

**Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: Οι επιπτώσεις του επαγγέλματος στη διατροφή του  
νοσηλευτικού προσωπικού**

**Καθηγήτρια:**  
**Κ. Παπαδημητρίου Μαρία**

**Σπουδάστριες:**  
**Γιαννοπούλου Βασιλική**  
**Καραγιαννοπούλου Ασπασία**

**ΠΑΤΡΑ 2001**

Αφιερώνεται  
στους γονείς μας

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1.1	ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΟΡΙΣΜΟΣ	8
1.2	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	9
1.3	Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ	11
1.4	Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΑΝ ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	13
1.5	Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	15

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ

2.1	ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ	17
2.2	ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ	20
2.3	ΛΙΠΙΔΙΑ	21
2.4	ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ	22
2.4.1	ΥΔΑΤΟΔΙΑΛΥΤΕΣ	22
2.4.2	ΛΙΠΟΔΙΑΛΥΤΕΣ	24

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

#### ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

3.1	ΚΑΝΟΝΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	30
3.2	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	34

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

#### ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

4.1	ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	39
4.2	ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	48
4.3.1	ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	55
4.3.2	ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΥΠΕΡΤΑΣΗ	60
4.4	ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΚΑΠΝΙΣΜΑ	63
4.4.1	ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ	66
4.5	ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΑΛΚΟΟΛ	68
4.5.1	ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ	70

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

#### ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

5.1	Η ΣΧΕΣΗ ΥΓΕΙΑΣ - ΕΡΓΑΣΙΑΣ	74
5.2	ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	76
5.3	ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΡΥΘΜΟΙ - ΔΙΑΤΡΟΦΗ	78

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**  
**ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**

6.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ – ΔΙΑΤΡΟΦΗ	81
6.2	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	85
6.3	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	87

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ	93
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	95
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	134
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	137
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	138
SUMMARY	139
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	140
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	144

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Καθημερινά, απ' όλο τον κόσμο γίνεται περισσότερο συνείδηση το γεγονός ότι, η σωστή διατροφή, με επιδίωξη την καλή θρέψη, είναι αρχή, βάση, θεμέλιο, προϋπόθεση συντήρησης της καλής οργανικής μας υγείας και διατήρησης του δώρου της ζωής εν υγεία.

Ο άνθρωπος για να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του πρέπει να υιοθετήσει έναν τρόπο διατροφής που να μην χρησιμοποιεί τροφές βλαπτικές για τον οργανισμό. Έτσι, θα προλαμβάνει ή θα καθυστερεί την εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων και θα βελτιώνει ή θα θεραπεύει διάφορες παθήσεις που οφείλονται στην κακή διατροφή.

Υγεία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) είναι: η πλήρης σωματική, ψυχική και πνευματική ισορροπία του ατόμου σε συνάρτηση με το ατομικό, κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον.

Μοναδικό όπλο που έχει ο άνθρωπος στη διάθεσή του για να πετύχει αυτό είναι η τροφή του. Πρώτος αντιλήφθηκε τη σημασία της τροφής για την υγεία του ατόμου, ο πατέρας της ιατρικής, ο Ιπποκράτης, ο οποίος λέει: «Ας είναι η τροφή το φάρμακό σας και το φάρμακό σας η τροφή».

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όταν επιλέξαμε το θέμα της μελέτης μας «Οι επιπτώσεις του επαγγέλματος στη διατροφή του νοσηλευτικού προσωπικού» η σκέψη μας ήταν να μη γίνει μία απλή καταγραφή στοιχείων σχετικά με τη διατροφή και το νοσηλευτικό επάγγελμα, αλλά μία όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση του θέματος .

Σκοπός μας, λοιπόν, είναι η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών του νοσηλευτικού προσωπικού και πως αυτές επηρεάζονται απ' το επάγγελμά τους.

Οι διατροφικές συνήθειες τους έχουν να κάνουν με τις γνώσεις τους πάνω σε θέματα υγιεινής διατροφής και κατά πόσο ο γενικότερος τρόπος ζωής τους , τους επιτρέπει να τις εφαρμόσουν.

Βέβαια δεν θα μπορούσαμε να μην αναφέρουμε στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο του γενικού μέρους τον ορισμό της διατροφής και τον τρόπο διατροφής που υιοθετήθηκε σήμερα από τον κόσμο. Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο παραθέτουμε κάποια στοιχεία διαιτολογίας , ενώ στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφερόμαστε σε κανόνες υγιεινής διατροφής. Εν συνεχεία στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιγράφουμε τις διαταραχές που οφείλονται σε κακή διατροφή. Στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφερόμαστε στη σχέση της εργασίας με την υγεία και στον τρόπο που αυτή επηρεάζεται, ενώ στο 6<sup>ο</sup> κεφάλαιο στις συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και στο άγχος που τους διακατέχει.

Ακολουθεί το ειδικό μέρος, μία απεικόνιση της πραγματικότητας στο θέμα της διατροφής του νοσηλευτικού προσωπικού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### ΔΙΑΤΡΟΦΗ

#### 1.1 ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο ανθρώπινος οργανισμός, για να διατηρηθεί στη ζωή, να αναπτυχθεί, να αντικαταστήσει τους φθαρμένους ιστούς του, να εξασφαλίσει την κανονική λειτουργία των πολύπλοκων συστημάτων του και για να παράγει έργο, έχει ανάγκη από διάφορες ουσίες, που αποτελούν τη διατροφή του. Η επιστήμη της διατροφής μελετά τους κανόνες που καθορίζουν τη διατροφή του ανθρώπινου οργανισμού.<sup>1</sup>

Με τον όρο διατροφή εννοείται το σύνολο των λειτουργιών με τις οποίες κάθε ζωντανός οργανισμός παίρνει τις τροφές από το περιβάλλον του, τις προετοιμάζει, τις διασπά σε απλούστερες ενώσεις, τις απορροφά και τις μετατρέπει σε ιστούς, κόκαλα, αίμα, προμηθεύεται από αυτές τη θερμότητα που χρειάζεται και βοηθάει όλα τα όργανα του σώματος και κάθε σύστημα να δουλεύει κανονικά και να αποβάλλει ότι του είναι άχρηστο. Όλες αυτές οι λειτουργίες συνιστούν έναν κύκλο που χαρακτηρίζει αυτό το φαινόμενο ζωή. Είναι ανάγκη να τονισθεί η διαφορά που υπάρχει στην τροφή και στη διατροφή, γιατί συχνά γίνεται μια μικρή σύγχυση. Οι όροι χορτάτος και καλά διατρεφόμενος δεν είναι συνώνυμοι αλλά έχουν διαφορετικές έννοιες. Ο πρώτος σημαίνει ποσότητα, ενώ ο δεύτερος προϋποθέτει πέρα από την ποσότητα και την ποιότητα εκείνης της τροφής που χρειάζεται ο οργανισμός για να ολοκληρώσει κανονικά και όπως πρέπει τον κύκλο της θρέψης.

Η επιστήμη της διατροφής δεν είναι μεμονωμένη, αλλά βρίσκεται σε στενούς δεσμούς με πολλές άλλες σύνδρομες και αδελφές επιστήμες όπως είναι η βιοχημεία, οι φυσικές επιστήμες, η ενδοκρινολογία, η ανατομία, η παθολογία, η σωματική αγωγή και η ψυχολογία.<sup>2</sup>



## 1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο άνθρωπος, κατά την πρώτη περίοδο της εμφάνισής του στη Γη, ζούσε νομαδική ζωή, αποζώντας με τα προϊόντα του κυνηγιού, της αλιείας και της συλλογής άγριων χόρτων, άγριων καρπών και σπόρων. Το σιτηρέσιό του κατά την περίοδο αυτή ήταν εκλεκτό λόγω της υψηλής του περιεκτικότητας σε ζωικές πρωτεΐνες. Ωστόσο, η δραστηριότητα της ημέρας περιοριζόταν στην εξεύρεση της τροφής, επειδή δεν ήταν δυνατόν να διατηρηθούν πλεονάσματα. Υπολογίζεται ότι ο πρωτόγονος άνθρωπος πριν από οκτώ – δέκα χιλιάδες χρόνια έμαθε, με την παρατήρηση, να πολλαπλασιάζει ο ίδιος τους σπόρους ορισμένων φυτών και ταυτόχρονα εξημέρωσε ορισμένα από τα σημερινά αγροτικά ζώα και τα χρησιμοποίησε για τεχνητή εκτροφή. Άρχισε έτσι η εποχή ανακάλυψης της γεωργίας, γεγονός με κεφαλαιώδη σημασία για τη διατροφή και την πρόοδο της ανθρωπότητας, το οποίο πρέπει να τοποθετηθεί χρονικά στη Νεολιθική εποχή και τοπικά στην περιοχή της Εγγύς Ανατολής. Αρκεί να σημειωθεί ότι το σιλό αποθήκευσης σιτηρών ηλικίας άνω των 8.000 ετών έχουν βρεθεί σε αρχαιολογικές ανασκαφές των περιοχών του Τίγρη και του Ευφράτη. Τα πρώτα φυτά που καλλιεργήσε ο άνθρωπος ήταν σιτηρά και κόνδυλοι πλούσιοι σε άμυλο και αργότερα φυτά με σπόρους πλούσιους σε λάδι και πρωτεΐνες. Παράλληλα, εξευγένισε και καλλιεργήσε, συστηματικά, οπωροφόρα δένδρα, αρχίζοντας από την ελιά, το αμπέλι και τα εσπεριδοειδή, που αυτοφύονταν στη λεκάνη της Μεσογείου. Ο Νέος Κόσμος προσέθεσε αργότερα και άλλα πολύτιμα φυτά, ετήσια ή πολυετή, όπως είναι ο αραβόσιτος, οι πατάτες, η αραχίδα, η σόγια κ.λ.π. Αργότερα, στον κατάλογο των καλλιεργούμενων φυτών προστέθηκαν και πολύτιμα βιομηχανικά κτηνοτροφικά φυτά, όπως το βαμβάκι, το λινάρι, τα ζαχαρότευτλα, το τριφύλλι, το σόργο και, τέλος, κηπευτικά φυτά, όπως η τομάτα, η μπάμια, η μελιτζάνα, τα φασόλια και άλλα.

Σε ότι αφορά τα κατοικίδια ζώα αναφέρεται ότι η πρώτη εξημέρωση έγινε πριν 10.000 χρόνια στην περιοχή της Εγγύς Ανατολής και άρχισε με την αγελάδα, τον χοίρο, τον σκύλο και το άλογο. Είναι επιστημονικά εξακριβωμένο ότι η πρώτη γεωργία και κτηνοτροφία ασκήθηκε στις παραποτάμιες περιοχές του Τίγρη και του Ευφράτη, του Νείλου και του Ινδού ποταμού πριν από 8.000 χρόνια. Ο εποικισμός της παραδουναβίας περιοχής έγινε πολύ μεταγενέστερα και τοποθετείται στο 2000 π.Χ. Με την ανάπτυξη της γεωργίας ο άνθρωπος έπαψε να είναι αποκλειστικά κυνηγός και ψαράς και έγινε παραγωγός τροφίμων, με δυνατότητα να ζει σε κοινωνίες και να διαθέτει χρόνο σε πολιτιστικές και πνευματικές εκδηλώσεις. Από τη στιγμή που επιτεύχθηκαν οι παραπάνω κατακτήσεις χρονολογούνται και οι πρώτοι αρχαίοι πολιτισμοί.

Υπολογίζεται ότι οι πρώτοι αστικοί πληθυσμοί έκαναν την εμφάνισή τους 4.000 χρόνια π.Χ. στην περιοχή της Εγγύς και της Μέσης Ανατολής και από εκεί κινήθηκαν προς τη Κεντρική Ασία, την περιοχή της Μεσογείου, τη Νοτιοανατολική Ασία και την Τροπική Αμερική. Πάντως η πρώτη γεωργία, που επηρέασε βαθύτατα τον τρόπο διατροφής του ανθρώπου, αναπτύχθηκε και ασκήθηκε σε παραποτάμιες περιοχές με πλούσια προσχλωσιγενή εδάφη. Στις περιοχές αυτές χρησιμοποιούνταν το νερό για άρδευση και η ιλύς των ποταμών για λίπανση. Σε τέτοιες περιοχές άκμασαν οι αρχαίοι πολιτισμοί (αιγυπτιακός, αρχαίος ελληνικός, ρωμαϊκός ).

Επίσης, εξελικτικός σταθμός και για τη γεωργία και για τη διατροφή του ανθρώπου είναι η εκτροφή γαλακτοπαραγωγών ζώων, το άρμεγμα και η τυροκόμηση. Υπολογίζεται ότι πριν από 5.000 χρόνια άρχισε το άρμεγμα των γαλακτοπαραγωγών ζώων και ότι το περίσσειμα του γάλακτος φυλασσόταν μέσα σε στομάχια ζώων, τα λεγόμενα ασκιά. Τα τελευταία, όταν ήταν νωπά, περιείχαν πυτιά με την οποία το γάλα έπηζε τελείως συμπτωματικά. Με τον τρόπο όμως αυτόν ο πρωτόγονος άνθρωπος δάχθηκε την τυροκόμηση.

Σταθμός ακόμη στη διατροφή του ανθρώπου ήταν η ανακάλυψη της φωτιάς και η χρησιμοποίησή της για το μαγείρεμα της τροφής. Αυτό φαίνεται ότι έγινε σε πολύ παλαιότερη εποχή και τοποθετείται πριν από 100.000 χρόνια δηλαδή στην εποχή που ο άνθρωπος εξασφάλιζε την τροφή του με το κυνήγι και το ψάρεμα και δεν διέφερε σε τίποτα από τα άγρια ζώα με τα οποία συζούσε μέσα στις σπηλιές και στις κρύπτες.<sup>3</sup>

### 1.3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

Η διατροφή του ανθρώπου συνδέεται στενά με την υγεία του, την οποία και επηρεάζει. Η επιλογή καλής και ισορροπημένης διατροφής, δηλαδή της σωστής διατροφής, αποτελεί προϋπόθεση για την υγεία του ατόμου και βελτιώνει τις δραστηριότητές του, ενώ παράλληλα συντελεί στη μακροζωία και στην ευτυχία του.

Ένα υγιεινά διατρεφόμενο άτομο εμφανίζεται μακροσκοπικά ζωνρό, σωματικά και πνευματικά διακατέχεται από αισιοδοξία για τη ζωή και συγχρόνως ανθίσταται αποτελεσματικότερα στις διάφορες λοιμώξεις, με αποτέλεσμα την παράταση της φυσιολογικής του δραστηριότητας.

Αντίθετα, όταν το άτομο προσλαμβάνει ελαττωμένες ποσότητες θρεπτικών ουσιών, είναι δυνατόν να δημιουργηθούν συνθήκες υποσιτισμού, χωρίς όμως, αυτό να σημαίνει ότι η διατροφή κάτω από ένα βέλτιστο επίπεδο αποτελεί και υποσιτισμό του ή ότι το άτομο δεν διατηρείται καλά και στην υγεία του. Πάντως, ένα άτομο που προσλαμβάνει θρεπτικές ουσίες σε ποσότητες κατώτερες από το βέλτιστο επίπεδο τους έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσει σωματική φθορά σε σχέση με άλλο άτομο κανονικά και σωστά διατρεφόμενο.

Ως ένδειξη ύπαρξης σωστής διατροφής θεωρείται ένα καλά αναπτυγμένο σώμα, που έχει κανονικό βάρος σε σχέση με την επιφάνειά του και γερούς μυς, με δέρμα απαλό και καθαρό, τρίχες στιλπνές, οφθαλμούς καθαρούς και λαμπερούς, στάση καλή, έκφραση προσώπου ζωνρή, όρεξη, πέψη και συνήθειες αποπάτησης φυσιολογικές.

Η σωστή διατροφή εκτός από τις θρεπτικές και συμπληρωματικές ουσίες, πρέπει απαραίτητα να λαμβάνει υπ' όψιν τις ιδιαίτερες συνθήκες ζωής του ατόμου (εργασία, περιβάλλον, συνήθειες κ.τ.λ.) και τις ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού σε συνδυασμό με την ηλικία και τη σωματική διάπλασή του. Έτσι το άτομο που λαμβάνει π.χ. το πρωί ένα σωστό πρόγευμα, μπορεί και εργάζεται αποδοτικότερα και χωρίς αίσθηση κόπωσης.<sup>1</sup>

Ο ιατρός, ο νοσηλευτής και ο διαιτολόγος ή ο διαιτητικός πρέπει να ενημερώνονται στις εξελίξεις της επιστήμης της διατροφής και στο ρόλο μιας καλής και ισορροπημένης διατροφής για τη διατήρηση της υγείας υγιούς ατόμου και τη συμβολή της στην αντιμετώπιση παθήσεων.<sup>1</sup> Αν και η διατροφή, είναι προσωπική υπόθεση, έχει επιπτώσεις όχι μονάχα στην ατομική αλλά και στην εθνική υγεία.<sup>2</sup>

Η Πολιτεία από την πλευρά της, πρέπει να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στη βελτίωση της διατροφής του λαού με:

Οι επιπτώσεις του επαγγέλματος στη διατροφή του νοσηλευτικού προσωπικού

- 1) τη δημιουργία επιστημονικών οργανώσεων, κέντρων ερευνών , θέσεων διαιτητικών στα νοσοκομεία , τα κέντρα μητρότητας , τους υγειονομικούς σταθμούς κ.α.
- 2) τη σύνταξη και διανομή επιμορφωτικού υλικού ( πίνακες διατροφής , ενημερωτικά φυλλάδια ) , την καθιέρωση ειδικών προγραμμάτων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης , την οργάνωση σεμιναρίων διατροφής σε διάφορες ομάδες και
- 3) την ποιοτική και ποσοτική βελτίωση των ειδών διατροφής: καλύτερη ποιότητα, υγιεινότερη συντήρηση, αυστηρότερος έλεγχος τροφίμων. <sup>1</sup>

#### 1.4 Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΑΝ ΕΝΑ ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η διατροφή του ανθρώπου αναπτύχθηκε ανάλογα με τον πολιτισμό, τις πλουτοπαραγωγικές, τις κλιματολογικές και άλλες συνθήκες του περιβάλλοντος της περιοχής στην οποία ζούσε ο άνθρωπος. Σήμερα διακρίνουμε δύο διαφορετικούς κόσμους όσον αφορά τη διατροφή τους. Τον κόσμο των αναπτυγμένων και τον κόσμο των υπανάπτυκτων ή αναπτυσσόμενων χωρών. Στον κόσμο των αναπτυγμένων χωρών επικρατεί η χλιδή, η πληθώρα, η σπατάλη και η υπερκατανάλωση τροφής. Στις χώρες αυτές περιλαμβάνονται η Ευρώπη, η Βόρειος Αμερική και ο Καναδάς και ορισμένες χώρες της Ασίας όπως η Ιαπωνία καθώς και η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία κ.λ.π. Εκεί επικρατεί ο υπερσιτισμός η υπερκατανάλωση κρέατος, ζάχαρης, λιπαρών ουσιών, αλατιού, οινοπνευματωδών ποτών κ.λ.π. καθώς και κατεψυγμένων, συντηρημένων και βελτιωμένων στη γεύση τροφών, με διαφορές και πάλι μεταξύ τους π.χ. μεταξύ βορείων και νοτίων, μεταξύ ανατολικών και δυτικών κ.λ.π.

Από την άλλη μεριά υπάρχει το μεγαλύτερο μέρος των ανθρώπων του κόσμου που περιλαμβάνει τις αναπτυσσόμενες χώρες της Αφρικής, της Ασίας και της Νοτίου Αμερικής που ζουν υπό τραγικές συνθήκες διατροφής και γενικά διαβίωσης και πραγματικά υποσιτίζονται και διατρέφονται κακώς, με φυτικές κυρίως τροφές και εκείνες λιγιστές και δυσεύρετες. Εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από πείνα (πάνω από 30 εκατομμύρια, σύμφωνα με τις διαπιστώσεις του Οργανισμού Τροφίμων και Γεωργίας των Η.Π.Α. (F.A.O.), οι μισοί από τους οποίους είναι παιδιά), 500 εκατομμύρια υποσιτίζονται σύμφωνα με τις ίδιες στατιστικές (το ένα όγδοο περίπου της ανθρωπότητας τα 100 εκατομμύρια από αυτά είναι παιδιά) και στην Αφρική τα 173 παιδιά στα χίλια πεθαίνουν από πείνα (στατιστικές που αφορούν το 1982).<sup>5</sup> Οι χώρες αυτές παρουσιάζουν υπερπληθυσμό και στο μεταξύ δεν έχουν αναπτυχθεί και οργανωθεί τεχνικώς ώστε να εκμεταλλεύονται σωστά τις υπάρχουσες σ' αυτές πλουτοπαραγωγικές πηγές και να μπορούν να προσαρμόζονται στις επικρατούσες εκεί εκάστοτε καιρικές συνθήκες.

Τα μέτρα που παίρνονται από τα πολιτισμένα κράτη με τους οργανισμούς τους, όπως την Π.Ο.Υ., την Unicef, την Unesco, τον F.A.O κ.λ.π. βοηθούν πολύ στην πρόληψη των νόσων, τη βελτίωση της διατροφής κ.λ.π.<sup>4</sup>

Σήμερα τρεις διεθνείς οργανισμοί που χρηματοδοτούνται από τα Ηνωμένα Έθνη εργάζονται για τη βελτίωση και την ανύψωση του επιπέδου διατροφής και υγείας σ' όλο τον κόσμο.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας «World Health Organization» –W.H.O.- ασχολείται με τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην καλή διατροφή και την υγεία, την πρόληψη των ασθενειών και την ανύψωση του επιπέδου υγείας των λαών με τη διατροφή.<sup>2</sup>

Η Οργάνωση Τροφών και Γεωργίας, « food and agriculture organization» – F.A.O.- έχει σαν αντικειμενικό σκοπό την βελτίωση της παραγωγής τροφών, ώστε και ποσοτικά να επαρκούν και ποιοτικά να είναι καλύτερες. Ακόμα προσπαθεί να δια φωτίσει και να βοηθήσει το λαό κάθε χώρας να τραφεί καλύτερα με τα οικονομικά μέσα που διαθέτει και με τα προϊόντα που παράγει η χώρα του.

Τρίτη η UNICEF “United Nations International Children Emergency Fund” φροντίζει τις άμεσες επισιτιστικές ανάγκες των παιδιών όλου του κόσμου και επεμβαίνει σε επείγουσες περιπτώσεις με διανομές τροφίμων και φαρμάκων.

## 1.5 Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι διατροφικές εξελίξεις στον ελληνικό πληθυσμό ήταν σχετικά ιδιόμορφες. Για πολλά, χρόνια το διατροφικό πρόβλημα των Ελλήνων ήταν η ποσοτική επάρκεια, ενώ από ποιοτική άποψη ή διατροφή τους ήταν βασικά σωστή- υπήρχε δηλαδή μία σωστή έμφαση στο ψωμί, στα όσπρια, στα φρούτα, στα λαχανικά και στο λάδι. Εδώ και μερικά χρόνια όμως, ο Έλληνας άρχισε να υιοθετεί διατροφικά σχήματα και πρότυπα διαβίωσης που έχουν αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία. Τα σχήματα και πρότυπα αυτά είχαν υιοθετηθεί προηγουμένως από τους λαούς της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, οι οποίοι όμως άρχισαν να τα εγκαταλείπουν προοδευτικά όταν συνειδητοποίησαν τις δυσμενείς τους συνέπειες. Έτσι, στη διάρκεια της τελευταίας τριαντακονταετίας, στην Ελλάδα η κατά κεφαλή κατανάλωση κρέατος αυξήθηκε από 17 σε 70 κιλά και της ζάχαρης από 11 σε 32 κιλά. Αντίθετα, η κατανάλωση δημητριακών (με κύριο αντιπρόσωπο το ψωμί) μειώθηκε αργά αλλά σταθερά από 155 σε 110 κιλά και η αντίστοιχη των οσπρίων από 10 σε 8 κιλά.<sup>6</sup>

Οι Έλληνες λοιπόν, έχουν ως κριτήρια επιλογής τροφίμων την «ποιότητα» (75%), τη «γεύση» (47%) και τους «οικογενειακούς περιορισμούς» (38%). Το 55% των Ελλήνων δεν έχει σκεφθεί την υγιεινή διατροφή ούτε έχει κάνει αλλαγές στη διατροφή. Η «αδυναμία παραίτησης από τις αγαπημένες τροφές», η «έλλειψη ισχυρής θέλησης» και «οι ακανόνιστες ώρες δουλειάς» θεωρήθηκαν εμπόδια στην υγιεινή διατροφή των Ελλήνων.

Η Ελλάδα στερείται συστηματικής πολιτικής σε θέματα διατροφής. Οι καταναλωτές σήμερα εμφανίζονται να έχουν περισσότερες γνώσεις, αλλά και περισσότερη σύγχυση. Η σύγχυση αυτή προκαλείται τόσο από πολύπλοκα μηνύματα, όσο και από το γεγονός ότι ένα μήνυμα συχνά διαμορφώνεται από ομάδες, οργανισμούς και βιομηχανίες που κατευθύνονται κυρίως από οικονομικά συμφέροντα. Συνέπεια τούτου μπορεί να είναι η , χωρίς κριτική, απόρριψη από το κοινό των αξιόλογων συστάσεων και οδηγιών διατροφής και υγείας που απευθύνονται σ' αυτό.<sup>7</sup>

Αθροιστικά οι παραπάνω διαπιστώσεις δεν είναι αισιόδοξες και γίνονται δυσόιωνες αν συνεκτιμηθούν τα στοιχεία που προκύπτουν από έρευνες στο μαθητικό πληθυσμό της χώρας. Οι έρευνες αυτές δείχνουν ότι τα ελληνόπουλα τρώνε υπερβολικά και κατά τεκμήριο όχι σωστά με συνέπειες:

- Τα ελληνόπουλα να είναι παχύσαρκα

- Η στάθμη των λιπιδίων να είναι δυσανάλογα υψηλή ιδίως στα παιδιά του αστικού πληθυσμού
- Η λανθάνουσα σιδηροπενία να είναι συχνότερη στα ελληνόπουλα παρά στα παιδιά άλλων υγειονομικά προηγμένων χωρών.
- Η συχνότητα της τερηδόνας να είναι πολύ μεγάλη τόσο στον αστικό, όσο και στον αγροτικό πληθυσμό του τόπου.

Τα παραπάνω στοιχεία δεν σκιαγραφούν μόνο την υγεία του μαθητικού πληθυσμού της χώρας μας, αλλά προδιαγράφουν και την υγεία του πληθυσμού των ενηλίκων στις δεκαετίες που θα ακολουθήσουν. Αυτό, όχι μόνο, γιατί η νοσολογία των ενηλίκων έχει τις εγγραφές της στις εκτροπές της νεανικής ηλικίας, αλλά και γιατί οι διατροφικές συνήθειες στο μαθητικό και γενικότερα στον παιδικό και νεανικό πληθυσμό διατηρούνται και επιδεινώνονται στα μετέπειτα χρόνια.<sup>6</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ

#### 2.1 ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Οι υδατάνθρακες είναι οργανικές ενώσεις που περιέχουν στο μόριό τους C, H και O. Οι περισσότεροι υδατάνθρακες περιέχουν τα δύο τελευταία στοιχεία (H, O) στην αναλογία του ύδατος (2:1) δηλαδή έχουν το γενικό εμπειρικό τύπο  $(C_nH_{2n}O)_n$ . Ο τύπος δεν ισχύει για όλους τους υδατάνθρακες.<sup>1</sup>

Οι υδατάνθρακες παρέχουν τη μεγαλύτερη ποσότητα ενέργειας σε όλον τον κόσμο. Σε μερικές περιοχές της γης, όπου τα λίπη και οι πρωτεΐνες είναι σπάνιες και ακριβές, οι υδατάνθρακες δίνουν μέχρι το 100% των θερμίδων.<sup>8</sup>

Οι υδατάνθρακες διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα απλά σάκχαρα ή μονοσακχαρίτες και σε διασπώμενα σάκχαρα ή πολυσακχαρίτες. Οι τελευταίοι διακρίνονται σε ολιγοσακχαρίτες (ή σακχαροειδείς πολυσακχαρίτες) και σε μη σακχαροειδείς πολυσακχαρίτες.<sup>1</sup>

#### Μονοσακχαρίτες

Μονοσακχαρίτες (γνωστοί και σαν απλά σάκχαρα) είναι οι απλούστερες μορφές υδατανθράκων. Είναι γλυκιάς γεύσης και δεν χρειάζεται πέψη μπορούν να απορροφηθούν κατ' ευθείαν στο αίμα από το λεπτό έντερο. Στα απλά σάκχαρα υπάγονται η γλυκόζη, η φρουκτόζη και η γαλακτόζη.

Η γλυκόζη που λέγεται και δεξτρόζη είναι η μορφή του υδατάνθρακα στην οποία μετατρέπονται όλα τα σάκχαρα κατά τον μεταβολισμό. Ευρίσκεται στα σταφύλια, στα φρούτα, στο μέλι και αλλού είτε μόνη της είτε μαζί με φρουκτόζη στο καλαμοσάκχαρο. Η γλυκόζη αποτελεί φυσιολογικό συστατικό του αίματος σε συγκέντρωση περίπου 1g/l. Οξειδούμενη στον οργανισμό παράγει ενέργεια.<sup>1</sup>

Η φρουκτόζη που λέγεται και λεβουλόζη ή οπωροσάκχαρο, ευρίσκεται με τη γλυκόζη σε πολλά φρούτα και λαχανικά και στο μέλι. Έχει πολύ γλυκιά γεύση.<sup>8</sup> Στον οργανισμό μετατρέπεται σε γλυκόζη.<sup>1</sup>

Η ποσότητα της γλυκόζης και της φρουκτόζης στα φρούτα εξαρτάται κατά κάποιο τρόπο από το βαθμό ωρίμανσής τους. Όσο ωριμάζει το φρούτο, μέρος του αμύλου του μετατρέπεται σε γλυκόζη.

Η γαλακτόζη είναι ένα προϊόν της πέψης του γάλακτος. Δεν ευρίσκεται ελεύθερο στη φύση.<sup>8</sup>

### **Δισακχαρίτες**

Οι δισακχαρίτες λέγονται και διπλά σάκχαρα. Είναι γλυκά και πρέπει να διασπαστούν σε απλά σάκχαρα με υδρόλυση για να μπορέσουν ν' απορροφηθούν από τον οργανισμό. Στους δισακχαρίτες ανήκει η μαλτόζη, η λακτόζη και το καλαμοσάκχαρο.

### **Καλαμοσάκχαρο**

Καλαμοσάκχαρο ή σακχαρόζη (η κοινή ζάχαρη) είναι ο σπουδαιότερος δισακχαρίτης τόσο για τη διάδοση στη φύση όσο και για τη συμμετοχή του στη διατροφή.<sup>1</sup> Το καλαμοσάκχαρο αποτελείται από γλυκόζη και φρουκτόζη. Είναι ο τύπος του σακχάρου που ευρίσκεται στη ζάχαρη σε κρυστάλλους, σκόνη και καστανή ζάχαρη και μέσα στη μελάσσα. Είναι από τα πιο γλυκά σάκχαρα και λιγότερο ακριβά. Λαμβάνεται από τα ζαχαροκάλαμο, σακχαρότευτλα και το χυμό του σφενδάμου.<sup>8</sup>

### **Λακτόζη**

Ευρίσκεται στο γάλα το γυναικείο (6-7%) και των ζώων (π.χ. αγελάδας 5%), του οποίου αποτελεί το 40% περίπου των στερεών συστατικών του, ενώ δεν απαντάται καθόλου στα φυτά.<sup>1</sup>

Η λακτόζη είναι μία ζάχαρη που ευρίσκεται στο γάλα. Βοηθά το σώμα να απορροφήσει ασβέστιο και είναι λιγότερο γλυκιά από τα άλλα απλά ή διπλά σάκχαρα. Όταν παρασκευάζουμε το τυρί, το γάλα ξεχωρίζει στο στερεό (τυρί) και το υγρό (ορός, χουμάς). Η λακτόζη σαν υδατοδιαλυτή ευρίσκεται κυρίως στον ορό. Έτσι η λακτόζη δεν είναι συστατικό των τυριών. Όμως οι κατασκευαστές μπορεί να ρίχνουν σκόνη γάλα στην παρασκευή τυριού, έτσι είναι σπουδαίο για τους αλλεργικούς στη λακτόζη να ελέγχουν τις ταμπέλες των προϊόντων τυριού.<sup>8</sup>

### **Μαλτόζη**

Είναι ένας δισακχαρίτης που είναι ένα ενδιάμεσο προϊόν υδρόλυσης του αμύλου. Παράγεται από την ενζυμική δράση κατά την πέψη του αμύλου στο σώμα και βιομηχανικά με την προσθήκη νερού σε δημητριακά. Μπορεί να ευρεθεί σε παιδικές τροφές και ποτά που περιέχουν μαλτόζη και στην μύρα. Είναι λιγότερο γλυκιά από τη γλυκόζη ή τη ζάχαρη.

### **Πολυσακχαρίτες**

Οι πολυσακχαρίτες λέγονται και σύνθετοι υδατάνθρακες διότι είναι χημικές ενώσεις απλών σακχάρων. Στους πολυσακχαρίτες που μπορούν να χωνευτούν από τον άνθρωπο συμπεριλαμβάνονται το γλυκογόνο, το άμυλο και οι δεξτρίνες. Στους άπε-

πτους πολυσακχαρίτες υπάγονται η κυτταρίνη, η ημικυτταρίνη, οι πηκτίνες, τα κόμμεα και οι φυτικές κόλλες.

### **Άμυλο:**

Το άμυλο είναι ο σημαντικότερος πολυσακχαρίτης για τη διατροφή του ανθρώπου. Το άμυλο ευρίσκεται σε όλα τα δημητριακά σε διαφορετικό ποσοστό. Σε ορισμένα δημητριακά όπως ο σίτος, αραβόσιτος, η βρώμη, η κριθή κ.α. το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 65 ως 70%, στο ρύζι είναι 80%, στις πατάτες 25% και στα όσπρια 50-60%. Το άμυλο υδρολύεται στον οργανισμό προς γλυκόζη, που με τη σειρά της μετατρέπεται σε CO<sub>2</sub> και H<sub>2</sub>O. Η αποδιδόμενη ενέργεια χρησιμεύει στην παραγωγή μυϊκού έργου, τη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος κ.λ.π.

### **Γλυκογόνο:**

Γνωστό και ως ζωικό άμυλο ευρίσκεται στο ήπαρ και στους μυϊκούς ιστούς και αποτελεί απόθετο υδατάνθρακα. Έτσι, πηγή προέλευσής του είναι ζωικά τρόφιμα, κρέας και ιχθείς. Στον οργανισμό σχηματίζεται από γλυκόζη και διασπώμενο δίδει μόνο γλυκόζη. Ο ρόλος του στον οργανισμό είναι ρυθμιστικός για τη διατήρηση της συγκέντρωσης της γλυκόζης σε σταθερό επίπεδο.<sup>1</sup>

### **Δεξτρίνες:**

Οι δεξτρίνες είναι ενδιάμεσα προϊόντα της υδρόλυσης του αμύλου προς τη μαλτόζη και τελικά τη γλυκόζη. Η υδρόλυση αυτή υποβοηθείται από την ξερή θερμότητα ή από την δράση των ενζύμων κατά την πέψη. Οι δεξτρίνες είναι περισσότερο διαλυτές και γλυκύτερες από το άμυλο.<sup>9</sup>

## 2.2 ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ

Οι πρωτεΐνες, που είναι γνωστές και ως λευκώματα, αποτελούν το βασικότερο συστατικό κάθε ζωντανού κυττάρου. Αυτές είναι μακρομοριακές ενώσεις αποτελούμενες από C, H, O και N, με μοριακό βάρος μεγαλύτερο από 8.000 με 10.000. Σε ποσοστιαία αναλογία έρχονται πρώτες, μετά από το ύδωρ, στη σύνθεση των ιστών του σώματος. Ακόμη, αποτελούν απαραίτητο συστατικό όλων των υγρών του σώματος, εκτός από τη χολή και τα ούρα.

Οι πρωτεΐνες κατατάσσονται σε απλές πρωτεΐνες, όταν το μόριό τους αποτελείται μόνο από αμινοξέα όπως αλβουμίνες, γλοβουλίνες, προλαμίνες, ιστόνες, σκληροπρωτεΐνες και γλουτελίνες, σε σύνθετες πρωτεΐνες (ή συζευγμένες πρωτεΐνες ή ετεροπρωτεΐνες), όταν αυτό περιέχει, εκτός από αμινοξέα και προσθετική ομάδα όπως πυροπρωτεΐνες, γλυκοπρωτεΐνες, φωσφοροπρωτεΐνες, χρωμοπρωτεΐνες και λιποπρωτεΐνες και σε παράγωγα πρωτεϊνών όπως πρωόζες, πεπτόνες, πεπτίδια και δικετοπιπεραζίνες.<sup>1</sup>

Οι πρωτεΐνες ευρίσκονται στα φυτικά και ζωικά τρόφιμα. Τα ζωικά τρόφιμα παρέχουν πρωτεΐνες ανωτέρας ποιότητας ή πλήρεις πρωτεΐνες. Σε αυτά περιλαμβάνονται το κρέας, τα ψάρια, τα πουλερικά, τα αυγά, το γάλα και το τυρί.<sup>8</sup>

### 2.3 ΛΙΠΙΔΙΑ

Τα λιπίδια είναι ουσίες που έχουν λιπαρή αφή, είναι αδιάλυτες στο ύδωρ και στην αλκοόλη και διαλυτές στον αιθέρα, διθειάνθρακα, τετραχλωράνθρακα. Τα λίπη είναι πολύ διαδομένα στη φύση και αποτελούν μία από τις κύριες θρεπτικές ύλες της διατροφής του ανθρώπου.

Τα λιπίδια είναι μία ετερογενής ομάδα ενώσεων οι οποίες από χημικής άποψης σχετίζονται ή μη με τα λιπαρά οξέα, χαρακτηρίζονται, όμως, από ορισμένες κοινές φυσικές ιδιότητες. Ειδικότερα, αυτά είναι σχετικώς αδιάλυτα σε πολικούς διαλύτες, όπως π.χ. στο ύδωρ και διαλυτά σε μη πολικούς διαλύτες, όπως στον αιθέρα, το χλωροφόρμιο και στο βεντόλιο.

Τα λιπίδια κατατάσσονται κατά Bloug σε 3 μεγάλες κατηγορίες:

- § Απλά λιπίδια: είναι εστέρες λιπαρών οξέων με διάφορες αλκοόλες, όπως η γλυκερόλη (λίπη και έλαια) και μοναλκοόλες υψηλότερου μοριακού βάρους, όπως η κετυλαλκοόλη (κήροι).
- § Σύμπλοκα (ή σύνθετα) λιπίδια: τα οποία περιέχουν και φωσφορική ρίζα, εκτός από λιπαρά οξέα και αλκοόλη, διακρίνονται σε φωσφολιπίδια (γλυκεροφωσφολιπίδια και σφιγγοφωσφολιπίδια), γλυκολιπίδια (γλυκοσφιγγολιπίδια) και σε διάφορα άλλα.
- § Πρόδρομα και παράγωγα λιπιδίων: τα οποία συμπεριλαμβάνουν λιπαρά οξέα, γλυκερόλη, στεροείδη, κετονοσώματα, λιποδιαλυτές βιταμίνες, ορμόνες κ.α.<sup>1</sup>

Βασικές λειτουργίες των λιπών:

- 1) Έχουν υψηλή θερμιδική αξία, γιατί 1 γραμμάριο δίνει 9 kcal
- 2) Οι γευστικές ιδιότητες τους τα καθιστούν αναγκαία στην ανθρώπινη διατροφή διότι διατροφή χωρίς λίπη ή έλαια δεν γίνεται αποδεκτή εύκολα από τον άνθρωπο.
- 3) Περιέχουν τα απαραίτητα λιπαρά οξέα η έλλειψη των οποίων πειραματικά τουλάχιστον είναι επιβλαβής για τον οργανισμό των ζώων.
- 4) Είναι φορείς των λιποδιαλυτών βιταμινών Α και D.<sup>10</sup>

## 2.4 ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ

Οι βιταμίνες είναι οργανικά στοιχεία που περιέχουν άνθρακα, οξυγόνο και άλλα στοιχεία που ο κάθε οργανισμός χρειάζεται για να ρυθμίσει τις λειτουργίες του μέσω των κυττάρων. Εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις, δεν παράγονται ούτε συντίθενται στον οργανισμό. Είναι απαραίτητες για τη φυσιολογική ανάπτυξη, τη ζωτικότητα, αλλά και την υγεία μας. Οι βιταμίνες δεν έχουν θερμίδες και δεν τροφοδοτούν από μόνες τους με ενέργεια τον οργανισμό. Ενισχύουν το σώμα να χρησιμοποιήσει την προσφερόμενη ενέργεια σαν λίπος, υδατάνθρακες και πρωτεΐνες. Το όνομα βιταμίνη δείχνει τη σπουδαιότητά του. Βίτα (vita) στα λατινικά σημαίνει ζωή. Δεν πρέπει να καταναλώνονται σε υπερβολή, το πολύ δεν είναι κατ' ανάγκη και το καλύτερο.

### 2.4.1 Υδατοδιαλυτές

Πρόκειται για βιταμίνες που διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη χημική σύνθεση και τη βιολογική δράση.

**Βιταμίνη B<sub>1</sub> (θειαμίνη):** Είναι γνωστή ως «βιταμίνη της χαράς», γιατί, όπως όλο το σύμπλεγμα των βιταμινών B, βοηθάει στην καλή κατάσταση και ισορροπία του νευρικού συστήματος και την πνευματική διαύγεια και λειτουργία. Βοηθάει στην μετατροπή των υδατανθράκων σε ενέργεια. Δρα και σαν ήπιο διουρητικό.<sup>11</sup> Οι ανάγκες σε θειαμίνη εξαρτώνται από το βαθμό χορηγήσεως υδατανθράκων, ο κίνδυνος υποβιταμίνωσης είναι μεγαλύτερος με διατροφή πλούσια σε υδατάνθρακες.<sup>12</sup>

Βρίσκεται στο αναποφλοίοτο ρύζι, δημητριακά ολικής αλέσεως, φιστίκια, βρώμη, λαχανικά, μαγιά μπύρας, χοιρινό, ψάρι, γάλα και συκώτι.

Η έλλειψή της προκαλεί Beri-Beri, αδυναμία, εξάντληση, βλάβες στο νευρικό σύστημα, οίδημα και υπερτροφία της καρδιάς.<sup>11</sup>

**Βιταμίνη B<sub>2</sub> (ριβοφλαβίνη):** Η ριβοφλαβίνη είναι απαραίτητη για τον μεταβολισμό υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών. Είναι επίσης απαραίτητη για τη συντήρηση των ιστών, ιδιαίτερα του δέρματος γύρω από το στόμα και για υγιή μάτια. Η ριβοφλαβίνη απορροφάται από το λεπτό έντερο.<sup>8</sup> Σε έλλειψή της παρατηρείται κνησμός και κάψιμο στους οφθαλμούς, ευαισθησία στο φως και πονοκέφαλος. Επίσης παρατηρείται σε ανεπάρκειά της γωνιακή χειλίτιδα και ωχρή όψη.<sup>1</sup>

**Βιταμίνη B<sub>3</sub> –Νιασίνη:** Η νιασίνη συμβάλλει στη φυσιολογική λειτουργία του πεπτικού και του νευρικού συστήματος και προλαμβάνει την πελάγρα. Αυτή εκδηλώνεται με δερματίτιδα, διάρροιες, αδυναμία, ίλιγγο και ανορεξία. Πριν από τον εμπλουτισμό του σίτου σε νιασίνη, η εμφάνιση της ήταν αρκετά συχνή.

Οι ημερήσιες ανάγκες σε νιασίνη είναι: άνδρες 18 mg, γυναίκες 13 mg, γυναίκες στην εγκυμοσύνη και γαλουχία 18 mg, βρέφη 0-6 μηνών 5 mg, 6-12 μηνών 8 mg, αγόρια προοδευτική αύξηση από 9 στα 20 mg και κορίτσια από 9 μέχρι 16 mg. Τροφές πλούσιες σε νιασίνη είναι το κρέας, τα πουλερικά, οι ιχθύες, το πιτυρούχο ψωμί και τα δημητριακά.<sup>1</sup>

**Βιταμίνη B<sub>6</sub> – Πυριδοξίνη:** Αφομοιώνεται εύκολα από τον οργανισμό και αποβάλλεται μέσα σε 8-10 ώρες, γι' αυτό και είναι απαραίτητη η καθημερινή της λήψη. Συμβάλλει στην αφομοίωση των πρωτεϊνών. Όσο περισσότερες πρωτεΐνες περιέχονται στο διαιτολόγιό σας, τόσο περισσότερη βιταμίνη B<sub>6</sub> χρειάζεστε. Συμμετέχει στον σχηματισμό αντισωμάτων στο ανοσοποιητικό σύστημα. Επίσης ελαττώνει τους μυϊκούς σπασμούς, τις κράμπες και το μυρμήγκιασμα στα άκρα.

Σε ανεπάρκεια της πυριδοξίνης παρατηρείται αναιμία, δερματίτιδα, γλωσσίτιδα, σκασίματα στο άνοιγμα του στόματος και πέτρες στα νεφρά.

Η βιταμίνη B<sub>6</sub> ευρίσκεται στο κρέας, ψάρια, φασόλια, μαγιά, λάχανο, συκώτι, αυγά, φιστίκια, μπανάνες, πεπόνι και ακατέργαστο ρύζι.<sup>11</sup>

**Βιταμίνη B<sub>12</sub>:** Βρίσκεται στο ήπαρ, νεφρούς και νωπά κρέατα.<sup>1</sup> Η έλλειψή της είναι αιτία της κακοήθους αναιμίας. Η ωρίμανση των ερυθροκυττάρων στο μυελό των οστών σταματάει. Παρατηρείται μακροκυτταρική αναιμία, ελάττωση θρομβοκυττάρων και λευκοκυττάρων, καθώς και εκφυλιστικές διαταραχές του νωτιαίου μυελού.<sup>12</sup>

**Φυλλικό οξύ – Φολασίνη B<sub>9</sub>:** Είναι σημαντικό στοιχείο για τη δημιουργία του DNA, που ελέγχει τη λειτουργία των κυττάρων και την κληρονομικότητα. Δουλεύει με τη B<sub>12</sub> για την παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων. Συντελεί στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών σε ενέργεια. Αν παίρνετε αντιβίωση ή ορμόνες ή πίνετε αλκοόλ, θα πρέπει να αυξήσετε τις ποσότητες του φυλλικού οξέος που παίρνετε κάθε ημέρα. Καταστρέφεται αν αποθηκευτεί απροστάτευτο σε θερμοκρασία δωματίου για πολύ καιρό.

Η βιταμίνη B<sub>9</sub> συναντάται στα λαχανικά με σκουρόχρωμο φύλλωμα, συκώτι, αυγό, φασόλια, άπαχο χοιρινό και κοτόπουλο, θαλασσινά, πορτοκάλια, λεμόνια, δημητριακά.

Σε έλλειψή της παρατηρείται αναιμία, καούρες στο στομάχι, διάρροιες, ερεθισμός της γλώσσας, εύκολη κόπωση, κατάθλιψη και αδυναμία στο ανοσοποιητικό σύστημα.<sup>11</sup>

**Βιοτίνη H:** Η βιοτίνη παίζει σημαντικό ρόλο στον μεταβολισμό των υδατανθράκων και των λιπών.<sup>1</sup> Συμμετέχει σαν ένζυμο στον μεταβολισμό του ανθρώπινου

σώματος. Οι καλύτερες πηγές είναι το συκώτι, ο κρόκος του αυγού, η σόγια, τα δημητριακά και η μαγιά. Η βιοτίνη ακόμη συντίθεται στο λεπτό έντερο από μικροοργανισμούς, αλλά το ποσό που διατίθεται για απορρόφηση είναι άγνωστο.<sup>8</sup>

Τα συμπτώματα της έλλειψης είναι ναυτία, ανορεξία, η κατάθλιψη, η ωχρότητα (κιτρίνισμα του χρώματος του δέρματος), η δερματίτιδα (ερεθισμός του δέρματος) και μία αύξηση στη χοληστερόλη. Είναι άγνωστη η τοξικότητα μεγάλης λήψης βιοτίνης.<sup>8</sup>

**Βιταμίνη C – Ασκορβικό οξύ:** Η βιταμίνη C είναι αντιοξειδωτική βιταμίνη, συντελεί στην απορρόφηση του σιδήρου, στην παραγωγή του κολλαγόνου και στην ανάπτυξη, στην υγιή κατάσταση και επούλωση των τραυμάτων στα οστά, τα ούλα και τα αιμοφόρα αγγεία. Η βιταμίνη C οξειδώνεται πολύ εύκολα. Το φως, η θερμοκρασία, ο ατμοσφαιρικός αέρας και το κάπνισμα την καταστρέφουν. Αν παίρνετε μεγάλες ποσότητες βιταμίνης C, συμπληρώστε τη διατροφή σας με μαγνήσιο και ασβέστιο για να απορροφηθεί καλύτερα. Αύξηση της δοσολογίας επιβάλλεται στους καπνιστές και στους κατοίκους μεγάλων πόλεων με ατμοσφαιρική ρύπανση.<sup>11</sup>

Οι καλύτερες πηγές βιταμίνης C είναι τα εσπεριδοειδή, το πεπόνι, οι φράουλες, οι ντομάτες, οι πατάτες, οι κόκκινες και πράσινες πιπεριές, το λάχανο και τα μπρόκολα.

Η έλλειψη της βιταμίνης C φαίνεται υπό την αιμορραγία των ουλών, την απώλεια δοντιών, την τάση για εύκολο κοκκίνισμα, την αργή επούλωση πληγών και τέλος το σκορβούτο, άλγος στις αρθρώσεις των γονάτων και ανορεξία.<sup>8</sup>

#### 2.4.2 Λιποδιαλυτές

**Βιταμίνη A:** Η βιταμίνη A παίζει σημαντικό ρόλο στη λειτουργία του αμφιβληστροειδή και είναι απαραίτητη στην ανάπτυξη και διαφοροποίηση του επιθηλιακού ιστού, στην ανάπτυξη των οστών και στην αναπαραγωγή και στην ανάπτυξη του εμβρύου. Ακόμη, ενισχύει την ανοσολογική λειτουργία του οργανισμού, μειώνει τις συνέπειες ορισμένων λοιμώξεων και μπορεί να δρα προστατευτικά έναντι της ανάπτυξης ορισμένων κακοηθειών.

Επειδή στον οργανισμό η βιταμίνη A μπορεί να μετατραπεί σε παράγωγά της, όπως σε αλδεύδη (ρετινάλη) και σε οξύ (ρετινοϊκό οξύ), στις διάφορες αυτές μορφές του μορίου της οφείλονται και οι φυσιολογικές λειτουργίες της. Π.χ. ως αλκοόλη παίζει ρόλο στην ικανότητα αναπαραγωγής, ως ρετινάλη αποτελεί προσθετική ομάδα πολλών χρωστικών που συμμετέχουν στην όραση, ενώ το ρετινοϊκό οξύ φαίνεται ότι



είναι η ενεργή μορφή, η υπεύθυνη για τις λειτουργίες τις σχετιζόμενες με την ανάπτυξη, τη διαφοροποίηση του επιθηλιακού ιστού και τους μετασχηματισμούς.<sup>1</sup>

Η βιταμίνη Α συναντάται σε γάλα, βούτυρο, λαχανικά με σκουρόχρωμο φύλλωμα π.χ. μαρούλι, πιπεριές, καρότα και σπανάκι.

Σε έλλειψή της παρατηρείται πόνος στις κλειδώσεις, αναιμία, τύφλωση και αναχαίτιση της ανάπτυξης.<sup>11</sup>

**Βιταμίνη Ε –Τοκοφερόλη:** Είναι αντιοξειδωτική, αντιπηκτική, προστατεύει το δέρμα και τα αγγεία από αλλοιώσεις. Διαλύει τους θρόμβους, προλαμβάνοντας καρδιαγγειακές παθήσεις, τονώνει τον οργανισμό μειώνοντας το αίσθημα κόπωσης.<sup>11</sup>

Έχει παρατηρηθεί έλλειψη βιταμίνης Ε σε πρόωρα βρέφη μικρού βάρους και σε ασθενείς που είναι ανίκανοι να απορροφήσουν λίπος κανονικά. Η κακή απορρόφηση βιταμίνης Ε μπορεί να προκαλέσει σοβαρά νευρολογικά προβλήματα σε παιδιά, αλλά και στους ενήλικες, τα συμπτώματα έλλειψης μπορεί να παρουσιαστούν μετά τα 5 μέχρι 10 χρόνια.<sup>8</sup>

Η βιταμίνη Ε βρίσκεται στα φυτικά έλαια, σόγια, σπανάκι, φιστίκια, καλαμπόκι, αυγά και στο σιτάρι ολικής αλέσεως.<sup>11</sup>

**Βιταμίνη Κ:** Η βιταμίνη Κ είναι απαραίτητη στο σχηματισμό της προθρομβίνης (παράγων ΙΙ) που επιτρέπει την τέλεια πήξη του αίματος. Μπορεί να δοθεί σε νεογέννητα αμέσως μετά την γέννα. Με ανεπάρκεια βιταμίνη Κ τα νεογέννητα μπορεί να πάθουν εγκεφαλική αιμορραγία.

Η καλύτερη πηγή βιταμίνης Κ είναι τα πράσινα φύλλα των λαχανικών όπως το σπανάκι, το λάχανο, η λαχανίδα, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, αυγά, κρέας, φρούτα και δημητριακά επίσης περιέχουν αρκετή βιταμίνη Κ. Το γάλα αγελάδας είναι πολύ καλύτερη πηγή βιταμίνης Κ από το ανθρώπινο γάλα.

Το μόνο εμφανές σύμπτωμα της έλλειψης βιταμίνης Κ είναι η αργή (ελαττωματική) πήξη του αίματος (θρόμβωση). Η έλλειψή της αυξάνει το χρόνο πήξης του αίματος, κάνοντας τον ασθενή πιο ευάλωτο σε αιμορραγίες. Η έλλειψη αυτή στον άνθρωπο μπορεί να προκληθεί από κακό μεταβολισμό λιπών, θεραπεία με αντιβιοτικά, ακατάλληλη διαίτα ή λήψη αντιθρομβωτικών φαρμάκων (που κάνουν το αίμα πιο λεπτόρευστο).<sup>8</sup>

**Βιταμίνη D:** Πρόκειται από χημικής πλευράς περί στερίνης. Η βιταμίνη D δρα στην διατήρηση των πυκνοτήτων οσβεστίου και φωσφόρου στον ορό αίματος, στο σχηματισμό και εναπόθεση αλάτων στα οστά των παιδιών και στη διατήρηση των αλάτων των οστών του ενήλικα. Ιδιαίτερα η βιταμίνη D:

1. Προωθεί την ενεργό απορρόφηση ασβεστίου από το έντερο
2. Προωθεί το ενεργό σύστημα μεταφοράς των φωσφορούχων αλάτων στο έντερο
3. Σε συνεργασία με την παραθορμόνη δρα στην κινητοποίηση του ασβεστίου από το προηγούμενως σχηματισμένο οστόν για να διατηρήσει κανονικές τιμές ασβεστίου του ορού αίματος
4. Κινητοποιεί φώσφορο από τα οστά για να διατηρήσει το επίπεδο φωσφόρου στο αίμα
5. Δευτερευόντως δρα για να αυξήσει την επαναρρόφηση του ασβεστίου από τα νεφρά
6. Αυξάνει την επαναρρόφηση του φωσφόρου από τα νεφρά.

Η ανεπάρκεια βιταμίνης D προκαλεί τον ραχιτισμό στα παιδιά και την οστεομαλάκυνση στους ενήλικες. Τουλάχιστον 11 στερίνες έχουν αντιραχιτικές ιδιότητες. Οι κυριότερες όμως είναι: η εργοστερίνη και η 7-δενδροχοληστερίνη. Και οι δύο είναι προβιταμίνες που μετατρέπονται με την επίδραση των υπεριωδών ακτινών του ηλιακού φωτός σε βιταμίνη D<sub>2</sub> ή εργοστερίνη και σε βιταμίνη D<sub>3</sub>. Η τελευταία αυτή προβιταμίνη βρίσκεται σε μικρές ποσότητες στους ιστούς των θηλαστικών, ενώ η δραστική βιταμίνη D βρίσκεται σε ακόμη μικρότερες ποσότητες.

Ο άνθρωπος λαμβάνει την βιταμίνη D στη δραστική της μορφή με την πρόσληψη τροφών ζωικής κυρίως προέλευσης όπως το γάλα, το βούτυρο.<sup>9</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

#### 3.1 ΚΑΝΟΝΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Πολλές χώρες έχουν διαμορφώσει τις δικές τους διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων. Στην Ελλάδα, το Υπουργείο Υγείας έχει εκδώσει μία αφίσα που απεικονίζει την ελληνική εκδοχή της πυραμίδας της Μεσογειακής διατροφής που αναπτύχθηκε στο Πανεπιστήμιο Harvard, αναγνωρίζοντας έτσι τη σημασία του διατροφικού αυτού προτύπου για την υγεία του ελληνικού πληθυσμού.

Το Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας ζήτησε πρόσφατα τη συγγραφή κειμένου που θα συνοψίζει διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων για τον ελληνικό πληθυσμό, λαμβάνοντας υπόψη τις ενδείξεις που έχουν προκύψει από μελέτες στον πληθυσμό αυτόν.

Πολύ συχνά οι διατροφικές οδηγίες απεικονίζονται με τη μορφή τριγώνου ή πυραμίδας, η βάση της οποίας αναφέρεται σε τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται πολύ συχνά και η κορυφή σε τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται σπάνια, με τα υπόλοιπα να καταλαμβάνουν τις ενδιάμεσες θέσεις. Στη διατροφική πυραμίδα δίνονται συχνότητες κατανάλωσης και όχι ακριβείς ποσότητες σε γραμμάρια, γιατί οι περισσότεροι καταναλωτές σκέφτονται με αυτόν τον τρόπο όταν πρόκειται για τα τρόφιμα που καταναλώνουν. Η αναφορά σε συχνότητες κατανάλωσης, όμως, υπονοεί την ύπαρξη μιας πρότυπης μικρομερίδας ή σερβιρίσματος, κατά το αγγλοσαξονικό «serving», πολλαπλάσια της οποίας θα πρέπει να καταναλώνονται. Αυτές οι μικρομερίδες ονομάζονται επίσης και διατροφικά ισοδύναμα (όταν αναφερόμαστε σε τρόφιμα της ίδιας προέλευσης ή σύνθεσης). Ένα σύνολο περίπου 22-23 μικρομερίδων πρέπει να καταναλώνονται ημερήσια σε τρία ή τέσσερα γεύματα. Σε πολύ αδρή προσέγγιση, μία μικρομερίδα είναι περίπου το μισό της μερίδας, όπως αυτή καθορίζεται με τις ελληνικές αγορανομικές διατάξεις, δηλαδή περίπου το μισό της μερίδας εστιατορίου. Έτσι, μία μικρομερίδα αδρά αντιστοιχεί σε:

- § Μία φέτα ψωμιού (25g)
- § 100g πατάτες
- § μισό φλιτζάνι τσαγιού (50-60g) μαγειρευμένου ρυζιού ή ζυμαρικών
- § ένα φλιτζάνι τσαγιού ωμά φυλλώδη λαχανικά ή μισό φλιτζάνι από τα υπόλοιπα λαχανικά, είτε μαγειρεμένα είτε ψιλοκομμένα (περίπου 100g από τα περισσότερα λαχανικά)

- § ένα μήλο (80g), μία μπανάνα (60g), ένα πορτοκάλι (100g), 200g πεπόνι ή καρπούζι, 30 g σταφύλια
- § ένα φλιτζάνι τσαγιού γάλακτος ή γιαουρτιού
- § 30 g τυριού
- § 1 αυγό
- § περίπου 60g μαγειρεμένου άπαχου κρέατος ή ψαριού
- § ένα φλιτζάνι τσαγιού (δηλαδή 100g) μαγειρεμένων ξηρών φασολιών.

## **Ομάδες Τροφίμων**

### Δημητριακά

Καθημερινά, θα πρέπει να καταναλώνονται, κατά μέσο όρο, 8 μικρομερίδες δημητριακών ή προϊόντων τους, συμπεριλαμβανομένου του ψωμιού, κατά προτίμηση ολικής αλέσεως. Η οδηγία αυτή δεν είναι δύσκολο να ακολουθηθεί, ακόμα και στη σύγχρονη ελληνική διατροφή, καθώς οι Έλληνες εξακολουθούν να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες ψωμιού. Τα αδρά επεξεργασμένα δημητριακά αποτελούν καλή πηγή διαιτητικών ινών, δηλαδή μη αμυλούχων πολυσακχαριτών.

### Πατάτες

Αν και ορισμένοι κατατάσσουν τις πατάτες με τα λαχανικά, διατροφικά οι πατάτες μοιάζουν περισσότερο με τα δημητριακά, κυρίως τα επεξεργασμένα. Όπως και το λευκό ψωμί, οι πατάτες έχουν υψηλό γλυκαιμικό δείκτη και οι σύγχρονες διατροφικές οδηγίες υπαγορεύουν την αποφυγή κατανάλωσης περισσότερων από 3 μικρομερίδες την εβδομάδα.

### Ζάχαρη και Σχετικά Προϊόντα

Η ζάχαρη βρίσκεται σε αφθονία στα γλυκίσματα. Υπάρχει επίσης ή προστίθεται σε ποτά, όπως ο καφές, το τσάι, οι χυμοί των φρούτων και τα αναψυκτικά. Απλά σάκχαρα (γλυκόζη, φρουκτόζη, σακχαρόζη) υπάρχουν ακόμα σε πολλά φρούτα. Οι γλυκαιμικές επιδράσεις των απλών σακχάρων είναι συγκρίσιμες, αν όχι μικρότερες, αυτών του αμύλου των μαγειρεμένων φαγητών. Η ελάττωση της ζάχαρης μπορεί να επιτευχθεί με εκπαίδευση σε νεαρή ηλικία. Όσον αφορά τη χρήση υποκατάστατων, όπως η ζάχαρη και η ασπάρταμη, δεν έχουν τεκμηριωθεί κίνδυνοι για τους ανθρώπους, αλλά συνιστάται η αποφυγή της υπερβολικής κατανάλωσής τους. Αν και πολλά ελληνικά γλυκίσματα περιέχουν ελαιόλαδο, διάφορους ξηρούς καρπούς, φρούτα και αλεύρι και όχι κρέμα γάλακτος ή βούτυρο, η μέση ημερήσια πρόσληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τη μισή μικρομερίδα την ημέρα ή μία μικρομερίδα παρ' ημέρα.

### Λαχανικά και Φρούτα

Συνιστάται η κατανάλωση περίπου 6 μικρομερίδων λαχανικών και 3 μικρομερίδων φρούτων καθημερινά, κατά μέσο όρο. Δεν υπάρχει κίνδυνος από την υπερβολική κατανάλωση των λαχανικών και των φρούτων, αρκεί η ενεργειακή πρόσληψη να μην υπερβαίνει την κατανάλωση ενέργειας. Τα λαχανικά και τα φρούτα παρέχουν σημαντικές ποσότητες διαιτητικών ινών, πολλά μικροδιατροφικά στοιχεία (κάλιο, ασβέστιο, βιταμίνη C, βιταμίνη Β<sub>6</sub>, καρωτινοειδή, βιταμίνη Ε, φυλλικό οξύ) όπως και άλλα συστατικά με αντιοξειδωτικές ιδιότητες. Τα λαχανικά μπορούν να καταναλώνονται είτε μαγειρευμένα με ελαιόλαδο, είτε ωμά με τη μορφή σαλάτας.

### Όσπρια

Τα όσπρια καταναλώνονται σπάνια στις περισσότερες χώρες γι' αυτό και σπάνια αναφέρονται ξεχωριστά στις αντίστοιχες διατροφικές οδηγίες. Στην Ελλάδα, όμως, το ελαιόλαδο επιτρέπει την παρασκευή γευστικών φαγητών με όσπρια. Τα όσπρια διαθέτουν μερικά από τα υγιεινά χαρακτηριστικά των λαχανικών και, επιπλέον, παρέχουν πρωτεΐνες σχετικά μέτριας βιολογικής αξίας. Συνιστάται η κατανάλωση, κατά μέσο όρο, μιας μικρομερίδας παρ' ημέρα.

### Μυρωδικά

Η ρίγανη, ο βασιλικός, το θυμάρι και άλλα μυρωδικά που φύονται στην Ελλάδα αποτελούν εξαιρετική πηγή αντιοξειδωτικών ουσιών και συνιστούν ένα εύγεστο υποκατάστατο του αλατιού στην προετοιμασία των φαγητών.

### Κρέας και Αυγά

Η κατανάλωση πουλερικών, αυγών και κόκκινου κρέατος δεν θα πρέπει να ξεπερνά, κατά μέσο όρο, τη μια μικρομερίδα την ημέρα ή μία πλήρη μερίδα κάθε δεύτερη ημέρα, ενώ παραπέρα μείωση δεν φαίνεται να απειλεί την καλή υγεία των ενηλίκων. Το κρέας των πουλερικών προτιμάται από το κόκκινο κρέας, ενώ τα αυγά, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που χρησιμοποιούνται στη μαγειρική και τη ζαχαροπλαστική, δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τα 4 την εβδομάδα. Κατά συνέπεια, ένα άτομο μπορεί να καταναλώνει 3 αυγά την εβδομάδα και 2 μερίδες την εβδομάδα κρέας πουλερικών.

### Ψάρια και Θαλασσινά

Τα ψάρια και τα θαλασσινά θα μπορούσαν να υποκαταστήσουν το κρέας και τα αυγά, αλλά γαστρονομικοί, πρακτικοί και οικονομικοί περιορισμοί υπαγορεύουν τη σύσταση για μία μικρομερίδα την ημέρα, δηλαδή 3 μερίδες την εβδομάδα.

### Γαλακτοκομικά προϊόντα

Κατανάλωση, κατά μέσο όρο, 2 μικρομερίδων γαλακτοκομικών την ημέρα, με τη μορφή τυριού, παραδοσιακού γιαουρτιού και γάλακτος, φαίνεται να είναι συμβατή με την υγεία και τις γαστρονομικές συνήθειες των Ελλήνων.<sup>13</sup>

### Λίπη και χοληστερόλη

Οι ειδικοί συνιστούν τα ψάρια, τα πουλερικά, τα ξηρά φασόλια και τα μπιζέλια σαν πηγές πρωτεΐνης. Επίσης προτείνουν ψητά της σχάρας, ψητά στο φούρνο ή βραστά έναντι των τηγανιτών.<sup>14</sup>

### Νερό

Το αίσθημα της δίψας ρυθμίζει επαρκώς την πρόσληψη νερού, με εξαίρεση ηλικιωμένα άτομα και ορισμένες παθολογικές καταστάσεις. Γενικά, όσο υψηλότερη είναι η ενεργειακή πρόσληψη και κατανάλωση, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ποσότητα του νερού που χρειάζεται ο οργανισμός. Η υποκατάσταση του νερού με μη οιοπνευματώδη ποτά δεν παρέχει οποιοδήποτε πλεονέκτημα.

### Αιθυλική Αλκοόλη

Η κατανάλωση οιοπνευματωδών ποτών, σε ποσότητα που αντιστοιχεί σε 30g αιθυλικής αλκοόλης (τρία ποτήρια για τα περισσότερα οιοπνευματώδη) την ημέρα για τους άνδρες και 15g αιθυλικής αλκοόλης (ένα και μισό ποτήρι για τα περισσότερα οιοπνευματώδη) την ημέρα για τις γυναίκες, έχει ευεργετικές επιδράσεις στην υγεία. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατανάλωση κρασιού κατά την διάρκεια των γευμάτων είναι περισσότερο ωφέλιμη από την κατανάλωση αποσταγμάτων, ηδύποτων ή μπύρας εκτός γευμάτων. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι το κόκκινο κρασί είναι περισσότερο ωφέλιμο από το λευκό. Δεν πρέπει, όμως, να λησμονείται ότι η κατανάλωση και ιδιαίτερα η υπερκατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης ή επιδείνωσης σειράς νοσολογικών οντοτήτων και κοινωνικών προβλημάτων.<sup>13</sup>

## **KANONEΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

- Μην ξεπερνάτε το επιθυμητό βάρος για το ύψος σας
- Τρώτε αργά, κατά προτίμηση σε συγκεκριμένες ώρες της ημέρας, χωρίς άγχος και με τη συντροφιά προσφιλών προσώπων.<sup>13</sup>
- Τρώτε ποικιλία φαγητών.<sup>15</sup>
- Προτιμάτε φρούτα ή ξηρούς καρπούς και όχι γλυκίσματα στα ενδιάμεσα μικρογεύματα

- Προτιμάτε ψωμί ή ζυμαρικά ολική αλέσεως
- Προτιμάτε το νερό και όχι τα αναψυκτικά
- Οι υγιείς ενήλικες (πλην των εγκύων) δεν χρειάζονται διατροφικά συμπληρώματα (βιταμίνες, ιχνοστοιχεία κ.λ.π.) όταν ακολουθούν μία ισορροπημένη διατροφή
- Τα υποθερμιδικά (light) τρόφιμα δεν αποτελούν υποκατάστατο της φυσικής άσκησης για τον έλεγχο της παχυσαρκίας. Επιπλέον, η κατανάλωσή τους σε μεγάλες ποσότητες έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους.
- Η υποδειγματική διατροφή αποτελεί τον τελικό στόχο, αλλά η υιοθέτησή της σε καθημερινή βάση μπορεί να γίνει προοδευτικά.<sup>13</sup>
- Την ασφάλεια της τροφής από παθογόνα μικρόβια και επικίνδυνα συντηρητικά ή πρόσθετες ουσίες που μπορεί να είναι τοξικές ή και καρκινογόνες. Τα κυλικεία, μέσα στα σχολεία, τα γραφεία κ.λ.π. πρέπει να ελέγχονται με αυστηρότητα και να υποχρεώνονται να τηρούν τους κανόνες της υγιεινής.

Η τροφή του ανθρώπου πρέπει να είναι μικτή φυτική και ζωική. Για να γίνει αυτό στις πολιτισμένες χώρες πρέπει να αυξηθούν περισσότερο οι φυτικές τροφές (λαχανικά, δημητριακά, όσπρια, φρούτα), να περιορισθούν τα κρεατικά (με σχετική αύξηση των ψαριών και των πουλερικών έναντι του κυρίου κρέατος), να περιορισθεί το ζωικό λίπος (που παίρνεται κυρίως με το παχύ κρέας) και να αυξηθεί το φυτικό, να περιορισθούν οι τροφές που περιέχουν πολύ χοληστερίνη (αυγά, βούτυρο, ζωικό λίπος, γάλα κ.λ.π.), να περιορισθούν τα γλυκά και το αλάτι. Η τροφή πρέπει να είναι μάλλον πτωχή θερμιδικά με καλή όμως θρεπτική αξία και οπωσδήποτε να αποφεύγει την παχυσαρκία, πράγμα που μπορεί να πετύχει κανείς ελαττώνοντας τα λίπη, τα γλυκά, τους ξηρούς καρπούς και τα τηγανητά και γενικώς την πολυφαγία. Η αποκλειστικά φυτική τροφή έχει λίγο λεύκωμα και αυτό κατώτερης βιολογικής αξίας, λίγο σίδηρο και λίγο ασβέστιο που δεν απορροφώνται καλά, λίγες βιταμίνες B<sub>12</sub>, A και D.<sup>4</sup>

Τις περισσότερες φορές τρώμε όχι γιατί στ' αλήθεια πεινάμε ή χρειαζόμαστε την τροφή, αλλά μάλλον από συνήθεια, λαιμαργία, ανία ή γιατί έτσι έχει προγραμματιστεί ή από κοινωνική υποχρέωση. Το φαγητό θα έπρεπε να είναι λειτουργικό. Δεν έχει νόημα να βάζει κανείς μέσα στο σώμα περισσότερη τροφή όταν το φορτίο του προηγούμενου γεύματος δεν έχει ακόμη χωνευτεί έστω, αν όχι αποβληθεί. Θα πρέπει να έχουν περάσει τέσσερις με έξι ώρες ανάμεσα σε κάθε γεύμα και στο μεταξύ διάστημα

όχι κολατσό, εκτός από κανένα φρούτο τέσσερις ώρες μετά το προηγούμενο γεύμα και μία ώρα πριν το επόμενο.

Και το σημαντικότερο είναι πώς θα πρέπει να τρώμε όταν ΑΛΗΘΙΝΑ ΠΕΙΝΑΜΕ. Αυτό θα εξασφαλίσει μία καλή χώνεψη και αποτελεσματική αφομοίωση της τροφής. Δεν είναι απαραίτητο, όπως πολλοί νομίζουν, να τρώμε πολύ το πρωί. Το κύριο γεύμα θα πρέπει να καταναλώνεται τις μεσημβρινές ώρες, με ένα πολύ ελαφρό δείπνο το βράδυ, τουλάχιστο τρεις ώρες πριν πάμε για ύπνο.

Ένα κύριο γεύμα τη μέρα με δύο άλλα μικρότερα είναι αρκετά για όσους δε χρησιμοποιούν πολλή σωματική ενέργεια.

Θα πρέπει να τρώμε αργά, σιωπηλά, ήρεμα, έχοντας όλη την προσοχή μιας συγκεντρωμένη στην τροφή. Η κάθε μπουκιά θα πρέπει να μασιέται τέλεια, μέχρι να γίνει στο στόμα σαν ένα υγρό, για να μπορέσει να χωνευτεί πιο εύκολα μέσα στο στομάχι. Όσο πιο μικρά είναι τα κομμάτια της τροφής τόσο πιο εύκολα διαλύονται από τα πεπτικά υγρά. Όταν έχουμε καταπιεί μεγάλα κομμάτια τροφής μόνο η εξωτερική τους επιφάνεια μπορεί να επηρεαστεί από τα πεπτικά υγρά ενώ η εσωτερική τους μάζα μένει αχώνευτη.

Τα υγρά θα πρέπει να πίνονται πριν ή πολύ μετά το γεύμα ποτέ κατά τη διάρκειά του, γιατί τότε διαλύεται κι αδυνατίζει η δύναμη των πεπτικών υγρών. Πολλά πλεονεκτήματα έχουμε αν τρώμε την τροφή κατά κατιούσα σειρά πεπτικότητας. Με τον τρόπο αυτό, δεν υπάρχουν εύκολα χωνευόμενες τροφές που έχουν «κλέβει» περισσότερες πεπτικές ουσίες μέσα στον πεπτικό αγωγό: Τα υγρά περνούν σχεδόν αμέσως απ' το στομάχι εκτός και αν είναι βαριά υγρά όπως γάλα, σούπες κ.λ.π. Τα φρούτα και τα απλά σάκχαρα είναι τα επόμενα πιο εύκολα στη χώνεψη. Ύστερα έρχονται τα άμυλα, ακολουθούν οι πρωτεΐνες και τέλος τα λίπη και τα έλαια.

Όταν τρώμε αργά-αργά, επιτρέπουμε στο σώμα να μας δώσει το κατάλληλο μήνυμα πως έχει πάρει αρκετά. Αλλιώς χωρίς να το καταλάβει κανείς πηγαίνει πολύ πέρα απ' το σημείο κορεσμού. Καλύτερα να σηκωθείτε απ' το τραπέζι έχοντας την επιθυμία για μια ακόμη μπουκιά, παρά μ' ένα βαρύ στενάχωρο αίσθημα.

Μετά το φαγητό, βοηθάει τη χώνεψη η ενασχόληση με μία ελαφριά δραστηριότητα για 20 με 40 λεπτά. Συχνά, το μάζεμα του τραπεζιού και το πλύσιμο των πιάτων καθώς και το καθάρισμα του χώρου που φάγαμε ή ένας μικρός περίπατος στον κήπο είναι αρκετά για να προλάβουμε αυτό το βαρύ αίσθημα με το οποίο σηκωνόμαστε αν πέσουμε για ύπνο αμέσως μετά από το φαγητό. Ύστερα μία μικρή ανάπαυση θα επιτρέψει στα όργανα της πέψης για μία πιο επαρκή χώνεψη. Τα γιόγκικα κείμενα συμ-



βουλεύουν να ξαπλώνουμε πάνω στο αριστερό πλευρό καθώς αναπαυόμαστε μετά το φαγητό, για να είναι ελεύθερο το δεξί ρουθούνι, και να ρέει περισσότερη ενέργεια μέσα απ' αυτό, στο σώμα. Η αναπνοή μέσα από το δεξί ρουθούνι συμβάλλει στη δημιουργία μιας κατάστασης περισσότερης θερμότητας και ενέργειας. Αναπνέοντας μέσα από το αριστερό ρουθούνι δημιουργείται μία κατάσταση ψυχρότερη, λιγότερο ενεργοποιημένη.

Καλύτερα είναι να μην κοιμηθεί κανείς μετά το μεσημεριανό γεύμα, αλλά μάλλον να περάσει σε μία κατάσταση βαθιάς χαλάρωσης χωρίς στην πραγματικότητα να χάσει τη συνειδητότητά του.

Με τον τρόπο αυτό, σηκώνεται κανείς τέλεια αναζωογονημένος και δεν αισθάνεται εκείνο το βαρύ, νωθρό συναίσθημα που έχει μετά από το μεσημεριανό ύπνο.<sup>16</sup>

### 3.2 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Οι διατροφικές ανάγκες του άνδρα και της γυναίκας διαφέρουν αυτή την περίοδο. Οι ανάγκες της γυναίκας, εκτός από τις αυξημένες ποσότητες σε σίδηρο, λόγω του καταμήνιου κύκλου της, είναι μικρότερες από εκείνες του άνδρα τόσο σε πρωτεΐνες και βιταμίνες, όσο και οι ενεργειακές της. Ο άνδρας παρομοιάζεται με υψηλόστροφο κινητήρα αυξημένου αριθμού οκτανίων, πολύ μεγάλης απόδοσης, λόγω του περισσότερο αναπτυγμένου μυϊκού του συστήματος. Έτσι, για το ίδιο βάρος του με τη γυναίκα, έχει βασικό μεταβολισμό κατά 10% υψηλότερο, που τον καλύπτει με περισσότερη τροφή. Η γυναίκα χρειάζεται ολιγότερη πρόσληψη ενέργειας, γιατί ο οργανισμός της εργάζεται σε χαμηλότερες στροφές, αλλά με περισσότερο παρατεταμένη παροχή έργου. Οι μέσες ενεργειακές ανάγκες της γυναίκας είναι 9,2MJ/ημέρα που σε μεγαλόσωμες και πολύ ενεργητικές γυναίκες υπερβαίνουν τα 10,5 MJ. Ο άνδρας ακόμη και για καθιστική εργασία χρειάζεται 11,1MJ/ημέρα, που σε πολύ ενεργητικούς άνδρες υπερβαίνουν τα 15MJ/ημέρα.<sup>1</sup>

#### Υπολογισμός των διατροφικών αναγκών

Η εκτίμηση του βαθμού πλημμελούς διατροφής ενός ατόμου, καθώς και του φυσιολογικού του stress μέσω της διερεύνησης της διατροφής παρέχει τη δυνατότητα να υπολογίσει κανείς τις ανάγκες του ατόμου σε θρεπτικά συστατικά.

#### Θερμιδικές ανάγκες

Η ενεργειακή κατανάλωση ή οι θερμιδικές ανάγκες μπορούν να υπολογιστούν με έμμεση θερμιδομετρία. Η τεχνική αυτή όμως, δεν προσφέρεται σε όλες τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο υπολογισμός των θερμιδικών αναγκών μπορεί επίσης να γίνει με τη χρήση ορισμένων εξισώσεων. Μία τέτοια μέθοδος υπολογισμού των αναγκών είναι η ακόλουθη:

1. Πρώτα υπολογίζεται η βασική κατανάλωση ενέργειας (Basal Energy Expenditure, BEE). Η BEE περιλαμβάνει την ενέργεια που απαιτείται για βασικές ζωτικές ανάγκες όπως η αναπνοή, η καρδιακή λειτουργία και η διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος.

$$\text{Γυναίκες: BEE} = 655 + (9,6 * B) + (1,7 * Y) - (4,7 * H)$$

$$\text{Άνδρες : BEE} = 66 + (13,7 * B) + (5 * Y) - (6,8 * H)$$

$$B = \text{Βάρος σε Kg, Y} = \text{Ύψος σε cm, H} = \text{Ηλικία σε έτη}$$

2. Αφού υπολογιστεί η ΒΕΕ μπορεί κανείς να βρει τις καθημερινές ενεργειακές ανάγκες ενός υγιούς ατόμου πολλαπλασιάζοντας αυτή (ΒΕΕ) με έναν παράγοντα φυσικής δραστηριότητας:

Είδος φυσικής δραστηριότητας	Ποσοστό αύξησης αναγκών σε Kcal (%)	Πολλαπλασιάστε ΒΕΕ επί:
Κληνήρης ανάπαυση	20	1,2
Ελαφριά άσκηση	30	1,3
Μέτρια άσκηση	40	1,4
Εντατική άσκηση	50 ή περισσότερο	1,5 ή περισσότερο

### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές μας ανάγκες είναι:

- 1) **Κληρονομικές επιρροές** κάνουν το σώμα και το νου δυνατό σε μερικές περιοχές και αδύναμο σε άλλες. Για παράδειγμα, μερικοί μπορεί να έχουν γερό πεπτικό σύστημα και να είναι ικανοί να ανέχονται όλους τους τύπους δύσκολων συνδυασμών. Άλλοι μπορεί να έχουν ευαίσθητη πέψη και θα πρέπει επομένως να προσέχουν πολύ τι τρώνε και πως συνδυάζουν τις τροφές για να αποφεύγουν τα προβλήματα.
- 2) **Ανάλογα με την ηλικία** του ατόμου, θα χρειαστούν διαφορετικές ποσότητες από τα διάφορα τρόφιμα. Τα παιδιά χρειάζονται περισσότερο γάλα, ασβέστιο και πρωτεΐνες, ενώ οι ενήλικοι χρειάζονται πολύ λιγότερα. Σώματα που βρίσκονται στην ανάπτυξη τους χρειάζονται περισσότερη τροφή από αυτά που ήδη έχουν τελειώς αναπτυχθεί.
- 3) **Το φύλο** επίσης του ατόμου είναι ένας άλλος παράγοντας. Οι γυναίκες π.χ. χρειάζονται περισσότερο σίδηρο, ιδίως κατά τους μήνες της εγκυμοσύνης.
- 4) Ακόμη **η γεωγραφική περιοχή** όπου ζει κανείς πρέπει να ληφθεί υπόψη. Κάθε περιβάλλον εφοδιάζει με τις θρεπτικές ουσίες που είναι απαραίτητες για μία υγιεινή ζωή σ' εκείνη την περιοχή. Για παράδειγμα, οι Εσκιμώοι δεν χρειάζονται να τρώνε φρούτα, κι εκείνοι που ζούνε στους τροπικούς δεν θα μπορούσαν να ανεχτούν το γάλα εύκολα.
- 5) Οι κατάλληλες τροφές θα ποικίλλουν **ανάλογα με την εποχή**. Η φύση εφοδιάζει τον άνθρωπο κάθε εποχή με ό,τι είναι κατάλληλο. Τα πορτοκάλια είναι για να τρώγονται το χειμώνα, που ωριμάζουν. Το καρπούζι είναι για το

καλοκαίρι. Τα λαχανικά και τα φρούτα δεν θα πρέπει να συντηρούνται ή να μεταφέρονται από μακρινές χώρες και να τρώγονται εκτός εποχής. Το χειμώνα είναι απαραίτητα περισσότερα δημητριακά, γαλακτερά και τροφές που δίνουν θερμότητα, ενώ το καλοκαίρι χρειαζόμαστε περισσότερα φρούτα και λαχανικά.

- 6) Κάθε **επαγγελματική δραστηριότητα** απαιτεί διαφορετικές ανάγκες διατροφής. Ένας σκληρά εργαζόμενος χειρώνακτας θα χρειαστεί τροφές που δίνουν πολλές θερμίδες, όπως δημητριακά, φασόλια και ίσως λίγο ψάρι, κρέας ή κοτόπουλο. Ακόμη αν η δουλειά που κάνει το άτομο απαιτεί μια συμπεριφορά επιθετική, όπως όταν κανείς πολεμάει, θα χρειαστεί περισσότερο κρέας. Εκείνοι που ζουν μία καθιστική ζωή εργαζόμενοι σ' ένα γραφείο, χωρίς πολλή σωματική άσκηση, θ' αρρώστιασαν και θα πάχαιναν αν ακολουθούσαν την ίδια διαίτα μ' έναν πολεμιστή. Αυτοί, χρειάζονται μία ελαφρότερη διαίτα, σε ποιότητα και σε ποσότητα.
- 7) **Το είδος του χαρακτήρα και η συμπεριφορά** ενός ατόμου θα υπαγορεύσει τον τύπο της διαίτας που θα 'ναι καλύτερη γι' αυτόν. Εκείνοι που έχουν μία φιλόδοξη κι επιθετική φύση θα χρειαστούν περισσότερο κρέας και μπαχαρικά για να εκπληρώσουν τις ανάγκες που δημιουργούνται από τον τρόπο ζωής που κάνουν. Εκείνοι που έχουν ένα χαρακτήρα οκνηρό, καταθλιπτικό κι αρνητικό θα προτιμήσουν πολυκαιρισμένες, συντηρημένες κι επεξεργασμένες τροφές με πολλή ζάχαρη. Εκείνοι που ενδιαφέρονται για υγεία, αυτοβελτίωση και πνευματική τελείωση θα προτιμήσουν φυσικά πλήρεις τροφές φρέσκες τροφές.<sup>16</sup>

Για τους άνδρες ηλικίας μέχρι 40 ετών ο μέσος ημερήσιος αριθμός θερμίδων θα πρέπει να είναι περίπου 2700 (αν η δουλειά είναι καθιστική) ή περίπου 3200 (αν η δουλειά είναι χειρονακτική). Για τις γυναίκες ανάλογης ηλικίας και σωματικής δραστηριότητας, ο μέσος ημερήσιος αριθμός θερμίδων θα πρέπει να είναι περίπου 2000 ή 2400 θερμίδες αντίστοιχα. Όταν η σωματική διάπλαση είναι μεγαλύτερη, οι ενεργειακές απαιτήσεις είναι επίσης μεγαλύτερες. Αντίθετα, όσο προχωρεί η ηλικία, τόσο μειώνονται οι ενεργειακές απαιτήσεις (κατά 5%-10% σε κάθε δεκαετία).

Από το σύνολο των ενεργειακών απαιτήσεων τα 50-55% πρέπει να προέρχονται από υδατάνθρακες και μάλιστα σύνθετους (δημητριακά, όσπρια, αμυλώδεις τροφές). Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο από εκείνο που καταναλίσκεται σήμερα από ορισμένα τμήματα του αστικού πληθυσμού. Οι σύνθετοι υδατάνθρακες θα πρέπει να

προέρχονται από τροφές που περιέχουν αρκετές φυτικές ίνες. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν σήμερα ότι τροφές με μεγάλη περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες και γενικότερα τροφές με μεγάλο άπεπτο στέρεο υπόλειμμα στα κόπρανα προστατεύουν από ορισμένα νοσήματα του παχέος εντέρου, όπως η εκκολπωμάτωση και ο καρκίνος. Μ' αυτήν την έννοια τρόφιμα που είναι λιγότερο επεξεργασμένα (π.χ. πιτυρούχο μαύρο ψωμί) είναι υγιεινότερα από τα τρόφιμα που είναι περισσότερο επεξεργασμένα (π.χ. το άσπρο ψωμί).

Η κατανάλωση της ζάχαρης θα πρέπει να μην υπερβαίνει το 10% του συνόλου των ενεργειακών αναγκών. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να περιοριστούν τα διάφορα αναψυκτικά που περιέχουν « άδειες θερμίδες », δηλαδή μόνο ζάχαρη, χωρίς άλλα συστατικά με ουσιαστική θρεπτική αξία.

Η κατανάλωση των λιπιδίων θα πρέπει να περιοριστεί, ώστε να μην ξεπερνάει το 30% του συνόλου των ενεργειακών αναγκών. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι τα λιπίδια αποτελούν την πιο συμπυκνωμένη πηγή ενέργειας (9 θερμίδες κατά γραμμάριο, σε σύγκριση με τις 4 θερμίδες κατά γραμμάριο που παρέχουν οι υδατάνθρακες και οι πρωτεΐνες).

Τα κορεσμένα λίπη δεν θα πρέπει να ξεπερνούν το 1/3 του συνόλου των λιπών που καταναλίσκονται. Τα ακόρεστα λίπη θα πρέπει να καλύπτουν τα υπόλοιπα 2/3, με ισόμετρη κατανομή σε μονο-ακόρεστα και πολυ-ακόρεστα. Η χοληστερίνη που προέρχεται από την τροφή θα πρέπει να μην ξεπερνάει τα 300 χιλιοστά του γραμμαρίου την ημέρα.

Το αλάτι θα πρέπει να περιοριστεί σε 3 γραμμάρια την ημέρα το πολύ. Αυτό σημαίνει περιορισμό του αλατιού κατά τα 2/3 και περισσότερο, γιατί φαίνεται ότι η ημερήσια πρόσληψη ξεπερνάει τα 10 γραμμάρια.

Η πρόσληψη βιταμινών με μορφή φαρμακευτικών συσκευασμάτων δεν είναι αναγκαία στην Ελλάδα παρά μόνο σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις. Τα τρόφιμα περιέχουν συνήθως αρκετές ποσότητες βιταμινών και μια ισορροπημένη διατροφή εξασφαλίζει τις αναγκαίες ποσότητες.

Η χρησιμοποίηση, τέλος, χημικών προσθέτων αποτελεί πρόβλημα αλλά και δεδομένο για την εποχή μας. Είναι πιθανό ότι το σύνολό τους είναι λιγότερο επικίνδυνα απ' ό,τι πιστεύεται από το ευρύ κοινό. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι μερικά από αυτά είναι αρκετά χρήσιμα (όπως οι ουσίες που εμποδίζουν το μούχλιασμα κ.α.). Μερικοί ερευνητές κατατάσσουν τον καφέ στα χημικά πρόσθετα και πιστεύουν ότι συμ-

Οι επιπτώσεις του επαγγέλματος στη διατροφή του νοσηλευτικού προσωπικού

βάλλει στην αιτιολογία ορισμένων νοσημάτων, αυτό, πάντως, δεν έχει ακόμα επιβεβαιωθεί.<sup>6</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

#### 4.1 ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Παχυσαρκία είναι κάθε αύξηση του βάρους του σώματος, που υπερβαίνει κατά το 15% περίπου το θεωρητικό βάρος, λόγω αυξησεως των αποθεμάτων λίπους.<sup>3</sup> Θεωρείται το πιο αρχαίο μεταβολικό νόσημα και είναι γνωστό ότι στα προϊστορικά χρόνια υπήρχε θεά της παχυσαρκίας, ενώ τα χρόνια της αναγέννησης αποτελούν το καλλιτεχνικό πρότυπο πολλών καλλιτεχνών.

Ως φυσιολογικό βάρος (κανονικό βάρος) εννοούμε τον αριθμό των κιλών που προέρχονται από την αφαίρεση του 100 από το ύψος του ανθρώπου σε εκατοστά. Τα παιδιά και μέχρι 18 ετών, έχουν μία ελαφρώς διαφορετική αναλογία, η οποία έχει σχέση με την ηλικία, το φύλο και το ύψος.

Ιδεώδες βάρος θεωρούμε το κανονικό βάρος, μείον 10% για τους άνδρες και μείον 15% για τις γυναίκες. Έτσι π.χ. εάν έχουμε έναν άνδρα ύψους 1.77 το κανονικό του βάρος θα είναι  $177-100=77$  κιλά και το ιδανικό του  $77-10\%(7,7 \text{ κιλά})=69,3$  κιλά. Ο πίνακας 8 καθορίζει το φυσιολογικό και το υπερβάλλον βάρος αναλόγως με το ύψος σε άτομα ηλικίας 20-65 ετών.<sup>17</sup>

#### **Αιτιολογία Παχυσαρκίας**

Η κύρια αιτία της παχυσαρκίας είναι η αυξημένη λήψη τροφών και η ελαττωμένη σωματική δραστηριότητα. Στην πραγματικότητα οι δύο μηχανισμοί βρίσκονται σχεδόν πάντοτε σε συνδυασμό. Πιθανόν η ελάττωση της σωματικής δραστηριότητας να έχει μεγαλύτερη σημασία από την αύξηση της συνολικής λήψης θερμίδων. Έτσι σήμερα είναι γνωστό ότι το 90-95% των περιπτώσεων παχυσαρκίας οφείλεται σε πολυφαγία και έλλειψη άσκησης και μόνο 5-10% έχουν σαν αίτια κάποια πάθηση.<sup>17</sup>

Η τεχνολογική εξέλιξη των ημερών μας έχει δώσει τη δυνατότητα να απολαμβάνουμε ένα μεγάλο εύρος εδεσμάτων, πιο γευστικών, πιο ελκυστικών, αλλά και πιο λιπαρών, καθώς και απεριόριστες ευκαιρίες απόλαυσής τους. Στις διαιτητικές προτιμήσεις των παχύσαρκων ανδρών κυριαρχούν τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος και πρωτεΐνη π.χ. κρέας, ενώ των παχύσαρκων γυναικών, οι τροφές με μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπος και υδατάνθρακες, π.χ. σοκολάτα, μπισκότα κ.λ.π. Γενικά οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι λιπαρές τροφές είναι πιο εύγεστες, πιο ευχάριστες και πιο χρήσιμες για την επιβίωση και βέβαια δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι πολλοί άνθρωποι τρώνε με μοναδικό σκοπό να απολαύσουν το ηδονικό συναίσθημα της διέγερσης της

γεύσης. Τρόφιμα πλούσια σε μεγαλομοριακούς υδατάνθρακες χρειάζονται πολύ περισσότερο χρόνο για να μασηθούν απ' ό τι οι λιπαρές τροφές. Έτσι, η ταχεία πρόσληψη των λιπαρών τροφών οδηγεί εύκολα σε υπερφαγία.<sup>18</sup>

Ο οργανισμός σε μία προσπάθεια να έχει αποθέματα ενέργειας, για περιόδους που πιθανόν να βρίσκεται με λιγοστή διατροφή, έχει προγραμματισθεί έτσι ώστε να μπορεί να αποθηκεύει ενέργεια. Οι μορφές με την οποία εναποθηκεύεται η ενέργεια είναι δύο. Η μία, η μικρότερη σε αναλογία, είναι το γλυκογόνο και αποθηκεύεται στο ήπαρ και τους μυς, και η δεύτερη, που είναι η μεγαλύτερη και η κύρια μορφή, είναι το λίπος. Το λίπος είναι το κύριο περιεχόμενο της παχυσαρκίας και σκοπός του είναι να προσφέρει ενέργεια σε περιόδους λιγοστής πρόσληψης τροφής. Έτσι είναι γνωστό ότι ένας μέσου βάρους υγιής άνθρωπος, μπορεί να ζήσει χωρίς τροφή για 30-40 μέρες, μόνο με νερό. Το γεγονός αναφέρεται στην Καινή Διαθήκη για τον Ι. Χριστό πριν από την έναρξη της διδασκαλίας του, αλλά επιβεβαιώνεται και σήμερα σ' αυτούς που κάνουν απεργία πείνας.

Το λίπος αποθηκεύεται στα ανθρώπινα λιποκύτταρα (ένα είδος κυττάρων του σώματός μας), τα οποία και χαρακτηρίζονται «λιποαποθήκες», το λίπος στα λιποκύτταρα βρίσκεται σε μορφή σταγόνας.

Η συνολική έκταση του εναποθηκευμένου λίπους (δηλαδή της παχυσαρκίας) εξαρτάται από τον αριθμό των λιποκυττάρων, κυρίως όμως από το μέγεθος της λιποσταγόνας, δηλαδή από την ποσότητα του λίπους που έχει μέσα του κάθε κύτταρο. Ο αριθμός των λιποκυττάρων μπορεί να αυξηθεί στην διάρκεια των παιδικών χρόνων και για το λόγο αυτό πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί με το βάρος ώστε, εάν είναι αυξημένο, να το ελαττώσουμε έγκαιρα με ρύθμιση της διατροφής και άσκηση. Η αντίληψη ότι αυτό που είναι πάχος στο παιδί θα γίνει ύψος είναι λάθος. Συνήθως τα παχύσαρκα παιδιά γίνονται παχύσαρκοι ενήλικες.<sup>17</sup>

Η κληρονομικότητα : γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Μελέτες δείχνουν ότι το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία τείνουν να υπάρξουν ως ένα οικογενειακό ζήτημα. Ο Mayer βρήκε ότι 8-9% παιδιών με γονείς φυσιολογικού βάρους γίνονται παχύσαρκοι. Όταν ο ένας γονέας είναι παχύσαρκος η πιθανότητα του παιδιού να γίνει παχύσαρκο είναι 40%, αυτό το ποσοστό ανεβαίνει στο 80% όταν οι 2 γονείς είναι παχύσαρκοι. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι πανομοιότυπα δίδυμα που έχουν ανατραφεί στο ίδιο περιβάλλον έχουν λιγότερη διαφορά στο βάρος από ότι τα διζυγωτικά δίδυμα, και το βάρος των υιοθετημένων παιδιών δεν συσχετίζεται με το βάρος των γονιών που τα έχουν υιοθετήσει.<sup>19</sup>



Το περιβάλλον: Περιβαλλοντικές επιδράσεις (π.χ. χρήση φαγητού ως βραβείου, η στέρηση του γλυκού εάν δεν αδειάσει το πιάτο) βοηθούν στην απόκτηση συνηθειών που οδηγούν στην παχυσαρκία.

Η ψυχολογία: Πολυφαγία μπορεί να εκδηλωθεί ως αντίδραση στη μοναξιά, στο πένθος ή στην κατάθλιψη. Μπορεί να είναι αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα όπως οι διαφημίσεις τροφών ή στο γεγονός ότι είναι ώρα φαγητού.

Η φυσιολογία: Η κατανάλωση ενέργειας ελαττώνεται με την ηλικία και ως αποτέλεσμα το βάρος του σώματος αυξάνεται κατά τη μέση ηλικία. Σε μερικές περιπτώσεις ενδοκρινικές ανωμαλίες, όπως ο υποθυρεοειδισμός, είναι υπεύθυνες για την παχυσαρκία.<sup>13</sup>

### **Μορφές Παχυσαρκίας**

Με βάση τα λιποκύτταρα διακρίνουμε δύο μορφές παχυσαρκίας:

- 1) Την Υπερπλαστική Παχυσαρκία στην οποία έχουμε αυξημένο αριθμό λιποκυττάρων και
- 2) Την Υπερτροφική Παχυσαρκία κατά την οποία έχουμε αυξημένο μέγεθος λιποκυττάρων.

Ανάμεσα στις δύο μορφές υπάρχουν ενδιάμεσες, στις οποίες συμμετέχουν και οι δύο με διαφορετικό ποσοστό συμμετοχής. Το λίπος που βρίσκεται μέσα στα λιποκύτταρα, μεταβάλλεται συνέχεια. Έτσι όταν αυξάνει η λιποσταγόνα, τότε λέμε ότι έχουμε λιπογένεση (δηλαδή παραγωγή λίπους), ενώ, όταν ελαττώνεται η λιποσταγόνα, έχουμε λιπόλυση (δηλαδή χρησιμοποίηση του λίπους ή καύση).

Στην λιπογένεση έχουμε περίσσειμα θερμίδων, από αυξημένη διατροφή, και μετατροπή των επιπλέον θερμίδων σε λίπος και εναποθήκευση στα λιποκύτταρα του οργανισμού, με αποτέλεσμα την παχυσαρκία. Εκτός όμως από την αυξημένη διατροφή, μπορεί να συμμετέχουν διάφορες ορμόνες (όπως π.χ. η ινσουλίνη) και ο εγκέφαλος.

Στην λιπόλυση, λόγω ελαττωμένης διατροφής, ο οργανισμός χρησιμοποιεί το λίπος των λιποκυττάρων για να κάνει τις απαραίτητες καύσεις, με αποτέλεσμα το αδυνάτισμα. Η λιπόλυση επηρεάζεται και από διάφορες ουσίες του οργανισμού τις ορμόνες (π.χ. Θυροξίνη, Αδρεναλίνη κ.λ.π.), οι οποίες επίσης προκαλούν λιπόλυση και αδυνάτισμα. Αυτός ο τρόπος αδυνατίσματος δεν πρέπει να χρησιμοποιείται, διότι είναι επικίνδυνος τρόπος επειδή μπορεί να έχουμε βλάβες σε διάφορα όργανα του σώματός μας.

Στον οργανισμό γίνεται συνέχεια καύση διαφόρων ουσιών. Για να διατηρηθούν στη ζωή τα κύτταρα, η καύση των ουσιών αυτών προσφέρει ενέργεια, η οποία εκ-

φράζεται σε θερμίδες. Οι απαραίτητες θερμίδες είναι διαφορετικές για κάθε άνθρωπο και για κάθε φάση της ζωής του. Οι θερμίδες αυτές προσλαμβάνονται με την καθημερινή τροφή του ανθρώπου.

Η ποσότητα θερμίδων που απαιτείται ώστε να διατηρείται ο άνθρωπος στα ίδια επίπεδα βάρους, έχει σχέση με την ηλικία, το ύψος, το φύλο και την καθημερινή του δραστηριότητα. Οι ανάγκες στα παιδιά είναι αναλογικά λίγο περισσότερες από τους ενήλικες, στους ηλικιωμένους είναι ελαφρώς λιγότερες. Εάν οι θερμίδες είναι περισσότερες από αυτές που πρέπει (όπως στο παράδειγμα που προηγείται), τότε έχουμε θετικό ισοζύγιο και δημιουργείται η παχυσαρκία με εναπόθεση λίπους στις λιπαροθήκες. Τα άλλα είδη (υδατάνθρακες και λευκώματα) είναι δυνατόν να μετατραπούν σε λίπος και να αποθηκευτούν στα λιπώδη κύτταρα, προκαλώντας έτσι παχυσαρκία.

Εάν οι θερμίδες είναι λιγότερες από αυτές που πρέπει, τότε έχουμε το αδυνάτισμα. Πολλές φορές ψυχολογικά αίτια μας οδηγούν σε βουλιμία (λαιμαργία) ακόμα και μετά τη λήψη κανονικής μορφής.

#### **Συχνότητα της παχυσαρκίας (επιπολασμός) στον πληθυσμό**

Η συχνότητα με την οποία ανευρίσκεται η παχυσαρκία στους διάφορους λαούς είναι διαφορετική, και έχει σχέση με το βιοτικό επίπεδο και την ενημέρωση του πληθυσμού, για τα προβλήματα που προέρχονται απ' αυτήν. Πέρα απ' αυτό όμως και παράγοντες κουλτούρας επηρεάζουν το βάρος των ανθρώπων (π.χ. ο Μεσαίωνας είχε μία περίοδο όπου οι παχουλές κυρίες ήταν της μόδας).

Έτσι έρευνες που έγιναν στη Γερμανία προ 15 ετών περίπου, έδειχναν ότι το 47% των ανδρών και το 55% των γυναικών, πάνω από 35 ετών, ήταν παχύσαρκοι, ενώ πρόσφατες έρευνες ανεβάζουν την παχυσαρκία στο 31%. Σε πρόσφατη έρευνα (το 1992) στις ΗΠΑ, βρέθηκε υπερβολικό βάρος (παχυσαρκία) στο 22% του πληθυσμού, ενώ παλαιότερες έρευνες έδειχναν 35%. Επίσης άλλες έρευνες, έδειξαν ότι οι λιγότερο μορφωμένοι άνθρωποι είναι παχύσαρκοι σε μεγαλύτερη αναλογία απ' ότι οι περισσότερο μορφωμένοι.

Μία πρόσφατη έρευνα σε παιδιά του Βερολίνου, έδειξε ότι αυτά ήταν παχύσαρκα σε ποσοστά 11%, ενώ αντίστοιχες μελέτες στην Αγγλία έδειξαν 10% παχύσαρκα παιδιά. Στην Ελλάδα οι παιδίατροι εκτιμούν ότι η παχυσαρκία είναι σε συχνότητα περίπου 17%.<sup>17</sup>

## Θεραπεία της παχυσαρκίας

### Αντιμετώπιση και Διατροφική Φροντίδα

Οι στόχοι της παρέμβασης είναι: α) να ελαττωθεί το λίπος του σώματος ώστε να επιτευχθεί ένα βάρος κοντά στο 20% του ιδανικού, β) να αναπτυχθούν πιο υγιεινές συνήθειες διατροφής, γ) να προληφθεί απώλεια μυϊκής μάζας (<BM) κατά την ελάττωση του σωματικού βάρους, και δ) να διατηρηθεί το μειωμένο βάρος του σώματος.

### Ισορροπημένες δίαιτες χαμηλών θερμίδων

Οι ισορροπημένες δίαιτες χαμηλών θερμίδων (>800kcal/ημέρα) είναι η καλύτερη επιλογή για άτομα που είναι λιγότερο από 30% υπέρβαρα. Αυτές οι δίαιτες όταν αποτελούνται από κοινά τρόφιμα επιλεγμένα από όλες τις ομάδες τροφών είναι συνήθως επαρκείς σε όλα (ή σχεδόν σε όλα) τα θρεπτικά συστατικά.

Η Πυραμίδα Οδηγιών Διατροφής ή οι Λίστες Ανταλλαγής για Σχεδιασμό Γευμάτων μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη σχεδίαση μιας ισορροπημένης διαίτας χαμηλών θερμίδων.

Οι δίαιτες που είναι χαμηλές σε λιπαρά και πλούσιες σε υδατάνθρακες είναι συνήθως οι πλέον αποτελεσματικές. Οι υδατάνθρακες διαθέτουν λιγότερες από τις μισές θερμίδες σε σχέση με τα λίπη (4 kcal/g έναντι 9 kcal/g) και ο μεταβολισμός τους προκαλεί μεγαλύτερο «θερμικό φαινόμενο» ή απώλεια θερμότητας (και άρα απώλεια θερμίδων) σε σχέση με τα λίπη. Επίσης, οι σύνθετοι υδατάνθρακες (άμυλο και φυτικές ίνες) είναι ογκώδεις και βοηθούν ώστε να νοιώθει κανείς χορτάτος και πλήρης, σε σχέση με λιγότερο ογκώδεις τροφές.<sup>13</sup>

Στις απαιτήσεις των καιρών για μείωση της κατανάλωσης του λίπους ήρθε αρωγός η τεχνολογία, προσφέροντας στους καταναλωτές πληθώρα χωρίς λίπος ή χαμηλής περιεκτικότητας λίπους, συνήθως, διατροφικών παρασκευασμάτων. Για να επιτευχθούν όμως τα ίδια οργανοληπτικά χαρακτηριστικά αυτών των τροφών εμπλουτίζονται κατά την παρασκευή τους με υποκατάστατα λίπους. Τα υποκατάστατα λίπους κατασκευάζονται από υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπος ή και από το συνδυασμό αυτών. Οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν ότι η χρήση αυτών των παρασκευασμάτων μειώνει την πρόσληψη λίπους και επομένως την ενεργειακή πρόσληψη σε άτομα φυσιολογικού βάρους, σε παχύσαρκα, αλλά και σε διαβητικά άτομα. Όμως, τα άτομα που καταναλώνουν τέτοια τρόφιμα τρώνε μεγαλύτερες ποσότητες αυτών των τροφίμων, αυξάνουν ελαφρώς την πρόσληψη υδατανθράκων και έτσι δεν επιτυγχάνεται η αναμενόμενη μείωση της ενεργειακής πρόσληψης.<sup>18</sup>

### Δίαιτες πολύ χαμηλών θερμίδων

Πολύ χαμηλών θερμίδων δίαιτες (VLCDs) είναι εκείνες που παρέχουν 400-800Kcal/ημέρα και πρέπει να ακολουθούνται μόνο κάτω από ιατρική παρακολούθηση. Υπάρχουν ειδικά διαιτητικά σκευάσματα (συνήθως αρωματικά αφεψήματα), τα οποία προσφέρουν τις θερμίδες κυρίως υπό μορφή πρωτεϊνών υψηλής ποιότητας. Αυτό ονομάζεται συνήθως τροποποιημένη, υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες, παρατεταμένη δίαιτα. Στο συνηθισμένο πρωτόκολλο ακολουθείται η VLCD για 12-16 εβδομάδες και στη συνέχεια γίνεται μία σταδιακή επαναπρόσληψη κανονικής τροφής για ένα διάστημα 3 εβδομάδων ή περισσότερο. Κατά τη διάρκεια της VLCD συμβαίνουν απώλειες του ύψους των 1,5 –2,3kg (3,3-5,1lb) ανά εβδομάδα, με το μέγιστο αυτών συνήθως στους άνδρες. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να γίνεται λήψη τουλάχιστον 2 L/ημέρα μη θερμιδικών υγρών για να αποφευχθεί πιθανή αφυδάτωση.

Αυτού του είδους οι δίαιτες συνήθως εφαρμόζονται σε άτομα που είναι τουλάχιστον κατά 30% υπέρβαρα. Είναι έτσι σχεδιασμένες, ώστε να διατηρούν το LBM, πλην όμως υπάρχουν πάντα κάποιες απώλειες αυτού κατά τη διάρκεια της εφαρμογής τους. Τα σοβαρά παχύσαρκα άτομα όχι μόνο διαθέτουν περίσσεια σωματικού λίπους, αλλά έχουν επίσης και μεγαλύτερο LBM, με αποτέλεσμα να ανέχονται ευκολότερα μεγάλες θερμιδικές περικοπές, σε σχέση με τα λιγότερο υπέρβαρα άτομα.

Μία VLCD θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο μετά από λεπτομερείς ιατρικές εξετάσεις και οι υποβαλλόμενοι θα πρέπει να ελέγχουν τους ηλεκτρολύτες του ορού τους τακτικά και να εξετάζονται συχνά από τον ιατρό τους. Μη ελεγχόμενη δίαιτα μπορεί να οδηγήσει σε αφυδάτωση, απώλεια ηλεκτρολυτικής ισορροπίας, αύξηση ουρικού οξέος, καταβολή, ζαλάδες και πονοκεφάλους. Σε χρόνια βάση υπάρχει κίνδυνος για καρδιακά προβλήματα, καθώς και άτακτη διατροφή αμέσως μετά το τέλος της εντατικής δίαιτας.

Οι συμβουλές από ειδικούς και η αλλαγή της συμπεριφοράς είναι απαραίτητα στοιχεία, καθότι το 1/2-2/3 του χαμένου βάρους επαναπροστίθεται γρήγορα χωρίς αυτά. Η αλλαγή του τρόπου ζωής μπορεί να μειώσει την ποσότητα του επαναπροστιθέμενου βάρους σε περίπου ένα τρίτο του χαμένου.

### Τα μειονεκτήματα της χημικής δίαιτας

Οι δίαιτες που υπόσχονται γρήγορη μείωση βάρους είναι δημοφιλείς. Δυστυχώς, αυτές οι δίαιτες είναι συνήθως ακατάλληλες για έναν ή περισσότερους από τους εξής λόγους: α) είναι ανεπαρκείς σε θρεπτικές ουσίες, β) απαιτούν ακριβά φαγητά ή χρονοβόρες προετοιμασίες φαγητών, γ) είναι ιατρικά επισφαλείς, δ) δεν βοηθούν το ά-

τομο ν' αλλάξει διατροφικές συνήθειες και έτσι το χαμένο βάρος συνήθως επαναποκτάται, ε) πολύ από το χαμένο βάρος είναι κυρίως υγρά ή LBM παρά λίπος.

#### Δείκτες επιτυχίας

Θεωρητικά ο τελικός στόχος της θεραπείας για το υπέρβαρο και την παχυσαρκία είναι η ρύθμιση του σωματικού βάρους και η διατήρηση σ' ένα επιθυμητό επίπεδο. Στην πραγματικότητα αυτό δεν συμβαίνει πολύ συχνά.

Η επιτυχία του συγκεκριμένου θεραπευτικού προγράμματος μπορεί να ερμηνευθεί με τέσσερις τρόπους:

1. Η διατήρηση του βάρους σε κανονικό επίπεδο μπορεί περιστασιακά να είναι το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας της παχυσαρκίας.
2. Η διατήρηση της απώλειας βάρους, ιδιαίτερα σ' ένα βάρος - στόχο, μπορεί να είναι ένα πολύ αποδεκτό αποτέλεσμα. Τέτοια απώλεια βάρους θα επηρεάσει τους σχετικούς με την παχυσαρκία παράγοντες κινδύνου ευνοϊκά, ακόμα κι αν το σωματικό βάρος δεν θα είναι καθόλου κανονικό. Μία απώλεια βάρους της τάξεως των 5-10 κιλών θα μειώσει σημαντικά την αυξημένη πίεση του αίματος στα 2/3 περίπου των υπέρβαρων ανδρών.
3. Μικρή απώλεια βάρους, αλλά αυξημένη ικανότητα αντιμετώπισης μπορεί να θεωρηθεί ως ένα αξιόλογο αποτέλεσμα. Μία προφανής μέση αλλαγή βάρους μπορεί να κρύβει το γεγονός ότι ο λιπώδης ιστός έχει χαθεί και κερδήθηκε μυϊκή μάζα, ως αποτέλεσμα της αυξημένης φυσικής δραστηριότητας που επίσης θα επηρεάσει ευνοϊκά το μεταβολισμό υδατανθράκων και λιπιδίων. Ένα αμετάβλητο σωματικό βάρος μπορεί επίσης να είναι το τελικό αποτέλεσμα των προσπαθειών απώλειας βάρους, από την ώρα που ο ασθενής έχει μάθει να δέχεται την κατάστασή του και αποφασίζει να μην επιχειρήσει περαιτέρω απώλεια βάρους, για να αποφύγει τους κινδύνους που συνδέονται με το επαναπροσλαμβανόμενο βάρος.
4. Η διατήρηση σωματικού βάρους σ' ένα επίπεδο παχυσαρκίας μπορεί παραδόξως ακόμη και να αντιπροσωπεύει μία επιτυχία. Η πρόσληψη σωματικού βάρους σε συνδυασμό με την ηλικία, και ιδιαίτερα σε γυναίκες, υποδηλώνει αύξηση του δείκτη σωματικής μάζας με την ηλικία. Ένα πρόγραμμα μείωσης βάρους, του οποίου το αποτέλεσμα θα είναι η συγκράτηση σταθερού σωματικού βάρους στις επόμενες δεκαετίες, μπορεί έτσι να αντιπροσωπεύει το βέβαιο βαθμό της επιτυχίας.<sup>20</sup>

### Γυμναστική

Η κατανάλωση ενέργειας κατά τη διάρκεια συνηθισμένων ασκήσεων περιγράφεται στον πίνακα 6-1.

- α Δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν σημαντικές κινήσεις μεγάλων μυών έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια λίπους, ενώ συγχρόνως διατηρείται η LBM.
- α Για καλύτερα αποτελέσματα, το άτομο θα πρέπει να ασκείται τουλάχιστον 3 ημέρες την εβδομάδα, καταναλώνοντας τουλάχιστον 300 Kcal κάθε φορά ( ή 4 ημέρες την εβδομάδα, καταναλώνοντας 200 Kcal κάθε φορά).

### Φάρμακα

Αυτά τα προϊόντα δεν χρησιμοποιούνται μόνα τους, αλλά σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους (δίαιτες χαμηλών θερμίδων, προγράμματα γυμναστικής, αλλαγή συμπεριφοράς) για την επίτευξη αδυνατίσματος.

Αναστολείς της όρεξης, όπως η φαινφλουραμίνη συνταγογραφούνται μερικές φορές ως βοηθητικά στοιχεία σε προγράμματα αδυνατίσματος. Νεότερα σκευάσματα αποτελούν η δεξφαινφλουραμίνη και η σιμπουτραμίνη. Μερικές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αδυνατίσματος περιλαμβάνουν τον τρόμο, τις διαταραχές του ύπνου και την ευερεθιστικότητα, αλλά μερικές αναφορές δείχνουν ότι η δεξφαινφλουραμίνη παρουσιάζει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από μερικά παλαιότερα προϊόντα.

### Χειρουργική Θεραπεία

Η κυριότερη ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση της κακοήθους παχυσαρκίας είναι η αποτυχία της συντηρητικής θεραπείας και η παραμονή του βάρους σε επίπεδα πλέον των 45Kg ή 100% πάνω από το «φυσιολογικό» κατά ηλικία και φύλο βάρους.

Η παρουσία ήδη μίας ή περισσότερων επιπλοκών της παχυσαρκίας μπορεί να αποτελέσει ένδειξη για χειρουργική θεραπεία.

Απαραίτητη προϋπόθεση για χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας είναι η απουσία σοβαρής ψυχοπαθολογίας του ασθενούς που θα εμπόδιζε τη συνεργασία με τον γιατρό.

### Τεχνικές

1. Γαστρική παράκαμψη
2. Νηστιδοειλική παράκαμψη

Η πρώτη με υποχρεωτικό περιορισμό της ποσότητας της τροφής, η δεύτερη με διαταραχή της απορροφήσεως από το λεπτό έντερο των θρεπτικών ουσιών. Τα τελευταία όμως χρόνια οι διάφορες τεχνικές νηστιδοειλικής παράκαμψης έχουν ουσιαστικά εγκαταλειφθεί λόγω του υψηλού ποσοστού επιπλοκών που τις συνοδεύουν.

Επιτυχείς θεωρούνται οι χειρουργικές τεχνικές που εξασφαλίζουν στον ασθενή απώλεια βάρους 25% του αρχικού του βάρους.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί η τελευταία προσπάθεια ενδοσκοπικής τοποθέτησεως, ενός πλαστικού κυλίνδρου της γαστρικής φυσαλίδας που δημιουργεί αίσθημα κορεσμού και με τον τρόπο αυτό απώλεια βάρους. Ο κύλινδρος αυτός αφαιρείται πάλι ενδοσκοπικώς μετά από τρίμηνο. Έχουν ήδη όμως αναφερθεί σοβαρές επιπλοκές και με τη μέθοδο αυτή, ώστε να υπάρχει η τάση να εγκαταλειφθεί.<sup>21</sup>

#### Διατήρηση καλών διατροφικών συνηθειών μετά από χειρουργική επέμβαση

Τα ακόλουθα μέτρα θα βοηθήσουν το άτομο να αποκομίσει τα μέγιστα οφέλη από τη χειρουργική επέμβαση, ενώ ταυτόχρονα θα αποφύγει τις επιπλοκές:

- Αλλαγή των συνηθειών διατροφής κατά τα πρώτα δύο μετεγχειρητικά έτη είναι απαραίτητη. Σε αυτό το διάστημα οι επιδράσεις της επέμβασης διευκολύνουν τις διαδικασίες της δίαιτας, λόγω υποχρεωτικής ελάττωσης της ποσότητας που μπορεί να καταναλώσει ένα άτομο άνετα. Μετά από αυτό το σημείο η επέμβαση παρουσιάζει λιγότερα οφέλη. Το άτομο θα πρέπει να υιοθετήσει τεχνικές κατάλληλες που θα το βοηθήσουν να ελαττώσει το ρυθμό, με τον οποίο τρώει, να αποφεύγει θερμιδικά πλούσιες τροφές (λιπαρά, γλυκά, καραμέλες και ζαχαρούχα αναψυκτικά) και να τρώει τακτικά μικρά γεύματα.
- Η ναυτία και οι εμετοί είναι πλέον κοινά προβλήματα και υπάρχει ακόμα πιθανότητα γαστρεντερικού ειλεού μετεγχειρητικά. Για να αποφύγει κανείς τέτοια προβλήματα τα πρώτα γεύματα θα πρέπει να είναι υγρά ή πολτοποιημένα, τεμαχισμένα φαγητά. Κατά τις πρώτες 6-8 εβδομάδες μετά την επέμβαση η δίαιτα μπορεί να προχωρήσει σε μαλακές και αργότερα σε κανονικές τροφές. Τρόποι να ελαττώσει κανείς τη ναυτία και τους εμετούς αποτελούν η καλή μάσηση των τροφών, το να τρώει κανείς αργά και να καταναλώνει μικρά γεύματα.

- Το «dumping syndrome» που εμφανίζεται με ναυτία, αδυναμία, ταχυκαρδία και διάρροια, μπορεί να επηρεάσει άτομα που έχουν υποβληθεί σε γαστρική παράκαμψη. Τα συμπτώματά του μπορούν να αντιμετωπιστούν αποφεύγοντας ζαχαρωμένα γλυκά, τρώγοντας αργά και αποφεύγοντας την πρόσληψη υγρών κατά τη διάρκεια των γευμάτων (μετά την πρώτη μετεγχειρητική περίοδο).<sup>13</sup>

#### Υπόδειγμα δίαιτας παχυσαρκίας

Θερμίδες 1000	Αγγούρι – ντομάτα 1 φλιτζάνι
Πρωτεΐνες 75γρ.	Λάδι 5γρ. (1 κουταλάκι)
Υδατάνθρακες 100γρ.	Ψωμί 1/2 φέτα
Λίπη 35γρ.	<b>Απογευματινό</b>
<b>Πρωινό</b>	Αχλάδι 100γρ.
Γάλα (αποβουτυρωμένο) 240γρ. (1 φλιτζάνι)	<b>Βραδινό</b>
Μυζήθρα ¼ φλιτζάνι	Ψάρι ψητό άπαχο 90γρ.
Ψωμί 5γρ. (1 φέτα)	Κολοκυθάκια 1/2 φλιτζάνι
Βιτάμ 5 γρ. (1 κουταλάκι)	Λάδι (1 κουταλάκι)
Τσάι ελεύθερα (χωρίς ζάχαρη)	Ψωμί 1/2 φέτα
<b>10π.μ.</b>	<b>Προ του ύπνου</b>
Χυμός πορτοκαλιού 1/2 φλιτζάνι	Γάλα (αποβουτυρωμένο) 240γρ. (1 φλιτζάνι) <sup>22</sup>
<b>Μεσημεριανό</b>	
Μοσχάρι άπαχο ψητό 90 γρ.	

## **4.2 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ**

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μία χρόνια μεταβολική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των λευκωμάτων και από βλάβη της υφής και της λειτουργίας των κυττάρων του σώματος και κυρίως των αγγείων.<sup>23</sup>

### **Η ταξινόμηση των διαφόρων ειδών διαβήτη**

Στις Δυτικές χώρες υπάρχουν κυρίως δύο τύποι διαβήτη, εκείνος που εξαρτάται και εκείνος που δεν εξαρτάται από την ινσουλίνη.

#### Ο διαβήτης που εξαρτάται από την ινσουλίνη



Είναι ο πρώτος τύπος διαβήτη (ή διαβήτης τύπου I) που χαρακτηρίζεται από παντελή έλλειψη ινσουλίνης και απαιτεί επιτακτικά θεραπεία αντικατάστασης της ινσουλίνης. Ο διαβήτης αυτός μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, αλλά είναι πρακτικά ο μόνος που μπορεί να συναντήσουμε σε παιδιά και εφήβους, πράγμα που εξηγεί την πρώτη του ονομασία «διαβήτης νεαρής ηλικίας», νεανικός ή ακόμα «διαβήτης του αδύνατου ατόμου», επειδή παρουσιάζεται πολύ συχνά σε άτομα με κανονικό βάρος.

Ο εξαρτώμενος από την ινσουλίνη διαβήτης αντιπροσωπεύει το 15 με 20% του συνόλου των διαβητών.

#### Ο μη εξαρτώμενος από την ινσουλίνη διαβήτης

Είναι ο δεύτερος τύπος διαβήτη (ή διαβήτης τύπου II). Διαφέρει από τον πρώτο στο ότι δεν υπάρχει τέλεια έλλειψη ινσουλίνης: μπορεί μερικές φορές να είναι φυσιολογική ή και αυξημένη. Όμως η παραγωγή της από το πάγκρεας είναι γενικά κακώς προσαρμοσμένη στις ανάγκες και ειδικά, η ινσουλίνη φαίνεται να είναι ανεπαρκής.

Ο τύπος αυτός διαβήτη μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε ηλικία, αλλά αφορά συνήθως άτομα πάνω από τα σαράντα, εξ ου και η παλιά του ονομασία «διαβήτης του ενήλικα» ή «διαβήτης της ωριμότητας».

Συνεπώς αν δεν υπάρχει τέλεια έλλειψη ινσουλίνης, μιλάμε για τη εξαρτώμενο από την ινσουλίνη διαβήτη:

#### Οι δευτερεύοντες διαβήτες

Δίπλα στους δυο μεγάλους τύπους διαβήτη, υπάρχουν και άλλοι, πιο σπάνιοι, που ονομάζονται δευτερεύοντες διαβήτες και στην προέλευσή τους βρίσκουμε σαφώς καθορισμένες ασθένειες .

α Όλες τις ασθένειες που συνεπάγονται καταστροφή του παγκρέατος:

§ Παγκρεατεκτομή που είναι χειρουργική αφαίρεση του παγκρέατος

§ Αιμοχρωμάτωση που είναι μία υπερβολική παρουσία σιδήρου στο πάγκρεας

§ Χρόνια παγκρεατίτιδα που είναι μία φλεγμονή με προοδευτική καταστροφή του παγκρέατος.

Ο μηχανισμός του διαβήτη, στην περίπτωση αυτή, οφείλεται σε έλλειψη ινσουλίνης.

α Ορισμένες ασθένειες του ενδοκρινούς συστήματος που συνοδεύονται από υπερβολική δημιουργία μίας υπεργλυκαιμικής ουσίας:

§ Η κορτιζόλη στο σύνδρομο του Cushing

§ Οι πυροκατεχιναμίνες στο φαιοχρωμοκύττωμα

§ Η ορμόνη ανάπτυξης στην ακρομεγαλία

Η δράση αυτών των ορμονών είναι αντίθετη από αυτή της ινσουλίνης, που είναι υπογλυκαιμική.

α) Ακόμα πιο σπάνια ο διαβήτης μπορεί να προκληθεί:

§ Από ορισμένες γενετικές ανωμαλίες (σύνδρομο του Turner, σύνδρομο του Klinefelter)

§ Σε περίπτωση ανωμαλίας δεκτών ινσουλίνης, σε επίπεδο ιστών επί των οποίων ασκεί επίδραση (συκώτι, λιπώδη κύτταρα, μυϊκά κύτταρα)

§ Ή όταν η ινσουλίνη από μόνη της είναι κακής ποιότητας (ινσουλινοθεραπεία)

Λίγο πιο μακριά βρίσκεται ο διαβήτης της εγκυμοσύνης (διαβήτης κυφορίας): δεν είναι σπάνιο, στην πραγματικότητα, να αναπτύσσεται ένας διαβήτης στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ιδιαιτερότητα του είναι να εξαφανίζεται με το τέλος της εγκυμοσύνης.

- Δεν είναι πραγματικοί διαβήτες τα προβλήματα της ανοχής των γλυκιδίων (που λαθεμένα ονομάζεται «μη ανοχή στην γλυκόζη»). Πρόκειται για μία ανωμαλία που συνδέεται συχνά με την παχυσαρκία, ένα πρόβλημα μεταβολισμού των λιπών και μία αρτηριακή υπέρταση.

Πάνω από αυτά τα προβλήματα υπάρχει η πιθανότητα των δυνητικών ανωμαλιών της ανοχής γλυκιδίων που ονομάζεται διαφορετικά προ-διαβήτης ή «πιθανός διαβήτης». Η νεανική γλυκαιμία είναι φυσιολογική, όπως είναι και η ανίχνευση της υπεργλυκαιμίας που προκαλείται από τη στοματική οδό. Αλλά ο κίνδυνος να δείτε να εξελίσσεται τελικά σε ένα διαβήτη είναι αυξημένος.

Η επικράτηση του Σακχαρώδη Διαβήτη ποικίλλει ανάλογα με τις χώρες. Επίσης, εκτιμάται σε:

§ 2 με 5 % στις Ευρωπαϊκές χώρες και τον Καναδά

§ 5 με 10 % στις Η.Π.Α.

§ 1 με 2 % στην Αφρική, την Ινδία και την Ινδονησία

Η επικράτηση ποικίλλει επίσης ανάλογα με τον τύπο διαβήτη.

Η επικράτηση του διαβήτη τύπου II (μη εξαρτώμενου από την ινσουλίνη ή διαβήτη της ωριμότητας ή διαβήτη της «παχυσαρκίας»), που είναι κατά πολύ πιο συχνός, έχει εκτιμηθεί στη Γαλλία σε 3-4%, στις Η.Π.Α. στο 4,2%. Στους Ινδιάνους Πίμα της Αριζόνας των Η.Π.Α. η επικράτηση του είναι 35% όπως και στους Μικρονησίους των νησιών Ναουρού του Ειρηνικού.

Ο διαβήτης τύπου I ή διαβήτης εξαρτώμενος από την ινσουλίνη, είναι πολύ πιο σπάνιος. Είναι, χονδρικά, 10 φορές λιγότερο συχνός: η επικράτησή του ξεπερνάει

το 3 τοις χιλίοις για τους κάτω των 19 χρόνων (0,49 τοις χιλίοις για το τμήμα της ηλικίας από 10 μέχρι 19 χρόνων, το οποίο αντιστοιχεί στις συνηθισμένες ηλικίες στις οποίες εμφανίζεται ο λεγόμενος «νεανικός» διαβήτης) δηλαδή είναι σαφώς πιο χαμηλό από τον παγκόσμιο μέσο όρο.

Η Γιουγκοσλαβία, το Ισραήλ, η Ισπανία και η Ιταλία έχουν επικράτηση παρόμοια με τη δική μας. Η πιο χαμηλή επικράτηση παρατηρείται στην Ιαπωνία, την Κίνα και στην Κούβα. Αντίθετα, η πιο μεγάλη επικράτηση παρατηρείται στην Φιλανδία (2,23 τοις χιλίοις), στην Μ. Βρετανία, τη Σουηδία και τις Η.Π.Α.<sup>24</sup>

### **Αντιμετώπιση**

Η θεραπεία του διαβήτη έγκειται σε μία ελεγχόμενη δίαιτα και φάρμακα, εάν αυτά θεωρηθούν αναγκαία.

Υπολογίζεται η ολική ενέργεια που απαιτείται να προσλαμβάνεται ανά 24ωρο, με βάση το ιδανικό σωματικό βάρος. Στη συνέχεια καθορίζεται η περιεκτικότητα του διαιτολογίου όσον αφορά τους υδατάνθρακες, το λίπος και τις πρωτεΐνες και σχεδιάζεται το κατάλληλο διαιτολόγιο από το σύστημα εναλλακτικών μερίδων που παρέχεται από την American Diabetes Association. Το ποσό των θερμίδων της τροφής, όπως προτείνεται από το Συμβούλιο Τροφής και Διατροφής για τους ενήλικες με «μέση» σωματική δραστηριότητα μειώνεται με την ηλικία και κυμαίνεται από 175 KJ ανά Kg σωματικού βάρους (42Kcal/Kg) σε άνδρες ηλικίας 18 ετών, ως 140 KJ /Kg (33Kcal/Kg) για γυναίκες 75 ετών. Συνήθως προτιμάται η πρόσληψη ελαφριά λιγότερων θερμίδων από αυτές που επισήμως προτείνονται. Οι 150 KJ /Kg (36Kcal/Kg) για τους άνδρες και οι 140 KJ /Kg (34Kcal/Kg) για τις γυναίκες αποτελούν λογικές αρχικές τιμές για τους περισσότερους ασθενείς, αλλά προσαρμογές προς τα πάνω ή προς τα κάτω μπορεί να απαιτούνται για την επίτευξη του επιθυμητού σωματικού βάρους.

Οι ελάχιστες απαιτήσεις σε πρωτεΐνη για καλή διατροφή είναι 0,9g ανά χιλιόγραμμο σωματικού βάρους ανά 24ωρο. Η συνιστώμενη περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες είναι 40 ως 60 της ολικής προσλαμβανόμενης ενέργειας, αν και πρόσληψη μέχρι και 85% έχει προταθεί. Οι θερμίδες από τις πρωτεΐνες και τους υδατάνθρακες συμπληρώνονται με το απαιτούμενο λίπος, έτσι ώστε η προσλαμβανόμενη ενέργεια να φθάσει στο καθορισμένο επίπεδο.

Πρέπει να λαμβάνεται φροντίδα για την έμφαση σε τροφές που ο ασθενής επιθυμεί και μπορεί να προμηθευτεί. Όπως σε κάθε διαιτολογικό πρόγραμμα, σημαντικό είναι να τονίζεται ότι εκείνο που έχει σημασία είναι η μακροπρόθεσμη εφαρμογή του. Η εκτροπή ένα ή δύο γεύματα δεν έχει μεγάλη σημασία. Έτσι, στον διαβητικό 18 ετών

μπορεί να επιτραπεί να φάει ένα επιδόρπιο, που συνήθως απαγορεύεται, με την προϋπόθεση ότι η διαίτα θα είναι ανάγκη να επαναληφθεί με αυστηρότητα την επόμενη μέρα. Ακόμα και για τους ενήλικες η τεχνική αυτή συχνά εξασφαλίζει καλύτερη διατροφική συμμόρφωση παρά το αυστηρότερο πρόγραμμα.

Η σημασία της διαίτας στην αντιμετώπιση του διαβήτη ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο της νόσου. Στους ασθενείς που εξαρτώνται από την ινσουλίνη, και ιδιαίτερα σ' αυτούς που υποβάλλονται σε εντατικά προγράμματα ινσουλίνης, η σύνθεση διατροφολογίου δεν έχει μεγάλη σημασία εφόσον η αναπροσαρμογή της χορηγούμενης ινσουλίνης μπορεί να καλύψει ευρείες μεταβολές του διατροφολογίου. Στους ασθενείς που δεν εξαρτώνται από την ινσουλίνη και που δεν θεραπεύονται με την εξωγενή ινσουλίνη, απαιτείται μεγαλύτερη εμμονή σε σταθερό διατροφολόγιο γιατί η εφεδρεία της ενδογενούς ινσουλίνης είναι περιορισμένη.<sup>25</sup>

Για όλους τους σακχαροδιαβητικούς ισχύουν οι ακόλουθες διαιτητικές αρχές, η τήρηση των οποίων αποτελεί προϋπόθεση επιτυχίας της ειδικής διαίτας.

1. Αποφεύγονται διαιτητικές γενικότητες ή σχολαστικές διαιτητικές οδηγίες. Για τον υπολογισμό της ποσότητας των τροφίμων και τροφών χρησιμοποιούνται τα γραμμάρια αλλά για πρακτικούς λόγους προτιμούνται τα οικιακά σκεύη των οποίων η περιεκτικότητα είναι γνωστή.
2. Εξατομικεύεται η διαίτα και προσαρμόζεται στις διατροφικές ιδιαιτερότητες κάθε ζαχαροδιαβητικού.
3. Εκπαιδεύεται ο πάσχων σε βασικά θέματα διατροφής όπως οι θρεπτικές ουσίες και η θερμιδική τους αξία, τα τρόφιμα, οι τροφές και η θερμιδική τους αξία και ο τρόπος παρακολούθησης της θεραπείας με την εξέταση του ζαχάρου των ούρων και με τη μέτρηση του ζαχάρου του αίματος με ειδική συσκευή.
4. Προσαρμόζεται η τροφή του ζαχαροδιαβητικού στο πλαίσιο του οικογενειακού διατροφολογίου ώστε να υπάρχει ποικιλία τροφών και να αποφεύγονται οι διακρίσεις.
5. Καθορίζεται ο ρυθμός χορήγησης της τροφής ώστε να λαμβάνονται μικρά και συχνά γεύματα με ενίσχυση των γευμάτων που αντιστοιχούν στην εντονότερη δράση της ινσουλίνης. Η λήψη τροφής στα μεσοδιαστήματα των κυρίων γευμάτων είναι αναγκαία ιδιαίτερα στα παιδιά, τους εφήβους, τους ενήλικους με μεγάλες θερμιδικές ανάγκες και τους ινσουλινοεξαρτώμενους ζαχαροδιαβητικούς.

6. Επιλέγεται το είδος της τροφής με βάση τις διατροφικές ανάγκες του πάσχοντος σε ενέργεια, πρωτεΐνες, λιπίδια και υδατάνθρακες ώστε και οι ανάγκες αυτές να καλύπτονται και να εξασφαλίζεται ποικιλία εδεσμάτων.<sup>26</sup>

#### Φάρμακα

Μερικά άτομα με διαβήτη συνήθως λαμβάνουν θεραπεία είτε με ινσουλίνη ή με άλλους υπογλυκαιμικούς παράγοντες από το στόμα.

Η ινσουλίνη είναι διαθέσιμη σε τρεις μορφές: βραχείας, ενδιάμεσης ή μακράς δράσης. Τα περισσότερα ινσουλινοεξαρτώμενα άτομα χρειάζονται τουλάχιστον δύο δόσεις την ημέρα, που συνήθως χορηγούνται πριν από το πρωινό φαγητό και πριν από το απογευματινό δείπνο και αποτελούνται από βραχείας και ενδιάμεσης μορφής ινσουλίνη. Άλλα σχήματα χορήγησης είναι (1) τρεις ενέσεις ημερησίως - βραχείας και ενδιάμεσης μορφής το πρωί, βραχείας μορφής πριν το απογευματινό δείπνο και ενδιάμεσης μορφής την ώρα της βραδινής κατάκλισης, (2) πολλαπλή χορήγηση – ενέσεις βραχείας μορφής πριν από κάθε γεύμα, συνήθως σε συνδυασμό με μία ή δύο καθημερινές έγχυσις μακράς και ενδιάμεσης μορφής, και (3) συνεχής υποδόρια έγχυση ινσουλίνης ή αγωγή με αντλία ινσουλίνης, κατά την οποία χορηγείται ινσουλίνη βραχείας δράσης συνεχώς, ώστε να παρέχονται τα βασικά επίπεδα αυτής και η οποία επιτρέπει στον ασθενή να παίρνει επιπλέον δόσεις μαζί με τα γεύματα ή τα σνακς. Οι τελευταίες μέθοδοι χορήγησης είναι πιο εντατικές, σχεδιασμένες έτσι ώστε να διατηρούν μία μόνιμα ευγλυκαιμική κατάσταση. Απαιτούν μεγαλύτερη αφοσίωση από τον ασθενή και την οικογένειά του για τον ακριβή έλεγχο των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα και τη χορήγηση των δόσεων της ινσουλίνης. Η εντατική θεραπεία έχει τους κινδύνους της. Η υπογλυκαιμία είναι πιο συνηθισμένη σ' αυτή τη μορφή θεραπείας σε σχέση με την λιγότερο εντατική μορφή. Επίσης, το άτομο είναι πιθανότερο να γίνει υπέρβαρο με την εντατική θεραπεία παρά με την πιο συμβατική μορφή θεραπείας. Με την εντατική θεραπεία χάνονται λιγότερες θερμίδες με τα ούρα ως γλυκόζη ή κετόνες και περισσότερες θερμίδες είναι διαθέσιμες για αποθήκευση ως λίπος.

Στους υπογλυκαιμικούς παράγοντες που λαμβάνονται από το στόμα περιλαμβάνονται η μεταφορμίνη και οι σουλφονουλουρίες, που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία μερικών ατόμων με διαβήτη τύπου II. Ενεργοποιούν την έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας, ελαττώνουν την παθολογικά αυξημένη παραγωγή γλυκόζης από το ήπαρ και βελτιώνουν την πρόσληψη γλυκόζης από τους περιφερικούς ιστούς. Οι ασθενείς που παίρνουν σουλφονουλουρίες θα πρέπει να προειδοποιούνται να μην παραλείπουν γεύματα και ειδικότερα οι ηλικιωμένοι, που έχουν μεγαλύτερη τάση για υπογλυκαιμία.

### Γυμναστική

Η τακτική γυμναστική (συνεχής ενεργητικότητα διάρκειας τουλάχιστον 20-30 λεπτών, που εφαρμόζεται τουλάχιστον 3-4 φορές την εβδομάδα) μπορεί να συμβάλλει στον έλεγχο του βάρους, να ελαττώσει τον κίνδυνο καρδιοπάθειας, να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του ψυχολογικού stress και να αυξήσει την ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη.

Τα άτομα με διαβήτη τύπου I θα πρέπει να μετράνε τα επίπεδα του σακχάρου αίματος πριν και μετά τη γυμναστική, για να ξέρουν εάν χρειάζονται αλλαγές στη χορήγηση ινσουλίνης ή στην πρόσληψη τροφής. Εάν το σάκχαρο αίματος είναι χαμηλότερο από 100mg/dl, τότε το άτομο χρειάζεται ένα σνακ με υδατάνθρακες πριν από την γυμναστική.

Μπορεί να χρειάζονται σνακς 30-60 λεπτά για την πρόληψη της υπογλυκαιμίας, κατά τη διάρκεια γυμναστικής που παρατείνεται πάνω από 30 λεπτά. Αποτελεσματικά επίσης είναι περίπου 10-15g κάποιου εύκολου απορροφήσιμου υδατάνθρακα, όπως ένα μικρό μήλο ή μία μπανάνα, ½ του φλιτζανιού κανονικό αναψυκτικό, μισό κουλούρι ή 4-6oz χυμού φρούτων.

Μερικά άτομα εμφανίζουν υπογλυκαιμία αρκετές ώρες μετά από το τέλος της άσκησης και χρειάζονται ένα σνακ ή γεύμα μετά από τη γυμναστική.

Έντονη γυμναστική που διαρκεί 45 λεπτά ή περισσότερο μπορεί να προκαλέσει την ανάγκη για μείωση της δόσης της ινσουλίνης.

### Υπόδειγμα δίαιτας ζαχαρώδη διαβήτη

Θερμίδες 2000	Ψάρι ή κοτόπουλο ή κρέας
Πρωτεΐνες 100γρ. -20%	120γρ.(μαγειρεμένο) ή 90γρ. τυρί και 1 γιαούρτη αγελάδας άπαχη
Υδατάνθρακες 250γρ. -50%	Ψωμί μαύρο 120γρ. (4 λεπτές φέτες) ή 1 φλιτζάνι (μαγειρεμένα) μακαρόνια ή ρύζι ή πουρέ ή όσπρια ή αρακά ή πατάτες 2 μικρές (160γρ.) και 50γρ. ψωμί.
Λίπη 67γρ.- 30%	Λαχανικά 1 φλιτζάνι (ντομάτα +πιπεριά)
<b>Πρωινό</b>	Λάδι 4 κουταλάκια του γλυκού (20γρ.)
Γάλα(αποβουτυρωμένο)1 φλιτζάνι	Φρούτο 1 μικρό
Ψωμί μαύρο 60γρ. (2 μικρές λεπτές φέτες) ή φρυγανιές σίκαλης 4	
Τυρί άπαχο	
<b>10π.μ.</b>	
Φρούτο 1 μικρό	
<b>Μεσημεριανό</b>	

<b>Απογευματινό</b>	Ψωμί μαύρο 30γρ και 1 φλιτζάνι (μαγειρεμένα) μακαρόνια ή ρύζι ή πατάτες 2 μικρές (160γρ.) ή 90γρ. ψωμί μαύρο
Φρούτο 1 μικρό	
<b>Βραδινό</b>	
Ψάρι ή κοτόπουλο ή κρέας 90γρ. (μαγειρεμένο) ή 60γρ. τυρί και 1 γιανούρη αγελάδας άπαχη	Λαχανικά 1 φλιτζάνι (καρότο +μαρούλι).

Συμπερασματικά, η θεραπεία του ζαχαροδιαβήτη βασίζεται στη διαιτητική και φαρμακευτική αγωγή. Φαίνεται όμως ότι το άμεσο μέλλον επιφυλάσσει στους ζαχαροδιαβητικούς ευχάριστες εκπλήξεις, όπως το τεχνητό πάγκρεας, η μεταμόσχευση παγκρέατος και η αναίμακτη μέτρηση του ζαχάρου του αίματος.<sup>26</sup>

#### 4.3.1 ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Η στεφανιαία νόσος ονομάζεται και ισχαιμική καρδιακή νόσος και είναι η σοβαρότερη κλινική εκδήλωση της αθηροσκλήρωσης των αγγείων και στη συγκεκριμένη περίπτωση των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς.<sup>26</sup>

Η στεφανιαία νόσος (CHD) παρουσιάζεται όταν αθηροματικές πλάκες, οι οποίες αποτελούνται από λιποπρωτεΐνες, χοληστερόλη, υπολείμματα ιστών και ασβεστίου σχηματίζονται στον εσωτερικό χιτώνα των αιμοφόρων αγγείων. Οι πλάκες σκληραίνουν το χιτώνα και τα αιμοπετάλια προσελκύνονται στις περιοχές της σκλήρυνσης σχηματίζονται στενώσεις. Όταν οι διαστάσεις των πλακών γίνουν τέτοιες ώστε ν' αποκλείσουν τη ροή του αίματος, διάφοροι ιστοί μένουν χωρίς οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά, αποτελώντας έτσι μία περιοχή εμφράγματος. Η (CHD) εκδηλώνεται όταν υπάρξει ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου ή όταν συμβαίνει μυοκαρδιακή ισχαιμία, όπως στην περίπτωση της στηθάγχης του θώρακα.<sup>13</sup>

#### Επιδημιολογία

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί τη συχνότερη αιτία πρόωρου θανάτου στις Η.Π.Α. και γενικά στις αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου. Παρά την μείωση πάνω από 25% των θανάτων, που παρατηρήθηκε τα τελευταία 25 χρόνια στις Η.Π.Α., η νόσος παραμένει σοβαρό πρόβλημα. Κάθε χρόνο τεκμηριώνεται η διάγνωσή της σε 5,4 εκατομμύρια Αμερικανούς, ενώ ευθύνεται για περισσότερους από 550.000 θανάτους. Το κοινωνικό - οικονομικό κόστος είναι ανάλογο, αφού πάνω 5.000.000 Αμερικανούς πάσχουν από έμφραγμα μυοκαρδίου και οι μισοί από αυτούς εμφανίζουν σημαντική αναπηρία από τη νόσο. Το ετήσιο κόστος για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της στεφα-

νιαίας νόσου υπολογίζεται σε 8 δισεκατομμύρια δολάρια, ενώ οι άλλες οικονομικές επιπτώσεις ξεπερνούν τα 60 δισεκατομμύρια δολάρια.

Η μείωση των θανάτων από στεφανιαία νόσο, που παρατηρήθηκε στις Η.Π.Α. και στον Καναδά τα τελευταία χρόνια, αποδίδεται σε δύο σημαντικά γεγονότα: α) στην τροποποίηση των αναστρέψιμων παραγόντων κινδύνου, όπως π.χ. της υπερλιπιδαιμίας και του καπνίσματος, με αλλαγή του τρόπου ζωής, β) στη βελτίωση τόσο της συντηρητικής όσο και της επεμβατικής θεραπείας της νόσου.

Στη χώρα μας η στεφανιαία νόσο έχει αναλογικά τις ίδιες διαστάσεις, αλλά η απουσία πρωτογενούς πρόληψης καθιστά το πρόβλημα ακόμα σοβαρότερο. Η βελτίωση των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών τις τελευταίες 10ετίες, χωρίς να συνοδεύεται από ανάλογη προσαρμογή της νοοτροπίας στις σύγχρονες υγιεινές απαιτήσεις, πρέπει να ευθύνεται για την αύξηση της στεφανιαίας νόσου που παρατηρήθηκε στον τόπο μας. Ενώ στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου έγινε σημαντική προσπάθεια, ώστε να προσεγγίζουμε τις αναπτυγμένες χώρες, η τροποποίηση των αναστρέψιμων παραγόντων κινδύνου είναι ανύπαρκτη σε εθνικό επίπεδο.

### **Προδιαθεσικοί παράγοντες**

Η στεφανιαία νόσος κατά κύριο λόγο οφείλεται σε αθηροσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών. Η αιτιολογία της αθηροσκλήρυνσης δεν είναι ακριβώς γνωστή.

#### **1. Φύλο –Ηλικία**

Η στεφανιαία νόσος είναι πιο συχνή στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, σε σχέση περίπου 8:1 πριν από την ηλικία των 40 ετών. Στους άνδρες η μεγαλύτερη συχνότητα είναι μεταξύ 50 και 60 ετών και στις γυναίκες μεταξύ 60 και 70 ετών. Στην ηλικία των 80 ετών η συχνότητα στους άνδρες και στις γυναίκες είναι περίπου ίδια .

#### **2. Θετικό κληρονομικό**

Ιστορικό στεφανιαίας νόσου στους γονείς ηλικίας μικρότερης των 65 ετών ή σε νέα άτομα στην ίδια οικογένεια αποτελεί βασικό προδιαθεσικό παράγοντα. Συνήθως τα άτομα της ίδιας οικογένειας έχουν υψηλή χοληστερόλη, υπέρταση, χαμηλές τιμές HDL χοληστερόλης και επομένως, η στεφανιαία νόσος σε μεγάλο ποσοστό οφείλεται στους παράγοντες αυτούς. Φαίνεται όμως ότι το επιβαρυσμένο κληρονομικό αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα στεφανιαίας νόσου, ανεξάρτητα από τις τιμές της χοληστερόλης, της HDL ή της υπέρτασης.<sup>28</sup>

#### **3. Υπερλιπιδαιμία**

Από τις υπερλιποπρωτεϊναιμίες ιδιαίτερη σημασία για τη στεφανιαία νόσο παρουσιάζει η υπερχοληστεριναιμία, δεδομένου ότι συνδέεται άμεσα με την αθηροσκή-



ρωση, όπως προκύπτει από γενετικά, πειραματικά, επιδημιολογικά και κλινικά στοιχεία. Γενικά θεωρείται επιθυμητό η χοληστερίνη των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 30 ετών να είναι <200mg/100ml και των ατόμων ηλικίας μικρότερης των 30 ετών να είναι <180mg/100ml . Επίπεδα χοληστερίνης γύρω στα 150mg/100ml θεωρείται απίθανο να προκαλούν αθηροσκλήρωση πίνακας 12.2

Από τις λιποπρωτεΐνες ιδιαίτερη σημασία για τη στεφανιαία νόσο έχουν η LDL και η HDL. Άτομα με τιμές της LDL μεγαλύτερες από 170mg/100ml θεωρούνται ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο. Μερικοί μάλιστα ενοχοποιούν χαμηλότερα επίπεδα, δηλαδή 140-150mg/100ml. Άτομα με τιμές της LDL μικρότερες των από 100mg/100ml θεωρούνται χαμηλού κινδύνου, ενώ όταν κυμαίνεται από 100-170 mg/100ml θεωρούνται ότι έχουν ενδιάμεσο κίνδυνο. Οι τιμές της HDL έχουν ανάστροφη συσχέτιση με τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, δηλαδή όσο υψηλότερες είναι, τόσο μικρότερες θεωρείται ο κίνδυνος. Τα επίπεδα HDL είναι μεγαλύτερα στις γυναίκες από εκείνα των ανδρών, αυξάνουν με την άσκηση και τη μέτρια χρήση αλκοόλ και ελαττώνονται με το κάπνισμα. Ο ευνοϊκός ρόλος της υψηλής HDL δεν φαίνεται να είναι ανεξάρτητος από τα επίπεδα της LDL. Γι' αυτό ως αξιόπιστος δείκτης για τον καθορισμό του κινδύνου για στεφανιαία νόσο χρησιμοποιείται ο λόγος LDL/HDL. Άτομα με λόγο LDL/HDL μεγαλύτερο του 5 θεωρούνται υψηλού κινδύνου, με 3 ως 5 σημαντικού κινδύνου, με 3 μέσου κινδύνου και με λόγο μικρότερο του 2 χαμηλού κινδύνου. Ο δείκτης αυτός είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για άτομα που κατατάσσονται με τα επίπεδα της LDL στην ομάδα του ενδιάμεσου κινδύνου , δηλαδή με τιμές 100-170mg/100ml.<sup>27</sup>

#### 4. Αρτηριακή πίεση

Αποτελεί βασικό ανεξάρτητο προδιαθεσικό παράγοντα της στεφανιαίας νόσου. Η υπέρταση προκαλεί αθηροσκλήρωση με πολλούς μηχανισμούς, κυριότεροι από τους οποίους είναι η υπερπλασία των λείων μυϊκών ινών, λόγω της αυξημένης τάσης στο τοίχωμα των αγγείων και η βλάβη των ενδοθηλιακών κυττάρων με αποτέλεσμα την προσκόλληση των αιμοπεταλίων στο τραυματισμένο ενδοθήλιο.

#### 5. Κάπνισμα

Είναι από τους πιο σπουδαίους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Το κάπνισμα τσιγάρων με φίλτρο έχει τον ίδιο κίνδυνο για την ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου όπως και τα τσιγάρα χωρίς φίλτρο. Μεγάλη σημασία έχει ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως . Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου αυξάνεται ανάλογα με βαθμό του καπνίσματος.

#### 6. Αντισυλληπτικά φάρμακα

Η χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων από το στόμα προδιαθέτει στην εμφάνιση εμφράγματος του μυοκαρδίου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και πνευμονικής εμβολής κυρίως σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών που καπνίζουν ή έχουν και άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες στεφανιαίας νόσου.

#### 7. Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες

Ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, πιθανόν η καθιστική ζωή και ψυχικά stress αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου.

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί βασικό προδιαθεσικό παράγοντα στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου.

Οι κίνδυνοι στην παχυσαρκία προέρχονται από την αυξημένη χοληστερόλη, την υπέρταση και το σακχαρώδη διαβήτη που συχνά συνοδεύουν την παχυσαρκία.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι μέτρια σωματική άσκηση ελαττώνει την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Εντονότερη σωματική άσκηση έχει περίπου τα ίδια αποτελέσματα με την μέτρια άσκηση, ενώ τέλεια έλλειψη άσκησης αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου.

Ψυχικά stress και αγχώδης προσωπικότητα πιθανώς αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες τόσο στην ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου όσο και για την η κλινική εικόνα μετά την εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου.<sup>28</sup>

#### **Θεραπεία στεφανιαίας νόσου**

Για την αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου εφαρμόζεται θεραπευτική παρέμβαση διαιτητική και φαρμακευτική τόσο για την πρόληψη εμφάνισης της πάθησης (πρωτογενής πρόληψη –primary prevention) όσο και για την πρόληψη υποτροπής της πάθησης που ήδη εγκαταστάθηκε (δευτερογενής πρόληψη – secondary prevention) .

Μεγάλη σημασία για τη στεφανιαία νόσο έχει η διόρθωση ή εξάλειψη όλων των παραγόντων κινδύνου όπως η δυσλιπιδαιμία, ο ζαχαροδιαβήτης, η παχυσαρκία, η υπέρταση, το άγχος και το κάπνισμα.

Σκόπιμη θεωρείται η αποφυγή έντονων συγκινήσεων και μεγάλης σωματικής κόπωσης. Η τακτική και ελαφρά σωματική δραστηριότητα ή άσκηση συμβάλλει στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας και την ευνοϊκότερη εξέλιξη.

Η τροφή επηρεάζει τα λιπίδια του αίματος και ορισμένους παράγοντες πήξης του αίματος και κατά συνέπεια επηρεάζει τη στεφανιαία νόσο. Αυτό επιβεβαιώνεται από κλινικοεπιδημιολογικές μελέτες που προέρχονται από πολλές περιοχές του κόσμου.

Ο μεσογειακός τρόπος διατροφής συνδέεται με μικρότερο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Πρόκειται για διαιτολόγιο πλούσιο σε δημητριακά, ψάρια, όσπρια, λαχανικά,

φρούτα και ελαιόλαδο. Ιδιαίτερα το ελαιόλαδο φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη μεσογειακή διατροφή δεδομένου ότι το 95% του ελαιολάδου της Ευρώπης παράγεται στην Ιταλία, Ισπανία και Ελλάδα και καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών του πληθυσμού σε λιπίδια που υπερβαίνει το 20% των θερμίδων του 24ωρου.

Σε περιοχές της Μεσογείου όπως η Κρήτη που για καταναλωτικούς λόγους το μεσογειακό διαιτολόγιο τροποποιήθηκε με αυξημένη χρησιμοποίηση κρεατικών και τυριών παρατηρήθηκε και αύξηση της ισχαιμικής καρδιοπάθειας.

Η κατανάλωση ψαριών και ιδιαίτερα λιπαρών ψαριών πλούσιων σε ωμέγα-3-λιπαρά οξέα είναι ωφέλιμη τόσο στην πρωτογενή όσο και τη δευτερογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Ακόμα και σε άτομα στα οποία εφαρμόστηκε αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αγγείων, παρόμοιο διαιτολόγιο φαίνεται ότι προστατεύει από την επαναστένωση.

Η ευεργετική επίδραση των διαιτολογίων που προαναφέρθηκαν αποδίδεται στη μεγάλη περιεκτικότητα των τροφών τους σε αντιοξειδωτικές ουσίες όπως οι βιταμίνες Α, C και Ε, τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα. Οι ουσίες αυτές είναι δυνατόν να μειώνουν την ολική χοληστερόλη, να εμποδίζουν την οξείδωση της LDL-χοληστερόλης, να αυξάνουν την HDL-χοληστερόλη, να ελαττώνουν τα τριγλυκερίδια, να ελαττώνουν το ινωδογόνο, να εμποδίζουν τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων και να διευκολύνουν τη ροή του αίματος.

Τελευταία υποστηρίζεται ότι η άμεση εφαρμογή θρομβόλυσης ή αντιπηκτικής αγωγής ή η χορήγηση μιας δόσεως ασπιρίνης μειώνει τον κίνδυνο θανάτου κατά 25%. Η χορήγηση 325χ. γρ. ασπιρίνης εμφανίζει πλεονεκτήματα γιατί μπορεί να εφαρμοστεί γρήγορα από τον ίδιο τον πάσχοντα και έχει ελάχιστες παρενέργειες.

Η φαρμακευτική αγωγή της στεφανιαίας νόσου περιλαμβάνει τα νιτρώδη αγγειοδιασταλτικά τύπου νιτρογλυκερίνης, τους β- αποκλειστές τύπου προπρανολόλης και τους ανταγωνιστές ασβεστίου τύπου νιφεδιπίνης. Σε άτομα τύπου Α δηλαδή υπερκινητικά και αγχώδη είναι πολλές φορές αναγκαία και χρήσιμη η χορήγηση ηρεμιστικών-αγχολυτικών φαρμάκων σε μικρές δόσεις και ιδιαίτερα σε φάσεις υπερέντασης.<sup>26</sup>

#### 4.3.2 ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Η υπέρταση μπορεί να οριστεί αυθαίρετα ως η επίμονη παραμονή του επιπέδου της συστολικής πίεσης από 140mmHg και της διαστολικής πάνω από 90mmHg. Στα ηλικιωμένα άτομα, ως υπέρταση ορίζεται η αύξηση της συστολικής πίεσης πάνω από 160mmHg και της διαστολικής πάνω από 90mmHg. Φυσιολογική αρτηριακή πίεση είναι η πίεση που εξασκεί το αίμα κάθετα στα τοιχώματα των αγγείων του συστηματικού αρτηριακού δικτύου. Κυμαίνεται από 100/60-140/90mmHg.<sup>29</sup>

Οι φυσιολογικές τιμές μεταβάλλονται από πολλές αιτίες (αλδοστερόνη, κληρονομικότητα, στρες, κάπνισμα, διατροφή) και ανάλογα με την ηλικία, οπότεν μεταβάλλεται κυρίως η συστολική. Πολλοί διαιτητικοί παράγοντες σχετίζονται με την αύξηση ή μείωση της αρτηριακής πίεσης, όπως το νάτριο, το χλώριο, το οινόπνευμα, οι πρωτεΐνες, η ζάχαρη, η καφεΐνη, οι θερμίδες (παχυσαρκία) αυξάνουν την αρτηριακή πίεση και το κάλιο, το ασβέστιο, το μαγνήσιο, οι φυτικές ίνες, το λινολεϊκό οξύ, τα ιχνοστοιχεία, οι βιταμίνες και η κατανάλωση θερμίδων (σωματική άσκηση) μειώνουν αυτή.

Ο σπουδαιότερος απ' όλους τους παράγοντες είναι το νάτριο, που συνδέεται πολύ στενά με την υπέρταση. Η ποσότητα νατρίου που συνιστάται σαν ασφαλής και επαρκής είναι 1,3-3,3gm την ημέρα ή 3,8 gm περίπου αλατιού την ημέρα (1 gm νατρίου αντιστοιχεί σε 2,5 gm χλωριούχου νατρίου). Η ποσότητα νατρίου που περιέχουν τρόφιμα είναι αρκετή για να μας εξασφαλίζει τις ημερήσιες ανάγκες εκτός των αθλητών που ασκούνται και ιδρώνουν πολύ και σε περιόδους καύσωνα.

Η υψηλή πρόσληψη αλατιού προκαλεί υπέρταση, ενώ ο περιορισμός του αποτελεί θεραπευτικό μέσο πολλών ατόμων που πάσχουν από υπέρταση.

Το κάλιο είναι ένας παράγοντας που έχει σχέση με την μείωση της υπέρτασης ή με την πρόληψή της. Δίαιτα πλούσια σε κάλιο και με χαμηλή αναλογία νατρίου προς κάλιο έχει την τάση να διατηρεί την αρτηριακή πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα (δίαιτα χορτοφάγων). Οι υπέρτασικοί που παίρνουν φάρμακα διουρητικά, αντιυπερτασικά πρέπει να τρώνε τρόφιμα πλούσια σε κάλιο (γάλα, πορτοκάλι, μπανάνες, ψάρια, λαχανικά), γιατί μειώνονται τα επίπεδα του καλίου στον ορό.

Αναγκαία είναι και η πρόσληψη ασβεστίου και μαγνησίου για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

Η μεγάλη πρόσληψη καφεΐνης αυξάνει την αρτηριακή πίεση.

Η υπέρταση αποτελεί σοβαρότατο παράγοντα κινδύνου στεφανιαίας νόσου, χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και εγκεφαλικών επεισοδίων.<sup>22</sup>

Στην υπέρταση εφαρμόζονται τα ακόλουθα διαιτητικά μέτρα:

Α) Ρυθμίζεται το σωματικό βάρος ώστε να πλησιάζει το ιδανικό ή τουλάχιστον το κανονικό. Υπέρβαροι ή παχύσαρκοι υπερτασικοί που ακολούθησαν υποθερμιακό διαιτολόγιο και μείωσαν το σωματικό βάρος, εμφάνισαν πτώση της αρτηριακής πίεσης και πολλές φορές πέτυχαν τη ρύθμισή της. Η προσπάθεια καταπολέμησης της παχυσαρκίας με ανορεξιογόνα φάρμακα είναι επικίνδυνη γιατί ορισμένα από τα φάρμακα αυτά έχουν συμπαθητικομιμική δράση και αυξάνουν την αρτηριακή πίεση.

Β) Αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά κάθε δυσλιπιδαιμία που αποτελεί κύριο παράγοντα αθηροσκλήρωσης των αγγείων. Εφαρμόζεται υπολιπιδικό, υποχοληστερολούχο διαιτολόγιο και τα λιπίδια του 24/ώρου καλύπτονται με ελαιόλαδο και λιπαρά ψάρια, τρόφιμα που περιέχουν ακόρεστα λιπαρά οξέα. Ταυτόχρονα αποφεύγονται αντιυπερτασικά φάρμακα που αυξάνουν τα τριγλυκερίδια και μειώνουν την HDL-χοληστερόλη όπως τα διουρητικά και οι β-αναστολείς.

Γ) Μειώνεται το νάτριο της τροφής που καταναλώνει ο υπερτασικός δεδομένης της σχέσης νατρίου και υπέρτασης και δεδομένου ότι το σύνηθες διαιτολόγιο των περισσότερων ανθρώπων είναι υπερνατριούχο. Εφαρμόζεται υπονατριούχο διαιτολόγιο και σε πολύ σοβαρή υπέρταση μπορεί να φθάσει μια το άναλο. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην κατανάλωση ετοιμών τροφών του εμπορίου και ιδίως κονσερβών και συντηρημένων που συνήθως περιέχουν μεγάλες ποσότητες αλατιού. Κατά κανόνα προτιμούνται τα φρέσκα τρόφιμα.

Δ) Αυξάνεται η πρόσληψη καλίου πάνω από τρία γρ. το 24/ωρο ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιούνται διουρητικά και υπάρχει καλή νεφρική κατανάλωση τροφών πλούσιων σε ασβέστιο και μαγνήσιο.

Ε) Επιτρέπεται η κατανάλωση μικρών ποσοτήτων οινοπνευματωδών και κυρίως κρασιού. Αντιθέτως μεγάλες ποσότητες αυξάνουν την αρτηριακή πίεση. Η μεγάλη κατανάλωση καφέ μπορεί σε ορισμένα ευαίσθητα άτομα να προκαλέσει αύξηση της αρτηριακής πίεσης και κυρίως της διαστολικής.

ΣΤ) Συνίσταται η συστηματική κατανάλωση αυξημένων ποσοτήτων λαχανικών, φρούτων, ξηρών καρπών και οσπρίων γιατί είναι τρόφιμα φτωχά σε νάτριο και πλούσια σε κάλιο, μαγνήσιο και ινώδη στοιχεία. Από τα λαχανικά, το σκόρδο, το κρεμμύδι και το σέλινο ίσως διαθέτουν και ειδικές αντιυπερτασικές ιδιότητες.

Τα προαναφερθέντα διαιτητικά μέτρα συνδυάζονται με σωματική άσκηση που επηρεάζει το σωματικό βάρος και τη δυσλιπιδαιμία, με καταπολέμηση στρεσογόνων παραγόντων που επιτυγχάνεται με αλλαγή τρόπου ζωής και χρησιμοποίηση αγχολυτικών φαρμάκων.

Οι επιπτώσεις του επαγγέλματος στη διατροφή του νοσηλευτικού προσωπικού

Η φαρμακευτική αγωγή της υπέρτασης περιλαμβάνει τις ακόλουθες κατηγορίες φαρμάκων:

A) Τα διουρητικά όταν συνυπάρχει καρδιακή ανεπάρκεια σε μικρές δόσεις και με προσοχή στους ζαχαροδιαβητικούς και δυσλιπιδαιμικούς

B) Τους β-αναστολείς όταν συνυπάρχει στεφανιαία νόσος και με προσοχή στους βραδυκαρδικούς, και τους δυσλιπιδαιμικούς

Γ) Τους ανταγωνιστές του ασβεστίου όταν συνυπάρχει στεφανιαία νόσος

Δ) Τους αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου όταν συνυπάρχει καρδιακή ανεπάρκεια

Σε πολλές περιπτώσεις χρειάζεται συνδυασμός των φαρμάκων αυτών.<sup>26</sup>

#### 4.4 ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Κάθε χρόνο, πάνω από 400000 Αμερικανοί πεθαίνουν από το κάπνισμα. Από αυτούς, περισσότεροι από 200000 πεθαίνουν από καρδιαγγιακές παθήσεις, 57000 από πνευμονικές, όπως το εμφύσημα, η βρογχίτιδα και η πνευμονία, και 26500 από έμφραγμα. Από καρκίνο πεθαίνουν περίπου 170000.

Το κάπνισμα ευθύνεται για το 85% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα και αποτελεί την κύρια αιτία των καρκίνων του λάρυγγα και του στόματος. Παράλληλα, παίζει ρόλο στον καρκίνο του στομάχου, της ουροδόχου κύστης, των νεφρών, του παγκρέατος και του τραχήλου της μήτρας.

Τα τσιγάρα είναι «εργοστάσια καρκίνου». Η πίσσα τους περιέχει τοξικές καρκινογόνες ουσίες. Πολλές άλλες καρκινογόνες ουσίες εισδύουν στα τσιγάρα κατά την παραγωγή τους- από εντομοκτόνα και λιπάσματα, όταν ο καπνός βρίσκεται ακόμη στο χωράφι, έως και διάφορα χημικά συστατικά κατά την επεξεργασία και κατασκευή του.

Ένα τσιγάρο που καίγεται εκλύει περίπου 7.000 χημικές ουσίες, όπως μονοξείδιο του άνθρακα, αργόν, νιτροζαμίνες, βενζοπυρένιο, ραδιενεργό πολώνιο-210, κάδμιο, μεθάνιο, βενζόλιο, φορμαλδεϋδη, βινυλοχλωρίδιο, αρσενικό και υδροκυανίδιο.

Πάνω από 4.000 απ' αυτές τις χημικές ουσίες είναι τοξικές και είναι γνωστό ότι 43 προκαλούν καρκίνο. Οι καρκινογόνες ουσίες υπάρχουν και στον καπνό της πίπας και των πούρων.

Ένας μη καπνιστής που κάθεται στο ίδιο δωμάτιο μ' έναν καπνιστή δεν μπορεί να αποφύγει μερικά τουλάχιστον από τα 4.000 τοξικά συστατικά, τα οποία ελευθερώνονται με το κάπνισμα. Σε έκθεσή του το 1989 ο γενικός αρχίατρος των Η.Π.Α. και το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας υπολόγισε ότι περίπου 3.000 μη καπνιστές πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος.

Το κάπνισμα έχει χαρακτηριστεί «η πιο θανατηφόρα μορφή εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες». Είναι συνήθεια που δύσκολα κόβεται. Το κόσμητό του όμως είναι δυνατό, όπως μπορούν να μας βεβαιώσουν τουλάχιστον 35.000.000 πρώην καπνιστές στις Η.Π.Α.<sup>30</sup>

##### **Χαρακτηριστικά καπνιστών**

Οι καπνιστές καταναλώνουν περισσότερο οινόπνευμα, καφέ και τσάι σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Το σωματικό τους βάρος και η αρτηριακή τους πίεση είναι ελαφρά χαμηλότερη και η καρδιακή τους συχνότητα είναι ελαφρά αυξημένη σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Στις γυναίκες η εμμηνόπαυση έρχεται νωρίτερα στις καπνίστριες παρά στις μη καπνίστριες. Οι καπνιστές εμφανίζουν χαμηλότερη επίδοση στη

σωματική άσκηση, καθώς και ασθενέστερο ανοσοποιητικό σύστημα σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Επίσης στους καπνιστές εμφανίζεται ένας μεγάλος αριθμός μακροφάγων στις πνευματικές κυψελίδες και η λειτουργία και ο μεταβολισμός αυτών των κυττάρων εμφανίζουν ανωμαλίες. Όταν συγκρίνονται με τους μη καπνιστές, οι καπνιστές εμφανίζουν μικρή αύξηση του ολικού αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και των επιπέδων στον ορό την IgE, καθώς και μικρή μείωση των επιπέδων της βιταμίνης C στα λευκά αιμοσφαίρια, της λευκωματίνης και του ουρικού οξέος στον ορό. Στους καπνιστές η αναλογία της HDL/LDL χοληστερόλης είναι μειωμένη. Οι καπνιστές εμφανίζουν επίσης μείωση των επιπέδων προστακυκλίνης (PGI<sub>2</sub>).

### **Όταν είστε έτοιμοι να κόψετε το κάπνισμα**

Διαλέξτε μια μέρα για να κόψετε το κάπνισμα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου χωρίς στρες. Για παράδειγμα, μην προσπαθήσετε να κόψετε το κάπνισμα κατά τη διάρκεια διακοπών, όταν θα μπορεί να μπείτε σε πειρασμό να φάτε περισσότερο. Διακοπή στην διάρκεια μιας στρεσογόνου στιγμής στη δουλειά ή στο σπίτι μπορεί να σας προκαλέσει επιπλέον τσιμπήματα φαγητού ή μία υποτροπή στο κάπνισμα.

Προσπαθήστε να επικεντρωθείτε στην παραίτηση απ' το κάπνισμα και στην γιατρεία του σώματός σας. Ο πρώτος σας στόχος θα πρέπει να είναι να διακόψετε το κάπνισμα και να επιτρέψετε στο σώμα σας να θεραπευτεί από τις επιπτώσεις της νικοτίνης. Αφού αισθανθείτε καλύτερα και δεν καπνίζετε, δουλέψτε περισσότερο στην βελτίωση των διατροφικών σας συνηθειών και στη φυσική σας κατάσταση για να σας βοηθήσει να χάσετε βάρος που μπορεί να έχετε κερδίσει<sup>25</sup>

### **Τι προκαλεί την αύξηση του βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος**

Όταν η νικοτίνη, ένα χημικό μέσα στον καπνό του τσιγάρου, αφήνει το σώμα σας, τότε μπορεί να παρατηρήσετε:

- § Μικρή περίοδο αύξησης βάρους. Η νικοτίνη κρατάει το σώμα σας χαμηλό σε βάρος, και όταν διακόπτετε το κάπνισμα, το σώμα σας επιστρέφει στο βάρος που θα είχε εάν δεν καπνίζατε ποτέ.
- § Μπορεί να κερδίσετε 3 ως 5 κιλά λόγω της κατακράτησης υγρών στην διάρκεια της πρώτης εβδομάδας μετά την διακοπή.
- § Ανάγκη για λιγότερες θερμίδες. Αφού σταματήσετε το κάπνισμα, ίσως να χρησιμοποιήσετε λιγότερες θερμίδες απ' ότι όταν καπνίζατε.

### **Γίνετε σωματικά πιο ενεργητικοί**

Με το να γίνετε σωματικά πιο ενεργητικοί είναι ένας υγιεινός τρόπος για να ελέγξετε το βάρος σας και να πάρετε το μυαλό σας από το κάπνισμα. Σε μία μελέτη,



γυναίκες που σταμάτησαν το κάπνισμα και πρόσθεσαν 45 λεπτά περπάτημα την ημέρα κέρδισαν λιγότερο από 3 κιλά. Επιπροσθέτως, για να βοηθήσετε στον έλεγχο του βάρους, η γυμναστική αυξάνει την ενέργεια σας, ενισχύσει την αυτοπεποίθησή σας, βελτιώνει την υγεία σας, και μπορεί να σας βοηθήσει να αποβάλλετε το στρες και την κατάθλιψη που προκαλούνται από την έλλειψη της νικοτίνης στο σώμα σας.

Μπορείτε να γίνετε περισσότερο σωματικώς ενεργητικοί ξοδεύοντας λιγότερο χρόνο κάνοντας δραστηριότητες που χρησιμοποιούν λίγη ενέργεια, όπως παρακολουθώντας τηλεόραση και παίζοντας video games, και ξοδεύοντας περισσότερο χρόνο στις φυσικές δραστηριότητες. Προσπαθήστε να κάνετε τουλάχιστον 30 λεπτά σωματικής άσκησης την ημέρα τις περισσότερες ημέρες την εβδομάδα. Οι ασκήσεις δεν είναι ανάγκη να γίνουν όλες μία φορά. Μπορούν να γίνουν με μικρές διακοπές – 10 λεπτά τώρα, 20 λεπτά αργότερα – αρκεί να είναι συνολικά 30 λεπτά την ημέρα. Απλοί τρόποι για να γίνετε περισσότερο σωματικά ενεργητικοί συμπεριλαμβάνονται η κηπουρική, οι δουλειές του σπιτιού, κουρευώντας το γκαζόν, παίζοντας με τα παιδιά, και πηγαίνοντας με τις σκάλες αντί για το ασανσέρ.

#### Βελτιώστε τις διατροφικές σας συνήθειες

Προσπαθήστε σταδιακά να βελτιώσετε τις διατροφικές σας συνήθειες. Αλλάζοντας τις διατροφικές σας συνήθειες πολύ γρήγορα μπορεί να προσθέσετε άγχος στο ήδη υπάρχον καθώς προσπαθείτε να κόψετε το κάπνισμα. Τρώγοντας ποικιλία τροφών είναι ένας καλός τρόπος για να βελτιώσετε την υγεία σας. Για να βεβαιωθείτε ότι παίρνετε όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται για την καλή υγεία, διαλέξτε ποικιλία φαγητών από κάθε ομάδα της πυραμίδας καθημερινά. Για μία υγιεινή διαίτα, χρησιμοποιήστε την πυραμίδα ως οδηγό για τις καθημερινές σας επιλογές φαγητού και σιγουρευτείτε ότι:

- Τρώτε άφθονα πράσινα προϊόντα, λαχανικά και φρούτα
- Διαλέξτε φαγητά με χαμηλά λιπαρά και χαμηλών θερμίδων πιο συχνά. Διαλέξτε χαμηλών λιπαρών καθημερινά προϊόντα, ισχνά κρέατα, ψάρια, πουλερικά και δοκιμάστε ξηρά φασόλια για να πάρετε τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεστε χωρίς πολλές θερμίδες και λίπη
- Διαλέξτε λιγότερο συχνά υψηλά σε λίπος και ζάχαρη και χαμηλά σε θρεπτικά συστατικά.<sup>31</sup>

#### 4.4.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στον ανθρώπινο οργανισμό είναι οι ακόλουθες:

- Η πιθανότητα θανάτου είναι περίπου 70% υψηλότερη για τους άνδρες που καπνίζουν από τους άνδρες που δεν καπνίζουν. Η πιθανότητα είναι σημαντικά υψηλότερη για τις γυναίκες που καπνίζουν από εκείνες που δεν καπνίζουν.
- Η πιθανότητα θανάτου από χρόνια βρογχίτιδα και εμφύσημα είναι από 3 έως 20 φορές μεγαλύτερη, εξαρτώμενη από την ηλικία του καπνιστή και τη συνολική ποσότητα που κάπνισε.
- Η πιθανότητα θανάτου από νόσο των στεφανιαίων αγγείων – είναι ο μεγαλύτερος φονιάς των καπνιστών και των μη καπνιστών εξίσου – είναι 70% μεγαλύτερη για τους καπνιστές.<sup>32</sup>
- Έχετε πολύ περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσετε καρκίνο του πνεύμονα από έναν μη καπνιστή. Για τους άνδρες είναι 22 φορές πιο πιθανόν να αναπτύξουν καρκίνο του πνεύμονα, ενώ για τις γυναίκες που καπνίζουν είναι 12 φορές πιο πιθανόν,
- Έχετε διπλάσιες πιθανότητες να πάθετε έμφραγμα από έναν μη καπνιστή.<sup>31</sup>
- Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται καθημερινά, τόσο υψηλότερο είναι το ποσοστό θανάτου: για τους άνδρες που καπνίζουν λιγότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα, το ποσοστό θανάτου είναι 40% υψηλότερο από αυτό των μη καπνιστών, για αυτούς που καπνίζουν 10 ως 19 τσιγάρα την ημέρα, 70% υψηλότερο, για εκείνους που καπνίζουν 40 ή περισσότερα την ημέρα, 120% υψηλότερο.
- Η διάρκεια ζωής μεταξύ των ανδρών έχει μειωθεί από ένα μέσο όρο 8 ετών στους βαρείς ( πάνω από 2 πακέτα την ημέρα) καπνιστές και ένα μέσο όρο 4 ετών στους ελαφρούς (λιγότερο από μισό πακέτο την ημέρα) καπνιστές.
- Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος γι' αυτούς που αρχίζουν το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία.
- Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος γι' αυτούς που εισπνέουν τον καπνό.
- Το ποσοστό θανάτου για τους καπνιστές που καπνίζουν πούρα και πίπα, οι οποίοι συνήθως δεν εισπνέουν τον καπνό, δεν είναι σημαντικά υψηλότερο από εκείνα τα άτομα που δεν καπνίζουν καθόλου.

- Εργαζόμενοι που καπνίζουν τόσο πολύ όσο ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, περνούν 1/3 περισσότερο χρόνο μακριά από την δουλειά τους εξαιτίας ασθένειας από ότι άνθρωποι που δεν καπνίζουν ποτέ.
- Η σχέση μεταξύ καπνίσματος πίπας και καρκίνου του χείλους φαίνεται να έχει διαπιστωθεί.
- Μία σχέση επίσης υπάρχει μεταξύ καπνίσματος τσιγάρων και καρκίνου του παγκρέατος και του νεφρού.
- Οι καπνιστές έχουν αρκετά αυξημένο κίνδυνο θανάτου από γρίπη και πνευμονία.<sup>32</sup>

Τα πλεονεκτήματα από την διακοπή του καπνίσματος είναι τα ακόλουθα:

- § Το σώμα σας αρχίζει να θεραπεύεται από τις επιπτώσεις της νικοτίνης μέσα σε 12 ώρες από το τελευταίο τσιγάρο.
- § Η καρδιά και οι πνεύμονες αρχίζουν να διορθώνουν τη ζημιά που προκλήθηκε από το κάπνισμα του τσιγάρου.
- § Αναπνέετε ευκολότερα και ο βήχας του καπνιστή αρχίζει να υποχωρεί.
- § Μειώνεται ο κίνδυνος ασθένειας και θανάτου από καρδιακή νόσο, εγκεφαλικό, χρόνια βρογχίτιδα, εμφύσημα, καρκίνο του πνεύμονα και άλλους τύπους καρκίνου.
- § Συμβάλλετε στον καθαρό αέρα, ειδικότερα για τα παιδιά που κινδυνεύουν να αρρωστήσουν επειδή εισπνέουν τον καπνό άλλων.<sup>31</sup>

#### 4.5 ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΑΛΚΟΟΛ

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη 'al kohl'. Το αλκοόλ το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο  $C_2H_5OH$ . Ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης.

Άλλα είδη αλκοόλης μπορούν να παραχθούν προσθέτοντας ή αφαιρώντας άτομα άνθρακος και υδρογόνου. Η αιθυλική αλκοόλη όμως, είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση. Σύμφωνα με τον Julien (1978), η αιθυλική αλκοόλη ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό το οποίο έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει μία γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.<sup>33</sup>

Το 90% περίπου, του γενικού πληθυσμού καταναλώνει αλκοολούχα ποτά και στους άνδρες το 40 ως 50% εμφανίζονται προσωρινά προβλήματα από το αλκοόλ, ενώ μόνο το 10% περίπου των ανδρών και 3 ως 5% των γυναικών εμφανίζουν επίμονα και μόνιμα προβλήματα (αλκοολισμός). Ο συνήθης αλκοολικός έχει οικογένεια, εργάζεται και μόνο το 5% ξεφεύγει από αυτό τον κανόνα.<sup>25</sup> Το 1981 στις Ηνωμένες Πολιτείες ο μέσος όρος κατανάλωσης ήταν 2,7 γαλλόνια αιθανόλης και 3 γαλλόνια κρασιού. Στις ΗΠΑ και στη Σουηδία το 10% του πληθυσμού πάνω από 15 χρονών είναι ταξινομημένος ως εθισμένος ή χρόνιος αλκοολικός.<sup>34</sup>

##### **Λόγοι χρήσης οινοπνευματωδών ποτών**

Οι σπουδαιότεροι λόγοι που αναφέρονται στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών και για τα δύο φύλα και στις τέσσερις ηλικιακές ομάδες είναι «για το κέφι» και «για την παρέα». Σημαντικά ποσοστά, επίσης, παρατηρούνται και στην κατηγορία «για ν' αλλάξω τη διάθεσή μου, να φτιαχτώ, να ηρεμήσω, να χαλαρώσω, επειδή έχω αϋπνία, ή προβλήματα στις σχέσεις μου με τους άλλους». Στην τελευταία αυτή κατηγορία ανήκει το 8,0% των ανδρών και το 5,1% των γυναικών ηλικίας 25-44 ετών και το 5,7% των ανδρών και το 5,1% των γυναικών αντίστοιχα ηλικίας 45-64 ετών.

Πίνακας XXVII. Σταθμισμένη % κατανομή «Ποιοι είναι οι σπουδαιότεροι λόγοι που σας κάνουν να πίνετε;». Στις ηλικιακές ομάδες 18-35 και 36-64 ετών.

Για την παρέα	6,7	4,4
Για το κέφι		
18-35		
36,9		
35,5	17,8	32,9
36-64		
32,5	3,0	4,5
25,8		
Για να αλλάξω τη διάθεσή μου/ να φτιαχτώ, από νευρικότητα/ για να ηρεμήσω/ να χαλαρώσω/ προβλήματα στις σχέσεις, αϋπνία		
Για τη γεύση με το φαγητό, από συνήθεια		
Από περιέργεια ή για κάποιο άλλο λόγο <sup>35</sup>		

#### 4.5.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Η αιθυλική αλκοόλη ανάλογα με την πυκνότητά της στο αίμα εξασκεί φαρμακολογική δράση και επηρεάζει τη λειτουργία πολλών συστημάτων και οργάνων. Αν και η κύρια δράση της αφορά το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) προκαλεί ταχυκαρδία, πτώση της πρέσσεως, πολυουρία, γαστρίτιδα, και δυσαπορρόφηση πολλών σημαντικών θρεπτικών συστατικών (βιταμίνες, ασβέστιο, ψευδάργυρος, μαγνήσιο κ.α.) που είναι σημαντικά για πολλές λειτουργίες διαφόρων οργάνων.<sup>6</sup>

##### Διαιτητικοί παράγοντες

Οποιαδήποτε βιταμίνη που απορροφάται από το λεπτό έντερο με ενεργητική μεταφορά ή αποθηκεύεται στο ήπαρ μπορεί να ελλείπει στους αλκοολικούς. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται το φυλλικό οξύ, η πυροδοξίνη (B<sub>6</sub>), η θειαμίνη (B<sub>1</sub>), το νικοτινικό οξύ, η νιασίνη (B<sub>3</sub>), και η βιταμίνη Α.<sup>25</sup>

Η δράση της αιθυλικής αλκοόλης στο ΚΝΣ εξαρτάται απόλυτα από το επίπεδο της στο αίμα (βαθμός δηλητηρίασης). Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται όταν η συγκέντρωση στο αίμα ξεπεράσει τα 40mg%. Σε μία πρώτη φάση εξασθενεί η μνήμη και η προσοχή, ο λόγος γίνεται φλύαρος (σπάνια και έξυπνος), ενώ η αυτοπεποίθηση περυσεύει. Προοδευτικά παρατηρούνται διαταραχές στο συναίσθημα που «αιωρείται» και δεν είναι σπάνιες οι συναισθηματικές εκρήξεις. Η εκτέλεση λεπτών χειρισμών και η αντίδραση σε ερεθίσματα παραβλάπτονται σοβαρά. Σε μεγαλύτερες αυξήσεις της συγκέντρωσης η συνείδηση προοδευτικά «θολούται» και τελικά επέρχεται κώμα (απώλεια συνειδήσεως). Ο θάνατος είναι σπάνιος σε οξεία δηλητηρίαση, αλλά μπορεί να συμβεί από παράλυση του κέντρου αναπνοής, όταν η πυκνότητα στο αίμα υπερβεί τα 450-500mg%. Το «ευφορικό» αποτέλεσμα της ελαφριάς δηλητηρίασεως δίνει την εντύπωση πως η δράση της αλκοόλης στο ΚΝΣ είναι ερεθιστική. Στην πραγματικότητα η αλκοόλη είναι το πιο ισχυρό κατασταλτικό του ΚΝΣ που μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς ιατρική συνταγή. Το «διεγερτικό» αποτέλεσμα είναι συνέπεια της καταστολής ανασταλτικών κέντρων του εγκεφάλου που αφήνουν έτσι «αχαλίνωτες» διεγερτικές εγκεφαλικές λειτουργίες. Σε μεγαλύτερες όμως πυκνότητες η καταστολή γενικεύεται και το αποτέλεσμα είναι όμοιο με αυτό των αναισθητικών φαρμάκων.

Η πυκνότητα της αιθυλικής αλκοόλης στο αίμα δεν εξαρτάται μόνο από την ποσότητα που καταναλώθηκε. Έτσι το βάρος του σώματος, το περιεχόμενο του στομάχου, το είδος του ποτού και οι συνυπάρχουσες παθήσεις επηρεάζουν την απορρόφηση, το μεταβολισμό και την κατανομή στους ιστούς της αιθυλικής αλκοόλης. Κατά μέσο όρο όμως η χορήγηση 40gr αλκοόλης (100κ.εκ. Whisky) σε ένα φυσιολογικό άτομο θα

ανεβάσει την αλκοόλη του αίματος στα 70-80mg% και θα προκαλέσει μετρητές διαταραχές. Σε επίπεδα 150-200mg% το αποτέλεσμα αντιστοιχεί στην εικόνα της «μέσης βαρύτητας μέθης», ενώ σε πυκνότητες πάνω από 350mg% έχουμε βαριά δηλητηρίαση με αιθυλική αλκοόλη (σύγχυση και κόμα).<sup>6</sup>

Οι βλάβες που μπορεί να προκαλέσει το αλκοόλ είναι:

- Ø Αφυδάτωση
- Ø Στομαχικές διαταραχές (γαστρίτιδα, αιμορραγίες, έλκη)
- Ø Υψηλή πίεση
- Ø Έλλειψη βιταμινών
- Ø Σεξουαλικές δυσκολίες
- Ø Εγκεφαλικές βλάβες
- Ø Αρρώστιες των μυών
- Ø Προβλήματα στο νευρικό σύστημα
- Ø Ηπατικές βλάβες
- Ø Καρκίνο στόματος, λάρυγγα και οισοφάγου
- Ø Περισσότερες επιπλοκές στους διαβητικούς

Εάν πίνετε λίγο και όχι πολύ συχνά, οι κίνδυνοι για την υγεία σας είναι πολύ μικροί. Όσο όμως η συχνότητα και η ποσότητα αυξάνονται, τόσο αυξάνονται και οι κίνδυνοι. Το πιο σημαντικό είναι να γνωρίζετε την ποσότητα του αλκοόλ που περιέχει το ποτό σας και πώς να το συγκρίνετε με τα διάφορα ποτά.

Διεθνώς έχουν θεσπιστεί όρια κατανάλωσης του αλκοόλ για ασφαλή χρήση στους ενήλικες. Αυτά τα όρια είναι:

- Μέχρι 21 μονάδες για τους άνδρες και
- Μέχρι 14 μονάδες για τις γυναίκες μοιρασμένες μέσα στην εβδομάδα

Μία μονάδα είναι: ή 1 μικρό ποτήρι μύρα

ή ½ μεγάλο ποτήρι μύρα

ή 1 ποτήρι ουίσκι ή άλλο ποτό της ίδιας κατηγορίας

ή 1 ποτήρι κρασί

ή 1 ποτήρι λικέρ

ή 1 ούζο

Αυτά με τον συνηθισμένο τρόπο σερβιρίσματος, παρέχουν την ίδια περίπου ποσότητα αλκοόλ.

Το επίπεδο του αλκοόλ αυξάνει με κάθε μονάδα που πίνετε. Κατά μέσο όρο ο οργανισμός χρειάζεται 1 ώρα για να απαλλαγεί από κάθε μονάδα οινοπνεύματος. Εάν η πρόσληψη περισσότερων μονάδων ξεπερνιέται καθημερινά τότε θα έχουμε τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν. Εάν αυτό συμβαίνει τα Σαββατοκύριακα τότε έχουμε αύξηση των ατυχημάτων. Τα όρια που προαναφέρθηκαν είναι μία πολύ θεωρητική προσέγγιση. Δεν υπάρχει σίγουρος τρόπος να προσδιορίσει κανείς πότε κάθε άτομο μπορεί να φθάσει στο όριο γιατί αυτό διαφέρει και ποικίλλει ανάλογα με το βάρος, το φύλο, την ηλικία και άλλους παράγοντες. Ο μόνος τρόπος για να είναι κανείς σίγουρος είναι να μην πίνει καθόλου όταν πρόκειται να οδηγήσει.

Και μην ξεχνάτε:

- Μην περιμένετε να γίνετε αλκοολικοί για να ελέγξετε τις συνήθειες στο ποτό
- Μετρήστε πόσες μονάδες αλκοόλ καταναλώνετε τη μέρα και πόσες την εβδομάδα
- Προσέξτε την κατανομή τους μέσα στην εβδομάδα
- Αν πίνετε πάνω από τα όρια, προσπαθήστε να ελέγξετε, πότε πίνετε και τροποποιήστε τις δραστηριότητες σας για να αποφύγετε τις συντροφιές κατά τις ημέρες ή τις ώρες που πίνετε περισσότερο
- Πιείτε ποτά με χαμηλή περιεκτικότητα αλκοόλ
- Δεν χρειάζεστε πολύ ποτό για να διασκεδάσετε<sup>36</sup>

### **Θεραπεία**

Οι βασικές παράμετροι που θα μπορούσαν να συμβάλλουν θετικά σε οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα είναι οι εξής: α) Αναγνώριση και αξιολόγηση του προβλήματος. β) Μεγάλη σημασία έχει η στάση μας στη πρώτη επαφή με τον προβληματικό πότη. γ) Χρειάζεται επίμονη προσπάθεια για τη λεπτομερή αξιολόγηση κάθε πτυχής της γενικότερης υγείας και των δραστηριοτήτων του ατόμου.

Κατάρτιση θεραπευτικού προγράμματος.

#### **§ Αποτοξίνωση**

Η αποτοξίνωση δεν είναι θεραπεία για αλκοολισμό αλλά μία περίοδο αποχής από το αλκοόλ με στόχο την προετοιμασία του ατόμου για απεξάρτηση και ανάρρωση.

#### **§ Αντιμετώπιση οργανικών ή και ψυχιατρικών διαταραχών:**

Όπως και στην προηγούμενη περίπτωση, ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο ή ψυχιατρείο για την αντιμετώπιση πιθανών διαταραχών εξαρτάται από την κατάσταση



που βρίσκεται ο αλκοολικός. Συνήθως πολλά από τα προβλήματα που παρουσιάζουν οι προβληματικοί πότες μπορούν να αντιμετωπιστούν στα εξωτερικά ιατρεία και όχι στα νοσοκομεία και στις κλινικές.

#### Θεραπευτικό πρόγραμμα

Θα πρέπει η σχέση του θεράποντος και του θεραπευομένου να είναι ειλικρινής και να υπάρχει μεταξύ τους εμπιστοσύνη. Δεν θα πρέπει ο θεράπων να λέει ψέματα στον θεραπευομένο, αλλά να του λέει την αλήθεια. Επίσης κάθε θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να εμπεριέχει κατάρτιση εφικτών θεραπευτικών στόχων. Επιπλέον απαραίτητη είναι η υποστήριξη της οικογένειας του αλκοολικού.

#### Διαχρονική παρακολούθηση

Η διαχρονική παρακολούθηση του προβληματικού πότη και η συνεχής υποστήριξη του ιδίου και της οικογένειας του επιβάλλει για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους.<sup>37</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

#### 5.1 Η ΣΧΕΣΗ ΥΓΕΙΑΣ - ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας. Η έννοια της υγείας είναι σχετική και πρακτικά ποτέ απόλυτη. Είναι περισσότερο μια δυναμική ισορροπία ανάμεσα στο άτομο και στο εξελισσόμενο περιβάλλον του, μία ισορροπία όμως που απαιτεί την ικανοποίηση των βασικών – στοιχειωδών αναγκών του ατόμου.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας ενός ατόμου και ενός πληθυσμού ατόμων γενικότερα. Ένας πολύ σημαντικός είναι η εργασία. Η εργασία επιδρά στην υγεία, όχι μόνο στο στενό εργασιακό περιβάλλον, αλλά και μέσω των ευρύτερων περιβαλλοντικών συνθηκών που συναρτώνται από αυτή, και της κοινωνικής οργάνωσης που αυτή προσδιορίζει. Πράγματι μια σειρά παραμέτρων που προσδιορίζουν το επίπεδο υγείας σε ένα πληθυσμό, όπως η αλλοίωση του περιβάλλοντος, η δημογραφική εξέλιξη, η οικονομική και τεχνολογική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, οι διατροφικές συνήθειες, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας κ.α. έχουν άμεση σχέση με το βαθμό, το είδος και τις συνθήκες απασχόλησης και άρα με την εργασία. Οι πιο πάνω παράμετροι συμμετέχουν στον προσδιορισμό του ρυθμού και του τύπου ανάπτυξης μιας χώρας, έτσι ώστε η σχέση εργασίας – υγείας – ανάπτυξης είναι μία σχέση πολυδύναμη, μέσα στην οποία οι διάφορες συνιστώσες, παίρνουν άλλοτε τη μορφή του αιτίου και άλλοτε του αιτιατού. Με άλλα λόγια η υγεία επηρεάζει την δυνατότητα για εργασία και η εργασία επηρεάζει το επίπεδο της υγείας, είτε ασκώντας βλαπτική επίδραση, είτε προάγοντάς την.<sup>38</sup>

Πιο συγκεκριμένα:

Η καταναλούμενη ενέργεια, που στην περίπτωση της σωματικής εργασίας αποδίδεται κυρίως ως μηχανικό έργο, και που για την αναπλήρωση του απαιτείται ανάλογη θερμιδική πρόσληψη με τη διατροφή. Σε καθεστώτα εξαναγκαστικής εργασίας η αποζημίωση των εργαζομένων γινόταν μόνο με τροφή ανάλογου θερμιδικού ισοδυναμίου, που η διαβάθμιση της ανταποκρινόταν στις διαφορετικές δαπάνες μηχανικής ενέργειας.

Η οφειλόμενη στην εργασία ψυχολογική επιβάρυνση δύσκολα μετράται, έχει όμως προφανείς επιπτώσεις στην παραγωγικότητα, σχετίζεται με τον απουσιασμό, (ό-

ταν αυτός δεν είναι αποτέλεσμα υφιστάμενης βιολογικής φθοράς), μεγαλύτερη φθορά των μέσων παραγωγής και υψηλή επίπτωση εργατικών ατυχημάτων.

Οι κοινωνικές επιπτώσεις ( κοινωνικό κόστος ) της εργασίας, και ειδικότερα μερικών μορφών αυτής ποικίλουν. Θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τις επιπτώσεις της νυχτερινής εργασίας ή της εργασίας σε εναλασσόμενη βάρδια. Οι κοινωνικές επιπτώσεις της εργασίας βαρύνουν κατά μεγάλο μέρος το κοινωνικό σύνολο. Η επιχείρηση και άρα το κόστος της εργασίας επιβαρύνεται είτε με αυξήσεις των μισθών και ημερομισθίων, είτε με τη μείωση του χρόνου εργασίας π.χ. γονικές άδειες , είτε με άμεσες παροχές σε είδος π.χ. ίδρυση βρεφονηπιακών σταθμών στις επιχειρήσεις.

Η εφαρμογή μέτρων υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας απαιτεί εκπαίδευση των εργαζομένων, εξειδίκευση στελεχών της επιχείρησης , δημιουργία νέων θέσεων εργασίας. Αυτοί οι παράμετροι αυξάνουν το κόστος της εργασίας. Με τον τρόπο όμως αυτό η επιχείρηση δημιουργεί ικανά στελέχη χρήσιμα για την ίδια ή για άλλες επιχειρήσεις, αυξάνει δηλαδή την αξία του «ανθρώπινου κεφαλαίου».<sup>39</sup>

## 5.2 ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Μετά από έρευνα που διεξήχθη στο νοσοκομείο «Υγείας Μέλαθρο» που ανήκει σε ένα μεγάλο δημόσιο ασφαλιστικό οργανισμό το Τ.Υ.Π.Ε.Τ. διαπιστώθηκε η έντονη ανησυχία του προσωπικού τόσο για το περιβάλλον εργασίας όσο και για τις διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στους εργαζόμενους και τη διοίκηση του νοσοκομείου. Ειδικά για τους νοσηλευτές διακρίναμε την επιθυμία τους για κατάρτιση καθηκοντολογίου και το μεγάλο βάρος που δίνουν στο ρόλο του προϊσταμένου/νης στην αποδοτικότητα και παραγωγικότητά τους.

Η επιθυμία των νοσηλευτών για υψηλού επιπέδου και ποιοτική προσφορά υπηρεσιών είναι έντονη, αν και συναντά δυσκολίες κυρίως από το Λειτουργικό Σύστημα, όσον αφορά τη νοσηλευτική Διοίκηση, το οποίο ακόμα εφαρμόζεται στα Ελληνικά Νοσοκομεία. Ίσως είναι πλέον καιρός να αναζητηθούν νέα Συστήματα Οργάνωσης της Νοσηλευτικής Διοίκησης που ήδη εφαρμόζονται σε νοσοκομεία της Αγγλίας και της Βορείου Αμερικής. Η εφαρμογή αυτών των εφαρμοσμένων προτύπων διοίκησης σε συνδυασμό με τη διαρκή επιμόρφωση των νοσηλευτών θα δώσει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να προσφέρουν την ποιοτική και υψηλού επιπέδου φροντίδα στους ασθενείς.<sup>40</sup>

Οι εργασιακές συνθήκες συμπεριλαμβάνουν τη δυνατότητα του προσωπικού να παρεμβαίνει στον καθορισμό του ωραρίου του, των ρεπό του και των διακοπών του. Οι νοσηλευτές με αρκετά χρόνια προϋπηρεσία θεωρούν ότι η δυνατότητα παρέμβασης στο ωράριό τους αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα «συγκράτησης» γι' αυτούς. Οι νοσηλευτές με λίγα χρόνια προϋπηρεσία δεν θεωρούσαν σημαντικό παράγοντα ικανοποίησης τη δυνατότητα επέμβασης στο ωράριό τους. Οι νοσηλευτές επανειλημμένα έχουν ζητήσει κάποιο βαθμό υπευθυνότητας στην εργασία τους, βάρδιες 8 ωρών, να εργάζονται κάθε δεύτερο Σαββατοκύριακο και δεύτερες διακοπές. Το ευέλικτο ωράριο στην ίδια έρευνα ανήκει στους αναμφισβήτητους παράγοντες επαγγελματικής ικανοποίησης που μπορούν να κάνουν την ειδοποιό διαφορά στο ήθος του προσωπικού.<sup>41</sup>

Η εργασία όμως σε κυκλικό ωράριο που επικρατεί σήμερα, σύμφωνα με έρευνα του Αν. Καθηγητή της Ιατρικής σχολής του Harvard, Ichiro Kawachi, αυξάνει τον κίνδυνο των καρδιακών επεισοδίων στις γυναίκες κατά 70%. Η εργασία εστιάστηκε στο νοσηλευτικό επάγγελμα γιατί είναι από τα λίγα επαγγέλματα στα οποία ένας μεγάλος αριθμός γυναικών εργάζονται και νύχτα. Το βραδυνό ωράριο θεωρήθηκε ως στρεσογόνος παράγοντας. Το 1988 ο πληθυσμός της μελέτης ήταν 79.000 νοσηλεύτριες από τις οποίες το 59% εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο (τουλάχιστον 3 νύχτες το μήνα σε συν

δυνατό με πρωινά και απογευματινά ωράρια). Από το 1988 έως το 1992 από τις γυναίκες που απάντησαν 292 είχαν παρουσιάσει καρδιακά επεισόδια εκ των οποίων τα 44 ήταν θανατηφόρα. Στη παρουσίαση των αποτελεσμάτων ο Dr. Kawachi δήλωσε: «Μετά από εξομοίωση για παράγοντες όπως το κάπνισμα, η υπέρταση, η παχυσαρκία, η υψηλή συγκέντρωση χοληστερόλης, και η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ βρήκαμε έναν ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο κατά 70% στις γυναίκες που δουλεύουν κυκλικό ωράριο.» Άλλα προβλήματα που δημιουργεί το κυκλικό ωράριο σύμφωνα με τους Ελβετούς ειδικούς είναι ο κάματος, η απώλεια της όρεξης, τα έλκη οι δυσκολίες στον ύπνο, η αναποτελεσματικότητα των υπνωτικών δισκίων. Εξαιτίας αυτών των προβλημάτων το 15-20% των εργαζομένων σε κυκλικό ωράριο εγκαταλείπουν την εργασία τους.

Σ' ένα πρόσφατο άρθρο του British Journal of Nursing (B.J.N., Apr.1998) με τίτλο «Το ΕΣΥ (NHS) μπορεί να βλάψει την υγεία σου» από τον εκδότη κ. Helen Scott μεταξύ άλλων αναφέρει: Οι εργαζόμενοι στο ΕΣΥ υποφέρουν από ψυχολογικά προβλήματα και ασθένειες συγκριτικά με άλλους επαγγελματίες. Αυτό οδηγεί στην υποβάθμιση εργατικού δυναμικού και στα υψηλά επίπεδα εμφάνισης ασθενειών. Ποσοστό 29-48% των νοσηλευτών δοκιμάστηκαν από ψυχολογικές ενοχλήσεις δηλαδή από την απλή συναισθηματική εξουθένωση ως την αυτοκτονία. Όλα αυτά ήταν συνέπεια πιέσεων από το φόρτο εργασίας και την επίδρασή τους στην προσωπική ζωή με συνέπεια της έλλειψης προσωπικού, της έλλειψης χρόνου στην εξατομικευμένη υποστήριξη του αρρώστου. Το 1995 οι ασθένειες από προβλήματα της οσφυϊκής χώρας του προσωπικού έφθασαν στο 40%. Αυτοί οι παράγοντες έχουν επιφέρει αύξηση των απουσιών από ασθένειες, αποχωρήσεις και πρόωρη συνταξιοδότηση». Πάνω από κάθε σύστημα προέχει η ακεραιότητα του ατόμου είτε ως εργαζόμενος είτε ως ασθενής. Μόνο έτσι κρίνεται η επιτυχία εφαρμογής του κάθε σχεδίου. Ο ικανοποιημένος εργαζόμενος νοιώθει ότι σε κάθε περίπτωση στηρίζεται, υποστηρίζεται και φροντίζεται με συνέπεια ο ασθενής να απολαμβάνει την ποιοτική φροντίδα και τελικά να νοιώθει και εκείνος ικανοποίηση.<sup>42</sup>

### 5.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΡΥΘΜΟΙ

Ένα θέμα πολύ σημαντικό για τους νοσηλευτές είναι ο συγχρονισμός του βιολογικού μας ρολογιού με το ρολόι του χεριού μας. Το βιολογικό ρολόι είναι ένας μηχανισμός του εγκεφάλου, ο οποίος ρυθμίζει για 24 ώρες όλες τις βιολογικές λειτουργίες. Είναι με δύο λόγια ένα εγκεφαλικό ρολόι που λειτουργεί στους πραγματικούς ρυθμούς του σώματός μας και δεν μπορούμε να το επηρεάσουμε. Πρέπει να το σεβόμαστε και να το υπακούμε. Διότι καταλαβαίνετε, είναι επικίνδυνο να ζει κανείς ενάντια στο βιολογικό ρολόι όταν έχει ένα τέτοιο επάγγελμα που απαιτεί προσοχή κι η ηγεσία της νοσηλευτικής υπηρεσίας πρέπει να το λαμβάνει αυτό πολύ σοβαρά υπ' όψιν.<sup>43</sup>

Το 20% των εργαζομένων στις υπηρεσίες ή στη βιομηχανία εργάζονται σε *νυχτερινή βάρδια*. Οι διάφορες βιολογικές λειτουργίες κάθε ζωικού οργανισμού ποικίλλουν με βάση ένα 24ωρο κύκλο (κυρκάρδιος ρυθμός). Διάφοροι εξωτερικοί μεταβαλλόμενοι παράγοντες συγχρονίζουν τον ζωικό οργανισμό και ρυθμίζουν τον 24ωρο βιολογικό του κύκλο. Οι παράγοντες αυτοί λέγονται συγχρονιστές. Οι κυριότεροι συγχρονιστές είναι: εναλλαγή ημέρας – νύχτας, ρυθμοί εργασίας, ωράριο γευμάτων, ωράριο ύπνου.

Από τον *βιολογικό ρυθμό* εξαρτώνται διάφορες λειτουργίες όπως: ύπνος, καρδιακός ρυθμός, λειτουργία αυτόνομου νευρικού συστήματος, αρτηριακή πίεση, ορμονικές εκκρίσεις, θερμοκρασία του σώματος, μεταβολισμός, εγρήγορση, ψυχολογική διάθεση...<sup>39</sup>

Η θερμοκρασία, πιο συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της ημέρας αυξάνεται, σημειώνοντας την ανώτερη τιμή της αργά το πρωί ή νωρίς τ' απόγευμα. Μειώνεται τις απογευματινές ώρες και συνεχίζει την περίοδο της νύχτας, εμφανίζοντας κατώτερη τιμή τις πρωινές ώρες 3-6 π.μ., όπου και αυξάνονται οι πιθανότητες σφάλματος από τους επαγγελματίες υγείας.

Γι' αυτό το πρωί που η θερμοκρασία είναι υψηλή οι ανθρώπινες δραστηριότητες είναι πιο αποδοτικές.

Η καρδιακή λειτουργία και η αρτηριακή πίεση αυξάνονται στη φάση εργασίας και μειώνονται κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Στο νυχτερινό ύπνο η αρτηριακή πίεση ελαττώνεται όπως και η καρδιακή συχνότητα διότι είναι βαθύτερος και πιο ξεκούραστος από τον πρωινό, που ακολουθεί τη νυχτερινή εργασία.

Σύμφωνα με τον Halberg (1959) τα επίπεδα των κορτικοστεροειδών στην κυκλοφορία του αίματος αυξάνονται μόλις πριν τη διαδικασία της εγρήγορσης. Πρόκειται

για έναν μηχανισμό του κεντρικού νευρικού συστήματος ο οποίος διεγείρει την καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία, προετοιμάζοντας τον οργανισμό για έγερση.

Πόσες φορές, δεν έχουμε παρατηρήσει, να ξυπνάμε το πρωί πριν το ρολόι μας χτυπήσει την προγραμματισμένη ώρα;

Τα επίπεδα της ακετυλοχολίνης, των γαστρεντερικών ορμονών, των ηλεκτρολυτών επιδρούν μεταβάλλοντας λειτουργίες συμπεριφοράς όπως διάθεση, ύπνος, δείκτης νοημοσύνης.

Οι κυρκάρδιοι ρυθμοί έχουν ενδογενή βάση ελέγχου όπως π.χ. τα κέντρα ελέγχου της ομοιόστασης στον εγκέφαλο (κέντρο αναπνευστικής – καρδιακής λειτουργίας) αλλά παράλληλα δέχονται τροποποιήσεις από εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες.<sup>44</sup>

Με την επίδραση των συγχρονιστών οι διάφοροι βιολογικοί παράγοντες αποσγχρονίζονται και προσαρμόζονται σταδιακά σ' ένα νέο ρυθμό. Η προσαρμογή ωστόσο είναι μερική.

Η εναλλαγή του βιολογικού ρυθμού έχει τις ακόλουθες συνέπειες:

- I. *Κοινωνικές:* 1. Μείωση πραγματικού ελεύθερου χρόνου. 2. Επιδράσεις στην οικογενειακή ζωή. 3. Επιδράσεις στις κοινωνικές σχέσεις.
- II. *Παθολογικές:* Δυσπεπτικά ενοχλήματα, πεπτικά έλκη, αίσθημα κόπωσης, συναισθηματική έκπτωση, ευερεθισσιμότητα, νευροφυτικές διαταραχές.
- III. *Διαταραχή ύπνου:* Κάθε ενήλικας εργαζόμενος έχει ανάγκη 7-8 ώρες ύπνου την ημέρα. Θυμίζουμε ότι ο ύπνος διαιρείται σε φάσεις: Φάση I, ελαφρύ ύπνου (1-7 min, κύματα θ). Φάση II, παρατεταμένου ύπνου (παρατεταμένη διάρκεια, χαμηλά κύματα). Φάση III, βαθέος ύπνου, (κύματα δ). Φάση IV, βαθέος ύπνου, (κύματα χαμηλής συχνότητας). Φάση V, παραδόξου ύπνου (κύματα θ, φάση ονείρων).

Σε άτομα που λόγω βάρδιας κοιμούνται την ημέρα ο ύπνος είναι: 1) Βραχύτερης διάρκειας (6 ώρες περίπου). 2) Ένα ξενύχτι θέλει δύο νύχτες ύπνου για πλήρη ανάληψη. 3) Η ποιότητα του ύπνου την ημέρα είναι πολύ κατώτερη, συγκεκριμένα χαρακτηρίζεται από μείωση της φάσης V και των φάσεων βαθέος ύπνου, καθώς και παράταση της φάσης I.

Τα προβλήματα που σχετίζονται με τη νυχτερινή βάρδια αντιμετωπίζονται με: 1) Προσπάθεια μείωσης άλλων συγχρονιστών π.χ. θα πρέπει να διατηρούνται σταθερές

οι ώρες διατροφής. 2) Προσαρμογή κοινωνικής ζωής. 3) Μείωση του χρόνου απασχόλησης της νυχτερινής βάρδιας.

Διαταραχές του βιολογικού ρυθμού παρουσιάζονται επίσης, λόγω απορύθμισης των συγχρονιστών, σε εργαζομένους και διαμένοντες σε χώρους αποκλεισμένους από το ηλιακό φως (π.χ. υποθαλάσσιες έρευνες), σε άτομα που μετακινούνται με υπερατλαντικά ταξίδια κ.α.<sup>39</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

#### 6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ – ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1966): Η Νοσηλευτική είναι προσφορά υπηρεσίας προς τον άνθρωπο σε διάφορα στάδια υγείας και ασθένειας. Διδάσκει και καθοδηγεί το άτομο για να επιτύχει και διατηρήσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Βοηθά εκείνον που βρίσκεται σε ένα στάδιο υψηλού κινδύνου, ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη ενός προβλήματος υγείας. Ανιχνεύει και ανευρίσκει τους ασθενείς στα πρώιμα στάδια της αρρώστιας και συντελεί στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, ώστε να προλαμβάνεται μεγαλύτερη επιβάρυνση της υγείας ή και ο θάνατος. Νοσηλεύει τους αρρώστους και προσπαθεί να τους φέρει στο καλύτερο επίπεδο για να αμυνθούν έναντι της ασθένειας. Τέλος φροντίζει για την αποκατάσταση του αρρώστου, κατά τρόπον ώστε να αποφύγει την αναπηρία σαν κατάληξη της αρρώστιας, ή να αναπτύξει το μέγιστο δυναμικό του μέσα στα όρια της αναπηρίας.

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη της υγείας με πνευματικές διαστάσεις, θεωρία και πράξη. Γι' αυτό η επιτυχημένη άσκησή της απαιτεί από τους νοσηλευτές τον συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών δεξιοτήτων και καλλιεργημένη προσωπικότητα. Είναι έργο που καλλιεργεί την ψυχή, μορφώνει τη διάνοια και προάγει την ολοκλήρωση και αρτίωση της προσωπικότητας των νοσηλευτών. Σπουδάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά και τις άυλες δυνάμεις της προσωπικότητας του ανθρώπου, με σκοπό να υπερβαίνει κρίσιμες καταστάσεις και να ανασυγκροτείται ψυχοσωματικά ώστε να εκπληρώνει οποιαδήποτε αποστολή και σταδιοδρομία.<sup>45</sup>

Το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Ελλάδα ασκείται σε δύο επίπεδα, κατοχυρωμένα από πλευράς εκπαίδευσης. Το πρώτο επίπεδο είναι εκείνο του Νοσηλευτή /τριας. Προϋποθέτει σπουδές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ. Το δεύτερο επίπεδο είναι εκείνο του/της Νοσοκόμου. Προϋποθέτει επαγγελματικές σπουδές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.<sup>46</sup>

Μολονότι η νοσηλευτική θεωρείται επάγγελμα από αυτούς που την ασκούν, δεν κατηγοριοποιήθηκε ποτέ σαν επάγγελμα στην βιβλιογραφία της κοινωνιολογίας των επαγγελμάτων, όπου συχνά αναφερόμενα παραδείγματα επαγγελμάτων είναι η ιατρική και η νομική. Η νοσηλευτική είχε συνολικά χαρακτηριστεί σαν ημί-επάγγελμα, το οποίο υπόκειται στην διαδικασία της επαγγελματοποίησης.<sup>47</sup>

Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν παράγει έργο για το οποίο απαιτείται ενέργεια. Αυτήν την ανάγκη ενέργειας καλείται να καλύψει η διατροφή μέσω της μετατροπής της χημικής ενέργειας των τροφίμων σε μηχανική ή θερμική ενέργεια. Αν δεν υπάρχει ικανοποίηση των θερμικών αναγκών από τις προσλαμβανόμενες τροφές θα έχουμε ως συνέπεια, μείωση της απόδοσης του εργαζομένου. Αν χρησιμοποιούνται κάποιοι εξαναγκασμοί οικονομικοί ή ψυχοκοινωνικοί, που επιδιώκουν να διατηρήσουν την απόδοση χωρίς αύξηση της προσλαμβανόμενης τροφής, θα έχουμε διαταραχή της φυσικής και βιολογικής ισορροπίας, του εργαζομένου.

Η κωδικοποίηση των ποσοτικών αναγκών της διατροφής ανάλογα με τη φύση της εργασίας, την ένταση ή τη διάρκεια της, έχει αξία για όσους κάνουν το σχεδιασμό ή παίρνουν αποφάσεις, σε μία επιχείρηση, ή στο επίπεδο της εθνικής διατροφικής πολιτικής. Αυτές όμως οι τιμές δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε κάποιο συγκεκριμένο άτομο, αν δεν ληφθεί υπόψη η προηγούμενη του εξάσκηση, ο μεταβολισμός του, η συμπεριφορά του στην εργασία και οι ειδικές συνθήκες στις οποίες υποβάλλεται κατά την εργασία του. Το πρόβλημα ωστόσο μπορεί να αντιμετωπιστεί σε κάποιο βαθμό, αν προχωρήσουμε σε μία ταξινόμηση, ανάλογα με την απαιτούμενη προσπάθεια για την εκτέλεση του έργου και ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και το σωματικό βάρος των ατόμων.

Η απαιτούμενη ενέργεια για την εκτέλεση μίας εργασίας είναι μικρότερη στις μεγαλύτερες ηλικίες και στις γυναίκες. Το σωματικό βάρος επηρεάζει τις δαπάνες ενέργειας με μία αναλογία περίπου  $1,3\text{Kcal/Kg/h}$ , ( $93\text{Kcal/h}$  για άτομο  $70\text{ Kg}$ ). Οι ημερήσιες ανάγκες ποικίλουν ανάλογα με την εργασία από  $2000\text{-}5000\text{Kcal}$ . Οι διαφορές του επιπέδου έντασης και η διάρκεια της εργασίας καθορίζουν τις διαφορές των συνολικών αναγκών ενέργειας. Η μέγιστη δαπάνη που έχει υπολογιστεί ότι μπορεί να υπάρξει χωρίς βλάβη των ιστών ανέρχεται σε  $53\text{Kcal/Kg/h}$ .

Ο άνθρωπος προσαρμόζεται στις αλλαγές των διαιτητικών προσλήψεων τροποποιώντας τη ζωή του και προσαρμόζοντας τις ενεργειακές του δαπάνες. Η ανεπάρκεια της προσλαμβανόμενης τροφής μειώνει την αποδιδόμενη ενέργεια, η διαιτητική υπερπρόσληψη με κάποιους όρους την αυξάνει. Αντίστροφα η αύξηση της έντασης της εργασίας αυξάνει τις διαιτητικές ανάγκες. Κατά τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο, μελετήθηκαν στα ορυχεία του Rhur, τα επίπεδα της εξώρυξης άνθρακα κατ' άτομο ανάλογα με το επίπεδο του σιτηρεσίου του. Παρατηρήθηκε μία αύξηση κατά  $1/3$  του εξορυσσόμενου άνθρακα μετά αύξηση του σιτηρεσίου από  $2400$  σε  $2900\text{Kcal}$ . Αν και η ένταση της μυϊκής δραστηριότητας εξαρτάται από την προσλαμβανόμενη με τη διατροφή ενέργεια,

Οι επιπτώσεις του επαγγέλματος στη διατροφή του νοσηλευτικού προσωπικού

υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που παρεμβαίνουν προσδιορίζοντας την απόδοση στην εργασία.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρίσταται η ενεργειακή αξία μερικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής:

Με βάση ευρήματα μελετών που βασίστηκαν στη μεθοδολογία που πιο πάνω αναφέραμε, η ΠΟΥ το 1973 συνέταξε τον ακόλουθο πίνακα ημερήσιας ενεργειακής κατανάλωσης:

Μια άλλη διάσταση που θα πρέπει να μας απασχολεί, είναι ο χρόνος διατροφής. Ποιες είναι οι σχέσεις μεταξύ των νέων μορφών εργασίας στη βιομηχανία και των συνθηκών της διατροφής που επιβάλλουν, και ειδικότερα με την κατανομή των γευμάτων το 24ωρο. Θα πρέπει να υπάρχει μια κατανομή της ολικής ποσότητας σε τρία τουλάχιστον γεύματα (πρωινό, μεσημεριανό, βραδυνό), που θα πρέπει να προσλαμβάνονται σε σταθερές ώρες. Η αλλαγή βάρδιας δεν πρέπει να τροποποιεί το ωράριο διατροφής. Η κατανομή της ποσότητας μεταξύ των τριών γευμάτων θα πρέπει επίσης να είναι σταθερή, αλλά όχι ισομερής. Τα μεγάλα γεύματα, μετά γρήγορη μάλιστα κατάποση, προκαλούν νύστα και δυσπεπτικά ενοχλήματα. Αντίθετα τα μικρά γεύματα είναι ελαφρότερα και δεν δημιουργούν δυσπεπτικά ενοχλήματα, έτσι είναι καταλληλότερα κατά την εργασία ή πριν από αυτή. Εξάλλου τα πολλά μικρά γεύματα την ημέρα είναι ευνοϊκότερα από άποψη υδρικής πρόσληψης.

Για μία εργασία μέτριας έντασης απαιτούνται δύο παύσεις την ημέρα 10-15' η κάθε μία, μία το πρωί και μία το απόγευμα, και οι δύο με λήψη μικρής ποσότητας τροφής (δεκατιανό ή απογευματινό). Για μία πολύ έντονη εργασία απαιτούνται οι δύο αυτές παύσεις με μία πιο ουσιαστική θερμιδική πρόσληψη, καθώς και δύο παύσεις των 5' για πρόσληψη νερού.

Η κατανομή των γευμάτων κατά τη διάρκεια της εργασίας, θέτει μία σειρά από προβλήματα. Η εκτίμηση της διάρκειας των παύσεων απαιτεί άριστη οργάνωση. Αυτή η οργάνωση, πιθανόν να περιλαμβάνει την εγκατάσταση αποκεντρωμένων περιπτέρων (καντίνες) στο χώρο του εργοστασίου ή στα συνεργεία για τη διανομή ταυτόχρονα ποτών και τροφίμων ανά 25-100 εργαζόμενους, ή και την εγκατάσταση αυτόματων διανομέων ανά 50 άτομα.

Σε ότι αφορά τις νέες μορφές εργασίας στις βιομηχανικές κοινωνίες, λόγω της εφαρμογής της νέας τεχνολογίας, θα πρέπει να πούμε ότι οι συνθήκες διατροφής θα πρέπει να προσαρμοστούν, μετασχηματιζόμενες στις εξελίξεις αυτές. Ενώ υπάρχει τάση ικανοποίησης των ποσοτικών διατροφικών αναγκών, νέες ανάγκες παρουσιάζονται από τους νέους ρυθμούς εργασίας, την αύξηση της νευρικής φόρτισης, το stress. Θεωρείται χωρίς να έχει τεκμηριωθεί, ότι θα πρέπει να εξασφαλίσουμε συχνότερα γεύματα, ποικίλης σύνθεσης διατροφή, με λιγότερη περιεκτικότητα σε ενέργεια, αλλά πλούσια σε μη ενεργειοφόρα στοιχεία.<sup>39</sup>

## 6.2 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

Το επαγγελματικό άγχος είναι μία πολυδιάστατη έννοια που αναφέρεται στην επίδραση διαφόρων παραγόντων και προέρχεται από τον άνθρωπο, τον εργασιακό χώρο ή την ευρύτερη κοινωνία, με συνέπεια να οδηγούν το άτομο σε μειωμένο αίσθημα ευταξίας, μειωμένη απόδοση και αποτελεσματικότητα.

Το επαγγελματικό άγχος και κυρίως αυτό των ανθρωπιστικών επαγγελμάτων μπορεί να ορισθεί ως η βίωση από μέρους του εργαζομένου δυσάρεστων συναισθημάτων όπως η ένταση, απογοήτευση, πίεση, θυμός, κατάθλιψη συνοδευόμενα συνήθως από παθογόνες βιοχημικές αλλαγές όπως αύξηση του καρδιακού ρυθμού και απελευθέρωση αδρενοκορτικοτροπών ορμονών στην κυκλοφορία του αίματος. Η αρνητική αυτή διάθεση μπορεί να επηρεάζεται από την αντίληψη ότι τα προβλήματα από το έργο του επαγγελματία – λειτουργού συνιστούν μία απειλή για την αυτοεκτίμηση, την ευεξία και την καλή του υγεία.<sup>47</sup>

Η πρόκληση επαγγελματικού stress , εξαρτάται από τις συνθήκες εργασίας και από τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου.

Μεταξύ των πηγών stress στο επαγγελματικό περιβάλλον διακρίνουμε:

- α) Παράγοντες που σχετίζονται με τις φυσικές συνθήκες.
- α) Επαγγελματική ανασφάλεια.
- α) Αίσθημα κινδύνου.
- α) Σύγκρουση ρόλων.
- α) Κακή κοινωνική αποδοχή του επαγγέλματος.
- α) Ασυμβατότητα επαγγέλματος με την ατομική συμπεριφορά.
- α) Μεγάλη χρονική πίεση.
- α) Μέγας φόρτος εργασίας.
- α) Εργασία δυσανάλογα εύκολη ή δυσανάλογα δύσκολη.
- α) Μεγάλη ή δυσανάλογα μικρή συμμετοχή στις αποφάσεις.
- α) Κακή οργάνωση της εργασίας.
- α) Αντιθέσεις με την ιεραρχία.
- α) Αντιθέσεις με τους συνεργάτες.
- α) Μονοτονία έργου.

Η εκδήλωση του stress, εξαρτάται από τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων.<sup>39</sup> Ειδικότερο ρόλο έχει η προσωπικότητα του εργαζομένου. Άτομα με προσωπικότητα τύπου Α έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: προσπαθεί εντατικά και με σκληρό αγώνα για πολλά χρόνια να αποκτήσει υπερβολικά μεγάλο αριθμό πραγμάτων και μά-

λιστα σε βραχύ χρονικό διάστημα. Σπάνια απογοητεύεται, και αγωνίζεται να νικήσει τις δυσκολίες. Είναι υπερβολικά επιθετικός, φιλόδοξος, ανταγωνιστικός, είναι προσκολλημένος στην εργασία του, βάζει χρονικά όρια στις δουλειές του, ανυπομονεί διαρκώς και αισθάνεται έντονη την πίεση του χρόνου.<sup>17</sup> Οι ικανότητες, οι δεξιότητες, το μορφωτικό επίπεδο επιδρούν στον τρόπο αποδοχής των δυσκολιών του επαγγελματικού περιβάλλοντος. Η κοινωνική θέση και ο ρόλος του ατόμου είναι άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση stress.

Το επαγγελματικό stress, παρουσιάζεται με διάφορες εκδηλώσεις, που μπορεί να οδηγήσουν στην εγκατάσταση μίας επίσημης παθολογίας. Το επαγγελματικό stress, εκδηλώνεται με πολλούς τρόπους:

- § Ψυχολογικές επιπτώσεις: κατάθλιψη, άγχος, κόπωση, ερεθισσιμότητα.
- § Σωματικές επιπτώσεις: μυοσκελετικά άλγη, δυσπεπτικά ενοχλήματα, δερματολογικές, νευρολογικές, καρδιολογικές, και άλλες εκδηλώσεις.
- § Απόκλιση συμπεριφοράς: κάπνισμα, αλκοόλ, ψυχοφάρμακα, ανορεξία ή υπερορεξία, σεξουαλικές διαταραχές.

Παρατεινόμενο το επαγγελματικό stress, οδηγεί σε εκδήλωση επίσημης παθολογίας όπως: καρδιαγγειακές ασθένειες και υπέρταση, πεπτικά έλκη, ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις.<sup>39</sup>

### **Θεραπεία**

Αν αποφασίσουμε να χορηγήσουμε αντιαγχώδη φάρμακα (αγχολυτικά) αυτό θα πρέπει να γίνει με μεγάλη προσοχή και για σύντομο χρονικό διάστημα (κίνδυνος εξάρτησης). Η ψυχοθεραπεία είναι η θεραπευτική προσέγγιση επιλογής είτε υπό την μορφή καθυσύχασης, ενθάρρυνσης και υποστήριξης, ώστε το άτομο να συμβιβαστεί με το άγχος έως ότου αυτό υποχωρήσει είτε υπό τη μορφή αποκαλυπτικής ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας απευθυνόμενης σε ασυνείδητες συγκρούσεις που προκαλούν το άγχος. Συχνά χρησιμοποιείται και η θεραπεία συμπεριφοράς που μπορεί να διδάξει τεχνικές χαλάρωσης ή και βιοανάδρασης.<sup>48</sup>

### **6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.**

Η νοσηλευτική χαρακτηρίζεται ως στρεσογόνος επιστήμη, καθώς οι νοσηλευτές καθημερινά αντιμετωπίζουν τον πόνο, τη λύπη, το θάνατο όσο λίγοι άλλοι επιστήμονες. Οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς, τις οικογένειές τους καθώς και με το λοιπό υγειονομικό προσωπικό, αποτελούν άλλη πηγή stress που πιθανόν να οδηγήσει τους νοσηλευτές στην επαγγελματική κόπωση το γνωστό burn out.

Ο όρος burn out έχει περιγραφεί από πολλούς συγγραφείς. Κατά τους Firth και συνεργάτες, το burn out περιγράφει την ψυχολογική ανταπόκριση στο στρες των ανθρώπων οι οποίοι εργάζονται με άτομα που χρειάζονται φροντίδα. Ο Maslach υποστηρίζει ότι το burn out είναι ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξουθένωσης, μείωσης της προσωπικότητας και μείωσης της προσωπικής ικανοποίησης που μπορεί να επηρεάσει τους ασκούντες εργασία με ανθρώπους (people work). Συναισθηματική εξουθένωση αναφέρεται στην αίσθηση ότι κάποιος δεν έχει τίποτε να προσφέρει στους άλλους σε ψυχολογικό επίπεδο, μείωση της προσωπικότητας είναι η ανάπτυξη αρνητικής στάσης της προσωπικής ικανοποίησης αφορά την αρνητική αυτοεκτίμηση. Κατά τους Pines και συνεργάτες, το burn out είναι αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενης συναισθηματικής πίεσης που αφορά εκείνους που καλούνται να φροντίσουν άλλους ανθρώπους. Για να κατανοήσουμε την έννοια του burn out θα πρέπει να γνωρίσουμε τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του burn out στους νοσηλευτές.

Το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman συμβάλλει στην αξιολόγηση του νοσηλευτικού burn out . Το μοντέλο στηρίζεται στη συνεχή αλληλεπίδραση του ατόμου με τους παράγοντες «στρες» του περιβάλλοντός του τόσο σε καταστάσεις υγείας όσο και ασθένειας.

#### **Παράγοντες στρες που οδηγούν τους νοσηλευτές στην επαγγελματική κόπωση (burn out)**

##### **1. Ενδογενείς**

Ασθενείς που πεθαίνουν

Ασθενείς με φτωχή πρόγνωση επιβίωσης

Βαρύτητα ασθενών

Ανασφάλεια

Συναισθηματικοί φόρτιση από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους

Προσωπικά προβλήματα

##### **2. Διαπροσωπικοί**

Σχέσεις με τους συναδέλφους  
Εντάσεις στην ομάδα εργασίας  
Όχι διασαφηνισμένοι ρόλοι  
Έλλειψη επικοινωνίας  
Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης  
Έλλειψη αναγνώρισης έργου από τους προϊστάμενους  
Εργασία με μη έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό  
Διαπληκτισμοί με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων  
Φόβος σε εμπλοκή νομικών πράξεων

### 3. Εξωγενείς

Εργασία με αναβαθμισμένο τεχνολογικό εξοπλισμό  
Φόρτος εργασίας  
Επίπεδα θορύβου στον όροφο  
Γραφειοκρατία  
Θέση εργασίας

Γίνεται αντιληπτό ότι οι περισσότεροι παράγοντες κατατάσσονται στους δια-προσωπικούς. Η σημασία της θέσης εργασίας έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνών. Αρκετές ερευνητικές εργασίες έχουν εκπονηθεί με θέμα το στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Κοινό εύρημα των ερευνών είναι: ο φόρτος εργασίας, η σοβαρότητα των περιστατικών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ, οι σχέσεις με το ιατρικό προσωπικό, ο τεχνολογικός εξοπλισμός, η έλλειψη προσωπικού. Στο χώρο της ψυχιατρικής νοσηλευτικής, έρευνες έχουν καταδείξει ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με ψυχιατρικούς ασθενείς αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις κυρίως στις σχέσεις τους με τη διοίκηση. Οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων - κλινικών είναι εκείνοι οι οποίοι βιώνουν συχνότερα καταστάσεις burn out, μια και αντιμετωπίζουν πολύ συχνά ασθενείς που καταλήγουν. Σε μία συγκριτική μελέτη η Foxal συνεργάτες εξέτασαν τη συχνότητα που προκαλούν στρες σε 35 νοσηλευτές μονάδας εντατικής θεραπείας, 73 νοσηλευτές χειρουργικών και παθολογικών κλινικών και 30 νοσηλευτών εργαζομένων σε γηροκομείο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράγοντες στρες για τους νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ και το γηροκομείο ήταν η συχνότητα θανάτων, ενώ για τους νοσηλευτές των χειρουργικών και παθολογικών τμημάτων ξεχώρισαν παράγοντες σχετικοί με τον φόρτο εργασίας και την έλλειψη προσωπικού.

Τα συνήθη σημεία και συμπτώματα του burn out διακρίνονται σε φυσικά / σωματικά και ψυχολογικά / συναισθηματικά. Αναλυτικότερα περιλαμβάνουν:



Εξετάζοντας τους παράγοντες του burn out υπό το πρίσμα του θεωρητικού μοντέλου της Betty Newman μπορούμε να κατανοήσουμε τη διαδικασία εμφάνισης των σημείων και συμπτωμάτων στους νοσηλευτές. Σύμφωνα με τη Newman περισσότεροι από έναν στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να επιδράσουν στο άτομο σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Η χρονική στιγμή επίδρασης, προηγούμενη και παρούσα κατάσταση του νοσηλευτή, η φύση του στρεσογόνου παράγοντα καθώς και το επίπεδο αντοχής του νοσηλευτή αποτελούν σημαντικά σημεία για την εμφάνιση του burn out . Εάν ένας στρεσογόνος παράγοντας διαρρήξει την ελαστική γραμμή άμυνας και έλθει σε επαφή με τη φυσιολογική γραμμή άμυνας τότε το σύστημα θα αντιδράσει. Διαταράσσεται η σταθερότητα του συστήματος και ο νοσηλευτής εμφανίζει συμπτώματα «ασθένειας». Εάν ο στρεσογόνος παράγοντας συνεχίσει να δρα τότε οι γραμμές αντίστασης ενεργούν ως προστάτες της βασικής κατασκευής. Εάν όμως οι γραμμές αντίστασης δεν μπορούν να παρέχουν προστασία, τότε επέρχεται θάνατος στο σύστημα. Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman , οι στρεσογόνοι παράγοντες είναι το ερέθισμα που προκαλεί ένταση και καταστροφή της ισορροπίας που φυσιολογικά υπάρχει μεταξύ νοσηλευτή και περιβάλλοντος.

Τα αποτελέσματα της επίδρασης των στρεσογόνων παραγόντων αναγνωρίζονται εύκολα από τα συμπτώματα του burn out που εμφανίζει ο νοσηλευτής. Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν παρουσιάζουν όλοι οι νοσηλευτές τα ίδια σημεία και συμπτώματα του burn out. Η προσωπικότητα του νοσηλευτή καθώς και η ικανότητα προσαρμογής του στις στρεσογόνες καταστάσεις αποτελούν κύριους παράγοντες προστασίας από την εμφάνιση burn out. Ως προσωπικότητα ορίζεται το σύνολο των πνευματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών αξιών του ατόμου ενώ η προσαρμογή αφορά στο σύνολο των ενεργειών με τις οποίες το άτομο προσπαθεί να ελέγξει τις τυχόν απαιτήσεις ή δυσκολίες του περιβάλλοντος του. Κατά τη Betty Newman η προσωπικότητα και η

προσαρμογή αποτελούν την ελαστική γραμμή άμυνας η οποία λειτουργεί ως προστατευτικό περίγραμμα του συστήματος από τους στρεσογόνους παράγοντες.

Οι τεχνικές που συνήθως εφαρμόζουν οι νοσηλευτές για να προσαρμόζονται στο εργασιακό στρες, αποτελούν επίσης προστασία από το burn out. Η Ceslowitz εξέτασε τις τεχνικές που χρησιμοποιούσαν 150 νοσηλευτές τεσσάρων γενικών νοσοκομείων, σε σχέση με την εμφάνιση του burn out. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συνηθέστερες τεχνικές ήταν: σχεδιασμένη επίλυση των προβλημάτων που παρουσιάζονταν στην εργασία, θετική αντιμετώπιση δυσκολιών, υποστήριξη από κοινωνικές υπηρεσίες και αποδοχή της εργασίας όπως είναι χωρίς όμως να είναι σε βάρος του νοσηλευτή.

Γίνεται λοιπόν εμφανές ότι είναι αναγκαίο να γνωρίζουμε τους στρεσογόνους παράγοντες που ευθύνονται για την εκδήλωση του burn out στους νοσηλευτές, καθώς και τους μηχανισμούς άμυνας που αναπτύσσουν οι νοσηλευτές έναντι του burn out. Το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman μας βοηθά να κατανοήσουμε τη διαδικασία δράσης των παραγόντων αυτών στους νοσηλευτές καθώς και τη σημασία των μηχανισμών προστασίας από τους παράγοντες αυτούς καθώς υποστηρίζουν οι Cronnin-Stubbs & Rooks : «Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να αποδοθεί από νοσηλευτές οι οποίοι είναι σε πολύ καλή φυσική κατάσταση και όχι από εκείνους που είναι εξουθενωμένοι, χωρίς κίνητρα και απαθείς για το έργο που προσφέρουν».<sup>49</sup>

### **Πρόληψη και Αντιμετώπιση**

Βασική προϋπόθεση άσκησης του νοσηλευτικού έργου είναι η εξασφάλιση υγιεινού εργασιακού περιβάλλοντος. Η δημιουργία μιας ατμόσφαιρας ενθαρρυντικής και υποβοηθητικής θα βοηθήσει να γίνουν πιο υπεύθυνοι και να ασκήσουν τη νοσηλευτική επιστήμη όσον το δυνατόν καλύτερα. Αναμφισβήτητα, ακόμα και με τέτοιες παρεμβάσεις η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να μην αποφευχθεί πλήρως αλλά τουλάχιστον οι ατομικές αλλά και οργανωτικές παρεμβάσεις θα βοηθήσουν τις συνθήκες εργασίας. Έτσι εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών που διακρίνονται για την ποιότητά τους, από νοσηλευτές οι οποίοι αντλούν ικανοποίηση από την εργασία τους, όσο απαιτητική και δύσκολη κι αν είναι .

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο περιλαμβάνουν την

- 1) Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα προειδοποιούν για την δυσλειτουργία στην βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου.

- 2) Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων, καθώς οι προσωπικές προσδοκίες, στόχοι, ανάγκες επηρεάζουν τη συμπεριφορά και αποτελούν πηγές χρόνιου stress.
- 3) Αναγνώριση στρατηγικών αντιμετώπισης. Αυτό σκοπό έχει την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο της εργασίας.
- 4) Αναζήτηση υποστήριξης από τους συναδέλφους συμβάλλοντας έτσι στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης και τέλος
- 5) Προσωπική επιλογή ή η αλλαγή χώρου εργασίας ως προσπάθεια αύξησης του αισθήματος προσωπικού ελέγχου.

Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό / διοικητικό επίπεδο περιλαμβάνουν:

- 1) Την τοποθέτηση του κατάλληλου ατόμου στην κατάλληλη θέση.
- 2) Τη νομοθετική κατοχύρωση των επαγγελματικών υποχρεώσεων των νοσηλευτών.
- 3) Την δημοκρατική διοίκηση που συμβάλλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Έτσι ενισχύεται η ανάπτυξη αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο ρόλος του καθενός, προωθείται η συνεργασία και γενικά καλλιεργείται ένα κλίμα συνεργασίας, υποστήριξης, αλληλεξάρτησης και αποφυγής ανταγωνισμών, και επιδιώξεων προσωπικής ανάδειξης ή προβολής.
- 4) Η πολυμορφία στην εργασία. Πολλές φορές ο νοσηλευτής ιδιαίτερα στο χειρουργείο παγιδεύεται σε καθήκοντα που προκαλούν έντονο stress. Ίσως όμως η παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων και η ανάληψη ευθυνών να βοηθήσουν στην άντληση ικανοποίησης και αναζωογόνησης του νοσηλευτή.
- 5) Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης δίνοντάς του έτσι ένα κίνητρο και πηγή ανανέωσης και τον αποδεσμεύουν από συγκεκριμένους ρόλους και καθήκοντα μηχανικά.
- 6) Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης. Οι ομάδες αυτές θα βοηθήσουν στην ενίσχυση της επικοινωνίας, αλληλοϋποστήριξης ελαχιστοποιώντας την αίσθηση απομόνωσης που προκαλεί η εξουθένωση.
- 7) Η διεπιστημονική συνεργασία, που προϋποθέτει την αναγνώριση των ρόλων, των καθηκόντων και των ορίων του καθενός.<sup>50</sup>

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από 100 άτομα-εργαζόμενους σε νοσηλευτικά ιδρύματα.

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Πιο ειδικά οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα εργάζονταν στα Νοσοκομεία:

- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ» ΠΑΤΡΑ
- Π.Π.Γ.Ν.Π. ΠΑΤΡΑ

ενώ οι περισσότεροι εργάζονταν στις ουρολογικές, παθολογικές, οφθαλμολογικές και ΩΡΛ κλινικές των παραπάνω Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το STATISTICA for Windows.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:** Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

**ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:** Τέλος, για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από :

1. Μέγεθος του δείγματος
2.  $\chi^2$  (chi-square)
3. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα  $p < 0,05$ .

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi- square.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

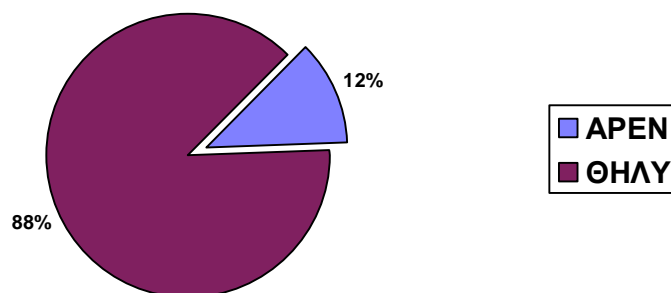
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΘΗΛΥ	88	88 %
ΑΡΡΕΝ	12	12 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

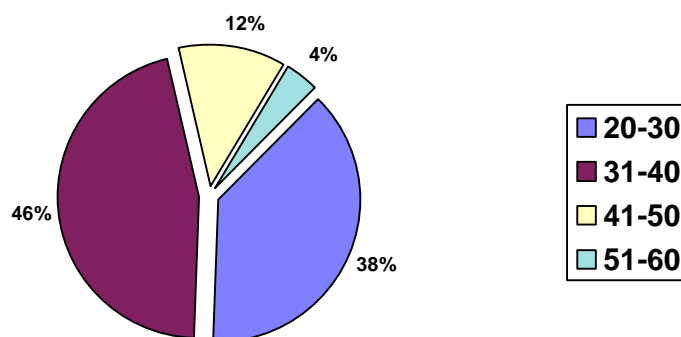


ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
20 - 30 ετών	38	38
31 – 40	46	46
41-50 ετών	12	12
51-60	4	4
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 30 ετών και μικρότερης των 40.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.



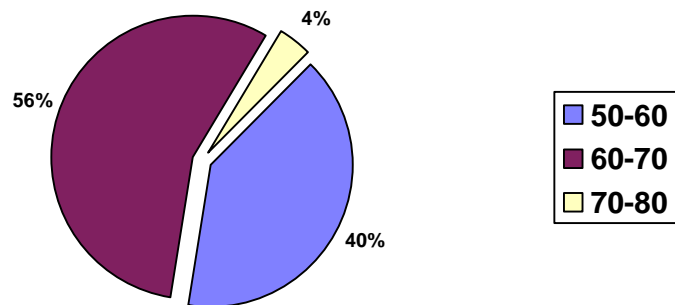


ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το βάρος τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
50 –60 κιλά	40	40
60-70 κιλά	56	56
70-80 κιλά	4	4
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν βάρους 60 έως 70 κιλών.

**ΣΧΗΜΑ 3 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το βάρος τους.

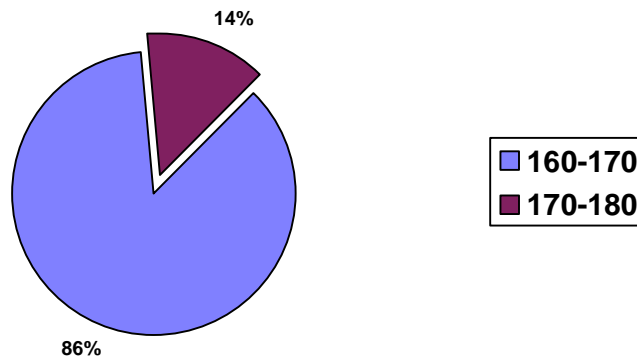


ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το ύψος τους

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
160-170 cm	86	86 %
170-180	14	14 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ύψους έως 170 cm.

**ΣΧΗΜΑ 4 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το ύψος τους.

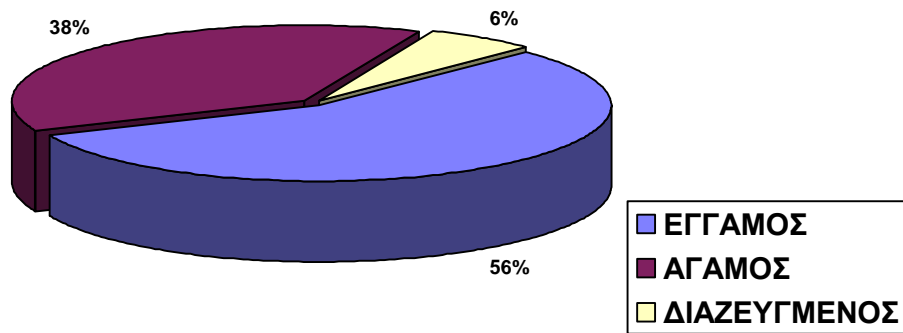


ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΓΓΑΜΟΣ	56	56
ΑΓΑΜΟΣ	38	38
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	6	6
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν έγγαμοι.

**ΣΧΗΜΑ 5 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση.

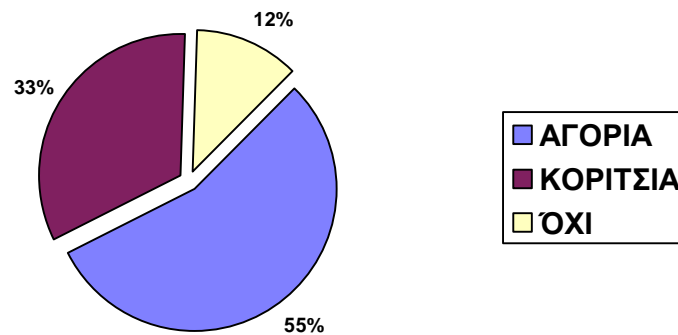


ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τα αν έχουν παιδιά

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΟΡΙΑ	33	55
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	20	33
ΟΧΙ	7	12
ΣΥΝΟΛΟ	60	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν παιδιά και μάλιστα αγόρια.

ΣΧΗΜΑ 6 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τα παιδιά.



ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την συγκατοίκηση.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ (%)</b>
ΜΟΝΟΣ	23	23
ΜΕ ΓΟΝΕΙΣ	10	10
ΓΟΝΕΙΣ ΣΥΖΥΓΟΥ	1	1
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	40	40
ΑΛΛΟΥΣ	6	6

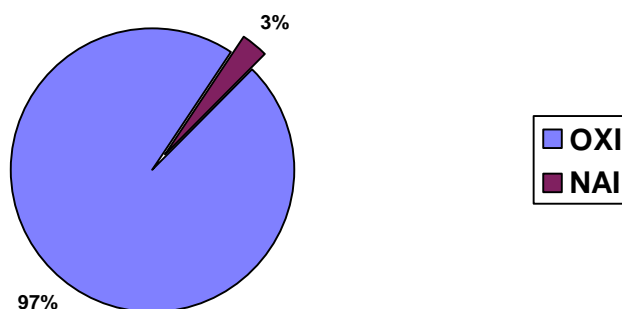
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κατοικούν με την οικογένειά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν άρρωστο στο σπίτι στο κρεβάτι.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
ΝΑΙ	3	3 %
ΟΧΙ	97	97 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν είχαν αρρώστους στο κρεβάτι.

**ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν άρρωστο στο σπίτι.**

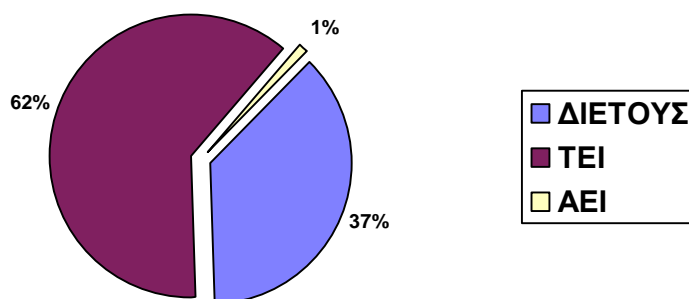


**ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΙΕΤΟΥΣ	37	37%
ΤΕΙ	62	62%
ΑΕΙ	1	1%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ.

**ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.**

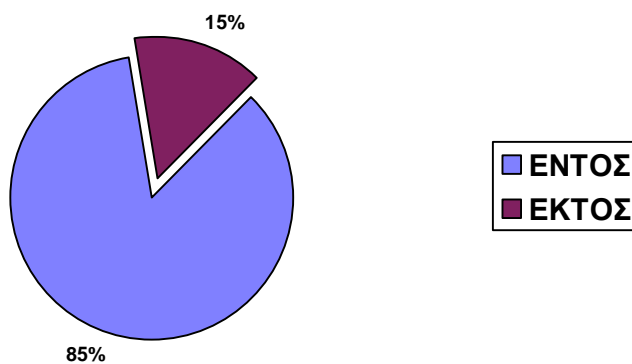


ΠΙΝΑΚΑΣ 10 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο κατοικίας τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΝΤΟΣ ΠΟΛΕΩΣ	85	85 %
ΕΚΤΟΣ ΠΟΛΕΩΣ	15	15 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα διέμεναν εντός πόλεως.

**ΣΧΗΜΑ 9 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το τόπο κατοικίας τους.

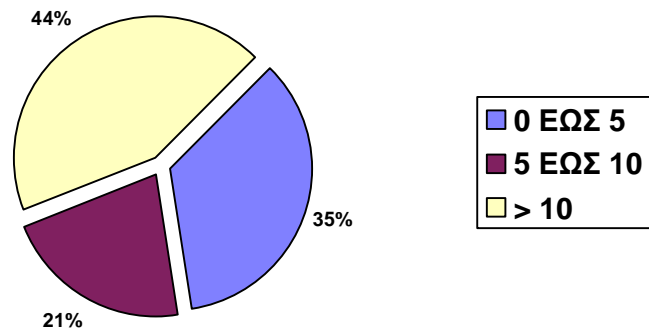


ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την προϋπηρεσία

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0-5 έτη	33	33 %
5- 10 έτη	20	20 %
> 10 έτη	41	41 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν προϋπηρεσία μεγαλύτερη από 10 έτη.

**ΣΧΗΜΑ 10:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την προϋπηρεσία.



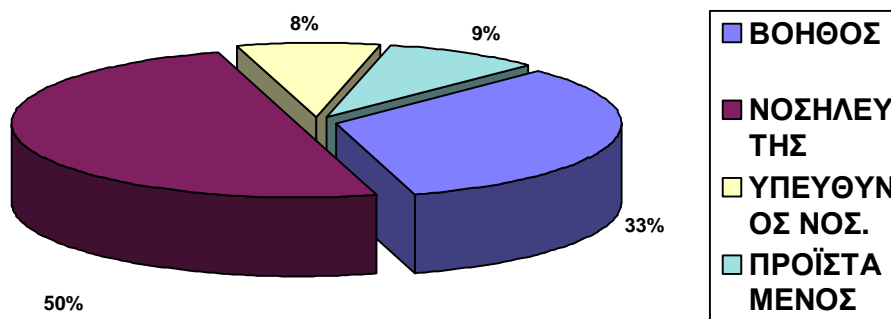


ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα καθήκοντά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣ.	33	33%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	50	50%
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΝΟΣ.	8	8%
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ	9	9%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα σε σχέση με τα καθήκοντά τους εργάζονταν σαν νοσηλεύτες.

**ΣΧΗΜΑ 11 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα καθήκοντά τους.



ΠΙΝΑΚΑΣ 13 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το ωράριο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΠΡΩΙΝΟ	39	39%
ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ	6	6%
ΚΥΚΛΙΚΟ	57	57%
ΒΡΑΔΙΝΟ	1	1%

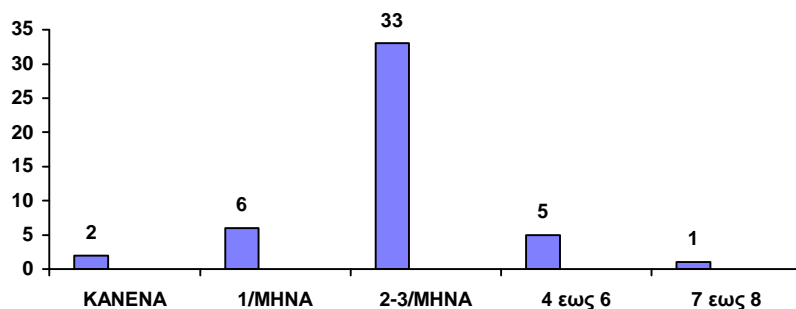
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ακολουθούν κυκλικό ωράριο εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα νυκτερινά.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1 / ΜΗΝΑ	2	2
2-3 ΑΝΑ ΜΗΝΑ	6	6
4-6	33	33
7-8	5	5
15 – 20 ΑΝΑ ΜΗΝΑ	1	1

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κάνουν 4-6 νυκτερινά ανά μήνα.

**ΣΧΗΜΑ 12 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα νυκτερινά.

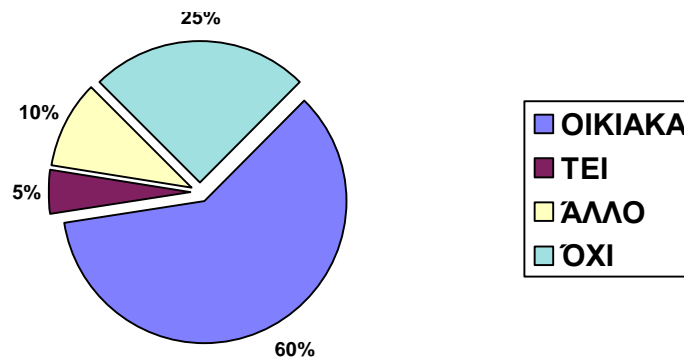


**ΠΙΝΑΚΑΣ 15:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν εργάζονται και εκτός νοσοκομείου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΟΙΚΙΑΚΑ	60	60 %
Τ.Ε.Ι.	5	5 %
ΑΛΛΟ	10	10 %
ΟΧΙ	25	25 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ασχολούνται με τις οικιακές εργασίες εκτός νοσοκομείου.

**ΣΧΗΜΑ 13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με πιθανή άλλη εργασία**



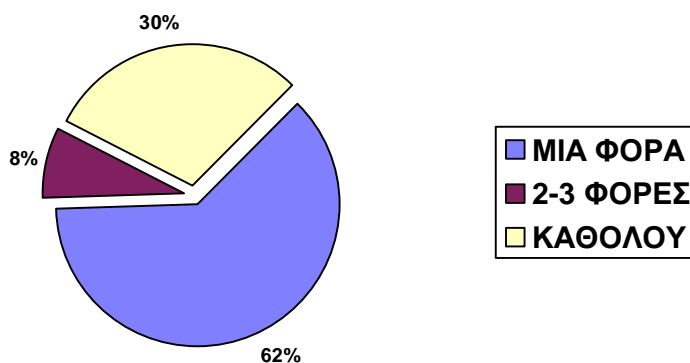
## 2. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσες φορές τρώνε στη διάρκεια του δώρου τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΜΙΑ ΦΟΡΑ	62	62%
2-3 ΦΟΡΕΣ	8	8%
ΚΑΘΟΛΟΥ	30	30%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα συνήθως μόνο μία φορά τρώνε στη διάρκεια του δώρου τους.

**ΣΧΗΜΑ 1 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσες φορές τρώνε στη διάρκεια του δώρου τους



ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι περιλαμβάνει το πρωινό τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΓΑΛΛΑ	23	23%
ΚΑΦΕ	64	64%
ΤΣΑΙ	1	1%
ΚΑΦΕ-ΤΟΣΤ	7	7%
ΓΑΛΛΑ-ΚΑΦΕ	16	16%
ΧΥΜΟΣ	6	6%
ΑΛΛΟ	4	4%
ΤΙΠΟΤΕ	2	2%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πίνουν καφέ στο πρωινό τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το λόγο που δεν παίρνουν πρωινό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΝΗΘΕΙΑ	34	34%
ΕΛΛΕΙΨΗ ΧΡΟΝΟΥ	46	46%
ΚΑΚΟΔΙΑΘΕΣΙΑ	5	5%
ΔΙΑΙΤΑ	5	5%
ΟΧΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ	4	4%

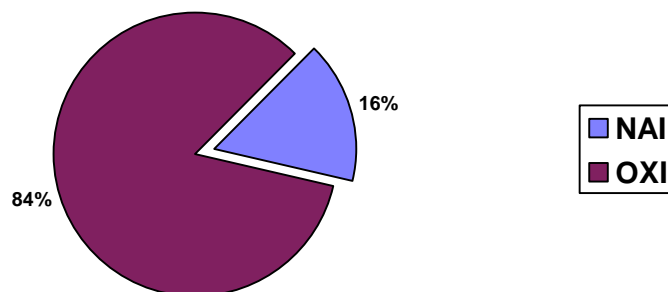
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν παίρνουν πρωινό από έλλειψη χρόνου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τρώνε περισσότερο τις ημέρες που κουράζονται περισσότερο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	16	16
ΟΧΙ	84	84
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ τρώνε περισσότερο τις ημέρες που κουράζονται περισσότερο.

**ΣΧΗΜΑ 2 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με αν τρώνε περισσότερο τις ημέρες που κουράζονται περισσότερο.



ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πότε τρώνε περισσότερο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΑΓΧΟΣ	25	25%
ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ	13	13%
ΕΥΧΑΡΙΣΤΑ ΝΕΑ	39	39%
ΠΑΝΤΑ	12	12%

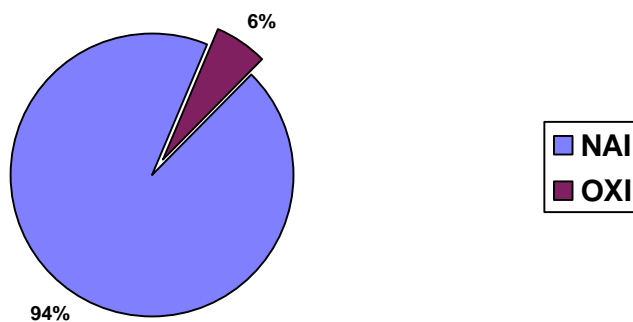
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα τρώνε περισσότερο όταν έχουν ευχάριστα νέα !!!

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τρώνε μαγειρεμένο φαγητό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	94	94%
ΟΧΙ	6	6%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα τρώνε μαγειρεμένο φαγητό

**ΣΧΗΜΑ 3 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τρώνε μαγειρεμένο φαγητό.





ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο συχνά τρώνε μαγειρεμένο φαγητό

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΜΕΣΗΜΕΡΙ-ΒΡΑΔΥ	38	38
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	8	8
ΜΟΝΟ ΜΕΣΗΜΕΡΙ	24	24
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	26	26

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα τρώνε μαγειρεμένο φαγητό καθημερινά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το λόγο για τον οποίο ΔΕΝ τρώνε μαγειρεμένο φαγητό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΟΥΡΑΣΜΕΝΟΣ	16	16%
ΟΧΙ ΧΡΟΝΟΣ	21	21%
ΠΡΟΤΙΜΩ ΕΤΟΙΜΟ	2	2%

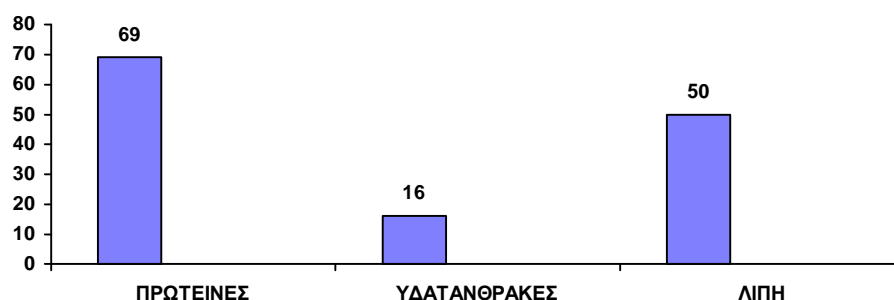
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν τρώνε μαγειρεμένο φαγητό λόγω έλλειψης χρόνου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα είδη των τροφών που καταναλώνουν συνήθως

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ	69	69%
ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ	16	16%
ΛΙΠΗ	50	50%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καταναλώνουν κυρίως πρωτεΐνες.

**ΣΧΗΜΑ 4 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα είδη της τροφής τους.

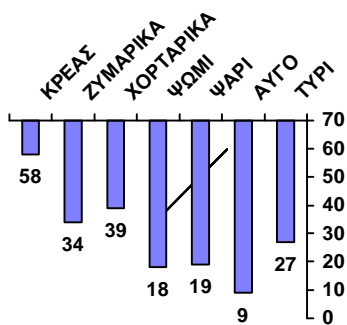


**ΠΙΝΑΚΑΣ 10:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα κατανάλωσης διαφόρων τροφών 2 ΈΩΣ 3 φορές την εβδομάδα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΡΕΑΣ	58	58%
ΖΥΜΑΡΙΚΑ	34	34%
ΧΟΡΤΑΡΙΚΑ	39	39%
ΨΩΜΙ	18	18%
ΨΑΡΙ	19	19%
ΑΥΓΟ	9	9%
ΤΥΡΙ	27	27%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καταναλώνουν κυρίως κρέας 2 έως 3 φορές την εβδομάδα.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα κατανάλωσης τροφών.



ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα είδη των τροφών που καταναλώνουν καθημερινά.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΦΡΟΥΤΑ	57	57%
ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ	20	20%
ΦΥΣΙΚΟΥΣ ΧΥΜΟΥΣ	20	20%
ΤΙΠΟΤΕ	19	19%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καταναλώνουν φρούτα καθημερινά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα ποτά που προτιμούν

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΡΑΣΙ	37	37%
ΜΠΥΡΑ	17	17%
COCA COLA	34	34%
ΠΟΡΤΟΚΑΛΑΔΑ	24	24%
ΟΥΙΣΚΙ	6	6%
ΛΕΜΟΝΑΔΑ	2	2%
SPRITE	6	6%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καταναλώνουν κρασί και Coca Cola καθημερινά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ποσότητα στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1 ποτήρι	43	43%
2-3 ποτήρια	4	4%
Περισσότερα	2	2%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καταναλώνουν ένα ποτήρι αλκοολούχο ποτό την ημέρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	6	6%
1-2 ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔΟΜ	28	28%
1-3 ΦΟΡΕΣ/ΜΗΝΑ	7	7%
ΣΠΑΝΙΑ	33	33%
ΠΟΤΕ	12	12%

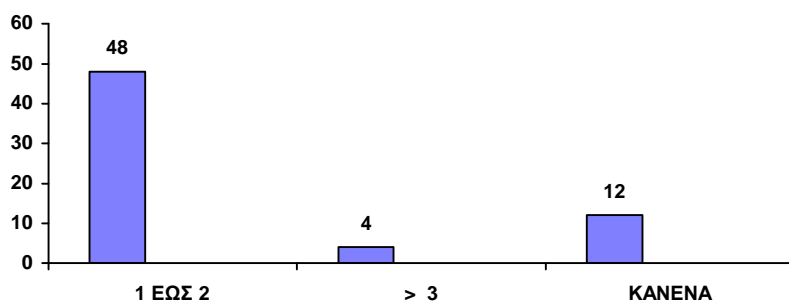
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά ΣΠΑΝΙΑ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την κατανάλωση καφέ καθημερινά.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ (%)</b>
1-2	48	48%
>3	4	4%
ΚΑΝΕΝΑ	12	12%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καταναλώνουν 1 έως 2 καφέδες την ημέρα.

**ΣΧΗΜΑ 6 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την κατανάλωση καφέ.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 16:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ποσότητα κατανάλωσης καφέ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΕΝΑΝ	25	25%
ΔΥΟ	39	39%
ΤΡΕΙΣ	6	6%
ΤΕΣΣΕΡΙΣ	4	4%
ΠΕΝΤΕ	0	0%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καταναλώνουν συνήθως δύο καφέδες την ημέρα !

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17 :** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του καφέ που καταναλώνουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ	38	38
ΓΑΛΛΙΚΟ	1	1
NESCAFE	47	47
ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ	11	11
ΚΑΠΟΥΤΣΙΝΟ	9	9

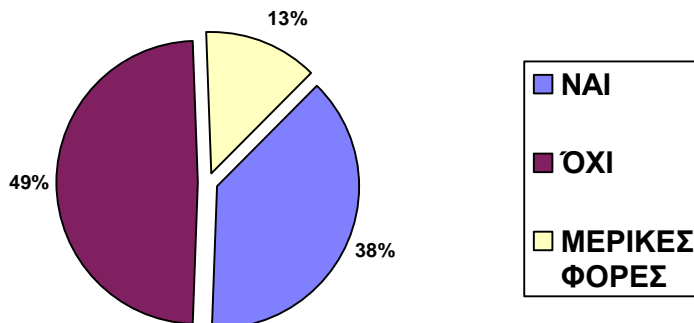
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καταναλώνουν κυρίως Nescafe.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν καπνίζουν

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	38	38
ΟΧΙ	49	49
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	13	13
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καπνίζουν έστω και μερικές φορές.

**ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το κάπνισμα.**



ΠΙΝΑΚΑΣ 19 : Κατανομή των απαντήσεων 51 ερωτηθέντων σε σχέση με τη ποσότητα των τσιγάρων που καταναλώνουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1- 10 τσιγάρα	22	43
1 πακέτο	23	45
½ πακέτο	5	10

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καταναλώνουν ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20 : Κατανομή των απαντήσεων 51 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους για τους οποίους καπνίζουν

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΝΗΘΕΙΑ	30	52
ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ	16	31
ΑΜΗΧΑΝΙΑ	3	6

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καπνίζουν κυρίως από συνήθεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πό-τε πηγαίνουν για ύπνο

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΠΡΩΙΝΕΣ ΩΡΕΣ	3	3
ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΕΣ ΩΡΕΣ	16	16
ΒΡΑΔΥΝΕΣ ΩΡΕΣ	85	85

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πηγαίνουν για ύπνο μόνο τις βραδινές ώρες.

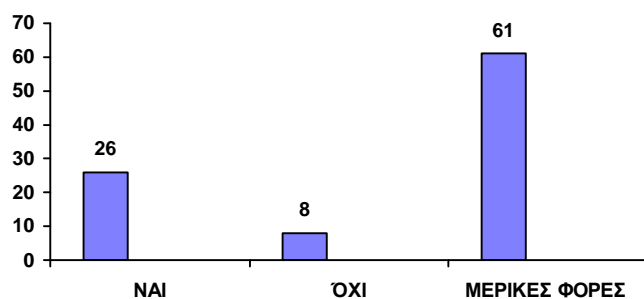


ΠΙΝΑΚΑΣ 22 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κοιμούνται το μεσημέρι.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	26	26
ΟΧΙ	8	8
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	61	61

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κοιμούνται το μεσημέρι μόνο μερικές φορές.

**ΣΧΗΜΑ 8 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κοιμούνται το μεσημέρι



ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη διάρκεια του ύπνου τους ημερησίως

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
< 6 ώρες	8	8
6 ώρες	29	29
7-8 ώρες	52	52
10 ώρες	11	11

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κοιμούνται από 7 έως 8 ώρες ημερησίως.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γυμνάζονται.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	21	21
ΟΧΙ	49	49
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	30	30
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα γυμνάζονται αλλά όχι συστηματικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το που γυμνάζονται

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΣΠΙΤΙ	23	23
ΓΗΠΕΔΟ	8	8
ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ	24	24

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα γυμνάζονται σε γυμναστήρια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος της γυμναστικής που κάνουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΤΡΕΞΙΜΟ	10	10
ΑΕΡΟΜΠΙΚ	29	29
ΚΟΛΥΜΠΙ	10	10
ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ	27	27
ΣΟΥΗΔΙΚΗ ΓΥΜΝ	2	2

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ασχολούνται με το αερόμπικ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΕΡΙΠΑΤΟΣ	23	23
ΜΟΥΣΙΚΗ	35	35
ΒΙΒΛΙΑ	33	33
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	11	11
ΟΛΑ	13	13
ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ	18	18
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	29	29
ΕΚΔΡΟΜΗ	12	12
ΕΡΓΟΧΕΙΡΟ	13	13
ΜΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΤΟΥΣ	10	10

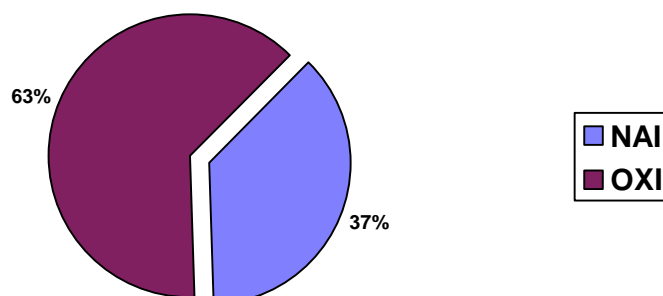
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ασχολούνται με τη μουσική όταν έχουν ελεύθερο χρόνο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	37	37
ΟΧΙ	63	63
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ έχουν βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού.

**ΣΧΗΜΑ 8 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού.

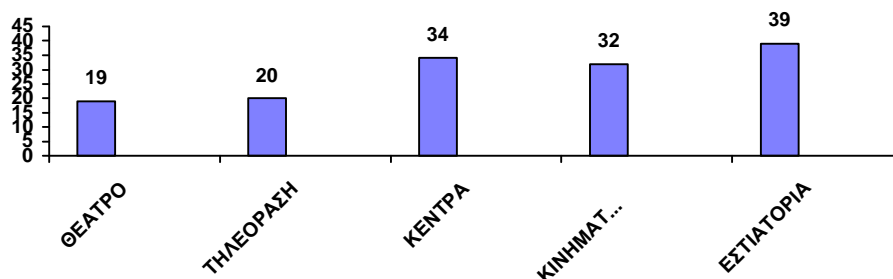


**ΠΙΝΑΚΑΣ 29 :** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος της διασκέδασης που προτιμούν

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΘΕΑΤΡΟ	19	19
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	20	20
ΝΥΚΤΕΡΙΝΑ ΚΕΝΤΡΑ	34	34
ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΣ	32	32
ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΑ	39	39

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα το είδος της διασκέδασης που προτιμούν είναι το φαγητό σε εστιατόρια.

**ΣΧΗΜΑ 9 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος της διασκέδασης που προτιμούν**



**ΠΙΝΑΚΑΣ 30 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο συχνά διασκεδάζουν.**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	10	10
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	23	23
ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ	59	59
ΚΑΘΟΛΟΥ	6	6
ΚΑΘΕ ΒΡΑΔΥ	2	2

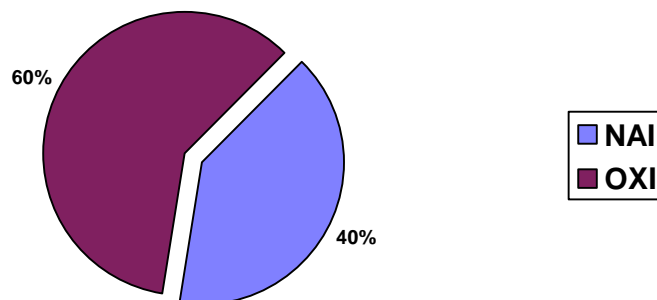
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα διασκεδάζουν μόνο περιστασιακά.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 31 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν επιθυμούν να συνταξιοδοτηθούν γρήγορα**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	40	40
ΟΧΙ	60	60
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ επιθυμούν να συνταξιοδοτηθούν σύντομα

**ΣΧΗΜΑ 10** : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν επιθυμούν να συνταξιοδοτηθούν γρήγορα

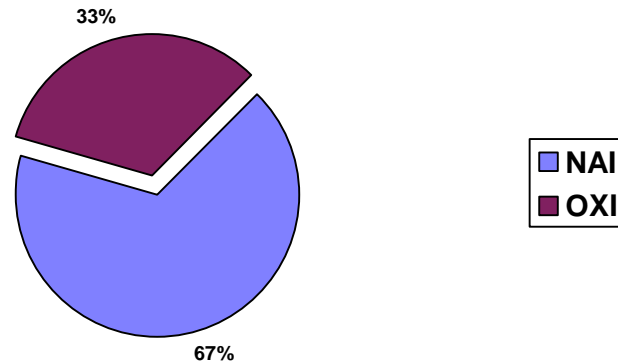


**ΠΙΝΑΚΑΣ 32** : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα άλλαζαν επάγγελμα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	67	67
ΟΧΙ	33	33
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα άλλαζαν επάγγελμα.

**ΣΧΗΜΑ 11 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα άλλαζαν επάγγελμα.**

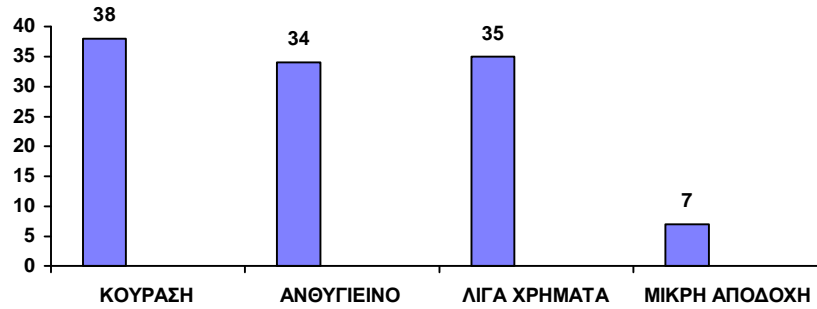


**ΠΙΝΑΚΑΣ 33 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το για ποιο λόγο θα άλλαζαν επάγγελμα**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΟΥΡΑΣΗ	38	38
ΑΝΘΥΓΙΕΙΝΟ	34	34
ΛΙΓΑ ΧΡΗΜΑΤΑ	35	35
ΜΙΚΡΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	7	7

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα άλλαζαν επάγγελμα λόγω της κούρασης τους.

**ΣΧΗΜΑ 12 :** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το για ποιο λόγο θα άλλαζαν επάγγελμα.





## Β. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα άλλαζαν επάγγελμα σε σχέση με την προϋπηρεσία τους (Ερωτήσεις 33 και 11)

Αριθμός	0-5 ΕΤΗ	5-10	>20 ΕΤΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	6	14	30	61
ΟΧΙ	16	6	11	33
ΣΥΝΟΛΟ	33	20	41	

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	16,4	0.001

Οι απαντήσεις διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών διαφορετικής προϋπηρεσίας και της απόψής τους με το αν θα άλλαζαν επάγγελμα. Οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη προϋπηρεσία θα άλλαζαν πιο εύκολα επάγγελμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θέλουν να αλλάξουν επάγγελμα και τα καθήκοντά τους (Ερωτήσεις 12 και 33)

Αριθμός	Β. ΝΟΣΗΛ	ΝΟΣΗΛ	ΥΠΕΥΘΥ ΝΟΣ	ΠΡΟΪΣΤΑΜ ΕΝΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	25	30	6	6	67
ΟΧΙ	8	20	2	3	33
ΣΥΝΟΛΟ	33	50	8	9	100

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	4,5	0.1

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θέλουν να αλλάξουν επάγγελμα και τα καθήκοντά τους στο χώρο εργασίας τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση και την διάρκεια του ύπνου τους ημερησίως (Ερωτήσεις 5 και 23 )

Αριθμός	<6 ΩΡΕΣ	6	7-8	10	ΣΥΝΟΛΟ
ΕΓΓΑΜΟΣ	3	16	33	4	56
ΑΓΑΜΟΣ	3	12	18	5	38
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	2	1	1	2	6
ΣΥΝΟΛΟ	8	29	52	11	100

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	34,0	0.1

Οι απαντήσεις διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική οικογενειακή κατάσταση και την διάρκεια του ύπνου τους ημερησίως.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του ωραρίου τους και το πόσες φορές τρώνε κατά τη διάρκεια του δώρου τους (Ερωτήσεις 13 και 1 )

Αριθμός	ΠΡΩΙΝΟ	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ	ΚΥΚΛΙΚΟ	ΒΡΑΔΙΝΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΜΙΑ ΦΟΡΑ	31	3	27	1	62
2-3	3	1	4	0	8
ΚΑΘΟΛΟ	5	2	23	0	30
ΣΥΝΟΛΟ	39	6	54	1	100

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	13,4	0.2

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών διαφορετικού είδους ωραρίου και το πόσες φορές τρώνε κατά τη διάρκεια του δώρου τους

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του ωραρίου τους και το αν γυμνάζονται (Ερωτήσεις 13 και 24)

Αριθμός	ΠΡΩΙΝΟ	ΑΠΟΓΕΥ ΜΑΤΙΝΟ	ΚΥΚΛΙΚΟ	ΒΡΑΔΙΝΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	15	2	4	0	21
ΟΧΙ	14	3	31	1	49
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	10	1	19	0	30
ΣΥΝΟΛΟ	39	6	54	1	100

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	17,5	0.08

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των νοσηλευτών των ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του ωραρίου τους και το με το αν γυμνάζονται.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του ωραρίου τους και την κατανάλωση του καφέ (Ερωτήσεις 13 και 15)

Αριθμός	ΠΡΩΙΝΟ	ΑΠΟΓΕΥ ΜΑΤΙΝΟ	ΚΥΚΛΙΚΟ	ΒΡΑΔΙΝΟ	ΣΥΝΟΛΟ
1-2	18	0	29	1	48
> 3	1	0	3	0	4
ΚΑΝΕΝΑ	4	3	5	0	12
ΣΥΝΟΛΟ	23	3	37	1	

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	17,7	0.09

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών σε σχέση με το είδος του ωραρίου τους και την κατανάλωση του καφέ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το βάρος και την ηλικία τους (Ερωτήσεις 2 και 3)

Αριθμός	20-30 ε- τών	31-40	41-50	51-60	ΣΥΝΟΛΟ
50-60 κιλα	11	24	3	2	40
60-70	26	20	8	2	56
70-80	1	2	1	0	4
ΣΥΝΟΛΟ	38	46	12	4	100

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	12,0	0.08

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών σε σχέση με το βάρος και την ηλικία τους

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν διαμένουν με άλλους και τα είδη των τροφών που καταναλώνουν (Ερωτήσεις 7 και 9)

Αριθμός	ΜΟΝΟΣ	ΜΕ ΓΟΝΕΙΣ	ΑΛΛΟΥΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕ ΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΩΤΕΪΝΕ Σ	12	5	4	23	44
ΥΔΑΤΑΝΘ ΡΑΚΕΣ	5	2	1	8	16
ΛΙΠΗ	6	3	2	9	40
ΣΥΝΟΛΟ	23	10	7	40	

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	1,8	0.1

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών σε σχέση με το αν διαμένουν με άλλους και τα είδη των τροφών που καταναλώνουν

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το τμήμα τους και την επιθυμία τους για σύνταξη (Ερωτήσεις 13 και 31)

Αριθμός	ΠΡΩΙΝΟ	ΑΠΟΓΕΥ ΜΑΤΙΝΟ	ΚΥΚΛΙΚΟ	ΒΡΑΔΙΝΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	18	2	20	0	40
ΟΧΙ	20	4	35	1	60
ΣΥΝΟΛΟ	39	6	55	1	100

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	2,6	0.3

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών σε σχέση με με το τμήμα τους και την επιθυμία τους για σύνταξη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το ύψος ανάλογα με το βάρος τους (Ερωτήσεις 4 και 3)

Αριθμός	160-170 cm	170-180 cm	ΣΥΝΟΛΟ
50-60 κιλα	37	3	40
60-70	46	10	56
70-80	3	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	86	14	100

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	1.8	0.1

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών σε σχέση με το ύψος ανάλογα με το βάρος τους

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με βάση τα περιεχόμενα της εργασίας μας και τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη στα νοσοκομεία 1) Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας» Πάτρα και 2) ΠΠΓΝΠ Πάτρα, το 88% του συνόλου αποτελείται από γυναίκες και το 12% από άνδρες, ενώ το 46% είναι ηλικίας 31-40 ετών. Το 62% των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και οι περισσότεροι από αυτούς ακολουθούσαν κυκλικό ωράριο (57%).

Ενώ το πλήρες πρωινό θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα γεύματα της ημέρας παρατηρούμε ότι το 64% του συνόλου παίρνει για πρωινό μόνο καφέ και το 46% δεν παίρνει πρωινό λόγω έλλειψης χρόνου. Αξίζει να σημειωθεί ότι σημαντικό είναι και το ποσοστό (34%) που δεν παίρνει πρωινό λόγω συνήθειας.

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει στο πρώτο κεφάλαιο του γενικού μέρους ένα μεγάλο ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού αποκλίνει από το πρότυπο της υγιεινής διατροφής όπως αυτό περιγράφεται στην παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή με συνέπεια την αύξηση της κατανάλωσης κρέατος. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν διαπιστώθηκε ότι και το νοσηλευτικό προσωπικό προτιμά φαγητά πλούσια σε πρωτεΐνες (69%) και το 58% τρώει 2 έως 3 φορές την εβδομάδα κρέας, σε αντίθεση με το 39% καταναλώνει χορταρικά 2 έως 3 φορές την εβδομάδα. Σε μία άλλη έρευνα που διεξήχθη το 1995 από το Callaghan P. et al ο οποίος μελέτησε τον τρόπο ζωής των νοσηλευτριών της Αγγλίας βρέθηκε ότι το 66% περιλαμβάνει το κόκκινο κρέας στο καθημερινό τους διαιτολόγιο.<sup>51</sup>

Στην ερώτηση σχετικά με το πόσο συχνά τρώει μαγειρεμένο φαγητό το 94% απάντησε θετικά, ενώ από αυτούς που απάντησαν αρνητικά το 21% προφασίζεται την έλλειψη χρόνου. Ενθαρρυντικά είναι και το ποσοστό (57%) που περιλαμβάνει τα φρούτα στην ημερήσια του διατροφή.

Επίσης από την έρευνα παρατηρήσαμε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και μη. Ένα 60% προτιμά κρασί, μύρα και ουίσκι, αντίθετα με τους υπόλοιπους καταναλώνουν ανθρακούχα ποτά και ιδιαίτερος coca-cola. Το 43% του δείγματος πίνει ένα ποτήρι κρασί την ημέρα, ενώ το 33% δεν πίνει καθόλου ή σπάνια. Στην έρευνα του Pantaleo (1977) για τη συμπεριφορά των νοσηλευτριών από 356 νοσοκομεία στην Αμερική παρατήρησε ότι το 36% έκανε κατανάλωση αλκοόλ περιστασιακά.<sup>51</sup> Ακόμα, σε μία άλλη ερευνητική προσπάθεια που πραγματοποιήθηκε στα δημόσια νοσοκομεία των Αθηνών καθώς και του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών (Ρίο) διαπιστώθηκε ότι η πλειονότητα των νοσηλευτών (51,2%) καταναλώνει αλκοόλ μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, και ένα ποσοστό 7,3%

καταναλώνει αλκοόλ κατά τη διάρκεια των γευμάτων, συμπεριφορές οι οποίες θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν αναμενόμενες και ίσως φυσιολογικές για την ελληνική πραγματικότητα.<sup>52</sup>

Η καθημερινή κατανάλωση καφέ δεν είναι υψηλή. Το 39% του συνόλου πίνει 2 καφέδες ημερησίως. Ιδιαίτερη προτίμηση δείχνουν προς το Nescafe 47% και τον ελληνικό 38%. Μετά τη συγκριτική μελέτη των απαντήσεων των νοσηλευτών βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στην κατανάλωση καφέ και του είδους του ωραρίου τους ( $p>0,09$ ).

Μέσα από την έρευνα αποδείχτηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού καπνίζει έστω και μερικές φορές (51%). Έτσι από το 38% που καπνίζει συστηματικά και το 13% που καπνίζει περιστασιακά, το 45% καταναλώνει ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα. Οι λόγοι που τους οδηγούν στο κάπνισμα είναι η συνήθεια (52%) και η ξεκούραση (31%). Σε μία έρευνα που διεξήχθη στα δημόσια νοσοκομεία των Αθηνών καθώς και του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών (Pio) βρέθηκε ότι το ποσοστό των νοσηλευτών που ήταν καπνιστές ανερχόταν στο 35,8% (44 καπνιστές στους 123 ερωτούμενους, δηλαδή το 1/3 του μελετούμενου πληθυσμού).<sup>52</sup>

Ακόμη είδαμε ότι το 21% των ερωτηθέντων γυμνάζεται συστηματικά με ιδιαίτερη προτίμηση στο αερόμπικ (29%), το 30% αθλείται περιοδικά, αντίθετα με το 49% που δεν γυμνάζεται. Σύμφωνα με τις διεθνείς έρευνες που μελετούν τον τρόπο ζωής των νοσηλευτών φαίνεται ότι η σωματική άσκηση αποτελεί ένα αδύναμο σημείο τους μιας και ένα μικρό ποσοστό γυμνάζεται τακτικά, με αποτέλεσμα μειωμένη ευεξία και ζωτικότητα.<sup>51</sup>

Το 35% του νοσηλευτικού προσωπικού στον ελεύθερο χρόνο του ασχολείται με τη μουσική και το 33% διαβάζοντας βιβλία, ενώ το 18% δηλώνει ότι δεν υπάρχει ελεύθερος χρόνος γι' αυτούς.

Το είδος της διασκέδασης που προτιμά το 39% του δείγματος είναι το φαγητό σε εστιατόρια, το 34% τα νυχτερινά κέντρα και το 32% τον κινηματογράφο, ενώ ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά η τηλεόραση και το θέατρο. Το 59% διασκεδάζει μόνο περιστασιακά, σε αντίθεση με το 23% που διασκεδάζει μία φορά την εβδομάδα.

Εντύπωση κάνει το γεγονός ότι το 67% του νοσηλευτικού προσωπικού επιθυμεί να αλλάξει επάγγελμα. Η κυριότερη αιτία που θα τους οδηγούσε σε αυτή τους την απόφαση είναι η κούραση (38%) ακολουθούν οι μικρές χρηματικές απολαβές (35%) και οι ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας 34%. Στο σημείο αυτό μπορούμε να αναφέρουμε ότι οι απαντήσεις των νοσηλευτών διαφορετικής προϋπηρεσίας διαφέρουν σημαντικά

σχετικά με το αν θα άλλαζαν επάγγελμα. Οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη προϋπηρεσία θα άλλαζαν επάγγελμα ( $p < 0,001$ ). Η επιθυμία αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού για αλλαγή επαγγέλματος έγινε φανερή και σε μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1977 σε τέσσερα επαρχιακά νοσοκομεία (δύο γενικά και δύο ψυχιατρικά) καθώς το 61% δήλωσε ότι θα εγκατέλειπε την εργασία του αποδίδοντας την αιτία στην χαμηλή κοινωνική αναγνώριση, στον φόρτο εργασίας και λόγω οικογενειακών υποχρεώσεων. Οι αιτίες αυτές κρύβουν ένα μήνυμα απαισιοδοξίας του νοσηλευτή από το επάγγελμά του.<sup>46</sup>



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα κυριότερα συμπεράσματα που διεξάγονται από την παραπάνω έρευνα είναι τα εξής:

- 1) Παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού δεν παίρνει πρωινό λόγω έλλειψης χρόνου ή συνήθειας, ενώ αυτό που παίρνει πρωινό καταναλώνει μόνο καφέ.
- 2) Επίσης διαπιστώσαμε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων προτιμάει την κατανάλωση πρωτεϊνών και κυρίως κρέατος στο κυριότερο γεύμα της ημέρας, στο μεσημεριανό.
- 3) Η πλειονότητα του νοσηλευτικού προσωπικού επιθυμεί να αλλάξει επάγγελμα και περισσότερο εκείνοι με μεγαλύτερη προϋπηρεσία.

Οι προτάσεις που θα θέλαμε να κάνουμε με βάση την έρευνα και τα συμπεράσματα μας είναι οι εξής:

- 1) Να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στο πρωινό, σημαντικότερο γεύμα της ημέρας και στην αξιοποίηση του χρόνου τους κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μην παραλείπεται κανένα γεύμα της ημέρας και κυρίως το πρωινό.
- 2) Η υιοθέτηση μιας υγιεινότερης διατροφής με στόχο την επιστροφή στη Μεσογειακή Διατροφή η οποία περιέχει ιδιαιτέρως την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, υδατανθράκων και φυτικών ινών και τον περιορισμό της κατανάλωσης του κρέατος.
- 3) Το Υπουργείο Υγείας και οι αρμόδιες υπηρεσίες των νοσοκομείων να παρέχουν περισσότερα κίνητρα στο νοσηλευτικό προσωπικό για να έχουν μεγαλύτερη απόδοση καθώς και ηθική και επαγγελματική ικανοποίηση.
- 4) Η ανάπτυξη από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού μηχανισμών άμυνας ώστε να αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά στην εργασία τους και να διατηρούν την ψυχική και σωματικής τους υγεία.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνάς μας είναι η διερεύνηση των επιπτώσεων του επαγγέλματος στη διατροφή του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο πληθυσμός (υλικό) που πραγματοποιήθηκε η έρευνα ήταν το νοσηλευτικό προσωπικό της Ουρολογικής, Παθολογικής, Οφθαλμολογικής και ΩΡΛ κλινικής του Π.Π.Γ.Ν.Π. και του «Αγίου Ανδρέα». Το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα το αποτελούσε άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 31-40 ετών. Η μέθοδος που εφαρμόστηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων είναι το statistica for Windows και ένα μη παραμετρικό τεστ  $\chi^2$  για να εξεταστεί αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ μεταβλητών.

Ολοκληρώνοντας την έρευνα οδηγηθήκαμε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

- 1) Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού δεν διαθέτει ελεύθερο χρόνο και έχει απομακρυνθεί από την παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή.
- 2) Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι επαγγελματικά και ηθικά ικανοποιημένο ώστε να επιθυμεί την αλλαγή του επαγγέλματος τους.

## SUMMARY

The purpose of our research is to investigate the implications of the occupation to the nursing staff`s nutrition. The population (material) in which the research was realized is the nursing staff of urological, pathological, ophthalmic and otolaryngologic clinics of the Provincial Academic General Hospital of Patras and the General State Hospital of Patras “Saint Andrews”.

The nursing staff that participated in the research was men and women, whose age was from 22 to 42 years old. The method that was applied is Statica for Windows and a non parametric test  $\chi^2$  in order to exam if there is a significant difference between the varieties.

Finishing the research, we jump into the following conclusions:

- 1) The major percentage of the nursing staff do not have any spare time and they have relinquish the Mediterranean food.
- 2) The nursing staff is not professional and moral satisfacted and they wish their early retirement or to change their occupation.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πλέσσας Τ. Στ., Διαιτητική του Ανθρώπου, Τρίτη έκδοση, εκδόσεις Φάρμακον – Τύπος, Αθήνα 1998, σ. 19, 22, 31, 35-37, 41, 51-53, 154, 167, 170, 195.
2. Τζάκου Π., Διατροφή και Υγεία, επίτομος, α΄ έκδοση, Αθήνα 1967, σ. 18,19, 30.
3. Πάπυρους- Λάφυς-Μπριτάνικα, Διατροφή και Διαιτητική του Ανθρώπου, σ.316, 380.
4. Κάσιμος Δ. Χρ., Υγιεινή ανάπτυξη και Διαβίωση του ανθρώπου, επίτομος, α΄ έκδοση, σ. 31-34, 316.
5. Κουμεντάκης Ε., Ρεσβάνη- Κουμεντάκη Θ., Υγεία ή Αρρώστια. Διαλέξτε!!!, επίτομος, 2<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα 1990, σ. 407.
6. Τριχοπούλου Αντ., Τριχόπουλος Δ., Προληπτική Ιατρική, επίτομος, α΄ έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986, σ. 145, 163-164, 189-190.
7. Καφάτος Α., Μάρκατζη Ε., Kearney J., Gibney M., Διατροφή και υγεία των Ελλήνων. Απόψεις και τάσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιατρική 1998, τεύχος 73, τόμος 5, σ. 391, 392.
8. Townsend E. C., Υγιεινή Διατροφή και Θεραπεία. Δίαιτες., Επίτομος, έκτη έκδοση, εκδόσεις Ελληνική Διαιτητική, σ. 47, 51, 111, 112.
9. Δημητρακόπουλος Αντ., Ρούσσου Κ., Η διατροφή του ανθρώπου στα διάφορα στάδια της ηλικίας του, πτυχιακή εργασία, Σχολή ΣΔΟ, Τμήμα Τουριστικών Επιχειρήσεων, Πάτρα 1998, σ. 8.
10. Κονδάκης Ξ., Στοιχεία Υγιεινής και Επιδημιολογίας, επίτομος, α΄ έκδοση, Πάτρα 1992, σ. 279.
11. Καρβούνη Μ., Βιταμίνες και Υγιεινή ζωή, Τ.Υ. Ζάπινγκ, Έξτρα τεύχος, Αθήνα 1999, σ. 8, 10, 12, 14, 16.
12. Karlson P., Gerok W., Grob W., Κλινική Παθολογική Βιοχημεία, μετάφραση-επιμέλεια Σέκερη Ε. Κωνσταντίνου, επίτομος, α΄ έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1993, σ. 185, 160.
13. Courtney Moore M., Διαιτολογία, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Μαγκλάρα- Κατσιλάμπρου Ε., Τσαρούχη Α., Κουρσουμπά Θ., Λάππα Ε., επίτομος, Τρίτη έκδοση, εκδόσεις Βήτα, σ. 104, 116-117, 124,259, 267, 341, 349, 350-355.
14. Insel M. P., Roth T. W., Core Concepts in Health, seventh edition, Mayfield Publishing Company, Mountain View California 1996 update, p321.

15. [http://www.pueblo.gsa.gov/cic\\_text/food/eatlife/eatlife.txt](http://www.pueblo.gsa.gov/cic_text/food/eatlife/eatlife.txt)
16. Ματζέμη Μπ., Γεωργίου Ν., Διατροφή για υγεία και ζωντάνια, επίτομος, α΄ έκδοση, εκδόσεις Καστανιώτη, σ. 70-71, 76-78.
17. Τυρολόγος Α., Πώς να προστατέψετε την καρδιά σας, επίτομος, 2<sup>η</sup> έκδοση, Καβάλα 1996, σ. 60-63.
18. Καπάντας Ε., Οι επιπτώσεις του λίπους της διατροφής στην υγεία, Ιατρική 1999, τεύχος 75, Αθήνα 1999 σ.25.
19. Rynbergen M., Dibble A., Nutrition. In Health and Disease, 16<sup>th</sup> edition, p. 382.
20. Rossner, Είναι η παχυσαρκία αθεράπευτη; μετάφραση Γρηγοράκης, Διατροφή – Διαιτολογία, Ιανουάριος –Ιούνιος 2000, τεύχος 1-2, τόμος 4<sup>ος</sup>, Βήτα ιατρικές εκδόσεις, σ. 23-37.
21. Παπαδημητρίου Δ., Ανδρουλάκης Α. Γ., Αρχές Γενικής Χειρουργικής, τόμος Β΄, α΄ έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1989, σ. 768-770.
22. Οικονόμου Ευτ., Διαιτητική τροφογνωσία. Ειδικές δίαιτες, επίτομος, α΄ έκδοση, εκδόσεις Πελεκάνος, σ. 341-342, 348.
23. Σαχίνη – Καρδάση Αν., Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 3<sup>ος</sup> τόμος, 3<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1985, σ. 75.
24. Ο Διαβήτης Σήμερα, 100 ειδικοί σας πληροφορούν, μετάφραση Γεδεών Ευγενία, επίτομος, α΄ έκδοση, εκδόσεις Γιάννης Β. Βασδέκης, Αθήνα 1993, σ. 152
25. Harrison, Εσωτερική Παθολογία, επιμέλεια Ανευλαβής Ε., 3<sup>ος</sup> τόμος, 12<sup>η</sup> έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1995, σ. 2971-2972, 2788, 2806-2807.
26. Οικονόμου Π. Ξ., Ειδική Διαιτητική Προληπτική Θεραπευτική (βασικές αρχές), επίτομος, α΄ έκδοση, Αθήνα, σ. 101-108, 145.
27. Κοντόπουλος Γ. Αθ., Επίτομη Καρδιολογία, επίτομος, Α΄ έκδοση, University Studio press, Θεσσαλονίκη 1991, σ. 207-209.
28. Τούτουζας Π., Μπούντουλας Χ., Καρδιακές Παθήσεις, τόμος 3<sup>ος</sup>, α΄ έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1992, σ. 2028-2029, 2033-2034.
29. Σαχίνη – Καρδάση Αν., Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 2<sup>ος</sup> τόμος 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1985, σ. 120.
30. Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., Ο Καρκίνος. Διάγνωση και Πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους, επιμέλεια έκδοσης Μάμαλης Αλέκος, επίτομος, πρώτη έκδοση, εκδόσεις Κάτοππο, Δεκέμβριος 1992, σ. 241-242.

31. [http://www.pueblo.gsa.gov/cic\\_text/health/w8quitsmoke/index.htm](http://www.pueblo.gsa.gov/cic_text/health/w8quitsmoke/index.htm)
32. Miller, Burt, Good health, personal and community, 1972 Saunders Company, p. 356-357.
33. Ποταμιάνος Α. Γρ., «Νόμιμες» Ουσίες εξάρτησης. Αλκοόλ, επίτομος, α΄ έκδοση, εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, σ. 37.
34. Hill P., It is Not What You Eat, But How You Eat It. Digestion, Life-style, Nutrition, Nutrition, volume 7, number 6, p. 389.
35. Μαδιανού Δ., Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Η χρήση ουσιών στον γενικό πληθυσμό, ψυχοκοινωνικά προβλήματα, γενική επιμέλεια Στεφανής Κ., τόμος γ, α΄ έκδοση, εκδόσεις ψυχιατρική βιβλιοθήκη, Αθήνα, σ. 83-84.
36. <http://www.mednet.gr/agogi/alkool.htm>
37. <http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/math-ergasies/alcohol/erg-alkool.htm>
38. Παπαθανασίου Ι., Μότσιου Α., Τσινίδου Ε., Στρεσογόνοι παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον του νοσηλευτικού προσωπικού της Θεσσαλίας, πρακτικά 25<sup>ου</sup> ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, επίτομος, 19-21 Μαΐου 1998, Αθήνα 1998, σ. 127.
39. Βελονάκης Γ. Μ., Υγεία Εργασία. Ιατρική της Εργασίας, επίτομος, πρώτη έκδοση, Αθήνα 1990, σ. 18,19, 186-187, 194-197, 211.
40. Πιερράκος Γ., Βαθμός ικανοποίησης του προσωπικού των νοσοκομείων από τις εργασιακές σχέσεις. Η περίπτωση του νοσοκομείου «Υγείας Μέλαθρον» Τ.ΥΠ.Ε.Τ., πρακτικά 27<sup>ου</sup> Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, επίτομος, 23-25 Μαΐου 2000, Αθήνα, σ. 84.
41. Αθανασόπουλος Φ., Κάναβος Ι., Καραβατσέλου Β., Σπηλιοπούλου Ε., Η ηθική – επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών, πτυχιακή εργασία, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτική, Πάτρα 1998, σ. 5, 40.
42. Χαραλαμπίδου Ε., 24ωρη Εφημερία των Νοσοκομείων και η Ευημερία του Προσωπικού, Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΔΝΕ, Σεπτέμβριος 1998, Αθήνα, Τεύχος 28, σ. 1,2,7.
43. Δούκα Ι., Κούβαρη Σ., Ζάχος Ν., Θεοδώρου Ε., Ελευθεριάδου Ο., Στάση και συμπεριφορά υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού σε ψυχοπνευματικές καταστάσεις, πρακτικά 25<sup>ου</sup> ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, επίτομος, 19-21 Μαΐου 1998, Αθήνα 1998, σ. 148.
44. Σταματάκη Π., Έξεις – συνήθειες του κυκλικού ωραρίου εργασίας στο νοσοκομειακό περιβάλλον, πρακτικά 25<sup>ου</sup> ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, επίτομος, 19-21 Μαΐου 1998, Αθήνα 1998, σ. 35.

45. Μόσχου-Κάκκου Αθηνά , Η νοσηλευτική επιστήμη στην διαχρονική της πορεία μέχρι το 2000, Νοσηλευτική, τόμος 37, τεύχος 1, Αθήνα 2000 σ. 41-42.
46. Κοτρώτσου Ε., Θεοδοσοπούλου Ε., Κουρουκλίδου Ι., Καραγιάννη Π., Ματσούκα Α., Κατσούλας Θ., Το επαγγελματικό προφίλ του σύγχρονου Έλληνα νοσηλευτή, πρακτικά 25<sup>ου</sup> ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, επίτομος, 19-21 Μαΐου 1998, Αθήνα 1998, σ.19.
47. Τσιμπούρης Γ., Από το επαγγελματικό άγχος στην επαγγελματική εξουθένωση (Μία προσπάθεια κατανόησης της εργασιακής εξάντλησης), πτυχιακή εργασία, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Πάτρα Ιανουάριος 2000, σ. 14, 15.
48. Μάνου Ν., Βασικά στοιχεία, κλινικής ψυχιατρικής, επίτομος, πρώτη έκδοση University Studio press, Θεσσαλονίκη 1988 σ. 243.
49. Δημητρίου Π., Διερεύνηση του burn out των νοσηλευτών μέσα από το νοσηλευτικό μοντέλο της Betty Newman, Νοσηλευτική, τόμος 37, τεύχος 4, Οκτώβριος- Δεκέμβριος 1998, σ. 347-351.
50. Δημοπούλου Χ., Η επαγγελματική εξουθένωση των Νοσηλευτών στο χειρουργείο – ανάλυση των παραμέτρων, πρακτικά 25<sup>ου</sup> ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, επίτομος, 19-21 Μαΐου 1998, Αθήνα 1998, σ. 63,64.
51. Παππά Ν., Δημολιάτης Ι., Τρόπος ζωής των νοσηλευτών, πρακτικά 25<sup>ου</sup> ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, επίτομος, 19-21 Μαΐου 1998, Αθήνα 1998, σ. 174-175.
52. Λιαρμακόπουλος Ι., Καπράνα Μ., Καραλή Ν., Σταφυλαράκη Μ., Γιαννούλης Ν., Νοσηλευτική και υγιεινός τρόπος ζωής – Μία ολέθρια σχέση; πρακτικά 25<sup>ου</sup> ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, επίτομος, 19-21 Μαΐου 1998, Αθήνα 1998, σ.187-188.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

**Φύλο:** Άνδρας • Γυναίκα •

**Ηλικία:** \_\_\_\_\_

Βάρος: \_\_\_\_\_  
Ύψος: \_\_\_\_\_

Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος-η • Άγαμος-η •  
Διαζευγμένος-η • Χήρος-α •  
Παιδιά: Αγόρια • Κορίτσια •  
Μένετε: Μόνος-η • Με τους γονείς σας •

Γονείς συζύγου • Με την οικογένειά σας •  
Συγκατοικείτε με άλλους •  
Έχετε άρρωστο στο σπίτι στο κρεβάτι: •  
Ναι • Όχι •

Εκπαίδευση:

Διευθύνων εκπαιδ. • Τεχνολογικής εκπαιδ. •  
Πανεπιστημιακής •

Τίτλος μεταπτυχιακών σπουδών: \_\_\_\_\_

Τόπος κατοικίας:

Εντός πόλεως • εκτός πόλεως •

Νοσοκομείο: \_\_\_\_\_

Τμήμα: \_\_\_\_\_

Χρόνια υπηρεσίας :

0-5 έτη • 5-10 έτη •  
>10 έτη •

Καθήκοντα :

Βοηθός Νοσ/του • Νοσηλευτής •  
Υπεύθυνος Νοσ. Προϊστάμενος-η •  
Τομεάρχης Διευθύντρια •

Το ωράριο εργασίας σας είναι:

Πρωινό • Απογευματινό •  
Βραδινό • Κυκλικό ωράριο •

**Πόσα νυκτερινά μνηκιάως κάνετε:** \_\_\_\_\_

Εργάζεστε και κάπου αλλού εκτός του νοσοκομείου, και αν ναι σε ποια από τα παρακάτω:

Οικιακά • Εργασία συζύγου •  
Διδασκαλία σε:Τ.Ε.Ι. • Μ.Τ.Ν.Σ. • Ι.Ε.Κ. •  
Άλλη εργασία •



11. Στην ημερήσια διατροφή σας καταναλώνετε ;

**Φρούτα** • **Φυσιικούς χυμούς**•

Αναψυκτικά Τίποτα από αυτά

12. Τα ποτά που προτιμάτε να καταναλώνετε περισσότερο είναι:

**Κρασί** • **Ουίски** •

**Μπύρα** • **Λεμονάδα** •

**Coca-Cola** • **Sprite** •

**Πορτοκαλάδα** •

13. Εάν πίνετε αλκοολούχα ποτά , τι ποσότητα καταναλώνετε ημερησίως;

1 ποτήρι 2-3 ποτήρια

κάποτε περισσότερα

14. Ποια η συχνότητα κατανάλωσής σας των αλκοολούχων ποτών;

**Κάθε μέρα** •

1-2 φορές την εβδομάδα

4-6 φορές την εβδομάδα

1-3 φορές τον μήνα

Σπάνια

Ποτέ

15. Πόσους πίνετε ημερησίως;

Έναν Δύο

Τρεις Τέσσερις

Πέντε

16. Τι καφέ προτιμάτε;

Ελληνικό Nes café

Cappuccino Espresso

Γαλλικός Οτιδήποτε καφέ

17. Συνηθίζετε να καπνίζετε;

**Ναι** • **Όχι** •

Μερικές φορές

18. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

1-10 τσιγάρα ½ πακέτο

1 πακέτο 2 πακέτα

Περισσότερα

19. Για ποιους λόγους καπνίζετε;

**Συνήθεια** • **Αμηχανία** •

Να αδυνατίσετε Σας ξεκουράζει

**Ενίσχυση προσωπικότητας** • **Συρμός εποχής** •

20. Πηγαίνετε για ύπνο συνήθως;

**Πρωινές ώρες** • **Βραδυνές ώρες** •

Μεσημβρινές ώρες

21. Το μεσημέρι πηγαίνετε για ύπνο:

**Ναι** • **Όχι** •

Μερικές φορές Πάντα

22. Πόσες ώρες το 24ωρό κοιμάστε;

3 ώρες 4 ώρες

5 ώρες 6 ώρες

7-8 ώρες 10 ώρες

- Παραπάνω
23. Γυμνάζεστε; **Ναι** • **Όχι** •
- Μερικές φορές
24. Αν ναι, ποιους χώρους προτιμάτε για γυμναστική; **Στο σπίτι, μόνος-η** • **Στο γυμναστήριο** •
- Στο γήπεδο
25. Τι είδους γυμναστική προτιμάτε; **Τρέξιμο** • **Κολύμπι** •
- Αερόμπικ Περπάτημα
- Σουηδική
26. Πώς αξιοποιείτε τον ελεύθερο χρόνο σας; **Πηγαίνοντας περιπάτους** •
- Ακούγοντας μουσική
- Βλέποντας τηλεόραση
- Διαβάζοντας βιβλία **Πηγαίνοντας εκδρομή** •
- Κάνοντας εργόχειρο
- Ασχολούμαι με τον εαυτό μου
- Ασχολούμαι με τους συγγενείς μου
- Δεν υπάρχει ελεύθερος χρόνος
- Τίποτα από τα παραπάνω
- Όλα τα παραπάνω
27. Έχετε βοήθεια για τις δουλειές του σπιτιού; **Ναι** • **Όχι** •
28. Το είδος της διασκέδασης που προτιμάτε είναι; **Θέατρο** • **Κινηματογράφος** •
- Τηλεόραση Εστιατόρια
- Νυχτερινά κέντρα
29. Πόσο συχνά διασκεδάζετε; **Κάθε βράδυ** • **Μια φορά την εβδομάδα** •
- Μια φορά το μήνα** • **Περιστασιακά** •
- Καθόλου
30. Επιθυμείτε να έρθει γρήγορα ο καιρός της σύνταξης; **Ναι** • **Όχι** •
31. Εάν μπορούσατε, θα αλλάζατε επάγγελμα; **Ναι** • **Όχι** •
32. Εάν ναι, για ποιο λόγο θα το κάνατε; **Λόγω κούρασης** **Λίγα χρήματα**
- Ανθυγιεινό** **Μικρή κοινωνική αποδοχή**