λίγο», το 25,63% των ανδρών και το 32,62% των γυναικών απάντησε «μέτρια», ενώ το 17,48% των ανδρών και το 20% των γυναικών απάντησε «πολύ».

Barchart for TZ10 by Sex



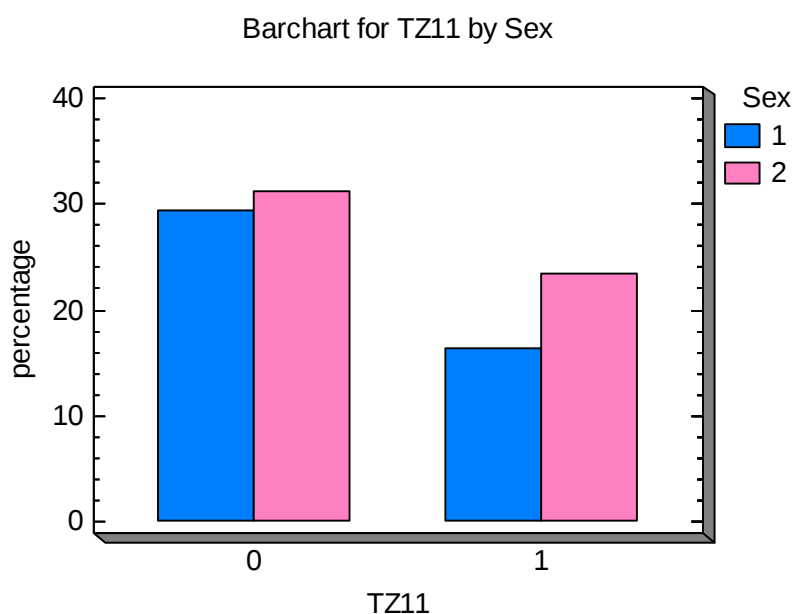
Frequency Table for TZ10 by Sex

	1	2	Row Total
1	4	0	4
	0,78%	0,00%	0,78%
2	9	9	18
	1,75%	1,75%	3,50%
3	132	168	300
	25,63%	32,62%	58,25%
4	90	103	193
	17,48%	20,00%	37,48%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

TZ11. Έχει επηρεάσει το καπνιστικό περιβάλλον τις επιλογές σας για διασκέδαση;

Από αυτούς που ερωτήθηκαν, το 60,39% (311 άτομα) δήλωσε ότι το καπνιστικό περιβάλλον δεν έχει επηρεάσει τις επιλογές τους για διασκέδαση, ενώ το 39,61% (204 άτομα) δήλωσε ότι τους έχει επηρεάσει.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 29,32% των ανδρών και το 31,07% των γυναικών δήλωσε ότι το καπνιστικό περιβάλλον δεν έχει επηρεάσει τις επιλογές τους για διασκέδαση, ενώ το 16,31% των ανδρών και το 23,30% των γυναικών δήλωσε ότι τους έχει επηρεάσει.



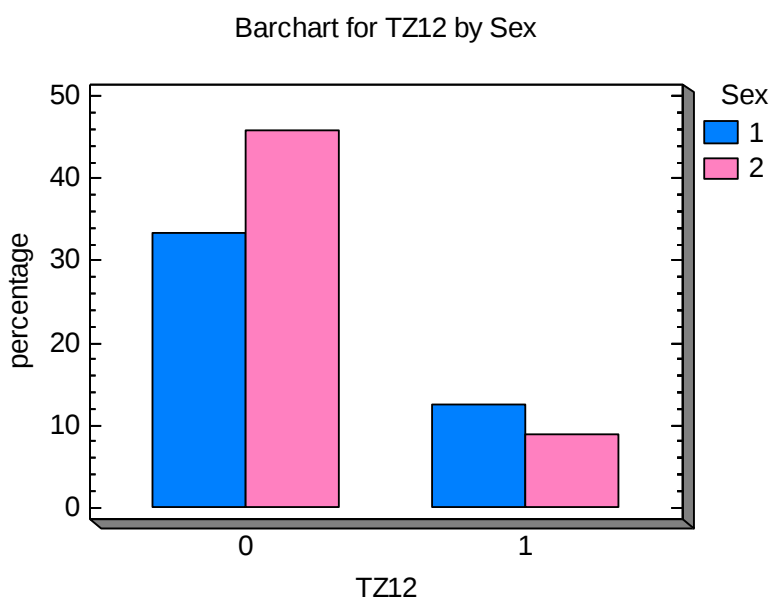
Frequency Table for TZ11 by Sex

	1	2	Row Total
0	151	160	311
	29,32%	31,07%	60,39%
1	84	120	204
	16,31%	23,30%	39,61%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

TZ12. Υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών σε χώρους εστίασης/διασκέδασης;

Από αυτούς που ερωτήθηκαν, το 78,83% (406 άτομα) πιστεύει ότι δεν υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών σε χώρους εστίασης/διασκέδασης, ενώ το 21,17% (109 άτομα) πιστεύει ότι υπάρχει.

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 33,20% των ανδρών και το 45,63% των γυναικών πιστεύει ότι δεν υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών σε χώρους εστίασης/διασκέδασης, ενώ το 12,43% των ανδρών και το 8,74% των γυναικών πιστεύει ότι υπάρχει.



Frequency Table for TZ12 by Sex

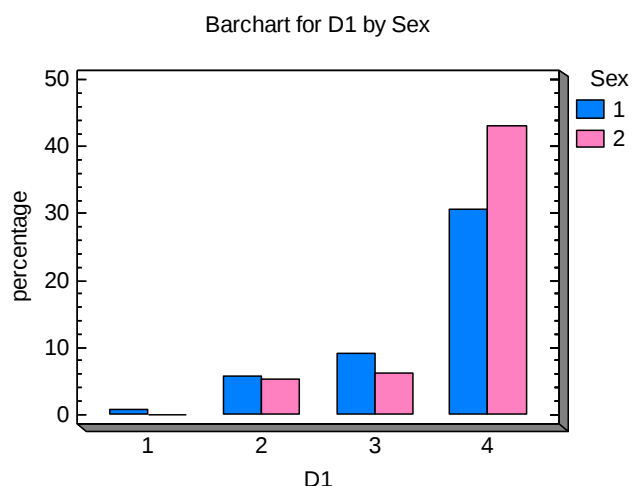
	1	2	Row Total
0	171	235	406
	33,20%	45,63%	78,83%
1	64	45	109
	12,43%	8,74%	21,17%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Δ1. Πιστεύετε ότι οι «κακές» διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις;

Στην ερώτηση για το αν οι «κακές» διατροφικές συνήθειες είναι παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου, το 0,58% των ερωτηθέντων (3 άτομα) απάντησε «όχι, καθόλου», το 10,87% (56 άτομα) απάντησε «ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους διαιτολόγους», το 14,95% (77 άτομα) απάντησε «ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η», ενώ το 73,59% (379 άτομα) απάντησε «ναι, αναμφισβήτητα».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως μόνο το 0,58% των ανδρών απάντησε «όχι, καθόλου», το 5,63% των ανδρών και το 5,24% των γυναικών απάντησε «ναι, αλλά έχει υπερεκτιμηθεί από τους διαιτολόγους», το 8,93% των ανδρών και το 6,02% των γυναικών απάντησε «ναι, αλλά δεν είμαι πολύ σίγουρος/η», ενώ το 30,49% των ανδρών και το 43,11% των γυναικών απάντησε «ναι, αναμφισβήτητα».



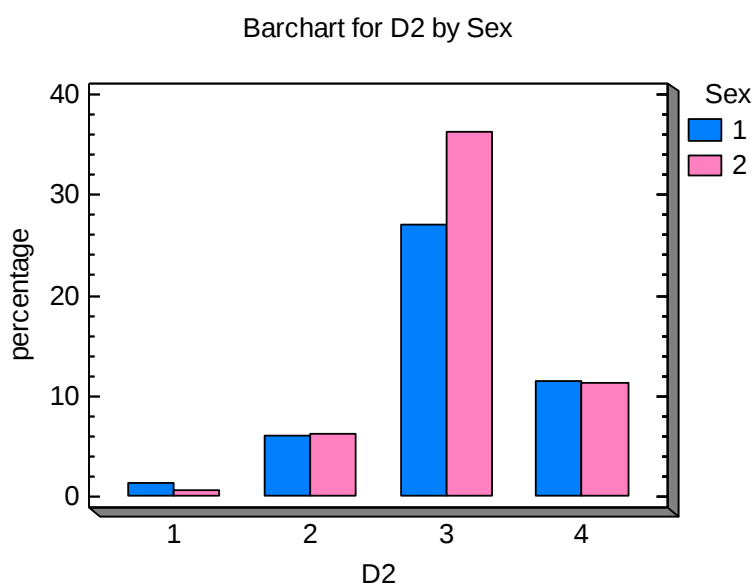
Frequency Table for D1 by Sex

	1	2	Row Total
1	3	0	3
	0,58%	0,00%	0,58%
2	29	27	56
	5,63%	5,24%	10,87%
3	46	31	77
	8,93%	6,02%	14,95%
4	157	222	379
	30,49%	43,11%	73,59%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

Δ2. Πιστεύετε ότι η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;

Στην ερώτηση για το αν η κατανάλωση ελαιολάδου μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, το 1,75% των ερωτηθέντων (9 άτομα) απάντησε «καθόλου», το 12,23% (63 άτομα) απάντησε «λίγο», το 63,30% (326 άτομα) απάντησε «μέτρια», ενώ το 22,72% (117 άτομα) απάντησε «πολύ».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 1,17% των ανδρών και το 0,58% των γυναικών απάντησε «καθόλου», το 6,02% των ανδρών και το 6,21% των γυναικών απάντησε «λίγο», το 26,99% των ανδρών και το 36,31% των γυναικών απάντησε «μέτρια», ενώ το 11,46% των ανδρών και το 11,26% των γυναικών απάντησε «πολύ».



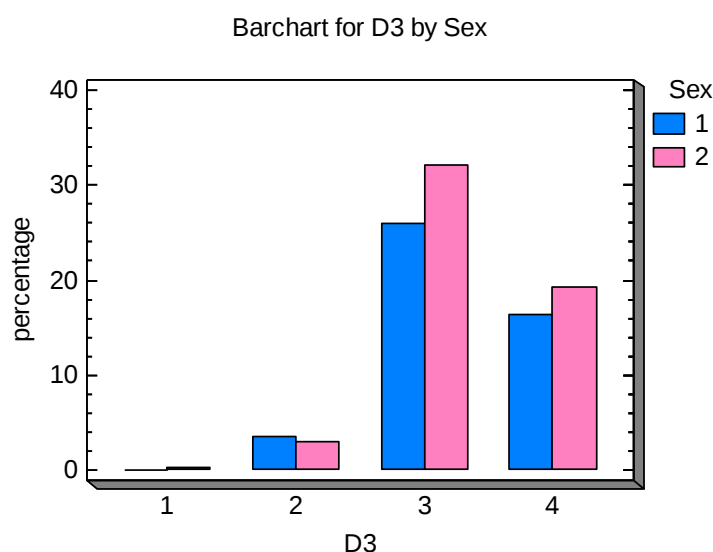
Frequency Table for D2 by Sex

	1	2	Row Total
1	6	3	9
	1,17%	0,58%	1,75%
2	31	32	63
	6,02%	6,21%	12,23%
3	139	187	326
	26,99%	36,31%	63,30%
4	59	58	117
	11,46%	11,26%	22,72%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

Δ3. Πιστεύετε ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;

Στην ερώτηση για το αν η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, το 0,19% των ερωτηθέντων (1 άτομο) απάντησε «καθόλου», το 6,41% (33 άτομα) απάντησε «λίγο», το 57,86% (298 άτομα) απάντησε «μέτρια», ενώ το 35,53% (183 άτομα) απάντησε «πολύ».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως μόνο το 0,19% των γυναικών απάντησε «καθόλου», το 3,50% των ανδρών και το 2,91% των γυναικών απάντησε «λίγο», το 25,83% των ανδρών και το 32,04% των γυναικών απάντησε «μέτρια», ενώ το 16,31% των ανδρών και το 19,22% των γυναικών απάντησε «πολύ».



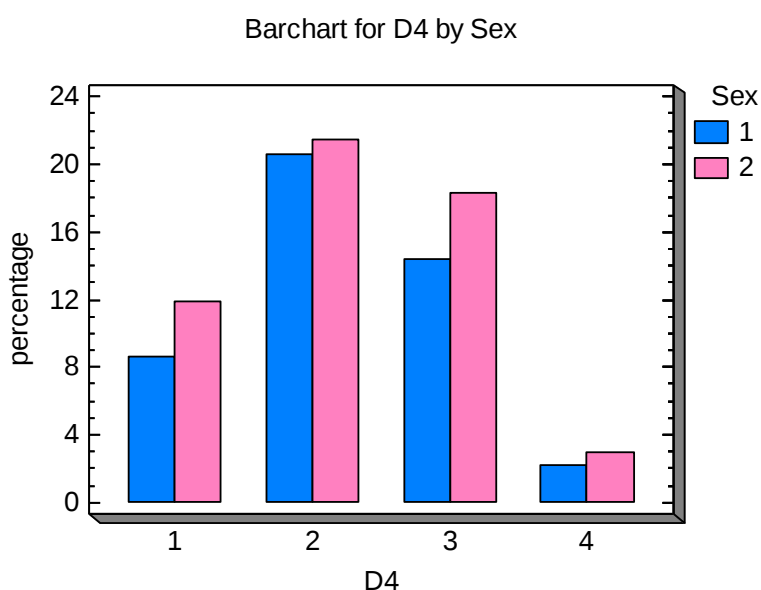
Frequency Table for D3 by Sex

	1	2	Row Total
1	0	1	1
	0,00%	0,19%	0,19%
2	18	15	33
	3,50%	2,91%	6,41%
3	133	165	298
	25,83%	32,04%	57,86%
4	84	99	183
	16,31%	19,22%	35,53%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

Δ4. Πιστεύετε ότι τα συμπληρώματα διατροφής μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;

Στην ερώτηση για το αν τα συμπληρώματα διατροφής μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, το 20,39% των ερωτηθέντων (105 άτομα) απάντησε «καθόλου», το 41,94% (216 άτομα) απάντησε «λίγο», το 32,62% (168 άτομα) απάντησε «μέτρια», ενώ το 5,05% (26 άτομα) απάντησε «πολύ».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 8,54% των ανδρών και το 11,84% των γυναικών απάντησε «καθόλου», το 20,58% των ανδρών και το 21,36% των γυναικών απάντησε «λίγο», το 14,37% των ανδρών και το 18,25% των γυναικών απάντησε «μέτρια», ενώ το 2,14% των ανδρών και το 2,91% των γυναικών απάντησε «πολύ».



Frequency Table for D4 by Sex

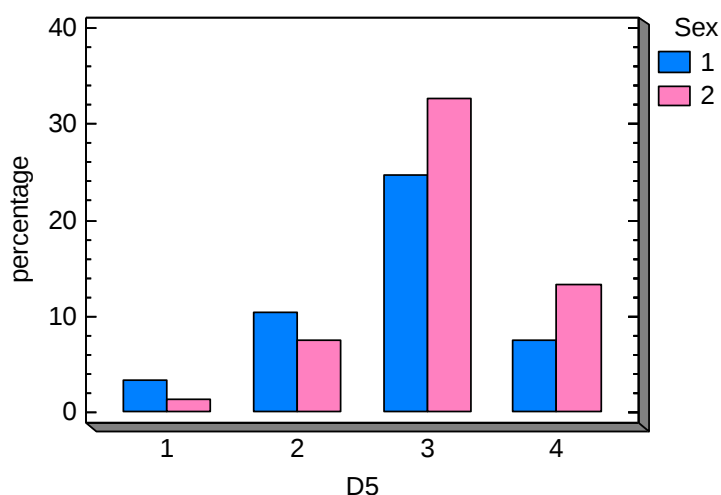
	1	2	Row Total
1	44	61	105
	8,54%	11,84%	20,39%
2	106	110	216
	20,58%	21,36%	41,94%
3	74	94	168
	14,37%	18,25%	32,62%
4	11	15	26
	2,14%	2,91%	5,05%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

Δ5. Πόσο πιστεύετε ότι γνωρίζετε για τη διατροφή;

Στην ερώτηση για το πόσο πιστεύουν ότι γνωρίζουν για τη διατροφή, το 4,47% των ερωτηθέντων (23 άτομα) απάντησε «καθόλου», το 17,67% (91 άτομα) απάντησε «λίγο», το 57,28% (295 άτομα) απάντησε «μέτρια», ενώ το 20,58% (106 άτομα) απάντησε «αρκετά».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 3,30% των ανδρών και το 1,17% των γυναικών απάντησε «καθόλου», το 10,29% των ανδρών και το 7,38% των γυναικών απάντησε «λίγο», το 24,66% των ανδρών και το 32,62% των γυναικών απάντησε «μέτρια», ενώ το 7,38% των ανδρών και το 13,20% των γυναικών απάντησε «αρκετά».

Barchart for D5 by Sex



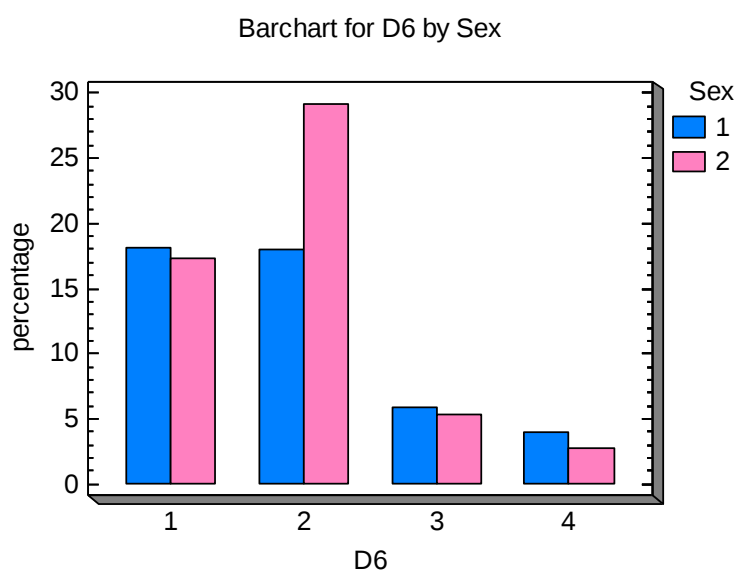
Frequency Table for D5 by Sex

	1	2	Row Total
1	17	6	23
	3,30%	1,17%	4,47%
2	53	38	91
	10,29%	7,38%	17,67%
3	127	168	295
	24,66%	32,62%	57,28%
4	38	68	106
	7,38%	13,20%	20,58%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

Δ6. Εφαρμόζετε κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό σας;

Στην ερώτηση για το αν εφαρμόζουν κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής στο νοικοκυριό τους, το 35,34% των ερωτηθέντων (182 άτομα) απάντησε «όχι, ακολουθώ μεικτή», το 46,99% (242 άτομα) απάντησε «μεσογειακή κουζίνα», το 11,07% (57 άτομα) απάντησε «δυτικού τύπου», ενώ το 6,60% (34 άτομα) απάντησε «άλλη».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 18,06% των ανδρών και το 17,28% των γυναικών απάντησε «όχι, ακολουθώ μεικτή», το 17,86% των ανδρών και το 29,13% των γυναικών απάντησε «μεσογειακή κουζίνα», το 5,83% των ανδρών και το 5,24% των γυναικών απάντησε «δυτικού τύπου», ενώ το 3,88% των ανδρών και το 2,72% των γυναικών απάντησε «άλλη».



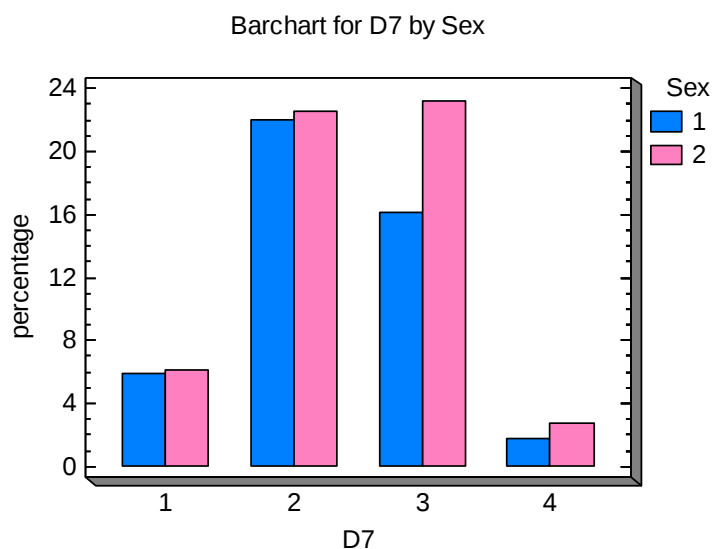
Frequency Table for D6 by Sex

	1	2	Row Total
1	93	89	182
	18,06%	17,28%	35,34%
2	92	150	242
	17,86%	29,13%	46,99%
3	30	27	57
	5,83%	5,24%	11,07%
4	20	14	34
	3,88%	2,72%	6,60%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

Δ7. Πιστεύετε ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό σας κίνδυνο;

Στην ερώτηση για το αν πιστεύουν ότι οι διάφορες μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να μειώσουν τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό τους κίνδυνο, το 11,84% των ερωτηθέντων (61 άτομα) απάντησε «καθόλου», το 44,47% (229 άτομα) απάντησε «λίγο», το 39,22% (202 άτομα) απάντησε «μέτρια», ενώ το 4,47% (23 άτομα) απάντησε «αρκετά».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 5,83% των ανδρών και το 6,02% των γυναικών απάντησε «καθόλου», το 21,94% των ανδρών και το 22,52% των γυναικών απάντησε «λίγο», το 16,12% των ανδρών και το 23,11% των γυναικών απάντησε «μέτρια», ενώ το 1,75% των ανδρών και το 2,72% των γυναικών απάντησε «αρκετά».



Frequency Table for D7 by Sex

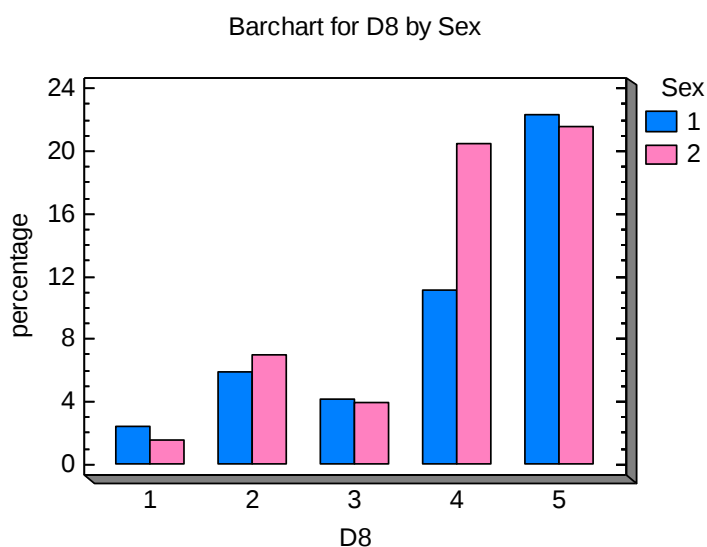
	1	2	Row Total
1	30	31	61
	5,83%	6,02%	11,84%
2	113	116	229
	21,94%	22,52%	44,47%
3	83	119	202
	16,12%	23,11%	39,22%
4	9	14	23
	1,75%	2,72%	4,47%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

Δ8. Ποιο είναι το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής;

Στην ερώτηση για το ποιο είναι το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής, το 3,88% των ερωτηθέντων (20 άτομα) απάντησε «τα μονο-ακόρεστα λιπαρά», το 12,82%

(66 άτομα) απάντησε «οι φυτικές ίνες», το 7,96% (41 άτομα) απάντησε «οι αντιοξειδωτικές ουσίες», το 31,46% (162 άτομα) απάντησε «τα μικρά και συχνά γεύματα», ενώ το 43,88% (226 άτομα) απάντησε «η ποικιλία τροφών».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 2,33% των ανδρών και το 1,55% των γυναικών απάντησε «τα μονο-ακόρεστα λιπαρά», το 5,83% των ανδρών και το 6,99% των γυναικών απάντησε «οι φυτικές ίνες», το 4,08% των ανδρών και το 3,88% των γυναικών απάντησε «οι αντιοξειδωτικές ουσίες», το 11,07% των ανδρών και το 20,39% των γυναικών απάντησε «τα μικρά και συχνά γεύματα», ενώ το 22,33% των ανδρών και το 21,55% των γυναικών απάντησε «η ποικιλία τροφών».



Frequency Table for D8 by Sex

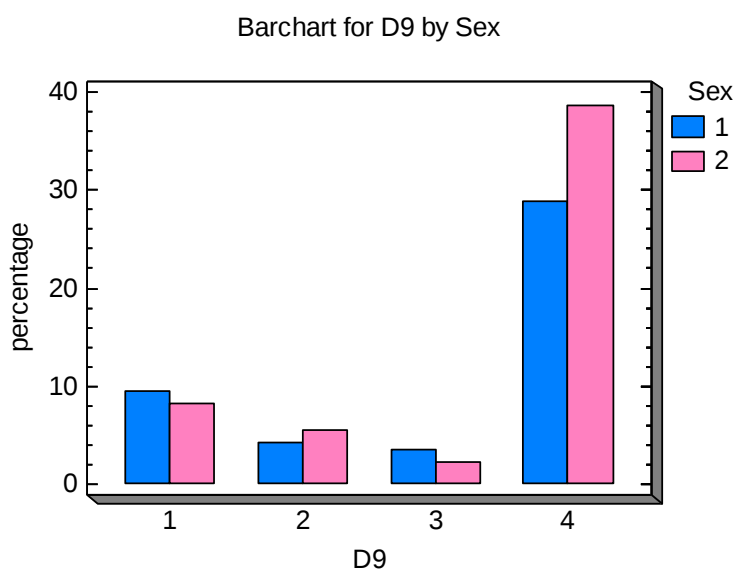
	1	2	Row Total
1	12	8	20
	2,33%	1,55%	3,88%
2	30	36	66
	5,83%	6,99%	12,82%
3	21	20	41
	4,08%	3,88%	7,96%
4	57	105	162
	11,07%	20,39%	31,46%
5	115	111	226
	22,33%	21,55%	43,88%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

Δ9. Πιστεύετε ότι είναι πιο ασφαλής η αγορά τροφίμων από:

Όταν ερωτήθηκαν από πού πιστεύουν ότι είναι πιο ασφαλής η αγορά τροφίμων, το 17,48% των ερωτηθέντων (90 άτομα) απάντησε «από τα σούπερ μάρκετ», το 9,51% (49

άτομα) απάντησε «από τη λαϊκή», το 5,63% (29 άτομα) απάντησε «από τα μικρά εμπορικά της γειτονιάς», ενώ το 67,38% (347 άτομα) απάντησε «από τη δική τους ή φιλική παραγωγή».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 9,32% των ανδρών και το 8,16% των γυναικών απάντησε «από τα σούπερ μάρκετ», το 4,08% των ανδρών και το 5,44% των γυναικών απάντησε «από τη λαϊκή», το 3,50% των ανδρών και το 2,14% των γυναικών απάντησε «από τα μικρά εμπορικά της γειτονιάς», ενώ το 28,74% των ανδρών και το 38,64% των γυναικών απάντησε «από τη δική τους ή φιλική παραγωγή».



Frequency Table for D9 by Sex

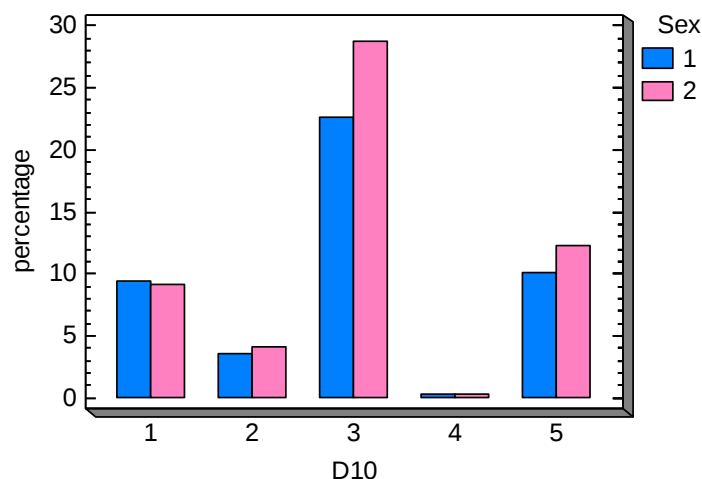
	1	2	Row Total
1	48	42	90
	9,32%	8,16%	17,48%
2	21	28	49
	4,08%	5,44%	9,51%
3	18	11	29
	3,50%	2,14%	5,63%
4	148	199	347
	28,74%	38,64%	67,38%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

Δ10. Ποιος είναι κατά τη γνώμη σας ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος;

Στην ερώτηση για το ποιος είναι ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος, το 18,45% των ερωτηθέντων (95 άτομα) απάντησε «το αλάτι», το 7,57% (39 άτομα) απάντησε «η ζάχαρη», το 51,26% (264 άτομα) απάντησε «τα κορεσμένα λίπη», το 0,39% (2 άτομα) απάντησε «το άμυλο», ενώ το 22,33% (115 άτομα) απάντησε «το αλκοόλ».

Σε συνδυασμό με το φύλο του εκάστοτε ερωτηθέντος, η ανάλυση δείχνει πως το 9,32% των ανδρών και το 9,13% των γυναικών απάντησε «το αλάτι», το 3,50% των ανδρών και το 4,08% των γυναικών απάντησε «η ζάχαρη», το 22,52% των ανδρών και το 28,74% των γυναικών απάντησε «τα κορεσμένα λίπη», το 0,19% των ανδρών και το 0,19% των γυναικών απάντησε «το άμυλο», ενώ το 10,10% των ανδρών και το 12,23% των γυναικών απάντησε «το αλκοόλ».

Barchart for D10 by Sex



Frequency Table for D10 by Sex

	1	2	Row Total
1	48	47	95
	9,32%	9,13%	18,45%
2	18	21	39
	3,50%	4,08%	7,57%
3	116	148	264
	22,52%	28,74%	51,26%
4	1	1	2
	0,19%	0,19%	0,39%
5	52	63	115
	10,10%	12,23%	22,33%
Column Total	235	280	515
	45,63%	54,37%	100,00%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πριν επιχειρηθεί η οποιαδήποτε εξαγωγή συμπερασμάτων, θα πρέπει να τονιστεί ότι για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε τυχαίο δείγμα πληθυσμού 515 ατόμων, από τα οποία 280 είναι γυναίκες και 235 είναι άνδρες. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων ανήκει ηλικιακά στη δεκαετία 20-30 έτη (186 άτομα), έχει σπουδάσει 12-18 έτη (279 άτομα), έχει ετήσιο ατομικό εισόδημα μικρότερο των 20.000€ (388 άτομα), ενώ έχει ιδιόκτητη κατοικία. Ταυτόχρονα, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες έχουν βάρος 60-90 κιλά (332 άτομα) και ύψος 160-170 εκατοστά (206 άτομα).

Από την ανάλυση που έγινε, σε κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου ξεχωριστά, μπορεί κανείς να εξάγει κάποια βασικά συμπεράσματα:

- ❖ Σύμφωνα με το συγκεκριμένο δείγμα ατόμων, φαίνεται πως οι άνδρες εμφανίζουν πιο συχνά υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και στεφανιαία νόσο. Αντίθετα, οι γυναίκες πάσχουν συχνότερα από σακχαρώδη διαβήτη, από άλλη καρδιαγγειακή νόσο (πλην της στεφανιαίας), ενώ έχουν πιο συχνά οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου και υπερτερούν στο κάπνισμα.
- ❖ Όσον αφορά στις αντιλήψεις τους για τους κλινικούς παράγοντες κινδύνου, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ενημερωμένες από τους άνδρες, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού φαίνεται να μη γνωρίζει τις φυσιολογικές τιμές των βιοχημικών δεικτών. Επίσης, η πλειονότητα του δείγματος πιστεύει ότι τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν μέχρι 20% τη χοληστερίνη τους και κατά πολύ την πίεση τους. Σημαντικό είναι, ακόμα, να αναφερθεί πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ερωτήθηκαν έκαναν check-up πριν από ένα έτος, ενώ πιστεύουν ότι πρέπει να γίνεται, σε κάθε περίπτωση, κάθε χρόνο. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα θεωρούνται από τους περισσότερους ως η συχνότερη νόσος και ως η σημαντικότερη αιτία θανάτου, ενώ το άγχος χαρακτηρίζεται ως ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου. Τέλος, οι συστάσεις των ειδικών, αναφορικά με την πρόληψη, φαίνεται να είναι, ως επί το πλείστον, μέτρια κατανοητές, ενώ οι περισσότεροι πιστεύουν ότι μπορούν να μειώσουν πολύ τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, αν τροποποιήσουν τους παράγοντες κινδύνου.
- ❖ Σχετικά με τις αντιλήψεις τους για τους παράγοντες που αφορούν στον τρόπο ζωής, βάσει των στοιχείων, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων θεωρεί ότι, τόσο το ενεργητικό (έστω και έως 5 τσιγάρα την ημέρα), όσο και το παθητικό κάπνισμα, αποτελούν αναμφισβήτητα παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Συγχρόνως, η πλειονότητα του δείγματος πιστεύει ότι η διακοπή του καπνίσματος είναι σχετικά δύσκολη, καθώς και ότι τα αυτοκόλλητα, οι τσίγλες και τα φάρμακα είναι αναποτελεσματικά για τη διακοπή του. Επίσης, σύμφωνα με την έρευνα, οι περισσότεροι θεωρούν ότι η καθιστική ζωή είναι αναμφισβήτητος παράγοντας κινδύνου και ότι η άσκηση, έστω και μέτριας έντασης, μπορεί να μειώσει αρκετά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Τέλος, παρά το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος πιστεύει ότι δεν υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών, σε

χώρους εστίασης/διασκέδασης, το καπνιστικό περιβάλλον δεν επηρεάζει τις επιλογές τους για διασκέδαση.

- ❖ Αναφορικά με τις αντιλήψεις τους για τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή, ενώ οι περισσότεροι δήλωσαν μέτρια ενημερωμένοι, πιστεύουν ότι η κακή διατροφή αποτελεί αναμφισβήτητα παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου. Επιπρόσθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το ελαιόλαδο, τα φρούτα και τα λαχανικά μπορούν να μειώσουν αρκετά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, ενώ τα συμπληρώματα διατροφής και οι μαργαρίνες με φυτικές στερόλες μπορούν να τον μειώσουν λίγο. Τέλος, η πλειονότητα του δείγματος προτιμά τη μεσογειακή κουζίνα, αγοράζει τρόφιμα από δική του ή φιλική παραγωγή, θεωρεί την ποικιλία τροφών ως το σημαντικότερο συστατικό μιας υγιεινής διατροφής, ενώ πιστεύει ότι τα κορεσμένα λίπη είναι ο σημαντικότερος διατροφικός κίνδυνος.

Εν κατακλείδι, μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι ο πληθυσμός του δείγματος, ενώ φαίνεται πως δεν είναι αρκετά ενημερωμένος σχετικά με τους κλινικούς παράγοντες κινδύνου, δηλώνει ότι έχει υιοθετήσει έναν σχετικά υγιεινό τρόπο ζωής. Το γεγονός αυτό, βέβαια, δε συνεπάγεται το ότι δεν υπάρχουν ακόμα μεγάλα περιθώρια μείωσης των παραγόντων κινδύνου και βελτίωσης του τρόπου ζωής.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας, κρίνεται αναγκαία η παράθεση ορισμένων συστάσεων, όσον αφορά στην πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, μέσω της αλλαγής του τρόπου ζωής. Δεδομένου ότι η πρόληψη είναι μεγίστης σημασίας, κυρίως κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, θα ήταν καλό να προωθούνται στους μαθητές και να εφαρμόζονται οι ακόλουθες προτάσεις:

- Καθώς το κάπνισμα, είτε το ενεργητικό, είτε το παθητικό, θεωρείται ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου, συστήνεται στους γονείς η αποφυγή του, ειδικότερα όταν βρίσκονται σε κλειστούς χώρους μαζί με τα παιδιά. Το ίδιο συστήνεται και στους καθηγητές, οι οποίοι, πολλές φορές, αποτελούν παράδειγμα προς μίμηση για τους μαθητές τους.
- Όσον αφορά στη διατροφή, το πρότυπο της μεσογειακής κουζίνας χρήζει περισσότερων θιασωτών. Αποδεδειγμένα, η μεσογειακή διατροφή δρα προστατευτικά απέναντι σε ορισμένα χρόνια νοσήματα. Επομένως, αυτού του τύπου η διατροφή προτείνεται να υιοθετηθεί από την οικογένεια, καθώς και να προωθηθεί από το σχολείο. Αναφορικά με το σχολείο, θα πρέπει τα τρόφιμα που διατίθενται στο κυλικείο να είναι υγιεινά, φρέσκα και να καλύπτουν τις ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού, χωρίς να τον επιβαρύνουν με περιττές θερμίδες.
- Γνωρίζοντας ότι η σωματική δραστηριότητα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του τρόπου ζωής, κρίνεται απαραίτητη η προώθησή της από τη παιδική,

κιάλας, ηλικία. Γι' αυτόν τον λόγο, συστήνεται στους γονείς και στους καθηγητές, να ενθαρρύνουν τα παιδιά, ώστε να ασχοληθούν με κάποιο άθλημα ή με τη φυσική άσκηση, γενικότερα. Στα πλαίσια αυτά, αρωγός της προσπάθειας αυτής θα πρέπει να είναι και το κράτος, προσφέροντας στους πολίτες περισσότερες δυνατότητες και χώρους άθλησης.

- Λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι οι εξετάσεις για τους βιοχημικούς δείκτες αποτελούν σημαντικό μέρος της πρόληψης, θα πρέπει αυτές να γίνονται ετησίως, ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Επίσης, στις περιπτώσεις, όπου αυτό δεν είναι οικονομικά δυνατό, το κράτος θα πρέπει να φροντίζει για τη διεκπεραίωσή τους, στα πλαίσια της κοινωνικής του πολιτικής και πρόνοιας.
- Τέλος, είναι γνωστό πως ως βάση της πρόληψης θεωρείται η ενημέρωση των ανθρώπων για τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης των νοσημάτων φθοράς. Για τον λόγο αυτό, το σχολείο θα πρέπει να δίνει έμφαση στην προαγωγή της υγείας, με σκοπό την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής από τους μαθητές. Ενημερωτικό ρόλο επιβάλλεται να διαδραματίσει και το κράτος, διοργανώνοντας εκστρατείες που θα στοχεύουν στην ενημέρωση των πολιτών για θέματα που σχετίζονται με την υγεία και προβάλλοντάς τις από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Συμπερασματικά, αν ο άνθρωπος αλλάξει τον τρόπο ζωής του και κινηθεί σύμφωνα με τις παραπάνω συστάσεις, είναι πολύ πιθανό να αλλάξει και τη μοίρα της υγείας του. Προς το σκοπό αυτό, θα πρέπει να κινηθούν, τόσο μεμονωμένα, όσο και ομαδικά, οι φορείς της προαγωγής της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ

1. Μπεσμπέας ΣΣ. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς: Ενημέρωση του κοινού. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2002.
2. Mathers C, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine [serial online] 2006; 3:[442 screens]. Available from: [URL:http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=119&iso=GRC&generateReport=Generate+Report](http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=119&iso=GRC&generateReport=Generate+Report)
3. World Health Organisation. Global burden of coronary heart disease [Online]. 2004. Available from: [URL:http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_13_coronaryHD.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_13_coronaryHD.pdf)
4. World Health Organisation. Types of cardiovascular disease [Online]. 2004. Available from: [URL:http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_01_types.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_01_types.pdf)
5. Αδαμόπουλος ΝΠ. Εισαγωγή στην προληπτική ιατρική. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1988.
6. Buttriss J, Gray J, Gurr M. Coronary Heart Disease I. London: National Dairy Council; [s.a].
7. Πίτσαβος ΗΧ, Παναγιωτάκος ΒΔ, Στεφανάδης ΙΧ. Η επιδημιολογία της στεφανιαίας νόσου στην Ελλάδα: Οξεία στεφανιαία σύνδρομα. Εκδ. Κωστάκη, Αθήνα, 2004.
8. Nutritional Aspects of Cardiovascular Disease: Report of the Cardiovascular Review Group Committee on Medical Aspects of Food Policy. London: HMSO; 1994.
9. American Stroke Association. What are the effects of stroke? [Online]. 2008. Available from: [URL:http://www.strokeassociation.org/presenter.jhtml?identifier=1052](http://www.strokeassociation.org/presenter.jhtml?identifier=1052)
10. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics [Online]. 2008;[43 screens]. Available from: [URL:http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1200082005246HS_Stats%202008.final.pdf](http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1200082005246HS_Stats%202008.final.pdf)
11. American Heart Association. Peripheral vascular disease [Online]. 2008. Available from: [URL:http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4692](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4692)
12. World Health Association. Rheumatic fever and rheumatic heart disease [Online]. 2004. Available from: [URL:http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_02_rheumaticHD.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_02_rheumaticHD.pdf)
13. Zipes DP, Libby P, Bonow RO et al. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. In: Medical Encyclopedia. 8th ed. [Online]. 2007. Available from: Louis S, Mo, Saunders WB.
14. Medline Plus. Medical Encyclopedia: Deep Venous Thrombosis [Online]. 2008. Available from: [URL:http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000156.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000156.htm)

15. Blackburn H. Overview: The seven countries study in brief [Online]. 2008. Available from: [URL:http://www.epi.umn.edu/research/7countries/overview.shtm](http://www.epi.umn.edu/research/7countries/overview.shtm)
16. Kromhout D, Menotti A, Blackburn H. Prevention of coronary heart disease: Diet, lifestyle and risk factors in the Seven Countries Study. Norwell Mass: Kluwer Academic Publishers; 2002.
17. Pitsavos CE, Panagiotakos DB, Chrysoshoou CA, Skoumas J, Stefanadis C, Toutouzas PK. Education and acute coronary syndromes: results from the CARDIO2000 epidemiological study [Online]. 2002; 80(5). Available from: [URL:http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2002/Vol80-No5/bulletin_2002_80\(5\)_371-377.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2002/Vol80-No5/bulletin_2002_80(5)_371-377.pdf)
18. Pitsavos CE, Panagiotakos DB, Chrysoshoou CA, Stefanadis C. Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study [Online]. 2003; 3(32). Available from: [URL:http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/32](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/32)
19. World Health Organisation. Cancer [Online]. 2006;[3 screens]. Available from: [URL:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/)
20. National Cancer Institute. What is cancer? [Online]. 2008. Available from: [URL:http://www.cancer.gov/cancertopics/what-is-cancer](http://www.cancer.gov/cancertopics/what-is-cancer)
21. Gray J, Buttriss J. Nutrition & cancer. London: National Dairy Council; 1995.
22. World health Organisation. Ten facts about cancer [Online]. 2006. Available from: [URL:http://www.who.int/features/factfiles/cancer/02_en.html](http://www.who.int/features/factfiles/cancer/02_en.html)
23. Τριχοπούλου Α, Τριχόπουλος Δ. Προληπτική Ιατρική: Αγωγή Υγείας, Κοινωνική Ιατρική και Δημόσια Υγείνη. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου; Αθήνα, 1986.
24. Τζωρτζάτου- Σταθοπούλου Φ. Παιδική Ογκολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 1997.
25. Gurney JG, Smith MA, Ross JA. Cancer among infants [Online]. 2005;12(8). Available from: [URL:http://seer.cancer.gov/publications/childhood/infant.pdf](http://seer.cancer.gov/publications/childhood/infant.pdf)
26. National Cancer Institute. What you need to know about cancer [Online]. 2006;[71 screens]. Available from: [URL:http://www.cancer.gov/pdf/WYNTK/WYNTK_Cancer.pdf](http://www.cancer.gov/pdf/WYNTK/WYNTK_Cancer.pdf)
27. Καφάτος ΓΑ, Λαμπαδάριος ΝΔ. Τελευταίες εξελίξεις στην κλινική διατροφή και επιδημιολογία των νοσημάτων διατροφής. Πανεπιστήμιο Κρήτης Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο, 1990.
28. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors

- [Online]. Lancet: 2005; 366(9499):1784-1793. Available from:
[URL:http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=126](http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=126)
29. Alcamo EI. Aids in the modern world. Malden Mass; Oxford: Blackwell Science; 2002.
 30. Τριχόπουλος Δ, Καλαποθάκη Β, Πετρίδου Ε. Προληπτική Ιατρική & Δημόσια Υγεία. Ιατρικές Εκδόσεις «Ζήτα», Αθήνα, 2000.
 31. HIV/AIDS in Greece. Τι είναι το HIV/AIDS [Online]. 2008. Available from:
[URL:http://www.hiv aids.gr/homepage.php?id=pliroforisi/hiv aids](http://www.hiv aids.gr/homepage.php?id=pliroforisi/hiv aids)
 32. UNAIDS, World Health Organisation. AIDS epidemic update 2007 [Online]. 2007. Available from: [URL:http://whqlibdoc.who.int/un aids/2007/9789291736218_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/un aids/2007/9789291736218_eng.pdf)
 33. UNAIDS, World Health Organisation. ANNEX 2: HIV and AIDS estimates and data, 2005 and 2003 [Online]. 2006;[40 screens]. Available from:
[URL:http://www.who.int/hiv/mediacentre/2006_GR_ANN2_en.pdf](http://www.who.int/hiv/mediacentre/2006_GR_ANN2_en.pdf)
 34. «Hiv.gr» Πώς μεταδίδεται ο HIV; [Online]. 2008. Available from:
[URL:http://www.hiv.gr/prolipsi-kai-seksoualiki-ygeia/metadosh/1-metadosh/68-pws-metadidetai-o-hiv.html](http://www.hiv.gr/prolipsi-kai-seksoualiki-ygeia/metadosh/1-metadosh/68-pws-metadidetai-o-hiv.html)
 35. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Το AIDS και όμως είναι ακόμη εδώ [Online]. 2007. Available from:
[URL:http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+IM-PRESS+20070329STO04905+0+DOC+XML+V0//EL&language=EL](http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+IM-PRESS+20070329STO04905+0+DOC+XML+V0//EL&language=EL)
 36. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health. HIV Infection and AIDS: An Overview [Online]. 2007. Available from:
[URL:http://www.niaid.nih.gov/factsheets/hivinf.htm](http://www.niaid.nih.gov/factsheets/hivinf.htm)
 37. Lise M. Stevens. HIV Infection: The Basics [Online]. 2006;296:892. Available from:
[URL:http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/7/892](http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/7/892)
 38. Mantzoros CS. Obesity and Diabetes. New Jersey: Humana Press; 2006.
 39. Αρεταίος. Περί αιτιών και σημείων οξέων παθών Α' & Β', Περί αιτιών και σημείων χρόνιων παθών Α' & Β', Άπαντα Ι. Αρχαία Ελληνική Γραμματεία «Οι Έλληνες», Εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα, 1997.
 40. Παυλάτος Φ. Η ιστορία του διαβήτη [Online]. 2008. Available from:
[URL:http://www.incardiology.gr/pathiseis_sd/sd_istoria.htm](http://www.incardiology.gr/pathiseis_sd/sd_istoria.htm)
 41. Τούντας ΧΔ. Σακχαρώδης Διαβήτης: Θεωρία – Πράξη. Εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα, 1995.

42. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία. Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη [Online]. 2007.
Available from:
[URL:http://www.ede.gr/images/stories/files/Pagosmia_Hmera_Diaviti/booklet_1_14.pdf](http://www.ede.gr/images/stories/files/Pagosmia_Hmera_Diaviti/booklet_1_14.pdf)
43. Costarelli V. Nutrition and metabolic Disorders I: Diabetes Mellitus II. 2006; [53 screens]. Available from: [URL:http://eclass.hua.gr/modules/auth/courses.php](http://eclass.hua.gr/modules/auth/courses.php)
44. Savage King F, Burgess A. Nutrition for developing countries. 2nd ed. New York: Oxford Medical Publications; 1993.
45. Cooper LF, Barber EM, Mitchell HS, Rynbergen HJ, Greene JC. Nutrition in health and disease. 14th ed. Philadelphia and Toronto: J.B. Lippincott Company; 1963.
46. Frayn KN. Metabolic regulation: A human perspective. 2nd ed. London: Blackbell Publishing; 1996.
47. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία. Δελτίο Τύπου [Online]. 2007 Νοέμ 7;[3 screens].
Available from:
[URL:http://www.ede.gr/images/stories/files/Pagosmia_Hmera_Diaviti/deltio_typou.doc](http://www.ede.gr/images/stories/files/Pagosmia_Hmera_Diaviti/deltio_typou.doc)
48. World Health Organisation. 10 facts about diabetes [Online]. 2006. Available from:
[URL:http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/02_en.html](http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/02_en.html)
49. World Health Organisation. Diabetes Programme: WHO European Region [Online]. 2008;[7 screens]. Available from:
[URL:http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index4.html](http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index4.html)
50. World Health Organisation. Diabetes Programme: What is diabetes? [Online]. 2008;[17 screens]. Available from:
[URL:http://www.who.int/diabetes/BOOKLET_HTML/en/index4.html](http://www.who.int/diabetes/BOOKLET_HTML/en/index4.html)
51. Παχυσαρκία: Μύθος και πραγματικότητα. Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας & Διατροφής, Αθήνα, 2008.
52. Ostman J, Britton M, Jonsson E. Treating and preventing obesity: an evidence based review. WILEY- VCH Verlag GmbH & Co. KGaA; 2004.
53. World Health Organisation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation [Online]. Geneva, 2002. Available from: [URL:http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf)
54. Κατσιλάμπρος ΝΑ, Τσίγκος Κ. Παχυσαρκία: Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2003.

55. Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας. 1η Πανελλήνια Επιδημιολογική Μελέτη για την ανεύρεση του επιπολασμού της παχυσαρκίας των ενηλίκων στην ελληνική επικράτεια [Online]. Available from: [URL:http://www.eiep.gr/pages/home.htm](http://www.eiep.gr/pages/home.htm)
56. Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας. 1η Πανελλήνια Επιδημιολογική Μελέτη για την ανεύρεση του επιπολασμού της παχυσαρκίας των παιδιών και εφήβων στην ελληνική επικράτεια [Online]. Available from: [URL:http://www.eiep.gr/pages/home.htm](http://www.eiep.gr/pages/home.htm)
57. Ζαμπέλας Α. Η διατροφή στα στάδια της ζωής. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003.
58. Σάββας ΣΧ, Τορναρίτης Μ, Επιφανίου-Σάββα Μ. Ανασκόπηση: Παιδική Παχυσαρκία και Καρδιαγγειακά Νοσήματα [Online]. Ιατρική Κύπρος 2000;17: 20-26. Available from: [URL:http://www.childhealth.ac.cy/Abstracts/Obesity%20and%20CHD.pdf](http://www.childhealth.ac.cy/Abstracts/Obesity%20and%20CHD.pdf)
59. Γιαννακούρης Ν. Σημειώσεις για το μάθημα «Φυσιολογία του ανθρώπου». Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, Αθήνα, 2006.
60. Ελληνική Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης. Ενημερωτικό Δελτίο των ομάδων εργασίας της ΕΕΑ: Αρτηριακή Υπέρταση, μια σύγχρονη απειλή για την υγεία μας [Online]. 2008 Ιαν-Μαρτ; 4(2):[6 screens]. Available from: [URL:http://www.atherosclerosis-gr.org/index.php](http://www.atherosclerosis-gr.org/index.php)
61. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report [Online]. 2003;289:(doi:10.1001/ jama.289.19.2560). Available from: [URL:http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/289.19.2560v1](http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/289.19.2560v1)
62. InCardiology. Ποιες είναι οι επιπτώσεις της υπέρτασης; [Online]. Available from: [URL:http://www.incardiology.gr/pathiseis_ypertasi/ypertasi_epiplokes.htm](http://www.incardiology.gr/pathiseis_ypertasi/ypertasi_epiplokes.htm)
63. Pitsavos CE, Panagiotakos DB, Chryschoou CA, Stefanadis C. Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study [Online]. 2003. Available from: [URL:http://www.who.int/infobase/reportviewer.aspx?rptcode=ALL&uncode=300&dm=18&surveycode=101446a1](http://www.who.int/infobase/reportviewer.aspx?rptcode=ALL&uncode=300&dm=18&surveycode=101446a1)
64. Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών. Οστεοπόρωση [Online]. 2007. Available from: [URL:http://www.elire.gr/info_det.php?di=21#top](http://www.elire.gr/info_det.php?di=21#top)
65. World Health Organisation. Mental health in the WHO European Region [Online]. 2003 Sept 8. Available from: [URL:http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0303e.pdf](http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0303e.pdf)

66. Καπάντας Ε. Δυσλιπιδαιμία [Online]. Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας. Available from: [URL:http://www.eiep.gr/pages/articles/articles0401.htm](http://www.eiep.gr/pages/articles/articles0401.htm)
67. American Heart Association. Diabetes and Cholesterol [Online]. 2008. Available from: [URL:http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3044764](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3044764)
68. Μανιός Γ. Διατροφική Αγωγή: Από τη θεωρία στην πράξη. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2007.
69. World Health Organisation. The determinants of health [Online]. 2008;[9 screens]. Available from: [URL:http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index.html](http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index.html)
70. Miller Tyler G. Βιώνοντας στο περιβάλλον II: Προβλήματα περιβαλλοντικών συστημάτων. 9η έκδ. Εκδόσεις «Ιων», Αθήνα, 1997.
71. World Health Organisation. Genetics and Diabetes [Online]. 2005;[15 screens]. Available from: [URL:http://www.who.int/genomics/about/Diabetis-fin.pdf](http://www.who.int/genomics/about/Diabetis-fin.pdf)
72. Kris-Etherton P, Burns HJ. Cardiovascular Nutrition: Strategies and tools for disease management and prevention. Chicago: The American Dietetic Association; 1998.
73. Τούντας Γ και συν, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού [Online]. Αθήνα, 2007. Available from: [URL:http://www.neahygeia.gr/downloads/IToundas_Health_of_Greek_People.pdf](http://www.neahygeia.gr/downloads/IToundas_Health_of_Greek_People.pdf)
74. Europa. Public Health: Health Determinants: Lifestyle [Online]. 2008. Available from: [URL:http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/lifestyle_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/lifestyle_en.htm)
75. Κωσταρέλλη Β. Εκτίμηση Διατροφικής Κατάστασης: Διατροφή III: Διάλεξη II [Online]. 2005. Available from: [URL:http://eclass.hua.gr/modules/auth/courses.php](http://eclass.hua.gr/modules/auth/courses.php)
76. 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Διατροφής – Διαιτολογίας: Πρακτικά. Πανελλήνιος Σύλλογος Διαιτολόγων, Ελλάδα – Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 1994.
77. Hiramatsou M, Yoshikawa T, Packer L. Molecular Interventions in lifestyle-related diseases. Boca Raton: CRC Press LLC; 2006.
78. Watson RR, Preedy VR, Nutrition and heart disease: Causation and prevention. Boca Raton: CRC Press; 2005.
79. Banerjee SK, Maulik SK. Effect of garlic on cardiovascular disorders: a review [Online]. Nutrition Journal 2002, 1:4. Available from: [URL:http://www.nutritionj.com/content/1/1/4](http://www.nutritionj.com/content/1/1/4)
80. Willett W. Nutritional Epidemiology. Vol 15. New York, Oxford: Oxford University Press; 1990.

81. Potter M. Food consumption and disease risk: Consumer-pathogen interactions. Woodhead Publishing in Food Science, Technology and Nutrition. Boca Raton: CRC Press; 2006.
82. Europa. Public Health: Health Determinants: Lifestyle: Alcohol [Online]. 2008. Available from:
[URL:http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_en.htm)
83. European Commission. Health & Consumer Protection. Alcohol-related harm in Europe - Key data [Online]. 2006 Oct;[4 screens]. Available from:
[URL:http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf)
84. Watson RR, Myers AK. Alcohol and heart disease. London: Taylor & Francis; 2002.
85. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Πράσινη Βίβλος: Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα : στρατηγικές επιλογές σε επίπεδο ΕΕ [Online]. Βρυξέλλες, 2007 Ιαν 30;[34 screens]. Available from:
[URL:http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_s_moke_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_s_moke_el.pdf)
86. World Health Organisation. Tobacco Free Initiative: Cancer [Online]. 2008. Available from: [URL:http://www.who.int/tobacco/research/cancer/en/](http://www.who.int/tobacco/research/cancer/en/)
87. World Health Organisation. 10 facts about tobacco and second-hand smoke [Online]. 2008. Available from:
[URL:http://www.who.int/features/factfiles/tobacco/tobacco_facts/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/tobacco/tobacco_facts/en/index.html)
88. Vardavas CI, Athanasopoulos D, Balomenaki E, Niaounaki D, Linardakis MK, Kafatos AG. Smoking habits of Greek preschool children's parents [Online]. BMC Public Health 2007, 7:112. Available from:
[URL:http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/112](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/112)
89. Μεταστατικός Καρκίνος Ήπατος. Εκδότες: Παρασκευάς Ε, Δημητρουλόπουλος Δ, Ξυνόπουλος Δ, Τσαμακίδης Κ. Επιμέλεια Έκδοσης: Φιλόπουλος Ε, Αθήνα, 2005.
90. Food & Civilization: a symposium. Voice of America Forum Lectures. Washington: C.T. Thomas; 1966.
91. Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας. Ετήσια Έκθεση 2007: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη [Online]. 2007;[100 screens]. Available from:
[URL:http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44705_EL_TDAC07001EL_C.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44705_EL_TDAC07001EL_C.pdf)
92. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug-related infectious diseases and drug-related deaths [Online]. 2006. Available from:
[URL:http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index41529EN.html](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index41529EN.html)

93. Leon AS. Physical activity and cardiovascular health: A national consensus. National Institutes of Health. ed. Human Kinetics; 1997.
94. World Health Organisation. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Cardiovascular disease: prevention and control [Online]. 2008. Available from: [URL:http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/)
95. World Health Organisation, UICC. Global Action Against Cancer: Updated edition 2005 [Online]. 2005;[15 screens]. Available from: [URL:http://www.who.int/cancer/media/en/GlobalActionCancerEnglfull.pdf](http://www.who.int/cancer/media/en/GlobalActionCancerEnglfull.pdf)
96. Γκούβρα Μ, Κυρίδης Α, Μαυρικάκη Ε. Αγωγή Υγείας και σχολείο: Παιδαγωγική και βιολογική προσέγγιση. Εκδόσεις «Τιπωθήτω» Γιώργος Δαρδάνος, Αθήνα, 2005.
97. Αθανασίου Κ. Αγωγή Υγείας για παιδαγωγούς. [χ.ο.], Θεσσαλονίκη, 1994.