

Περιεχόμενα	ΣΕΛ
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
3. Προαγωγή υγείας	9
• Αρχές Προαγωγής Της Υγείας	10
• Δραστηριότητες-Προτεραιότητες	11
• Διλήμματα	13
• Υγεία και αγωγή υγείας	14
• Στόχοι αγωγής υγείας	15
• Μοντέλα αγωγής υγείας	17
• Ο ρόλος της αγωγής υγείας	19
• Εκπαιδευτική διαδικασία στην αγωγή υγείας	20
• Σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας	20
• Στάδια σχεδιασμού	21
• Μέθοδοι αγωγής υγείας	29
• Μέθοδοι επικοινωνίας	29
4. Προληπτική νοσηλευτική	30
• Πρωτογενής πρόληψη	30
• Δευτερογενής πρόληψη	32
• Τριτογενής πρόληψη	32
5. Προληπτικός έλεγχος(check-up)	33
6. Κακοήθη νεοπλασμάτα	36
• Πρόληψη κακοηθών νεοπλασμάτων	38

• Πρωτοβάθμια πρόληψη	40
• Δευτεροβάθμια πρόληψη	40
7. Καρκίνος των πνευμόνων	41
• Αίτια	41
• Πρόληψη	42
• Διαγνωστικές εξετάσεις	43
• Πρόσφατες εξελίξεις	43
8. Καρκίνος παχέος εντέρου	44
• Αίτια	46
• Διαγνωστικές εξετάσεις	46
• Πρόσφατες εξελίξεις	46
9. Καρκίνος προστάτη	50
• Αίτια	50
• Διαγνωστικές εξετάσεις	51
• Πρόσφατες εξελίξεις	52
10. Καρκίνος των όρχεων	57
• Αίτια	57
• Συμπτώματα καρκίνου των όρχεων	58
11. Καρκίνος του μαστού	60
• Αίτια	60
• Διαγνωστικές εξετάσεις	62
• Πρόληψη	62
• Αυτοεξέταση μαστού	63
• Σημάδια κινδύνου	65
• Πρόσφατες εξελίξεις	66
• Πρόληψη του καρκίνου του μαστού με την χρήση φαρμάκων	68
12. Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	71
• Αίτια	71
• Πρόληψη	72
• Διαγνωστικές εξετάσεις	72
• Τεστ Παπανικολάου	73
• Σημάδια κινδύνου	73

• Πρόσφατες εξελίξεις	73
13. Αρτηριοσκλήρωση	75
• Αίτια	76
• Διαγνωστικές εξετάσεις	76
• Πρόληψη	77
14. Υπέρταση	77
• Αίτια	78
• Διαγνωστικές εξετάσεις	79
• Πρόληψη και μέτρα εναντίον της υψηλής πίεσης	79
• Έρευνα	81
15. Χοληστερίνη	82
16. Στηθάγχη	84
• Αίτια	84
• Διαγνωστικές εξετάσεις	85
17. Στεφανιαία νόσος	86
• Μεταβολικές διαταραχές	87
18. Σακχαρώδης διαβήτης	88
• Παράγοντες που ευνοούν την δημιουργία Σακχαρώδη διαβήτη	89
• Διαγνωστικές εξετάσεις	89
• Πρόληψη Σακχαρώδη διαβήτη	89
19. Παχυσαρκία	92
• Αίτια	92
• Πρόληψη παχυσαρκίας	93
• Το στρες, η διαίτα και το βάρος σώματος	96
• Πρόσφατες εξελίξεις	97
20. Οστεοπόρωση	99
• Αίτια	100
• Πρόληψη	101
21. Οστεοπενία	103
22. Κάπνισμα	105
23. Αιματολογικές εξετάσεις	108
24. Γενική εξέταση ούρων	112
25. Βιοχημικές εξετάσεις	114

26. Στοματική υγιεινή	115
• Πρόληψη	116
• Έρευνα	118
27. Ύπνος	118
28. Στρες	122
29. Άντρες και check-up: ποιες εξετάσεις πρέπει να γίνονται	125
30. Γυναίκες και check-up: ποιες εξετάσεις πρέπει να γίνονται	129
31. Επίλογος	133

Ειδικό μέρος

32. Εισαγωγή	135
33. Υλικό Και Μέθοδος	135
34. Αποτελέσματα	138
35. Συζήτηση	191
36. Προτάσεις	194
37. Περίληψη	195
38. Παράρτημα	196
39. Βιβλιογραφία	201

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η μεγάλη εξέλιξη της τεχνολογίας έκανε τον άνθρωπο να έχει συνεχώς στραμμένη την προσοχή του στα πλεονεκτήματά της ξεχνώντας την ανάγκη για υγιεινή ζωή.

Η υγεία όμως είναι το πιο πολύτιμο από τα αγαθά της ζωής και σύμφωνα με τον ορισμό της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας (Π.Ο.Υ) **υγεία δεν σημαίνει μόνο έλλειψη ασθένειας και αναπηρίας αλλά πολύ καλή φυσική, ψυχική και κοινωνική κατάσταση.**

Η διατήρηση όμως της υγείας έχει μια βασική προϋπόθεση την αρμονική ισορροπία ανάμεσα στο περιβάλλον και στο άτομο. Για την προαγωγή της υγείας δεν φθάνει μόνο η αλματώδης εξέλιξη της Ιατρικής και των άλλων επιστημών αλλά χρειάζεται και συνεργασία του ατόμου. Το άτομο όμως για να συνεργασθεί θα πρέπει να μην αγνοεί τους βασικούς κανόνες της υγιεινής γιατί η άγνοια στον τομέα αυτόν είναι επικίνδυνη για τον άνθρωπο και το περιβάλλον.

Με την σωστή ενημέρωση κάθε άνθρωπος μπορεί να κάνει πρόληψη και η πρόληψη είναι προτιμότερη από την θεραπεία (Ιπποκράτης **460-377 π.Χ.**).

Η αξία της πρόληψης είναι ακόμη πιο μεγάλη σήμερα αν σκεφθούμε ότι είναι το μόνο όπλο για μάστιγες όπως το **AIDS** και ο καρκίνος.

Σπουδαία προληπτικά μέτρα για τις λοιμώδεις αρρώστιες είναι τα εμβόλια. Πολλές ασθένειες όπως η ευλογιά, η διφθερίτιδα, πολυομελίτιδα πέρασαν ή σύντομα περνούν στην Ιστορία χάρη στα εμβόλια.

Βέβαια στον αγώνα των λοιμωδών νόσων κερδίσαμε μια μάχη όμως τον πόλεμο παρά όλα αυτά αυξήθηκε ο μέσος όρος ζωής που θα είχε ακόμα μεγαλύτερη άνοδο αν δεν υπήρχε αύξηση των λεγόμενων νόσων της φθοράς και του πολιτισμού όπως ο καρκίνος και οι καρδιοαγγειακές παθήσεις.

Για την υγεία του ανθρώπου αρνητικά στοιχεία είναι το στρες και οι κακές έξεις (καπνός, αλκοόλ, ναρκωτικά) η ρύπανση του περιβάλλοντος και η κακή διατροφή. Θετικά στοιχεία είναι η υγιεινή ζωή, η φυσιολατρία η άσκηση και ο αθλητισμός.

Η άσκηση μαζί με τον αθλητισμό έχουν κυρίαρχη θέση στο σωστό τρόπο ζωής. Αλλά χρειάζονται πάνω απ' όλα, υγιεινές συνθήκες που πρέπει να γνωρίζουν καλά ο καθηγητής φυσικής αγωγής ο προπονητής και ο αθλητής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι υπηρεσίες υγείας και η ιατρική φροντίδα υπάρχουν για να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας κάθε κοινωνίας. Οι κοινωνίες όμως αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν οι ανάγκες υγείας και οι προσδοκίες του πληθυσμού για φροντίδα και περίθαλψη. Είναι δε φυσικό, αυτές οι αλλαγές να παρασύρουν προς νέους προσανατολισμούς και τα συστήματα υγείας, που έτσι και αλλιώς δεν παραμένουν σε ακινησία αλλά συνεχώς εξελίσσονται, υποχρεωμένα από ευρύτερες διεργασίες όπως είναι η ανάπτυξη της οικονομίας και της τεχνολογίας ή από εσωτερικές δυνάμεις όπως είναι οι φωτεινές εμπνεύσεις και η άοκνη προσφορά ορισμένων λειτουργών τους.

Μία από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς, υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης. Οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής - νοσοκομειακής ιατρικής απέναντι στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και πρόσφατα το AIDS. Ταυτόχρονα, οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται ή αδυνατούν ακόμα να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καταναλώνονται από το θεραπευτικό - νοσοκομειακό τομέα.

Αυτά τα δύο φαινόμενα, των υψηλών δαπανών και της περιορισμένης αποτελεσματικότητας, που συνιστούν την πολυσυζητημένη κρίση της σύγχρονης Ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και στην αναβάθμιση άλλων, σε μια προσπάθεια να απαντηθούν αποτελεσματικά αλλά και οικονομικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας. Και κυρίως έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη της Πρόληψης, μια που όλα σχεδόν τα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας είναι αιτιολογικά συνυφασμένα με το σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.¹

Προαγωγή υγείας

Η 34η γενική συνέλευση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) που πραγματοποιήθηκε το 1981, έθεσε σαν στρατηγική επιδίωξη το «Υγεία για όλους το έτος 2000» (Health For All by the year 2000 - HFA 2000). Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Π.Φ.Υ.), θεωρήθηκε μοχλός αυτής της προσπάθειας, γι ' αυτά και ένας από τους βασικούς στόχους που τέθηκε ήταν ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Οι άλλοι βασικοί στόχοι ήταν η πρόληψη των προλήψιμων νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και η διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

Για την επίτευξη , αυτών των στόχων, η Π.Ο.Υ. Θεσμοθέτησε το 1986 με την διακήρυξη της Οτάβας, την πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion) που αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία και στη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

Προσανατολισμένη στην κοινότητα και στις ανάγκες του κάθε τοπικού πληθυσμού και διαποτισμένη από μια ουμανιστική αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια, κοινωνικά προσανατολισμένη, η Προαγωγή Υγείας έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια με την αύξηση του ειδικού βάρους της σύγχρονης νοσοκομειακής - Θεραπευτικής ιατρικής.

Η Προαγωγή Υγείας σύμφωνα με τη διακήρυξη της Π.Ο.Υ. είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Η άποψη αυτή απορρέει από μια ευρύτερη αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα, να μπορεί από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και από την άλλη να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σ' αυτό. Συνακόλουθα, η υγεία θα πρέπει να θεωρείται σαν συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι σαν αυτοσκοπός. Είναι δηλαδή μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στις κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες και ικανότητες.²

Σύμφωνα με την ίδια διακήρυξη, η Προαγωγή Υγείας χαρακτηρίζεται από τις ακόλουθες αρχές, δραστηριότητες, προτεραιότητες και διλήμματα.³

Αρχές Προαγωγής Της Υγείας

Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ επικεντρώνεται περισσότερο στο σύνολο του πληθυσμού μέσα στα πλαίσια της καθημερινής του ζωής, παρά στα μεμονωμένα άτομα που διατρέχουν κάποιο συγκεκριμένο κίνδυνο να αρρωστήσουν. Καθιστά τα άτομα ικανά να αναλαμβάνουν αυθόρμητα ή οργανωμένα υπεύθυνη δράση για την υγεία τους, που όπως ήδη αναφέρθηκε, αποτελεί σημαντικό συντελεστή της καθημερινής τους ζωής. Η επιδίωξη αυτή απαιτεί πλήρη και συνεχή πρόσβαση στην πληροφόρηση για θέματα υγείας και τη μέγιστη δυνατή κοινοποίηση όλων των σχετικών πληροφοριών στο σύνολο του πληθυσμού.

Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ κατευθύνει τη δράση της προς όλους τους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία . Κατά συνέπεια η Προαγωγή Υγείας, εκτός από τη στενή συνεργασία των υπηρεσιών υγείας, προϋποθέτει και τη συμβολή όλων των φορέων που σχετίζονται με τους ευρύτερους αυτούς παράγοντες..

Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ συνδυάζει διάφορες αλλά συμπληρωματικές μεθόδους ή τρόπους προσέγγισης, όπως την επικοινωνία, την εκπαίδευση, τη νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα, τις οργανωτικές αλλαγές, την ανάπτυξη της κοινότητας καθώς και αυτογενείς τοπικές δραστηριότητες κατά των κινδύνων της υγείας.

Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ στοχεύει ιδιαίτερα στην αποτελεσματική και ουσιαστική συμμετοχή του κοινού. Ο στόχος αυτός απαιτεί την ανάπτυξη επιδεξιότητων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο που διευκολύνουν την αποσαφήνιση των προβλημάτων και τη λήψη των σωστών αποφάσεων.

Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ είναι μια ευρύτερη δραστηριότητα στο χώρο της υγείας και της κοινωνίας και όχι μια ιατρική υπηρεσία. Γι' αυτό, όλοι οι επαγγελματίες της υγείας και ιδιαίτερα όσοι ασχολούνται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας.³

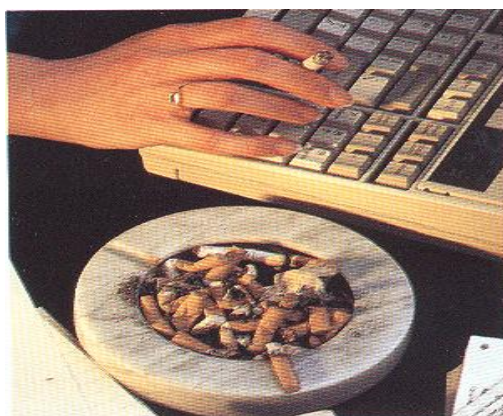
Δραστηριότητες – Προτεραιότητες

Η Προαγωγή Υγείας επιδιώκει την αναβάθμιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, όπως είναι οι οικονομικοί, οι περιβαλλοντολογικοί, οι κοινωνικοί κ.ά. Με δεδομένο το εύρος αυτών των παραγόντων, θα μπορούσε να καταγραφεί ένας σχεδόν ατέλειωτος κατάλογος δραστηριοτήτων: διατροφική πολιτική, στέγαση, κάπνισμα, επιδεξιότητες προσαρμογής, κοινωνική υποστήριξη κ.ά. Για να διευκολυνθεί όμως το έργο της Προαγωγής Υγείας, η διακήρυξη της Οτάβας αναφέρει ότι:

- Στο επίκεντρο της Προαγωγής Υγείας είναι η εξασφάλιση της πρόσβασης στην υγεία, δηλαδή η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και η αύξηση των ευκαιριών για τη βελτίωση της υγείας. Η επιδίωξη αυτή συνεπάγεται αλλαγές στις σχετικές πολιτικές του κράτους και των υπεύθυνων φορέων, καθώς και αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας.

- Η βελτίωση της υγείας εξαρτάται από τη διαμόρφωση ενός υγιεινού περιβάλλοντος ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις συνθήκες εργασίας και κατοικίας. Επειδή και στις δύο περιπτώσεις πρόκειται για ένα δυναμικό περιβάλλον, η Προαγωγή Υγείας περιλαμβάνει μεθόδους για την εκτίμηση της δυναμικής αυτής μέσα από την αξιολόγηση των τεχνολογικών, πολιτιστικών και οικονομικών τάσεων και προοπτικών.

- Ο κυρίαρχος τρόπος ζωής σε μια κοινωνία είναι καθοριστικής σημασίας γιατί διαμορφώνει τις προσωπικές συμπεριφορές που μπορεί να είναι είτε ωφέλιμες, είτε βλαβερές. Η υιοθέτηση συμπεριφορών που συμβάλλουν στην υγεία προϋποθέτει τη διερεύνηση των σχετικών πεποιθήσεων και αξιών. Η διαμόρφωση μιας υγιεινούς συμπεριφοράς και η ανάπτυξη κατάλληλων μηχανισμών προσαρμογής στο περιβάλλον και συναλλαγής με αυτό, αποτελούν θεμελιώδεις στόχους της Προαγωγής Υγείας.



- Η Προαγωγή Υγείας στηρίζεται στη συλλογική προσπάθεια για την προάσπιση της υγείας. Οι αρχές, με την άσκηση κοινωνικής πολιτικής, έχουν μια ιδιαίτερη ευθύνη

στο να καταστήσουν προσιτές τις ενδεικνυόμενες επιλογές και να εξασφαλίσουν τις βασικές προϋποθέσεις μιας υγιούς ζωής. Οι δε υποστηρικτές της Προαγωγής της Υγείας μέσα στα κέντρα αποφάσεων, πρέπει αφενός να έχουν συνείδηση της σημασίας της αυθόρμητης δραστηριότητας για την υγεία, όπως είναι τα κοινωνικά κινήματα ή τα φαινόμενα της αυτοβοήθειας και της αυτοφροντίδας και αφετέρου να αναγνωρίζουν την ανάγκη συνεχούς συνεργασίας με το κοινό πάνω σε όλα τα θέματα της Προαγωγής Υγείας.

- Η έννοια της Προαγωγής Υγείας πρέπει να αποσαφηνίζεται σε κάθε στάδιο του σχεδιασμού δίνοντας έμφαση στις κοινωνικές, οικονομικές και οικολογικές διαστάσεις της υγείας. Η διαμόρφωση πολιτικών Προαγωγής Υγείας μπορεί έτσι να σχετιστεί και να ενοποιηθεί με άλλες πολιτικές, όπως της εργασίας, της στέγασης, των κοινωνικών υπηρεσιών, της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κτλ.

- Η πολιτική βούληση για την ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας πρέπει να οδηγεί στη δημιουργία κέντρων αναφοράς σε όλα τα επίπεδα -τοπικό, περιφερειακό και εθνικό. Τα κέντρα αυτά θα λειτουργούν σαν οργανωτικοί μηχανισμοί για το διατομεακό και συντονισμένο σχεδιασμό της Προαγωγής Υγείας. Θα παρέχουν επίσης ηγεσία και υπευθυνότητα έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανάπτυξη των σχετικών δραστηριοτήτων. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη μακροπρόθεσμων προγραμμάτων είναι και η ύπαρξη επαρκών κονδυλίων και ειδικευμένου προσωπικού.

- Κατά την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων της Προαγωγής Υγείας θα πρέπει να υπάρχει συνεχής διάλογος και ανταλλαγή απόψεων μεταξύ ατόμων ή ομάδων και ειδικών επαγγελματιών. Θα πρέπει επίσης να καθιερωθούν μηχανισμοί που θα εξασφαλίσουν ευκαιρίες για να εκφράζει το κοινό τις απόψεις του και για να καλλιεργείται το δημόσιο ενδιαφέρον για την υγεία.

- Για την επιλογή των τομέων προτεραιότητας, θα πρέπει να έχει προηγηθεί μια αξιολόγηση των δεικτών υγείας, των γνώσεων, των ικανοτήτων και πρακτικών του πληθυσμού σε θέματα υγείας καθώς και της ισχύουσας εθνικής ή τοπικής νομοθεσίας και πολιτικής.

- Επιπλέον θα πρέπει να έχει εκτιμηθεί η προσδοκώμενη επίδραση στην υγεία των σχεδιαζόμενων μέτρων και προγραμμάτων, οι οικονομικοί περιορισμοί και τα οικονομικά οφέλη, η κοινωνική και η πολιτιστική αποδοχή τους και η δυνατότητα ολοκληρωμένης πραγμάτωσής τους.

- Τέλος, η ερευνητική υποστήριξη είναι καθοριστική για την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων και για την αξιολόγησή τους. Υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν νέες μεθοδολογίες έρευνας και να επινοηθούν κατάλληλοι τρόποι αξιολόγησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα πρέπει να κοινοποιούνται ευρέως και να πραγματοποιούνται συγκρίσεις ενδοκρατικές και διεθνείς.³

Διλήμματα

Η κοινωνική πολιτική της υγείας θα έρχεται πάντα αντιμέτωπη με βασικά πολιτικά και ηθικά διλήμματα. Όσοι ασχολούνται με την Προαγωγή Υγείας θα πρέπει να έχουν επίγνωση των πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων στο κοινωνικό και στο ατομικό επίπεδο.

Πρώτα απ' όλα υπάρχει ο κίνδυνος η υγεία να θεωρηθεί σαν ο απόλυτος σκοπός που αγκαλιάζει όλες τις πτυχές της ζωής. Η ιδεολογία αυτή, που συχνά αποκαλείται υγιεινισμός (Healthism) θα μπορούσε να οδηγήσει στην κηδεμόνευση των ατόμων και στον έλεγχο της συμπεριφοράς, γεγονός που αντιστρατεύεται τις βασικές αρχές της Προαγωγής Υγείας.

Επίσης ενδέχεται, προγράμματα Προαγωγής Υγείας να προσανατολίζονται κυρίως σε ατομικές λύσεις, αντί να στοχεύουν στην επίλυση των γενικότερων προβλημάτων του πληθυσμού. Αυτοί που αποφασίζουν, πολλές φορές θεωρούν τα άτομα αποκλειστικά υπεύθυνα για την υγεία τους. Συχνά υπάρχει η εσφαλμένη εντύπωση ότι οι άνθρωποι έχουν τη δύναμη να σχεδιάζουν εξ' ολοκλήρου τη ζωή τους έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν τους προλήψιμους κινδύνους. Κατά συνέπεια, όταν αρρωσταίνουν, θεωρούνται υπεύθυνοι και στιγματίζονται ανάλογα (victim blaming).

Ορισμένες φορές οι μέθοδοι Προαγωγής της Υγείας, δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες, πεποιθήσεις, προτιμήσεις ή ικανότητες του κοινού. Το γεγονός αυτό μπορεί να αυξήσει τις κοινωνικές ανισότητες. Η παροχή πληροφοριών από μόνη της π.χ. είναι ανεπαρκής σαν μέτρο. Η ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από ένα πρόβλημα υγείας χωρίς να παρέχονται οι δυνατότητες για την αντιμετώπισή του, θα μπορούσε να έχει σαν μοναδικό αποτέλεσμα τη δημιουργία ανησυχίας και αισθήματος ανασφάλειας.

Υπάρχει τέλος κίνδυνος για την οικειοποίηση της Προαγωγής Υγείας από μια επαγγελματική ομάδα που μπορεί να την μετατρέψει σε ένα εξειδικευμένο κλάδο, αποκλείοντας έτσι τα άλλα ενδιαφερόμενα μέρη. Το κοινό, για να αυξήσει τον έλεγχό του στα θέματα που αφορούν την υγεία του, Θα πρέπει να απαιτήσει και να διεκδικήσει από τους επαγγελματίες και τις αρχές μεγαλύτερη συμμετοχή στη διαχείριση των πόρων και στην χάραξη της πολιτικής υγείας και ειδικότερα της Προαγωγής Υγείας.³

Υγεία και αγωγή υγείας

Οι έννοιες υγείας και αγωγή υγείας έχουν ποικίλους ορισμούς. Με τον όρο **Υγεία** εννοούμε μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Η επίτευξη της υγείας στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο είναι ένας πολύ σημαντικός κοινωνικός στόχος, του οποίου η πραγματοποίηση απαιτεί τη δραστηριότητα πολλών επαγγελματιών και επιστημών. Ενώ όλοι μας επιθυμούμε την υγεία λίγοι έχουμε συνειδητοποιήσει ότι η πραγματοποίησή της σχετίζεται απόλυτα με την ορθή βιοτροπία, δηλαδή το σωστό τρόπο ζωής. Ένας ευρύτερος ορισμός της υγείας είναι ότι αποτελεί κατάσταση, κατά την οποία υπάρχει συντονισμός και ισορροπία μεταξύ του ατόμου και του βιολογικού, ψυχολογικού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ένας ακόμη πιο ευρύς ορισμός της υγείας που δίδεται από τον Balog βασίζεται στην διαπίστωση, ότι η υγεία δεν αποτελεί ένα εμπειρικό γεγονός ή αντικειμενικό φαινόμενο . Αντίθετα αποτελεί μια ανθρώπινη υποδομή, την οποία τα άτομα μιας συγκεκριμένης κοινότητας δημιουργούν ανάλογα με τις πολιτισμικές αξίες και τους κοινωνικούς κανόνες που επικρατούν. Επομένως υγεία μπορεί να καθοριστεί σαν η κατάσταση εκείνη του σώματος και πνεύματος, η οποία δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να κατευθύνονται με επιτυχία προς τους επιθυμητούς λειτουργικούς και κοινωνικούς τους αντικειμενικούς σκοπούς.

Επειδή ο όρος υγεία δεν έχει αποδεκτά όρια είναι δύσκολο να καθοριστεί και ο συγκεκριμένος στόχος και σκοπός αλλά και ο ακριβής τομέας της αγωγής υγείας.⁴

Αγωγή υγείας με τη στενή έννοια μπορεί να θεωρηθεί η απλή μετάδοση πληροφοριών που έχουν σχέση με την Υγεία. Ακόμα μπορεί να οριστεί σαν μετάδοση

γνώσεων που έχουν σχέση με την αρρώστια, τρόποι για την αποφυγή της, καθώς και για την ανάρρωση των ατόμων μετά από αυτήν. Η στενή αυτή έννοια της αγωγής υγείας βασίζεται στην απλούστευση ότι η υγεία είναι η απουσία αρρώστιας.

Σύμφωνα με τον Balog Αγωγή υγείας είναι η παροχή πληροφοριών σχετικά με συνήθειες της ζωής που προωθούν την καλή λειτουργικότητα σώματος και πνεύματος και ενθαρρύνουν τα άτομα για αυτοέλεγχο και αυτοφροντίδα σε θέματα υγείας. Στον ορισμό αυτό η παροχή πληροφοριών στα άτομα εξακολουθεί να αποτελεί βασικό στοιχείο. Ωστόσο, έμφαση δίνεται στην ευθύνη που αναλαμβάνει το ίδιο το άτομο μέσα στο περιβάλλον που ζει.⁵

Στόχοι αγωγής υγείας

Οι επιδιώξεις της Αγωγής Υγείας συγκεκριμενοποιούνται στους εξής βασικούς στόχους:

1. Ευαισθητοποίηση

Ο πρώτος στόχος ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, αφορά τη συνειδητοποίηση του κοινού ή του εκπαιδευόμενου σχετικά με την ύπαρξη ενός προβλήματος. Πολλές φορές, προκειμένου να επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση - συνειδητοποίηση, πρέπει να δοθούν ορισμένες βασικές πληροφορίες ώστε να γίνει αντιληπτό το μέγεθος και η σημασία του προβλήματος, π.χ. πληροφορώντας το κοινό ότι κάθε τσιγάρο αφαιρεί κατά μέσο όρο 5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή, δίνεται μια πρώτη διάσταση του μεγέθους του προβλήματος.³

2. Παροχή γνώσεων

Ο στόχος αυτός, αφορά την παροχή των απαραίτητων γνώσεων, σε θέματα που έχει προηγηθεί μια πρώτη ευαισθητοποίηση. Το να γνωρίζει κανείς ότι κάποια καθημερινή συνήθεια είναι βλαβερή, δεν αρκεί για να πεισθεί για την ανάγκη καταπολέμησής της. Όταν μάλιστα απαιτούνται ιδιαίτερες προσπάθειες, το κοινό ή το άτομο πρέπει να είναι εξοπλισμένο με τις γνώσεις εκείνες που θα του ενισχύσουν τη βούληση για δράση και που θα κατευθύνουν τη δράση αυτή προς τη σωστή κατεύθυνση.³

3. Ιεράρχηση αξιών

Οι αξίες του καθένα, οι βασικές πεποιθήσεις του και η γενικότερη ιδεολογία του, αποτελούν σημαντικά κομμάτι του πολύπλοκου ανθρώπινου ψυχολογικού κόσμου και συμβάλλουν καθοριστικά στις εκάστοτε απόψεις που διαμορφώνει, στις αποφάσεις που παίρνει και στις πράξεις που προβαίνει. Ο στόχος λοιπόν της ιεράρχησης αξιών, αποσκοπεί κυρίως στην αποσαφήνιση, στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία. Πολλές φορές τα άτομα αγνοούν, παραγνωρίζουν ή υποτιμούν το τι είναι σημαντικό ή όχι για την υγεία τους, ή ακόμα την ίδια την μεγάλη αξία που έχει η υγεία τους για την ζωή τους.³

4. Αλλαγή απόψεων

Ο στόχος αυτός, όπως και ο προηγούμενος, αφορά την τροποποίηση ορισμένων βασικών πεποιθήσεων. Η μόνη διαφορά είναι ότι οι απόψεις αφορούν πλέον συγκεκριμένα ζητήματα της καθημερινής ζωής, που εξαρτώνται βέβαια από τις γενικότερες αξίες που έχουν υιοθετηθεί. Επειδή όμως πρόκειται για πιο συγκεκριμένες τοποθετήσεις, οι απόψεις που υπάρχουν για ένα ζήτημα, καθορίζονται εκτός από τις αξίες και από τις πληροφορίες που παρέχονται και από την εκάστοτε συναισθηματική φόρτιση.³

5. Λήψη αποφάσεων

Από τη στιγμή που το κοινό ή ένα άτομο, ευαισθητοποιηθεί γύρω από ένα θέμα υγείας, εξοπλιστεί με τις απαραίτητες γνώσεις, ιεραρχήσει σωστά την αξία του και υιοθετήσει τις σωστές απόψεις, το επόμενο βήμα είναι να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις που θα βοηθήσουν στην επίλυση ή βελτίωση του προβλήματος. Η σημαντική αυτή διαδικασία στηρίζεται τόσο στην παροχή των απαραίτητων γνώσεων όσο και στη διαμόρφωση των κατάλληλων αξιών και απόψεων. Κάποιος αποφασίζει να μειώσει το βάρος του επειδή ακριβώς γνωρίζει τους κινδύνους που διατρέχει και επειδή οι αξίες και οι απόψεις του τον οδηγούν στο να προτιμήσει τη διασφάλιση της υγείας του παρά να διακινδυνέψει να υποστεί τις βλαβερές συνέπειες της παχυσαρκίας.⁴

6. Αλλαγή συμπεριφοράς

Η λήψη της κατάλληλης απόφασης, δεν οδηγεί πάντα και στην εκτέλεσή της. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα που η υλοποίηση μιας απόφασης συναντά εμπόδια και δυσκολίες, παρατηρείται συχνά εγκατάλειψη της προσπάθειας ή αποφυγή εκτέλεσής της. Γι ' αυτό και η Αγωγή Υγείας παρέχει τη βοήθεια που χρειάζεται το κοινό ή ένα άτομο, προκειμένου να επιτύχει την υλοποίηση μιας αλλαγής. Άλλωστε η αλλαγή συμπεριφοράς, δηλαδή η επιτυχής εφαρμογή μιας ενεργητικής προσπάθειας, αποτελεί αναμφισβήτητα και το πιο σημαντικό συστατικό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.³

7. Αλλαγή περιβάλλοντος

Ο τελευταίος αυτός στόχος, αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού ή /και κοινωνικού περιβάλλοντος προκειμένου να μειωθούν οι περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση των υγιεινών συμπεριφορών. Ο στόχος αυτός, περιλαμβάνει από αλλαγές μέσα στο σπίτι μέχρι και αλλαγές σ' όλη την κοινωνία. Οι γνώσεις, οι αξίες, οι απόψεις και οι πράξεις καθορίζονται σημαντικά από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Αν κάποιος περιβάλλεται συνέχεια από καπνιστές και βομβαρδίζεται με διαφημίσεις τσιγάρων, δύσκολα θα καταφέρει να μην υποκύψει στη συνήθεια του καπνίσματος.³

Μοντέλα Αγωγής Υγείας

1. Μοντέλο Πεπιοθήσεων Υγείας (Μοντέλο του Becker)

Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο αγωγής υγείας του Becker τα άτομα αναζητούν προληπτική φροντίδα υγείας εάν πιστεύουν:

- Ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας που εμφανίζεται είναι σοβαρό.
- Οι ίδιοι είναι επιρρεπείς σε αυτό το πρόβλημα υγείας.
- Είναι δυνατόν να αναλάβουν κάποιες δραστηριότητες ή μέτρα για να μειώσουν τις πιθανότητες να εκδηλωθεί η αρρώστια.
- Το κόστος για την πρόληψη καθώς και το ιατρικό, οικονομικό και ψυχολογικό κόστος θεωρούν ότι το μικρότερο από το κόστος που δημιουργεί η εκδήλωση της αρρώστιας.

Με βάση το μοντέλο του Becker ο Clark προσέθεσε κάποιους επιπλέον παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση του ατόμου για αλλαγή συμπεριφοράς και τρόπου ζωής,

Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Εμπιστοσύνη στην ικανότητα του προσώπου που αναλαμβάνει την ενημέρωση και τις σχέσεις του ατόμου με το προσωπικό αυτό.
- Εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα των οδηγιών και των προγραμμάτων που δόθηκαν.
- Το πραγματικό ή υπολογιζόμενο από το άτομο κόστος στο οποίο περιλαμβάνεται ο χρόνος, τα χρήματα και ο κόπος.
- Ο βαθμός, ο τύπος και η πολυπλοκότητα της αλλαγής που πρέπει να επέλθει.
- Η δυνατότητα της διατήρησης της αλλαγής αυτής για μακρό χρονικό διάστημα.

Βασικός σκοπός του μοντέλου Becker είναι η αλλαγή συμπεριφοράς. Στο άτομο που διαπιστώνεται ότι ανήκει στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση μιας αρρώστιας δίδονται πληροφορίες για αλλαγή των αντιλήψεων και των διαθέσεων του σχετικά με τον τρόπο της ζωής του. Το μοντέλο του Becker είναι βασικά προσανατολισμένο στην αρρώστια και στην πρωτογενή πρόληψή της.⁵

2. Ψυχοπαιδαγωγικό Μοντέλο Αγωγής υγείας (Payton and Ivey)

Το μοντέλο αυτό σε αντίθεση με το προηγούμενο στηρίζεται στην υγεία και όχι στην αρρώστια, προτείνεται από τους Payton and Ivey, οι οποίοι καθορίζουν την ψυχοπαιδαγωγική ως την προγραμματισμένη και συστηματική προσπάθεια διδασκαλίας ατόμων ή ομάδων, γνώσεων, δεξιοτεχνιών και δυνατοτήτων στον τομέα των ανθρωπίνων σχέσεων.

Ενώ στο προηγούμενο μοντέλο ο τελικός σκοπός είναι η αλλαγή συμπεριφοράς του ατόμου, στο ψυχοπαιδαγωγικό μοντέλο αντικειμενικός σκοπός είναι **η αλλαγή των διαθέσεων και των ελατηρίων** των ατόμων ή ομάδων. Το ίδιο το άτομο αποδέχεται την ευθύνη της δικής του φροντίδας. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το άτομο μαθαίνει βασικούς τρόπους χειρισμού των συνθηκών της ζωής. Μαθαίνει δηλαδή ποια είναι η διεργασία η οποία: διευκρινίζει τις αξίες ή έννοιες καθορίζει το πρόβλημα αναζητεί

πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης προγραμματίζει δραστηριότητες ενεργοποίησης και εκτιμά την επιτυχία ή αποτυχία. Οι διεργασίες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τα άτομα σε ποικιλία περιστάσεων της καθημερινής ζωής.⁵

Ο ρόλος της Αγωγής Υγείας

Η αγωγή υγείας αποτελεί συγκροτημένη εκπαιδευτική δραστηριότητα και όχι απλώς ενημέρωση σε θέματα υγείας όπως συνέβαινε κατά το παρελθόν. Το σύγχρονο αυτό περιεχόμενο της αγωγής υγείας την καθιστά αναπόσπαστο κομμάτι της Προαγωγής Υγείας, αλλά και ουσιαστική συνιστώσα της θεραπευτικής διαδικασίας και της σωστής χρήσης και αξιοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Σχετικά με το ρόλο της αγωγής υγείας στη θεραπευτική αγωγή των αρρώστων (patient education), είναι διαπιστωμένη η συμβολή της σωστής ενημέρωσης και της ενεργού συμμετοχής του ασθενή στην επιτυχία του θεραπευτικού σχήματος. Η γνώση της σημασίας κάθε θεραπευτικού μέτρου, η επίγνωση των πιθανών κινδύνων και η προσαρμογή στις απαιτήσεις της θεραπείας αποτελούν σημαντικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματική καταπολέμηση της αρρώστιας.

Η ίδια ανάγκη ενημέρωσης και συμμετοχής ισχύει και ως προς τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Χωρίς σωστή ενημέρωση του κοινού για τις υπάρχουσες υπηρεσίες, τη λειτουργία τους, την κατανομή τους αλλά και χωρίς υιοθέτηση από το κοινό στάσεων και συμπεριφορών που να διευκολύνουν την αξιοποίηση των υπηρεσιών, είναι αναπόφευκτο να δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα που μπορεί άλλοτε να οδηγούν στη μη αξιοποίηση των υπηρεσιών, άλλοτε στην υπερβολική ζήτηση και κατανάλωσή τους, και άλλοτε στη λαθεμένη χρήση τους.

Υπάρχουν συχνά εναλλακτικές μορφές θεραπείας και πολλαπλοί τρόποι κατάκτησης της επιθυμητής σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Γι' αυτό και η αγωγή υγείας επιδιώκει τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής, μέσω της γνώσης και της υπευθυνότητας, και όχι μέσω της επιβολής κάποιας συμπεριφοράς, ή της προπαγάνδης κάποιας αλήθειας, ακόμα και όταν υπάρχει αξιόπιστη επιστημονική τεκμηρίωση.

Εξάλλου, η ένταξη της αγωγής υγείας στην ευρύτερη στρατηγική της προαγωγής υγείας, αποτελεί θετική υπέρβαση της διαμάχης για το αν η συμπεριφορά ή το περιβάλλον διαδραματίζουν τον πρωτεύοντα ρόλο στη διαμόρφωση των φαινομένων της υγείας και της αρρώστιας. Η συμπεριφορά, καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το περιβάλλον. Όμως, και το περιβάλλον διαμορφώνεται και από την επίδραση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Καμιά ουσιαστική αλλαγή δεν μπορεί να επέλθει στη συμπεριφορά, αν δεν υπάρχουν οι κατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες, και καμιά αναβάθμιση του περιβάλλοντος δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς την ενεργό συμμετοχή του ανθρώπινου παράγοντα. Γι' αυτό και η προαγωγή υγείας, που «παντρεύει» τη συμπεριφορά με το περιβάλλον, αποτελεί για τον 21^ο αιώνα βασική προτεραιότητα ως προς την άσκηση της σύγχρονης πολιτικής υγείας.⁶

Εκπαιδευτική διαδικασία στην Αγωγή Υγείας

Η νοσηλευτική διεργασία χρησιμοποιείται σαν οδηγός στην εκπαιδευτική διαδικασία. Αξιολογούνται οι εκπαιδευτικές ανάγκες ατόμων και ομάδων, προγραμματίζονται και διεκπεραιώνονται εκπαιδευτικές στρατηγικές και ακολουθεί συνεχής αξιολόγηση, η οποία αποτελεί και την βάση για ανανέωση, διατήρηση ή αλλαγή στρατηγικής. Η εκπαιδευτική διαδικασία και η νοσηλευτική διεργασία συνδυαζόμενες μπορούν να αποτελέσουν ένα εξαιρετο σκελετό για την ανάπτυξη και εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος στην κοινότητα.⁵

Σχεδιασμός Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Πριν από την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, είναι απαραίτητος ο λεπτομερής και προσεκτικός σχεδιασμός τους. Κάθε σχεδιασμός περιλαμβάνει ορισμένους βασικούς τομείς, που ο καθένας απ' αυτούς πρέπει να αναλύεται και να καταγράφεται ξεχωριστά σαν ιδιαίτερο κεφάλαιο του σχεδιασμού πριν από την εφαρμογή του προγράμματος.

Η εφαρμογή του προγράμματος που αποτελεί το δεύτερο και σημαντικότερο βήμα στην υλοποίηση της Αγωγής Υγείας, αποτελεί πιστή μεταφορά στην πράξη όσων έχουν διατυπωθεί γραπτά στα πλαίσια του σχεδιασμού.

Το τρίτο και τελευταίο βήμα, είναι η αξιολόγηση κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας, που αφορά όλα τα στάδια σχεδιασμού και εφαρμογής του και κυρίως την αποτίμηση των αποτελεσμάτων του. Ο τρόπος αξιολόγησης αποτελεί επίσης αντικείμενο του σχεδιασμού.³

Στάδια σχεδιασμού

Ο σχεδιασμός προγραμμάτων Αγωγής Υγείας περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. Ανάλυση της κοινότητας

Ως κοινότητα μπορεί να θεωρηθούν ομάδες ατόμων που δεν καθορίζονται μόνο γεωγραφικά, αλλά και από χαρακτηριστικά που έχουν σχέση με το επάγγελμα, τη Θρησκεία, τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, τις κοινές ανάγκες κτλ. Οι κοινότητες αυτές ονομάζονται «Λειτουργικές Κοινότητες» . Αντίθετα, οι «Δομικές Κοινότητες» καθορίζονται από συγκεκριμένα γεωγραφικά σύνορα. Αποτελούνται δηλαδή, από ομάδες ατόμων που ζουν σε μια οργανωμένη περιοχή, π.χ. οικισμούς, γειτονιές, ενορίες, χωριά, πόλεις, κράτη. Στις κοινότητες υπάρχουν ποικίλες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων που τις αποτελούν, αλλά και επιδράσεις από εξωγενείς παράγοντες μόνιμους ή παροδικούς.³

Μια ολοκληρωμένη περιγραφή του πληθυσμού της κοινότητας πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

α. **Ποσοτικά χαρακτηριστικά:** Εάν δηλαδή πρόκειται για μεμονωμένα άτομα, για οικογένειες, πληθυσμό ενός χωριού ή μιας πύλης, εργαζόμενους ενός κλάδου κλπ. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να καταγράφεται ο ακριβής αριθμός του πληθυσμού - στόχου.

β. **Ηλικία και φύλο:** Ποια είναι η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού, πόσοι άντρες και πόσες γυναίκες; Είναι αυτονόητο, πως αλλιώς θα αντιμετωπιστούν οι μαθητές ενός σχολείου και αλλιώς οι ηλικιωμένοι ενός χωριού. Άλλα προβλήματα είναι πιο σημαντικά να θιγούν σ' ένα γυναικείο ακροατήριο και άλλα σ' ένα αντρικό.

γ. **Πολιτιστικά και γλωσσολογικά χαρακτηριστικά:** Κάθε χώρα έχει τα ιδιαίτερα πολιτιστικά και γλωσσολογικά χαρακτηριστικά της, αλλά και πολλές φορές στην ίδια χώρα υπάρχουν πληθυσμοί με διαφορετικά πολιτιστικά χαρακτηριστικά και διαφορετικές γλώσσες ή διαλέκτους. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι γνωστά

τα βασικά ήθη και έθιμα του πληθυσμού -στόχου, καθώς και οι γλωσσολογικές του ιδιαιτερότητες, ώστε να προσαρμόζεται ανάλογα η μεθοδολογία του προγράμματος.

δ. Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά: Η μόρφωση, το επάγγελμα, το εισόδημα, ο χώρος κατοικίας και όλα τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την κοινωνική προέλευση του πληθυσμού - στόχου, είναι σημαντικά στοιχεία για το σχεδιασμό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

ε. Σχετικές γνώσεις και πείρα: Σπάνια ένας πληθυσμός τελεί σε πλήρη άγνοια σχετικά με το αντικείμενο του εκάστοτε προγράμματος. Άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο, υπάρχει μια σχετική γνώση και εμπειρία γύρω από κάθε θέμα, που αφορά την υγεία. Πολλές φορές η γνώση αυτή στηρίζεται σε προκαταλήψεις ή ελλιπή στοιχεία. Γι ' αυτό και είναι σκόπιμο να αξιολογούνται κάθε φορά οι γνώσεις και οι εμπειρίες που υπάρχουν.

στ. Υπάρχουσες στάσεις - συμπεριφορές: Οι στάσεις - συμπεριφορές του πληθυσμού που σχετίζονται με το αντικείμενο του προγράμματος, είναι πολύ βασικά δεδομένα για το σωστό σχεδιασμό του. Υπάρχουν πληθυσμοί που ανταποκρίνονται με ενθουσιασμό σε προγράμματα Αγωγής Υγείας, όπως είναι τα παιδιά στις μικρότερες ηλικίες, σε αντίθεση με τους εφήβους που είναι πιο επιφυλακτικοί.

ζ. Στάσεις σε εκπαιδευτικά ζητήματα: Άλλοι πληθυσμοί είναι πιο εξοικειωμένοι με ορισμένες εκπαιδευτικές μεθόδους και άλλοι με άλλες. Υπάρχουν άτομα που λόγω ιδιοσυγκρασίας δεν θέλουν να συμμετέχουν σε ομαδικές - συλλογικές διαδικασίες και προτιμούν μια απρόσωπη ενημέρωση ή επαφή με μεθόδους που δεν προϋποθέτουν τη συμμετοχή τους.

η. Εκπαιδευτικό - πνευματικό επίπεδο: Το επίπεδο μόρφωσης του πληθυσμού - στόχου είναι καθοριστικής σημασίας για τον τρόπο σχεδιασμού της μεθοδολογίας. Ανάλογα με το εκάστοτε επίπεδο και τις εκπαιδευτικές ικανότητες πρέπει να σχεδιαστούν και οι ιδιαίτερες μέθοδοι του προγράμματος.

θ. Γενικά χαρακτηριστικά υγείας: Πολλές φορές τα προβλήματα υγείας ενός πληθυσμού καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δυνατότητά του να ανταποκριθεί στις μεθόδους ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας. Ηλικιωμένοι με δυσκολία στη μετακίνηση ή ανάπηροι, δεν μπορούν να παρακολουθήσουν μια δραστηριότητα που απαιτεί τη μετακίνησή τους εκτός της οικίας τους. Μειωμένη

όραση εμποδίζει το διάβασμα κειμένων, μειωμένη ακοή την παρακολούθηση μιας ομιλίας.³

2. Επισήμανση των αναγκών

Ο δεύτερος τομέας σχεδιασμού ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, είναι η επισήμανση των αναγκών του πληθυσμού, που καλείται το πρόγραμμα να ικανοποιήσει. Η επισήμανση των αναγκών, περιλαμβάνει μια πρώτη εκτίμηση των ειδικών προβλημάτων υγείας που υπάρχουν καθώς και το σχεδιασμό ειδικών ερευνών ή μεθόδων για τη συλλογή επιπρόσθετων στοιχείων και πληροφοριών.

Για να σχεδιαστεί π.χ. ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για τη μείωση των εργατικών ατυχημάτων, είναι απαραίτητο να εκτιμηθεί η πραγματική έκταση του προβλήματος. Πόσο εργατικά ατυχήματα συμβαίνουν, ποια συχνότητα παρουσιάζουν σε διάφορες κατηγορίες εργαζομένων ή σε διάφορες ηλικίες εργαζομένων, ποιες είναι οι βασικές τους αιτίες, ποιες είναι οι επιπτώσεις τους κλπ.

Απαντήσεις σ' αυτά τα ερωτήματα μπορούν να δοθούν από διαφορετικές κάθε-φορά πηγές. Οι πιο σημαντικές απ' αυτές είναι:

- α. Οι τακτικές στατιστικές σειρές της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.
- β. Οι κοινωνικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν κάθε πληθυσμό.
- γ. Οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν το χώρο που κινείται, ζει και εργάζεται ο κάθε πληθυσμός.
- δ. Οι σχετικές απόψεις των ειδικών για κάθε ιδιαίτερο θέμα.
- ε. Οι σχετικές απόψεις του κοινού για το πρόβλημα που το αφορά.
- στ. Οι ειδικές επιδημιολογικές έρευνες.

Σχετικά με τις επιδημιολογικές έρευνες, η σημασία τους είναι ιδιαίτερα σημαντική σ' ότι αφορά τη συλλογή νέων στοιχείων. Τόσο η περιγραφική επιδημιολογία με διάφορες μεθόδους, όπως τα ερωτηματολόγια, η επιτόπια έρευνα κλπ., όσο και η αναλυτική επιδημιολογία με τις πιο σύνθετες έρευνες (αναδρομικές, προοπτικές μελέτες και μελέτες παρέμβασης) δίνουν την επιστημονική δυνατότητα για την αξιολόγηση κάθε συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.

Τέλος, για να υπάρξει μια ολοκληρωμένη αντίληψη των αναγκών θα πρέπει να απαντηθούν τα ακόλουθα 4 ερωτήματα:

- α) Τι είδους ανάγκη είναι;
- β) Ποιος αποφασίζει ότι υπάρχει ανάγκη;
- γ) Που βασίζεται αυτή η απόφαση;
- δ) Αποτελεί το πρόγραμμα απάντηση σ' αυτήν την ανάγκη;

Τα ερωτήματα αυτά είναι βασικά γιατί όλες οι ανάγκες υγείας δεν είναι ίδιες. Επίσης ο χαρακτήρας των αναγκών, πολλές φορές καθορίζεται διαφορετικά, ανάλογα με το ποιοι αποφασίζουν και με το που στηρίζουν την απόφασή τους. Αλλιώς αντιλαμβάνονται το πρόβλημα της υπέρτασης οι γιατροί που γνωρίζουν τις επιπτώσεις της, και αλλιώς ο πληθυσμός που όσο δεν έχει συμπτώματα συχνά αδιαφορεί. Το τελευταίο ερώτημα, είναι επίσης σημαντικό, γιατί πολλές φορές ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας αποτυγχάνει, επειδή ακριβώς δεν σχεδιάστηκε προσεκτικά σε αντιστοιχία με την πραγματική φύση και το μέγεθος των προβλημάτων που επεδίωκε να επιλύσει.³

3. Καθορισμός των στόχων

Το στάδιο αυτό του σχεδιασμού, Θα πρέπει να καταγράφονται οι στόχοι που θα περιλαμβάνει το πρόγραμμα καθώς και μια σύντομη περιγραφή του κάθε στόχου. Όπως ήδη τονίστηκε, δεν είναι απαραίτητο κάθε πρόγραμμα να περιλαμβάνει όλους τους στόχους ούτε οι στόχοι να έχουν την ίδια σειρά ακολουθίας. Ποιοι στόχοι λοιπόν επιλέγονται και με ποια σειρά, είναι μια βασική επιλογή του σχεδιασμού.

Στη συνέχεια Θα πρέπει να περιγραφεί όσο γίνεται πιο συγκεκριμένα τι ακριβώς θα πρέπει:

- α. να γνωρίζει ο πληθυσμός - στόχος
- β. να αισθανθεί ο πληθυσμός - στόχος
- γ. να πράξει ο πληθυσμός - στόχος

Εάν για παράδειγμα, σ' ένα αντικαπνιστικό πρόγραμμα, έχει συμπεριληφθεί ο στόχος της παροχής γνώσεων, Θα πρέπει στο στάδιο αυτό του σχεδιασμού, να καταγραφεί συγκεκριμένα ποια νοσήματα Θα αναφερθούν ότι σχετίζονται με το κάπνισμα, σε τι βάθος θα προχωρήσει η παρουσίαση των παθολόγο-φυσιολογικών μηχανισμών, τι έκταση Θα δοθεί στην παρουσίαση στατιστικών και επιδημιολογικών στοιχείων κτλ. Ανάλογη λεπτομερειακή περιγραφή των επιδιώξεων του προγράμματος Θα πρέπει να γίνει για κάθε έναν από τους στόχους που επιλέγονται³.

4. Αποτίμηση των πόρων

Για τη διεξαγωγή του προγράμματος Αγωγής Υγείας Θα πρέπει να αποτιμηθούν οι ειδικοί πόροι που διαθέτει η κοινότητα ή ο ίδιος ο πληθυσμός - στόχος, καθώς και οι πόροι που προέρχονται από εξωτερικές πηγές. Οι πόροι χωρίζονται σε υλικούς και ανθρώπινους. Οι υλικοί πόροι περιλαμβάνουν χρήματα, εξοπλισμό, κτιριακές ευκολίες κτλ.

Στους ανθρώπινους πόρους συμπεριλαμβάνονται συνήθως οι εξής κατηγορίες:

α) **Εκπαιδευτές Υγείας:** Πρέπει ο σχεδιασμός να αναφέρει συγκεκριμένα πόσοι εκπαιδευτές υγείας Θα χρησιμοποιηθούν καθώς και την πείρα, τις γνώσεις, τις ικανότητες, το διαθέσιμο χρόνο κλπ., που Θα πρέπει να διαθέτουν.

β) **Άλλα στελέχη:** Κάθε πρόγραμμα εκτός από τους εκπαιδευτές υγείας, που φέρνουν την κύρια ευθύνη, στηρίζεται συχνά και σε άλλους επιστήμονες (γενικούς γιατρούς, επιδημιολόγους, ψυχολόγους κλπ.) καθώς και σε γραμματειακό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό.

γ) **Πληθυσμός - στόχος:** Πολλές φορές είναι χρήσιμο, για την εκτέλεση ενός προγράμματος να αξιοποιούνται και τα άτομα από τον πληθυσμό - στόχο. Η διαδικασία αυτή, που μπορεί να είναι είτε εθελοντική είτε έπ' αμοιβή, είναι σκόπιμη γιατί η συμμετοχή του κοινού πολλές φορές καλύπτει κενά και ανάγκες οργανωτικές και πρακτικές που δύσκολα θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν διαφορετικά.

δ) **Άτομα που επηρεάζουν τον πληθυσμό:** Στο σχεδιασμό των ανθρώπινων πόρων πρέπει να περιλαμβάνονται και όσα άτομα επηρεάζουν τον πληθυσμό - στόχο σε ότι αφορά το αντικείμενο του προγράμματος. Θα ήταν μεγάλη παράλειψη αν, για παράδειγμα, ένα πρόγραμμα διατροφής για τα παιδιά, δεν

επιστράτευε τους γονείς ή τους δασκάλους, προκειμένου να περάσει τα απαραίτητα μηνύματα ή να ενισχύσει τις επιθυμητές συμπεριφορές.

Επιπρόσθετα, στο στάδιο αυτό του σχεδιασμού, Θα πρέπει να καταγραφούν και οι ανασταλτικές δυνάμεις ή τα διάφορα εμπόδια που υπάρχουν ή που πιθανόν να προκύψουν. Η έλλειψη χρημάτων, η ανεπάρκεια του προσωπικού ή η αρνητική στάση ορισμένων φορέων κτλ. εάν εκτιμηθούν στα πλαίσια του σχεδιασμού, θα διευκολυνθεί η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους.³

5. Περιγραφή μεθοδολογίας

Το στάδιο του σχεδιασμού της μεθοδολογίας αποτελεί ίσως το σημαντικότερο τμήμα του σχεδιασμού, γιατί από τις μεθόδους που θα επιλεγούν και από τον τρόπο που θα εφαρμοστούν, κρίνεται σε μεγάλο βαθμό η επιτυχία του προγράμματος.

Η επιλογή της μεθοδολογίας πρέπει να είναι απόρροια των απαντήσεων στα 3 ακόλουθα ερωτήματα:

- α) Ποια είναι τα ενδεικνυόμενα μέσα;
- β) Ποια είναι τα πιο αποδεκτά μέσα;
- γ) Ποια είναι τα πιο οικεία μέσα;

Η απάντηση στην πρώτη ερώτηση, δίνεται από τη θεωρία της Αγωγής Υγείας, όπου για κάθε στόχο, υπάρχουν ορισμένα μέσα που ενδείκνυται. Πολλές φορές, οι ιδιαιτερότητες του πληθυσμού (ηλικία, φύλλο, μορφωτικά επίπεδο κτλ.), μπορεί να καθιστούν ορισμένα από τα μέσα που προτείνει η θεωρία τελείως ακατάλληλα. Σε παιδιά που δεν ξέρουν να διαβάζουν ακόμα, δεν έχει νόημα να μοιραστούν γραπτά κείμενα, όσο και αν η θεωρία τα προτείνει σαν κατάλληλα μέσα για την παροχή γνώσεων. Ακόμα, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην επιλογή των μέσων και η απάντηση στο τρίτο ερώτημα. Με ποια δηλαδή μέσα και μεθόδους, οι εκπαιδευτές υγείας, είναι πιο εξοικειωμένοι, ώστε να μπορούν να τα εφαρμόσουν με επιτυχία.³

6. Σχεδιασμός της αξιολόγησης

Ο σχεδιασμός της αξιολόγησης ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας αποτελεί το τελευταίο στάδιο του σχεδιασμού. Η υπόθεση της αξιολόγησης αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό κεφάλαιο στη σωστή εφαρμογή κάθε προγράμματος και

υπηρεσίας υγείας, γιατί είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο δίνεται η δυνατότητα να επισημανθούν τα λάθη ή οι παραλείψεις, να πραγματοποιηθούν οι αναγκαίες τροποποιήσεις και βελτιώσεις και κυρίως να εκτιμηθεί κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι αρχικές επιδιώξεις και κατά πόσα επήλθαν τα προσδοκώμενα οφέλη. Σε ότι αφορά τον τρόπο αξιολόγησης, η αξιολόγηση δεν μετρά μόνο τα αποτελέσματα, που είναι το τελικό προϊόν ενός προγράμματος, αλλά και τη διαδικασία του προγράμματος καθώς και κάθε ενδιαμέσο στόχο κατά την πορεία εφαρμογής του.

Στην αξιολόγηση της διαδικασίας, αξιολογούνται οι πόροι και οι υπάρχουσες δυνατότητες, σ' ό,τι αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, την υλικοτεχνική υποδομή κλπ., καθώς και οι διαδικασίες που επιλέγονται για την εφαρμογή του προγράμματος. Αν δηλαδή υπήρχαν επαρκή εποπτικά μέσα, αν τα φυλλάδια ήταν καλοτυπωμένα, εάν οι ομιλητές κράτησαν το ενδιαφέρον του ακροατηρίου κλπ.

Στην αξιολόγηση του αποτελέσματος ενός προγράμματος, ο απώτερος στόχος είναι η μέτρηση της μείωσης του προβλήματος και η βελτίωση της υγείας. Στην αξιολόγηση π.χ. ενός προγράμματος πρόληψης των τροχαίων ατυχημάτων, μετράται ο βαθμός μείωσης των τροχαίων ατυχημάτων μετά την εφαρμογή του προγράμματος ή το ποσοστά μείωσης των θανάτων από τροχαία. Η επιτυχία του προγράμματος δεν κρίνεται όμως από το αν επήλθε ή όχι μείωση του προβλήματος, αλλά αν η μείωση που επήλθε ήταν του μεγέθους που αναμένονταν και που είχε προγραμματιστεί. Γι' αυτό, είναι απαραίτητο για τη σωστή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, να υπάρχουν προκαθορισμένοι και συγκεκριμένοι στόχοι και με βάση το βαθμό επίτευξής τους να αποτιμάται: η επιτυχία του κάθε προγράμματος.

Εκτός όμως από την αξιολόγηση της μείωσης του προβλήματος, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων περιλαμβάνει και τη μέτρηση του βαθμού επίτευξης και όλων των ενδιάμεσων στόχων κάθε προγράμματος. Εάν π.χ. υπάρχει ο στόχος της παροχής γνώσεων, θα πρέπει να αξιολογηθεί σε ποιο βαθμό επιτεύχθηκε ο στόχος αυτός, μετρώντας πόσο αυξήθηκαν οι γνώσεις του πληθυσμού - στόχου μετά την εφαρμογή του προγράμματος. Το ίδιο ισχύει και για τους υπόλοιπους στόχους της Αγωγής Υγείας.

Η αξιολόγηση τόσο της διαδικασίας όσο και των αποτελεσμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί:

- α. Από τους ίδιους τους εκπαιδευτές υγείας (αυτό-αξιολόγηση).

β. Από επιστήμονες ειδικευμένους στο αντικείμενο του προγράμματος (αξιολόγηση ειδικών).

γ. Από τον ίδιο τον πληθυσμό (γνώμη και αντιδράσεις) που απευθύνεται το πρόγραμμα (αξιολόγηση κοινού).

Όσον αφορά τη μεθοδολογία της αξιολόγησης, υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τρόποι που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα μεθόδων. Οι πιο συνηθισμένες και βασικές προσεγγίσεις έχουν να κάνουν με δύο κατηγορίες συγκρίσεων:

α. Με μετρήσεις πριν την εφαρμογή του προγράμματος που συγκρίνονται με μετρήσεις μετά την εφαρμογή.

β. Με μετρήσεις σε μια περιοχή ή σ' έναν πληθυσμό όπου δεν εφαρμόζεται το πρόγραμμα, που συγκρίνονται με μετρήσεις σε μια αντίστοιχη περιοχή ή πληθυσμό όπου εφαρμόζεται το υπό αξιολόγηση πρόγραμμα.

Ο συνδυασμός αυτών των δύο προσεγγίσεων είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αξιολόγησης.

Οι μετρήσεις και στις δύο περιπτώσεις συνήθως πραγματοποιούνται με τους εξής τρόπους:

- α. Άμεση επιτόπια παρατήρηση και καταγραφή
- β. Ειδικά ερωτηματολόγια
- γ. Ειδικές προφορικές συνεντεύξεις
- δ. Διάφορα ειδικά τεστ
- ε. Τακτικοί δείκτες (αρχεία, στατιστικές σειρές κλπ.)
- στ. Επιδημιολογικές έρευνες
- ζ. Κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις

Σε κάθε περίπτωση πρέπει να επιλέγεται εκείνος ο τρόπος αξιολόγησης ή εκείνος ο συνδυασμός διαφόρων τρόπων που να ανταποκρίνεται καλύτερα σ' αυτό που πρέπει να μετρηθεί και στα μέσα και στις δυνατότητες του εκάστοτε προγράμματος Αγωγής Υγείας.³

Μέθοδοι Αγωγής Υγείας

Η Αγωγή Υγείας χρησιμοποιεί ένα ευρύ φάσμα μεθόδων και τεχνικών για την επίτευξη των στόχων της. Η χρησιμοποίηση κάθε φορά των προσφορότερων μεθόδων στηρίζεται στην εκπαιδευτική αρχή ότι η χρησιμοποίηση περισσότερων μεθόδων είναι πιο αποτελεσματική εκπαιδευτική διαδικασία από την εμμονή σε μια μόνο μέθοδο. Ακόμα και όταν μια συγκεκριμένη μέθοδος έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και με την οποία οι εκπαιδευτές υγείας είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένοι, ο εμπλουτισμός της με άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους πρέπει να είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση.

Οι διάφορες μέθοδοι Αγωγής Υγείας μπορεί να ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες. Μια πρώτη που περιλαμβάνει τις μεθόδους επικοινωνίας, όπως είναι οι διαλέξεις, η ατομική διδασκαλία, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, τα οπτικοακουστικά μέσα, η εκπαιδευτική τηλεόραση και ορισμένες τεχνικές προγραμματισμένης εκμάθησης. Οι μέθοδοι της πρώτης αυτής κατηγορίας χρησιμεύουν κυρίως στην επίτευξη των δύο πρώτων στόχων της Αγωγής Υγείας, στην ευαισθητοποίηση του κοινού και στην παροχή γνώσεων.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει διάφορες εκπαιδευτικές μεθόδους που χρησιμεύουν κυρίως στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών του κοινού. Στις μεθόδους αυτές συγκαταλέγονται η ανάπτυξη ικανοτήτων, τα ειδικά παιχνίδια, η εκμάθηση με την παρατήρηση και την αναζήτηση, η δουλειά σε ομάδες, η χρήση προτύπων και διάφορες τεχνικές ελέγχου της συμπεριφοράς.⁷

Μέθοδοι επικοινωνίας

- Διαλέξεις
- Ατομική διδασκαλία
- Μ.Μ.Ε
- Οπτικοακουστικά μέσα
- Εκπαιδευτική τηλεόραση
- Προγραμματισμένη εκμάθηση

- Μέθοδοι αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς
- Ανάπτυξη ικανοτήτων
- Ειδικά παιχνίδια
- Παρατήρηση και αναζήτηση
- Δουλειά σε ομάδες
- Χρήση προτύπων
- Έλεγχος συμπεριφοράς⁷

Προληπτική Νοσηλευτική

Επειδή η πρόληψη αποτελεί τον πρωταρχικό σκοπό της νοσηλευτικής γενικά, όσο και της αγωγής υγείας πιο συγκεκριμένα, κρίνεται σκόπιμο να συζητηθεί κάπως πιο αναλυτικά και να αναλυθεί η προληπτική νοσηλευτική παρέμβαση.

Η προληπτική παρέμβαση ακολουθεί την φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες.

Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας διακρίνονται 3 επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής προληπτική παρέμβαση.⁵

Πρωτογενής Πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες, και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα.

Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον υγιεινό τρόπο ζωής. Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία και γενικά την απόκτηση υγιεινών συνηθειών. Ακόμη ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες όπως το κάπνισμα, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ότι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία.

Στην πρωτογενή πρόληψη γίνονται προσπάθειες για τον περιορισμό και την πρόληψη χρόνιων νοσημάτων όπως τα καρδιακά νοσήματα. Παρά το γεγονός ότι η επιτυχία της παρέμβασης δεν είναι εξασφαλισμένη πάντοτε, οπωσδήποτε περιορίζονται η έκταση της νόσου και οι παθολογικές αλλαγές που θα επέλθουν.

Οι ειδικές πρωτογενείς προληπτικές παρεμβάσεις αναφέρονται στα μέτρα που λαμβάνονται, προκειμένου να προστατευτεί το άτομο από συγκεκριμένα αίτια ή παράγοντες. Παράδειγμα αντιπροσωπευτικό αποτελούν οι εμβολιασμοί.

Τα λοιμώδη νοσήματα μπορούν να προληφθούν: α) εάν καταστρέψουμε τους παράγοντες που τα προκαλούν (μικρόβια), απομακρύνοντάς τους από το περιβάλλον του ατόμου και β) εάν προστατεύσουμε τα ίδια τα άτομα με τους εμβολιασμούς που ενισχύουν την αντίσταση του ανθρώπινου οργανισμού έναντι του μικροβίου.

Στα χρόνια νοσήματα, που δεν υπάρχει συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας, η παρέμβαση είναι μόνο έμμεση. Τα χρόνια αναπνευστικά προβλήματα μπορεί να προέλθουν από το κάπνισμα, από έκθεση σε ασβέστιο, από την ρύπανση ή από πολλούς άλλους παράγοντες. Προκειμένου λοιπόν να περιορισθούν τα προβλήματα, όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να καταπολεμηθούν.

Η μείωση της θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα μετά το τέλος του 19^{ου} αιώνα είναι αποτέλεσμα της πρωτογενούς πρόληψης. Συγχρόνως όμως η ανάπτυξη της βιομηχανίας και η αλλαγή τρόπου ζωής των ατόμων αύξησαν τη συχνότητα έκθεσής τους σε βλαπτικούς παράγοντες, με αποτέλεσμα την εμφάνιση πολλών χρόνιων, μη λοιμωδών νοσημάτων.⁵

Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια, σε περίπτωση που αυτό δεν είναι δυνατόν, να περιοριστεί η εξέλιξή της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα. Παράδειγμα μπορεί να είναι: το test Παπανικολάου, η δερμοαντίδραση Mantoux, η ακτινογραφία θώρακος, η μαστογραφία, ο έλεγχος PKU στα παιδιά.

Η έγκαιρη διαπίστωση και θεραπεία έχει πολύτιμα αποτελέσματα. Στα παιδιά με PKU μπορεί να προληφθεί η διανοητική καθυστέρηση με την ανάλογη διατροφή. Η έγκαιρη διαπίστωση του καρκίνου της μήτρας μπορεί να σώσει τη ζωή της αρρώστου.

Στην περίπτωση δε των λοιμωδών νοσημάτων όχι απλώς προλαμβάνεται κάθε επιπλοκή στα ίδια τα άτομα, αλλά προστατεύεται και το περιβάλλον με την λήψη ανάλογων μέτρων, όπως συμβαίνει όταν παρουσιάζεται κρούσμα φυματίωσης σε μέλος μιας οικογένειας, οπότε λαμβάνονται μέτρα και πρωτογενούς πρόληψης στα άτομα του περιβάλλοντος(οικογενειακού, σχολικού ή επαγγελματικού) . Τμήμα της δευτερογενούς πρόληψης πρέπει να αποτελεί και η διδασκαλία του πληθυσμού σχετικά με τη σπουδαιότητα του περιοδικού ελέγχου της υγείας τους.⁵

Τριτογενής Πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια και στην αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας. Για το άτομο που αναρρώνει μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, η φυσιοθεραπεία που προσπαθεί να επαναφέρει την κινητικότητα, να προλάβει παραμορφώσεις και να διατηρήσει τον μυϊκό τόνο, αποτελεί τριτογενή προληπτική παρέμβαση. Οι ψυχοκοινωνικές και λογοθεραπευτικές υπηρεσίες επίσης ανήκουν στην κατηγορία αυτή.⁵

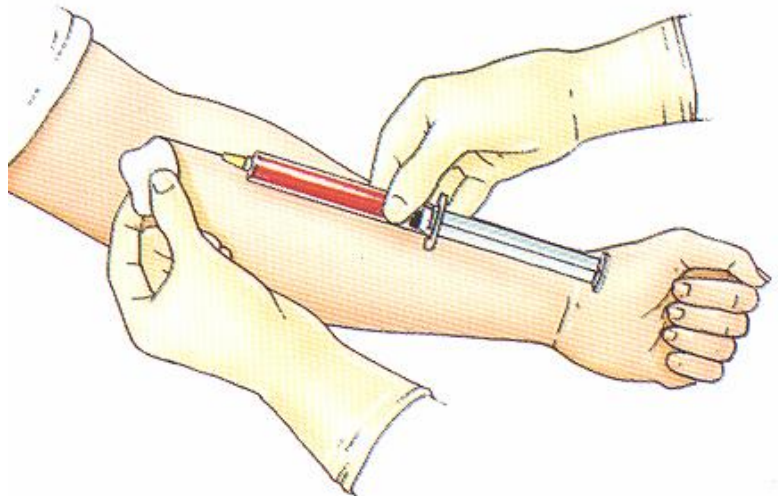
Προληπτικός έλεγχος(check-up)

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η πρώιμη διάγνωση ορισμένων παθήσεων οδηγεί στην σωστότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους. Αυτό ισχύει τόσο για τις καλοήθειες παθήσεις όσο και για αρκετές κακοήθειες παθήσεις όπως π.χ. ο καρκίνος. Η επισήμανση μάλιστα ότι ο καρκίνος όταν διαγνωσθεί στα πρώιμα στάδιά του παύει να είναι θανατηφόρος και ακολουθεί την πορεία οποιασδήποτε καλοήθους παθήσεως καθιστά την **αξία των προληπτικών εξετάσεων** (check up) ανεκτίμητη.

Προληπτικός, όμως έλεγχος σήμερα γίνεται όχι μόνο για την πρώιμη διάγνωση παθήσεων αλλά και για την έγκαιρη επισήμανση παθολογικών εξετάσεων (π.χ. αυξημένου σακχάρου, χοληστερίνης, ουρικού οξέος, κλπ) που αν αφεθούν χωρίς αντιμετώπιση αποτελούν σοβαρούς κινδύνους για την υγεία του ατόμου. Σήμερα είμαστε απόλυτα πεπεισμένοι, μετά από μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες, ότι παθολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης, σακχάρου και χοληστερίνης αποτελούν μαζί με το κάπνισμα τους σημαντικότερους προδιαθεσικούς παράγοντες για την αθηρωμάτωση (αρτηριοσκλήρυνση) και την εκδήλωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων (δηλαδή της στεφανιαίας νόσου στηθάγχης και εμφραγμάτων του μυοκαρδίου) και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

Όσον αφορά το πρώτο ερώτημα που αφορά το είδος των εξετάσεων που πρέπει να περιλαμβάνει ο προληπτικός έλεγχος και εδώ δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία αφού θεωρητικά ένα άτομο θα μπορούσε να υποβληθεί σε αμέτρητες εξετάσεις. Η πρακτική όμως αυτή ελάχιστα θα εξυπηρετούσε αφού η εφαρμογή ενός ευρέως check up αυξάνει τεραστίως τα έξοδα χωρίς παράλληλη αύξηση των ωφελημάτων. Έτσι σήμερα εφαρμόζεται το περιορισμένο check up του οποίου η αξία εξακολουθεί να είναι ανεκτίμητη. Στο περιορισμένο check up περιλαμβάνονται για άνδρες και γυναίκες.

- Γενική αίματος
- ΤΚΕ (Καθίζηση)
- Ουρία
- Σάκχαρο
- Ουρικό οξύ



- Χοληστερίνη
- Τριγλυκερίδια
- Ολικά λιπίδια
- HDL (καλή χοληστερίνη)
- LDL (κακή χοληστερίνη).

Όλες οι ανωτέρω εξετάσεις αποτελούν εξετάσεις που γίνονται κυρίως στο **αίμα**

Παράλληλα με τις ανωτέρω εξετάσεις όλες οι γυναίκες θα πρέπει να υποβάλλονται τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο σε τεστ Παπανικολάου ενώ θα πρέπει από μόνες τους μετά βέβαια από εκπαίδευση, να μάθουν να εξετάζουν τους μαστούς τους.

Το τεστ Παπανικολάου και εξέταση των μαστών αποβλέπουν στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του μαστού που αποτελούν τις πιο συχνές μορφές καρκίνου και από τις οποίες πεθαίνουν κάθε χρόνο χιλιάδες γυναίκες. Ο θάνατος από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του μαστού σήμερα θεωρείται αδικαιολόγητος διότι και οι δύο αυτές μορφές καρκίνου είναι πολύ εύκολα διαγνώσιμες στα πρώιμά τους στάδια και κατά συνέπεια θεραπεύσιμες. Η θέση της μαστογραφίας στον προληπτικό έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού συζητιέται διότι έστω και αν σήμερα διαθέτουμε μηχανήματα με τα οποία μπορούμε να χορηγούμε μικρές δόσεις ακτινοβολίας εν τούτοις η επανειλημμένη ακτινοβολήση του ευαίσθητου μαστού για πολλούς δεν είναι άμοιρη κινδύνου. Αυτό που σήμερα συνιστάται είναι η διενέργεια μιας μαστογραφίας για όλες τις γυναίκες γύρω στην ηλικία των 40 ετών για να χρησιμεύσει αυτή η ακτινογραφία σαν ακτινογραφία αναφοράς για πιθανά μελλοντικά παθολογικά ευρήματα από το μαστό.

Προς το παρόν η ψηλάφηση του μαστού με τα χέρια αποτελεί τον πιο ακίνδυνο και αποτελεσματικό τρόπο έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Για όλους τους άνδρες μετά τα 40 και για όλες τις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση επιβάλλεται η διενέργεια ενός καρδιογραφήματος και ίσως ενός τεστ κοπώσεως. Αυτό καθίσταται πιο αναγκαίο, στους καπνιστές ή σε άτομα που έχουν κάποιο προδιαθεσικό παράγοντα για ανάπτυξη στεφανιαίας καρδιοπάθειας (παχυσαρκία, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, υπερχοληστεριναιμία, βεβαρημένο κληρονομικό

ιστορικό). Η επανάληψη του καρδιογραφήματος ή και του τεστ κοπώσεως εξαρτάται από το βαθμό επικινδυνότητας που το άτομο έχει καθώς και από τα ευρήματα του αρχικού καρδιογραφήματος.

Για τους καπνιστές (άνδρες και γυναίκες) συνιστάται επίσης στην ηλικία των 40 να υποβάλλονται σε μία ακτινογραφία θώρακος η οποία και αυτή θα χρησιμεύσει σαν ακτινογραφία αναφοράς για πιθανά μελλοντικά ευρήματα από τον θώρακα. Πρόσφατα σχετικά για τους άνδρες εφαρμόζεται μία προληπτική εξέταση που αποσκοπεί στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη. Η εξέταση αυτή λέγεται PSA και συνιστάται για όλους τους άνδρες ηλικίας άνω των 55. Σημειωτέον ότι ο καρκίνος του προστάτη είναι μία από τις πιο συχνές μορφές καρκίνου που πλήττει κυρίως άνδρες προχωρημένης ηλικίας.

Όσον αφορά το δεύτερο ερώτημα που αφορά την ηλικία που πρέπει να αρχίσει η εφαρμογή του προληπτικού ελέγχου και εδώ δεν υπάρχει ομοφωνία. Αν λάβει κανείς υπ' όψη του ότι όλα τα νοσήματα που παρουσιάζονται στη μέση ή στην προχωρημένη ηλικία είναι αποτέλεσμα παθολογικών μεταβολών και αλλοιώσεων που έχουν ξεκινήσει πολύ νωρίς και ότι στις ηλικίες αυτές απλώς εκδηλώνονται τότε θεωρητικά ο προληπτικός έλεγχος όσο νωρίτερα αρχίσει τόσο περισσότερο αποδοτικός αναμένεται να είναι.

Εν τούτοις επειδή αυτό είναι πρακτικά αδύνατο και ανεφάρμοστο περιοριζόμαστε σε συμβουλές σωστού τρόπου ζωής στις νεαρές ηλικίες (αποφυγή καπνίσματος, διατήρηση ιδανικού σωματικού βάρους, σωστή και υγιεινή διατροφή, άσκηση) και συνιστούμε τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο μετά τα 40.

Εξαίρεση αποτελούν ορισμένα άτομα που λόγω κληρονομικής προδιάθεσης έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν κάτι το παθολογικό π.χ. υπερχοληστεριναιμία, σακχαρώδη διαβήτη κ.α. Στα άτομα αυτά ο προληπτικός έλεγχος τουλάχιστον του προδιαθεσικού τους παράγοντος, πρέπει να αρχίζει από την παιδική ηλικία. Συχνότητα με την οποία πρέπει να γίνονται οι περιοδικές προληπτικές εξετάσεις είναι συνάρτηση των αρχικών ευρημάτων αλλά και του βαθμού επικινδυνότητας που κάθε άτομο διαθέτει.

Γενικά μετά τα 40 και εφ' όσον οι αρχικές αιματολογικές εξετάσεις είναι φυσιολογικές συνιστάται η επανάληψη κάθε 3-5 χρόνια ενώ αν είναι παθολογικές η συχνότητα επανάληψης των πρέπει να καθορίζεται από τον θεράποντα γιατρό ο οποίος συνεκτιμά όλους τους παράγοντες και τη γενική κατάσταση του ατόμου.

Πάντως θα πρέπει να ξέρουμε ότι ο προληπτικός έλεγχος και δη ο αιματολογικός έχει υποστεί έντονη κριτική τα τελευταία χρόνια με την έννοια ότι κατασκευάζουμε και καλλιεργούμε στα άτομα την αίσθηση της ασθένειας.

Η ανεύρεση π.χ. αυξημένης χοληστερίνης σημαίνει ότι το άτομο αυτό έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσει κάποιο καρδιαγγειακό πρόβλημα από ένα άλλο άτομο με χαμηλές τιμές χοληστερίνης.

Εν τούτοις το άτομο που έχει αυξημένη τη χοληστερίνη θεωρεί τον εαυτό του άρρωστο τρέχει στους γιατρούς, παίρνει φάρμακα και γενικά αποκτά την ψυχολογία του ασθενούς κάτι που του δημιουργεί άγχος που μπορεί να τον ακολουθεί σε όλη του τη ζωή

Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο θα πρέπει να εξηγείται σε κάθε άτομο πια είναι η σημασία του προληπτικού check up και τι σημαίνουν κάποιες παθολογικές ίσως εξετάσεις.⁸

Κακοήθη νεοπλάσματα

Με τις μάστιγες της κακής διατροφής και των λοιμωδών ασθενειών κάτω από σχετικά καλό έλεγχο σε πολλά μέρη στον κόσμο, ο καρκίνος έχει αναδειχθεί σε μείζον πρόβλημα υγείας.

Με τη συνεχή μείωση της θνησιμότητας από την καρδιακή νόσο ο καρκίνος θα μπορούσε να αναδειχθεί σήμερα σε κύρια αιτία θανάτου στον ανεπτυγμένο κόσμο. Παρά τις σημαντικές επιτυχίες στη θεραπεία λίγων συγκεκριμένων τύπων καρκίνου, οι θάνατοι από τον καρκίνο παραμένουν στο σύνολό τους σε απογοητευτικά υψηλά επίπεδα τα τελευταία 30 χρόνια (αν και σύγχρονες αναφορές προτείνουν ότι αυτοί οι αριθμοί αρχίζουν να μειώνονται).

Φυσικά ο καρκίνος δεν είναι μια ασθένεια αλλά μια πλειάδα διαφορετικών νόσων που χαρακτηρίζονται από τη θέση, τον τύπο του ιστού και το βαθμό της κακοήθειας.

Η πλειονότητα των ανθρώπινων καρκίνων δεν μπορεί να εξηγηθεί χρησιμοποιώντας μονογονιδιακά πρότυπα κληρονομικότητας. Δεκαετίες έρευνας υποδεικνύουν ότι οι

πρώτου βαθμού συγγενείς ενός ατόμου με ένα συγκεκριμένο τύπο καρκίνου έχουν συνήθως αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν τον ίδιο όγκο. Τέτοιες αναλύσεις γίνονται πολύπλοκες εξαιτίας του ρόλου που παίζει το περιβάλλον σε πολλούς καρκίνους (για παράδειγμα, το κάπνισμα και ο καρκίνος του πνεύμονα).

Το πολυπαραγοντικό μοντέλο προτείνει ότι στον κίνδυνο νόσησης συμβάλλουν επιδράσεις περιβαλλοντικών παραγόντων καθώς και διάφορα γονίδια. Μια παρατήρηση κλειδί που φανερώνει το πολυσταδιακό του καρκίνου είναι η αύξηση της συχνότητάς του με την ηλικία. Ο καρκίνος είναι, στο μεγαλύτερο μέρος του, μια νόσος των ανθρώπων που έζησαν αρκετά για να υποστούν πολύπλοκη και εκτεταμένη σειρά γεγονότων. Επειδή κάθε αλλαγή είναι ένα σπάνιο ατύχημα που απαιτεί χρόνια για να συμβεί, ολόκληρη η πορεία απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα και οι περισσότεροι από εμάς πεθαίνουμε από άλλες αιτίες, πριν η πορεία αυτή συμπληρωθεί.

Κάθε φυσιολογικό κύτταρο στον οργανισμό έχει την δυνατότητα να γίνει καρκινικό, λόγω της ιδιότητάς του να διαφοροποιείται. Η διαφοροποίηση είναι η πορεία κατά την οποία ένα κύτταρο μετατρέπεται σε άλλον τύπο κυττάρου. Η διαφοροποίηση μπορεί να θεωρηθεί και ως η δημιουργία νέων τύπων κυττάρων. Η δημιουργία όμως ενός καρκινικού κυττάρου από ένα φυσιολογικό, θα οδηγήσει σε ένα νέο κύτταρο που θα έχει διαφορετική συμπεριφορά από τα υπόλοιπα κύτταρα του σώματος.

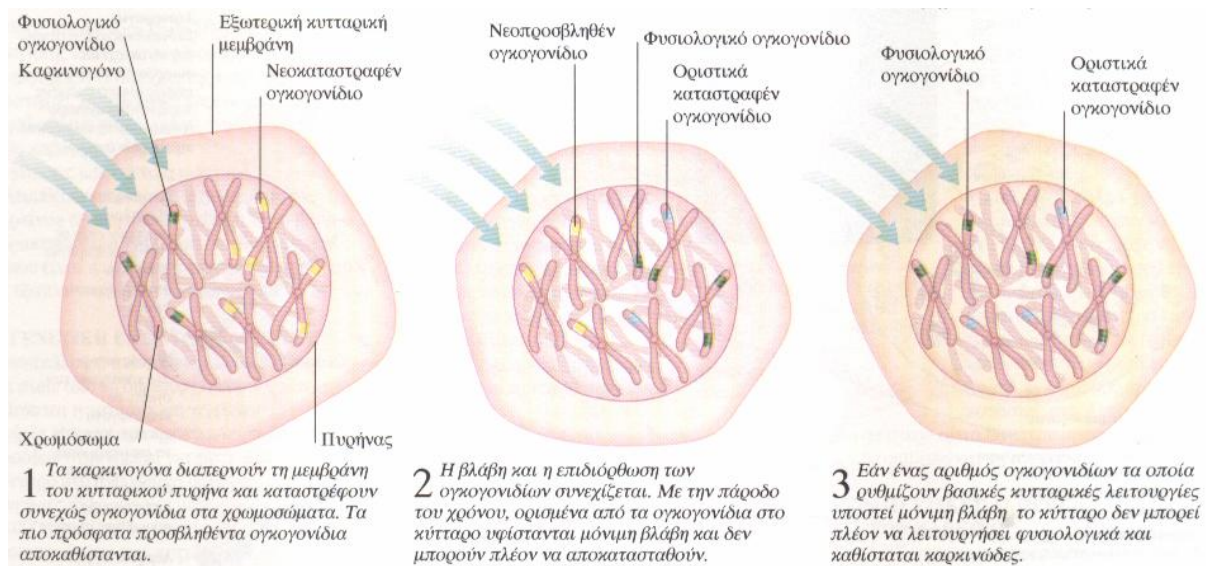
Σε αντίθεση με το φυσιολογικό κύτταρο, το οποίο διαιρείται για να αντικαταστήσει κυτταρική απώλεια και να διατηρήσει τη σταθερότητα του αριθμού των κυττάρων, ένα καρκινικό κύτταρο διαιρείται με τον δικό του ρυθμό, χωρίς δηλαδή να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες του σώματος.

Τι συμβαίνει και ένα κύτταρο γίνεται καρκινικό; Η ανάπτυξη της μοριακής βιολογίας έδωσε τη δυνατότητα στους ερευνητές να περιγράψουν τα χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων και να συμβάλλουν στην κατανόηση του καρκίνου.

Κατανοώντας τον καρκίνο ως πολυσταδιακό φαινόμενο, εξηγείται και η αύξηση της συχνότητάς του σε ανθρώπους οι οποίοι εκτίθενται σε καρκινογόνα, όπως επίσης και η αύξηση του κινδύνου σε ανθρώπους που κληρονομούν προδιάθεση σε μεταλλάξεις. Έκθεση σε καρκινογόνα αυξάνει την πιθανότητα ότι θα συμβούν βλαπτικές αλλαγές, αυξάνοντας την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου κατά τη διάρκεια της ζωής.

Αυτό εξηγεί επίσης, την παρατήρηση ότι η έκθεση των παιδιών στον ήλιο μπορεί να προκαλέσει καρκίνο πολλά χρόνια αργότερα, καθώς και την εμφάνιση του καρκίνου στους καπνιστές, έπειτα από πολλά χρόνια.⁸

Πως ξεκινάει ο καρκίνος



Πρόληψη κακοηθών νεοπλασμάτων

Για να κάνει κανείς πρόληψη είτε σε ατομικό είτε σε μαζικό επίπεδο χρειάζεται να ξέρεις τον εχθρό.

Ο καρκίνος όμως είναι ένας ύπουλος εχθρός και για την αντιμετώπισή του χρειάζεται σωστή ενημέρωση όλων.

Πρέπει πάντα να τονίζεται ότι η αποτελεσματική θεραπεία για τα περισσότερα κακοήθη νοσήματα δεν υπάρχει και γι' αυτό χρειάζεται να χυθεί άπλετο φως, στην παθογένεια και στους πιθανούς ενοχοποιητικούς παράγοντες.

Στο καρκίνο υπάρχει μια αρχή. Ξαφνικά ένα κύτταρο αρχίζει μια άτακτη διαίρεση και έναν άναρχο πολλαπλασιασμό με πάρα πολλές ενδοκυττάρειες μεταβολές.

Η εξέλιξη και η καρκινογένεση μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις φάσεις:

1^η φάση επαγωγής ή έναρξη

2^η προδιηθητική

3^η διηθητική φάση

4^η φάση διασποράς(κλινικές εκδηλώσεις)

το βασικό στάδιο της καρκινογένεσης είναι το 1^ο στάδιο γιατί σ' αυτό βρίσκεται η αλληλεπίδραση των καρκινογόνων παραγόντων.

Δεν φθάνει μόνο η επίδραση των καρκινογόνων παραγόντων για να αρχίσει η καρκινογένεση χρειάζονται και άλλοι παράγοντες οι ευοδωτικοί να επιδράσουν ταυτόχρονα.

Η πρόληψη και η πρώιμη διάγνωση έχει τεράστια σημασία αν σκεφτούμε ότι και αν ακόμη έχει αρχίσει η καρκινογένεση τα στάδια διαρκούν πολλά χρόνια.

Οι κακοήθεις νεοπλασίες είναι μια από τις σοβαρότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως.

Η διαφορά από τις λεγόμενες καλοήθεις νεοπλασίες ή όγκους είναι ότι οι καλοήθεις έχουν τοπική αύξηση περικλείονται από μεμβράνη και αφαιρούνται χειρουργικά χωρίς κίνδυνο μετάστασης.

Μετάσταση είναι το ταξίδι με το αίμα και λέμφο καρκινικών κυττάρων και η διασπορά τους, στα διάφορα μέρη του σώματος.

Η μάζα των καρκινικών κυττάρων είναι αυτόνομη, ανεξέλεγκτη με δικούς της κανόνες ανάπτυξης και αύξησης και εγκατάστασης. Από την αρχική εντόπιση μπορεί να γίνουν μεταστάσεις παντού αλλά ο καρκίνος θα πάρει το όνομα του ιστού ή του οργάνου της αρχικής εντόπισης.

Η θνησιμότητα του καρκίνου είναι σήμερα πολύ μεγάλη. Η Αμερικανική αντικαρκινική εταιρεία αναφέρει ότι από τα 6 άτομα που θα πάθουν καρκίνο οι 4 θα πεθάνουν και οι 2 θα επιζήσουν. Η επιβίωση εξαρτάται από το στάδιο που θα γίνει η διάγνωση. Όσο πρωιμότερη διάγνωση τόσο το καλύτερο.

Κάθε φύλο έχει διαφορές στις μορφές και διαφορετική επιβίωση. Η αναλογία των καρκινοπαθών αυξάνει συνήθως με την ηλικία αλλά φυσικά υπάρχουν και μορφές παιδικού καρκίνου.

Η πρόληψη του καρκίνου διακρίνεται σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια. Η πρώτη περιλαμβάνει μέτρα κατά του καπνίσματος, επιλογή ορθής διατροφής, αποφυγή ακτινοβολίας, μέτρα για τον περιορισμό της ρύπανσης του περιβάλλοντος και αποφυγή ορισμένων φαρμάκων. Η δεύτερη, η δευτεροβάθμια, συνίσταται στην

πρώιμη ανίχνευση και αντιμετώπιση του καρκίνου. Η πρόληψη θεωρείται ότι είναι εφικτή, καθ' όσον ποσοστό 80-90% όλων των καρκίνων συσχετίζεται με διάφορα πρότυπα ζωής.⁹

Πρωτοβάθμια πρόληψη

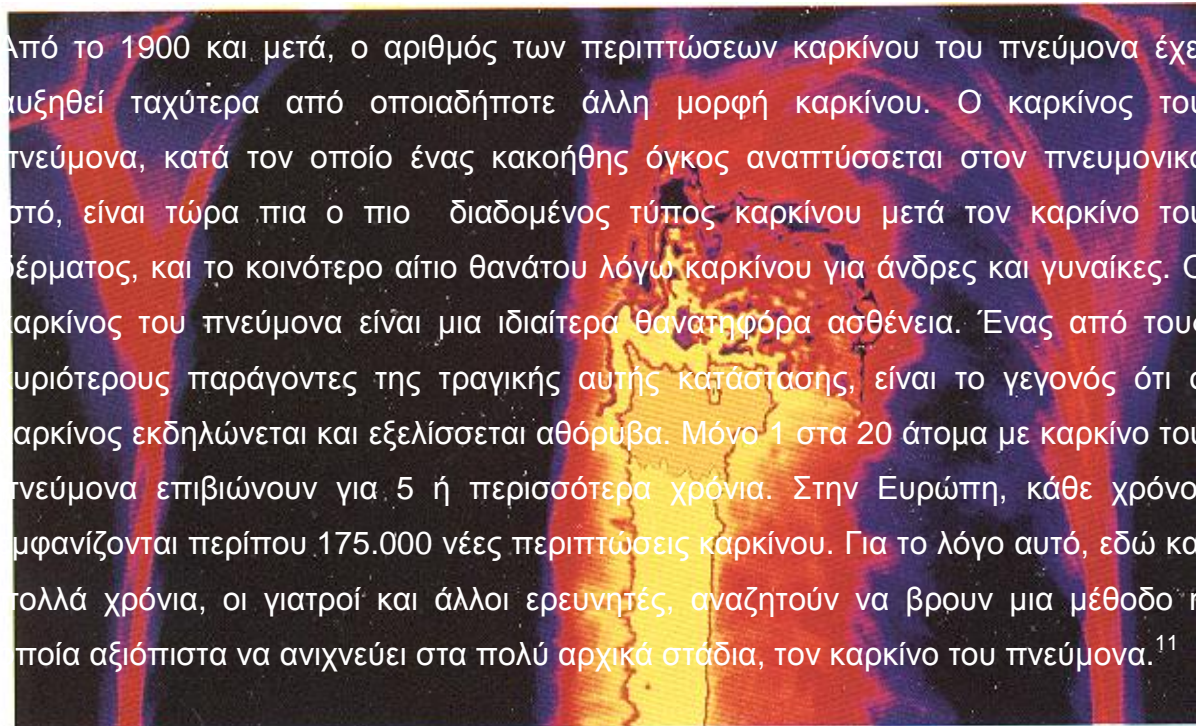
Η πρωτοβάθμια πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει λήψη μέτρων πριν την γένεσή του. Τα μέτρα αυτά αφορούν ατομικές και διαιτητικές συνήθειες καθώς και άλλους παράγοντες που έχουν σχέση μ' αυτόν.

- Κάπνισμα
- Διατροφή
- Λίπη
- Άπεπτες φυτικές ίνες
- Οινοπνευματώδη ποτά
- Ακτινοβολία
- Ρύπανση περιβάλλοντος
- Επάγγελμα¹⁰

Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη του καρκίνου συνίσταται στην πρώιμη ανίχνευσή του είτε στο άτομο είτε στην κοινότητα, που δυνατό να είναι είτε χωρίς συμπτώματα, ή με συμπτώματα. Προτιμάται η ανίχνευση χωρίς συμπτώματα παρά με συμπτώματα. Για την ανίχνευση όμως αυτή απαιτούνται ειδικές δοκιμασίες-εξετάσεις με μεγάλου βαθμού ειδικότητα και ευαισθησία. Επίσης δεν πρέπει να είναι δαπανηρές και κοπιώδεις.¹⁰

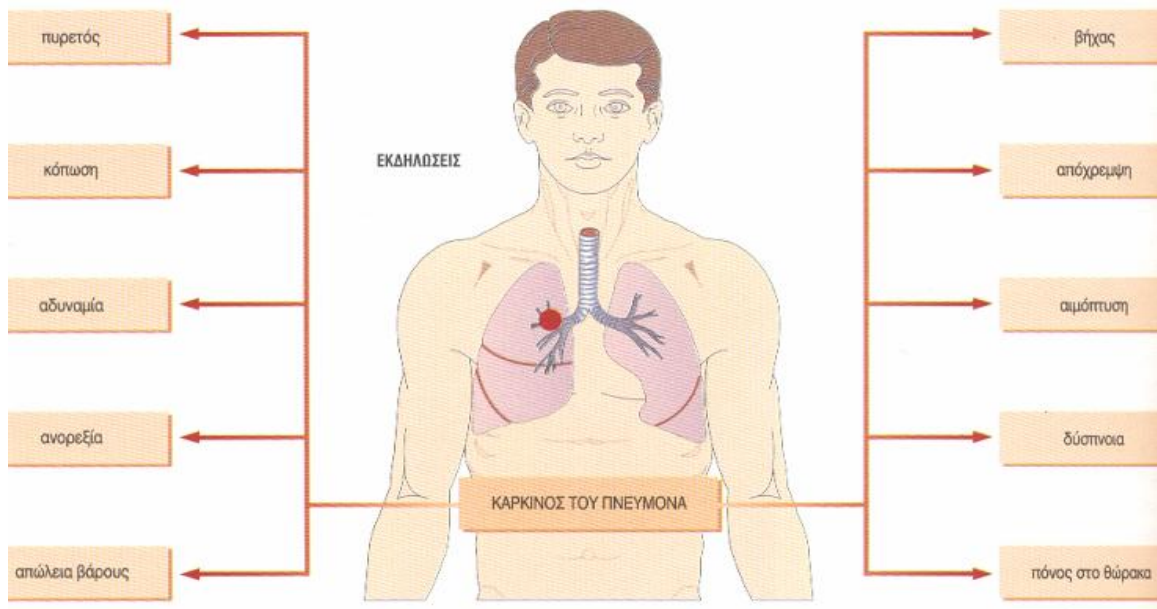
Καρκίνος των πνευμόνων



Αίτια

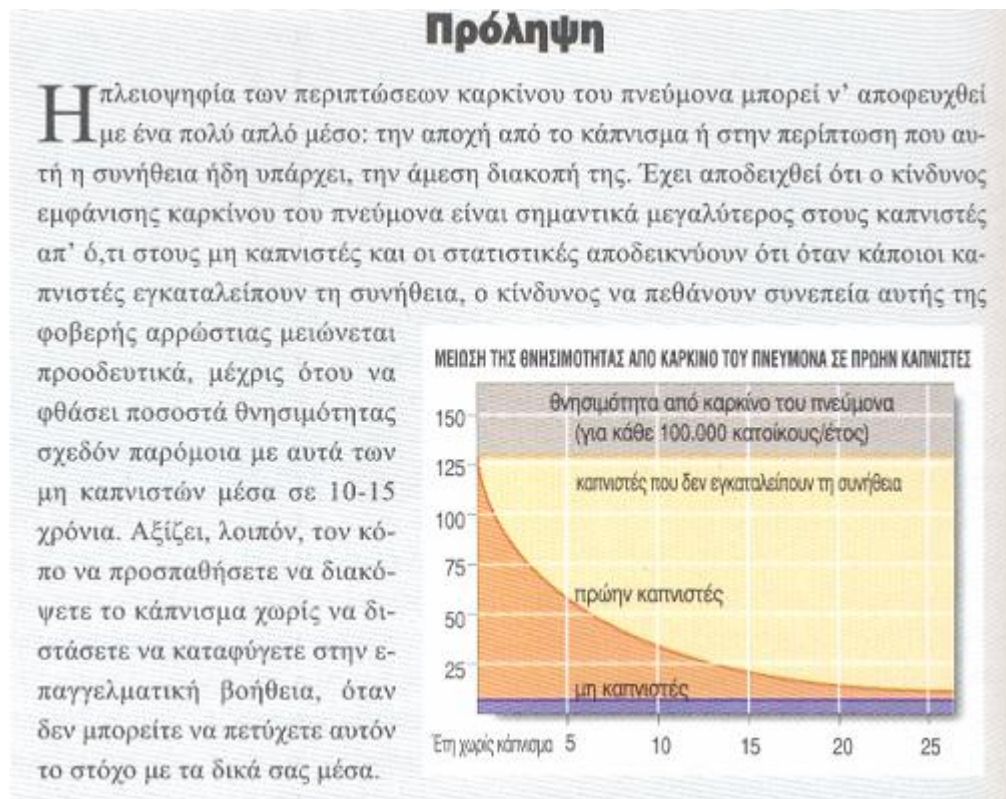
Το κάπνισμα είναι το κύριο αίτιο καρκίνου του πνεύμονα σε περίπου 80-90% των περιπτώσεων, και περίπου 1 στους 7 καπνιστές είναι πιθανό να εμφανίσει το νόσημα μέχρι την ηλικία των 70 ετών. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για άτομα τα οποία καπνίζουν άνω των 20 τσιγάρων την ημέρα από νεαρή ηλικία. Για όσους δεν έχουν καπνίσει ποτέ, ο κίνδυνος είναι μικρός, αλλά αυξάνει ελαφρά για οποιοδήποτε άτομο βρίσκεται εκτεθειμένο στον καπνό του τσιγάρου τρίτων, σε τακτική βάση.

Επαγγέλματα που έχουν σχέση με ραδιενεργά υλικά, ορυκτό αμίαντο, χρώμιο και νικέλιο, μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα, ιδιαίτερα αν συνυπάρχει και ο παράγοντας κάπνισμα. Έκθεση σε ραδόνιο, ένα ραδιενεργό αέριο το οποίο αποδεδειγμένα βραδέως από γρανιτικά πετρώματα, οδηγεί επίσης σε ελαφρά αυξημένο βαθμό κινδύνου για άτομα τα οποία ζουν σε περιοχές όπου υπάρχουν γρανιτικά πετρώματα. Ζώντας σε περιβάλλον με υψηλή ατμοσφαιρική ρύπανση μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου σε ορισμένες περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα, αλλά έχει πολύ μικρότερη σημασία ως γενεσιουργό αίτιο σε σχέση με το κάπνισμα.¹¹



Πρόληψη

Ο καρκίνος του πνεύμονα συνδέεται στενά με το κάπνισμα. Όσοι σταματούν να καπνίζουν βελτιώνουν σε μεγάλο βαθμό τις πιθανότητές τους να αποφύγουν τον καρκίνο του πνεύμονα, και όσοι έχουν σταματήσει από πολύ καιρό το κάπνισμα διατρέχουν ελαφρά μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του πνεύμονα σε σχέση με άτομα τα οποία δεν κάπνισαν ποτέ στη ζωή τους.¹¹



Διαγνωστικές εξετάσεις

Η ακτινογραφία θώρακος είναι μια από τις πρώτες εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται ένα άτομο το οποίο εμφανίζει πνευμονικό πρόβλημα. Τυχόν όγκος είναι συνήθως ορατός ως σκιά στην ακτινογραφία.

Δείγματα πτυέλου μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για ανίχνευση καρκινικών κυττάρων. Επίσης η βρογχοσκόπηση μπορεί να χρησιμεύσει για τη διάγνωση διάφορων πνευμονικών παθήσεων, όπως καρκίνος του πνεύμονα.¹¹

Πρόσφατες εξελίξεις

Έγκαιρη ανίχνευση καρκίνου πνεύμονα: Τεστ αναπνοής με χρώματα

Τώρα, ερευνητές από την Κλινική Κλήβελαντ των Ηνωμένων Πολιτειών, παρουσιάζουν μια νέα μέθοδο που πιθανόν θα αποτελέσει μια επανάσταση στον τρόπο ανίχνευσης του καρκίνου του πνεύμονα με δυνατότητα να σώζει χιλιάδες ζωές κάθε χρόνο.

Η μέθοδος βασίζεται σε ένα τεστ αναπνοής με χρωματομετρικό ανιχνευτή που μπορεί να αναγνωρίζει τις μικρές αλλαγές που δημιουργούνται στην αναπνοή των ανθρώπων που προσβάλλονται από καρκίνο του πνεύμονα, πολύ νωρίς στην εξέλιξη της νόσου.

Οι μεταβολικές αλλοιώσεις που προκαλεί ο καρκίνος του πνεύμονα στα κύτταρα, επηρεάζουν την παραγωγή και επεξεργασία των πτητικών οργανικών ουσιών που υπάρχουν στον αέρα της εκπνοής. Οι πτητικές ουσίες που προκαλεί η νόσος, μπορούν να ανιχνευτούν από τη νέα μέθοδο και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με χρώματα γεγονός που διευκολύνει σημαντικά την όλη διαδικασία.

Το τεστ περιέχει μια σειρά από 36 χρωματικούς τόνους. Ο ανιχνευτής είναι πολύ μικρός, εύκολος στη χρήση και το κόστος του είναι χαμηλό. Τα σημεία με τα χρώματα στον ανιχνευτή, αλλάζουν ανάλογα με το είδος των οργανικών πτητικών ουσιών που περιέχονται στην εκπνοή του ασθενούς και που έρχονται σε επαφή μαζί τους.

Οι ερευνητές από το Κλήβελαντ, δοκίμασαν τη νέα χρωματομετρική μέθοδο σε 122 ασθενείς με διάφορες παθήσεις των πνευμόνων και σε 21 υγιείς εθελοντές. Στην

πρώτη ομάδα, συμπεριλαμβάνονταν 49 ασθενείς που είχαν μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα σε διάφορα στάδια εξέλιξης.

Οι πειραματικές δοκιμασίες που διενέργησε η επιστημονική ομάδα, έδειξαν ότι το χρωματομετρικό τεστ αναπνοής είναι σε θέση να βρίσκει ορθά την ύπαρξη καρκίνου σε σχεδόν 75% των ασθενών που πραγματικά είχαν καρκίνο πνεύμονα. Τα αποτελέσματα δεν επηρεάζονταν από την ηλικία, το φύλο ή το στάδιο της νόσου.

Δεν είναι η πρώτη φορά που επιστήμονες δοκίμασαν με τεστ αναπνοής να εντοπίζουν έγκαιρα τις πρώτες αλλοιώσεις που προκαλεί ο καρκίνος του πνεύμονα στις οργανικές πτητικές ουσίες που περιέχει η αναπνοή. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν, βασίζονταν στη χρωματογραφία αερίων και στη φασματομετρία μάζας. Όμως πρόκειται για πολύ δαπανηρές μεθόδους οι οποίες απαιτούν μεγάλη εξειδίκευση και εμπειρία που περιορίζουν έτσι τη χρήση τους.

Επίσης οι επιστήμονες είχαν ανακαλύψει εδώ και χρόνια ότι οι σκύλοι που έχουν ιδιαίτερα ανεπτυγμένη την όσφρηση, είναι ικανοί να ξεχωρίζουν, μυρίζοντας την αναπνοή ασθενών, ποιοι έχουν και ποιοι δεν έχουν καρκίνο πνεύμονα.

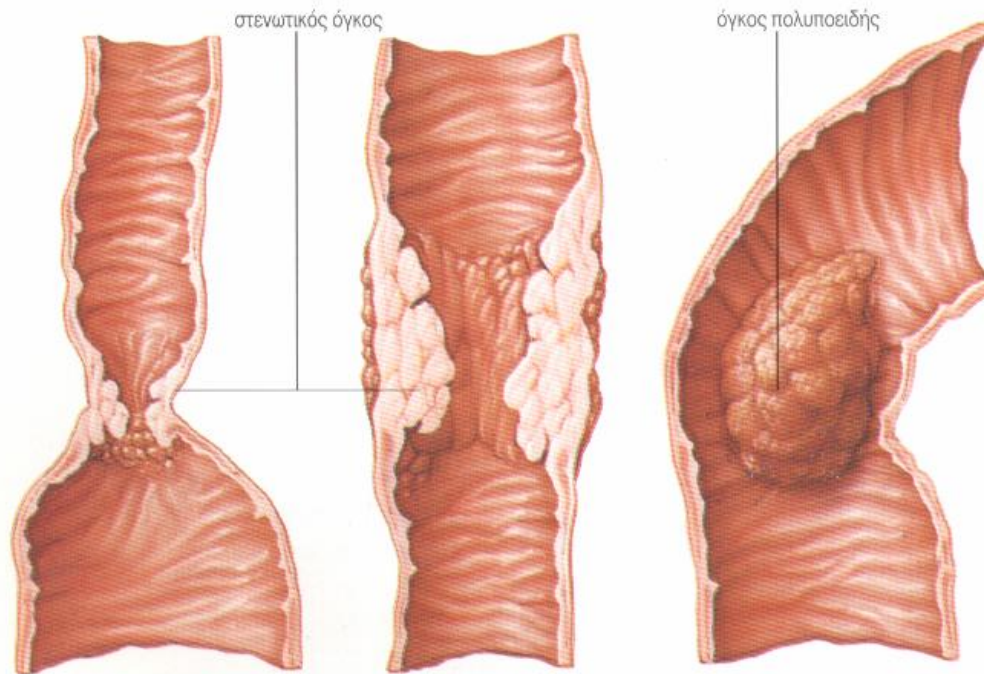
Η χρωματομετρική μέθοδος της αναπνοής για την ανίχνευση καρκίνου του πνεύμονα, παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα. Χρειάζονται όμως ακόμη περαιτέρω ανάπτυξη του τεστ και άλλες έρευνες μέχρι την χρησιμοποίησή του σε μαζικό επίπεδο.

Υπάρχει επείγουσα ανάγκη για μεθόδους που να ανιχνεύουν το γρηγορότερο δυνατό μετά την εκδήλωση του, τον καρκίνο του πνεύμονα. Όταν εμφανιστούν συμπτώματα ή όταν η διάγνωση γίνει λόγω ανωμαλιών της ακτινογραφίας του θώρακα, είναι συνήθως πολύ αργά.³

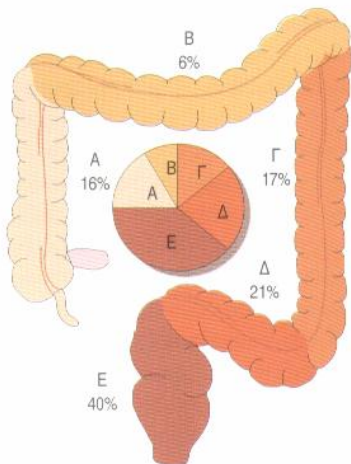
Καρκίνος παχέος εντέρου

Ο καρκίνος παχέος εντέρου έχει θνησιμότητα στους άνδρες και στις γυναίκες 7. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι πολύ συχνότερος στη Δ. Ευρώπη και στη Β. Αμερική απ' ό,τι στην Ελλάδα, φαίνεται όμως ότι αυξάνεται και στη χώρα μας με γρήγορο ρυθμό. Κάθε χρόνο, περίπου 1.500 άτομα προσβάλλονται από καρκίνο του παχέος εντέρου, και από αυτά μόνο τα 45% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία.

ΤΥΠΟΙ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ



Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία, είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές, και κάπως μεγαλύτερη στις ανώτερες ιοικονομικο-κοινωνικές τάξεις. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου συσχετίζεται έντονα με την οικογενή πολυποδίαση και σε μικρότερο βαθμό με την ελκώδη κολίτιδα τους πολύποδες του παχέος εντέρου. Είναι συχνότερος σε πληθυσμούς που καταναλώνουν επεξεργασμένα τρόφιμα πλούσια σε ζωικές πρωτεΐνες (κυρίως βοδινό κρέας) και λίπη ζωικής προελεύσεως, και φτωχά σε στερεό υπόλειμμα, φρούτα, και λαχανικά. Η νόσος ενδέχεται επίσης να συσχετίζεται με την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων μπύρας ενώ ορισμένες περιπτώσεις χαρακτηρίζονται από έκδηλη τάση <οικογενούς> συρροής .



Τα καρκινώματα εμφανίζονται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό περίπου στο παχύ έντερο πιο συχνά στο σιγμοειδές και στο απευθυσμένο. Τα καρκινώματα του παχέος εντέρου, ειδικότερα του δεξιού και του αριστερού ημιμόριου, διαφέρουν μεταξύ τους τόσο από παθολογοανατομική, όσο και από κλινική άποψη.¹²

Αίτια

Στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες όπου οι άνθρωποι παραδοσιακά ζουν με διατροφή υψηλή σε φυτικές ίνες που αποτελείται από πολλά φρούτα και δημητριακά, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σπάνιος. Παρ' όλα αυτά, μια τυπική δίαιτα η οποία τείνει να είναι υψηλή σε κρέας και ζωικά λίπη και χαμηλή σε φυτικές ίνες φαίνεται ν' αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου.

Άλλοι παράγοντες τρόπου ζωής είναι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία και η έλλειψη άσκησης πιθανόν επίσης να συμβάλλουν στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου.¹¹

Διαγνωστικές εξετάσεις

Τα μέσα που βοηθούν στη διάγνωση είναι: Ακτινολογική εξέταση που γίνεται με βαριούχο υποκλυσμό, δακτυλική εξέταση εντέρου, η εξέταση των κοπράνων που γίνεται ανίχνευση αιμοσφαιρίνης (κατά Mayer) και αναζήτηση καρκινωματοδών κυττάρων (κατά Παπανικολάου), μετά από ειδική προετοιμασία του εντέρου. Επίσης γίνεται ορθοσκόπηση με βιοψία, σιγμοειδοσκόπηση και κολonosκόπηση.¹³

Πρόσφατες εξελίξεις

Η εξέταση των κοπράνων για ανίχνευση αίματος σε πληθυσμιακό επίπεδο, μπορεί να προσφέρει πολλά λόγω της δυνατότητας πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης της νόσου. Το αίμα στα κόπρανα μπορεί να υπάρχει αλλά να μη φαίνεται. Μπορεί να οφείλεται σε μια χρόνια λανθάνουσα αιμορραγία από ένα πολύποδα ή άλλο όγκο στο έντερο.

Η εργαστηριακή εξέταση για αφανή ίχνη αίματος στα κόπρανα (δοκιμασία γουϊακόλης, Faecal Occult Blood Tests - FOBT) μπορεί να ανιχνεύσει αίμα το οποίο ενώ υπάρχει δεν φαίνεται στο γυμνό μάτι και να οδηγήσει σε περαιτέρω εξετάσεις (όπως για παράδειγμα η κολonosκόπηση) για την ανεύρεση της αιτίας που προκαλεί την αιμορραγία.

Δυστυχώς το τεστ που υπάρχει σήμερα δεν μπορεί να δείξει εάν το αίμα που ανιχνεύεται οφείλεται σε καρκίνο ή είναι εκεί λόγω μιας άλλης καλοήθους

κατάστασης όπως για παράδειγμα οι αιμορροΐδες. Επίσης το τεστ μπορεί να είναι θετικό λόγω κατανάλωσης ορισμένων φαγητών ή ποτών.

Μόνο 6% των ασθενών με τεστ που είναι θετικό την πρώτη φορά, αποδεικνύεται ότι έχουν καρκίνο του παχέος εντέρου. Επιπρόσθετα το τεστ δεν είναι σε θέση να ανιχνεύει όλους τους καρκίνους του παχέος εντέρου διότι ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς δεν αιμορραγούν. Μόνο 25% έως 50% των καρκίνων αυτών ανιχνεύονται από το εν λόγω τεστ.

Υπάρχει λοιπόν ανάγκη να ανεβρεθούν καλύτεροι τρόποι έγκαιρης ανίχνευσης του καρκίνου αυτού σε πληθυσμιακό επίπεδο.

Γερμανοί γιατροί ανέπτυξαν ένα νέο τεστ στα κόπρανα που είναι δυνατόν να αλλάξει ουσιαστικά την κατάσταση λόγω του ότι μπορεί να ανιχνεύει πολύ καλύτερα τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Το τεστ αυτό βασίζεται στη μέτρηση ενός ενζύμου το οποίο παράγεται από καρκίνους του παχέος εντέρου και αποβάλλεται δια μέσου των κοπράνων.

Η συγκέντρωση του ενζύμου στα κόπρανα σχετίζεται όχι μόνο με την ύπαρξη καρκίνου στο παχύ έντερο αλλά και με το στάδιο στο οποίο η ασθένεια έχει προχωρήσει.

Το ένζυμο M2-PK μετρήθηκε σε 60 ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου και σε 144 ασθενείς χωρίς την ασθένεια. Στους ασθενείς με καρκίνο, το ένζυμο στα κόπρανα ήταν πολύ ψηλότερο παρά στους ασθενείς χωρίς καρκίνο.

Επίσης οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι όσο πιο προχωρημένος ήταν ο καρκίνος τόσο πιο ψηλά ήταν τα επίπεδα του M2-PK.

Το νέο αυτό τεστ μπορεί να χρησιμοποιείται όχι μόνο για την ανίχνευση του καρκίνου αλλά και για την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου.

Στις περιπτώσεις που ο καρκίνος επανεμφανίζεται μετά από την αρχική θεραπεία, η αύξηση του ενζύμου στα κόπρανα μπορεί να είναι ένα σημείο το οποίο να προειδοποιεί έγκαιρα για την επιδείνωση της νόσου.

Κατά τη γνώμη μας η νέα αυτή εξέλιξη έχει πολύ μεγάλη σημασία. Εκτός από το ότι θα ανιχνεύονται περισσότεροι καρκίνοι, παράλληλα ο αριθμός των ασθενών που θα υποβάλλονται σε αχρείαστες συμπληρωματικές εξετάσεις θα μειωθεί. Ο λόγος είναι ότι το νέο τεστ αναμένεται να έχει πολύ λιγότερα λανθασμένα θετικά αποτελέσματα σε σύγκριση με την εξέταση κοπράνων για αφανή ίχνη αίματος.³

Ο ρόλος της ασπιρίνης στην πρόληψη καρκίνου του παχέος εντέρου

Η λήψη κάθε μέρα ασπιρίνης στη δόση των 300 mg ή περισσότερο για περίπου 5 χρόνια, βρέθηκε να είναι αποτελεσματική για την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου σε τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες έρευνες που έδειξαν τα ευεργετικά αποτελέσματα να διαρκούν για 10 χρόνια.

Ήδη ήταν γνωστό ότι άλλες τυχαιοποιημένες έρευνες, είχαν δείξει ότι σε ασθενείς με ιστορικό αδενωμάτων ή καρκίνου του παχέος εντέρου, η ασπιρίνη μειώνει το βραχυπρόθεσμο κίνδυνο επανεμφάνισης των αδενωμάτων του παχέος εντέρου συμπεριλαμβανομένου και του ορθού.

Για τη μακροπρόθεσμη προστασία που προσφέρει η ασπιρίνη σε άτομα που δεν έχουν ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου (πρωτογενής πρόληψη), απαιτείται πολύ περισσότερος χρόνος για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Ο λόγος είναι ότι από τα πρώτα στάδια της ανάπτυξης των αδενωμάτων του παχέος εντέρου μέχρι την εξέλιξη τους σε καρκίνο, χρειάζονται τουλάχιστον 10 χρόνια.

Για να κατανοήσουν καλύτερα την προληπτική δράση της ασπιρίνης κατά του καρκίνου του παχέος εντέρου, Βρετανοί γιατροί, αξιολόγησαν αξιόπιστα στοιχεία από δύο μεγάλες τυχαιοποιημένες έρευνες με παρακολούθηση των ασθενών για περισσότερο από 20 χρόνια (British Doctors Aspirin Trial, UK-TIA Aspirin Trial). Παράλληλα με συστηματικό τρόπο, εξέτασαν όλες τις σχετικές επιδημιολογικές έρευνες για να δουν κατά πόσο τα αποτελέσματα των τυχαιοποιημένων ερευνών κατέληγαν σε ανάλογα αποτελέσματα.

Τα αποτελέσματα μας δίνουν σημαντικές πληροφορίες:

1. Οι δύο μεγάλες τυχαιοποιημένες έρευνες, έδειξαν ότι η λήψη 300 mg ασπιρίνης κάθε μέρα για 5 χρόνια (ισοδυναμεί με 1 χάπι ασπιρίνης), μειώνει

τον κίνδυνο προσβολής από τον καρκίνο παχέος εντέρου κατά 74%. Η ευεργετική αυτή δράση της ασπιρίνης διαρκεί για τα 10 έως 15 χρόνια που ακολουθούν την πενταετή καθημερινή λήψη ασπιρίνης.

2. Ο μεγάλος αριθμός των επιδημιολογικών ερευνών που αξιολογήθηκαν έδειξαν ότι η λήψη μέτριων έως υψηλών δόσεων ασπιρίνης για 10 χρόνια ή περισσότερα, μειώνουν τον κίνδυνο προσβολής από τη νόσο κατά 50% έως 70%.
3. Η προληπτική δράση της ασπιρίνης, παρουσιάζοταν ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο ή τη χώρα προέλευσης των ανθρώπων. Επίσης καταγραφόταν και σε άτομα που είχαν στενούς συγγενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, γεγονός που ως γνωστόν αυξάνει κατά 2 έως 4 φορές τον κίνδυνο τους να παρουσιάσουν και αυτοί τον ίδιο καρκίνο κατά τη διάρκεια της ζωής τους

Παρά τις έρευνες που συσχετίζουν τη μακροχρόνια χορήγηση της ασπιρίνης με λιγότερο κίνδυνο για καρκίνο, υπάρχουν ενδοιασμοί για τη χορήγηση της σε άτομα που δεν έχουν υψηλό κίνδυνο για καρκίνο λόγω των επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει όπως η αιμορραγία.

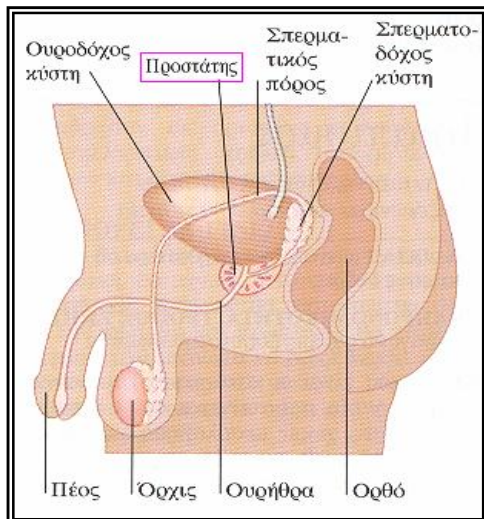
Τα ευρήματα που σας παρουσιάζουμε, σύμφωνα με τους συντελεστές των εργασιών, δεν είναι ένδειξη χορήγησης ασπιρίνης στο γενικό πληθυσμό, δηλαδή σε άτομα που δεν έχουν υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου.

Για άτομα που έχουν παράγοντες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του παχέος εντέρου, η ασπιρίνη για πρόληψη της νόσου, πιθανόν να είναι ωφέλιμη. Αλλά αυτό αποτελεί ακόμα θέμα διερεύνησης και ας μην ξεχνούμε ότι υπάρχουν και άλλες μέθοδοι αποτελεσματικής πρόληψης. Η ασπιρίνη επιδρά στους μηχανισμούς της φλεγμονής την οποία καταστέλλει. Η δράση της κατά του καρκίνου παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον.

Πρόσφατες ερευνητικές εργασίες έδειξαν ότι καταστέλλει ή επιβραδύνει τη σύνθεση πρωτεϊνών μειώνοντας με το μηχανισμό αυτό, το φόρτο των κυττάρων σε ελαττωματικές πρωτεΐνες.

Η κατανόηση των μηχανισμών δράσης της ασπιρίνης σε κυτταρικό επίπεδο, θα μπορούσε να οδηγήσει στο σχεδιασμό φαρμάκων που θα είναι αποτελεσματικότερα από αυτήν, χωρίς τις παρενέργειες της, με στόχο την καλύτερη πρόληψη ή ακόμη και θεραπεία του καρκίνου.¹⁴

Καρκίνος του προστάτη



Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο συνηθέστερος τύπος κακοήθους όγκου του ουροποιογεννητικού συστήματος στον άνδρα. Συχνότερα προσβάλλονται άτομα ηλικίας άνω των 55 χρόνων, χωρίς όμως η νόσος να περιορίζεται σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα. Οι νέγροι προσβάλλονται συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη φυλή. Ο προστατικός καρκίνος εμφάνίζεται στο περιουρηθρικό και οπίσθιο τμήμα του προστάτη, το οποίο γειτονεύει με το ορθό. Οι πιο πολλοί

προστατικοί καρκίνοι είναι αδενικαρκινώματα. Η καλοήθης υπερτροφία του προστάτη, αν και άσχετη, συχνά συμβαίνει ταυτόχρονα με καρκίνο του προστάτη. Και οι δύο αυτές καταστάσεις τελικά αποφράσσουν την έξοδο των ούρων από την κύστη. Άρρωστοι με καρκίνο του προστάτη συνήθως παραμένουν ασυμπτωματικοί, ώσπου να φθάσουν στα τελικά στάδια της νόσου.¹⁵

Αίτια

Δεν είναι γνωστό το αίτιο που προκαλεί τον καρκίνο του προστάτη, παρότι η ανδρική ορμόνη τεστοστερόνη, η οποία παράγεται από τους όρχεις, είναι γνωστό ότι επηρεάζει την ανάπτυξη και την εξάπλωση του καρκινικού όγκου. Περίπου 1 στις 10 περιπτώσεις, ο καρκίνος του προστάτη οφείλεται εν μέρει σε κληρονομημένο ελαττωματικό γονίδιο. Στις περιπτώσεις αυτές, είναι πιθανότερο να εμφανιστεί πριν από τα 60.¹¹

Διαγνωστικές εξετάσεις

Οι εξετάσεις που γίνονται είναι η κλινική εξέταση που γίνεται με ψηλάφηση της κοιλιάς και ψηλάφηση του ίδιου του προστάτη. Η ψηλάφηση του προστάτη μπορεί να γίνει με δακτυλική εξέταση.

Μερικές από τις επιπρόσθετες εξετάσεις είναι το δείγμα ούρων, δείγμα αίματος για να ελεγχθεί η λειτουργικότητα των νεφρών και για να μετρηθεί μια ουσία που λέγεται ειδικό προστατευτικό αντιγόνο (PSA). Επίσης μπορεί να γίνει διορθικό υπερηχογράφημα, ουροδυναμική εξέταση, και εξέταση κυστεοσκόπησης.¹⁶

Η καλύτερη μέθοδος για την ανίχνευση του καρκίνου του προστάτη είναι ο συνδυασμός της μέτρησης του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) στο αίμα και η αξιολόγηση του προστάτη με τη δακτυλική εξέταση του ορθού.

Το PSA είναι πρωτεΐνη που παράγεται από τον προστάτη. Η αύξηση του μπορεί να είναι δείκτης καρκίνου του προστάτη.

Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από τα πρώτα αποτελέσματα μιας πολύχρονης έρευνας σε 76.000 άνδρες που άρχισε το 1993 στις Ηνωμένες Πολιτείες (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial)

Συστήνεται οι δύο αυτές εξετάσεις να γίνονται κάθε χρόνο σε άνδρες 50 ετών και άνω. Σε άνδρες με παράγοντες ψηλού κινδύνου για τη νόσο, συστήνεται οι εν λόγω εξετάσεις να γίνονται σε πιο μικρή ηλικία.

Επειδή υπάρχει η εισήγηση να γίνονται τα δύο ανιχνευτικά τεστ κάθε 2 έως 4 χρόνια, γιατροί από το πανεπιστήμιο του Σικάγο, εξέτασαν σε 18.140 άνδρες τα αποτελέσματα ανίχνευσης καρκίνου του προστάτη σε διάφορα χρονικά διαστήματα.

Κατά την έναρξη της έρευνας όλοι οι άνδρες είχαν τιμές PSA χαμηλότερες από 2 Ng/ml.

Οι γιατροί διαπίστωσαν ότι εάν τα ανιχνευτικά τεστ για τον προστάτη γίνονται κατά διαστήματα μεγαλύτερα του ενός έτους, τότε αυξάνονται σημαντικά οι πιθανότητες καθυστέρησης στην ανίχνευση και διάγνωση καρκίνου του προστάτη.

Παράλληλα επισημαίνουν ότι στους πολύ επιθετικούς καρκίνους του προστάτη που απειλούν τη ζωή, τα επίπεδα του PSA στο αίμα αυξάνονται γρήγορα.

Πρόκειται για ένα είδος καρκίνων που επηρεάζουν μόνο ένα μικρό ποσοστό ανδρών. Είναι όμως αυτοί οι άνδρες που επωφελούνται το περισσότερο από μια έγκαιρη ανίχνευση και άμεση θεραπεία.

Εάν λοιπόν τα ανιχνευτικά τεστ αντί ετησίως, γίνονται κάθε δύο ή περισσότερα χρόνια, τότε θα διαφεύγουν της έγκαιρης διάγνωσης οι πλέον επιθετικοί καρκίνοι που χρήζουν άμεσης θεραπείας.

Βλέπουμε λοιπόν ότι πρόσφατες μεγάλες, διαχρονικές έρευνες τεκμηριώνουν ότι τα καλύτερα ανιχνευτικά τεστ για τον καρκίνο του προστάτη είναι η μέτρηση του PSA και η αξιολόγηση του προστάτη με τη δακτυλική εξέταση του ορθού.

Επιπρόσθετα οι εξετάσεις αυτές πρέπει να γίνονται κάθε χρόνο σε όλους τους άνδρες άνω των 50 ετών. Οι άνδρες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου προστάτη, έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τη νόσο. Σε άνδρες με ψηλό κίνδυνο για τη νόσο τα ανιχνευτικά τεστ πρέπει να γίνονται σε ηλικία μικρότερη των 50 ετών.

Η ηλικία είναι ο κυριότερος παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από τη νόσο. Το 70% των ανδρών που παρουσιάζουν κάθε χρόνο καρκίνο του προστάτη είναι άνω των 65 ετών.

Μετά από τον καρκίνο του δέρματος, ο καρκίνος του προστάτη είναι η συχνότερη μορφή κακοήθους νόσου στους άνδρες. Στους περισσότερους ασθενείς η νόσος εξελίσσεται αργά.

Ο καρκίνος του προστάτη μπορεί να μην προκαλεί συμπτώματα για πολλά χρόνια. Όταν εκδηλωθούν τα συμπτώματα είναι πιθανόν η νόσος να έχει ήδη προχωρήσει πέραν του προστάτη.¹⁷

Πρόσφατες εξελίξεις

Κατά τα τελευταία 20 χρόνια έχει παρατηρηθεί μια σημαντική αύξηση των περιστατικών του καρκίνου του προστάτη. Παράλληλα όμως καταγράφηκε και μια ανάλογη μείωση των θανάτων λόγω της ασθένειας.

Υπολογίζεται σύμφωνα με στοιχεία από το National Cancer Institute, ότι περίπου 20% των ανδρών, θα προσβληθούν κατά τη διάρκεια της ζωής τους από καρκίνο προστάτη. Όμως μόνο 3% των ανδρών θα αποβιώσουν λόγω της νόσου.

Είναι βέβαιο ότι η έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου προστάτη και τα σύγχρονα θεραπευτικά όπλα, έχουν συμβάλει στη μείωση της θνησιμότητας εξαιτίας της πάθησης. Είναι επίσης ξεκάθαρο ότι υπάρχουν πολλοί σοβαροί λόγοι για την ανακάλυψη και εφαρμογή αποτελεσματικών τρόπων πρόληψης της ασθένειας.

Δυστυχώς δεν υπάρχει απλός τρόπος για την πρόληψη του καρκίνου του προστάτη.

Οι περισσότεροι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής των ανδρών από καρκίνο προστάτη, δεν μπορούν να επηρεαστούν. Για παράδειγμα η αύξηση της ηλικίας, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου προστάτη και η εθνική προέλευση ενώ αυξάνουν τον κίνδυνο για τη νόσο, εντούτοις δεν μπορούν να επηρεαστούν για σκοπούς πρόληψης.

Αντίθετα υπάρχουν και παράγοντες που ενώ αυξάνουν τον κίνδυνο, είναι δυνατόν να τροποποιηθούν με στόχο τη μείωση του κινδύνου προσβολής από τη νόσο.

Η διατροφή πλούσια σε λίπη και η παχυσαρκία, αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο προστάτη. Είναι πιθανόν ότι το λίπος στο σώμα μας, αυξάνει την παραγωγή της ορμόνης τεστοστερόνης η οποία ευνοεί την ανάπτυξη των κυττάρων του καρκίνου προστάτη.

Παράλληλα οι ερευνητές έχουν εστιάσει την προσοχή τους σε ορισμένους διατροφικούς παράγοντες που φαίνεται ότι επηρεάζουν τον κίνδυνο προσβολής από την πάθηση.³

Η διατροφή πλούσια σε κορεσμένα λίπη

Αριθμός αξιόλογων ερευνών έχουν δείξει ότι η διατροφή πλούσια σε λιπαρές ουσίες, ιδιαίτερα σε κορεσμένα λίπη όπως αυτά που είναι ζωικής προέλευσης, αυξάνουν τις πιθανότητες προσβολής από τη νόσο. Ο κίνδυνος αυξάνεται περισσότερο όταν η διατροφή πλούσια σε λίπη είναι και φτωχή σε φυτικές ίνες.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται το παράδειγμα των ανδρών Ασιατικής προέλευσης. Όταν ζουν στην Ασία, οι πιθανότητες τους να προσβληθούν από τη νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής τους, είναι της τάξης του 2%.

Όταν όμως οι άνδρες αυτοί μετακομίζουν σε δυτικές χώρες με τυπική διατροφή πλούσια σε λίπη ζωικής προέλευσης, τότε ο κίνδυνος για τη γενεά των παιδιών τους, αυξάνεται στο 10%.

Το λυκοπένιο και η βιταμίνη E

Οι αντιοξειδωτικές ουσίες επηρεάζουν τους μηχανισμούς γένεσης του καρκινικών κυττάρων.

Το λυκοπένιο είναι αντιοξειδωτικό που έχει συσχετισθεί με πολλές ευεργετικές δράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Ορισμένες έρευνες έδειξαν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο προστάτη σε άνδρες με διατροφή χαμηλής περιεκτικότητας σε λυκοπένιο.

Η ντομάτα, το καρπούζι, το ροζ γκρέιπφρουτ, είναι πλούσια σε λυκοπένιο. Η επεξεργασμένη ή η μαγειρεμένη ντομάτα και τα παράγωγά της (σάλτσα, πάστα, κέτσαπ, χυμός), είναι πλουσιότερα σε λυκοπένιο από ότι η ωμή ντομάτα.

Η βιταμίνη E που έχει αντιοξειδωτικές ιδιότητες, βρέθηκε σε επιδημιολογικές έρευνες που έγιναν σε καπνιστές, να συσχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο για καρκίνο προστάτη.

Τα ψάρια

Σε άνδρες με χαμηλή κατανάλωση ψαριών, ο κίνδυνος για καρκίνο προστάτη είναι μεγαλύτερος.

Η πιθανότερη εξήγηση που διαθέτουμε σήμερα για το γεγονός αυτό, είναι ότι τα λιπαρά οξέα τύπου ωμέγα 3 που περιέχονται στα ψάρια, προστατεύουν από μηχανισμούς που οδηγούν στη γένεση καρκινικών κυττάρων.

Το ασβέστιο και η βιταμίνη D

Το ασβέστιο των γαλακτοκομικών προϊόντων που είναι η κυριότερη πηγή για τον άνθρωπο για το απαραίτητο αυτό στοιχείο, έχει συσχετισθεί σε αριθμό επιδημιολογικών ερευνών, με χαμηλότερο κίνδυνο καρκίνου προστάτη.

Όμως δεν έχει διευκρινισθεί ακόμη κατά πόσο είναι το ασβέστιο που ευθύνεται για τον ευεργετικό αυτό συσχετισμό ή εάν είναι η βιταμίνη D που περιέχεται επίσης στα γαλακτοκομικά που συμβάλλει στο μειωμένο κίνδυνο για τον εν λόγω καρκίνο.

Το σελήνιο

Το κρέας το ψάρι, τα δημητριακά, τα φασόλια, είναι πλούσια σε σελήνιο.

Με την αύξηση της ηλικίας στους άνδρες, τα επίπεδα σεληνίου στον οργανισμό μειώνονται ενώ ταυτόχρονα η συχνότητα του καρκίνου προστάτη αυξάνεται. Μερικές εργασίες έδειξαν ότι η αύξηση της πρόσληψης του σεληνίου από τη διατροφή, σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο για καρκίνο προστάτη.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η περαιτέρω διερεύνηση της πρόληψης του καρκίνου του προστάτη μπορεί να προσφέρει πολλά.¹⁸

Εμβόλιο για πρόληψη και θεραπεία του καρκίνου του προστάτη

Η δημιουργία εμβολίων για την πρόληψη και θεραπεία του καρκίνου, είναι μια ελκυστική επιλογή που αποτελεί το στόχο πολλών ερευνών κατά τα τελευταία 50 χρόνια.

Δοκιμάστηκαν πολλά εμβόλια εναντίον διαφόρων μορφών καρκίνου αλλά μέχρι σήμερα μόνο 2 έχουν πάρει έγκριση για χρήση στον άνθρωπο. Πρόκειται για τα εμβόλια κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που εγκρίθηκε πρόσφατα και κατά του καρκίνου του ήπατος.

Τα δύο πρώτα εμβόλια κατά του καρκίνου, εγκρίθηκαν με στόχο την πρόληψη της νόσου. Τώρα ένα εμβόλιο για τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη, έχει πάρει μια προκαταρκτική θετική γνώμη από τη συμβουλευτική επιτροπή εμπειρογνομόνων της Διεύθυνσης Τροφίμων και Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών (FDA, Food and Drug Administration). Η τελική έγκριση για το εμβόλιο δεν έχει ακόμη δοθεί αλλά συνήθως η προκαταρκτική θετική γνώμη ακολουθείται από την επίσημη έγκριση του FDA για χρήση σε ασθενείς.

Το εμβόλιο αυτό έχει θεραπευτική δράση και θα απευθύνεται σε ασθενείς με προχωρημένο, μεταστατικό καρκίνο του προστάτη που είναι ανθεκτικός στις υπόλοιπες θεραπείες, ιδιαίτερα στις ορμονικές θεραπείες. Οι ασθενείς αυτοί, δεν

έχουν πλέον άλλη πιθανότητα σωτηρίας και το εμβόλιο βρέθηκε ότι μπορεί να παρατείνει τη ζωή τους.

Εάν ανιχνευτεί έγκαιρα, το ποσοστό ίασης είναι πολύ ψηλό. Παρά την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του προστάτη και την πρόοδο που έχει επιτευχθεί στον τομέα αυτό, τα ποσοστά υποτροπής της νόσου παραμένουν σημαντικά. Ακόμη και σε άνδρες στους οποίους η νόσος εντοπίζεται περιορισμένη στον προστάτη, παρατηρούνται υποτροπές της νόσου στο 30%-40% των περιπτώσεων.

Το εμβόλιο με την ονομασία **Provenge**, δημιουργήθηκε με στόχο τη διέγερση του ανοσολογικού συστήματος του ίδιου του ασθενούς. Το αμυντικό αυτό σύστημα, χάρις στο εμβόλιο, μπορεί να αποκτά την ικανότητα να αναγνωρίζει ως ανώμαλα τα καρκινικά κύτταρα και να τα εξολοθρεύει.

Η επιστημονική αυτή προσέγγιση δοκιμάστηκε σε θεραπευτική δοκιμή που διήρκεσε 3 χρόνια και συμπεριέλαβε 127 άνδρες με προχωρημένο, μεταστατικό καρκίνο του προστάτη. Οι ασθενείς που έλαβαν το εμβόλιο είχαν 18% αύξηση στη χρονική διάρκεια επιβίωσης που ισοδυναμούσε κατά μέσο όρο σε 4,5 μήνες.

Σε μια άλλη θεραπευτική δοκιμή σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του προστάτη, το εμβόλιο φάνηκε ότι προσέφερε 3 έως 4 φορές περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης στους ασθενείς, 3 χρόνια μετά τον εμβολιασμό.

Εντούτοις ορισμένοι από τους εμπειρογνώμονες, εξέφρασαν επιφυλάξεις για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Δηλώνουν ότι ενώ οι έρευνες δείχνουν μια τάση αύξησης της επιβίωσης εξαιτίας του εμβολίου, εντούτοις δεν προέκυψαν πειστικά στοιχεία ότι καθυστερεί την προοδευτική εξέλιξη του καρκίνου. Επίσης δεν φάνηκε να βοηθά για τη μείωση του πόνου και τη δημιουργία νέων βλαβών στα οστά των ασθενών.

Επισημαίνεται ταυτόχρονα ότι δημιουργήθηκαν ανησυχίες διότι στους ασθενείς που έλαβαν το εμβόλιο, παρατηρήθηκε αύξηση των εγκεφαλικών επεισοδίων. Μεταξύ των ανδρών που το έλαβαν, 3,9% παρουσίασαν αποπληξία ενώ αυτή παρατηρήθηκε μόνο στο 2,6% στους άνδρες που δεν έλαβαν το Provenge.

Διεξάγεται τώρα μια μεγαλύτερη θεραπευτική δοκιμή, για να φανεί εάν επιβεβαιώνονται ή όχι τα ευρήματα των πρώτων ερευνών.

Βλέπουμε λοιπόν ότι το εμβόλιο που υπάρχει σήμερα για τον καρκίνο του προστάτη, έχει περισσότερο θεραπευτικό χαρακτήρα παρά προληπτικό.

Εάν δοθεί η τελική έγκριση (αυτό πιθανόν να είναι γνωστό μετά τις 15 Μαΐου 2007), το εμβόλιο θα απευθύνεται σε άνδρες με μεταστατικό καρκίνο του προστάτη ανθεκτικού στις ορμονικές θεραπείες και οι οποίοι δεν έχουν άλλη ελπίδα σωτηρίας, με στόχο την παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης τους.

Καρκίνος των όρχεων

Η συχνότητα του καρκίνου των όρχεων αυξάνεται και αυτό έχει παρατηρηθεί από το 1970 και μετά. Ο καρκίνος αυτός αποτελεί το συχνότερο συμπαγή όγκο στους νέους άνδρες και είναι ο συχνότερος καρκίνος σε άνδρες ηλικίας από 15 έως 35 ετών.

Οι ιστολογικές μορφές του καρκίνου των όρχεων είναι διαφόρων τύπων με συχνότερους το τεράτωμα, το σεμίνωμα (σπερμογονίωμα, μορφή μυελοειδούς καρκίνου του όρχεως), τις μορφές που προσομοιάζουν προς το τεράτωμα και το σεμίνωμα και τέλος το λέμφωμα.

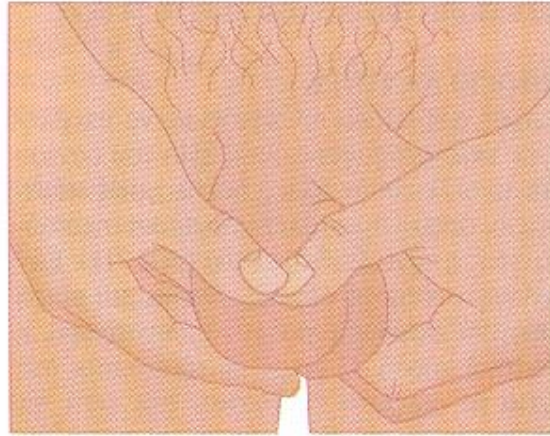
Ταυτόχρονα με την αύξηση της συχνότητας έχει σημειωθεί και σημαντική βελτίωση όσον αφορά την ίαση με τα ποσοστά της θνησιμότητας να έχουν μειωθεί ουσιαστικά.³

Αίτια

Τα αίτια του καρκίνου του όρχεως δεν είναι γνωστά, ωστόσο ορισμένοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισής του, π.χ. η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού ορχικού καρκίνου ή η κρυπορχία, μια κατάσταση κατά την οποία ο ένας ή και οι δύο όρχεις έχουν κατακρατηθεί και δεν έχουν <κατέβει> φυσιολογικά μέσα στο όσχεο πριν τη γέννηση.¹¹

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ

Ο καρκίνος των όρχεων είναι ένας από τους ευκολότερα θεραπεύσιμους καρκίνους εάν διαγνωσθεί έγκαιρα. Για το λόγο αυτόν, όλοι οι άνδρες θα πρέπει να εξετάζουν τακτικά τους όρχεις τους για τυχόν εξογκώματα ή οιδήματα (πρηξίματα). Ένας καρκινικός όγκος σε πρώιμο στάδιο μπορεί συνήθως να διαπιστωθεί ως ένα σκληρό, μεγέθους μπιζελιού, εξόγκωμα κάτω από το δέρμα του όρχεως. Συνήθως, το εξόγκωμα αυτό δεν εμφανίζει ιδιαίτερη ευαισθησία ή πόνο όταν πιεστεί. Μαλακά στην πίεση εξογκώματα μπορούν να είναι απλώς αβλαβείς κύστες, και επώδυνα πρηξίματα οφείλονται συχνά σε κάποια μόλυνση. Θα πρέπει επίσης να εξετάζετε τυχόν αλλαγές στο δέρμα του βουβώνα. Εάν παρατηρήσετε οιαδήποτε αλλαγή στους όρχεις ή το όσχεο, θα πρέπει να συμβουλευθείτε αμέσως το γιατρό σας.



Πώς γίνεται η αυτοεξέταση των όρχεων

Μετά το μπάνιο ή το ντους σας, όταν το όσχεο είναι σε κατάσταση χαλάρωσης, ψηλαφίστε προσεκτικά ολόκληρη την επιφάνεια κάθε όρχεως και αφήστε τον να «κυλήσει» απαλά ανάμεσα στα δάχτυλα και τον αντίχειρά σας. Κάντε αυτήν την εξέταση πολύ προσεκτικά και μην αγνοήσετε την παραμικρή ένδειξη.

Συμπτώματα καρκίνου των όρχεων

Τα συμπτώματα και σημεία του καρκίνου των όρχεων περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Εμφάνιση ανώδυνου οζιδίου ή μάζας πάνω στους όρχεις
- Ο ένας από τους δύο όρχεις ή σπάνια και οι δύο μπορούν να γίνουν σκληρότεροι από το φυσιολογικό. Συνήθως η σκλήρυνση αυτή δεν προκαλεί πόνο
- Αίσθημα βάρους στο όσχεο (ο σακοειδής θύλακας που περιέχει τους όρχεις)
- Εκδήλωση ενός ελαφριού, υπόκωφου πόνου στο κάτω μέρος της κοιλιάς ή της βουβωνικής χώρας
- Ξαφνικά εμφάνιση μιας συλλογής αίματος ή άλλου υγρού μέσα στο όσχεο

Είναι πολύ σημαντικό οι άνδρες να κάνουν αυτοεξέταση των όρχεων τους. Με τον τρόπο αυτό μπορούν οι ίδιοι πολύ νωρίς να ανιχνεύσουν μια αλλαγή σ' αυτούς ή την εμφάνιση οζιδίων με αποτέλεσμα να εξεταστούν έγκαιρα από το γιατρό τους.

Η αυτοεξέταση είναι καλό να γίνεται μια φορά το μήνα. Η καλύτερη στιγμή για να γίνει αυτό είναι μετά από ένα ζεστό ντους ή μετά από το μπάνιο. Το ζεστό νερό χαλαρώνει το δέρμα του όσχεως και έτσι κάνει την εξέταση ευκολότερη.

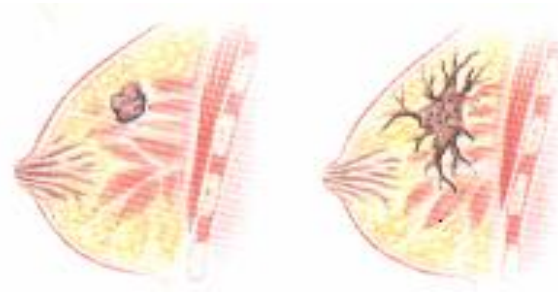
Ακολουθήστε τα ακόλουθα για να κάνετε την αυτοεξέταση των όρχεων:

- Σταθείτε μπροστά από ένα καθρέφτη. Κοιτάξετε για οποιαδήποτε αλλαγή ή πρήξιμο στο δέρμα του όσχεως
- Εξετάστε τον κάθε όρχη και με τα δύο χέρια. Τοποθετείστε τον δείκτη του χεριού μαζί με τα μεσαία δάκτυλα από πίσω από τον όρχη και τον αντίχειρα μπροστά και ψηλαφίστε τον προσεκτικά. Μην εκπλαγείτε εάν ο ένας όρχης είναι λίγο μεγαλύτερος από τον άλλο. Αυτό είναι φυσιολογικό
- Ψάξτε να βρείτε εάν υπάρχει κάποιο οζίδιο που να βρίσκεται πάνω στους όρχεις στις πλευρές τους, στο εμπρόσθιο ή άλλο τμήμα τους
- Να βρείτε την επιδιδυμίδα (είναι το μαλακό σωληνοειδές όργανο που βρίσκεται πίσω από τον όρχη και στο οποίο αποθηκεύεται το σπέρμα μέχρι την έξοδό του από του πέος). Είναι καλό να μάθετε να αναγνωρίζετε το όργανο αυτό για να μην το συγχύσετε με ένα ογκίδιο και επίσης να μπορείτε να αντιλαμβάνεστε εάν υπάρχει μια σημαντική αλλαγή σ' αυτό όπως πρήξιμο, πόνος ή μάζα. Σημειώστε ότι συνήθως, οι κακοήθεις όγκοι εντοπίζονται στις πλευρές του όρχη όπως επίσης και στο εμπρόσθιο μέρος του.

Υπενθυμίζουμε ότι εάν βρεθεί κάποια ανωμαλία στο όσχεο ή στους όρχεις όπως ένα οζίδιο αυτό δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι υπάρχει καρκίνος. Εάν διαπιστώσετε κάτι, τότε πρέπει άμεσα να απευθυνθείτε στο γιατρό σας.

Συμπερασματικά θα τονίσουμε ότι η έγκαιρη ανίχνευση, διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου των όρχεων έχει τεράστια σημασία διότι οδηγεί στην πλήρη ίαση από τον καρκίνο αυτό στις πλείστες περιπτώσεις. Για αυτούς τους λόγους η αυτοεξέταση των όρχεων πρέπει να γίνεται συστηματικά.³

Καρκίνος του μαστού



Είναι ο συχνότερος καρκίνος του γυναικείου πληθυσμού. Μία στις δέκα γυναίκες θα αναπτύξει ένα καρκίνο στο μαστό της κατά τη διάρκεια της ζωής της. Στη χώρα μας έχουμε περίπου **4.000 νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο**.

Τα περισσότερα καρκινώματα του μαστού προέρχονται από τους μικρούς πόρους που ξεκινούν από τον αδένα. Οζίδια του δέρματος μπορούν να σχηματιστούν οποτεδήποτε αλλά συνήθως αναπτύσσονται πάνω στο μαστό σε άτομα που έχουν κάνει θεραπεία ή γύρω από την ουλή, σ' εκείνα που έχουν εγχειριστεί. Ο καρκίνος των δύο μαστών δεν είναι σπάνιος, μολονότι είναι δύσκολο να πούμε, αν πρόκειται για μετάσταση από τον έναν στον άλλο μαστό ή για μία καινούργια αρχική ανάπτυξη. Μερικοί όγκοι κάνουν μετάσταση πρόωρα και έχουν τόσο ευρεία ανάπτυξη ώστε αποδεικνύονται θανάσιμοι εντός ενός χρόνου από την αρχική τους εμφάνιση.

Οι παράγοντες που προκαλούν τον καρκίνο του μαστού είναι πολλοί και ποικίλοι όπως είναι και διαφορετικές οι μορφές της νόσου. Οι ενδοκρινείς παράγοντες συχνά αποδεικνύονται σημαντικοί ενώ μερικές φορές η κληρονομική προδιάθεση φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, όπως επίσης η ηλικία, η διάρκεια των ετών της περιόδου καθώς και η ατεκνία ή η καθυστερημένη πρώτη κύηση παίζουν σημαντικό ρόλο. Πρόσφατα έρευνες έχουν δείξει ότι η σύσταση της δίαιτας (υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη, χαμηλή περιεκτικότητα σε δημητριακά) σχετίζεται στενά με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Εντούτοις, δεν υπάρχει μια γνωστή μέθοδος πρόληψης του καρκίνου του μαστού με αποτέλεσμα ή έγκαιρη ανίχνευση του όγκου να είναι πολύ σημαντική. Η ανίχνευση γίνεται με την αυτοεξέταση του μαστού (BSE). Κάθε γυναίκα πρέπει να κάνει μια ετήσια εξέταση για τον καρκίνο στο γιατρό της.¹⁹

Αίτια

Ο καρκίνος του μαστού οφείλεται στην κακοήθη μεταμόρφωση κυττάρων των μαστών, τα οποία αποκτούν άτυπα χαρακτηριστικά, πολλαπλασιάζονται με υπερβολικό τρόπο και σχηματίζουν έναν όγκο, τείνουν να εισβάλλουν στους

γειτονικούς υγιείς ιστούς και να εξαπλώνονται δια της λεμφικής και της αιματικής οδού σε άλλα τμήματα του οργανισμού, όπου δημιουργούν δευτεροπαθείς κακοήθεις όγκους ή μεταστάσεις. Η άμεση αιτία αυτής της παθολογικής μεταμόρφωσης ακόμα δεν είναι γνωστή, αλλά έχουν προσδιοριστεί ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να υποκινήσουν την έναρξη ή την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Είναι γνωστό, παραδείγματος χάρη, ότι η κληρονομικότητα μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, όπως είναι προφανές σε ορισμένες οικογένειες στις οποίες η νόσος παρουσιάζεται σε διάφορα μέλη τους. Στην πραγματικότητα, αυτό δεν σημαίνει ότι ο καρκίνος του μαστού είναι κληρονομικός, αλλά ότι μπορεί να μεταδοθεί μια ειδική προδιάθεση στη νόσο, η οποία θα εξελιχθεί μόνο όταν συντρέξουν άλλοι παράγοντες. Αν και μέχρι πριν από λίγο καιρό αγνοείτο ακόμα ο μηχανισμός γενετικής μετάδοσης της εν λόγω προδιάθεσης, σήμερα είναι γνωστές μερικές ειδικές χρωμοσωματικές διαταραχές οι οποίες ευθύνονται για το πρόβλημα.

Ένας άλλος παράγοντας που συμμετέχει στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού φαίνεται ότι είναι το επίπεδο έκθεσης της γυναίκας στη δράση των οιστρογόνων. Πράγματι, έχει διαπιστωθεί ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο οι γυναίκες που έχουν την πρώτη εμμηνόρρυσία τους σε πιο μικρές ηλικίες και την εμμηνόπαυση σε πιο προχωρημένες, αυτές που δεν τεκνοποίησαν ή έκαναν το πρώτο το παιδί σε προχωρημένες ηλικίες και εκείνες που δεν έχουν θηλάσει ή θήλασαν για πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Επίσης η χορήγηση οιστρογόνων, εάν δεν συνδυαστεί με χορήγηση προγεστερόνης, συσχετίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Μερικές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχουν επίσης διατροφικοί παράγοντες οι οποίοι μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο οι γυναίκες που ακολουθούν διατροφή πλούσια σε λιπαρά και με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι μερικές μορφές καρκίνου αναπτύσσονται ειδικά σε ογκώδεις μαστούς, όπου υπάρχει μεγάλο απόθεμα λιπώδους ιστού.

Τέλος, είναι γνωστό ότι υπάρχουν επίσης εξωτερικοί παράγοντες οι οποίοι μπορεί να ευνοήσουν ή να διευκολύνουν την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, όπως η συχνή έκθεση σε ακτινοβολίες.²⁰

Διαγνωστικές εξετάσεις

Ο καρκίνος του μαστού συνήθως διαγιγνώσκεται με τη μελέτη ενός εξογκώματος ή άλλης αλλοίωσης του μαστού που εντοπίζει η ίδια η γυναίκα με την αυτοεξέταση μαστού ή και ο γιατρός κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης ελέγχου. Όταν ο όγκος είναι μικρός, η ανίχνευσή του είναι πιο δύσκολη, αλλά συγχρόνως προσφέρει καλύτερες πιθανότητες ίασης, δεδομένου ότι πολλές φορές είναι δυνατό να αφαιρεθεί εντελώς.

Με οποιαδήποτε υποψία, ο γιατρός προβαίνει σε προσεκτική επισκόπηση και ψηλάφηση του μαστού, καθώς και των λεμφογαγγλίων της μασχάλης. Εάν ανιχνευτεί κάποια ανωμαλία, συνήθως ζητείται μαστογραφία, ακτινολογική εξέταση, η οποία πολλές φορές επιτρέπει τον εντοπισμό των όγκων του μαστού και της ακριβούς θέσεις τους, και ενδεχομένως υπερηχογράφημα, τεχνική βασισμένη στη χρήση υπερήχων, η οποία επιτρέπει τη διάκριση των κυστικών σχηματισμών των μονήρων όγκων.

Το επόμενο βήμα συνίσταται στον προσδιορισμό της φύσης του ογκώματος, για το οποίο συνήθως πραγματοποιείται κυτταρολογική παρακέντηση. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης συνήθως αρκούν για να προσδιοριστούν η φύση του όγκου και ο τύπος του.

Εάν τα αποτελέσματα δεν καταλήγουν σε κάποιο συμπέρασμα, πραγματοποιείται βιοψία, με τη λήψη μικρού δείγματος της αλλοίωσης μέσω μιας απλής χειρουργικής επέμβασης.²⁰

Πρόληψη

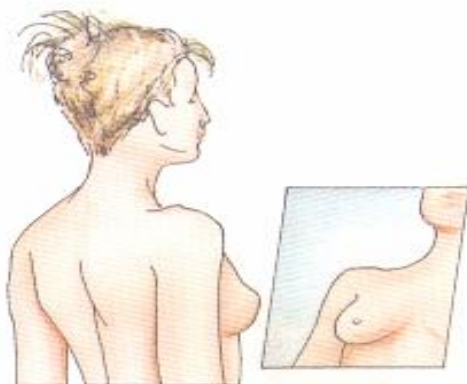
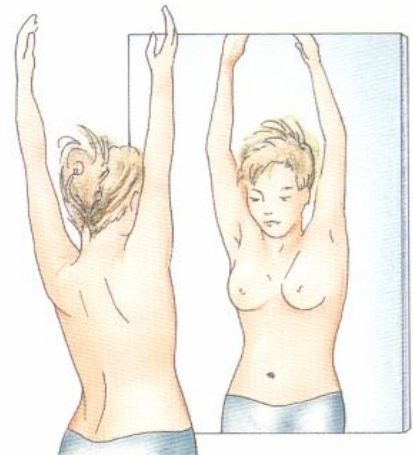
Όσο νωρίτερα διαγνωσθεί ένας καρκίνος του μαστού, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες για επιτυχημένη θεραπεία. Την καλύτερη πορεία έχει ένας μη-διηθητικός καρκίνος (in situ) ή ένας μικρού μεγέθους καρκίνος που ανιχνεύθηκε στη μαστογραφία. Εάν είστε ηλικίας 20-39 ετών, θα πρέπει εκτός από την **αυτοεξέταση** μια φορά το μήνα, να υποβάλλεστε σε κλινική εξέταση των μαστών σας κάθε 2 με 3 χρόνια και να κάνετε τον πρώτο σας έλεγχο με μαστογραφία μετά τα 35 σας. Μετά τα 40 η μαστογραφία και ο κλινικός έλεγχος από γιατρό να γίνεται κάθε χρόνο.²¹

Αυτοεξέταση μαστού

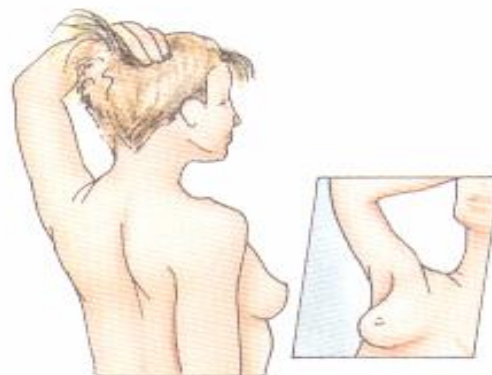
Η τακτική αυτοεξέταση αποτελεί μια εξαιρετικά χρήσιμη μέθοδο για την ανίχνευση της ενδεχόμενης ανάπτυξης καρκίνου στα αρχικά στάδιά της, όταν ακόμα δεν προκαλεί εμφανή συμπτώματα και μπορεί να θεραπευτεί με υψηλές πιθανότητες ίασης: υπολογίζεται ότι η προσεκτική αυτοεξέταση των μαστών επιτρέπει τον εντοπισμό του 90% των κακοηθών όγκων σε αρχικά στάδια.

Θεωρείται ότι από την ηλικία των 20 ετών και μετά κάθε γυναίκα πρέπει να κάνει αυτοεξέταση των μαστών μία φορά το μήνα για όλη της τη ζωή. Η ιδανική στιγμή για την πραγματοποίηση της εξέτασης είναι η πέμπτη ημέρα από την έναρξη της εμμηνορρυσίας ή και οποιαδήποτε συγκεκριμένη ημέρα του μήνα στην περίπτωση της γυναίκας που έχει περάσει την εμμηνόπαυση. Η αυτοεξέταση έχει κάποια βασικά βήματα, τα οποία περιλαμβάνουν αφενός την επισκόπηση κάθε μαστού και αφετέρου την ψηλάφησή του, καθώς και αυτή των μασχαλών και των υπερκλειδίων κοιλοτήτων.

Σε πρώτη φάση πρέπει να παρατηρήσετε προσεκτικά την όψη των μαστών σε έναν καθρέπτη, λαμβάνοντας διάφορες θέσεις για να μπορέσετε να ανιχνεύσετε παραμορφώσεις, ασυμμετρίες, αλλοιώσεις του περιγράμματος των μαστών ή οποιοδήποτε είδος αλλαγής στην επιφάνειά τους: πτυχές, βαθουλώματα, ερυθρές περιοχές, εισολκές ή αποκλίσεις της θηλής ή της θηλαίας άλω.

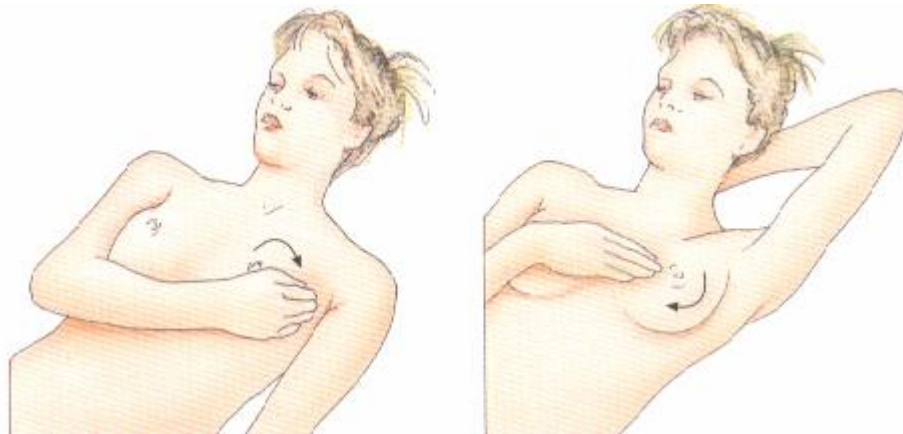


Επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέπτη με τους βραχίονες στα πλευρά...

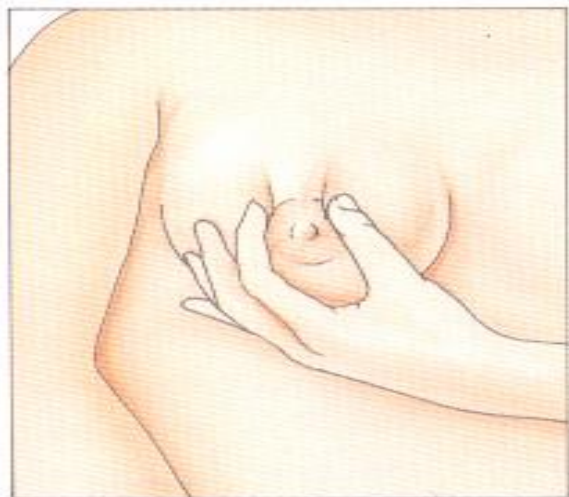
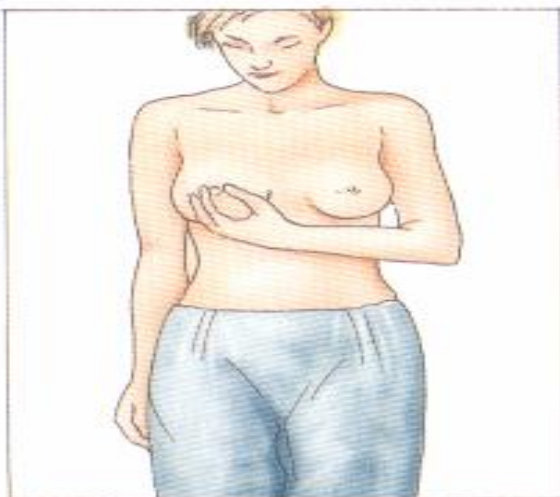


ανασηκώνοντας διαδοχικά κάθε βραχίονα πάνω από την κεφαλή και...

Ύστερα πρέπει να προβείτε σε προσεκτική ψηλάφηση, κατά προτίμηση ξαπλωμένη στο κρεβάτι, τοποθετώντας το χέρι της πλευράς που θα εξετάσετε κάτω από το σβέρκο και περνώντας το άλλο χέρι στο μαστό, με τα δάκτυλα ενωμένα και σε ομόκεντρους κύκλους, ώστε να μπορέσετε να αντιληφθείτε οποιαδήποτε ανωμαλία στο δέρμα η οποία δεν είχε παρατηρηθεί στην επισκόπηση και κυρίως στον υποκείμενο ιστό, ιδιαίτερα την ενδεχόμενη παρουσία κάποιου οζιδίου.



Έπειτα πρέπει να εξετάσετε τις θηλές, πιέζοντάς τις απαλά για να δείτε εάν υπάρχει κάποια έκκριση. Και τέλος πρέπει να ψηλαφίσετε τις μασχάλες και τις κοιλότητες που βρίσκονται πάνω στις κλείδες, επειδή έτσι θα μπορέσετε να ανιχνεύσετε εάν υπάρχει κάποια μεγέθυνση των λεμφογαγγλίων, τα οποία υπό φυσιολογικές συνθήκες δεν ανιχνεύονται με την ψηλάφηση. Εάν στην αυτοεξέταση αντιληφθείτε οποιαδήποτε αλλοίωση, αυτό που πρέπει να κάνετε είναι πολύ απλό: να επισκεφθείτε το ειδικό.²²



Σημάδια κινδύνου

Η ανίχνευση οποιουδήποτε από τα παρακάτω σημάδια δικαιολογεί μια ιατρική διάγνωση χωρίς να περιμένετε την επόμενη προγραμματισμένη γυναικολογική επίσκεψη:

- Εμφάνιση εκκρίσεων από τη θηλή.
- Εισολκές ή παραμορφώσεις της θηλής.
- Παραμορφώσεις, τάσεις, μετατοπίσεις ή αλλαγές της χρώσης της θηλαίας άλω.
- Βαθουλώματα ή εισολκές του δέρματος του μαστού.
- Εξογκώματα στην επιφάνεια του μαστού.
- Παραμορφώσεις στον περίγυρο του μαστού.
- Σκλήρυνση ή και κοκκίνισμα της περιοχής του δέρματος του μαστού.
- Σημαντική αύξηση του μεγέθους του στήθους σε σχέση με το άλλο.
- Ψηλάφηση ενός σκληρού σχηματισμού ή οζιδίου στο πάχος του μαστού.
- Φλεγμονή των λεμφογαγγλίων της μασχάλης ή της υπερκλείδιας κοιλότητας.
- Πόνος στο μαστό.

Η μοριακή ανάλυση για τον εντοπισμό των μεταλλαγών γίνεται με λήψη μικρής ποσότητας αίματος και μόνο μετά από γενετική συμβουλευτική από κλινικό γενετιστή και συγκατάθεση της ίδιας της γυναίκας. Πολλές πάντως γυναίκες δεν μπορούν να συνηθίσουν την ιδέα ότι πρέπει να γνωρίσουν το στήθος τους και να το παρατηρούν. Και όμως, είναι ένας τρόπος να ανακαλυφθεί πολύ γρήγορα κάποια ανωμαλία.

Υπάρχει ένας ενστικτώδης φόβος για τον καρκίνο, αλλά πρέπει να γνωρίζουμε ότι το 80% των παθήσεων του μαστού είναι καλοήθους μορφής και ότι ένας καρκίνος που ανακαλύπτεται στη γέννησή του είναι πλήρως ιάσιμος! Συχνότερα προβλήματα καλοήθους μορφής (πηγή: "Το μεγάλο βιβλίο της γυναίκας", εκδόσεις "Βασιλείου")

Κύστη: Είναι μία σφαιρική φούσκα που περιέχει διαυγές υγρό ή χρωματιστό. Το μέγεθός της ποικίλλει από αυτό του μπιζελιού μέχρι ενός μανταρινιού. Η κύστη εμφανίζεται απότομα, αλλά δεν πρέπει να προκαλεί πανικό ή ανακάλυψή της. Τις επόμενες ημέρες μπορεί να εμφανιστούν και άλλες και αυτό οφείλεται σε κάποια μεταβολή της ορμονικής ισορροπίας. Συχνά εξαφανίζονται από μόνες τους, ενώ αν επιμείνουν, ο γιατρός θα προχωρήσει σε παρακέντηση του υγρού που περιέχουν.

Ινο-αδένωμα: Δημιουργείται συνήθως σε γυναίκες κάτω των 30 ετών. Είναι σε μέγεθος μπιζελιού ή φουντουκιού, σκληρό και μετακινούμενο. Δεν υπάρχει λόγος αφαίρεσης, εκτός αν βρίσκεται σε σημείο που παραμορφώνει το στήθος ή πιέζει αιμοφόρα αγγεία. Στην εμμηνόπαυση συρρικνώνεται. Η εμφάνισή του μπορεί να εκληφθεί ως καρκίνος γι' αυτό γίνεται διάγνωση με βιοψία.

Λίπωμα: Έχει μέγεθος από μικρό αμύγδαλο μέχρι μεγάλο δαμάσκηνο, ενώ είναι μαλακό, ελαστικό, λείο και κινητό, αλλά και τελείως ακίνδυνο!

Εκροή υγρού από τη θηλή: Όταν εμφανίζεται εκτός περιόδου εγκυμοσύνης ή θηλασμού είναι αφύσικη και επιβάλλεται επίσκεψη στο γιατρό. Οι αιτίες είναι πολλές και θεραπεύονται εύκολα. Μερικές φορές, όταν το υγρό περιέχει και αίμα δημιουργείται μεγάλη ανησυχία στη γυναίκα. Όμως, η αιτία είναι συνήθως καλοήθης: οφείλεται σε μικρούς πολύποδες, στο εσωτερικό κάποιου γαλακτοφόρου αγωγού.

Φλεγμονή (ή μαστίτιδα): Το στήθος είναι ένας αδένας ανοιχτός προς τα έξω, μέσω των γαλακτοφόρων πόρων. Έτσι, μπορεί να βγει το γάλα, αλλά μπορούν επίσης να διεισδύσουν και μικρόβια. Συχνά λοιπόν συμβαίνουν μολύνσεις. Το στήθος τότε γίνεται έντονα κόκκινο, καίει, διογκώνεται και πονά. Ο γιατρός ψάχνει την αιτία της μόλυνσης, που ίσως να βρίσκεται και μέσα στον οργανισμό, οπότε το μικρόβιο έχει μεταφερθεί με το αίμα. Μια ισχυρή θεραπεία αντιμετωπίζει ριζικά το πρόβλημα και γι' αυτό σπάνια η μόλυνση εξελίσσεται σε απόστημα.²²

Πρόσφατες εξελίξεις

Η μαγνητική τομογραφία βελτιώνει τη διάγνωση καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν καρκίνο στον ένα από τους δύο μαστούς **Οι γυναίκες που παρουσιάζουν καρκίνο στον ένα από τους δύο μαστούς, έχουν**

περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τη νόσο και στον άλλο μαστό.

Για το λόγο αυτό γίνεται συνήθως μια λεπτομερής εξέταση και του μαστού που δεν έχει προσβληθεί αρχικά, με τη βοήθεια υπερηχογραφήματος και μαστογραφίας.

Ωστόσο, πολλοί καρκίνοι δεν ανιχνεύονται από τη μαστογραφία. Ακόμη και μετά από προσεκτική κλινική αξιολόγηση και μαστογραφία, είναι δυνατόν να εντοπισθεί καρκίνος στο μαστό που δεν είχε προσβληθεί αρχικά, στο 10% των γυναικών που έχουν λάβει θεραπεία για καρκίνο στον ένα μαστό.

Τώρα μια νέα διεθνής έρευνα δείχνει ότι η μαγνητική τομογραφία μπορεί να προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στην έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου στον άλλο μαστό.

Σε σχεδόν 1.000 γυναίκες που είχαν πρόσφατα διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού, η μαγνητική τομογραφία βοήθησε στο να αναγνωρισθούν 30 καρκίνοι στον άλλο μαστό που φαινόταν να είναι κανονικός.

Στις γυναίκες στις οποίες η μαγνητική τομογραφία ήταν κανονική στον άλλο μαστό, δηλαδή ήταν αρνητική για την ύπαρξη καρκίνου, το περιθώριο εμπιστοσύνης για την ορθότητα των αποτελεσμάτων, ήταν της τάξης του 99,6%. Αυτό σημαίνει ότι εάν τα αποτελέσματα της μαγνητικής δεν δείχνουν την ύπαρξη καρκίνου στον άλλο μαστό, τότε η προληπτική μαστεκτομή του μαστού που δεν προσβλήθηκε αρχικά που είναι κάτι που μερικές από τις ασθενείς ζητούν, δεν είναι αναγκαία.

Η έρευνα διεξάχθηκε σε 24 νοσοκομειακά κέντρα, εκ των οποίων 23 στις Ηνωμένες Πολιτείες και 1 στη Γερμανία, στο πανεπιστήμιο της Βόννης. Συνολικά συμμετείχαν στην έρευνα 968 γυναίκες. Όλες είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο στον ένα μαστό.

Η μαστογραφία και η κλινική εξέταση του αντίθετου μαστού, παρέμεναν κανονικές και δεν έδειχναν ύπαρξη καρκίνου. Στη συνέχεια, όλες οι ασθενείς υποβάλλονταν σε μαγνητική τομογραφία του μαστού. Η εξέταση αυτή, έδειξε ότι υπήρχε καρκίνος στο 3% δηλαδή σε 30 γυναίκες. Το ποσοστό αυτό είναι ψηλό εάν ληφθεί υπόψη ότι οι συστηματικές εξετάσεις για ανίχνευση καρκίνου μαστού σε γυναίκες, βρίσκουν την πάθηση σε αναλογία 1 ανά εκατομμύριο.

Η μαγνητική τομογραφία θεωρείται ήδη ως απαραίτητη απεικονιστική εξέταση πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Προσδιορίζει με ακρίβεια την έκταση της νόσου, δίνει στους χειρουργούς όσο το δυνατό καλύτερες και πληρέστερες πληροφορίες για την αφαίρεση του όγκου.

Τώρα φαίνεται ότι η μαγνητική τομογραφία, είναι σημαντική για την ανακάλυψη άλλου καρκίνου που πιθανόν να υπάρχει στο μαστό που δεν προσβλήθηκε αρχικά και θεωρείται υγιής.

Εκείνο που είναι ενθαρρυντικό για τις ασθενείς που διαγνώστηκαν πρόσφατα με καρκίνο μαστού, είναι ότι εάν οι γιατροί δεν ανακαλύψουν καρκίνο στον άλλο μαστό με τη μαγνητική, αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν 99,6% πιθανότητες, δηλαδή είναι σχεδόν βέβαιο ότι ο άλλος μαστός δεν έχει καρκίνο. Σε τέτοια περίπτωση, η προφυλακτική μαστεκτομή του άλλου μαστού δεν χρειάζεται.

Είναι γεγονός ότι η μαγνητική τομογραφία είναι, συγκριτικά με τις άλλες μεθόδους πιο ακριβή. Όμως παραμένει η πλέον αξιόπιστη εξέταση για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η μαγνητική τομογραφία, πρέπει να θεωρείται η ιδανική εξέταση για την ανίχνευση της νόσου σε γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο προσβολής από τη νόσο, δηλαδή που έχουν ανησυχητικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού ή γυναίκες που έχουν προσβληθεί από καρκίνο στον ένα από τους μαστούς.

Για τις δυνατότητες των ανιχνευτικών μεθόδων που διαθέτουμε σήμερα, δεν πρέπει να είναι ενήμεροι μόνο οι γιατροί αλλά και το ευρύτερο κοινό και ιδιαίτερα οι γυναίκες.¹⁴

Πρόληψη του καρκίνου του μαστού με την χρήση φαρμάκων

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού με τη χρήση φαρμάκων είναι μια προσέγγιση η οποία υπόσχεται πολλά.

Μέχρι σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί φάρμακα όπως η ταμοξιφαίνη και η ραλοξιφαίνη για προφύλαξη σε γυναίκες με ψηλό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού.

Σε έρευνα που διεξήγαγαν Άγγλοι γιατροί από το **UK Cancer Research**, βρέθηκε ότι η ταμοξιφαίνη μειώνει κατά 38% τις πιθανότητες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με ψηλό κίνδυνο για τον καρκίνο αυτό.

Οι ερευνητές εξέτασαν τα δεδομένα από 40.000 γυναίκες από την Αγγλία, Αυστραλία και την Ιταλία στις οποίες είχε δοθεί η ταμοξιφαίνη για σκοπούς πρόληψης εμφάνισης καρκίνου του μαστού μέσα στα πλαίσια 14 κλινικών θεραπευτικών δοκιμών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν:

- Σε υγιείς γυναίκες, οι οποίες όμως είχαν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού και στις οποίες δινόταν ταμοξιφαίνη για σκοπούς πρόληψης, παρατηρήθηκε 38% μείωση της συχνότητας εκδήλωσης νέων καρκίνων μαστού
- Σε γυναίκες που είχαν ήδη παρουσιάσει καρκίνο μαστού και στις οποίες χορηγήθηκε ταμοξιφαίνη για σκοπούς πρόληψης, παρατηρήθηκε 46% μείωση της συχνότητας εκδήλωσης καρκίνου στον άλλο μαστό
- Η ταμοξιφαίνη ήταν αποτελεσματική μόνο στους καρκίνους του μαστού που είχαν υποδοχείς για την ορμόνη οιστρογόνο. Οι γυναίκες που είχαν εκδηλώσει ένα πρώτο καρκίνο του μαστού ο οποίος δεν παρουσίαζε υποδοχείς για το οιστρογόνο, δεν είχαν κανένα ευεργετικό αποτέλεσμα από τη χορήγηση της ταμοξιφαίνης
- Τα πρώτα αποτελέσματα με τη χρήση ενός νέου φαρμάκου, της ραλοξιφαίνης, έδειξαν καλύτερη ανταπόκριση με μείωση κατά 64% του κινδύνου για καρκίνο του μαστού. Παράλληλα οι παρενέργειες με το φάρμακο αυτό ήσαν λιγότερες σε σύγκριση με την ταμοξιφαίνη

Το πρόβλημα που παραμένει με την ταμοξιφαίνη είναι οι σοβαρές παρενέργειες που έχει. Το φάρμακο αυτό αυξάνει την πηκτικότητα του αίματος και δημιουργεί τον κίνδυνο πνευμονικής εμβολής. Επιπρόσθετα αυξάνει τον κίνδυνο για εκδήλωση καρκίνου του ενδομητρίου.

Στην έρευνα των Άγγλων γιατρών βρέθηκε ότι η ταμοξιφαίνη διπλασιάζει τον κίνδυνο για παθήσεις λόγω αύξησης της πηκτικότητας και για καρκίνο του ενδομητρίου της μήτρας.

Νέα φάρμακα όπως η ραλοξιφαίνη και το αναστροζόλ, μειώνουν σύμφωνα με τις πρώτες ενδείξεις τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού σε ποσοστά από 64% έως 70% και με λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Χρειάζεται όμως προσοχή για τα φάρμακα αυτά, διότι πρόκειται για τις ενδείξεις που προκύπτουν από τις πρώτες έρευνες και χρειάζονται και άλλες κλινικές δοκιμές για να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια τους.

Αναμφίβολα οι έρευνες μέχρι τώρα δείχνουν ότι η ταμοξιφαίνη μπορεί να μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού σε γυναίκες που παρουσίασαν ένα πρώτο καρκίνο μαστού, θετικό για υποδοχείς οιστρογόνου.

Χρειάζονται τώρα νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις για καρκίνους μαστού που είναι αρνητικοί για υποδοχείς οιστρογόνου.

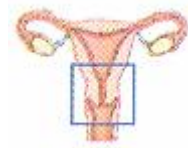
Επιπρόσθετα πρέπει να βρεθούν τρόποι για να ξεπεραστούν οι παρενέργειες που υπάρχουν λόγω χορήγησης της ταμοξιφαίνης.

Η αξιολόγηση των νέων φαρμάκων όπως η ραλοξιφαίνη και οι αναστολείς της αρωματάσης, πιθανόν να μας προσφέρουν νέες προληπτικές θεραπείες με λιγότερους κινδύνους.

Η ταμοξιφαίνη δεν μπορεί ακόμη σήμερα να συστηθεί σαν προληπτικός παράγοντας εκτός ίσως για γυναίκες που έχουν πολύ ψηλό κίνδυνο για να εκδηλώσουν καρκίνο του μαστού και με χαμηλό κίνδυνο για παρενέργειες από το φάρμακο.

Είναι πολύ σημαντικό να παρακολουθούμε τα αποτελέσματα των κλινικών θεραπευτικών δοκιμών που εξελίσσονται τώρα για τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (ταμοξιφαίνη, ραλοξιφαίνη, αναστροζόλ, αναστολείς της αρωματάσης) για να μπορέσουμε να καταλήξουμε στην ιδανική λύση πρόληψης καρκίνου του μαστού.

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας



Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τρίτος πιο συχνός καρκίνος παγκοσμίως μετά τον καρκίνο του μαστού και του εντέρου.

Η μόλυνση με τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (Human Papilloma Virus-HPV) είναι το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα και η κύρια αιτία ανάπτυξής του. Υπάρχουν περισσότεροι από 100 τύποι του ιού αυτού και υπολογίζεται ότι **περίπου το 80% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών έρχονται σε επαφή με τον ιό, τουλάχιστον μια φορά στην ζωή τους.**

Αν και οι περισσότερες γυναίκες αναπτύσσουν αντισώματα και καταπολεμούν τις εκδηλώσεις της HPV λοίμωξης, ο ιός μπορεί να παραμείνει στο 20-30% των γυναικών και να δημιουργήσει προκαρκινικές βλάβες. Το 1% αυτών των βλαβών μπορεί να εξελιχθεί σε καρκίνο, αρκετά χρόνια μετά την αρχική μόλυνση με HPV, αν δεν διαγνωσθεί έγκαιρα.²³

Αίτια

Το αίτιο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν είναι σαφές, υπάρχουν όμως μαρτυρίες ότι οι αλλαγές στα κύτταρα του τραχήλου συνδέονται με τους τύπους του ιού HPV(Ιός ανθρωπίνου σαρκώματος) που προκαλούν τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων.

Ο ιός μεταδίδεται μέσω συνουσίας χωρίς λήψη προφυλακτικών μέτρων, και ο κίνδυνος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αυξάνεται εάν έχετε σεξουαλικές επαφές χωρίς μέτρα προφύλαξης από νεαρή ηλικία ή με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους.

Το κάπνισμα αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου για καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Γυναίκες με ελαττωμένη ανοσοποιητική ικανότητα ή οι οποίες χρησιμοποιούν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα εμφανίζουν αυξημένο βαθμό κινδύνου να αναπτύξουν καρκίνο τραχήλου της μήτρας.²³

Πρόληψη

Όλες οι γυναίκες μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας και το αργότερο μέχρι το 25^ο έτος της ηλικίας τους, θα πρέπει να επισκέπτονται μία φορά το χρόνο τον γυναικολόγο τους, να υποβάλλονται σε πλήρη γυναικολογικό έλεγχο και ειδικά στο τεστ Παπανικολάου που είναι μια απλή, ανώδυνη και αναίμακτη εξέταση.

Με την κυτταρολογική εξέταση μπορεί να διαγνωστούν προκαρκινικές αλλαγές και δυσπλασίες πολύ πριν αυτές γίνουν καρκίνος. Υπολογίζεται ότι μόνο το 15-20% των Ελληνίδων υποβάλλονται τακτικά σε τεστ Παπανικολάου.²³

Διαγνωστικές εξετάσεις

Υγρά από βρογχικές, μητριάιες, τραχηλικές, ουρηθραίες, και ορθικές περιοχές μπορεί να περιέχουν καρκινώδη κύτταρα. Τέτοια υγρά μπορεί να ληφθούν ως δείγματα, με μια σειρά τρόπων, για μικροσκοπική εξέταση. Το δείγμα συνήθως αλείφεται σε μια αντικειμενοφόρο πλάκα, χρωματίζεται με μια μέθοδο, που προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Δρ. Παπανικολάου το 1942, και η έρευνα μελετήθηκε για την παρουσία καρκινωδών κυττάρων. Η τεχνική του τεστ Παπανικολάου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση του καρκίνου σε βρογχικές, μητριάιες, ουρηθραίες και ορθικές περιοχές, όμως, συνήθως, χρησιμοποιείται για τη διάγνωση των τραχηλικών καρκίνων.¹⁹

Εάν το τεστ δείξει παρουσία ανώμαλων κυττάρων μπορεί να γίνει κολποσκόπηση για να εξεταστεί οπτικοαπεικονιστικά ο τράχηλος της μήτρας μέσω ενός ειδικού μεγεθυντικού εργαλείου(κολποσκόπιο) και να ελεγχθούν οι περιοχές που εμφανίζουν ανωμαλία. Ένα μικρό δείγμα ιστού από τον τράχηλο θα ληφθεί κατά τη διάρκεια της κολποσκόπησης και θα εξεταστεί μικροσκοπικά για παρουσία καρκινικών κυττάρων. Εάν διαγνωσθεί καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, μπορεί να γίνουν περαιτέρω εξετάσεις για να διαπιστωθεί αν έχει επεκταθεί σε άλλα όργανα του σώματος.

Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν ακτινογραφία θώρακα ή μαγνητική τομογραφία θώρακα για να ελεγχθούν οι πνεύμονες καθώς και αιματολογικά τεστ και αξονική τομογραφία κοιλίας για να αξιολογηθεί η λειτουργία του ήπατος.¹¹

Τεστ Παπανικολάου

Το τεστ Παπανικολάου δεν πρέπει να γίνεται όταν η γυναίκα έχει την μηνιαία αιμορραγία(περίοδο). Η καλύτερη φάση του κύκλου είναι το διάστημα μεταξύ 10^{ης} και 20^{ης} ημέρας. Επίσης, καλό είναι να αποφεύγεται η κολπική πλύση και χρήση ταμπόν ή άλλων κολπικών φαρμάκων τουλάχιστον για 48 ώρες πριν την εξέταση.

Το τεστ Παπανικολάου όμως δεν μπορεί να διαγνώσει όλους τους καρκίνους των γεννητικών οργάνων. Υπάρχουν ακόμη ο καρκίνος των ωοθηκών, του ενδομητρίου, του αιδοίου και του κόλπου. Για το λόγο αυτό, **κάθε γυναίκα θα πρέπει να υποβάλλεται σε πλήρη γυναικολογικό έλεγχο μία φορά το χρόνο.** Οη γυναικολόγος της μπορεί να συστήσει και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις, όπως το διακολπικό υπερηχογράφημα.²³

Σημάδια κινδύνου

Εκτός του τακτικού ελέγχου, μια γυναίκα πρέπει να απευθυνθεί άμεσα στο γυναικολόγο αν παρουσιάσει κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Αιμορραγία εκτός περιόδου ή μετά την εμμηνόπαυση
- Αιμορραγία μετά την σεξουαλική επαφή
- Άφθονα και δύσοσμα κολπικά υγρά
- Ξαφνική και γρήγορη διόγκωση της κοιλιάς, που μπορεί να συνοδεύεται από μη ειδικά συμπτώματα όπως ναυτία, έμετο, συχνουρία ή πόνο
- Έντονος κνησμός στα γεννητικά όργανα, πάχυνση και σκλήρυνση του δέρματος ή εμφάνιση μιας ελκωτικής μάζας και αιμορραγίας στην περιοχή του αιδοίου²⁴

Πρόσφατες εξελίξεις

Εμβόλιο κατά του τραχήλου της μήτρας γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές, οι οποίες ακόμη δεν έχουν μολυνθεί από τον ιό HPV που προκαλεί

τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, η χορήγηση του εμβολίου κατά του εν λόγω ιού, θα μπορούσε να μειώνει δραστικά τον αριθμό των νέων προκαρκινικών βλαβών και καρκίνων του τραχήλου της μήτρας που προκαλούνται από τους ιούς HPV 16 και 18.

Οι ιοί HPV 16 και 18, ευθύνονται για περίπου 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το εμβόλιο Gardasil προσφέρει προστατευτική ανοσία κατά των ιών HPV 16 και 18 που προκαλούν προκαρκινικές αλλοιώσεις και καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Επίσης προσφέρει ψηλό βαθμό προστασίας κατά των ιών HPV 6 και 11 που προκαλούν μαζί πέραν του 90% όλων των περιπτώσεων κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων. Οι 4 τύποι των ιών HPV, ευθύνονται για μεγάλο αριθμό παθολογικών τεστ Παπανικολάου και χαμηλού βαθμού βλάβες του τραχήλου.

Στη μεγαλύτερη έρευνα που έγινε ποτέ για την αποτελεσματικότητα του Gardasil, οι ερευνητές συνδύασαν και ανάλυσαν τα δεδομένα από 4 τυχαιοποιημένες θεραπευτικές δοκιμές στις οποίες συμμετείχαν 20.583 γυναίκες, ηλικίας 15 έως 26 ετών από πέραν των 24 χωρών της Ευρώπης, Βορείου Αμερικής, Λατινικής Αμερικής και Ασίας. Οι συμμετέχουσες, με τυχαίο τρόπο κατανέμονταν στο να λάβουν το εμβόλιο ή ένα πλασέμπο (εικονικό εμβόλιο). Η διάρκεια παρακολούθησης ήταν 3 χρόνια.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προφυλακτική χορήγηση του εμβολίου ήταν εξαιρετικά αποτελεσματική στην πρόληψη των προκαρκινικών αλλοιώσεων που προκαλούν οι ιοί HPV στον τράχηλο της μήτρας.

Η αποτελεσματικότητα στην πρόληψη των προκαρκινικών τραχηλικών βλαβών ήταν της τάξης του 99%. Βρέθηκε ότι το εμβόλιο προσφέρει πολύ ψηλή προστασία από σοβαρές ασθένειες που σχετίζονται με τους ιούς HPV, σε γυναίκες που δεν είχαν εκτεθεί πριν από το εμβόλιο σε ιούς που αντιμετωπίζονται από το εμβόλιο.

Χάρης στην έρευνα αυτή και προηγούμενες εργασίες, αποδεικνύεται επιπρόσθετα ότι το εν λόγω εμβόλιο προστατεύει και από 3 άλλους σπάνιους καρκίνους (αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου, καρκίνο του κόλπου και καρκίνο του αιδοίου) που προκαλούνται από τους ιούς HPV.

Σύμφωνα με υπολογισμούς από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (CDC) των Ηνωμένων Πολιτειών, περισσότεροι από 20 εκατομμύρια άνδρες και γυναίκες,

είναι μολυσμένοι με ιό HPV. Επιπρόσθετα κάθε χρόνο καταγράφονται περισσότερες από 6 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις μολύνσεων με τον εν λόγω ιό, γεγονός που καθιστά τη νόσο τη συχνότερη μόλυνση που μεταδίδεται από το σεξ στη χώρα.

Βασικά, θα μπορούσε να λεχθεί ότι σχεδόν όλοι οι άνθρωποι με ενεργό σεξουαλική ζωή, θα εκτεθούν σε κάποια φάση της ζωής τους στον ιό HPV. Στους περισσότερους δεν προκαλεί επιπλοκές και φεύγει από μόνος του. Ωστόσο σε αριθμό περιπτώσεων μολύνσεων με ψηλού κινδύνου τύπους του ιού HPV, εάν δεν γίνει η κατάλληλη αντιμετώπιση, είναι δυνατό να προκληθεί καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.

Οι ασθενείς που θα αναπτύξουν καρκίνο τραχήλου μήτρας, παρουσιάζουν από πριν προκαρκινικές αλλοιώσεις στον τράχηλο. Το εμβόλιο Gardasil βρέθηκε στη μεγάλη αυτή έρευνα ότι είναι σε θέση να προλαμβάνει το 99% των περιπτώσεων με προκαρκινικές βλάβες.

Το εμβόλιο εγκρίθηκε για χορήγηση σε κορίτσια και γυναίκες καλύπτοντας τις ηλικίες από 9 έως 26 ετών. Το γεγονός της χορήγησης εμβολίου για πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου σε κορίτσια πριν από την εφηβική ηλικία, δημιούργησε κάποιες αντιδράσεις. Όμως οι ειδικοί δηλώνουν ότι το ανοσολογικό σύστημα των κοριτσιών και νεαρών γυναικών, αντιδρά πολύ καλά στο εμβόλιο και έτσι αυξάνει την προστασία τους από τον καρκινογόνο ιό.

Συνοπτικά, βλέπουμε ότι ο εμβολιασμός σε μεγάλη κλίμακα και η ανίχνευση με το τεστ Παπανικολάου των προκαρκινικών καταστάσεων του τραχήλου της μήτρας, θα μειώσει δραματικά τη μάζιγα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και άλλων ασθενειών που σχετίζονται με τον ιό HPV.¹⁴

Κύριες καρδιαγγειακές διαταραχές

Αρτηριοσκλήρωση

Είναι η συσσώρευση χοληστερίνης και άλλων λιπαρών ουσιών στα τοιχώματα των αρτηριών που προκαλούν τη στένωσή τους. Η κατάσταση μπορεί να προσβάλλει τις αρτηρίες σε οποιαδήποτε περιοχή του σώματος και είναι η κύρια αιτία εγκεφαλικού, καρδιακής προσβολής και κακής κυκλοφορίας στα πόδια. Η αρτηριοσκλήρωση είναι

πιο κοινή στις Η.Π.Α και τη Β. Ευρώπη παρά στις αναπτυσσόμενες χώρες της Αφρικής και της Ασίας.

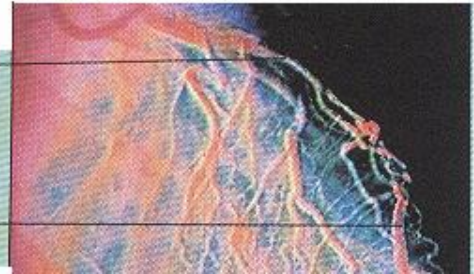
Η διαταραχή σπάνια προκαλεί συμπτώματα μέχρι την ηλικία των 45-50 και πολλοί δεν ξέρουν πως έχουν αρτηροσκλήρωση μέχρι να υποστούν μια καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό.²⁵

Αίτια

Ο κίνδυνος να εμφανιστεί

Περιοχή
στενώσης της
στεφανιαίας
αρτηρίας

Φυσιολογική
στεφανιαία
αρτηρία



αρτηροσκλήρωση καθορίζεται κατά μεγάλο μέρος από το επίπεδο χοληστερίνης στο αίμα, η οποία εξαρτάται από διαιτητικούς και γενετικούς παράγοντες. Επειδή τα επίπεδα χοληστερίνης έχουν σχέση με τη διατροφή, η αρτηροσκλήρωση είναι πιο κοινή στις Δυτικές χώρες όπου οι άνθρωποι ακολουθούν μια διατροφή υψηλή σε λιπαρά.

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση αρτηροσκλήρωσης είναι κατά πάσα πιθανότητα το κάπνισμα και η έλλειψη τακτικής άσκησης, η υψηλή πίεση του αίματος και η παχυσαρκία, ιδιαίτερα όταν υπάρχει συσσώρευση λίπους γύρω από τη μέση.²⁵

Διαγνωστικές εξετάσεις

Επειδή η αρτηροσκλήρωση δεν έχει συμπτώματα μέχρι να εμποδιστεί η ροή του αίματος είναι σημαντικό να γίνονται εξετάσεις αποκλεισμού για τη διαταραχή πριν προχωρήσει σε βαθμό που να βλάψει κάποιο όργανο.

Σύμφωνα με τις τελευταίες συστάσεις, όλοι οι ενήλικοι θα πρέπει να ελέγχουν τα επίπεδα χοληστερίνης κατά διαστήματα τουλάχιστον 5 ετών μετά την ηλικία των 20.

Η ροή του αίματος στα προσβεβλημένα αιμοφόρα αγγεία μπορεί να γίνει εμφανής με υπερηχογράφημα Doppler ή αγγειογραφία της στεφανιαίας. Αν οι στεφανιαίες αρτηρίες έχουν προσβληθεί, τότε μπορεί να γίνει ένα Η.Κ.Γ προκειμένου να ελέγξει την ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς, και εξετάσεις όπως η αγγειογραφία ή το ραδιοπυρηνογράφημα, μέσω των οποίων μπορεί να παρακολουθήσει την παροχή αίματος στην καρδιά.²⁵

Πρόληψη

Η καλύτερη θεραπεία της αρτιοσκλήρωσης είναι η πρόληψη. Τα προληπτικά μέτρα περιλαμβάνουν έναν υγιή τρόπο ζωής, με διατροφή χαμηλή σε λιπαρά, όχι κάπνισμα, τακτική άσκηση και διατήρηση του συστηνόμενου βάρους για το ύψος σας. Τα μέτρα αυτά οδηγούν σε χαμηλότερο από το μέσο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής αρτιοσκλήρωσης.²⁵

Υπέρταση

Είναι η αυξημένη συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση του αίματος, που συνοδεύεται από φυσιολογική καρδιακή παροχή και γενική αύξηση των περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων. Για να χαρακτηριστεί ένα άτομο υπέρτασικό πρέπει η αύξηση της αρτηριακής πίεσεως του αίματος να αφορά τη διαστολική.

Τα ανώτερα όρια της φυσιολογικής συστολικής αρτηριακής πίεσεως κυμαίνονται ανάλογα με την ηλικία. Για την ηλικία των 20 ετών το όριο είναι 140 mm Hg, για την ηλικία των 40 ετών 150 mm Hg και για την ηλικία των 60 ετών 170 mm Hg. Για τη διαστολική πίεση, ως ανώτερο φυσιολογικό όριο για τα άτομα μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας θεωρούνται 100 mm Hg.

Η υπέρταση διακρίνεται σε:

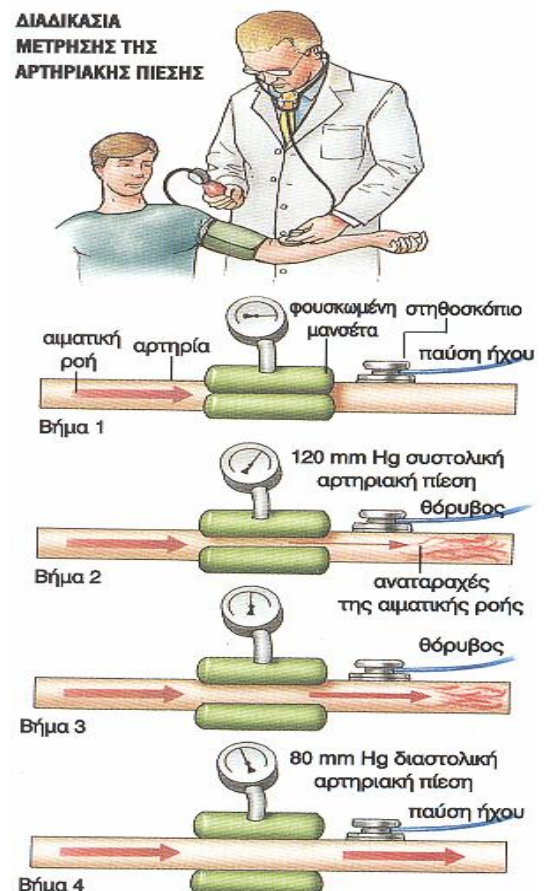
Ιδιοπαθή ή πρωτοπαθή, της οποίας η αιτιολογία είναι συνήθως άγνωστη και αποτελεί το 90% περίπου των περιπτώσεων της υπερέτασης και

Δευτεροπαθή, της οποίας η αιτιολογία είναι γνωστή

Ανάλογα με τη σοβαρότητα της υπερέτασης, η υπέρταση διαιρείται σε:

- Ήπια μορφή
- Βαριά μορφή
- Μέτρια κακοήθης μορφή
- Κακοήθης μορφή²⁵

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

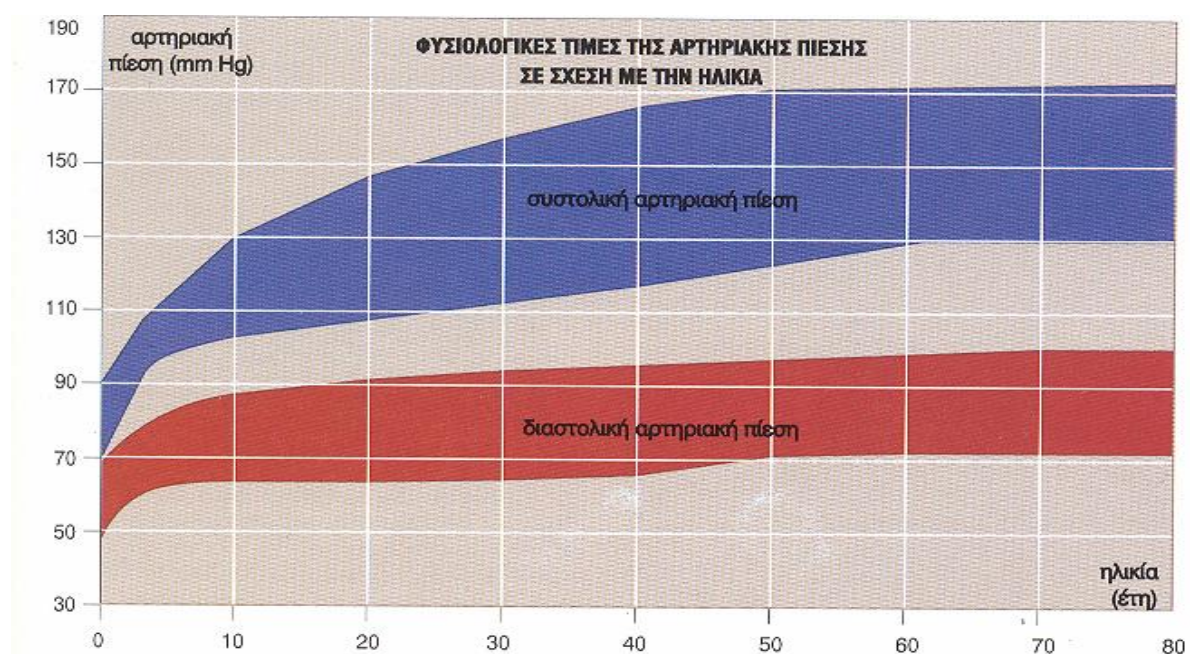


Αίτια

Σχεδόν 9 στα 10 άτομα με υπέρταση δεν εμφανίζουν προφανή αίτια της κατάστασης. Παρ' όλο αυτά, τόσο ο τρόπος ζωής, όσο και οι παράγοντες κληρονομικότητας πιθανόν να συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Η κατάσταση αυτή είναι πιο κοινή στα άτομα μέσης ηλικίας και τους ηλικιωμένους, γιατί οι αρτηρίες γίνονται πιο ανελαστικές με την πάροδο της ηλικίας. Η υψηλή πίεση του αίματος είναι επίσης πιο κοινή στους άνδρες. Οι παχύσαρκοι ή αυτοί που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες οιοπνεύματος έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν υπέρταση, ενώ το στρες επιβαρύνει την κατάσταση. Η υπέρταση άρα εμφανίζεται πιο συχνά στις ανεπτυγμένες χώρες. Η κατάσταση είναι σπάνια σε χώρες που έχουν διατροφή χαμηλή σε αλάτι, δηλώνοντας ότι το αλάτι μπορεί να είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει. Η τάση να εμφανίσει κανείς υπέρταση μπορεί να είναι κληρονομική, πιο κοινή δε ανάμεσα σε Αφροαμερικανούς.

Σ' ένα μικρό ποσοστό των επιπτώσεων ανακαλύπτεται μία αιτία που προκαλεί την υπέρταση, όπως νεφρική ασθένεια ή ορμονική διαταραχή(π.χ σύνδρομο Cushing). Μερικά φάρμακα όπως τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά που λαμβάνονται από το στόμα και τα κορτικοστεροειδή μπορεί να προκαλέσουν υπέρταση.

Στις εγκύους η υπέρταση μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση καταστάσεων που ίσως απειλήσουν τη ζωή, όπως η προεκλαμψία και η εκλαμψία. Η πίεση του αίματος συνήθως βρίσκεται στα φυσιολογικά επίπεδα μετά τον τοκετό.¹¹



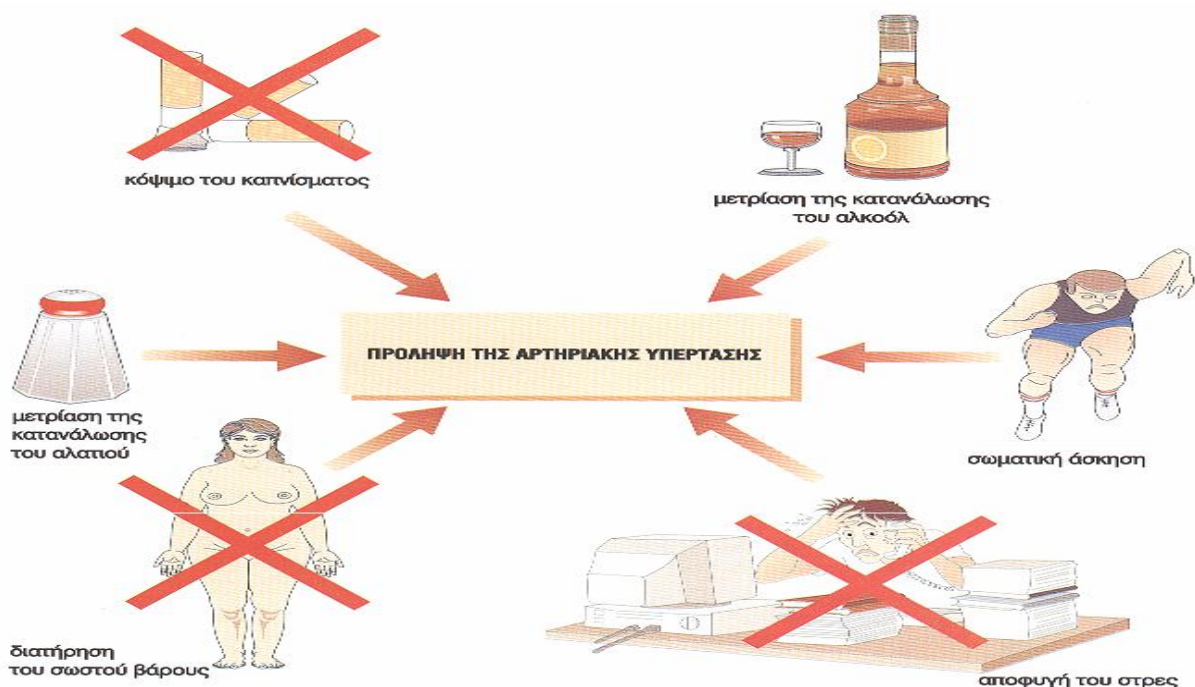
Διαγνωστικές εξετάσεις

Είναι σημαντικό να μετράτε την πίεσή σας τουλάχιστον κάθε 2 χρόνια μετά την ηλικία των 18 ετών. Μερικά άτομα νιώθουν άγχος όταν επισκέπτονται το γιατρό και αυτό μπορεί να προκαλέσει προσωρινή άνοδο της πίεσης του αίματος. Επομένως η διάγνωση της υπέρτασης δε γίνεται συνήθως, εκτός αν παρουσιάσετε αυξημένα επίπεδα πίεσης του αίματος σε τρεις διαφορετικές περιπτώσεις. Εάν οι μετρήσεις είναι μεταβλητές, ο γιατρός θα σας συστήσει να έχετε μαζί σας μια κινητή συσκευή ώστε να μπορείτε να μετράτε την πίεση του αίματός σας τακτικά στο σπίτι.

Εάν έχετε υπέρταση, μπορούν να γίνουν τεστ ελέγχου βλάβης των οργάνων. Οι έλεγχοι για τη βλάβη της καρδιάς συμπεριλαμβάνουν ηχοκαρδιογράφημα ή ηλεκτροκαρδιογράφημα. Μπορεί επίσης να εξετάσετε τα μάτια σας προκειμένου να εντοπίσει αιμοφόρα αγγεία που έχουν υποστεί βλάβη. Ίσως κάνετε εξετάσεις για τον εντοπισμό της ύπαρξης άλλων παραγόντων, όπως υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα, που πιθανόν να αυξήσουν τον κίνδυνο μιας καρδιακής προσβολής.

Εάν είστε νέος ή έχετε οξεία υπέρταση, ο γιατρός μπορεί να συστήσει τεστ προκειμένου να εντοπίσει τις υποβόσκουσες αιτίες. Για παράδειγμα οι εξετάσεις ούρων και αίματος και το υπερηχογράφημα μπορούν να εντοπίσουν ασθένειες των νεφρών ή κάποια ορμονική διαταραχή.²⁶

Πρόληψη και μέτρα εναντίον της ψηλής πίεσης.



Η υψηλή πίεση είναι ένας πολύ σοβαρός κίνδυνος για την υγεία και έχει χαρακτηριστεί από ορισμένους σαν ο σιωπηλός δολοφόνος.

Όταν η αρτηριακή πίεση είναι ψηλή η καρδιά πρέπει να εργάζεται σκληρότερα απ' ότι θα έπρεπε για να αποστέλλει το αίμα σε όλα τα μέρη του σώματος.

Εάν η ψηλή αρτηριακή πίεση δεν αντιμετωπισθεί σωστά τότε αυξάνονται οι κίνδυνοι για:

- εγκεφαλικά επεισόδια
- καρδιακή προσβολή
- προβλήματα στους νεφρούς
- προβλήματα στα μάτια
- θάνατο

Η δική μας συμπεριφορά και τα μέτρα που θα πάρουμε μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά στην πρόληψη της αρτηριακής υπέρτασης.

Οι πιο κάτω ενέργειές μπορούν να προλάβουν αποτελεσματικά τη ψηλή αρτηριακή πίεση:

1. Προσπαθήστε να έχετε ένα κανονικό βάρος για το ύψος σας. Δεν πρέπει να κερδίσετε περιττά κιλά και πρέπει να αποβάλετε κιλά εάν είστε υπέρβαροι. Η απώλεια κιλών πρέπει να γίνεται με αργό ρυθμό, γύρω στο μισό κιλό την εβδομάδα, μέχρι που να φτάσετε σε ένα υγιές βάρος για το ύψος σας.
2. Πρέπει καθημερινά να εξασκείστε. Οποιαδήποτε δραστηριότητα όπως το περπάτημα, ο χορός, ο αθλητισμός ή οτιδήποτε άλλο σας αρέσει είναι ωφέλιμα φτάνει να κάνετε σωματική εξάσκηση
3. Να χρησιμοποιείτε λιγότερο άλας και νάτριο στο μαγείρεμα. Να αγοράζετε τρόφιμα χωρίς ή χαμηλής περιεκτικότητας σε άλας. Είναι χρήσιμο να φύγετε την αλατιέρα από το τραπέζι
4. Μειώστε την κατανάλωση αλκοόλ. Οι άντρες που πίνουν δεν θα πρέπει να παίρνουν περισσότερα από ένα έως δύο ποτά την ημέρα. Οι γυναίκες που πίνουν δεν θα πρέπει να πίνουν περισσότερο από ένα ποτό την ημέρα. Οι γυναίκες που είναι έγκυοι δεν πρέπει να πίνουν αλκοόλ.

Εάν έχει γίνει η διάγνωση και πράγματι πάσχετε από ψηλή πίεση τότε να μην αποθαρρύνεστε και πρέπει να πάρετε αποτελεσματικά μέτρα για την σταθεροποίηση και μείωση της.

Τα πιο κάτω μέτρα μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση της ψηλής αρτηριακής πίεσης:

- να διατηρήσετε ένα κανονικό βάρος
- να εξασκείστε καθημερινά
- η διατροφή σας να περιέχει λιγότερο άλας και νάτριο
- μειώστε την κατανάλωση αλκοόλ
- να παίρνετε τα φάρμακά σας όπως ακριβώς σας έχει συμβουλευσει ο γιατρός σας
- να ελέγχετε τακτικά την πίεσή σας

Σε μια εποχή όπου το στρες, η καθιστική ζωή, η κακή διατροφή, τα περιττά κιλά και η έλλειψη σωματικής εξάσκησης γίνονται ολοένα και πιο συχνά, οι απειλές για την υγεία μας αυξάνονται.

Η ψηλή αρτηριακή πίεση, σαν ένας **σιωπηλός δολοφόνος** όπως έχει χαρακτηριστεί, προκαλεί σοβαρές βλάβες στην υγεία μας και γι' αυτό πρέπει να λαμβάνονται έγκαιρα όλα τα μέτρα για την αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπισή της.⁸

Έρευνα: Η υπέρταση τριπλασιάζει των κίνδυνο γυναικών να εμφανίσουν διαβήτη 2, υποδεικνύει νέα έρευνα της ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ.

Όπως αναφέρουν οι ερευνητές στο περιοδικό 'European Heart Journal', εξετάστηκε η υγεία 38.000 γυναικών του κλάδου Υγείας για διάστημα άνω των 10 ετών. Μετά από δέκα χρόνια, ποσοστό 9,4% των γυναικών με υψηλή αρτηριακή πίεση εμφάνισε διαβήτη, σε σύγκριση με ποσοστό 5,7% στην ομάδα με υψηλή φυσιολογική πίεση, 2,9% στην ομάδα με φυσιολογική πίεση και 1,4% στην ομάδα με την επιθυμητή πίεση.

Έχοντας λάβει υπόψη παράγοντες όπως η ηλικία, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, ο ΔΜΣ, η άσκηση και το οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, οι ερευνητές κατέληξαν ότι οι γυναίκες με υψηλή αρτηριακή πίεση είχαν τριπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν διαβήτη σε σχέση με γυναίκες που είχαν φυσιολογική αρτηριακή πίεση.

Οι ερευνητές παρατήρησαν επίσης ότι η παχυσαρκία ήταν έντονος και ανεξάρτητος παράγοντας για εμφάνιση διαβήτη 2. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι η σχέση μεταξύ αρτηριακής πίεσης και διαβήτη δεν μπορούσε να αποδοθεί μόνο στο σωματικό βάρος.

Η ερευνητική ομάδα εκτιμά ότι πιθανός μηχανισμός για τη σχέση μεταξύ αρτηριακής πίεσης και διαβήτη μπορεί να είναι η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου και να αποτελεί προπομπό της υπέρτασης και του διαβήτη. Έτσι, εκτιμούν οι ερευνητές, η πρόοδος της δυσλειτουργίας του ενδοθηλίου μπορεί να επιδεινώνει την αρτηριακή πίεση και τη γλυκόζη στο αίμα.

Το γεγονός αυτό ευθυγραμμίζεται με το ότι η υπέρταση και η γλυκόζη συμβαίνουν ταυτόχρονα σαν μέρος του μεταβολικού συνδρόμου, ενός συνδυασμού προβλημάτων υγείας που αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακού προβλήματος και διαβήτη.⁸

Χοληστερίνη

Η χοληστερόλη ή κοινώς χοληστερίνη είναι μια λιπαρή ουσία απαραίτητη στον οργανισμό, που συμμετέχει στη λειτουργία των κυττάρων και των ορμονών.

Όμως η **υπερβολική αύξηση της στο αίμα** και η εναπόθεσή της στα τοιχώματα των αρτηριών είναι επικίνδυνη, γιατί δημιουργεί **αθηρωματοσκλήρυνση**.

Ένα μεγάλο μέρος της χοληστερόλης παράγεται από τον ίδιο τον οργανισμό, στο **συκώτι**. Επιπλέον, προσλαμβάνουμε χοληστερόλη και από ορισμένα τρόφιμα, όπως τα αυγά, το κρέας, τα γαλακτοκομικά προϊόντα.

Η αύξηση της χοληστερόλης στο αίμα αποτελεί τη σημαντικότερη **αιτία** της **στεφανιαίας νόσου**, δηλαδή της **στηθάγχης** και του **εμφράγματος**. Η υπερχοληστερολαιμία μαζί με το **κάπνισμα**, την **υπέρταση** και το **σακχαρώδη διαβήτη** αποτελούν τους 4 μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο. Είναι οι τέσσερις δήμειοι της καρδιάς.

Η χοληστερόλη εναποτίθεται στα τοιχώματα των αγγείων, ιδίως των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς, σχηματίζοντας την αθηρωματική πλάκα, με συνέπεια:

- την **ελάττωση** του εύρους των αρτηριών
- τη **μείωση** της παροχής αίματος στον μυϊκό ιστό της καρδιάς,
- το **σχηματισμό θρόμβων** και αποφράξεων των στεφανιαίων αγγείων, με αποτέλεσμα την εκδήλωση εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Η χοληστερόλη μεταφέρεται στο αίμα με τη βοήθεια ενώσεων που λέγονται **λιποπρωτεΐνες**. Ορισμένες από αυτές ευνοούν το σχηματισμό της αθηρωματικής πλάκας και ανήκουν σ' αυτήν την κατηγορία που ονομάζουμε **κακή χοληστερόλη** ή **LDL-χοληστερόλη**. Άλλες δρουν **προστατευτικά**, βοηθώντας την εξαφάνιση της πλεονάζουσας χοληστερόλης μέσα στα κύτταρα, και ανήκουν στην κατηγορία που ονομάζουμε **καλή χοληστερόλη** ή **HDL-χοληστερόλη**. Οι διαταραχές της χοληστερόλης και των λιποπρωτεϊνών μπορεί να οφείλονται σε **κληρονομικούς** ή σε **διατροφικούς** παράγοντες, που είναι και οι πιο συχνοί.

Η φυσιολογική τιμή της χοληστερόλης σε άνδρες και γυναίκες είναι μέχρι **200 mg %**. Τιμές χοληστερόλης μεταξύ 200 και 250 mg % θεωρούνται οριακές, ενώ πάνω από 250mg % αυξημένες. Άτομα που η τιμή της χοληστερόλης τους ξεπερνάει τα 260mg%, έχουν 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρδιοπάθεια, απ' ό,τι άτομα με χοληστερόλη χαμηλότερη από 200mg%.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι: μια ελάττωση της ολικής χοληστερόλης κατά 1% **μειώνει τον κίνδυνο του εμφράγματος** κατά 2% μια αύξηση κατά 1% της καλής χοληστερόλης, (HDL-χοληστερόλης), μειώνει τον κίνδυνο εμφράγματος κατά 3%.

Η χοληστερόλη μπορεί να μειωθεί με την **κατάλληλη δίαιτα** και αν είναι αναγκαίο με τη χρήση ειδικών φαρμάκων. Η καλή χοληστερόλη μπορεί να αυξηθεί επίσης με την κατάλληλη δίαιτα και τη σωματική άσκηση.

Η κατάλληλη δίαιτα για τη μείωση της χοληστερόλης και τη διατήρησή της στα φυσιολογικά επίπεδα, περιλαμβάνει τα εξής:

- καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών
- συχνή κατανάλωση ψαριού, κοτόπουλου, και σπανιότερα άπαχου μοσχαριού

- όσο το δυνατόν λιγότερη κατανάλωση χοιρινού, αρνιού, κατσικιού, βοδινού
- κατανάλωση άπαχου γάλακτος και γιαουρτιού
- περιορισμένη κατανάλωση τυριού
- περιορισμένη κατανάλωση γλυκών, παγωτών και ζάχαρης
- χρησιμοποίηση ελαιολάδου στο μαγείρεμα, και όχι βουτύρου ή μαργαρίνης
- μικρή κατανάλωση αυγών, μέχρι 3 την εβδομάδα.

Και μην ξεχνάτε ότι εκτός από την κατάλληλη διατροφή, το κανονικό σωματικό βάρος και η σωματική άσκηση βοηθάνε να διατηρηθεί η χοληστερόλη σε φυσιολογικά επίπεδα.²⁷

Στηθάγχη

Είναι ο πόνος στο στήθος που συνήθως προκαλείται από κόπωση και ανακουφίζεται με την ανάπαυση.

Ο πόνος οφείλεται στην ανεπαρκή ποσότητα αίματος προς τον καρδιακό μυ. Η στηθάγχη επηρεάζει και τα 2 φύλα είναι όμως λιγότερο κοινή στις γυναίκες πριν από την ηλικία των 60, γιατί τα οιστρογόνα τις προστατεύουν ενάντια σ' αυτή. Μετά την εμμηνόπαυση οι προστατευτικές επιδράσεις των ορμονών συνήθως εξαφανίζονται.

Κατά τα τελευταία 30 χρόνια η στηθάγχη έχει γίνει όλο και λιγότερο κοινή στις ΗΠΑ και τη Δυτική Ευρώπη κυρίως γιατί οι άνθρωποι έχουν υιοθετήσει έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής.

Ταυτόχρονα η θεραπεία με φάρμακα και η χειρουργική επέμβαση έχουν βελτιώσει την πορεία της νόσου γι' αυτούς που έχουν προσβληθεί.¹¹

Αίτια

Το πιο κοινό αίτιο της στηθάγχης είναι η νόσος της στεφανιαίας αρτηρίας, μια στένωση των αρτηριών που προμηθεύουν τον καρδιακό μυ με αίμα. Η στένωση αυτή είναι συνήθως το αποτέλεσμα της συσσώρευσης λιπιδίων στο εσωτερικό των

αρτηριακών τοιχωμάτων. Η ροή του αίματος μέσα από τις αρτηρίες ίσως είναι ικανοποιητική για την καρδιά ενώ αυτή βρίσκεται σε ανάπαυση. Γίνεται όμως ελλιπής κατά τη διάρκεια κόπωσης.

Οι άνθρωποι που έχουν υψηλά επίπεδα χοληστερίνης, επίμονα υψηλή αρτηριακή ή σακχαρώδη διαβήτη αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν αρτισκλήρωση και στηθάγχη. Άλλοι παράγοντες επικινδυνότητας για τη στηθάγχη συμπεριλαμβάνουν το κάπνισμα και τη στενή συγγένεια με άτομο που πάσχει από αυτήν .

Η στηθάγχη μπορεί επίσης να προκληθεί από προσωρινό σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών, κατά τον οποίο οι αρτηρίες παρουσιάζουν στένωση για μικρό χρονικό διάστημα ή εξαιτίας βλάβης μιας βαλβίδας της καρδιάς που προκαλεί μείωση της ροής του αίματος στον καρδιακό μυ. Μια σπάνια αιτία της στηθάγχης είναι η αναιμία, κατά την οποία η ικανότητα του αίματος να μεταφέρει οξυγόνο μειώνεται. Αυτό μειώνει την παροχή οξυγόνου στην καρδιά.¹¹

Διαγνωστικές εξετάσεις



Ο γιατρός θα μετρήσει την πίεση του αίματος προκειμένου να εντοπίσει αν πάσχετε από υπέρταση. Επίσης μπορεί να σας ζητήσει εξετάσεις αίματος προκειμένου να ελέγξει την ύπαρξη αναιμίας ή αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης. Μπορεί επίσης να κάνετε ΗΚΓ για την παρακολούθηση της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς κατά τη φάση της ανάπαυσης, και τεστ κοπώσεως για να μπορεί να γίνει η σύγκριση. Το ΗΚΓ πιθανόν να μη δείξει ανωμαλίες, αν πάσχετε από στηθάγχη. Το ΗΚΓ ίσως επιβεβαιώσει πως είχατε υποστεί καρδιακή προσβολή.

Αν οι έλεγχοι δείξουν την ύπαρξη σημαντικού προβλήματος με τη ροή του αίματος στην καρδιά ίσως χρειαστεί να γίνει στεφανιαία αγγειοπλαστική, κατά την οποία χορηγείται με ένεση μια χρωστική μέσα στις στεφανιαίες αρτηρίες, έτσι ώστε οι περιοχές που έχουν υποστεί στένωση να μπορούν να εντοπισθούν σε μια ακτινογραφία.¹¹

Στεφανιαία Νόσος

Πρόληψη για την στεφανιαία νόσο ή ισχαιμική καρδιοπάθεια

Η **στεφανιαία νόσος** ή **ισχαιμική καρδιοπάθεια**, είναι μια συχνή και σοβαρή πάθηση της καρδιάς. **Οφείλεται** σε σκλήρυνση και στένωση των στεφανιαίων αγγείων, τα οποία διοχετεύουν αίμα στον καρδιακό μυ. Μπορεί να **εκδηλωθεί** είτε με τη μορφή της στηθάγχης, είτε με τη μορφή εμφράγματος.

Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις η στεφανιαία νόσος **προκαλείται** από τη σταδιακή δημιουργία της λεγόμενης αθηρωματικής πλάκας με την εναπόθεση λιπαρών ουσιών στο εσωτερικό τοίχωμα των στεφανιαίων αγγείων. Η στένωση των στεφανιαίων αρτηριών οφείλεται ακριβώς στην δημιουργία αυτής της αθηρωματικής πλάκας. Η πλήρης απόφραξη μιας στεφανιαίας αρτηρίας προκαλεί το έμφραγμα του μυοκαρδίου, που συχνά οδηγεί άμεσα σε θάνατο.

Σήμερα γνωρίζουμε τους πιο σημαντικούς παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Οι παράγοντες αυτοί, που ονομάζονται και **παράγοντες κινδύνου**, είναι:

- το κάπνισμα
- η υπέρταση

- ο σακχαρώδης διαβήτης
- η καθιστική ζωή
- η υπερχοληστερολαιμία, δηλαδή τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης ή κοινής χοληστερίνης στο αίμα

Το **κάπνισμα** αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου και αιφνίδιο θάνατο. Η στεφανιαία νόσος είναι 4 φορές πιο συχνή στους καπνιστές 15 τσιγάρων ημερησίως και πάνω, απ' ό,τι στους μη-καπνιστές.

Όσο για τη **χοληστερόλη**, όσο αυξάνονται τα επίπεδά της στο αίμα, τόσο αυξάνει και ο κίνδυνος εμφάνισης ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Ο κίνδυνος αυτός είναι 4 φορές **αρτηριακή πίεση**, ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου σε άτομα που η συστολική τους πίεση είναι πάνω από 16 είναι 2,3 φορές μεγαλύτερος, απ' ό,τι σε άτομα που βρίσκονται σε επίπεδα χαμηλότερα από 14. Ο σακχαρώδης διαβήτης διπλασιάζει τη συχνότητα της ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Τέλος η **καθιστική ζωή** αποτελεί έναν επιπρόσθετο παράγοντα κινδύνου.

Κάθε ένας από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, όμως ο συνδυασμός δύο ή περισσότερων από αυτούς τους παράγοντες είναι πολύ πιο επικίνδυνος.

Επίσης κάποιο ρόλο φαίνεται να παίζει και η κληρονομικότητα, ενώ οι άνδρες έχουν γενικά μεγαλύτερη προδιάθεση στην εμφάνιση της νόσου απ' ό,τι οι γυναίκες. Η πρόληψη της στεφανιαίας νόσου βασίζεται στον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου που αναφέρθηκαν.

Σημαντικό ρόλο παίζει η υγιεινή διατροφή και η σωματική άσκηση. Όταν η καθημερινή διατροφή βασίζεται κυρίως σε λαχανικά, φρούτα, δημητριακά, ψάρι και πουλερικά και λιγότερο σε κόκκινο κρέας, αλλαντικά και γαλακτοκομικά, ο κίνδυνος να εμφανίσει ένα άτομο υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα μειώνεται κατά πολύ.

Η διατήρηση του φυσιολογικού βάρους και η **αποφυγή της παχυσαρκίας** προστατεύει και από την υψηλή χοληστερόλη, και από την υπέρταση και από την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη. Την ίδια προστατευτική δράση ασκεί και η καθημερινή σωματική άσκηση. Επίσης η διακοπή του καπνίσματος, ή καλύτερα η εξ αρχής αποφυγή της καπνιστικής συνήθειας είναι ένας πολύ ισχυρός προστατευτικός παράγοντας απέναντι στη στεφανιαία νόσο. Λόγω της μεγάλης σημασίας της

χοληστερόλης, της υπέρτασης και του σακχαρώδη διαβήτη στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, αλλά και άλλων παθήσεων, θεωρείται σήμερα σημαντικό να ελέγχονται συστηματικά οι παράγοντες αυτοί σε όλους τους ενήλικες και των δύο φύλων, με περιοδικές προληπτικές εξετάσεις. Έτσι μπορούμε να ανακαλύψουμε έγκαιρα τους παράγοντες αυτούς και να τους αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά με την κατάλληλη δίαιτα και σε ορισμένες περιπτώσεις και με φαρμακευτική αγωγή.

Ο έλεγχος των παραγόντων κινδύνου που αναφέρθηκαν, έχει μεγάλη σημασία όχι μόνο στα άτομα που δεν έχουν αναπτύξει ακόμη την στεφανιαία νόσο, αλλά και στα άτομα που ήδη πάσχουν από αυτήν, ακόμη και σε όσους έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση (by pass).

Ελέγχοντας τους παράγοντες αυτούς μειώνουμε σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών της νόσου και κυρίως τον κίνδυνο εκδήλωσης ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου.²⁸

Μεταβολικές διαταραχές

Σακχαρώδης Διαβήτης

Είναι η κλινική συνδρομή που οφείλεται στην μερική ή ολική έλλειψη της ινσουλίνης. Περίπου το 1% του παγκρέατος αποτελείται από τα νησίδια του Langerhans τα οποία περιέχουν διάφορα κύτταρα όπως τα α-κύτταρα τα οποία παράγουν την ορμόνη γλυκαγόνη όπως επίσης και τα β-κύτταρα τα οποία παράγουν την ινσουλίνη.

Η ινσουλίνη ασκεί τις ακόλουθες επιδράσεις:

- Ευνοεί το μεταβολισμό της γλυκόζης μέσα στο κύτταρο
- Αναστέλλει την υπερπαραγωγή της γλυκόζης από το ήπαρ
- Ευνοεί τη μεταφορά της γλυκόζης αλλά και άλλων ουσιών δια μέσου της κυτταρικής μεμβράνης. Φυσιολογικά η τιμή του σακχάρου του αίματος είναι 80-110 mg/100 ml.²⁹



Παράγοντες που ευνοούν τη δημιουργία σακχαρώδη διαβήτη

Στους παράγοντες αυτούς υπάγονται:

- **Η κληρονομικότητα:** Εάν ένας από τους δύο γονείς είναι διαβητικός τότε η πιθανότητα για τους απογόνους να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη είναι 7%. Εάν όμως είναι και οι δύο γονείς είναι διαβητικοί τότε το ποσοστό ανέρχεται στο 25%.
- **Η διαίτα:** Η πολυφαγία και η παχυσαρκία ευνοούν τη δημιουργία σακχαρώδη διαβήτη.
- **Η εγκυμοσύνη:** Αυτή προκαλεί κατάσταση stress στα β-κύτταρα και ευνοεί την σακχαρώδη διαβήτη.
- **Τα φάρμακα:** Συνήθως τα διουρητικά και η κορτιζόνη.
- **Παθολογικές καταστάσεις:** όπως υπερθυρεοειδισμός, καρκίνωμα του παγκρέατος, παγκρεατίτιδα, κυστική ίνωση, παγκρεατεκτομή, ακρομεγαλία.³⁰

Διαγνωστικές εξετάσεις

Αρχικά θα ζητηθεί δείγμα ούρων για να ελεγχθούν οι τιμές γλυκόζης στα ούρα. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται από ανάλυση αίματος για να διαπιστωθεί η παρουσία υψηλής τιμής γλυκόζης στο αίμα. Εάν οι τιμές είναι οριακές, πιθανόν να επαναληφθεί σε δεύτερο αιματολογικό τεστ με δείγμα αίματος το οποίο λαμβάνεται νωρίς το πρωί, αποφεύγοντας οποιαδήποτε λήψη τροφής από το βράδυ της προηγούμενης.³⁰

Πρόληψη σακχαρώδη διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, αυτός δηλαδή που εμφανίζεται κυρίως στους ενήλικες, παρουσιάζει σημαντική και ανησυχητική αύξηση παγκοσμίως.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, με την έλλειψη σωματικής άσκησης, το έντονο και συνεχές στρες, την υπερφαγία και την παχυσαρκία που συνοδεύουν την καθιστική ζωή που τείνουμε να έχουμε, ευνοούν την εκδήλωση της σοβαρής και χρόνιας ασθένειας του διαβήτη. Εκείνο το οποίο απασχολεί έντονα κατά τα τελευταία χρόνια

τους γιατρούς και ερευνητές είναι να βρεθούν τρόποι αποτελεσματικής πρόληψης της παγκόσμιας αυτής μάστιγας. Ο διαβήτης με τις επιπλοκές του, που σταδιακά εγκαθίστανται, είναι από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας, αναπηρίας και θνησιμότητας.³¹

Μια σημαντική προσπάθεια προς την κατεύθυνση της αναγνώρισης και εφαρμογής προληπτικών μέτρων εναντίον του διαβήτη μας έρχεται από τις Σκανδιναβικές χώρες και συγκεκριμένα από τη Φινλανδία.

Οι Φιλανδοί γιατροί συμπεριέλαβαν στη μελέτη τους 522 μεσήλικα υπέρβαρα άτομα. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 55 ετών, 172 ήταν άνδρες, 350 ήταν γυναίκες. Όλοι τους είχαν διαταραγμένη καμπύλη ανοχής στη γλυκόζη.⁸

Η καμπύλη ανοχής στη γλυκόζη είναι ένα τεστ που γίνεται για να φανεί πως αντιδρά ο οργανισμός στη γλυκόζη. Δίνεται στον ασθενή να πει ένα διάλυμα που περιέχει 75 γραμμάρια γλυκόζης και μέσα σε 2 ώρες γίνονται διαδοχικές μετρήσεις του σακχάρου αίματος.

Τα άτομα τα οποία έχουν διαταραγμένη καμπύλη ανοχής στη γλυκόζη και τα άτομα που έχουν επίπεδα σακχάρου αίματος νηστείας στα ανώτερα φυσιολογικά επίπεδα έχουν προδιάθεση στο να παρουσιάσουν διαβήτη.

Στη μελέτη τους οι Φιλανδοί γιατροί χώρισαν με τυχαία κατανομή τους ασθενείς τους σε 2 ομάδες. Στην πρώτη ομάδα έκαναν συστηματικά εξατομικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις με θέματα που αφορούσαν τον τρόπο ζωής. Στη δεύτερη ομάδα δεν έκαναν παρέμβαση.³¹

Στην ομάδα που έκαναν παρεμβάσεις έδιναν συστηματικές συμβουλές και παρακολούθηση που αφορούσαν τα εξής:

- τρόπους μείωσης του βάρους
- τρόπους μείωσης στη διατροφή του ολικού λίπους και μείωσης των κεκορεσμένων λιπιδίων
- τρόπους αύξησης των φυτικών ινών μέσα στη διατροφή
- τρόπους αύξησης της σωματικής άσκησης

Για να μπορέσουν να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα της μεθόδου αυτής, οι γιατροί έκαναν και στις 2 ομάδες των συμμετεχόντων, τεστ με καμπύλες ανοχής στη γλυκόζη όπως έχουμε περιγράψει πιο πάνω. Σε περίπτωση που εκδηλωνόταν σε κάποιο διαβήτη αυτό επιβεβαιωνόταν και με δεύτερο τεστ. Παρακολούθησαν τους ασθενείς αυτούς κατά μέσο όρο 3,2 χρόνια. **Τα αποτελέσματά τους είναι εντυπωσιακά και μιλούν από μόνα τους:**

- στην ομάδα στην οποία έκαναν τις παρεμβάσεις που αναφέραμε πιο πάνω, ο κίνδυνος να παρουσιάσουν διαβήτη μειώθηκε κατά 58%, το οποίο είναι στατιστικώς σημαντικό
- η απώλεια βάρους σε κιλά, στην ομάδα με την θεραπευτική παρέμβαση, ήταν 4 έως 5 φορές περισσότερη κατά τον πρώτο και δεύτερο χρόνο της μελέτης σε σχέση με τη δεύτερη ομάδα στην οποία δεν έγινε καμία παρέμβαση. Η απώλεια βάρους είχε ευνοϊκή δράση στην πρόληψη του διαβήτη

Η μελέτη αυτή τεκμηριώνει με αδιάσειστα επιστημονικά στοιχεία ότι η αλλαγή του τρόπου ζωής με την εφαρμογή συγκεκριμένων μέτρων μειώνει ουσιαστικά τη συχνότητα του διαβήτη.⁸

Η πρόληψη του διαβήτη μπορεί να επιτευχθεί αποτελεσματικά με τη μείωση του βάρους σε υπέρβαρα άτομα, με τη μείωση του λίπους και των κεκορεσμένων λιπιδίων στη διατροφή, με την αύξηση των φυτικών ινών στη διατροφή και την αύξηση της σωματικής εξάσκησης.

Αναμφίβολα σε μια εποχή που ο διαβήτης εξελίσσεται σε παγκόσμια μάστιγα και όπου ολοένα και περισσότερα άτομα νεαρής ηλικίας πλήττονται από τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, είναι πολύ σημαντικό να εφαρμοσθούν σε μεγάλη κλίμακα προγράμματα πρόληψης. Τα προγράμματα αυτά πρέπει να βασίζονται στα ευρήματα και συμπεράσματα μελετών όπως αυτής που παρουσιάζουμε σήμερα αλλά και άλλων που δείχνουν προς την ίδια κατεύθυνση.³⁰



Παχυσαρκία

Παχυσαρκία είναι η υπερβολική συσσώρευση λίπους, κυρίως κάτω από το δέρμα, το υποδόριο λίπος όπως λέγεται, αλλά και σε διάφορα άλλα όργανα του σώματος. Σε φυσιολογικούς ενήλικες το λίπος του σώματος κυμαίνεται από 12% έως 20% του συνολικού βάρους.

Ένας απλός τρόπος για τη μέτρηση της παχυσαρκίας είναι ο υπολογισμός του Δείκτη Μάζας Σώματος(ΔΜΣ).

Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται όταν διαιρέσουμε το βάρος του σώματος, σε κιλά, δια του τετραγώνου του αναστήματος, σε μέτρα. Παραδείγματος χάριν αν ένα άτομο είναι 70 κιλά και έχει ύψος 1,70 μέτρα, ο δείκτης μάζας σώματός του υπολογίζεται διαιρώντας το 70 δια του 1,70 στο τετράγωνο. Στο συγκεκριμένο παράδειγμα ο δείκτης μάζας σώματος είναι 70 δια 2,9, ίσον με 24.

Όταν ο δείκτης μάζας σώματος κυμαίνεται μεταξύ **20** και **25** είναι **φυσιολογικός**, όταν κυμαίνεται μεταξύ **26** και **30** έχουμε **α' βαθμού παχυσαρκία**, μεταξύ **31-40**, **β' βαθμού παχυσαρκία** και μεταξύ **41** και **50** **γ' βαθμού παχυσαρκία**. Ο δείκτης αφορά ενήλικες, άνδρες και γυναίκες. Οι περισσότεροι ειδικοί θεωρούν, ότι υπάρχει παχυσαρκία, όταν το σωματικό βάρος του ατόμου υπερβαίνει κατά 20% - 30% το ιδανικό βάρος για το φύλλο και την ηλικία του ατόμου αυτού.³²

Αίτια

Όσον αφορά τα αίτια της παχυσαρκίας, το πιο συνηθισμένο είναι η πρόσληψη με το φαγητό μεγαλύτερου αριθμού θερμίδων, απ' αυτές που χρειάζεται το άτομο για τις ημερήσιες ανάγκες του. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις η παχυσαρκία μπορεί να οφείλεται σε δυσλειτουργία ορισμένων ενδοκρινών αδένων. Οι θερμιδικές ανάγκες ενός ατόμου ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία το φύλο, το επάγγελμα και τον τρόπο ζωής.

Έτσι ένας άνδρας ηλικίας 25-50 ετών χρειάζεται κατά μέσο όρο περίπου 2700 θερμίδες καθημερινά, ενώ μια γυναίκα της ίδιας ηλικίας περίπου 2000 θερμίδες. Η παχυσαρκία αυξάνει κυρίως τον κίνδυνο για υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη, και μέσω αυτών τον κίνδυνο για καρδιοπάθειες και εγκεφαλικά επεισόδια. Έτσι ένα άτομο με βάρος 45% πάνω από το φυσιολογικό έχει 30 φορές μεγαλύτερη

πιθανότητα να πάθει σακχαρώδη διαβήτη, απ' ότι ένα άτομο με φυσιολογικό βάρος.

Οι παχύσαρκες γυναίκες έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και καρκίνου του ενδομητρίου. Οι οστεοαρθρίτιδες, οι θρομβοφλεβίτιδες, και οι παθήσεις της χοληδόχου κύστης είναι πιο συχνές στα παχύσαρκα άτομα. Επίσης, η παχυσαρκία μπορεί να δημιουργήσει ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.

Η παχυσαρκία, είναι ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα που συχνά αποτελεί πηγή μεγάλης απογοήτευσης για όσους επιχειρούν να το αντιμετωπίσουν. Στη σκέψη όλων των παχύσαρκων ατόμων η απόκτηση περιττού σωματικού βάρους φαίνεται εύκολη υπόθεση, σε αντίθεση με την απώλεια που φαίνεται σχεδόν αδύνατη³².

Πρόληψη παχυσαρκίας

Η πρόληψη της παχυσαρκίας γίνεται με την εφαρμογή ορισμένων πολύ απλών κανόνων υγιεινής διατροφής και τη συχνή σωματική άσκηση. Στην πραγματικότητα οι κανόνες αυτοί βοηθούν αποφασιστικά και στην πρόληψη ενός μεγάλου φάσματος χρόνιων παθήσεων. Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας βασίζεται και αυτή στον συνδυασμό της κατάλληλης διαίτας και της σωματικής άσκησης. Παρά την πληθώρα στοιχείων που δείχνουν ότι οι δίαιτες συχνά δεν είναι αποτελεσματικές εξακολουθούν να παραμένουν το κύριο μέσο της παχυσαρκίας. Για να είναι ασφαλείς οι δίαιτες, πρέπει να καλύπτουν τις ανάγκες του οργανισμού σε θρεπτικά συστατικά, να προλαμβάνουν την απώλεια σωματικής πρωτεΐνης και άλλες επιπλοκές από τη χαμηλή πρόσληψη τροφής.

Η απώλεια του σωματικού βάρους πρέπει να γίνεται σταδιακά και να αποφεύγονται οι μεγάλες αυξομειώσεις βάρους, που ίσως είναι πιο επικίνδυνες για την υγεία, από την ίδια την παχυσαρκία. Ο ιδανικός ρυθμός απώλειας βάρους σε μια δίαιτα είναι μισό με ένα κιλό την εβδομάδα. Πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί σε δίαιτες που υπόσχονται απότομη μείωση του βάρους. Επίσης πρέπει να έχουμε υπ' όψιν μας ότι οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να αντέξουν δίαιτες με χαμηλή ποιότητα θρεπτικών συστατικών για 2-3 εβδομάδες, χωρίς να υποστούν σοβαρές βλάβες στην υγεία τους.

Οι παρατεταμένες δίαιτες που παρέχουν λιγότερες από 1000 θερμίδες την ημέρα, πρέπει να εφαρμόζονται μόνο κάτω από ιατρική επίβλεψη. Προκειμένου να ρυθμίσει

κανείς το βάρος του, πρέπει κατ' αρχήν να επισκεφθεί το γιατρό του για να εκτιμηθούν οι παράμετροι εκείνες που θα του παρέχουν ασφάλεια στους χειρισμούς.

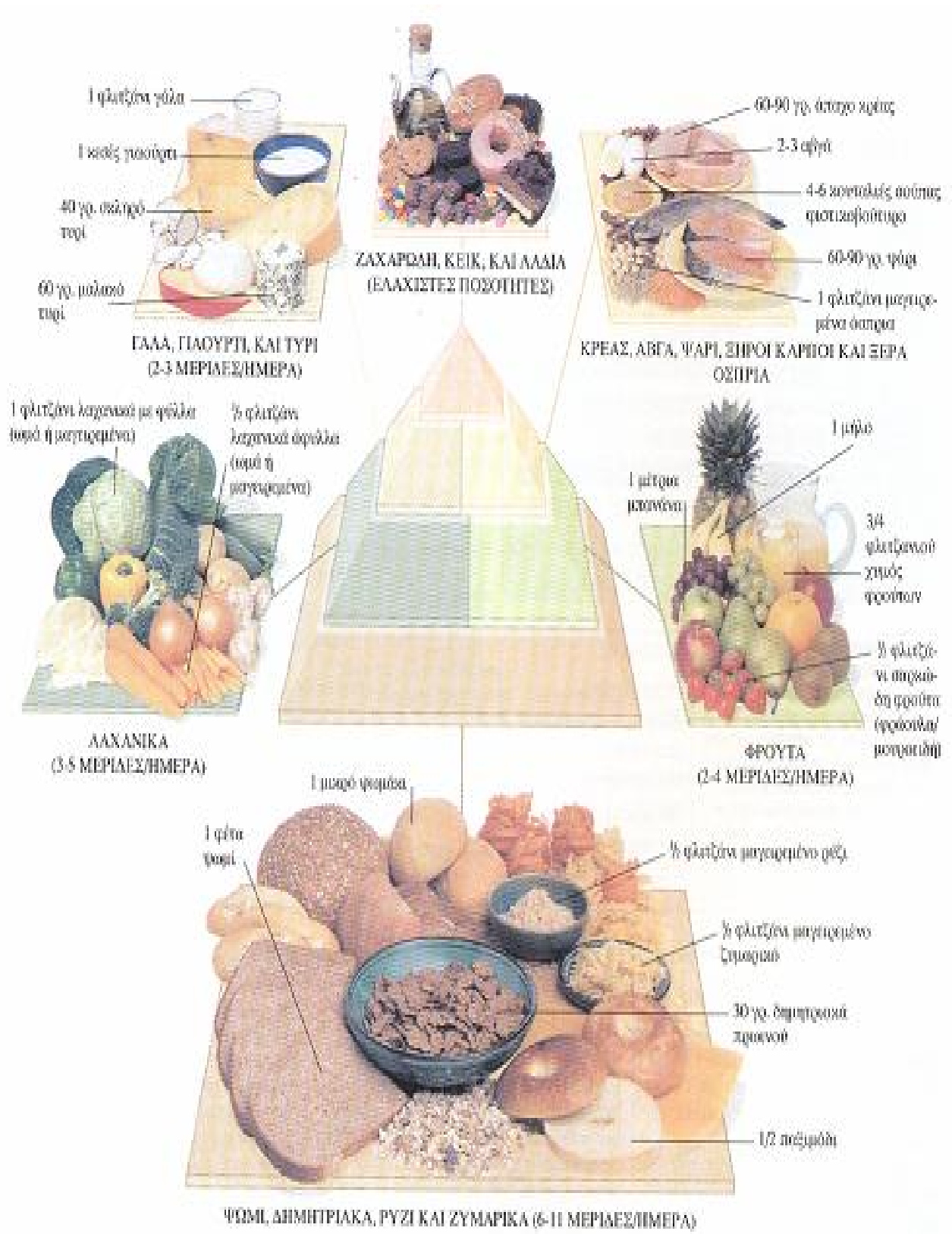
Πολλές φορές η παχυσαρκία μπορεί να συνυπάρχει με αυξημένη χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, αυξημένη πίεση ή ενδοκρινολογικά προβλήματα. Επίσης ενδέχεται να συνυπάρχει με λιπώδη διήθηση ή και αναιμία. Η ιατρική εκτίμηση θα καθορίσει και τη θεραπεία εκλογής η οποία μπορεί να είναι διαιτητική, φαρμακευτική, χειρουργική ή μικτή εάν πρόκειται και για την ρύθμιση ασθενειών που ενδέχεται όπως προαναφέρθηκε να συνυπάρχουν.

Οι φαρμακευτικές και χειρουργικές μέθοδοι που έχουν εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας πρέπει να αντιμετωπίζονται με μεγάλη επιφύλαξη, αφορούν άτομα με σοβαρότατη παχυσαρκία, π.χ πάνω από 150 κιλά, και πρέπει να γίνονται κάτω από συστηματική ιατρική παρακολούθηση.

Οι πληροφορίες που έχουμε στη διάθεση μας σχετικά με τους κινδύνους από ανεξέλεγκτους χειρισμούς για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, πρέπει να αποτρέπουν χειρισμούς που δεν παρέχουν ασφάλεια. Γι' αυτό σήμερα, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας πρέπει να γίνεται ύστερα από ιατρική διερεύνηση, σχεδιασμό από εξειδικευμένο διαιτολόγο της κατάλληλης διαιτητικής αγωγής, που θα παρέχει: επαρκή ποσότητα θρεπτικών ουσιών εξασφάλιση βαθμιαίας απώλειας βάρους διατήρηση αποθεμάτων πρωτεΐνης και υποστήριξη για τροποποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς.

Επίσης αναγκαία είναι η ψυχολογική ενίσχυση καθώς και η μεταθεραπευτική φροντίδα. Αναγκαία είναι η παρακολούθηση των παραγόντων κινδύνου σε τακτά χρονικά διαστήματα. Εκείνο βέβαια που έχει μεγαλύτερη σημασία είναι να διατηρήσουμε το σωστό βάρος μετά το τέλος της δίαιτας, υιοθετώντας τις κατάλληλες διατροφικές συνήθειες.

Αυτό άλλωστε είναι και το δυσκολότερο, γιατί τα κιλά εύκολα χάνονται και εύκολα ξανακερδίζονται.³³



Το στρες, η διαίτα και το βάρος σώματος

Το στρες έχει συσχετισθεί με το μεταβολικό σύνδρομο και την υπεργλυκαιμία δηλαδή ψηλή γλυκόζη στο αίμα. Οι διακυμάνσεις των επίπεδων γλυκόζης στο αίμα, προκαλούν αλλαγές της διάθεσης και κούραση.

Το μεταβολικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από παχυσαρκία, αυξημένη περίμετρο κοιλιάς, ψηλή πίεση, ψηλά τριγλυκερίδια αίματος, ψηλή κακή χοληστερόλη αίματος, ανθεκτικότητα στην ινσουλίνη και αυξημένη γλυκόζη αίματος νηστείας. Η κατάσταση αυτή αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακή προσβολή, διαβήτη και εγκεφαλικά επεισόδια.

Το στρες επηρεάζει την κατανομή του λίπους στο σώμα μας. Ευνοεί τη συσσώρευση λίπους στην κοιλιά αυξάνοντας έτσι το σπλαγχνικό λίπος και την περίμετρο της κοιλιάς.

Η αύξηση του σπλαγχνικού λίπους (σχήμα σώματος που μοιάζει με μήλο), δεν είναι μόνο άσχημο από αισθητικής άποψης αλλά ταυτόχρονα αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακές παθήσεις και διαβήτη.³⁴

Η συναισθηματική υπερφαγία χαρακτηρίζει μεγάλο ποσοστό των καταστάσεων στρες. Η κορτιζόνη είναι ορμόνη που ευνοεί τη συναισθηματική υπερφαγία. Συχνά άνθρωποι σε κατάσταση χρόνιου ανεξέλεγκτου στρες, καταναλώνουν χωρίς πραγματικά να πεινούν, διάφορα τρόφιμα και ποτά που είναι ιδιαίτερα παχυντικά.

Η συμπεριφορά της υπερφαγίας που μπορεί να γίνεται ενσυνείδητα ή ασυνείδητα, υπολογίζεται ότι είναι η συχνότερη διατροφική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από ακατάσχετη επιθυμία για φαγητό που προκύπτει όταν υπάρχουν δύσκολες ψυχολογικές καταστάσεις όπως το στρες, ο θυμός, το άγχος, η μοναξιά, η λύπη και η πλήξη.

Εκτός από την υπερφαγία, ο στρεσαρισμένος άνθρωπος ψάχνει για εύκολες λύσεις. Δεν έχει χρόνο για να φτιάξει κάτι υγιεινό να φάει. Αγοράζει βιαστικά προπαρασκευασμένα φαγητά, επεξεργασμένα τρόφιμα, πλούσια σε θερμίδες, αλάτι και λίπη, έτοιμα για κατανάλωση που δεν είναι ότι καλύτερο για την υγεία του.

Παράλληλα οι πολλές πιέσεις, το στρες δεν αφήνουν χρόνο για σωματική άσκηση. Κανονικά όπως κάθε πρωί νιώθουμε ότι είναι απαραίτητο να νιφτούμε και να πλύνουμε τα δόντια μας, έτσι θα έπρεπε να νιώθουμε για την ανάγκη να ασκούμε το σώμα μας τουλάχιστον 30 λεπτά κάθε μέρα.

Έτσι στην εποχή μας όσο ποτέ άλλοτε, οι άνθρωποι έχουν μια καθιστική ζωή, γεμάτη έγνοιες, απαιτήσεις, ανησυχίες και στρες. Και βλέπουμε ότι το στρες είναι αιτία παχυσαρκίας γεγονός που πρέπει να μας κινητοποιήσει στο να αναπτύξουμε τεχνικές καλύτερου ελέγχου του καθημερινού στρες που μας ταλανίζει.

Ο καλύτερος έλεγχος του χρόνιου στρες, είναι μια απαραίτητη προϋπόθεση εάν θέλουμε να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά τον κίνδυνο υπερβολικού βάρους σώματος ή παχυσαρκίας και για να έχει πιθανότητες μακροχρόνιας επιτυχίας οποιαδήποτε δίαιτα πρόκειται να ακολουθήσουμε.³⁵

Πρόσφατες εξελίξεις

Το υπερβολικό βάρος σώματος και η παχυσαρκία μπορεί να είναι αιτία πρόκλησης βλαβών στο συκώτι σας.

Μάλιστα φαίνεται ότι η ηπατίτιδα που προκαλεί το περιττό πάχος (στεατοηπατίτιδα), άρχισε να είναι συχνότερη και σε μερικές χώρες έχει ξεπεράσει τη συχνότητα της ηπατίτιδας C.

Πρόκειται πράγματι για αυστηρή προειδοποίηση εάν λάβουμε υπόψη το μεγάλο αριθμό των συνανθρώπων μας που παρουσιάζουν περιττό πάχος είτε διότι είναι υπέρβαροι είτε διότι είναι παχύσαρκοι.

Ξέρετε ότι σε ορισμένες χώρες το ποσοστό αυτών με περιττά κιλά, ξεπερνά το 65%; Επιπρόσθετα η συνεχής αύξηση του προβλήματος και το γεγονός ότι όλο και περισσότερα παιδιά παρουσιάζουν παχυσαρκία, δεν μπορούν παρά να μας προβληματίζουν ανησυχητικά για το μέλλον.

Η υπερβολική συγκέντρωση λιπαρών οξέων στο συκώτι μας, προκαλεί μια αντίδραση πρωτεϊνική η οποία στην ουσία σκοτώνει τα ηπατικά κύτταρα.

Μακροχρόνια δημιουργείται σημαντικό πρόβλημα με ίνωση του ήπατος που οδηγεί σε ηπατίτιδα και κίρρωση.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, θεωρείται σήμερα ότι η κυριότερη αιτία χρόνιας ηπατίτιδας είναι η παχυσαρκία. Υπολογίζεται ότι πάσχουν από μη αλκοολική λιπώδη ηπατική πάθηση το 33% των ενηλίκων.

Φυσικά δεν είναι όλοι όσοι έχουν υπερβολικό βάρος σώματος που έχουν ηπατίτιδα. Όμως λαμβάνοντας υπόψη το μεγάλο αριθμό των παχύσαρκων και υπέρβαρων, γίνεται εύκολα αντιληπτή η έκταση που μπορεί να πάρει το πρόβλημα.

Ο λόγος για τον οποίο προκαλεί ηπατίτιδα το υπερβολικό διατροφικό λίπος στο αίμα, δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητός. Σε έρευνες σε ανθρώπους και πειραματόζωα, βρέθηκε ότι τα υπερβολικά λιπαρά οξέα δεν μπορούν να αποθηκευτούν στα λιποκύτταρα όπου συνήθως αποθηκεύονται.

Τα λιπαρά οξέα παραμένουν εκτός των κυττάρων και η ύπαρξη τους προκαλεί την έναρξη μιας σειράς αντιδράσεων που οδηγεί σε βλάβες των ηπατοκυττάρων και σε αυτό που τώρα αποκαλείται μη αλκοολική λιπώδης ηπατική πάθηση.

Στη μη αλκοολική λιπώδη ηπατική πάθηση περιλαμβάνονται το λιπώδες ήπαρ (στεάτωση) και η μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα. Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα αλλά η πάθηση παρατηρείται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ακόμη και στα παιδιά.

Συνήθως η διάγνωση γίνεται σε μεσήλικα άτομα που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα τα οποία μπορεί επίσης να έχουν διαβήτη ή ψηλή χοληστερόλη και τριγλυκερίδια (υπερλιπιδαιμία).

Στην στεατοηπατίτιδα υπάρχει φλεγμονή στον ηπατικό ιστό, κάποτε με ίνωση και συσσώρευση λίπους στο συκώτι. Οι διαβητικοί έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν στεατοηπατίτιδα.

Πρόσφατα, έρευνες έδειξαν ότι μέχρι 40% των ασθενών με στεατοηπατίτιδα μπορεί να αναπτύξουν ηπατική ίνωση και από 5% έως 10% ηπατική κίρρωση. Ο χρόνος που χρειάζεται για τη δυσάρεστη αυτή εξέλιξη ποικίλει αλλά κάποτε μπορεί να είναι λιγότερος από 20 χρόνια.

Μερικές έρευνες έδειξαν ότι από 20% έως 40% των υπέρβαρων ή παχύσαρκων ασθενών θα παρουσιάσουν μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα. Δεν είναι γνωστό γιατί

μερικοί ασθενείς με μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα θα επιδεινωθούν παρουσιάζοντας ηπατική ίνωση ή κίρρωση.

Στα αρχικά στάδια, η μη αλκοολική λιπώδης ηπατική πάθηση μόνο σπάνια προκαλεί συμπτώματα. Συνήθως ανιχνεύεται λόγω ανωμαλιών στα ηπατικά ένζυμα που μετριούνται στο αίμα με την ευκαιρία εξετάσεων που γίνονται για διάφορους άλλους λόγους.

Η αντιμετώπιση της πάθησης περιλαμβάνει την αποβολή των περιττών, νοσηρών κιλών και διατήρηση κανονικού βάρους σώματος, σωματική άσκηση, ορθό έλεγχο του σακχαρώδη διαβήτη εάν υπάρχει και φάρμακα για μείωση της χοληστερόλης αίματος.

Θα συγκρατήσουμε λοιπόν ότι το υπερβολικό πάχος στον οργανισμό δηλητηριάζει στην ουσία το συκώτι μας. Η διατροφή μας, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά αλλά και ο τρόπος ζωής μας, συμβάλλουν δυστυχώς σημαντικά σε αυτό το σοβαρό πρόβλημα που απειλεί το συκώτι μας.⁸

Οστεοπόρωση

Είναι μια πάθηση που επιταχύνει τη φυσιολογική απώλεια της οστικής μάζας που συνοδεύει την ηλικία, μέχρι όπου ο σκελετός γίνει τόσο πορώδης και εύθραυστος, ώστε τα οστά του να παθαίνουν κατάγματα και από το παραμικρό ζόρισμα. Προξενεί την άσχημη και συχνά οδυνηρή <καμπούρα της γηραιάς κυρίας> που εμφανίζεται σε πολλές ηλικιωμένες γυναίκες. Οι νωτιαίοι σπόνδυλοι συμπίπτουν μεταξύ τους, και δημιουργούν αυτό που λέμε κάταγμα σύνθλιψης, πράγμα που μπορεί να προκαλέσει στα θύματα το σταμάτημα της αύξησης και το χάσιμο εκατοστών από το ύψος τους. Ο καρπός είναι ένα άλλο συνηθισμένο σημείο για κάταγμα που έχουν σχέση με την οστεοπόρωση. Ακόμη πιο πολύ σοβαρά, η οστεοπόρωση είναι η κύρια αιτία των καταγμάτων του ισχίου στους γέροντες. Περίπου γύρω στους 200.000 Αμερικανούς άνω των 65 παρουσιάζουν κάταγμα ισχίου κάθε χρόνο και 15-30% από αυτούς πεθαίνουν από τις συνακόλουθες επιπλοκές.³⁶

Αίτια

Η οστεοπόρωση διακρίνεται σε δύο κυρίως τύπους, την μετεμμηνοπαυσιακή ή τύπου I που αφορά τις γυναίκες ηλικίας 50 με 65 ετών και τη γεροντική ή τύπου II που αφορά και τα δύο φύλα και εκδηλώνεται μετά τα 70 έτη. Υπάρχουν, βέβαια, και άλλοι δυο τύποι οστεοπόρωσης, η νεανική ιδιοπαθής που είναι σπανιότερη και η δευτεροπαθής οστεοπόρωση από γνωστά αίτια (π.χ. ακινητοποίηση, φάρμακα, χρόνια νοσήματα, νεοπλασμάτα, δίαιτα, ενδοκρινείς ανωμαλίες, γενετικές ανωμαλίες κλπ) Επιβαρυντικοί παράγοντες στην εμφάνιση οστεοπόρωσης είναι η ηλικία, το ατομικό ή κληρονομικό ιστορικό καταγμάτων, το κάπνισμα, η θεραπεία με κορτικοστεροειδή, η ασιατική ή ισπανική καταγωγή.

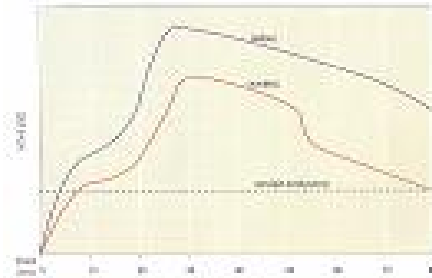
Προστατευτικοί παράγοντες έναντι της νόσου αποτελούν ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος (άτομα δηλαδή παχύσαρκα), τα οιστρογόνα, και η διατροφή πλούσια σε ασβέστιο (κατά βάση γαλακτοκομικά προϊόντα).

Τα αίτια της οστεοπόρωσης είναι αρκετά. Αναφέρονται τα πιο σημαντικά:

- παροδική οστεοπόρωση (οστεοπενία) εγκυμοσύνης ή λόγω θηλασμού
- κακή διατροφή
- ηλικία άνω των 50 ετών
- εμμηνόπαυση
- ενδοκρινικές παθήσεις όπως ανεπάρκεια οιστρογόνων, ανεπάρκεια ανδρογόνων στους άνδρες (υπογοναδισμός σε άνδρες και γυναίκες), υπερθυρεοειδισμός, υπερπαραθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης, διαταραχές αυξητικής ορμόνης
- γαστρεντερικές παθήσεις όπως σύνδρομο δυσαπορρόφησης, μετά από επεμβάσεις στο στομάχι, κοιλιοκάκη, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου
- νόσοι του ήπατος
- λήψη φαρμάκων όπως κορτικοστεροειδή, ηπαρίνη, αγχολυτικά και αντιεπιληπτικά
- νευρογενής ανορεξία

- ρευματολογικές παθήσεις όπως ρευματοειδής αρθρίτιδα

Ο ασθενής με οστεοπόρωση εμφανίζει οστικό άλγος ιδίως σε περίπτωση καταγμάτων, κύφωση, απώλεια ύψους, άλγη στους μύες του αυχένα, ενόχληση στο ισχίο, δυσκοιλιότητα, δύσπνοια.³⁶



Πρόληψη

Είναι σημαντικό να γνωρίζετε ότι η προστασία των οστών σας έχει μεγάλη σημασία για την υγεία σας. Πρέπει από την παιδική ηλικία να λαμβάνονται μέτρα για τη διαρκή ενδυνάμωση των οστών.

Η πρόληψη της οστεοπόρωσης πρέπει να γίνεται ανεξάρτητα από τη ηλικία. Η οστεοπόρωση κάνει τα κόκαλα πιο λεπτά, αδύνατα και εύθραυστα λόγω απώλειας ασβεστίου.

Τα κατάγματα του καρπού, της σπονδυλικής στήλης και της περιοχής του ισχίου προκαλούνται εύκολα λόγω οστεοπόρωσης. Τέτοια κατάγματα μπορούν να συμβούν σε μεσήλικες αλλά σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας μπορούν να έχουν επιπλοκές που είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες για τη ζωή.

Η πρόληψη για την οστεοπόρωση πρέπει να αρχίζει ήδη από την ηλικία των 10 ετών. Η πρόσληψη ασβεστίου στην παιδική και εφηβική ηλικία έχει καθοριστική σημασία διότι κατά την περίοδο αυτή σχηματίζεται με γρήγορο ρυθμό νέος οστικός ιστός. Οι ανάγκες σε ασβέστιο ανέρχονται σε 1,3 γραμμάρια ημερησίως.

Στην ηλικία μεταξύ 10 και 20 χρονών είναι προτιμότερο αντί αναψυκτικά να πίνετε γάλα. Επίσης η διατροφή πρέπει να είναι πλούσια και σε άλλες τροφές ψηλής περιεκτικότητας σε ασβέστιο όπως τα τυριά και τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά.

Τα κορίτσια στην εφηβική ηλικία που αρχίζουν να έχουν την περίοδο τους όπως επίσης και οι γυναίκες, πρέπει να ξέρουν ότι εκτός από το ασβέστιο και ο σίδηρος είναι σημαντικός για δυνατά οστά.

Ο σίδηρος συμβάλλει στη σύνθεση κολλαγόνου που είναι βασικό συστατικό των οστών.

Μετά την ηλικία των 20 μέχρι τα 35, τα κόκαλα φτάνουν το μέγιστο βαθμό δύναμής τους. Οι ανάγκες σε ασβέστιο είναι της τάξης του 1 γραμμαρίου ημερησίως. Είναι απαραίτητο η σωματική άσκηση να συνεχίζεται. Το περπάτημα, το τρέξιμο και οι ασκήσεις με βάρη, ενδυναμώνουν τα οστά.

Μετά την ηλικία των 35 και μέχρι τα 50 η πρόσληψη ασβεστίου και η τακτική σωματική άσκηση έχουν καθοριστική σημασία για τη μείωση και ελαχιστοποίηση της απώλειας της οστικής μάζας που αρχίζει σε αυτές τις ηλικίες. Οι ανάγκες σε ασβέστιο είναι για την περίοδο αυτή της ζωής, της τάξης του 1 γραμμαρίου ημερησίως.

Οι περισσότερες γυναίκες εισέρχονται στην εμμηνόπαυση όταν είναι μεταξύ 42 και 55 ετών. Μετά την εμμηνόπαυση, οι γυναίκες χάνουν από 1 έως 6% της οστικής τους μάζας κάθε χρόνο.

Οι γυναίκες πρέπει να συζητούν με το γιατρό τους το πρόβλημα της οστεοπόρωσης και της απώλειας της οστικής μάζας ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών.

Εκτός από τη σωματική άσκηση και τη διατροφή πλούσια σε ασβέστιο, είναι δυνατόν να χορηγηθούν και άλλες θεραπείες με συμβουλή και παρακολούθηση από το γιατρό που δυνατόν να βοηθούν στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Για τη λήψη μιας τέτοιας απόφασης μπορεί να χρειαστούν να γίνουν εξετάσεις που εξερευνούν την πυκνότητα της οστικής μάζας.

Συνοπτικά θα τονίσουμε ότι πάντοτε και σε όλες τις ηλικίες θα πρέπει να μεριμνούμε για την προστασία των οστών μας.

Προσφέροντας τους ασβέστιο, σίδηρο, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία λόγω καλής και υγιεινής διατροφής μαζί με τακτική σωματική άσκηση, θα είναι σε θέση να μας προσφέρουν στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους σε όλη μας τη ζωή, χωρίς παθολογικά προβλήματα.³

Οστεοπενία

Οστεοπενία σημαίνει χαμηλή οστική πυκνότητα. Αυτό είναι διαφορετικό από την οστεοπόρωση που είναι μια συχνή πάθηση στην οποία τα κόκαλα είναι εύθραυστα, αδύναμα με αυξημένη συχνότητα καταγμάτων. Η οστεοπενία δεν είναι ασθένεια αλλά δείκτης αυξημένου κινδύνου για κατάγματα. Οι ηλικιωμένοι κινδυνεύουν από την οστεοπόρωση. Η πάθηση δυνατόν να μην έχει ανιχνευτεί και η διάγνωση μπορεί να γίνεται μόνο μετά από ένα κάταγμα όπως το κάταγμα του ισχίου.

Η μέτρηση της οστικής πυκνότητας είναι μια απλή, ανώδυνη εξέταση. Εάν η οστική πυκνότητα παρουσιάζει ανωμαλίες οστεοπενίας, ορισμένες αλλαγές του τρόπου ζωής μπορούν να επιβραδύνουν την απώλεια οστικής μάζας και την εξέλιξη προς οστεοπόρωση μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο για κατάγματα.³⁶

Η μειωμένη οστική πυκνότητα δεν είναι ο μόνος παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο για κατάγματα. Άλλοι παράγοντες είναι:

1. Η ηλικία
2. Πτώσεις: Τα περισσότερα κατάγματα προκαλούνται κατά τις πτώσεις
3. Προβλήματα όρασης: Η φτωχή όραση μπορεί να είναι αιτία πτώσεων και καταγμάτων. Έτσι η όραση πρέπει να ελέγχεται και τα προβλήματά της να διορθώνονται.
4. Το κάπνισμα αδυνατίζει τα κόκαλα
5. Το αλκοόλ αδυνατίζει τα κόκαλα όταν καταναλώνεται σε ποσότητα μεγαλύτερη των 2 ποτών κάθε μέρα
6. Το μικρό βάρος σώματος είναι αιτία αυξημένου κινδύνου για κάταγμα του ισχίου
7. Οι γυναίκες λευκού χρώματος έχουν 2 έως 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για κατάγματα από άνδρες ή τις γυναίκες μαύρου χρώματος ή ισπανικής προέλευσης
8. Το ιστορικό προηγούμενων καταγμάτων δείχνει αυξημένο κίνδυνο για νέα κατάγματα

9. Τα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης, είναι συνήθως ένδειξη οστεοπόρωσης και δείχνουν ότι υπάρχει πολύ μεγάλος κίνδυνος για επιπρόσθετα κατάγματα της, σπονδυλικής στήλης.
10. Άτομα των οποίων οι γονείς παρουσίασαν κάταγμα ισχίου, κινδυνεύουν περισσότερο να υποστούν κάταγμα
11. Ορισμένα φάρμακα, ιδιαίτερα τα κορτικοστεροειδή και οι αναστολείς της αρωματάσης που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, προκαλούν απώλεια της οστικής μάζας και αυξάνουν τον κίνδυνο καταγμάτων
12. Ασθένειες όπως τα εγκεφαλικά επεισόδια που είναι αιτία αδυναμιών, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο διαβήτης και η νόσος του Πάρκινσον, αυξάνουν τον κίνδυνο καταγμάτων ¹⁴

Ο κίνδυνος για κατάγματα μπορεί να μειώνεται σημαντικά χάρις στα ακόλουθα μέτρα:

1. Διατηρείτε ένα κανονικό βάρος σώματος, να έχετε μια ισοζυγισμένη υγιεινή διατροφή και μην αμελείτε την καθημερινή σωματική άσκηση. Οι ασκήσεις που υποχρεώνουν το σώμα να μεταφέρει βάρος όπως για παράδειγμα το περπάτημα, βοηθούν ουσιαστικά στην ενδυνάμωση του μυϊκού συστήματος, στη διατήρηση της υγείας των οστών, των αρθρώσεων και γενικά για τη συνολική υγεία του οργανισμού σας
2. Η έκθεση στο ηλιακό φως για περίπου 10 λεπτά την ημέρα, βοηθά στη σύνθεση ικανοποιητικής ποσότητας βιταμίνης D στο σώμα σας. Εάν κρίνεται αναγκαίο από το γιατρό σας, μπορείτε να παίρνετε συμπληρώματα ή φαγητά εμπλουτισμένα με τη βιταμίνη D
3. Να τρώτε φαγητά πλούσια σε ασβέστιο: Γαλακτοκομικά, πράσινα φυλλώδη λαχανικά. Ρωτήστε το γιατρό σας εάν είναι καλό για σας να παίρνετε συμπληρώματα ασβεστίου
4. Είναι καλό, να κάνετε τεστ για μέτρηση της οστικής πυκνότητας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού σας
5. Μην καπνίζεται

6. Υπάρχουν φάρμακα για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης. Τα διφωσφονικά καθυστερούν την απώλεια οστικής μάζας και αυξάνουν την οστική πυκνότητα. Οι εκλεκτικοί τροποποιητές των υποδοχέων των οιστρογόνων, τα οιστρογόνα και άλλες ορμόνες βοηθούν στη βελτίωση της οστικής πυκνότητας. Μερικά από τα φάρμακα αυτά μειώνουν τον κίνδυνο καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης αλλά όχι τα κατάγματα του ισχίου ή άλλα είδη καταγμάτων. Τα φάρμακα αυτά, έχουν επίσης και άλλες παρενέργειες που είναι καλό να συζητήσετε με το γιατρό σας.³⁶

Κάπνισμα

Όσο κι αν θεωρηθεί ότι έχει εξαντληθεί το θέμα από ιατρικής πλευράς, δεν είναι δυνατόν σε μια αναφορά για το κάπνισμα, να μη συμπεριληφθούν οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία όλων. Και αυτών που καπνίζουν και αυτών που δεν καπνίζουν αλλά ζουν δίπλα σε καπνιστές.

Αναφέρεται ότι τα προϊόντα καύσης του καπνού (στους 950οC της ζώνης πυρόλυσης του τσιγάρου) φτάνουν τις 2.500 αέριες και υδροστερεές ενώσεις. Ανάμεσα τους μονοξειδίο του άνθρακα, διοξειδίο του άνθρακα, οξειδία του αζώτου, φορμαλδεΐδη, νικοτίνη, πίσσα, αρωματικοί υδρογονάνθρακες, χρώμιο, κάδμιο, άζωτο, αλδεΐδες, μεθάνιο, βουτάνιο, ανιλίνη, αμμωνία, ακετυλένιο, κυάνιο κλπ. Τα σωματίδια της υγροστερεάς μορφής είναι και τα κατ' εξοχήν καρκινογόνα (Χ. Ανδρεάδης, Ε. Βασιλειάδου, Ιατρικό Βήμα, 1998). **Η παρουσία των ουσιών αυτών στον εισπνεόμενο αέρα, δημιουργεί τα διάφορα προβλήματα υγείας.** Οι ουσίες αυτές είναι οι ίδιες και για τους καπνιστές των mild ή light τσιγάρων. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα ελαφρά (lights) τσιγάρα δεν είναι λιγότερο βλαβερά από τα αντίστοιχα βαριά τσιγάρα και εκείνοι που καπνίζουν ελαφριά τσιγάρα διατρέχουν ακριβώς τον ίδιο κίνδυνο με τους καπνιστές των κανονικών τσιγάρων. Όταν ο καπνιστής αρχίσει να χρησιμοποιεί πιο ελαφριά τσιγάρα, εισπνέει βαθύτερα τον καπνό, καπνίζει συνήθως περισσότερα τσιγάρα και έτσι η ποσότητα νικοτίνης και τοξικών ουσιών παραμένει ίδια (τα extra lights τσιγάρα με τα ειδικά φίλτρα διαφοροποιούνται από τα βαριά, αφήνοντας λιγότερα κατάλοιπα).

Διαπιστώθηκε, ότι το 26% των προϊόντων και υποπροϊόντων καπνού μένει μέσα στο τσιγάρο (φίλτρο), το 28% εισπνέετε από τον καπνιστή και το 46% σκορπίζεται στον αέρα και το εισπνέουν εκείνοι που δεν καπνίζουν. Ένα παιδί που ζει σε οικογένεια καπνιστών καπνίζει παρά τη θέληση του 80-120 τσιγάρα τον χρόνο. Τα προβλήματα υγείας που δημιουργεί το κάπνισμα είναι πολλά. Μερικά από αυτά ο καπνιστής τα διαπιστώνει και τα βιώνει καθημερινά. Άλλα κτίζονται σταδιακά και τα αποτελέσματα εμφανίζονται σαν τη κορυφή του παγόβουνου, πολύ αργότερα στη ζωή του.

Ειδικότερα, το στόμα του καπνιστή μυρίζει άσχημα, τα δόντια αποχρωματίζονται και καταστρέφονται γρήγορα. Εξασθενεί η όσφρηση και η γεύση. Επηρεάζονται οι φωνητικές χορδές και εμφανίζονται συχνά λαρυγγίτιδες και φαρυγγίτιδες. Ο πονόλαιμος είναι κάτι σχεδόν καθημερινό στον καπνιστή. Στις παθήσεις των πνευμόνων, αναφέρω απλά ασθένειες που σχετίζονται με το τσιγάρο όπως τον καρκίνο, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το πνευμονικό εμφύσημα, την καταστροφή των κυψελίδων, την ελάττωση της πνευμονικής χωρητικότητας. Στις παθήσεις της καρδιάς και του κυκλοφοριακού συστήματος αναφέρεται η στεφανιαία νόσος (στηθάγχη), η ισχαιμική καρδιοπάθεια, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η υπέρταση, οι διαταραχές αιματώσεως των κάτω άκρων, (ιδίως η ευθραυστότητα των τριχοειδών), η ελάττωση της οξυγόνωσης των κυττάρων, η βαλβιδοπάθεια και η αρτηριοσκλήρυνση.

Στις παθήσεις του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου, η γαστρίτιδα και το έλκος. Οι ξινίλες και οι καούρες είναι συχνές ενώ το έντερο προσαρμόζεται ώστε να λειτουργεί μόνο με καφέ και τσιγάρο. Το κάπνισμα συμβάλλει στις διαταραχές εμμήνου ρύσεως, την ψυχρότητα και τη μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, αυξάνει την ανδρική ανικανότητα, συμβάλλει στη μείωση της παραγωγής ορμονών - οιστρογόνων, αυξάνει τις πιθανότητες οστεοπόρωσης κατά την εμμηνόπαυση, αυξάνει τις πιθανότητες αποβολής κατά την εγκυμοσύνη.

Περιγράφονται επίσης σοβαρές επιπτώσεις στο Ανοσολογικό (αμυντικό) σύστημα, με άμεση συνέπεια μεγαλύτερες πιθανότητες ασθένειας από οποιοδήποτε λοιμώδες νόσημα, αλλεργικό νόσημα ή δερματική πάθηση (ελαττώνεται η χημειοταξία των ουδετερόφιλων κυττάρων του αίματος με ταυτόχρονη ελάττωση της αμυντικής ικανότητας του οργανισμού). Σήμερα θεωρείται βέβαιο ότι το κάπνισμα επιδεινώνει τα συμπτώματα μιας υπάρχουσας ασθένειας μειώνοντας την δραστηριότητα της φαρμακευτικής αγωγής και τελικά την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης

των ασθενών. **Εν κατακλείδι, το κάπνισμα έχει συσχετισθεί κυρίως με τρεις κατηγορίες νοσημάτων: τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο (πνεύμονα, λάρυγγα, ουροδόχου κύστης) και τις χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες (χρόνια βρογχίτιδα και πνευμονικό εμφύσημα).**³⁷

Όμως, οι συνέπειες του καπνίσματος δεν σταματούν σ' αυτούς που καπνίζουν. Γι' αυτό, η επιστήμη και το κράτος βρέθηκαν υποχρεωμένοι, παράλληλα με την προστασία των καταναλωτών καπνού, να προστατέψουν και αυτούς που δεν καπνίζουν αλλά υφίστανται παρόμοιες συνέπειες με τους καπνιστές. Έχει διαπιστωθεί ότι στο αίμα, στο σάλιο, στα ούρα των παιδιών, στα έμβρυα στην κοιλιά της μάνας και στο γάλα των γυναικών που θηλάζουν, βρέθηκαν ορισμένα υποπροϊόντα καπνού. Ειδικά για τα βρέφη γυναικών που καπνίζουν, αναφέρονται αυξημένα ποσοστά αιφνίδιων θανάτων, συγγενών ανωμαλιών, μειωμένο βάρος, διαταραχές ψυχοσωματικής ανάπτυξης, νοητικές διαταραχές, καθυστέρηση ομιλίας.

Αναφορικά με τα παιδιά και το κάπνισμα ο καθηγητής Βορίδης γράφει ότι "η χαμένη ευκαιρία σπάνια ξαναβρίσκεται και για το κάπνισμα η χαμένη ευκαιρία είναι η παιδική ηλικία" και ο καθ. Υγιεινής Γ. Δημολιάτης, ότι "η μεγάλη ζημιά που κάνει το παθητικό κάπνισμα είναι ότι "μολύνει" τα παιδιά με τον "ιό" του ενεργητικού καπνίσματος". (Γ. Δημολιάτης, κάπνισμα: η πανδημία του αιώνα, Ιατρικό Βήμα, Οκτώβριος 1998). Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι το 80% των καπνιστών άρχισαν το κάπνισμα πριν κλείσουν τα 18 τους χρόνια.

Σε άρθρο που υπογράφεται από το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Νέων κατά του Καπνίσματος (Smokaction) αναφέρεται ότι εάν και οι δύο γονείς καπνίζουν, τα παιδιά τους έχουν διπλάσια πιθανότητα να γίνουν κανονικοί καπνιστές όταν ενηλικιωθούν σε σύγκριση με τα παιδιά μη καπνιστών γονέων. Βρέθηκε επίσης πως τα παιδιά που έχουν πατέρα και μεγαλύτερο αδελφό καπνιστή (άτομα που λειτουργούν ως πρότυπα στο παιδί) έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν κανονικοί καπνιστές σε σύγκριση με τα παιδιά οικογενειών που στο σπίτι τους δεν καπνίζει κανείς. Παγκοσμίως 100.000.000 ενήλικοι καπνίζουν. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι 700 εκατομμύρια παιδιά, σχεδόν τα μισά από τα παιδιά που ζουν σήμερα στον πλανήτη μας, αναπνέουν, παρά τη θέληση τους, αέρα που περιέχει προϊόντα καπνού και μάλιστα μέσα στο σπίτι τους.¹⁴

Αιματολογικές εξετάσεις

Το αίμα απαντάται μόνο στους πολυκύτταρους οργανισμούς. Αίμα καλείται ο μεσάζων ιστός μεταξύ του άμεσου περιβάλλοντος των κυττάρων (δηλαδή του υγρού των ιστών) και του εξωτερικού περιβάλλοντος. Η κύρια αποστολή του αίματος είναι η σταθερά διατήρηση της συστάσεως του υγρού των ιστών.

Αποτελείται από το πλάσμα και τα έμμορφα στοιχεία. Οι αιματολογικές εξετάσεις γίνονται για διαγνωστικούς σκοπούς γενικώς ή ειδικώς για την διάγνωση νόσων του αίματος οι οποίες κατατάσσονται σε τρεις ομάδες:

- Εξετάσεις κυτταρολογικές
- Εξετάσεις πήκτικότητας
- Εξετάσεις ομάδων αίματος και μεταγίσεων

Η γενική αίματος ή αιματολογική. Αυτή περιλαμβάνει τις εξής εξετάσεις: 1) Ποσό αιμοσφαιρίνης, 2) αιματοκρίτης, 3) αριθμό ερυθρών αιμοσφαιρίων, 4) διάφορους δείκτες, 5) αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων, 6) λευκοκυτταρικός τύπος, 7) μορφολογικές ανωμαλίες των ερυθρών αιμοσφαιρίων.³⁸

FE: Σίδηρος: Είναι ένα από τα συστατικά του αίματος. Ολόκληρος σχεδόν ο σίδηρος στο αίμα βρίσκεται εντός των ερυθρών αιμοσφαιρίων και αποτελεί τμήμα του μορίου της αιμοσφαιρίνης. Το ολικό ποσό του σιδήρου στον ανθρώπινο οργανισμό ανέρχεται στα 3-4 gr. Ο σίδηρος του πλάσματος ανέρχεται μόνο **σε 0,12-0,14 gr**. Σε 100 cc πλάσματος υπάρχουν εφεδρείες σιδήρου εντός του μυελού των οστών, του ήπατος και του σπληνός. Οι εφεδρείες αυτές είναι σπουδαίας σημασίας κατά την βρεφική ηλικία, παρεμποδίζοντας την εμφάνιση αναιμίας τόσο επί των φυσικών όσο και επί των γαλαχούμενων βρεφών, παρά το γεγονός ότι το γάλα περιέχει ελάχιστη μόνο ποσότητα σιδήρου. Η φυσιολογική τιμή του σιδήρου εντός του αίματος στους άνδρες είναι 80-175 mg ενώ στις γυναίκες είναι 60-160 mg. Η έλλειψη σιδήρου προκαλεί υπόχρωμη, μικροκυτταρική, σιδηροπενική αναιμία, σκορβούτο πολυκυτταραιμία. Αύξηση σιδήρου παρατηρείται κυρίως κατά την οξεία λοιμώδη ηπατίτιδα.³⁸

Αιμοσφαιρίνη: Η αιμοσφαιρίνη είναι το κυριότερο λειτουργικό συστατικό των

ερυθροκυττάρων, χημικώς είναι μια χρωμοπρωτεΐνη η οποία περιέχει 4% αίμη και 96% σφαιρίνη. Σκοπός της αιμοσφαιρίνης είναι:

- Να μεταφέρει O₂ στους ιστούς από τους πνεύμονες
- Να μεταφέρει μέρος του CO₂ από τους ιστούς προς τους πνεύμονες
- Να συμβάλλει στην ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας του αίματος
- Αυξάνει την δεσμευτική ικανότητα του πλάσματος προς το CO₂

Φ.Τ στους άνδρες 14-18%

Φ.Τ στις γυναίκες 12-15%³⁸

Αιματοκρίτης: Ως αιματοκρίτης χαρακτηρίζεται η εκατοστιαία κατά όγκο αναλογία των ερυθρών αιμοσφαιρίων (και γενικώς των έμμορφων συστατικών) επί του συνόλου όγκου του αίματος. Με τη μέθοδο του αιματοκρίτη καθορίζεται η σχέση έμμορφων συστατικών του αίματος και του πλάσματος. Φυσιολογική τιμή αιματοκρίτη:

Άνδρες 40-54%

Γυναίκες 36-47%³⁸

Στις εξετάσεις πήκτικότητας περιλαμβάνονται: α) ο χρόνος ροής και β) πήξεως

A) χρόνος ροής: Είναι μια δοκιμασία που αφορά την πήξη του αίματος. Φυσιολογική τιμή 2-3'. Με τον τρόπο αυτό ελέγχεται η φυσιολογική αντίδραση των αιμορραγούντων αγγείων καθώς και το φυσιολογικό ή μη ποσό των θρομβοκυττάρων στο αίμα. Ο χρόνος ροής εξαρτάται α) από την ικανότητα των τριχοειδών να συστέλλονται, β) από την ικανότητα των αιμοπεταλίων προς συγκόλληση ώστε να αποφράσσουν τον αυλό των αγγείων. Αύξηση παρατηρείται στην αιμορραγική πορφύρα νόσος του ήπατος, στην αιμοφιλία κ.α.

B) Προσδιορισμός χρόνου πήξεως: Χρόνος πήξεως καλείται ο χρόνος ο οποίος παρέρχεται από την στιγμή εξαγγείωσης του αίματος μέχρι τη στιγμή που σχηματίζεται το δίκτυο του ινώσους. Φυσιολογική τιμή είναι 2-4'.

Ο χρόνος πήξεως εξαρτάται από τη θερμοκρασία, το μέγεθος και το είδος της επιφάνειας προς την οποία έρχεται σε επαφή το αίμα.³⁹

Αιμοπετάλια: Τα αιμοπετάλια αποτελούν τα μικρότερα συστατικά του αίματος. Έχουν κυτταρική υπόσταση, είναι μεταβολικώς ενεργά και στερούνται πυρήνα. Αυτά εμφανίζονται σαν ερυθροϊώδεις αμφίκυρτοι δίσκοι και κατά ομάδες.

Τα αιμοπετάλια προέρχονται από κατάτμηση του μεγακαρυοκυττάρου του μυελού των οστών, ζουν 8-10 ώρες και παίζουν σπουδαίο ρόλο στην πήξη, την αιμόσταση και το σχηματισμό του αιματικού θρόμβου. Η φυσιολογική τους τιμή κυμαίνεται από 250.000-500.000 mm³.³⁸

Ερυθρά αιμοσφαίρια: Ανήκουν στα έμμορφα συστατικά του αίματος. Είναι κύτταρα σχήματος αμφίκυκλου δίσκου. Πάσα ελάττωση του αριθμού των ερυθροκυττάρων κάτω από το φυσιολογικό καλείται ερυθροπενία και το αντίθετο ερυθροκυττάρωση. Φυσιολογική τιμή στους άνδρες είναι 4.600.000-6.200.000 hl ενώ στις γυναίκες είναι 4.200.000-5.400.000.

Αύξηση των ερυθρών παρατηρείτε σε βαριά διάρροια, χρόνια καρδιακά νοσήματα, πνευμονική ίνωση, ελάττωση παρατηρείτε σε όλες τις αναιμίες, την λευχαιμία και μετά από αιμορραγία.³⁸

Λευκά αιμοσφαίρια: Είναι εμπύρηννα κύτταρα υπαγόμενα στο αμυντικό σύστημα του οργανισμού εναντίον βλαπτικών παραγόντων. Την λειτουργία αυτή την επιτελούν είτε εντός του αίματος, είτε εντός των ιστών.

Είδη λευκοκυττάρων: 1) Πολυμορφοπύρηννα ή κοκκιοκύτταρα και αναλόγως της χρωστικής τα κοκκία διακρίνονται: α) ουδετερόφιλα, ιωσινόφιλα, β) βασεόφιλα.

2) Λεμφοκύτταρα

3) Μεγάλα μονοπύρηννα ή μονοκύτταρα.³⁸

Λευκοκυτταρικός Τύπος: Καλείται η εκατοστιαία αναλογία κατά την οποία ευρίσκονται τα διάφορα είδη των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα.³⁸

Χολερυθρίνη: Η χολερυθρίνη αποτελεί τη χρωστική της χολής. Παράγεται τόσο εντός, όσο εκτός του ήπατος. Τα κύτταρα του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος κυρίως του σπληνός όσο και του μυελού των οστών, αποτελούν την πηγή της εξωηπατικής χολερυθρίνης.

Η αιμοσφαιρίνη προσλαμβάνεται από τα φαγοκύτταρα του συστήματος αυτού και

μετατρέπεται σε χολερυθρίνη. Κυκλοφορεί στο αίμα ως έμμεσος χολερυθρίνη, η οποία είναι ουσία αδιάλυτη στο νερό. Στο ήπαρ συνδέεται με γλυκουρονικό οξύ σε άμεση.

Αύξηση της χολερυθρίνης παρατηρείτε γενικά σε ίκτερους.

Φυσιολογική τιμή: Άμεσος χολερυθρίνη 0,4 mg/dl.

Έμμεσος χολερυθρίνη 0,7 mg/dl²⁷

Χοληστερίνη ή χοληστερόλη: Η χοληστερίνη είναι η σπουδαιότερη από τις στερόλες, η οποία διακρίνεται σε ενδογενή (προερχόμενη από τους ιστούς) και σε εξωγενή (προερχόμενη από τις τροφές).

Η ενδογενής χοληστερίνη ελέγχεται από το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα. Το ήπαρ είναι το σημαντικότερο όργανο για τον μεταβολισμό της χοληστερίνης.

Η εξωγενής χοληστερίνη έχει ελάχιστη επίδραση στην πυκνότητα της χοληστερίνης του πλάσματος. Το ήπαρ συμβάλλει σε αρκετό ποσοστό στην σύνθεση και στην καταστροφή της χοληστερίνης.

Το ποσό της ολικής χοληστερίνης του αίματος κυμαίνεται 150-250 mg/Dl.

Σε ηλικιωμένα άτομα είναι περισσότερη και κυρίως στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Αύξηση παρατηρείτε στον αποφρακτικό ίκτερο, νέφρωση και στο μυξοίδημα.

Ελάττωση αυτής παρατηρείτε σε υποθυρεοειδισμό, κακοήθη αναιμία, οξεία λοίμωξη, οξεία κίτρινη ατροφία του ήπατος.²⁷

Προθρομβίνη: Είναι γλυκοπρωτεΐνη και παράγεται από τα ηπατικά κύτταρα. Για τον σχηματισμό αυτής απαιτούνται : 1) φυσιολογικό ήπαρ, διότι από τις παθήσεις του ήπατος ελαττώνεται το ποσό της στο αίμα και 2) βιταμίνη Κ σε φυσιολογικά ποσά. Η βιταμίνη Κ υπάρχει στα πράσινα λαχανικά και παράγεται από το παχύ έντερο από το κολοβακτηρίδιο.

Ο χρόνος προθρομβίνης καθορίζεται από το χρόνο τον οποίο χρειάζεται για να πήξει το πλάσμα του εξεταζόμενου ατόμου μέσα σε σωληνάριο σε θερμοκρασία 37C⁰ , όταν σε αυτό προστεθεί μια ορισμένη ποσότητα θρομβοπλαστίνης και ασβεστίου.

Όσο λιγότερη είναι η προθρομβίνη στο πλάσμα, τόσο μεγαλύτερος θα είναι ο χρόνος ο οποίος θα περάσει για να πήξει το αίμα.

Σε φυσιολογική ποσότητα προθρομβίνης στο αίμα ο χρόνος αυτός είναι περίπου 12'.

Σε ελάττωση της προθρομβίνης ο χρόνος μπορεί να φτάσει και στα 20'.

Ο χρόνος αυτός εκφράζεται σε εκατοστιαίο ποσοστό του χρόνου τον οποίο δίνει το αίμα φυσιολογικού ατόμου. Ο χρόνος προθρομβίνης από 80-100% είναι φυσιολογικός.

Κάτω από 60% δείχνει ελάττωση της ποσότητας προθρομβίνης.^{38,39}

Τρανσαμινάσες: Οι τρανσαμινάσες είναι ένζυμα τα οποία παίρνουν μέρος στο μεταβολισμό των αμινοξέων μεταφέροντας μία αμινομάδα από ένα αμινοξύ σε ένα κετο-οξύ. Υπάρχουν δύο είδη τρανσαμινάσων, η οξαλοξική SGOT και η πυροσταφυλική ή SGPT. Η SGOT βρίσκεται σε μεγάλες ποσότητες στην καρδιά αλλά και στο ήπαρ, ενώ η SGPT βρίσκεται κυρίως στο ήπαρ, τους νεφρούς αλλά και στην καρδιά και στους μυς σε μικρότερες ποσότητες.

Φυσιολογικά στον ορό του αίματος, οι τιμές μετρούμενες σε μονάδα δραστηριότητας είναι οι εξής: Οξαλοξική: 10-35 μονάδες

Πυροσταφυλική: 9-31 μονάδες

Τιμή άνω των 40 μονάδων για την SGOT και άνω των 35 για την SGPT θεωρείται παθολογική.^{38,39}

Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών: Είναι η ταχύτητα με την οποία καθιζάνουν αιμοσφαίρια μέσα στο πλάσμα όταν βρεθεί μέσα σε αντισηπτικό.^{38,39}

Φυσιολογικές τιμές T.K.E:

Φύλλο	1 ^η ώρα	2 ^η ώρα	24 ώρες
Άνδρες	3-5 mm	Μέχρι 15 mm	70-90 mm
Γυναίκες	3-8 mm	Μέχρι 12 mm	100-110 mm

Γενική εξέταση ούρων

Η σύσταση των ούρων δεν είναι σταθερή. Οι διακυμάνσεις της επηρεάζονται από εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες. Μια εξέταση ούρων βοηθά στη διάγνωση πολλών νόσων καθώς και στην παρακολούθηση της πορείας και των

αποτελεσμάτων της θεραπευτικής αγωγής. Οι εξετάσεις ούρων βασικά διακρίνονται σε 3 κατηγορίες οι οποίες είναι:

- Γενική εξέταση
- Ειδική εξέταση
- Μικροβιολογική εξέταση

Το δείγμα το οποίο στέλνεται στο εργαστήριο είναι ούρα μόνο μιας ούρησης κατά προτίμηση της πρωινής. Η ποσότητα δεν είναι ανάγκη να είναι μεγάλη. Οι φυσικοί χαρακτήρες των ούρων πρέπει να έχουν:

- Όψη διαυγή
- Χρώμα ωχροκίτρινο ή κίτρινο , τα παθολογικά ούρα μπορεί να είναι πολύ θολά, να έχουν χρώμα καστανό-πρασινοκίτρινο
- Η αντίδραση συνήθως είναι όξινος(pH6) αλλά φυσιολογικά κυμαίνεται ανάλογα με την τροφή από pH4,8 μέχρι pH7,5.
- Το ειδικό βάρος των ούρων είναι 1015-1025 ενώ στα νεογνά είναι χαμηλό.

Οι χημικοί χαρακτήρες των ούρων σε μια γενική ούρων είναι οι εξής:

1. **Λεύκωμα** υπάρχει σε πολύ μικρή ποσότητα οι οποία είναι μη ανιχνεύσιμη στα συνηθισμένα αντιδραστήρια. Αύξηση της ποσότητας αυτής έχουμε στη νεφρίτιδα, στα εμπύρετα νοσήματα, στην τοξιναιμία της κυήσεως, πυελονεφρίτιδα, κυστίτιδα.
2. **Σάκχαρο** το οποίο συνήθως βρίσκεται στα ούρα είναι το σταφυλοσάκχαρο δηλαδή η γλυκόζη φυσιολογικά υπάρχει σε πολύ μικρή ποσότητα. Αυξάνει στο διαβήτη μόνιμα, κατά την εγκυμοσύνη μαζί με την λακτόζη, σε παθήσεις του ήπατος.
3. **Ακετόνη ή οξόνη** όπου εμφανίζεται στα ούρα όταν έχουμε διαταραχές μεταβολισμού των υδατανθράκων. Ακετόνη βρίσκεται στα ούρα των διαβητικών, στην κακή ρύθμιση της ινσουλινοθεραπείας.

4. **Ουρία ούρων** που είναι οργανικά συστατικά των ούρων, παράγονται στο ήπαρ και είναι το τελικό προϊόν διασπάσεως των λευκωμάτων. Η φυσιολογική τιμή της ημερήσιας αποβολής ούρων είναι 6-17 g/24h
5. **Κρεατινίνη ούρων** είναι ο ανυδρίτης της κρεατίνης η οποία κρεατινίνη βρίσκεται μόνο στα παιδιά μέχρι την ήβη, στην λοχεία κυήσεως και κατά τη φθορά μυϊκού ιστού. Η φυσιολογική τιμή για τους άνδρες είναι 1.0-2.0 g/24h και για τις γυναίκες είναι 0.8-1.8 g/24h. Αύξηση της κρεατινίνης παρατηρείται ,στην πνευμονία, στον τέτανο και ελάττωση στην αναιμία και την λευχαιμία.³

Βιοχημικές εξετάσεις

Σάκχαρο αίματος Φ.Τ: **70/110 mg/dl**

Ουρία αίματος Φ.Τ: **10-50 mg/dl**

Κρεατινίνη Φ.Τ: Ενήλικες **0.6-1.2 mg/dl**

Παιδιά <2 ετών **0.3-0.6 mg/dl**

3-18 ετών **0.5-1.0 mg/dl**

Κάλιο Φ.Τ: **3.8-5.0 mEq/L**

Νάτριο Φ.Τ: **136-142 mEq/L**

Ασβέστιο Φ.Τ: **9.2-11.0 mg/dl**

Τρανσαμινάσες Φ.Τ: **8-33 U/L**

Γ –γλουταμυλτρανσφεράση(γ- GT) Φ.Τ: **5-40 U/L**

Αλκαλική φωσφατάση Φ.Τ : **20-130 U/L**

Σίδηρος Φ.Τ : **60-159 mg/dl**

Τριγλυκερίδια Φ.Τ: **10-160 mg/dl**

Φερριτίνη Φ.Τ: Άνδρες: **15-200 ng/mL**

Γυναίκες: **12-150 ng/MI**

Χοληστερίνη Φ.Τ: **150-200 mg/dl**

Χοληστερόλη (LDL) Φ.Τ: Άνδρες: **135-175 mg/dl**

Γυναίκες: **125-165 mg/dl**

Χολερυθρίνη Φ.Τ: **0.2-1.3 mg/dl**

Αλβουμίνη Φ.Τ: **3.2-4.5 g /dl**

Λευκοματίνη Φ.Τ: **6.0-7.8 g /dl⁴⁰**

Στοματική υγιεινή

Μπορεί να φαίνεται εκ πρώτης όψεως υπερβολικό αλλά η βασικότερη αιτία που χαλάνε τα δόντια των περισσότερων συνανθρώπων μας δεν είναι η τερηδόνα και η ουλίτιδα αλλά ο φόβος για τον οδοντίατρο. Εδώ και πολλές δεκαετίες η πιθανότητα και μόνο μιας επίσκεψης στον οδοντίατρο προκαλεί τρόμο και πανικό, «κόβει κυριολεκτικά τα γόνατα». Καθημερινά οι πιο πολλοί οδοντιατρικοί ασθενείς μας που αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα με τα δόντια τους, μας λένε ότι εδώ και χρόνια ήθελαν να επισκεφτούν έναν οδοντίατρο, αλλά φοβόντουσαν.

Δικαιολογημένα μέχρι ένα σημείο. Είναι αλήθεια ότι τα προηγούμενα χρόνια η επίσκεψη στον οδοντίατρο ήταν μια οδυνηρή εμπειρία. Αναισθησία συνήθως δεν γινόταν ή όταν γινόταν ήταν επώδυνη οπότε και η οδοντιατρική θεραπεία είχε ταυτιστεί με τον πόνο, ο τροχός ογκώδης και βαρύς τράνταζε όλο το κεφάλι, οι επεμβάσεις που γινόντουσαν αιματηρές και βάρβαρες σε μια άβολη οδοντιατρική καρέκλα.

Στις μέρες μας όμως όλα αυτά ανήκουν στο παρελθόν. Όλες οι επεμβάσεις που χρειάζονται να γίνουν στο στόμα πραγματοποιούνται γρήγορα, εύκολα και προπαντός ανώδυνα. Σε όλες τις οδοντιατρικές εργασίες και στις πιο απλές (π.χ. σφραγίσματα) γίνεται αναισθησία με ανώδυνο πια τρόπο, τα σύγχρονα κοπτικά εργαλεία είναι κομψά, υψίστροφα και τελειώνουν την εργασία σε σύντομο χρονικό διάστημα, ενώ ο ασθενής είναι αναπνευστικά ξαπλωμένος στην οδοντιατρική

καρέκλα. Με την βοήθεια σύγχρονων οδοντιατρικών εργαλείων, υλικών και φαρμάκων, η οδοντιατρική θεραπευτική έχει αλλάξει ριζικά σε σχέση με το πρόσφατο παρελθόν. Κάθε οδοντοστοματολογικό πρόβλημα αντιμετωπίζεται εύκολα και ανώδυνα για τον ασθενή χωρίς τις δυσάρεστες πλέον συνέπειες παλαιότερων δεκαετιών.

Ο φόβος όμως παραμένει. Οι οδυνηρές εμπειρίες που είχαμε αντιμετωπίσει τα παλαιότερα χρόνια από κάποια επίσκεψη στον οδοντίατρο έχουν φωλιάσει βαθιά μέσα μας και χωρίς να το αντιληφθούμε τις μεταφέρουμε ακούσια και στους γύρω μας. Επιφωνήματα αναστεναγμού, λύπης και πόνου βγαίνουν απ' τα χείλη μας όταν κάποιος γνωστός μας αναφέρει ότι μόλις επισκέφτηκε τον οδοντίατρό του. Άλλες φορές πάλι, η επίσκεψη στον οδοντίατρο χρησιμοποιείται και σαν απειλή για τα μικρά παιδιά προκειμένου να κάτσουν φρόνημα ή να φάνε όλο τους το φαγητό! Οπότε και τα παιδιά που δεν έχουν αρνητικές εμπειρίες από τον οδοντίατρο, επηρεάζονται από τους οικείους τους, σχηματίζουν αρνητική εικόνα γι' αυτόν και δικαιολογημένα φοβούνται.

Ο φόβος μπορεί να ξεπεραστεί μόνο με έναν και μόνο τρόπο: με την επίσκεψη σ' ένα σύγχρονο οδοντιατρείο. Ο γιατρός θα μας εξηγήσει τι εργασίες πρέπει να γίνουν στο στόμα μας, θα τις πραγματοποιήσει εύκολα χρησιμοποιώντας σύγχρονα οδοντιατρικά εργαλεία και υλικά και θα διαπιστώσουμε από πρώτο χέρι ότι όλα όσα μας τρόμαζαν έχουν πια αλλάξει. Θα διαπιστώσουμε και οι ίδιοι ότι όντως όλες οι εργασίες γίνονται πλέον γρήγορα και ανώδυνα. Και αυτή τη διαπίστωση είναι πολύ σημαντικό να την κάνουν από πολύ νωρίς τα παιδιά. Από μικρή ηλικία θα πρέπει να γνωρίζουν τον οδοντίατρο και να έρχονται σε επαφή μαζί του. Ο οδοντίατρος θα τους μιλήσει για τα δοντάκια τους, θα τα μάθει να βουρτσίζουν και να προσέχουν τα ίδια το στόμα τους και όποια βλάβη παρουσιάζεται στα ευαίσθητα παιδικά δόντια θα αντιμετωπίζεται άμεσα, γρήγορα και όταν είναι ακόμα σε αρχικό στάδιο.⁸

Πρόληψη

Τα ωραία δόντια και τα γερά ούλα καταστρέφονται από την οδοντική μικροβιακή πλάκα. Ο μόνος τρόπος για να απομακρύνουμε τη μικροβιακή πλάκα από το στόμα μας είναι το καλό καθημερινό βούρτσισμα.

Το καλό βούρτσισμα κρατάει 2 λεπτά. Βουρτσίζετε τα δόντια σας, τουλάχιστον 2

φορές την ημέρα, πρωί και βράδυ. Να βουρτσίζετε όλα τα δόντια και όλες τις επιφάνειες των δοντιών.

Η οδοντόβουρτσά σας να έχει νάιλον τρίχες μεσαίας σκληρότητας. Το κεφάλι της οδοντόβουρτσας να μην είναι πολύ μεγάλο. Όταν οι τρίχες της οδοντόβουρτσας αρχίζουν να κατσαρώνουν και να αραιώνουν, τότε πρέπει να την αλλάξετε. Σχεδόν όλες πια οι οδοντόκρεμες περιέχουν φθόριο, οπότε χρησιμοποιείτε αυτή που σας αρέσει περισσότερο.

Για να καθαρίζετε καλά τα διαστήματα ανάμεσα στα δόντια, καλό είναι να χρησιμοποιείτε και το οδοντικό νήμα. Τη σωστή χρήση θα σας τη δείξει ο οδοντίατρός σας. Τα διάφορα στοματοπλύματα που υπάρχουν, μόνο σαν συμπλήρωμα στο βούρτσισμα μπορείτε να τα χρησιμοποιείτε. Δεν αντικαθιστούν το βούρτσισμα των δοντιών. Το καλό καθημερινό βούρτσισμα είναι ο μόνος τρόπος για να έχετε όμορφα δόντια, γερά ούλα, και ένα λαμπερό και δροσερό χαμόγελο. Μπορούμε να έχουμε γερά και ωραία δόντια για όλη μας τη ζωή αν χρησιμοποιούμε φθόριο, αποφεύγουμε τη ζάχαρη, και επισκεπτόμαστε τον οδοντίατρό μας τακτικά. Το φθόριο είναι μια ουσία που δυναμώνει τα δόντια.

Γι' αυτό, στο καθημερινό βούρτσισμα των δοντιών να χρησιμοποιείτε οδοντόκρεμα που περιέχει φθόριο. Πολύ καλά είναι τα φθοριούχα στοματοπλύματα για μετά το βούρτσισμα. Φθορίωση στα δόντια σας, και κυρίως στα παιδιά, θα σας κάνει ο οδοντίατρός σας, όταν τον επισκέπτεστε τακτικά. Επίσης, για τα παιδιά, υπάρχει φθόριο σε χαπάκια, που θα σας τα δώσει ο οδοντίατρος σας.

Η ζάχαρη είναι υπεύθυνη για το χάλασμα των δοντιών, γιατί βοηθάει στην ανάπτυξη τερηδόνας. Μην τρώτε πολλή ζάχαρη, και κυρίως μην τρώτε πολλές φορές την ημέρα ζάχαρη. Μειώστε τα γλυκά, τα παγωτά και τα αναψυκτικά που παίρνετε ανάμεσα στα γεύματα. Αν θέλετε να φάτε γλυκό να το φάτε αμέσως μετά το φαγητό σας.

Εκτός από την καθημερινή φροντίδα των δοντιών, με το βούρτσισμα, τη χρήση φθορίου και την αποφυγή της ζάχαρης, πρέπει να επισκέπτεστε τον οδοντίατρό σας κάθε 6 μήνες. Μόνον έτσι θα προλάβετε κάποιο τυχόν πρόβλημα στην αρχή του. Μην περιμένετε να πονέσετε για να πάτε στον οδοντίατρο. Κλείνετε κάθε 6 μήνες το ραντεβού σας για να κάνετε προληπτικό έλεγχο, καθαρισμό των δοντιών και φθορίωση.³

Έρευνα

Ένα βήμα πλησιέστερα φαίνεται πως είναι οι επιστήμονες στον καθορισμό της στενής σχέσης της περιοδοντίτιδας με τις ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα νέας έρευνας.

Η έρευνα, που δημοσιεύεται στο 'New England Medical Journal' συνδέει την περιοδοντίτιδα με βλάβες στη λειτουργικότητα των αγγείων και τις επακόλουθες καρδιαγγειακές ασθένειες οι οποίες αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου.

Όπως έδειξε η έρευνα, οι βλάβες στα αγγεία περιορίστηκαν με την αγωγή που ακολουθήθηκε κατά της περιοδοντίτιδας. Από την έρευνα που διενήργησε ο Dr. Maurizio Toretti, φαίνεται ότι υπάρχει σχέση των αρχικών ενδείξεων αρτηριοσκλήρυνσης με την ασθένεια των ούλων.

Οι ερευνητές εξέτασαν 120 άτομα με σοβαρής μορφής περιοδοντίτιδα για διάστημα έξι μηνών και συνέκριναν τα αποτελέσματα όσων φρόντιζαν τα δόντια τους με το συνήθη τρόπο με αυτά όσων ακολούθησαν εντατική αγωγή ενάντια στην περιοδοντίτιδα.

Η ομάδα που ακολούθησε την εντατική αγωγή, η οποία περιλάμβανε τη λήψη αντιβιοτικού και σε ορισμένες περιπτώσεις εξαγωγές δοντιών, παρουσίασε σημαντική βελτίωση στη ροή του αίματος στα αγγεία δυο μήνες μετά την αγωγή, ενώ έξι μήνες αργότερα τα αποτελέσματα ήταν ακόμα καλύτερα.

Πολλές φορές η περιοδοντίτιδα παραμένει χωρίς αντιμετώπιση και παρουσιάζεται σαν παράγοντας χρόνιας φλεγμονής που ενδεχομένως επιβαρύνει τον οργανισμό.

Τα τελευταία χρόνια διάφορες έρευνες έχουν συσχετίσει την περιοδοντίτιδα με την αρτηριοσκλήρυνση. Η παρούσα έρευνα καταδεικνύει τη σημασία της εντατικής αγωγής κατά της περιοδοντίτιδας στην κατάσταση του καρδιαγγειακού συστήματος.¹⁴

Ύπνος

Ο φυσιολογικός ύπνος αποτελείται από κύκλους που επανέρχονται 4 έως και 6 φορές κατά τη διάρκειά του. Ο κάθε κύκλος αποτελείται από τέσσερα στάδια αυξανόμενου βάθους του ύπνου καθώς και από τη φάση REM (φάση ταχέων κινήσεων των οφθαλμών) που θεωρείται η φάση κατά την οποία ονειρευόμαστε. Με

αύξοντα αριθμό κύκλων μειώνεται η διάρκεια του έκτου σταδίου (βαθύς ύπνος) και αυξάνεται η διάρκεια της φάσης REM.

Αϋπνίες παρατηρούνται μέχρι και σε ποσοστό 35% του πληθυσμού. Πρέπει να τις διαιρέσουμε κατ' αρχήν σε αυτές που παρουσιάζονται στην αρχή του ύπνου (πριν να αποκοιμηθούμε και στο πρώτο στάδιο) και σε αυτές κατά τη διάρκειά του (υπόλοιπα στάδια και φάση REM). Η αϋπνία οδηγεί σε αυξημένη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας καθώς και αυξημένο αίσθημα κόπωσης, που μειώνει την αποδοτικότητα.

Υπάρχουν και βλάβες άλλης αιτίας που δημιουργούν υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας δίχως αϋπνία το βράδυ, όπως π.χ. η ναρκοληψία που χαρακτηρίζεται από ξαφνικές επιθέσεις έντονης υπνηλίας και η οικογενή υπερυπνηλία, που είναι όμως πιο σπάνια.

Η πιο συχνή αιτία αϋπνίας στην αρχή και κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι η συχνή χρήση οινόπνευματος, νικοτίνης και ναρκωτικών ουσιών καθώς και φαρμάκων, ακόμη και υπνωτικών. Έφηβοι και ενήλικες με συχνή κατανάλωση τέτοιων ουσιών παρουσιάζουν αϋπνία 3,5 φορές παραπάνω από το μέσο όρο!!! Οι χρόνιοι χρήστες αλκοόλ σε μεγαλύτερη ηλικία παρουσιάζουν ακόμα μεγαλύτερα ποσοστά αϋπνίας.

Μία επίσης πολύ συχνή αιτία αϋπνίας είναι οι συναισθηματικές κι αγχώδεις διαταραχές (όχι όλες γιατί υπάρχουν και αυτές που παρουσιάζουν αυξημένη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και υπερυπνηλία ή κανονικό ύπνο κατά τη διάρκεια της νύκτας).

Υπέρβαρα άτομα κυρίως, παρουσιάζουν το φαινόμενο της άπνοιας κατά τη διάρκεια του ύπνου, με αποτέλεσμα τη χρόνια οργανική εγκεφαλική διαταραχή και το συναίσθημα έντονης κόπωσης κατά τη διάρκεια της ημέρας, λόγω της μειωμένης οξυγόνωσης του εγκεφάλου. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μεγάλο κίνδυνο εγκεφαλικών αλλά και καρδιακών επεισοδίων.

Η νόσος του Πάρκινσον προκαλεί επίσης συχνά σοβαρές αϋπνίες, λόγω της δυσκολίας αλλαγής θέσης στο κρεβάτι, επειδή η επήρεια των φαρμάκων έχει ελαττωθεί τις νυκτερινές ώρες.

Εδώ θα πρέπει να αναφερθούν και άλλα νοσήματα των βασικών γαγγλίων του εγκεφάλου, όπως τα ανήσυχα πόδια (απότομες κινήσεις, παραισθησίες των κάτω άκρων στην αρχή του ύπνου που δεν αφήνουν τον πάσχοντα να αποκοιμηθεί) και οι περιοδικές κινήσεις των άκρων κατά τη διάρκεια του ύπνου που ξυπνούν τον

πάσχοντα.

Ο τριγμός των σιαγώνων είναι ένα καθόλου σπάνιο φαινόμενο (5-20%) που έχει όμως κυρίως τις αιτίες του σε άγχος, άπνοια ύπνου, φοβίες, συναισθηματικές διαταραχές και συνήθως βελτιώνεται μετά το 40^ο έτος της ηλικίας.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθούν βλάβες του κύκλου του ύπνου με μετάθεσή του στις πρωινές ή πρώτες βραδινές ώρες, που έχει την αιτία του σε βλάβες στον υποθάλαμο (που είναι ρυθμιστής του ωραρίου του ύπνου) αλλά παρουσιάζεται και μετά από συχνά υπερατλαντικά ταξίδια.

Η θεραπεία της αϋπνίας πρέπει να συστήνεται από τον ειδικό (κυρίως νευρολόγο ψυχίατρο) είτε πρόκειται για φωτοθεραπεία ή λήψη μελατονίνης, όπως π.χ. στη μετάθεση του κύκλου του ύπνου, είτε για λήψη αντικαταθλιπτικών, ακόμη και υπνωτικών (τα τελευταία επιτρέπεται να λαμβάνονται μόνο για περιορισμένο χρονικό διάστημα για να αποφευχθεί ο εθισμός που θα επιτείνει την αϋπνία).

Γενικά ισχύει ότι δεν υπάρχει θεραπεία της αϋπνίας. Υπάρχει μόνο η θεραπεία της αιτίας της.⁴¹

Δέκα απλές λύσεις για την αντιμετώπιση της αϋπνίας

Όλοι από καιρού εις καιρόν έχουμε προβλήματα με τον βραδινό ύπνο. Το στρες και η ένταση της μέρας καθώς και μερικά λάθη που κάνουμε στον τρόπο ζωής μας, συμβάλλουν στις αϋπνίες. Ωστόσο, υπάρχουν απλές λύσεις που βοηθούν στο να κοιμηθεί κάποιος καλύτερα.⁴²

Αποφύγετε την καφεΐνη

Με απλά λόγια, η καφεΐνη μπορεί να σας κρατά ξύπνιους. Μπορεί να παραμείνει στον οργανισμό σας για μεγαλύτερο διάστημα από όσο νομίζετε-μέχρι 14 ώρες! Έτσι, όταν πίνετε ένα φλιτζάνι καφέ το μεσημέρι και μένετε ξύπνιος ως τα μεσάνυχτα, η αιτία μπορεί να είναι η καφεΐνη. Η αποφυγή της κατανάλωσης καφεΐνης, τουλάχιστον 4 με 6 ώρες πριν την ώρα του ύπνου, μπορεί να σας βοηθήσει να κοιμηθείτε πιο εύκολα. Αν ήδη καταναλώσατε αρκετή καφεΐνη, δοκιμάστε να φάτε υδατάνθρακες, όπως ψωμί ή φρυγανιές για να μειωθούν τα αποτελέσματά της.⁴²

Αποφύγετε το αλκοόλ σαν βοήθεια για τον ύπνο

Αρχικά το αλκοόλ μπορεί να σας βοηθήσει να κοιμάστε, αλλά οδηγεί και σε διαταραχές του ύπνου με αποτέλεσμα ο ύπνος να μη σας ξεκουράζει.⁴²

Χαλαρώστε πριν τον ύπνο

Το στρες δεν σας κάνει μόνο να νιώθετε άσχημα αλλά επηρεάζει και τον ύπνο. Καλό θα είναι να αναπτύξετε κάποια συνήθεια πριν τον ύπνο που θα διακόπτει τη σχέση μεταξύ του ημερήσιου στρες και της ώρας που πάτε να κοιμηθείτε. Αυτές οι συνήθειες μπορεί να είναι σύντομες-διάρκειας 10 λεπτών-ή να διαρκούν ακόμα και μια ώρα.

Ορισμένοι άνθρωποι φτιάχνουν λίστες με τους στρεσογόνους γι αυτούς παράγοντες σε συνδυασμό με ένα πλάνο αντιμετώπισης τους. Αυτό δρα ως 'κλείσιμο της μέρας'. Ο συνδυασμός της καταγραφής αυτής και μια περίοδος χαλάρωσης –με διάβασμα, διαλογισμό, αρωματοθεραπεία, στρέσιγκ ή με ένα ζεστό μπάνιο-μπορεί να σας βοηθήσει στο θέμα του ύπνου. Και μην κοιτάτε το ρολόι. Ο χτύπος του θα σας αποσυντονίσει.⁴²

Να ασκείστε στην κατάλληλη για σας ώρα

Η τακτική άσκηση μπορεί να σας βοηθήσει να έχετε έναν καλό βραδινό ύπνο. Σημαντικό ρόλο στον ύπνο παίζει η ένταση και η ώρα που γυμνάζεστε. Αν ανήκετε στην κατηγορία των ανθρώπων που αποκτούν μεγαλύτερη ενέργεια μετά την άσκηση, καλό θα είναι να μην εξασκείστε βραδινές ώρες. Η τακτική άσκηση το πρωί έχει την ιδιότητα ακόμα και να ανακουφίζει από την αϋπνία, σύμφωνα με νέα μελέτη.⁴²

Διατηρήστε το υπνοδωμάτιό σας ήσυχο, σκοτεινό και άνετο

Για πολλούς, ακόμα και ο πιο μικρός θόρυβος ή το φως μπορεί να διαταράξει τον ύπνο τους-όπως το νιαούρισμα μιας γάτας ή το φως που εκπέμπει το laptop ή η τηλεόραση. Για να δημιουργήσετε ένα ιδανικό σκηνικό για ύπνο μπορείτε να χρησιμοποιήσετε ακουστικά, κουρτίνες ή το air-condition. Στην περίπτωση που χρειαστεί να σηκωθείτε τη νύχτα, μην έχετε αναμμένο το φως από πάνω σας αλλά χρησιμοποιείστε ένα μικρό φωτάκι νυχτός. Η θερμοκρασία δωματίου θα πρέπει να είναι κατάλληλα ρυθμισμένη.⁴²

Να τρώτε σωστά

Να προσπαθείτε να μην πηγαίνετε νηστικός στο κρεβάτι, αλλά ούτε και να τρώτε βαριά γεύματα. Ένα γεμάτο στομάχι μπορεί να σας κρατήσει ξάγρυπνο. Ωστόσο, υπάρχουν μερικές τροφές που μπορεί να σας βοηθήσουν να κοιμηθείτε πιο εύκολα. Τέτοιες τροφές είναι το γάλα, ο τόνος, το αβοκάντο, τα αυγά, τα αμύγδαλα, τα ροδάκινα, τα βερίκοκα, τα σπαράγγια, οι πατάτες και οι μπανάνες. Επίσης προσπαθήστε να μην πίνετε τίποτα μετά τις 8 το βράδυ. Αυτό θα σας βοηθήσει να αποφύγετε να σηκωθείτε κατά τη διάρκεια της νύχτας.⁴²

Περιορίστε τη νικοτίνη

Το κάπνισμα πριν από τον ύπνο, αν και είναι χαλαρωτικό, στην πραγματικότητα εισάγει ένα διεγερτικό στον οργανισμό σας. Η επίδραση της νικοτίνης είναι παρόμοια με της καφεΐνης. Η νικοτίνη μπορεί να σας κρατήσει ξάγρυπνο τη νύχτα. Ιδιαίτερα θα πρέπει να αποφεύγεται η νικοτίνη όταν πλησιάζει η ώρα του ύπνου και όταν ξυπνάτε στη μέση της νύχτας.⁴²

Να αποφεύγετε τη σιέστα

Ο σύντομος ύπνος μπορεί να επιδεινώσει το πρόβλημα, στην περίπτωση που έχετε δυσκολία στον ύπνο. Αν συνηθίζετε να κοιμάστε για λίγο κατά τη διάρκεια της μέρας, φροντίστε ο ύπνος να είναι σύντομος. Ο δεκαπεντάλεπτος ή εικοσάλεπτος ύπνος ,8 ώρες μετά το πρωινό ξύπνημα, μπορεί να σας αναζωογονήσει.⁴²

Κρατείστε τα ζώα μακριά από το κρεβάτι

Το κατοικίδιό σας κοιμάται μαζί σας; Η συνήθεια αυτή μπορεί να σας κρατά ξύπνιο τη νύχτα, είτε λόγω αλλεργίας είτε λόγω των κινήσεων του ζώου.⁴²

Αποφύγετε την παρακολούθηση τηλεόρασης, το φαγητό και τη συζήτηση 'δύσκολων' θεμάτων στο κρεβάτι

Το κρεβάτι δεν είναι ο τόπος για τις παραπάνω ασχολίες, οι οποίες αν συσχετιστούν στο μυαλό με αυτό, μπορεί να σας φέρουν δυσκολίες στο να κοιμηθείτε.⁴²

Στρες

Οι στρεσογόνοι παράγοντες στο περιβάλλον ταξινομούνται σε φυσικούς-χημικούς και

κοινωνικούς-ψυχολογικούς. Στη δεύτερη κατηγορία, σημαντικό ρόλο παίζουν ορισμένα κρίσιμα γεγονότα, όπως ο θάνατος συγγενούς, το διαζύγιο, η φυλάκιση, η σοβαρή ασθένεια, η απώλεια της δουλειάς, η μετακίνηση, κ.ά.

Στους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες περιλαμβάνονται επίσης οι οικογενειακές υποχρεώσεις, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, η απομόνωση, κ.ά.

Η σύγχρονη ψυχολογία, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον, θεωρεί ότι οι επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων τροποποιούνται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει και βιώνει τους παράγοντες αυτούς.

Στη διαδικασία αυτή εμπλέκεται το κεντρικό νευρικό σύστημα, που δρα ρυθμιστικά ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον του, καθώς και το ενδοκρινολογικό και ανοσολογικό σύστημα, που με τις ορμόνες και τους ανοσομεταβιβαστές αλληλεπιδρούν με το νευρικό σύστημα.

Τα στρεσογόνα ερεθίσματα διαμέσου του κεντρικού νευρικού συστήματος αυξάνουν την παραγωγή ορμονών όπως η αδρεναλίνη, ή επινεφρίνη, η νοραδρεναλίνη, ο CRF (παράγων έκλυσης της κορτικοτροπίνης), η ACTH (φλοιοεπινεφριδιοτρόπος ορμόνη) και η κορτιζόλη. Οι ορμόνες αυτές προετοιμάζουν το άτομο για 'μάχη' ή για φυγή.

Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη βλάπτουν τα αιμοφόρα αγγεία και τους ιστούς στην καρδιά (κυρίως σε καταστάσεις έντονου και διαρκούς στρες), ενώ η κορτιζόλη σε αντίστοιχες περιπτώσεις προκαλεί παθητικότητα και κατάθλιψη, ή μειώνει τις νοητικές λειτουργίες στους ηλικιωμένους. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι αυξημένη κορτιζόλη στο αίμα μειώνει την ανοσολογική απάντηση του οργανισμού.

Όλες αυτές οι διεργασίες επιδρούν αρνητικά στην υγεία. Υπολογίζεται ότι το 50% των προβλημάτων του σύγχρονου ανθρώπου σχετίζονται, άμεσα ή έμμεσα, με το στρες. Μελέτη σε ενήλικες άντρες διαπίστωσε ότι όσοι είχαν βιώσει τουλάχιστον τρία σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή τους παρουσίαζαν υπερτριπλάσια θνησιμότητα.

Οι επιπτώσεις των στρεσογόνων διεργασιών στην υγεία διακρίνονται σε άμεσες και μακροπρόθεσμες. Στις άμεσες επιπτώσεις περιλαμβάνονται ο πόνος στην πλάτη, οι μυϊκοί σπασμοί, οι ταχυπαλμίες, τα οφθαλμολογικά προβλήματα, ο πονοκέφαλος, τα δερματικά εξανθήματα, η κόπωση.

Μακροπρόθεσμα, η χρόνια επιβάρυνση από το στρες μπορεί να προκαλέσει σοβαρά νοσήματα, τα οποία συνήθως εκδηλώνονται 6-18 μήνες μετά από ένα σημαντικό στρεσογόνο γεγονός.

Τα πιο σημαντικά νοσήματα που μπορεί να προκαλέσει μακροπρόθεσμα το στρες είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και η αρτηριακή υπέρταση. Από τις πρώτες εργασίες με διεθνή απήχηση που τεκμηρίωσαν τη σχέση του στρες με την αυξημένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν αυτή του ακαδημαϊκού Δ. Τριχόπουλου και των συνεργατών του.

Με τη μακροχρόνια έκθεση στο στρες σχετίζονται επίσης το γαστρικό έλκος και ο χρόνιος πονοκέφαλος. Στρεσογόνοι παράγοντες έχουν παρατηρηθεί και πριν από την εμφάνιση ορισμένων άλλων νοσημάτων, όπως της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, της πολλαπλής σκλήρυνσης, της κολίτιδας, των αλλεργιών, των ψυχικών διαταραχών και ορισμένων κακοηθών νεοπλασμάτων.

Το μεγαλύτερο, όμως, ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση του στρες με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η κινητοποίηση λίπους και γλυκόζης αποτελούν διεργασίες που, είτε άμεσα (λίπος) είτε έμμεσα (σακχαρώδης διαβήτης), προάγουν την αθηρωμάτωση και την καταστροφή των αγγείων.

Μια άλλη μακροχρόνια αντίδραση στο στρες είναι η υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών, όπως του καπνίσματος, της χρήσης ναρκωτικών, της κατανάλωσης οινοπνεύματος, της έλλειψης σωματικής άσκησης. Το στρες μπορεί ακόμη να προκαλέσει ανωμαλίες στην καθημερινή ζωή και στον ύπνο.

Το παρατεταμένο στρες κάνει τα άτομα πιο ευερέθιστα και επηρεάζει τον τρόπο που εργάζονται και την προσπάθεια που καταβάλλουν, ενώ μειώνει και τη δυνατότητα για μάθηση, καταστρέφοντας νευρώνες στον ιππόκαμπο. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι το στρες στα παιδιά επιδρά αρνητικά στην ανάπτυξή τους και επηρεάζει το ύψος τους.

Η απάντηση του οργανισμού στο στρες ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Οι διαφορές οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στις εμπειρίες των πρώτων χρόνων της ζωής, όταν αναπτύσσεται ο εγκέφαλος. Στέρηση της μητέρας ή άλλα τραυματικά κοινωνικά γεγονότα αυξάνουν την υπερβολική αντίδραση στα στρεσογόνα γεγονότα κατά την ενήλικη ζωή. Επίσης, υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες.

Στις γυναίκες δεν αυξάνεται τόσο η αρτηριακή πίεση όσο στους άνδρες. Από την άλλη, οι γυναίκες έχουν την τάση να επηρεάζονται από ευρύτερο φάσμα

στρεσογόνων παραγόντων, επειδή έχουν πιο σφαιρική εικόνα της πραγματικότητας και συνολικότερη ευθύνη της καθημερινότητας.

Η σημαντική επίδραση που ασκεί το στρες, μια κατά βάση ψυχική διεργασία, στη σωματική υγεία είναι ένα επιπλέον δεδομένο το οποίο ενισχύει τη σημασία που αποδίδεται τα τελευταία χρόνια στα ψυχοσωματικά προβλήματα και συμπτώματα. Σύμφωνα μάλιστα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την υγεία, όλα τα νοσήματα θεωρούνται ψυχοσωματικά, καθώς αποτελούν εκδηλώσεις ανισορροπίας της αλληλουχίας ψυχής-σώματος.³⁵

Άνδρες και τσεκ-απ: Ποιες εξετάσεις πρέπει να γίνονται

Το τσεκ-απ είναι μια γενική ιατρική εξέταση που περιλαμβάνει σειρά κλινικών και εργαστηριακών ερευνών για να διαπιστωθεί η κατάσταση των οργάνων και γενικά της υγείας του εξεταζομένου.

Το τσεκ-απ είναι σημαντικό διότι μπορεί να ανιχνεύσει έγκαιρα ορισμένες ανωμαλίες στον ασθενή που μπορούν να οδηγήσουν στη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση τους. Επίσης συμβάλλει στην πρόωρη διάγνωση ασθενειών γεγονός που επιτρέπει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Στους άνδρες το τσεκ-απ περιλαμβάνει την κλινική εξέταση, τη μέτρηση του δείκτη μάζας σώματος που βασίζεται στο βάρος και ύψος του σώματος, τη μέτρηση της πίεσης, της γλυκόζης αίματος, τον έλεγχο του προστάτη και του παχέος εντέρου και τέλος τον έλεγχο των εμβολιασμών.

Η κλινική εξέταση από το γιατρό είναι η καλύτερη ευκαιρία για να ελεγχθεί η γενική σωματική κατάσταση του άνδρος.

Παράλληλα ο άνδρας έχει την ευκαιρία να ρωτήσει διάφορα πράγματα σε σχέση με την υγεία που τον αφορούν. Επίσης ο γιατρός μπορεί να δώσει συμβουλές στον άνδρα ανάλογα με τα ειδικά προβλήματα στην κάθε περίπτωση.

Η συχνότητα με την οποία ένας άνδρας πρέπει να εξετάζεται από το γιατρό, εξαρτάται από την ηλικία:

- 18 έως 39 ετών: Κάθε 3 έως 5 χρόνια

- 40 έως 49 ετών: Κάθε 1 έως 2 χρόνια
- Άνω των 50 ετών: Κάθε χρόνο. Στις ηλικίες αυτές η συχνότητα των καρδιακών παθήσεων και του καρκίνου αυξάνονται σημαντικά

Κατά την κλινική εξέταση εκτός των άλλων μπορεί να γίνει μια επισταμένη εξέταση του δέρματος για την ανίχνευση ανησυχητικών αλλαγών του ή προκαρκινικών καταστάσεων. Επίσης η εξέταση των όρχεων είναι δυνατόν να ανιχνεύσει έγκαιρα τον καρκίνο των όρχεων.

Παράλληλα η εξέταση του αγγειακού συστήματος δίνει πληροφορίες για τις αρτηρίες που μεταφέρουν το αίμα στον εγκέφαλο ή στα κάτω μέλη. Ο έλεγχος των ματιών πρέπει να γίνεται για την έγκαιρη διάγνωση ασθενειών όπως το γλαύκωμα και ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας που αποτελούν τις συχνότερες αιτίες τύφλωσης.

Η μέτρηση της πίεσης πρέπει να γίνεται σε κάθε ιατρική επίσκεψη ή τουλάχιστο κάθε 1 έως 2 χρόνια.

Είναι πολύ σημαντικό να ανιχνεύεται έγκαιρα η ψηλή πίεση διότι είναι αιτία καρδιακών παθήσεων και εγκεφαλικών επεισοδίων. Ψηλή πίεση υπάρχει όταν μετά από την ορθή μέτρηση, η πίεση είναι ίση ή μεγαλύτερη από 140/90 mmHg. Εάν υπάρχει ψηλή πίεση, οι μετρήσεις της πρέπει να γίνονται συχνότερα.

Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, η σωματική άσκηση, η μείωση του αλατιού στη διατροφή και τα φάρμακα εάν χρειάζονται, βοηθούν στην αντιμετώπιση της ψηλής πίεσης.

Η μέτρηση του βάρους και του ύψους επιτρέπουν τον υπολογισμό του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ).

Ο ΔΜΣ υπολογίζεται σαν το πηλίκο του βάρους σώματος (B) με μονάδα μέτρησης σε κιλά, διαιρούμενο δια του ύψους (Υ) με μονάδα μέτρησης σε μέτρα στο τετράγωνο.

Ο ΔΜΣ είναι πολύ καλύτερος δείκτης του κατά πόσο κάποιος είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος διότι λαμβάνεται υπ' όψη στον υπολογισμό του και το ύψος του κάθε ασθενή.

Τα κριτήρια που λαμβάνονται υπ' όψη για να φανεί εάν κάποιος έχει υπερβολικό βάρος σώματος είναι τα ακόλουθα:

- Κανονικό βάρος του ατόμου για το ύψος του είναι όταν ο ΔΜΣ κυμαίνεται μεταξύ 18,5 και 24,9
- Υπέρβαρα είναι τα άτομα που έχουν ΔΜΣ μεταξύ 25 και 29,9
- Παχύσαρκα είναι τα άτομα που έχουν ΔΜΣ από 30 έως 35 και πιο πάνω

Ο υπολογισμός του ΔΜΣ πρέπει να γίνεται σε κάθε κλινική εξέταση από το γιατρό.

Η χοληστερόλη όταν είναι ψηλή στο αίμα, αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακή πάθηση και εγκεφαλικά επεισόδια.

Η μέτρηση της χοληστερόλης στο αίμα πρέπει να γίνεται τουλάχιστο κάθε 5 χρόνια. Σε άτομα με ιστορικό ψηλής πίεσης ή διαβήτη, ο έλεγχος της χοληστερόλης είναι καλό να γίνεται κάθε 1 έως 2 χρόνια.

Ο έλεγχος της γλυκόζης αίματος είναι σημαντικός για την ανίχνευση του διαβήτη.

Πολλοί πάσχουν από διαβήτη ή προδιαβήτη χωρίς να το γνωρίζουν.

Ο διαβήτης παρουσιάζει μια σημαντική αύξηση. Είναι αιτία πολλών άλλων ασθενειών όπως καρδιοπαθειών, νεφροπαθειών, τύφλωσης, αγγειακών παθήσεων και εγκεφαλικών επεισοδίων.

Κανονικά η γλυκόζη αίματος είναι κάτω από 110 mg/dl. Εάν η ανάλυση δείξει πιο πάνω από 125 mg/dl, τότε πρέπει να γίνει μια δεύτερη ανάλυση. Εάν σε δύο διαφορετικές ημέρες η ανάλυση δείξει τιμές μεγαλύτερες από 125 mg/dl, τότε ο ασθενής έχει διαβήτη.

Οι ενδιάμεσες τιμές από 110 mg/dl έως 125 mg/dl δείχνουν ότι ο ασθενής έχει προδιαβήτη με αυξημένο κίνδυνο να προσβληθεί από διαβήτη. Η γλυκόζη αίματος πρέπει να ελέγχεται τουλάχιστο κάθε 3 χρόνια.

Άτομα που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, που έχουν οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, ψηλή χοληστερόλη ή ψηλή πίεση διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για διαβήτη και έτσι πρέπει να ελέγχουν τη γλυκόζη αίματος τους συχνότερα.

Ο έλεγχος για τον καρκίνο του προστάτη, αποτελεί ένα επίμαχο θέμα.

Παρά το γεγονός ότι ο καρκίνος του προστάτη είναι ο συχνότερος καρκίνος στους άνδρες, εντούτοις για τα πρώιμα στάδια η αναγκαιότητα ανίχνευσης παραμένει υπό αμφισβήτηση. Οι άνδρες άνω των 50 ετών ή νεώτεροι με οικογενειακό ιστορικό

καρκίνου του προστάτη, θα πρέπει να συζητούν με το γιατρό τους, τις ιδιαιτερότητες, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του τσεκ-απ για τον προστάτη.

Τα τεστ που χρησιμοποιούνται ευρέως για την ανίχνευση του καρκίνου του προστάτη είναι η δακτυλική εξέταση από το ορθό με τη ψηλάφηση του προστάτη και η μέτρηση στο αίμα του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA).

Το τσεκ-απ πρέπει να περιλαμβάνει και εξετάσεις που στόχο έχουν την ανίχνευση καρκίνου του παχέος εντέρου.

Ο καρκίνος αυτός, αποτελεί την τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου στους άνδρες.

Όλοι οι άνδρες άνω των 50 ετών πρέπει να υποβάλλονται σε εξετάσεις για την ανίχνευση του καρκίνου παχέος εντέρου. Επίσης νεώτεροι άνδρες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου, είναι επίσης αναγκαίο να ελέγχονται για τον εν λόγω καρκίνο. Δυστυχώς οι εξετάσεις αυτές του τσεκ-απ δεν γίνονται παρά μόνο σε λίγες περιπτώσεις.

Οι εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό είναι η ανίχνευση αίματος στα κόπρανα (stool guaiac), η κολonosκόπηση και η σιγμοειδοσκόπηση. Σε άνδρες άνω των 50 ετών, η ανίχνευση αίματος στα κόπρανα πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο.

Η σιγμοειδοσκόπηση σε άνδρες άνω των 50 ετών, πρέπει να γίνεται κάθε 5 χρόνια. Η κολonosκόπηση σε άνδρες άνω των 50 ετών πρέπει να γίνεται κάθε 10 χρόνια.

Εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό για τον καρκίνο αυτό τότε η κολonosκόπηση να αρχίζει από την ηλικία των 40 ετών. Ανάλογα με την περίπτωση ο γιατρός θα συζητήσει τις ιδιαιτερότητες και θα προσαρμοστούν οι εξετάσεις στις ανάγκες του ασθενούς.

Οι εμβολιασμοί είναι ένας απλός και αποτελεσματικός τρόπος για την πρόληψη σημαντικών μολύνσεων.

Οι εμβολιασμοί πρέπει να περιλαμβάνουν εμβόλια κατά του τετάνου κάθε 10 χρόνια, της γρίπης κάθε χρόνο ιδιαίτερα στα άτομα άνω των 50 ετών, του πνευμονιόκοκκου για πρόληψη της πνευμονίας σε άτομα άνω των 65 ετών. Ο γιατρός θα συστήσει και άλλα εμβόλια όπως αυτά της ηπατίτιδας Β και Α ανάλογα με την περίπτωση.¹⁴

Γυναίκες και τσεκ-απ: Ποιες εξετάσεις πρέπει να γίνονται

Αυτά που μπορείτε να κάνετε για να προστατέψετε την υγεία σας και να προλάβετε έγκαιρα ορισμένες ασθένειες, είναι πολλά. Από εσάς εξαρτάται να κάνετε τα ανιχνευτικά τεστ που επιβάλλονται για την περίπτωση σας, να υιοθετήσετε ένα υγιεινό τρόπο ζωής και τέλος να παίρνετε κάποια φάρμακα για προληπτικούς λόγους εάν αυτό είναι αναγκαίο για σας.

Ανεξάρτητα από την ηλικία σας, την επόμενη φορά που θα επισκεφτείτε το γιατρό σας, είναι σημαντικό να συζητήσετε μαζί του τις εξετάσεις που χρειάζονται για το δικό σας τσεκ-απ.

Το τσεκ-απ έχει στόχο να αξιολογήσει γενικά την κατάσταση της υγείας σας. Περιλαμβάνει τη λήψη του ιστορικού από το γιατρό σας, την κλινική εξέταση, τη μέτρηση του βάρους, του ύψους, της πίεσης, τον υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος και ορισμένες εργαστηριακές αναλύσεις.

Το θέμα των ανιχνευτικών τεστ απασχολεί ιδιαίτερα τις γυναίκες λόγω του ότι ορισμένες ασθένειες που ανιχνεύονται από αυτά, εάν διαγνωσθούν στα πρώιμα στάδια είναι ευκολότερες στην αντιμετώπιση τους.

Ας δούμε τώρα τα σημαντικότερα ανιχνευτικά τεστ:

- **Μαστογραφία:** Από την ηλικία των 40 ετών και μετά είναι καλό να γίνεται μια μαστογραφία κάθε 1 με 2 χρόνια
- **Τεστ Παπανικολάου:** Το τεστ Παπανικολάου είναι καλό να γίνεται κάθε 1 με 3 χρόνια στις γυναίκες που είχαν ή έχουν σεξουαλική δραστηριότητα ή που είναι άνω των 21 ετών
- **Έλεγχος χοληστερόλης:** Πρέπει να γίνεται συστηματικά μέτρηση της χοληστερόλης σε γυναίκες άνω των 45 ετών. Εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, καρδιακών ή εγκεφαλικών επεισοδίων ή εάν είστε καπνίστρια, τότε ο έλεγχος της χοληστερόλης πρέπει να αρχίζει από την ηλικία των 20 ετών

- **Η πίεση:** Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης πρέπει να γίνεται τουλάχιστο κάθε δύο χρόνια
- **Ανίχνευση καρκίνου του παχέος εντέρου:** Ο ανιχνευτικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου πρέπει να αρχίζει στην ηλικία των 50 ετών. Η κάθε γυναίκα πρέπει να συζητά με το γιατρό της για το ποιο είναι το καταλληλότερο τεστ ανίχνευσης για τη δική της περίπτωση
- **Διαβήτης:** Η μέτρηση της γλυκόζης αίματος μπορεί να δείξει εάν υπάρχει προδιαβήτης ή διαβήτης. Ανάλογα με τα ευρήματα ο γιατρός μπορεί να ζητήσει να γίνει ένα τεστ ανοχής στη γλυκόζη. Γυναίκες με ψηλή πίεση ή ψηλή χοληστερόλη πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικές λόγω αυξημένου κινδύνου που έχουν για να προσβληθούν από διαβήτη
- **Τεστ για την οστεοπόρωση:** Στην ηλικία των 65 ετών είναι καλό να γίνεται μέτρηση της οστικής πυκνότητας για ανίχνευση της οστεοπόρωσης που προκαλεί αδύνατα και εύθραυστα οστά. Στις άλλες περιπτώσεις το κατά πόσο θα πρέπει να γίνεται το τεστ αυτό, θα αποφασιστεί από το γιατρό ανάλογα με την κλινική συμπτωματολογία της ασθενούς
- **Τεστ για ασθένειες που μεταδίδονται από το σεξ:** Το τεστ για τα χλαμύδια συστήνεται σε γυναίκες 25 ετών ή νεώτερες και σεξουαλικά ενεργές. Στις άλλες περιπτώσεις ο γιατρός θα αποφασίσει για άλλα τεστ ανάλογα με το ιστορικό και τα κλινικά ευρήματα
- **Κατάθλιψη:** Πρόκειται για ένα πρόβλημα που παρουσιάζει σημαντική αύξηση στην εποχή μας. Εάν η γυναίκα αισθάνεται λύπη και κατάπτωση, δεν έχει ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για να κάνει πράγματα που της άρεσαν παλαιότερα για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 2 εβδομάδων, συστήνεται να συζητήσει το θέμα με το γιατρό της για να φανεί κατά πόσο χρειάζονται εξετάσεις για ανίχνευση κατάθλιψης

Ένα άλλο βασικό ερώτημα που απασχολεί τις γυναίκες έχει σχέση με τα φάρμακα που πρέπει να παίρνουν για την πρόληψη ορισμένων ασθενειών:

1. **Η ορμονική θεραπεία:** Σύμφωνα με αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών, οι κίνδυνοι λήψης της συνδυασμένης ορμονικής θεραπείας με οιστρογόνα και προγεστερόνη μετά από την εμμηνόπαυση, είναι μεγαλύτεροι από τα ωφέληματα. Χρειάζεται εδώ εξατομικευμένη προσέγγιση ανάλογα με την περίπτωση της κάθε γυναίκας. Ο γιατρός θα αποφασίσει ποια μορφή θεραπείας θα πρέπει να δοθεί εάν κάτι τέτοιο επιβάλλεται
2. **Φάρμακα για πρόληψη καρκίνου του μαστού:** Εάν η μητέρα σας ή η αδελφή σας ή η κόρη σας έχει προσβληθεί από καρκίνο του μαστού, τότε θα πρέπει να συζητήσετε με το γιατρό σας τους κινδύνους και τα θετικά που μπορούν να προκύπτουν από τη λήψη φαρμάκων που συμβάλλουν στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού
3. **Ασπιρίνη:** Σε περίπτωση που είστε άνω των 45 ετών, έχετε ψηλή πίεση, ψηλή χοληστερόλη, διαβήτη ή εάν καπνίζετε τότε μιλήστε με το γιατρό σας για το ενδεχόμενο να παίρνετε ασπιρίνη για σκοπούς πρόληψης καρδιακών παθήσεων

Ένα σημαντικό στοιχείο του τσεκ-απ είναι και ο έλεγχος των εμβολιασμών. Για τη γρίπη, ο εμβολιασμός συστήνεται να γίνεται κάθε χρόνο μετά από την ηλικία των 50 ετών.

Για τον τέτανο και τη διφθερίτιδα, ο εμβολιασμός συστήνεται κάθε 10 χρόνια. Για την πνευμονία ο εμβολιασμός συστήνεται μετά την ηλικία των 65 ετών. Για την ηπατίτιδα θα αποφασίσει ο γιατρός ανάλογα με την περίπτωση της ασθενούς.

Κατά την περίοδο του τσεκ-απ η γυναίκα είναι καλό να επανεξετάσει και το γενικό τρόπο ζωής της. Πρόκειται για ένα καθοριστικό παράγοντα που θα επηρεάζει μακροχρόνια την κατάσταση της υγείας της.

Η υγιεινή διατροφή, η αποφυγή του παθητικού και ενεργητικού καπνίσματος, η σωματική άσκηση, η αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ και η διατήρηση κανονικού βάρους σώματος μπορούν να προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες στην υγεία της γυναίκας.

Σε κάθε τσεκ-απ της γυναίκας είναι ορθό ο γιατρός να υπολογίζει το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ). Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται για να φανεί κατά πόσο μια γυναίκα είναι κανονικού βάρους, υπέρβαρη ή παχύσαρκη.

Στον υπολογισμό του ΔΜΣ λαμβάνονται υπ' όψη το βάρος και το ύψος της γυναίκας. Ο ΔΜΣ υπολογίζεται σαν το πηλίκο του βάρους σώματος (Β) με μονάδα μέτρησης σε κιλά, διαιρούμενο δια του ύψους (Υ) με μονάδα μέτρησης σε μέτρα στο τετράγωνο. Δηλαδή $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{Β} / \text{Υ}^2$.

Τα κριτήρια που λαμβάνονται υπ' όψη για να φανεί εάν κάποιος έχει υπερβολικό βάρος σώματος είναι τα ακόλουθα:

- Κανονικό βάρος του ατόμου για το ύψος του είναι όταν ο ΔΜΣ κυμαίνεται μεταξύ 18,5 και 24,9

Υπέρβαρα είναι τα άτομα που έχουν ΔΜΣ μεταξύ 25 και 29,9

- Παχύσαρκα είναι τα άτομα που έχουν ΔΜΣ από 30 έως 35 και πιο πάνω

Συμπερασματικά θα τονίσουμε το γεγονός ότι η γυναίκα μπορεί εάν το θελήσει να προστατεύσει την υγεία της από πολλούς κινδύνους.

Η εφαρμογή κάποιων βασικών κανόνων στον τρόπο ζωής και με τη βοήθεια του γιατρού της που θα της δίνει κατά το καθιερωμένο τσεκ-απ, θα μπορέσει να διατηρήσει μια πολύ καλή ποιότητα σωματικής και ψυχικής υγείας. ¹⁴

Επίλογος

Ο νοσηλευτής συντονίζει τη φροντίδα ατόμων, οικογενειών και ομάδων τους οποίους βοηθά και παροτρύνει ώστε να πάρουν αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους. Ο νοσηλευτής διαθέτοντας βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες σχετικά με την υγεία και την αρρώστια, συνδυάζοντας και την σωστή αντίληψη του αντικειμένου της κοινοτικής υγείας, πρέπει να προγραμματίζει, να διδάσκει και να καθοδηγεί άτομα και ομάδες.

Η στάση και η συμπεριφορά κάθε ατόμου είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα των επιδράσεων του οικογενειακού και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντός του. Κατά τη συνέπεια η αλλαγή συμπεριφοράς απαιτεί συστηματικές προσπάθειες για αλλαγές σε μια σειρά από ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, τεχνολογικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που αλληλεξαρτώνται και επιδρούν στην συμπεριφορά τους.

Συμπεραίνοντας από την εργασία ο νοσηλευτής πρέπει να διδάσκει και να διαφωτίζει την οικογένεια μέσω του παιδιού με σκοπό να επιτύχουμε την προαγωγή της κοινοτικής υγείας. Για να υπάρχουν όμως υγιείς ενήλικες, μέλη της κοινότητας, είναι απαραίτητο η διαπαιδαγώγηση σε θέματα υγείας να αρχίσει από νωρίς ώστε η πρόληψη να είναι αποτελεσματική και καθοριστική. Σύμφωνα με αυτό θα πετύχουμε να ενεργοποιήσουμε μεγάλο αριθμό ατόμων να κάνουν προληπτικές εξετάσεις και να περιορίσουμε το ποσοστό θνησιμότητας των ατόμων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Ο σκοπός της εργασίας μας είναι να ερευνήσουμε τη γνώση και την συμπεριφορά του πληθυσμού, ανδρών και γυναικών της πόλεως των Πατρών έναντι των προληπτικών εξετάσεων. . Το άτομο όμως θα πρέπει να συνεργασθεί θα πρέπει να μην αγνοεί τους βασικούς κανόνες της υγιεινής γιατί η άγνοια στον τομέα αυτόν είναι επικίνδυνη για τον άνθρωπο και το περιβάλλον.

Με την σωστή ενημέρωση κάθε άνθρωπος μπορεί να κάνει πρόληψη και η πρόληψη είναι προτιμότερη από την θεραπεία (Ιπποκράτης 460-377 π.Χ.).

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή .⁴³

B. Πληθυσμός - Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με βάση την διεθνή βιβλιογραφία. Σχεδιάστηκε κατάλληλα από την ομάδα με την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή και απευθύνθηκε σε πολίτες της Πάτρας (838) ηλικίας 18-65 ετών, μέσου όρου ηλικίας 36,96 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 48 ερωτήσεις εκ των οποίων 4 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 17 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Η όλη διερευνητική διαδικασία διήρκησε 1 έτος περίπου. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Μάιο έως και τον Δεκέμβριο του 2007 στην Πάτρα στα παρακάτω διαμερίσματα: Το 34,4% ήταν από το Κεντρικό, το 22,8% από το Νότιο, το 21,8% από το Ανατολικό και το 21% από το Αρκτικό

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου ως κάτοικος Πάτρας
- Η ηλικία του ερωτώμενου από 18-65 ετών

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

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 SPSS 15.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

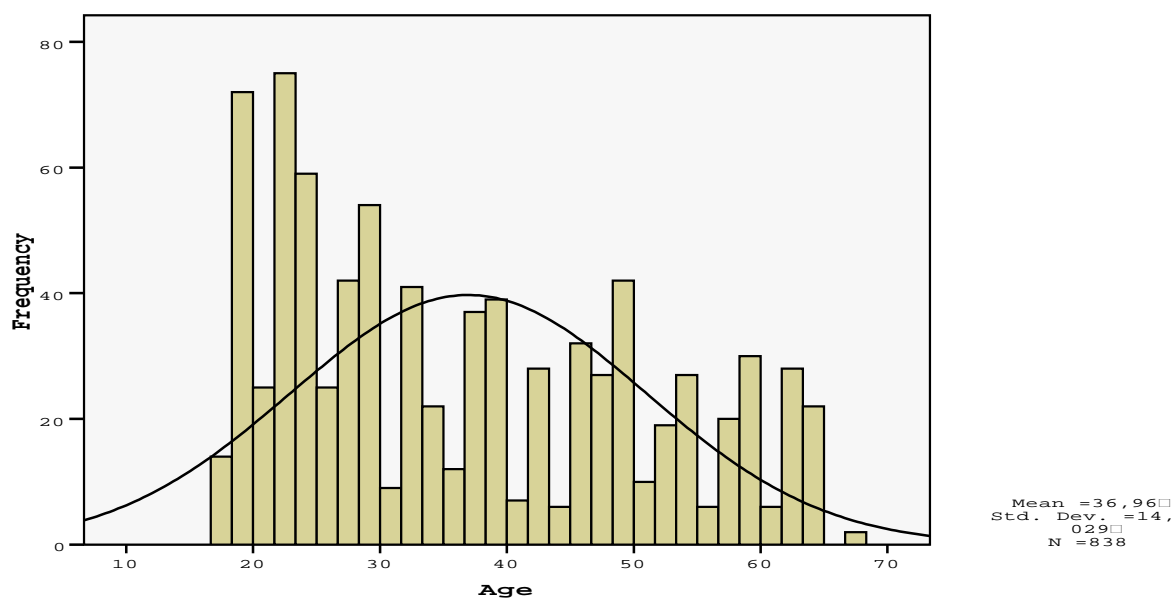
Στην έρευνα έλαβαν μέρος 838 πολίτες της Πάτρας μέσου όρου ηλικίας 36,96 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία

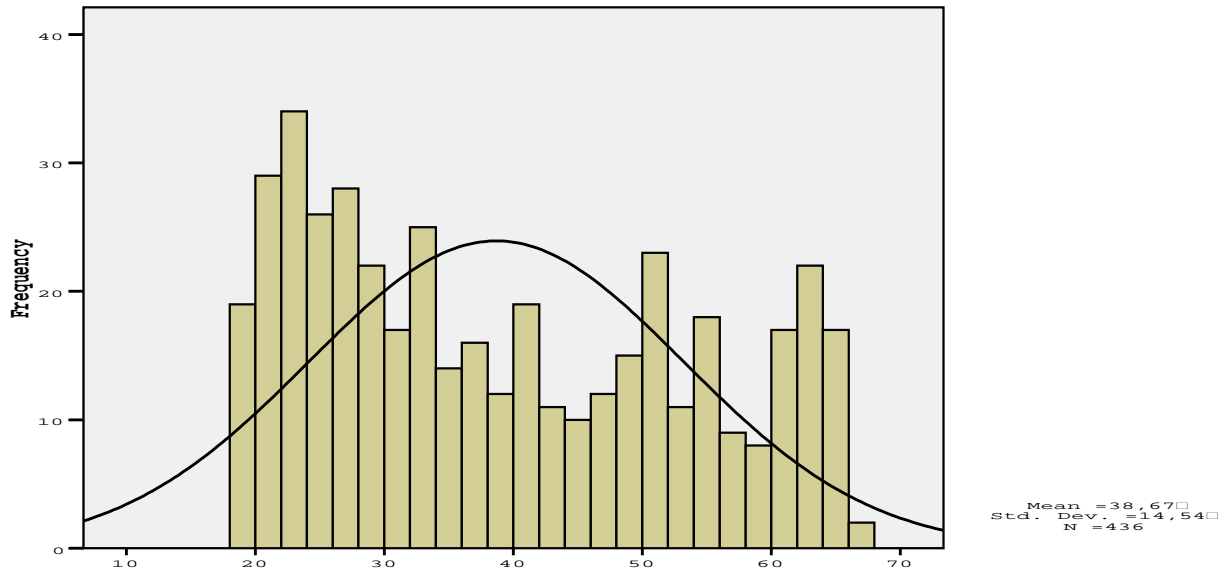
Αριθμός	N=838
Μέσος όρος	36,96
Διάμεσος	34,00
Τυπική Απόκλιση	14,029
Διακύμανση	196,818

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία

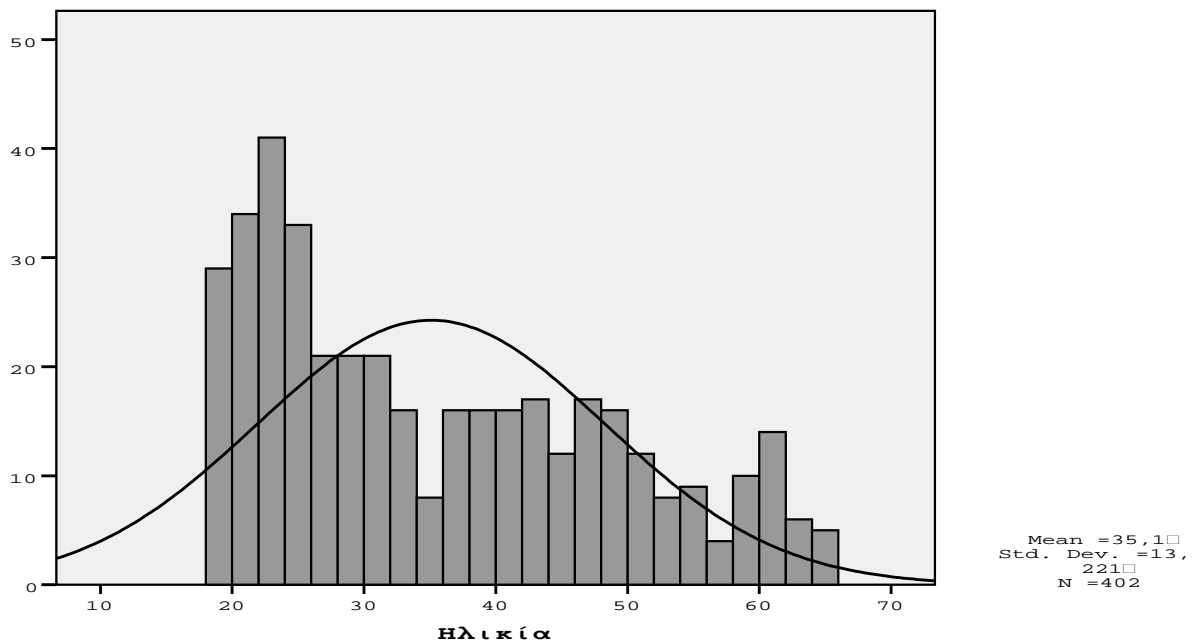


Ο μέσος όρος ηλικίας ανδρών είναι 38,67% και ο μέσος όρος γυναικών είναι περίπου 35% (Πίνακας 1, Σχήμα 1)

Σχήμα 2 : Κατανομή αντρών ως προς την ηλικία



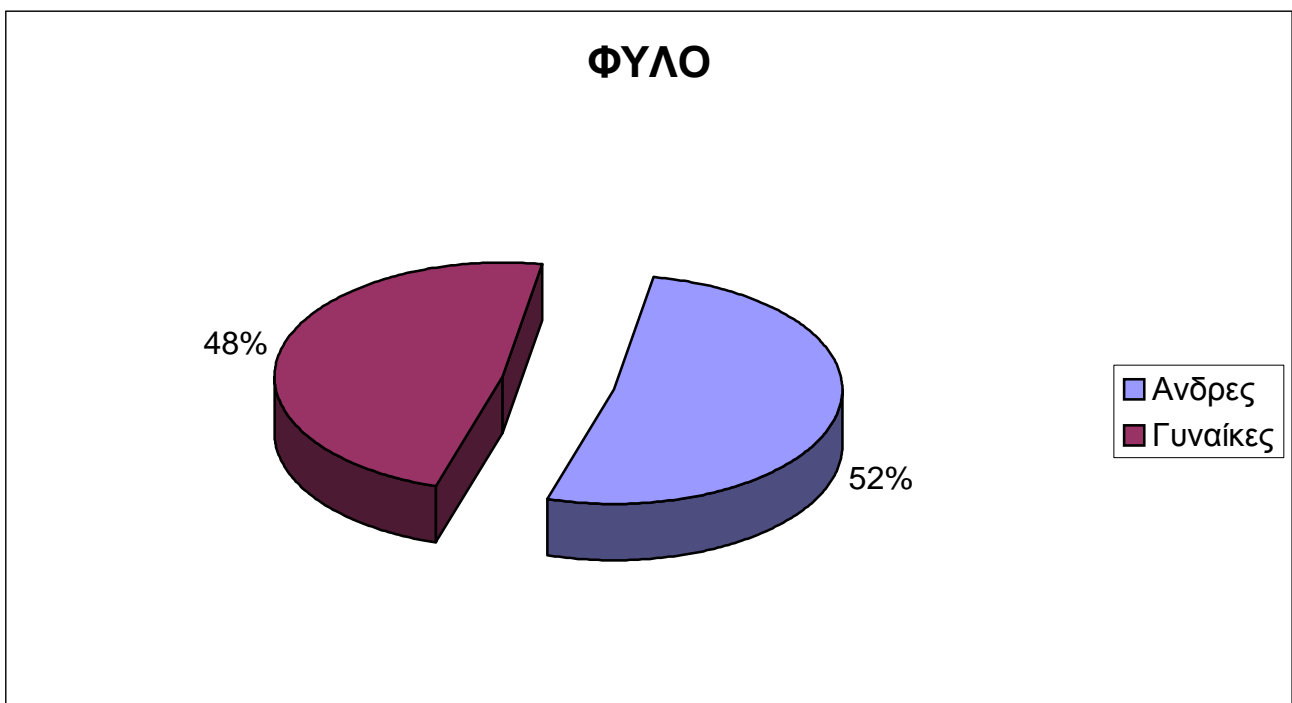
Σχήμα 3: Κατανομή γυναικών ως προς την ηλικία



Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο

ΦΥΛΟ	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Άνδρας	436	52,0	52,0
Γυναίκα	402	48,0	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο

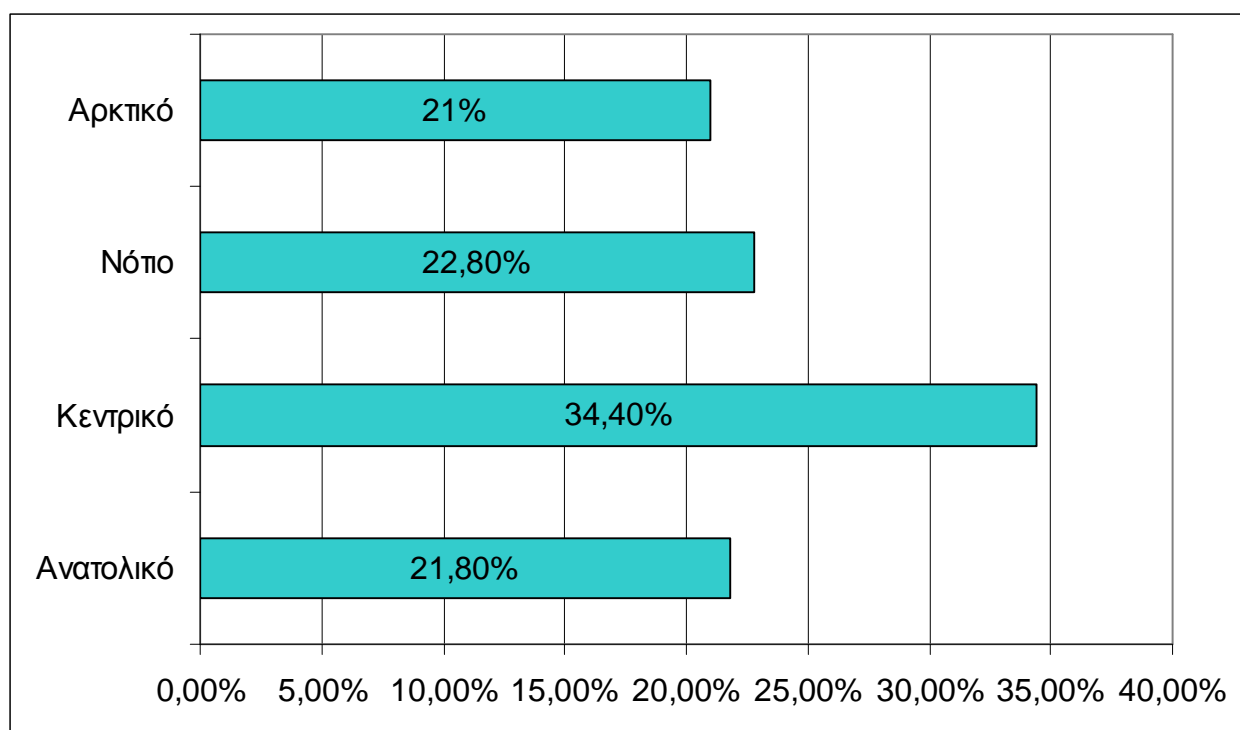


Το 52% των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα ήταν άντρες και το 48% ήταν γυναίκες(Πίνακας 2, Σχήμα 4)

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την διεύθυνση κατοικίας τους

ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ανατολικό	183	21,8	21,9
Κεντρικό	288	34,4	56,3
Νότιο	191	22,8	79,2
Αρκτικό	176	21	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 5 :Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την διεύθυνση κατοικίας τους

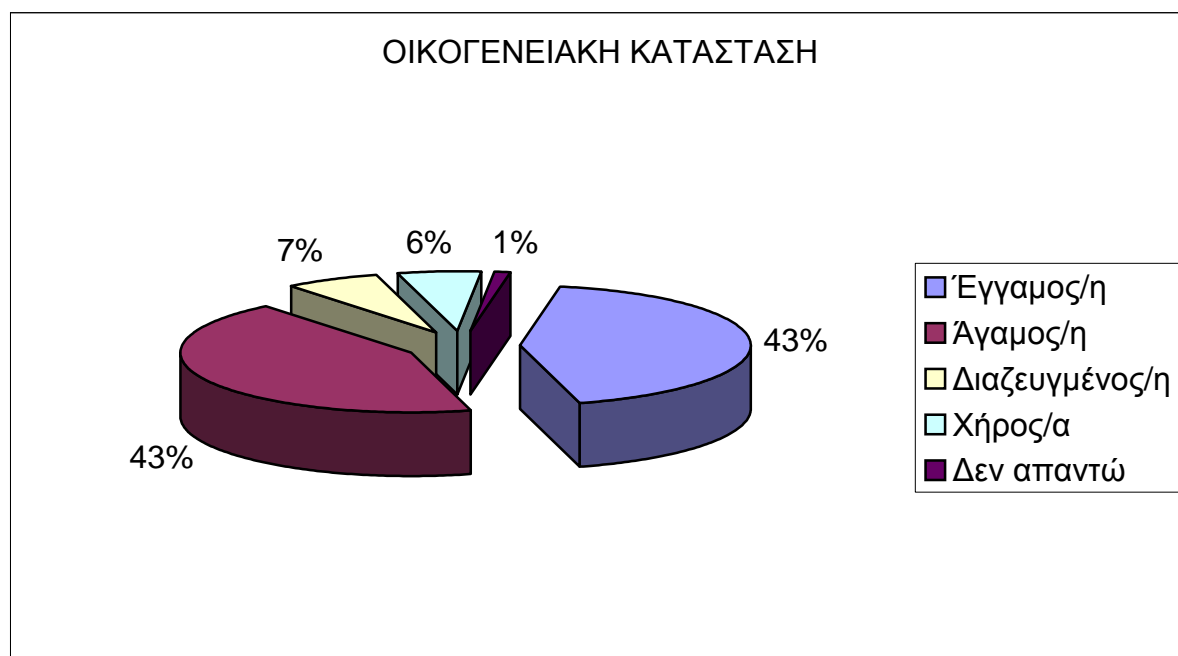


Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 34,4% ήταν από το Κεντρικό διαμέρισμα, το 22,8% από το Νότιο διαμέρισμα, το 21,8% από το Ανατολικό διαμέρισμα και το υπόλοιπο 21% ήταν από το Αρκτικό διαμέρισμα .

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την Οικογενειακή κατάσταση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Έγγαμος/η	361	43,1	43,1
Άγαμος/η	363	43,3	86,4
Διαζευγμένος/η	56	6,7	93,1
Χήρος/α	48	5,7	98,8
Δεν απαντώ	10	1,2	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την Οικογενειακή κατάσταση

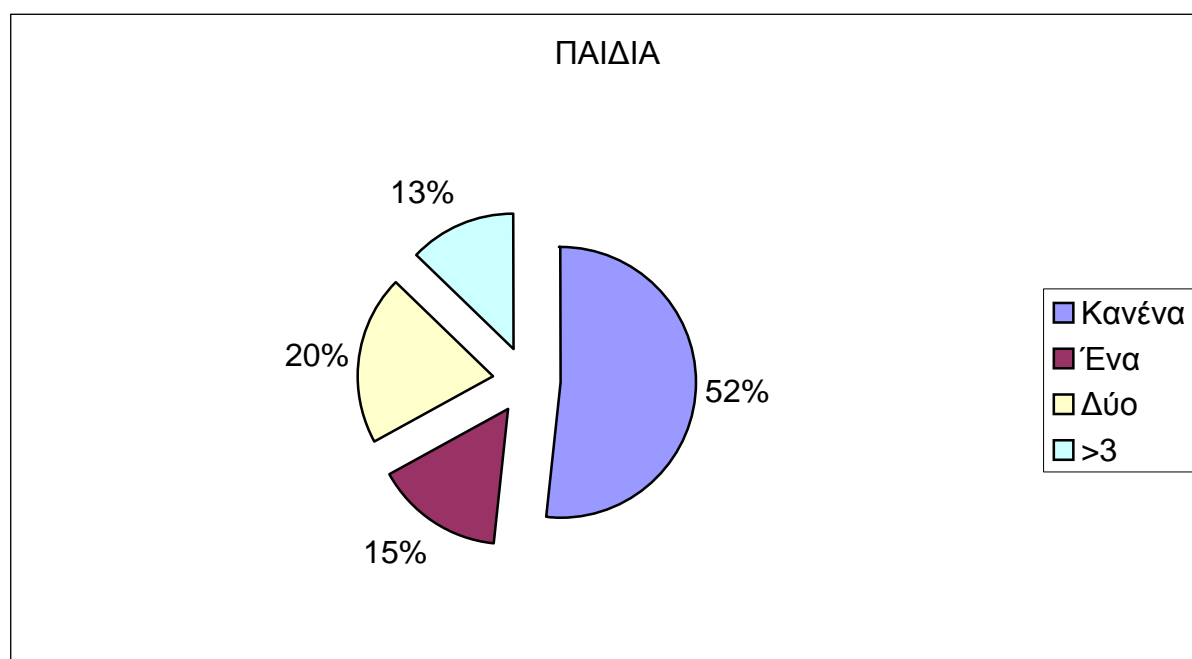


Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 43,3% ήταν άγαμοι, το 43,1% ήταν έγγαμοι, το 6,7% ήταν διαζευγμένοι, το 5,7% ήταν χήροι, και το υπόλοιπο 1,2% δεν απάντησαν (Πίνακας 4, Σχήμα 6).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σύνολο των παιδιών

ΠΑΙΔΙΑ	Frequenc y	Perce nt	Cumulative Percent
Κανένα	432	51,6	51,6
Ένα	129	15,4	66,9
Δύο	170	20,3	87,2
>3	107	12,8	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σύνολο των παιδιών

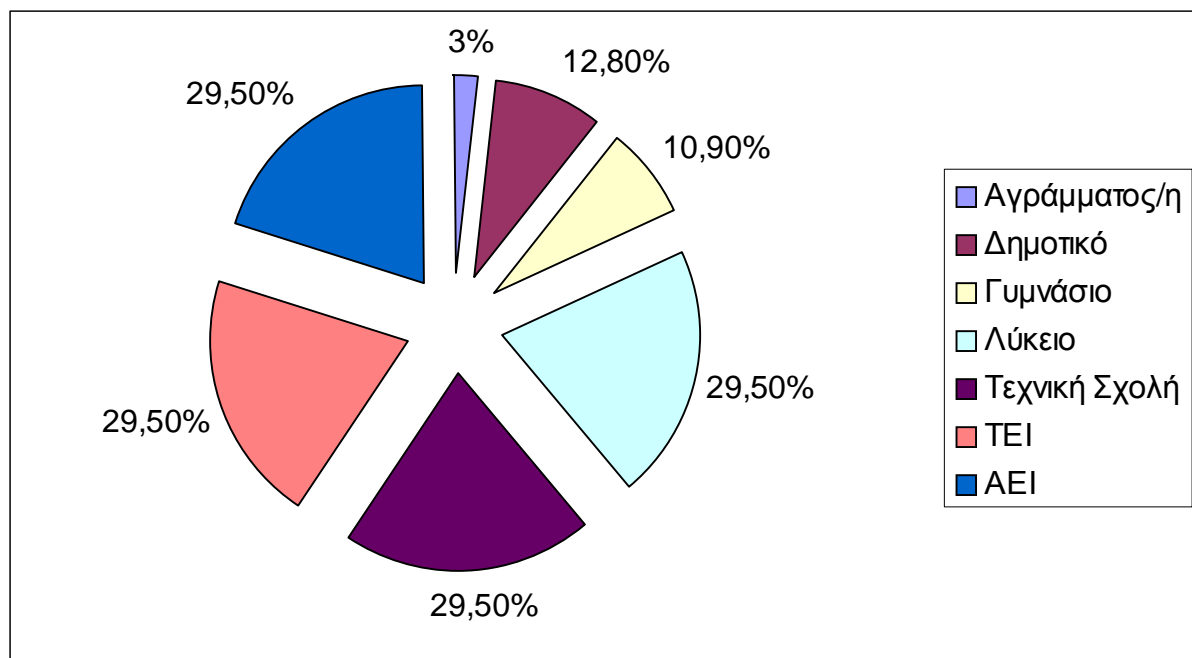


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 51% του δείγματος δεν έχει κανένα παιδί, το 20,3% του δείγματος έχει 2 παιδιά, το 15,4% του δείγματος έχουν 1 παιδί και μόνο το 12,8% του δείγματος έχουν 3 παιδιά και άνω (Πίνακας 5, Σχήμα 7).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το μορφωτικό επίπεδο

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Αγράμματος/η	25	3,0	3,0
Δημοτικό	107	12,8	15,8
Γυμνάσιο	91	10,9	26,6
Λύκειο	247	29,5	56,1
Τεχνική Σχολή	108	12,9	69,0
ΤΕΙ	141	16,8	85,8
ΑΕΙ	119	14,2	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το μορφωτικό επίπεδο

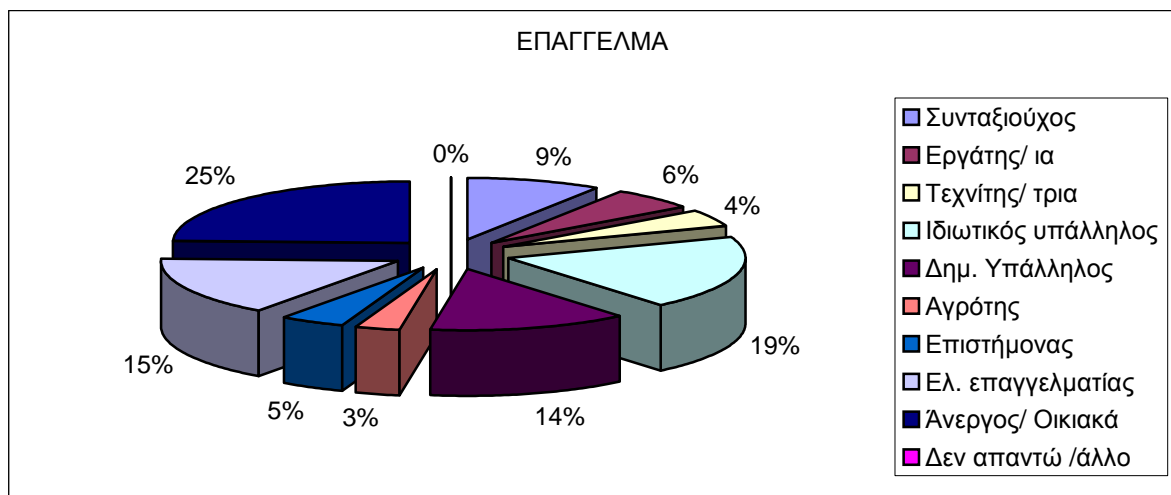


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων(247 άτομα-ποσοστό 29,5%) έχουν απολυτήριο λυκείου, 141 άτομα(ποσοστό 16,8%) έχουν πτυχίο ΑΤΕΙ , 119 άτομα (ποσοστό14,2%) έχουν πτυχίο ΑΕΙ , 108 άτομα(ποσοστό 12,9%) έχουν απολυτήριο τεχνικής σχολής, 107 άτομα(ποσοστό 12,8%) έχουν τελειώσει το δημοτικό, 91 άτομα (ποσοστό 10,9%) έχουν τελειώσει το γυμνάσιο και το υπόλοιπο 3%(25 άτομα) δηλώσαν αγράμματοι.(Πίνακας 6, Σχήμα 8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το επάγγελμα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	N=838	Percent	Cumulative Percent
Συνταξιούχος	76	9,1	9,1
Εργάτης/ ια	50	6,0	15,1
Τεχνίτης/ τρια	37	4,4	19,5
Ιδιωτικός υπάλληλος	161	19,2	38,7
Δημ. Υπάλληλος	116	13,8	52,6
Αγρότης	25	3,0	55,6
Επιστήμονας	38	4,5	60,1
Ελ. επαγγελματίας	129	15,4	75,5
Άνεργος/ Οικιακά	204	24,3	99,9
Δεν απαντώ /άλλο	1	,1	100,0
Σύνολο	838	100,0	

ΣΧΗΜΑ 9 : κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το επάγγελμα

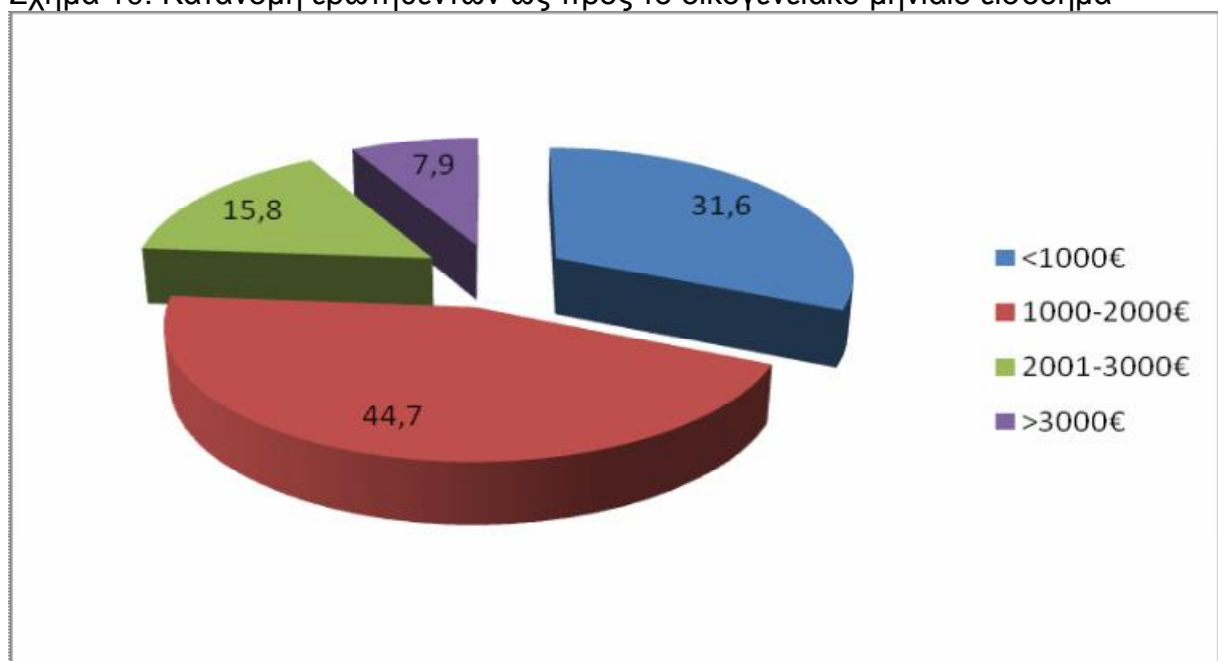


Από το δείγμα μας προκύπτει ότι (204 άτομα- ποσοστό 24,3%) των ερωτηθέντων είναι άνεργοι ή ασχολούνται με οικιακά, 161 άτομα (ποσοστό 19,2%) είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι και 129 άτομα (ποσοστό 15,4%) είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, 116 άτομα (ποσοστό 13,8%) είναι δημόσιοι υπαλληλοι, 76 άτομα (ποσοστό 9,1%) είναι συνταξιούχοι, 50 άτομα (ποσοστό 6%) είναι εργάτες. 37 άτομα (ποσοστό 4,4%) είναι τεχνίτες, 38 άτομα (ποσοστό 4,5%) είναι επιστήμονες, 25 άτομα (ποσοστό 3%) είναι αγρότες και το υπολοίπο 0,1% δεν απάντησαν. (Πίνακας 7, Σχήμα 9).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	Frequency	Percent	Cumulative Percent
<1000€	265	31,6	31,6
1000-2000€	375	44,7	76,4
2001-3000€	132	15,8	92,1
>3000€	66	7,9	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα

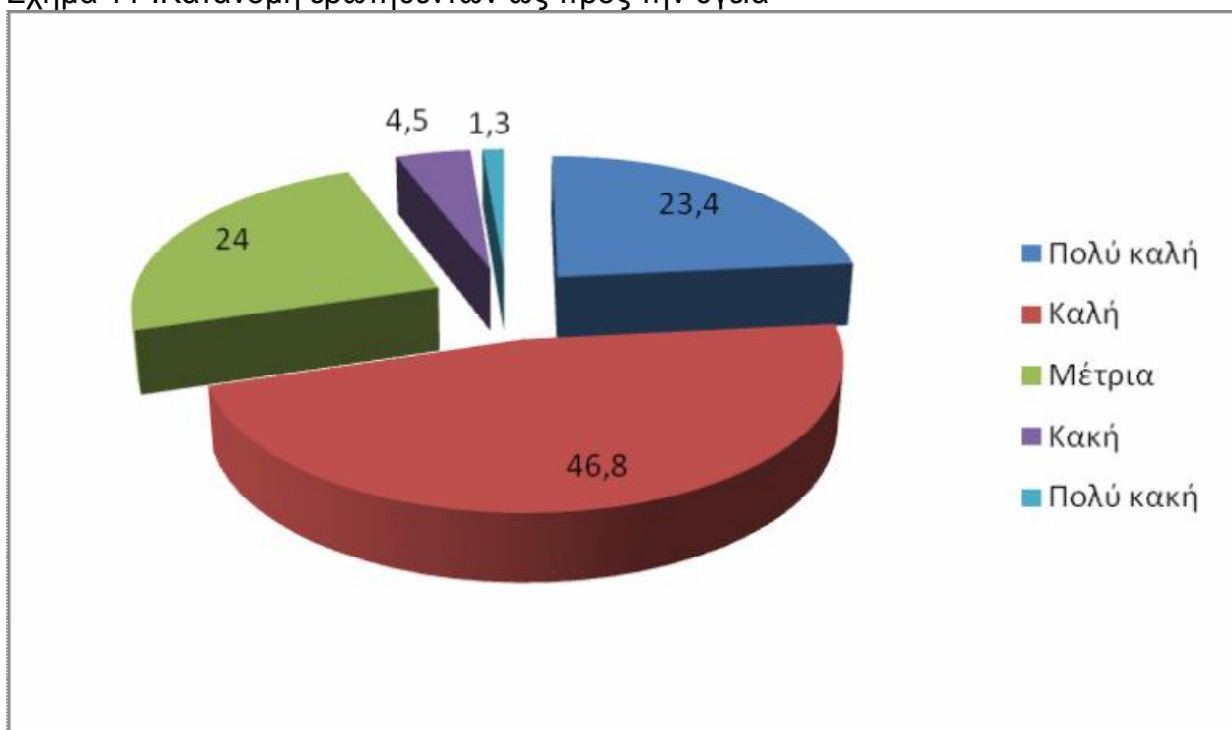


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 44,7% του δείγματος έχει μηνιαίο εισόδημα 1000-2000€, το 31,6% έχουν κάτω των 1000€, το 15,8% μεταξύ των 2000-3000 και ανω των 3000 € το 7,9% (Πίνακας 8, Σχήμα 10).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την υγεία

Υγεία πολιτών	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Πολύ καλή	196	23,4	23,4
Καλή	392	46,8	70,2
Μέτρια	201	24,0	94,2
Κακή	38	4,5	98,7
Πολύ κακή	11	1,3	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 11 :Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την υγεία

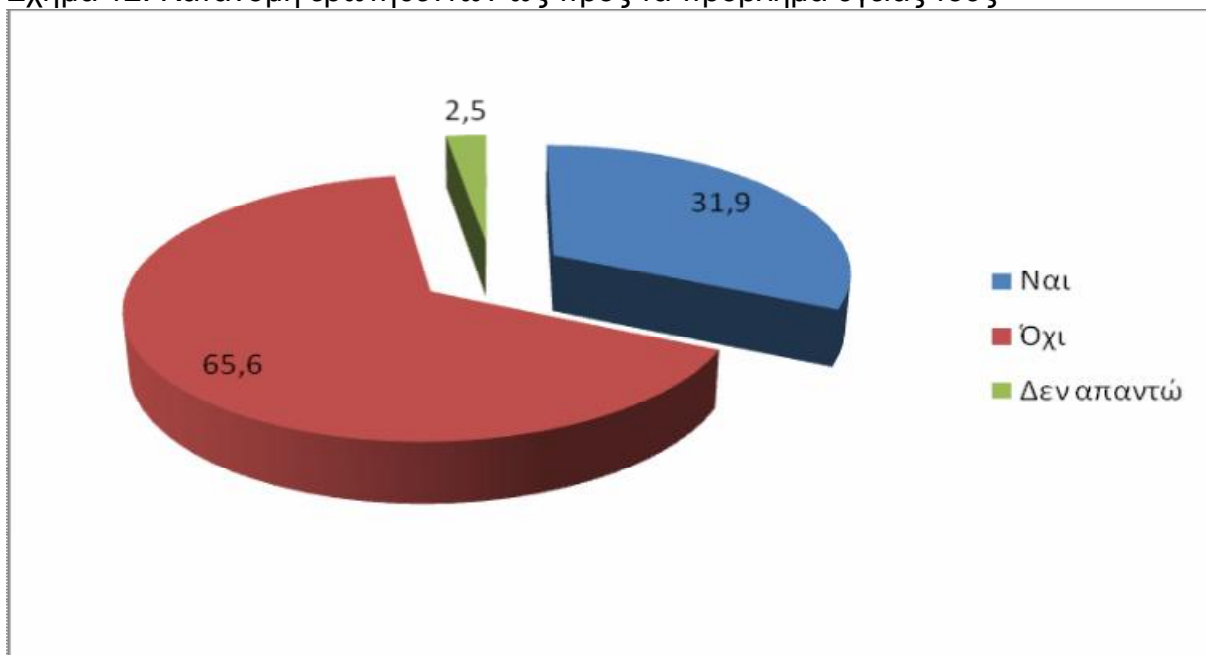


Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 46,8% θεωρεί την υγεία του καλή, το 24% μέτρια και το 23,4% πολύ καλή το 4,5% τη θεωρεί κακή και το 1,3% πιστεύει ότι είναι πολύ κακή. (Πίνακας 9, Σχήμα 11).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα πρόβλημα υγείας τους

Πρόβλημα υγείας	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	267	31,9	31,9
Όχι	550	65,6	97,5
Δεν απαντώ	21	2,5	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα πρόβλημα υγείας τους



Το 65,6% δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα υγείας και μόνο το 31,9% αντιμετωπίζει. Υπήρχε και το ποσοστό των 2,5 που δεν απάντησαν. (Πίνακας 10, Σχήμα 12).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων προς τα πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	N=838	Percent %	Cumulative Percent
Δεν απαντώ	12	1,4	1,4
Δεν έχω κάτι	570	68,0	69,5
CA	5	,4	69,9
CA μαστού	1	,1	70,0
CA παχέος εντέρου	1	,1	70,2
CA πνεύμονα	1	,1	70,3
Έλκος	1	,1	70,4
LDH	5	,6	71,0
Οστεοπόρωση	1	,1	71,1
Ακρωτηριασμός ΣΔ	1	,1	72,1
Αλλεργικό άσθμα	1	,1	72,2
Αλτσχάιμερ	1	,1	72,3
Αναιμία	4	,4	72,8
Ανάπηρος\Κατακλίσεις	1	,1	72,9
Αναπνευστικό	11	1,2	74,2
ΑΠ,ΣΔ	9	1,	75,1
Αρθρίτιδα	3	,3	75,4
Αρρυθμίες	1	,1	75,5
Βρογχικό άσθμα	5	,6	76,1
Γενετικό πρόβλημα	1	,1	76,3
Γυναικολογικά	2	,2	76,5
Δερματοπάθεια	5	,5	77,1
Διαβήτης	2	,2	77,2
Δρεπαν. Αναιμία	1	,1	77,8
Δισκοπάθεια	6	,6	78,0
Εγκεφαλικό	1	,1	78,2
Ιγμοριτίδα	1	,1	78,3
Έλκος στομάχου	3	3,	78,6
Ημικρανία	1	,1	78,8
Ήπαρ	4	,5	79,2
Ηπατίτιδα	1	,1	79,4
Θυρεοειδής	13	1,5	80,9
Καρδιολογικά	26	2,9	84,0
Καρκ. Τραχήλου	1	,1	84,1
Καρκίνος	1	,1	84,2
Καρκίνος προστάτη	1	,1	84,4
Καρκίνος ήπατος	1	,1	84,5
Καρκίνος	1	,1	84,6
Κατάθλιψη	3	,3	85,0
Κολίτιδα	2	,2	85,2
Κυκλοφορικό	2	,2	85,4
Κυστίτιδα	2	,2	85,7
Λύκος	1	,1	85,8
Λίπωμα	1	,1	85,9
Μαστίτιδα	1	,1	86,0

Μεσογ. Αναιμία	1	,1	86,2
Μυασθένεια	1	,1	86,3
Μηνίσκο, Α.Π	1	,1	86,4
Νευρολογικά	1	,1	86,5
Νεφρολιθίαση	5	,5	86,9
Νόσος Crown	1	,1	87,0
Οστεοπόρωση.	9	,9	88,1
Παραπληγική	1	,1	88,3
Παχυσαρκία	3	,3	88,5
Πολυκυστικές	3	,3	89,1
Προστάτης	8	,9	90,1
Ρευματοπάθεια	2	,2	90,3
Ρήξη χιαστού	2	,2	90,6
ΣΔ, ΑΠ	22	2,6	93,2
Σκιά Πνεύμονα	1	,1	93,3
Σκλήρυνση	1	,1	93,4
σπαστική κολίτιδα	1	,1	93,6
Σπειραματονεφρίτιδα.	1	,1	93,7
Στένωση αορτής	1	,1	93,8
στεφανιαία νόσος	1	,1	93,9
Στηθάγχη	1	,1	94,0
Στομαχικές διαταραχές	5	,6	94,6
Σύνδρομο Καρπιαίου σωλήνα	1	,1	94,7
Τενοντίτιδα	3	,3	95,1
Υπέρταση	20	2,2	96,9
Υποθυρεοειδισμός	2	,2	97,1
Υπόταση	3	,4	97,5
Φλεβίτης	1	,1	97,7
Φύσημα	2	,2	98,0
ΧΑΠ	3	,3	98,3
Χοληστερίνη stress	14	1,4	99,5
Χρόνια βρογχίτιδα	2	,2	99,8
Ψυχολογικά	2	,2	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Οι ασθένειες με μεγαλύτερη συχνότητα που καταγράφηκαν από την δειγματοληψία μας είναι:

1. 2,9% Καρδιολογικά
2. 2,6% Σακχαρώδης Διαβήτης
3. 2,2% Υπέρταση
4. 1,4% χοληστερίνη

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το είδος ασθενιών

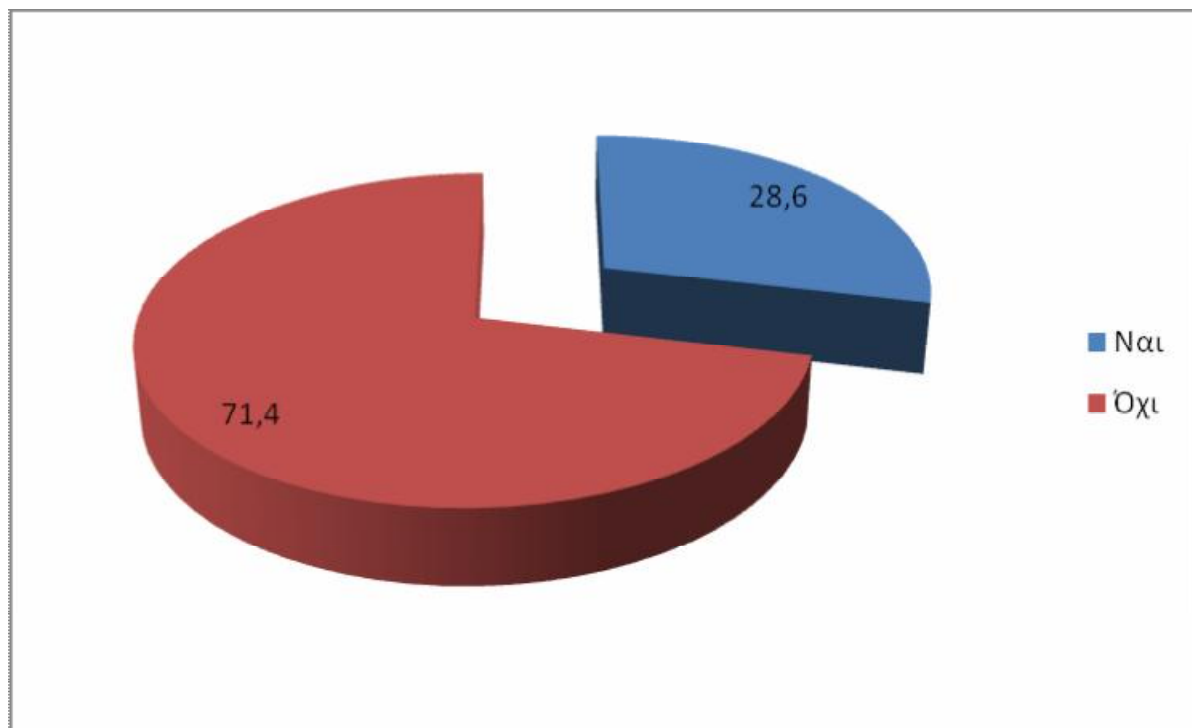
Είδος Ασθένειας	Frequency	Percent	Cumulative Percent
1	26	3,1	3,1
1,2	2	,2	3,3
1,2,4,5	1	,1	3,5
1,2,4,5,7	1	,1	3,6
1,2,4,6	1	,1	3,7
1,4	4	,5	4,2
1,4,2	1	,1	4,3
1,4,5	1	,1	4,4
1,6	1	,1	4,5
1,7	2	,2	4,8
2	32	3,8	8,6
2,4	1	,1	8,7
2,4,6	1	,1	8,8
2,5	1	,1	8,9
2,6	2	,2	9,2
2,7	2	,2	9,4
3	6	,7	10,1
3,4	1	,1	10,3
3,6	1	,1	10,4
3,7	1	,1	10,5
4	5	,6	11,1
4,5	7	,8	11,9
4,6	1	,1	12,1
4,7	2	,2	12,3
5	9	1,1	13,4
6	23	2,7	16,1
7	153	18,3	34,4
7,2	1	,1	34,5
8	549	65,5	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Από το 34,5% του πληθυσμού που πάσχουν από κάποια ασθένεια το 5% έχουν καρδιαγγειακά προβλήματα, το 4,6% από σακχαρώδη διαβήτη, το 3,4% από αναπνευστικό και το 2,9% έχουν αρθριτικά.(πίνακα 12)

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την φαρμακευτική αγωγή

Φαρμακευτική Αγωγή	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	240	28,6	28,6
Όχι	598	71,4	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την φαρμακευτική αγωγή

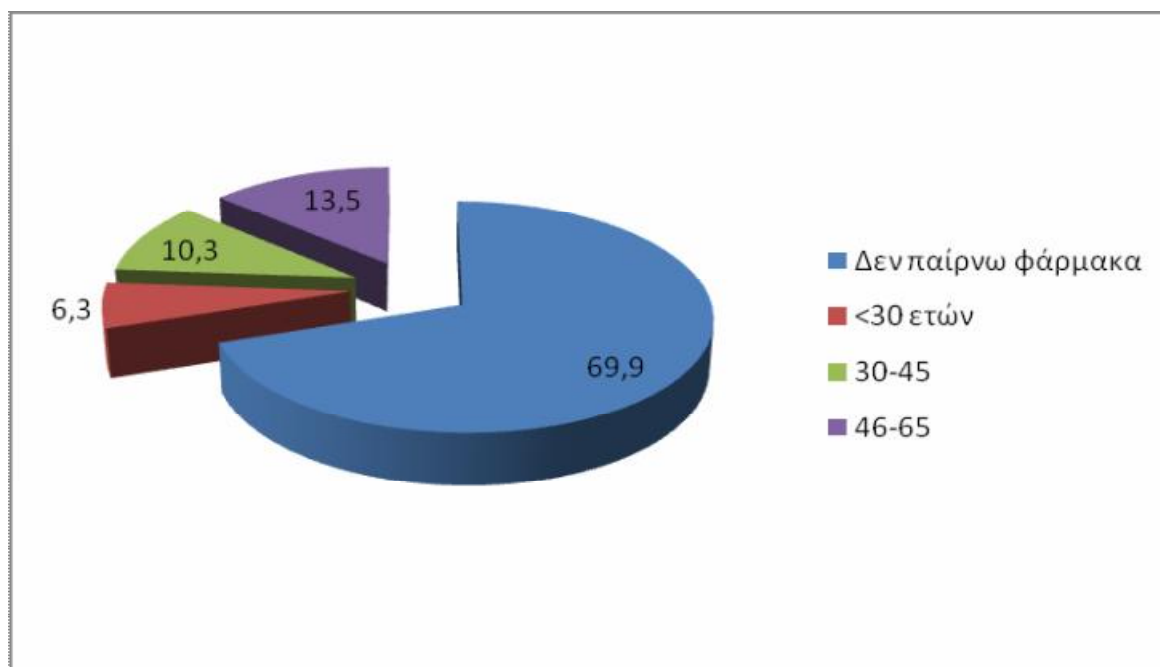


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 71,4% του δείγματος δεν ακολουθεί μια συστηματική αγωγή σε αντίθεση με το 28,6% που ακολούθησε κάποτε αγωγή από τις προαναφερθείσες παθήσεις. (Πίνακας 13, Σχήμα 13).

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία έναρξης φαρμακευτικής αγωγής

Ηλικία φαρμακευτικής αγωγής	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Δεν παίρνω φάρμακα	586	69,9	69,9
<30 ετών	53	6,3	76,3
30-45	86	10,3	86,5
46-65	113	13,5	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία έναρξης φαρμακευτικής αγωγής

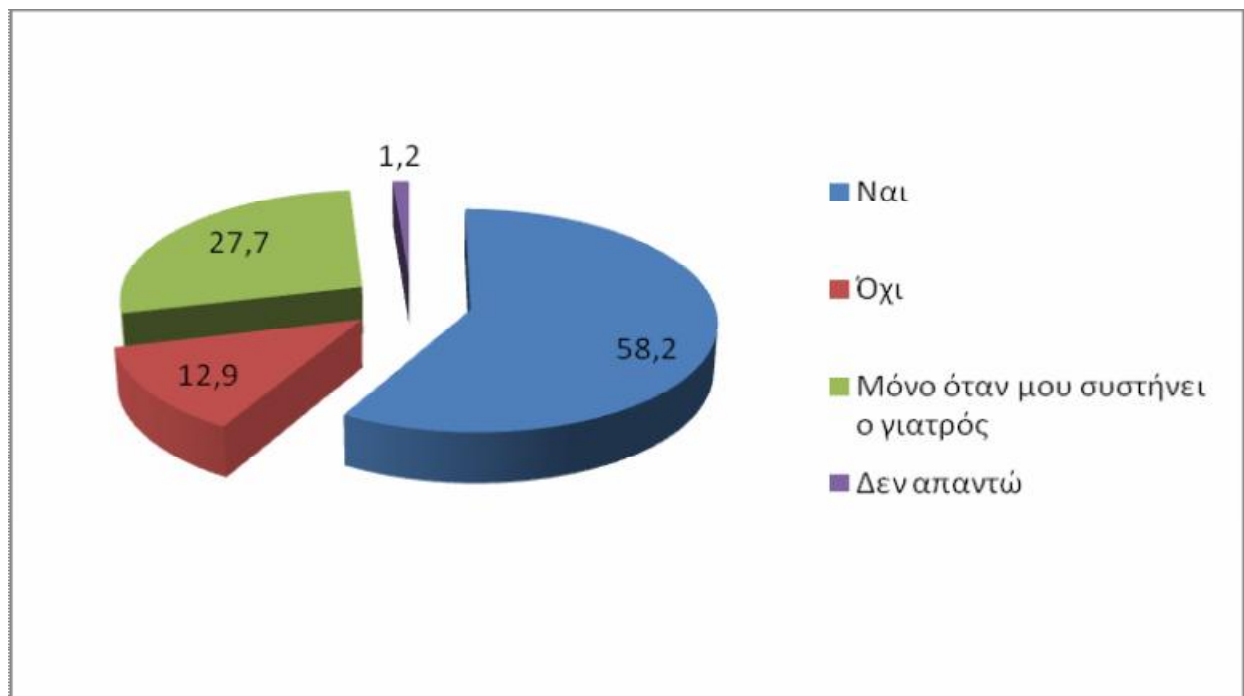


Το 69,9% των ερωτηθέντων ως προς την ηλικία έναρξης φαρμακευτικής αγωγής δεν ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή, το 13,5% είναι μεταξύ 46-65 ετών, το 10,3% είχαν ηλικία 30-45 ετών και το 6,3% ήταν κάτω από 30 ετών (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων

Πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	488	58,2	58,2
Όχι	108	12,9	71,1
Μόνο όταν μου συστήνει ο γιατρός	232	27,7	98,8
Δεν απαντώ	10	1,2	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων

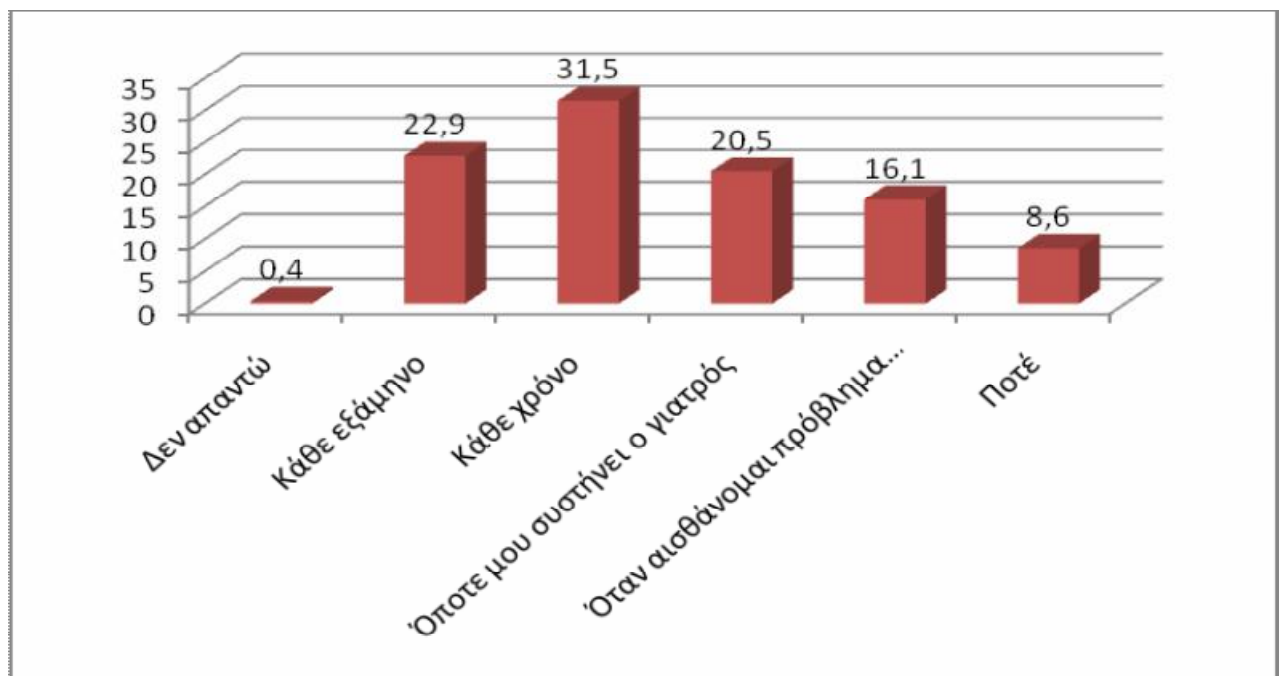


Το 58,2% που αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει ότι πραγματοποιεί προληπτικές εξετάσεις, το 40,6% ή δεν κάνουν ή κάνουν όταν τους συστήσει μόνο ο γιατρός. (Πίνακας 15, Σχήμα 15).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την συχνότητα πραγματοποίησης προληπτικών εξετάσεων

Συχνότητα πραγματοποίησης προληπτικών εξετάσεων	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Δεν απαντώ	4	,4	,4
Κάθε εξάμηνο	192	22,9	23,3
Κάθε χρόνο	264	31,5	54,8
Όποτε μου συστήνει ο γιατρός	172	20,5	75,3
Όταν αισθάνομαι πρόβλημα υγείας	135	16,1	91,4
Ποτέ	72	8,6	100
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων

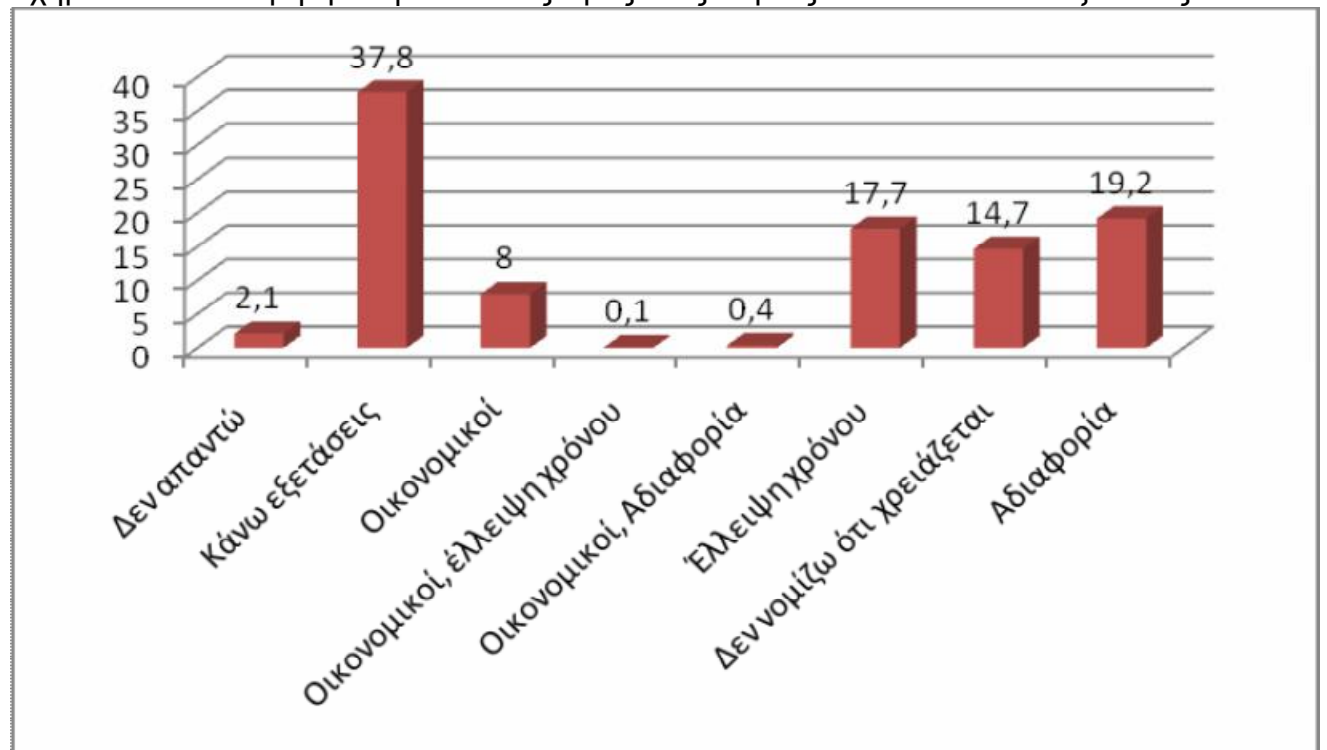


Από το δείγμα μας 31,5% υποστηρίζει ότι πραγματοποιεί προληπτικές εξετάσεις κάθε χρόνο, το 22,9% κάθε εξάμηνο, το 20,5% όταν το συστήνει ο γιατρός, το 16,1% μόνο όταν αισθανθεί κάποιο πρόβλημα υγείας και το 8,6% δεν πραγματοποιούν ποτέ προληπτικές εξετάσεις. (Πίνακας 16, Σχήμα 16).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τους λόγους που δεν κάνουν εξετάσεις

Ποίοι οι λόγοι που δεν κάνουν εξετάσεις	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Δεν απαντώ	18	2,1	2,1
Κάνω εξετάσεις	317	37,8	40,0
Οικονομικοί	67	8,0	48,0
Οικονομικοί, έλλειψη χρόνου	1	,1	48,1
Οικονομικοί, Αδιαφορία	3	,4	48,4
Έλλειψη χρόνου	148	17,7	66,1
Δεν νομίζω ότι χρειάζεται	123	14,7	80,8
Αδιαφορία	161	19,2	100
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τους λόγους που δεν κάνουν εξετάσεις



Το 19,2% του δείγματος δείχνει αδιαφορία ως προς την πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων, το 17,7% δηλώνει έλλειψη χρόνου, το 14,7% νομίζουν ότι δεν χρειάζεται και το 8% για λόγους οικονομικούς. (Πίνακας 17, Σχήμα 17)

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το είδος των εξετάσεων που πραγματοποιεί

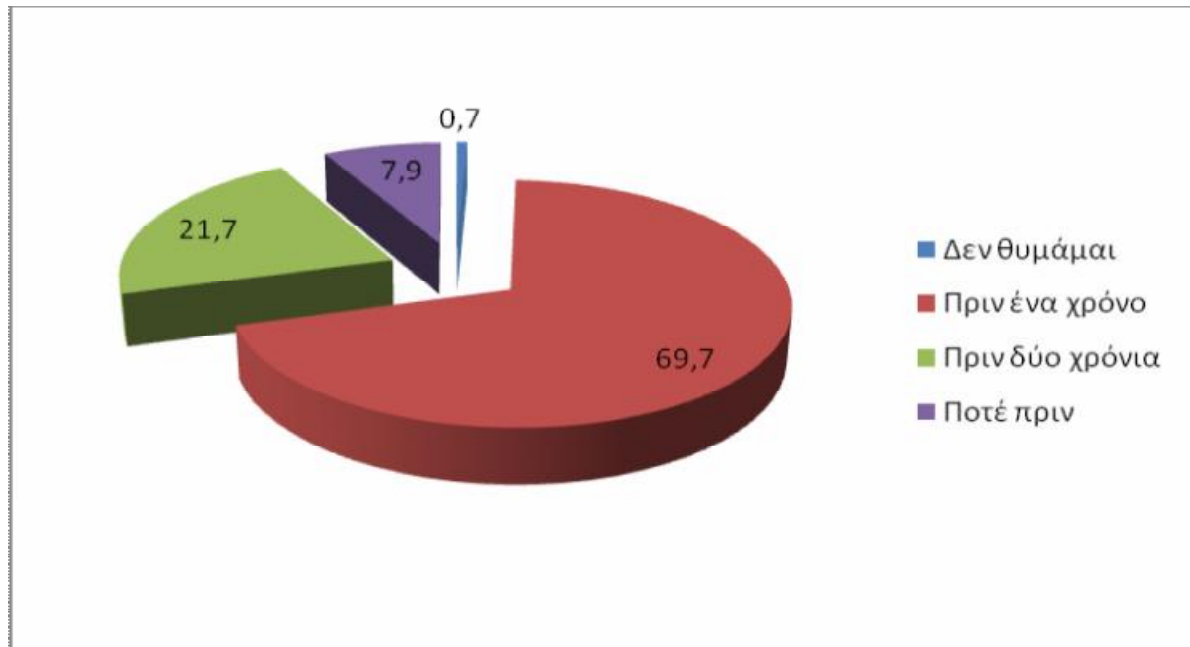
Είδος Εξετάσεων	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Δεν πραγματοποιώ	78	9,3	9,3
1	19	2,3	11,6
1,2	1	,1	11,7
1,2,3	1	,1	11,8
1,2,3,5,6	2	,2	12,1
1,2,3,6	3	,4	12,4
1,2,4,6	1	,1	12,5
1,2,5	1	,1	12,6
1,2,5,6	2	,2	12,9
1,2,6	9	1,1	14,0
1,3,5	2	,2	14,2
1,3,5,6	4	,5	14,7
1,3,6	26	3,1	17,8
1,4,6	3	,4	18,1
1,5	4	,5	18,6
1,6	51	6,1	27,8
1,5,6	27	3,2	27,9
2	4	,5	28,4
2,3	2	,2	28,6
2,3,5,6	3	,4	29,0
2,3,6	2	,2	29,2
2,4,5,6	1	,1	29,4
2,4,6	1	,1	29,5
2,5,6	10	1,2	30,7
2,6	17	2,0	32,7
3	5	,6	33,3
3,4,5,6	2	,2	33,5
3,5,6	3	,4	33,9
3,6	20	2,4	36,3
4	6	,7	37,0
4,5	1	,1	37,1
4,5,6	11	1,3	38,4
4,6	8	1,0	39,4
5	42	5,0	44,4
5,6	161	19,2	63,6
6	305	36,4	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Το 80,2% που αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων πραγματοποιεί μόνο γενική ούρων/αίματος, το 32,8% ανδρολογικές/γυναικολογικές εξετάσεις, το 18,6% καρδιολογικές και αναπνευστικές 9,3%.(Πίνακας 18)

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την τελευταία φορά που πραγματοποίησαν προληπτικές εξετάσεις

Πότε πραγματοποιήσατε τελευταία φορά	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Δεν θυμάμαι	6	,7	,7
Πριν ένα χρόνο	584	69,7	70,4
Πριν δύο χρόνια	182	21,7	92,1
Ποτέ πριν	66	7,9	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την τελευταία φορά που πραγματοποίησαν προληπτικές εξετάσεις

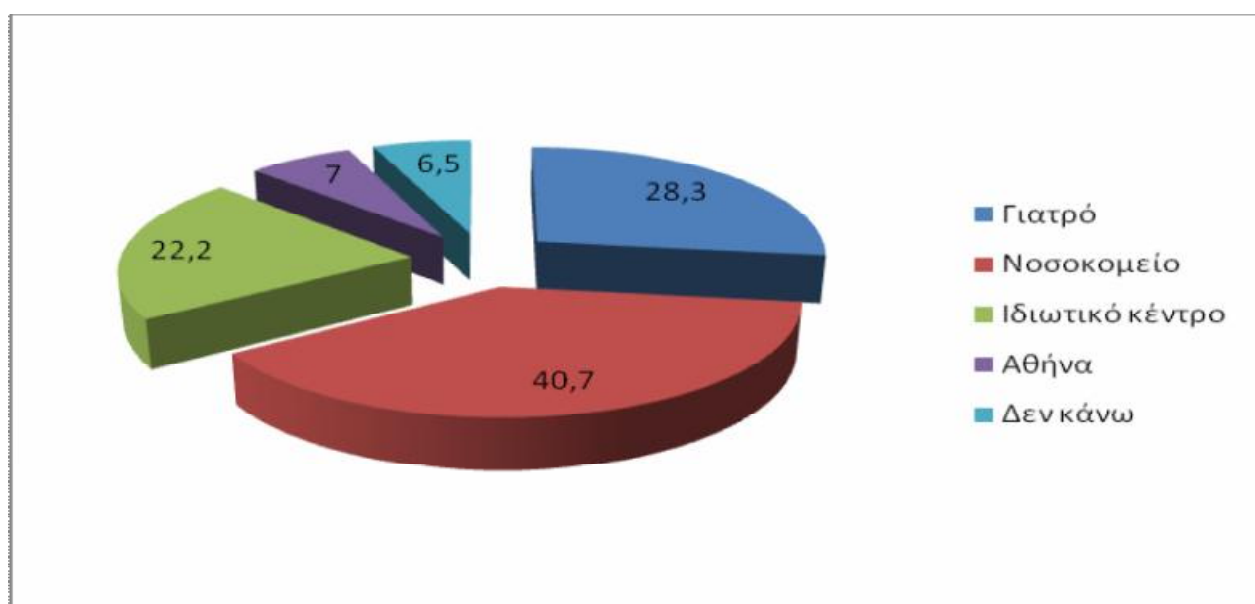


Το 69,7% πραγματοποίησαν προληπτικές εξετάσεις πριν 1 χρόνο, το 21,7% πριν από 2 χρόνια και το 7,9% ποτέ πριν. (Πίνακας 19, Σχήμα 18)

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς που πραγματοποιούν προληπτικές εξετάσεις

Που πραγματοποιείτε εξετάσεις	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Στο γιατρό σας	203	24,2	24,2
Στο γιατρό ή στο νοσοκομείο	20	2,4	26,6
Γιατρό, νοσοκομείο, ιδιωτικό κέντρο	1	,1	26,7
Γιατρό, ιδιωτικό κέντρο	11	1,3	28,0
Γιατρό, ιδιωτικό κέντρο (Αθήνα)	2	,2	28,3
Νοσοκομείο	314	37,5	65,7
Νοσοκομείο, Ιδιωτικό κέντρο	6	,7	66,4
Ιδιωτικό κέντρο	169	20,1	86,6
Ιδιωτικό κέντρο (αθήνα)	57	6,8	93,4
Δεν κάνω	55	6,5	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς που πραγματοποιούν προληπτικές εξετάσεις

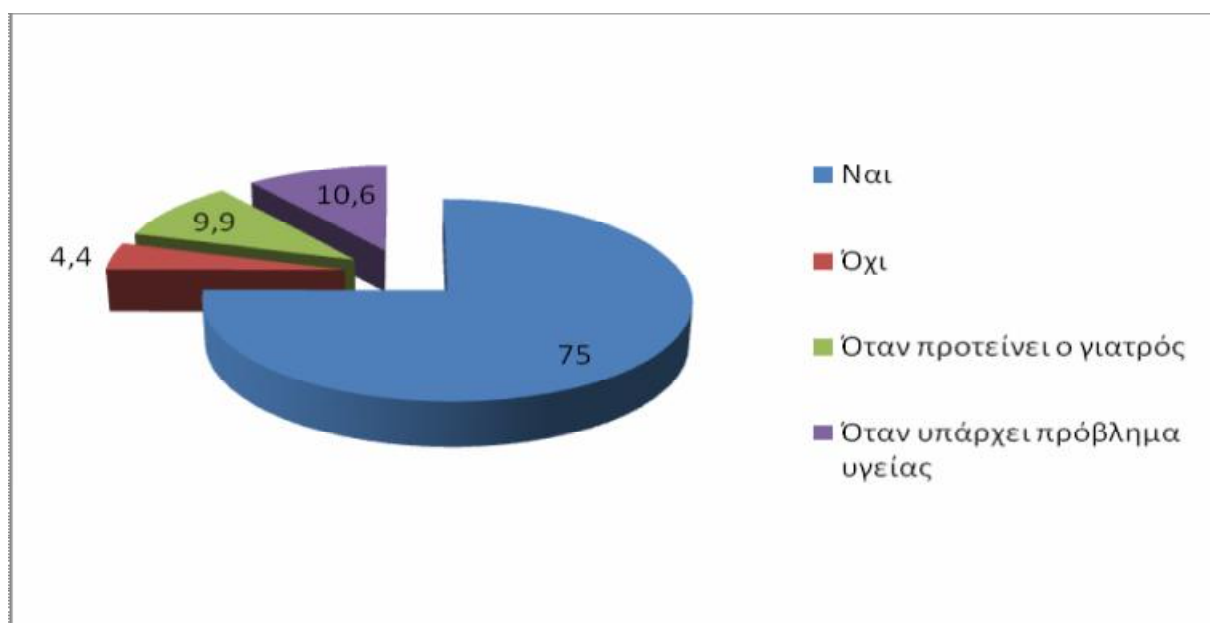


Από το δείγμα μας προκύπτει ότι το 40,7% πραγματοποιούν εξετάσεις στο νοσοκομείο, το 28,3% πάει στο γιατρό τους και το 29,2% σε ιδιωτικά κέντρα (πάτρα – Αθήνα). (Πίνακας 20, Σχήμα 19)

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς αν κρίνουν απαραίτητες προληπτικές εξετάσεις

Κρίνετε απαραίτητες τις προληπτικές εξετάσεις	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	629	75,0	75,0
Όχι	37	4,4	79,5
Όταν προτείνει ο γιατρός	83	9,9	89,4
Όταν υπάρχει πρόβλημα υγείας	89	10,6	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς αν κρίνουν απαραίτητες προληπτικές εξετάσεις

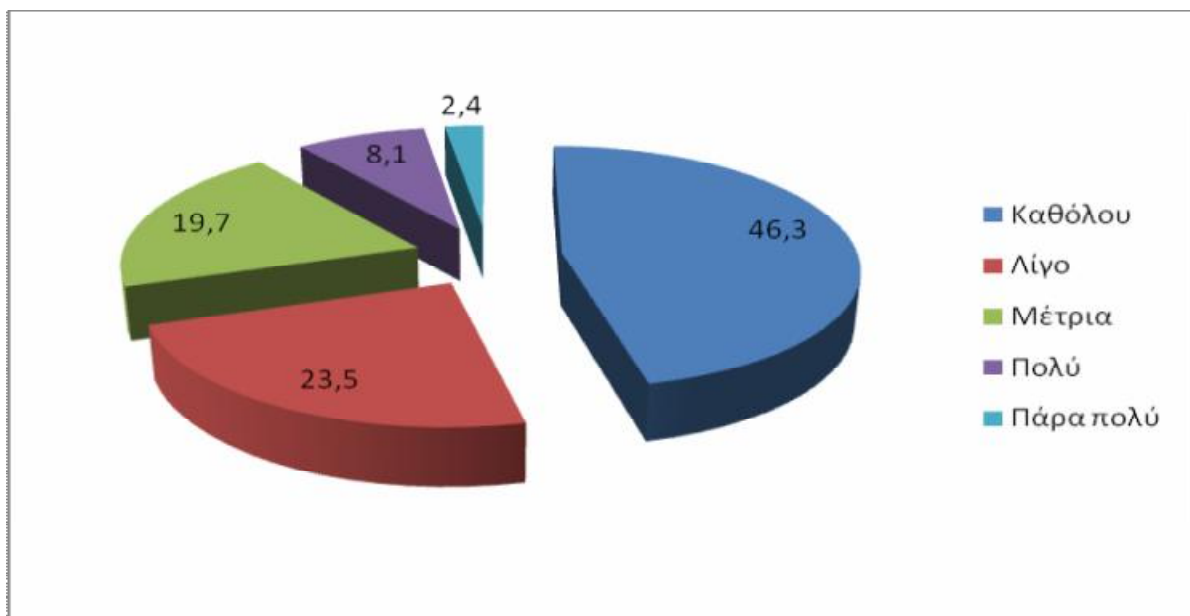


Από το δείγμα μας προκύπτει ότι το 75% κρίνει απαραίτητες τις προληπτικές εξετάσεις, από αυτούς το 10,6% πραγματοποιεί προληπτικές εξετάσεις όταν υπάρχει πρόβλημα υγείας, το 9,9% όταν το προτείνει ο γιατρός ενώ το 4,4% δεν τις κρίνει απαραίτητες. (Πίνακας 21, Σχήμα 20)

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς αν αντιμετωπίζουν πρόβλημα ύπνου

Πρόβλημα υπνού	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	388	46,3	46,3
Λίγο	197	23,5	69,8
Μέτρια	165	19,7	89,5
Πολύ	68	8,1	97,6
Πάρα πολύ	20	2,4	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς αν αντιμετωπίζουν πρόβλημα ύπνου

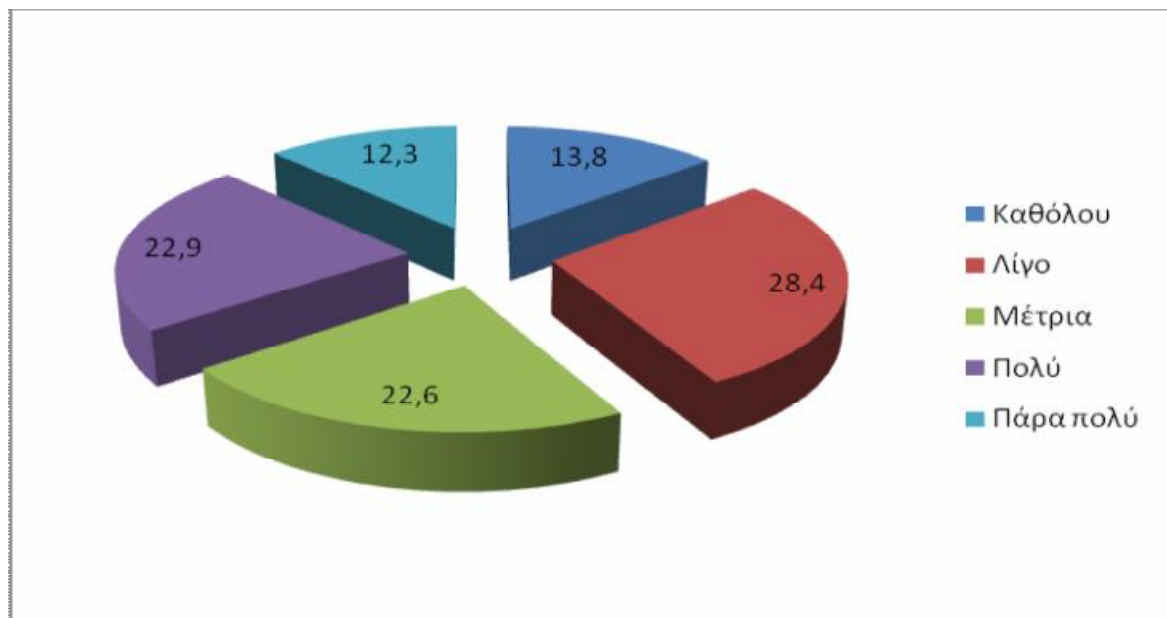


Το 46,3% των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα υπνού και από το 53,7% που παρουσιάζει πρόβλημα, το 23,5% έχουν λίγο πρόβλημα υπνού, το 19,7% έχει μέτριο ύπνο και το 10,6% πολύ έως παρά πολύ. (Πίνακας 22, Σχήμα 21)

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς αν αισθάνονται άγχος

Αισθάνεστε άγχος	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	116	13,8	13,8
Λίγο	238	28,4	42,2
Μέτρια	189	22,6	64,8
Πολύ	192	22,9	87,7
Πάρα πολύ	103	12,3	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς αν αισθάνονται άγχος

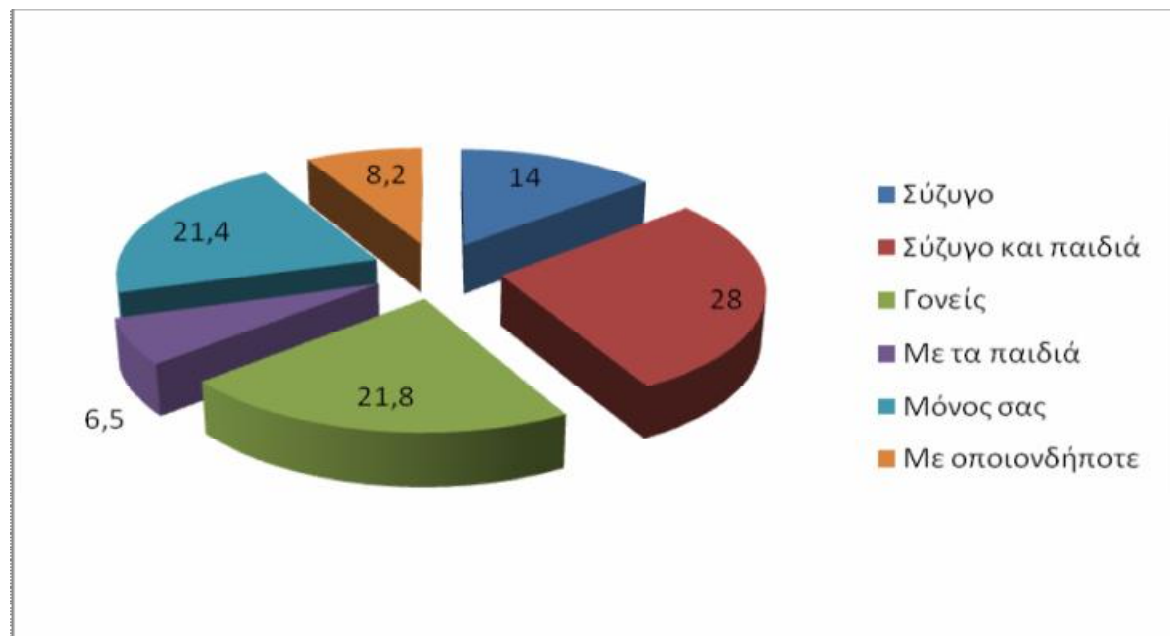


Από το δείγμα μας προκύπτει ότι το 86,2% των ερωτηθέντων παρουσιάζει άγχος και το 13% καθόλου. Από τους πάσχοντες ερωτηθέντες το 28,4% έχουν λίγο άγχος, το 22,6% μέτριο και το 35,2% πολύ έως πάρα πολύ. (Πίνακας 23, Σχήμα 22)

Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς με το ποια άτομα διαμένουν

Με ποιους διαμένετε	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Σύζυγο	117	14,0	14,0
Σύζυγο και παιδιά	235	28,0	42,0
Γονείς	183	21,8	63,8
Με τα παιδιά	55	6,5	70,4
Μόνος σας	179	21,4	91,8
Με οποιονδήποτε	69	8,2	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς με το ποια άτομα διαμένουν

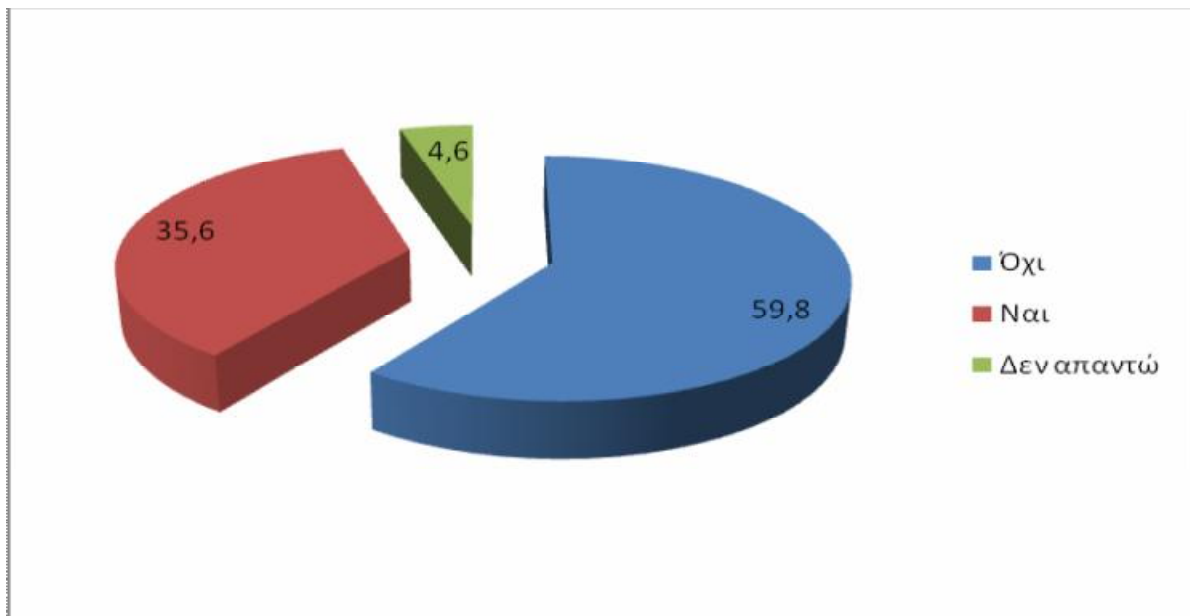


Από το δείγμα μας προκύπτει ότι το 14% του δείγματος μένει με το σύζυγο, το 28% με το σύζυγο και τα παιδιά, το 21,8% με γονείς, το 21,4% μόνοι τους, το 8,2% με οποιονδήποτε άλλον και 6,5% με τα παιδιά. . (Πίνακας 24, Σχήμα 23)

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν υπάρχει πρόβλημα υγείας σε κάποιο μέλος της οικογένειας

πρόβλημα υγείας σε κάποιο μέλος της οικογένειας	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Όχι	501	59,8	59,8
Ναι	298	35,6	95,3
Δεν απαντώ	39	4,6	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν υπάρχει πρόβλημα υγείας σε κάποιο μέλος της οικογένειας

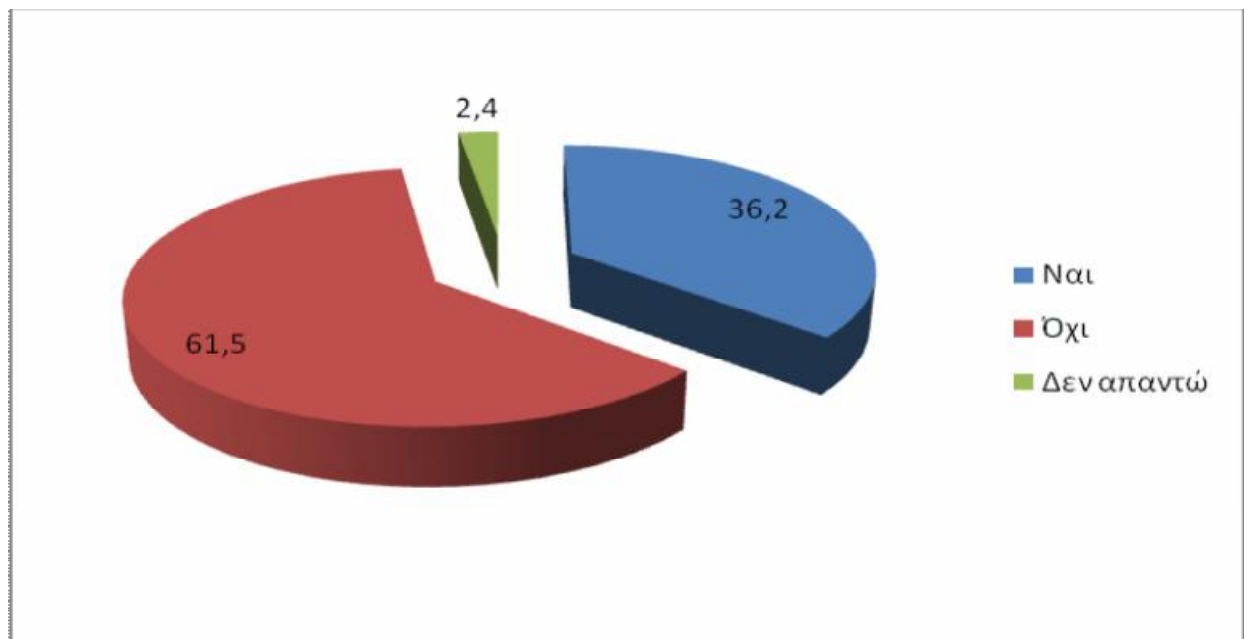


Από το δείγμα μας το 59,8% υποστηρίζει ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα υγείας κάποιο μέλος της οικογενειάς του και το 35,6% υποστηρίζει ότι δεν έχει πρόβλημα κανένα μέλος της οικογένειας. (Πίνακας 25, Σχήμα 24)

Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν γυμνάζονται

Γυμνάζεστε	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	303	36,2	36,2
Όχι	515	61,5	97,6
Δεν απαντώ	20	2,4	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν γυμνάζονται

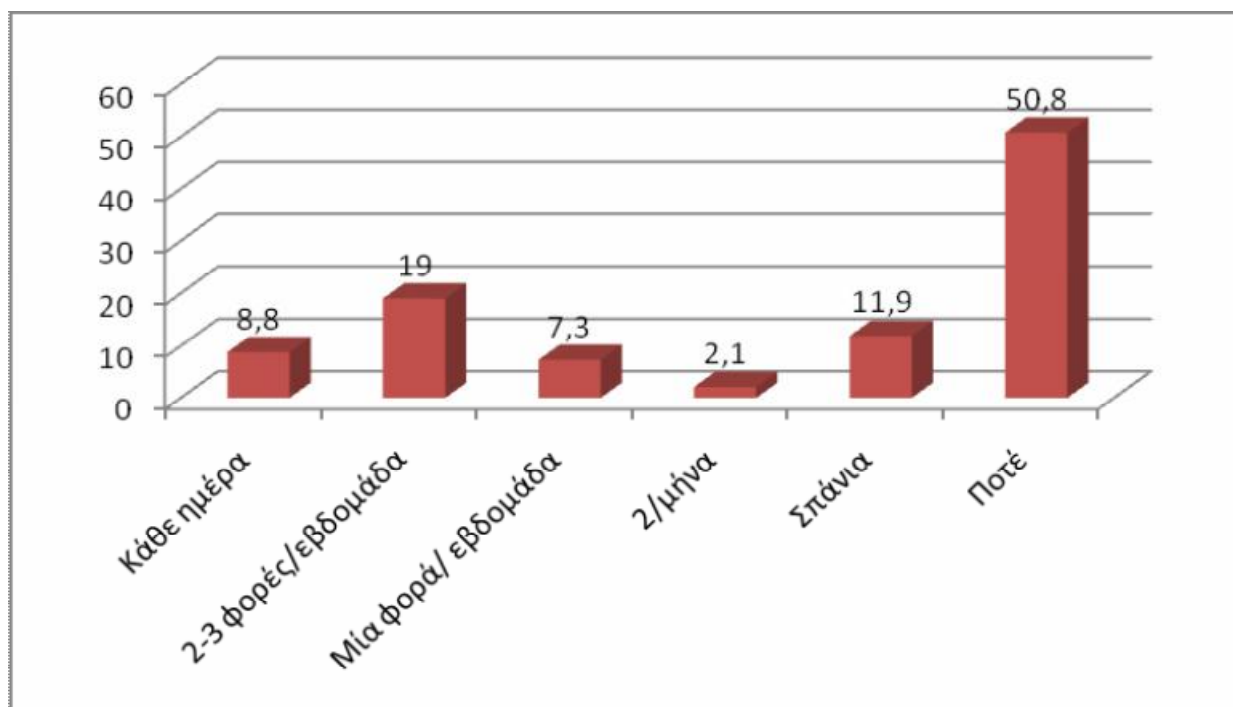


Από το σύνολο των ερωτηθέντων προκύπτει ότι το 36,2% γυμνάζετε ενώ το 61,5% απαντά ότι δεν γυμνάζετε. (Πίνακας 26, Σχήμα 25)

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά γυμνάζονται

Πόσο συχνά γυμνάζετε	Frequen cy	Percent	Cumulative Percent
Κάθε ημέρα	74	8,8	8,8
2-3 φορές/εβδομάδα	159	19,0	27,8
Μία φορά/ εβδομάδα	61	7,3	35,1
2/μήνα	18	2,1	37,2
Σπάνια	100	11,9	49,2
Ποτέ	426	50,8	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά γυμνάζονται

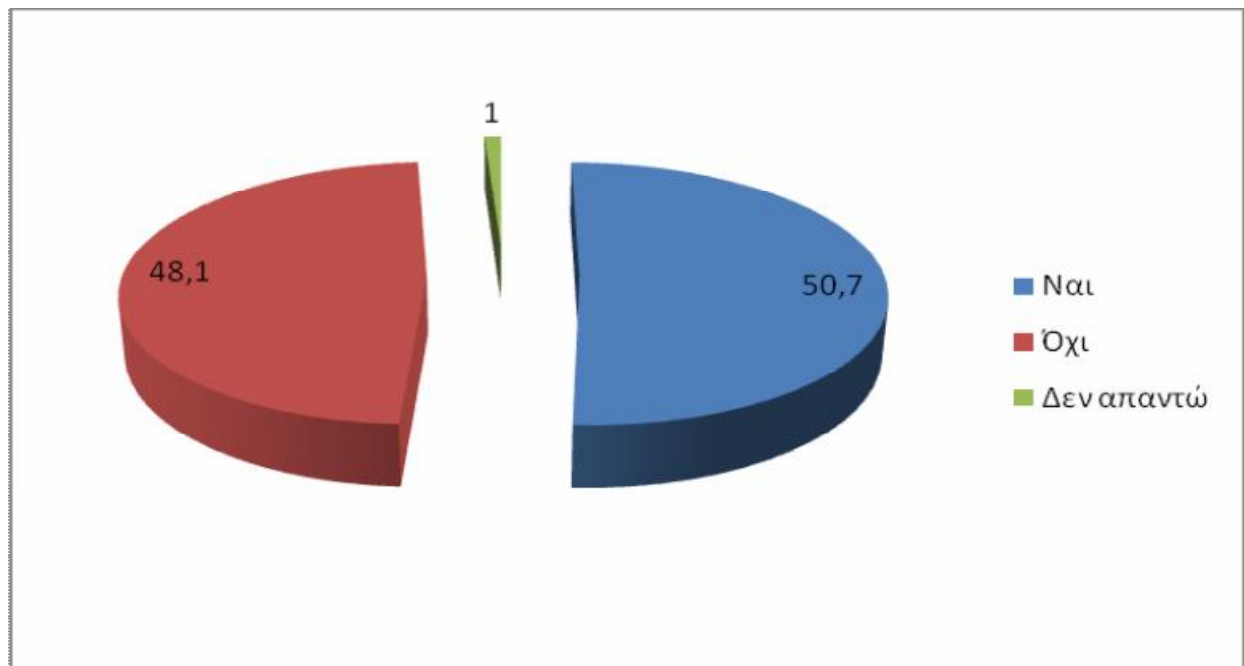


Από το δείγμα μας προκύπτει ότι 50,8% των ερωτηθέντων δεν γυμνάζετε καθόλου, το 19% 2-3 φορές τη εβδομάδα, το 8,8% κάθε μέρα και το 7,3% μία φορά τη εβδομάδα.(Πίνακας 27, Σχήμα 26)

Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν καπνίζουν

Καπνίζετε	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	425	50,7	50,8
Όχι	403	48,1	99,0
Δεν απαντώ	8	1,0	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν καπνίζουν

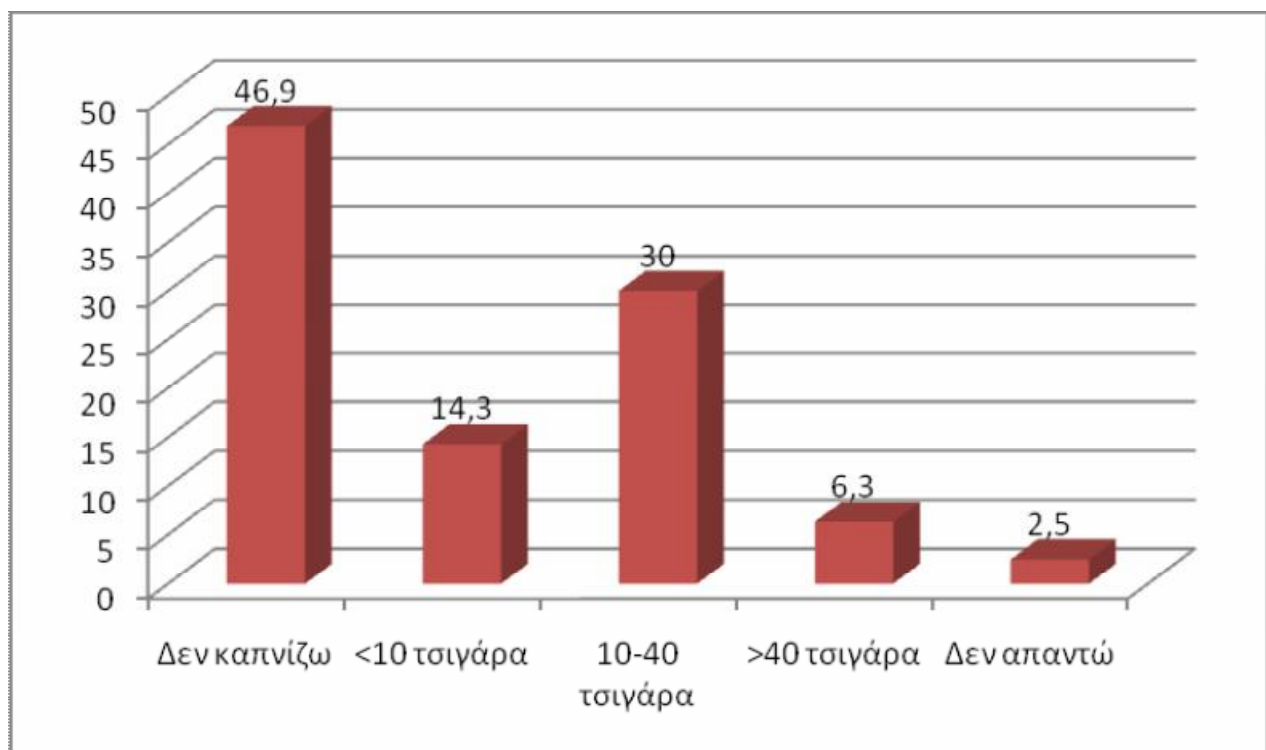


Από το δείγμα μας προκύπτει ότι το 50,7% του πληθυσμού καπνίζει και το 48,1% δεν καπνίζει.(Πίνακας 28, Σχήμα 27)

Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ποσότητα τσιγάρων που καπνίζουν

Ποσότητα τσιγάρων που καπνίζετε	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Δεν καπνίζω	393	46,9	46,9
<10 τσιγάρα	120	14,3	61,2
10-40 τσιγάρα	251	30,0	91,2
>40 τσιγάρα	53	6,3	97,5
Δεν απαντώ	21	2,5	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ποσότητα τσιγάρων που καπνίζουν



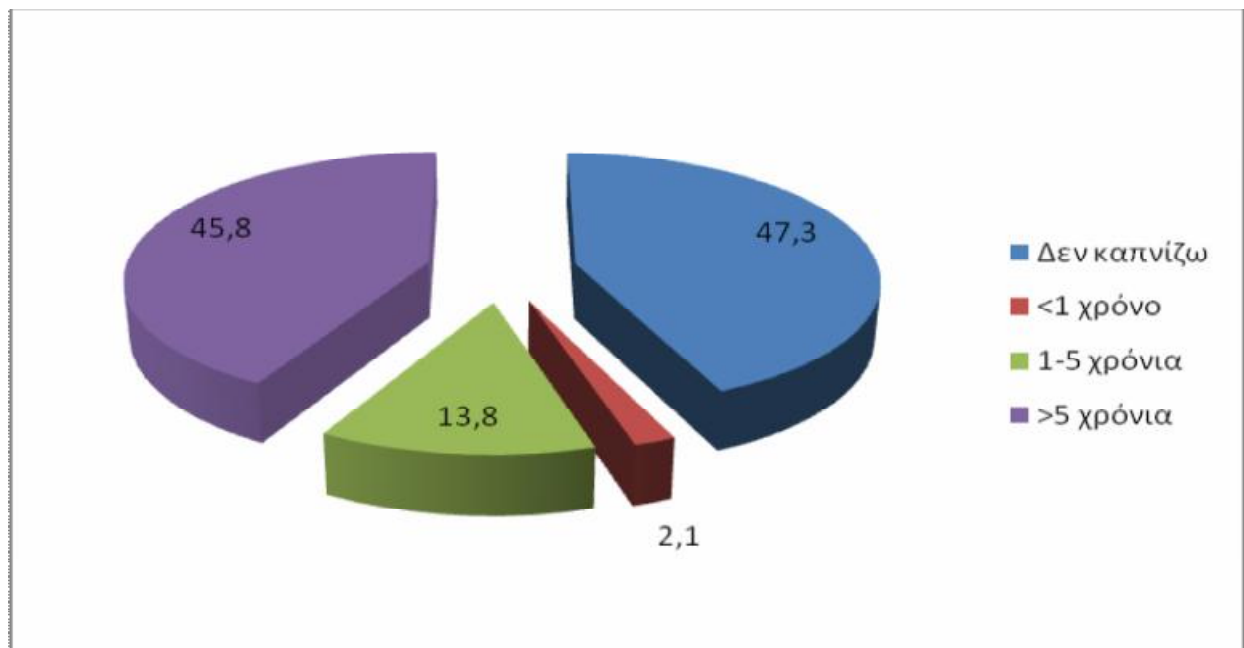
Από το δείγμα προκύπτει :

- Το 30% καπνίζει 10-40 τσιγάρα την ημέρα
- Το 14,3% κάτω από 10 τσιγάρα την ημέρα και
- Το 6,3% πάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα (Πίνακας 29, Σχήμα 28)

Πίνακας 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα πόσα χρόνια καπνίζουν

Πόσα χρόνια καπνίζετε	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Δεν καπνίζω	397	47,3	48,7
<1 χρόνο	18	2,1	50,8
1-5 χρόνια	116	13,8	64,7
>5 χρόνια	307	45,8	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα πόσα χρόνια καπνίζουν



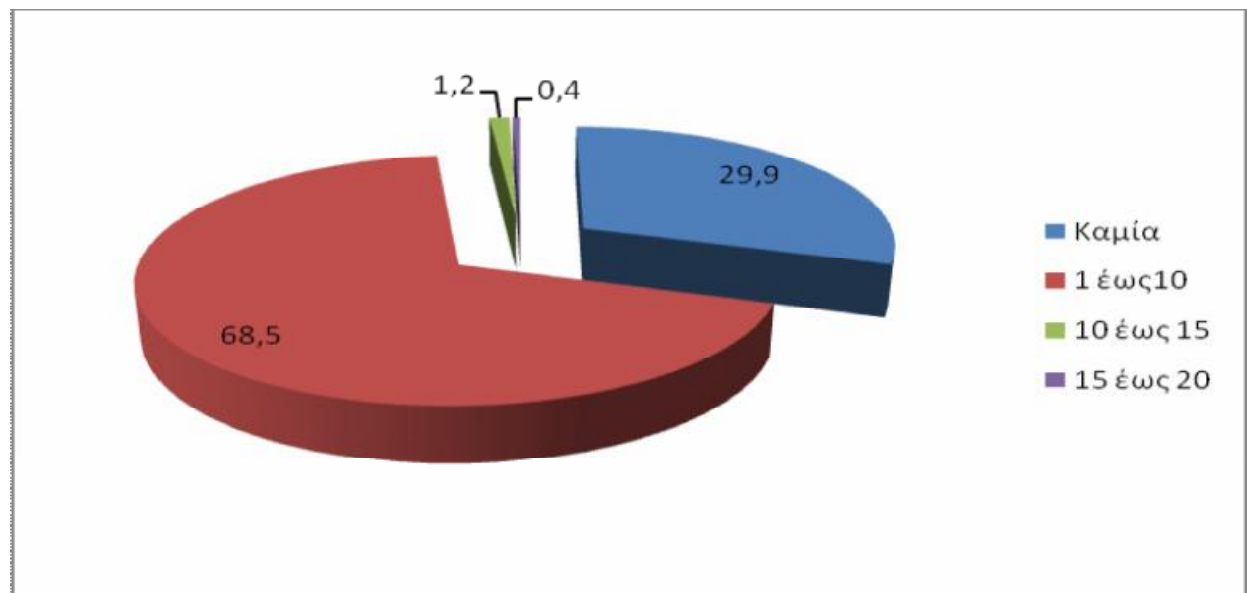
Από το δείγμα μας προκύπτει :

- Το 45,8% πάνω από 5 χρόνια
- Το 13,8% 1-5 χρόνια
- Το 2,1% κάτω από 1 χρόνο (Πίνακας 30, Σχήμα 29)

Πίνακας 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις επισκέψεις στο γιατρό τον περασμένο χρόνο

Επισκέψεις στο γιατρό τον περασμένο χρόνο	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Καμία	250		29,8
1 έως 10	574		54,2
10 έως 15	11		54,3
15 έως 20	3		76,4
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις επισκέψεις στο γιατρό τον περασμένο χρόνο



Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 68,5% τον περασμένο χρόνο επισκέφτηκαν τον γιατρό από 1–10 φορές, το 29,9% δεν επισκέφτηκαν τον γιατρό καμία φορά, το 1,2 από 10-15 και το 0,4 15-20 επισκέψεις.(Πίνακας 31, Σχήμα 30)

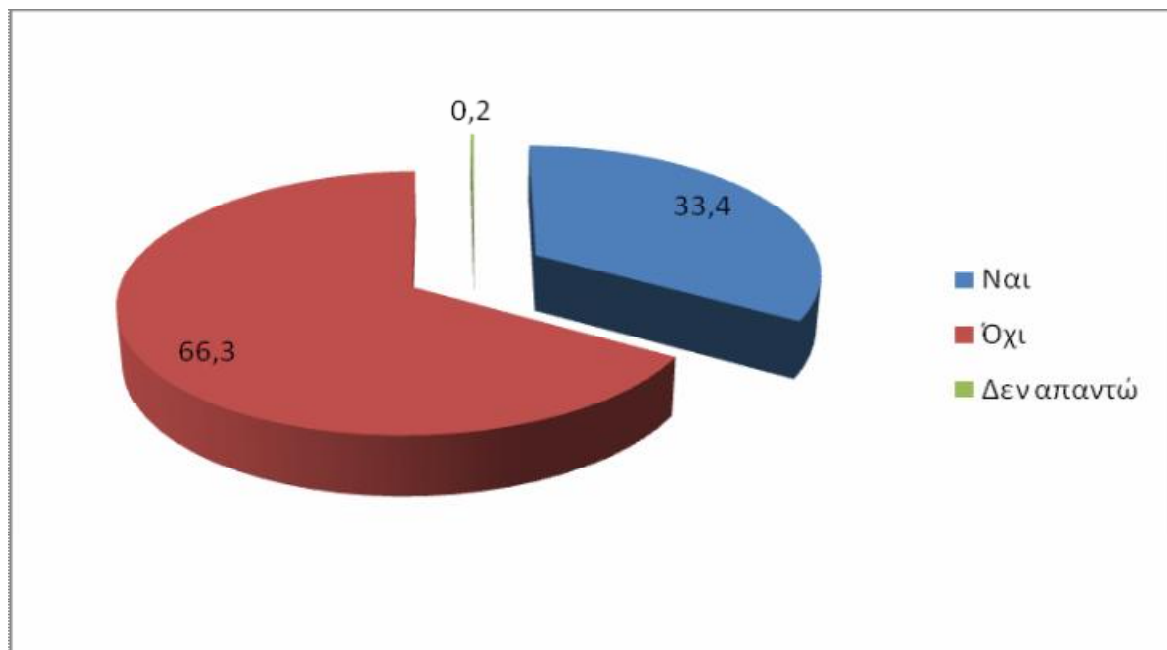
Πίνακας 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις μέρες διαμονής στο νοσοκομείο

Μέρες διαμονής στο νοσοκομείο	Frequency	Percent	Cumulative Percent
0	707	84,4	84,4
1	23	2,7	87,1
10	15	1,8	88,9
11	1	,1	89,1
12	2	,2	89,4
14	1	,1	89,5
15	6	,7	90,2
150	1	,1	90,3
2	16	1,9	92,2
20	5	,6	92,8
3	13	1,6	94,4
30	3	,4	94,7
32	1	,1	94,9
33	1	,1	95,0
4	11	1,3	96,3
40	1	,1	96,4
45	2	,2	96,7
5	16	1,9	98,6
6	5	06	99,2
7	7	,8	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Πίνακας 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την απουσία από την εργασία το περασμένο έτος λόγω νόσου

Απουσία από εργασία το προηγούμενο έτος λόγω νόσου	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	280	33,4	33,4
Όχι	556	66,3	99,8
Δεν απαντώ	2	,2	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την απουσία από την εργασία το περασμένο έτος λόγω νόσου



Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 33,4% απουσίαζαν λόγω ασθένειας.(Πίνακας 33, Σχήμα 31)

Πίνακας 33 β: Κατανομή ερωτηθέντων προς τους λόγους απουσίας από την εργασία

Λόγοι απουσίας από την εργασία	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Δεν απουσίαζαν	558	66,6	66,6
1	13	1,6	68,1
1,2	5	0,6	68,7
1,2,3	1	0,1	68,9
1,2,3,4,6	1	0,1	69
1,2,6	1	0,1	69,1
1,2,8	2	0,2	69,3
1,3	1	0,1	69,5
1,4	4	0,5	69,9
1,4,5	1	0,1	70
1,5	3	0,4	70,4
1,6	1	0,1	70,5
1,7	1	0,1	70,6
1,8	2	0,2	70,9
10	18	2,1	73
2	14	1,7	74,7
2,1	1	0,1	74,8
2,3	3	0,4	75,2
2,4	4	0,5	75,7
2,7	1	0,1	75,8
2,8	2	0,2	76
3	12	1,4	77,4
3,4	4	0,5	77,9
3,4,5	1	0,1	78
3,4,6	1	0,1	78,2
3,5	3	0,4	78,5
3,5,6	1	0,1	78,6
3,6	3	0,4	79
3,8	1	0,1	79,1
3,9	2	0,2	79,4
4	48	5,7	85,1

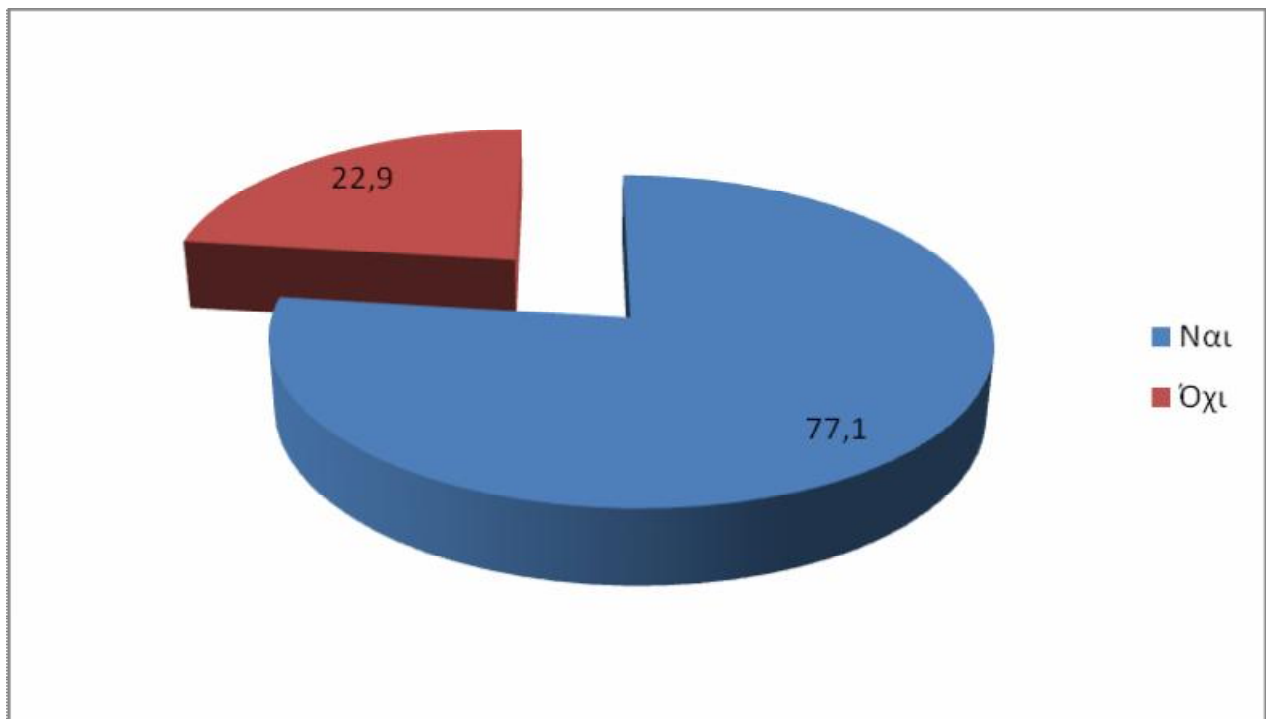
4,1	1	0,1	85,2
4,5	3	0,4	85,6
4,7	10	1,2	86,8
4,8	3	0,4	87,1
5	17	2	89,1
6	8	1	90,1
6,7	1	0,1	90,2
6,8	1	0,1	90,3
7	18	2,1	92,5
7,8	1	0,1	92,6
8	38	4,5	97,1
9	24	2,9	100
Σύνολο	838	100	

Από το δείγμα προκύπτει μας ότι το 9,6% του πληθυσμού απουσίαζε λόγω κρυολογήματος/γρίπης/ιολογικές μολύνσεις, το 5,8% λόγω άλλων ασθενειών, το 4,4% λόγω μυικών πόνων και το 4,1% απουσίαζαν λόγω πόνου στην πλάτη.
(Πίνακας 33 β)

Πίνακας 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την λήψη αρτηριακής πίεσης

Μέτρηση Αρτηριακής Πίεσης	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	646	77,1	77,1
Όχι	192	22,9	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την λήψη αρτηριακής πίεσης

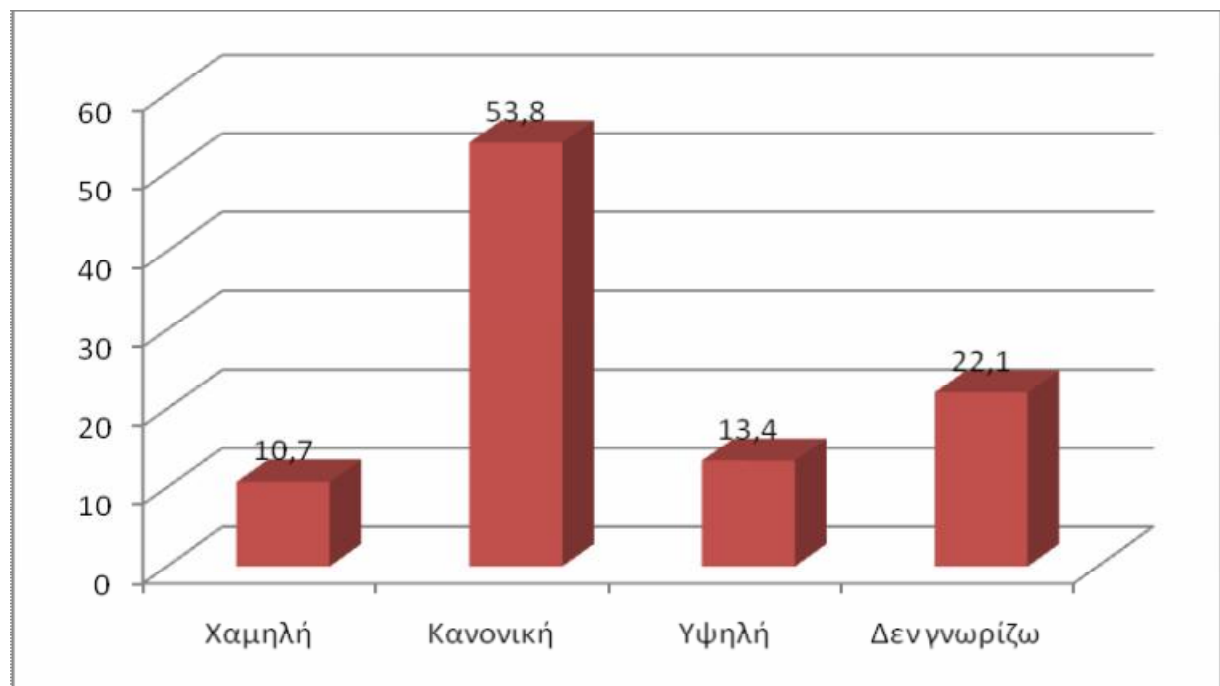


Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 77% έχουν μετρήσει την Α.Π το προηγούμενο έτος ενώ το 23% όχι. (Πίνακας 34, Σχήμα 32)

Πίνακας 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα αποτελέσματα λήψης αρτηριακής πίεσης

Αποτέλεσμα μέτρησης ΑΠ	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Χαμηλή	90	10,7	10,7
Κανονική	451	53,8	64,6
Υψηλή	112	13,4	77,9
Δεν γνωρίζω	185	22,1	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την λήψη αρτηριακής πίεσης



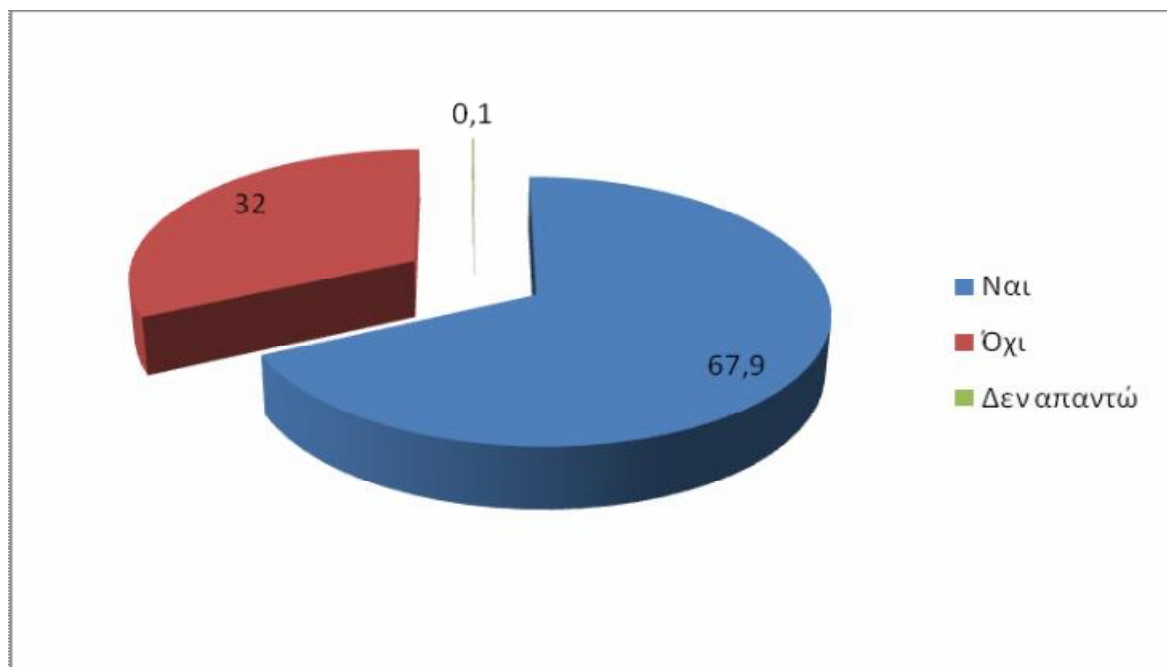
Από το δείγμα μας προκύπτει ότι:

- Το ¼ δεν γνωρίζει αν έχει ΑΠ
- Το 53,8% έχει κανονική ΑΠ
- Το 13,4% έχει υψηλή ΑΠ (Πίνακας 35, Σχήμα 33)

Πίνακας 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την μέτρηση επιπέδου χοληστερόλης

Μέτρηση επιπέδου χοληστερόλης	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	569	67,9	67,9
Όχι	268	32,0	99,9
Δεν απαντώ	1	,1	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την μέτρηση επιπέδου χοληστερόλης



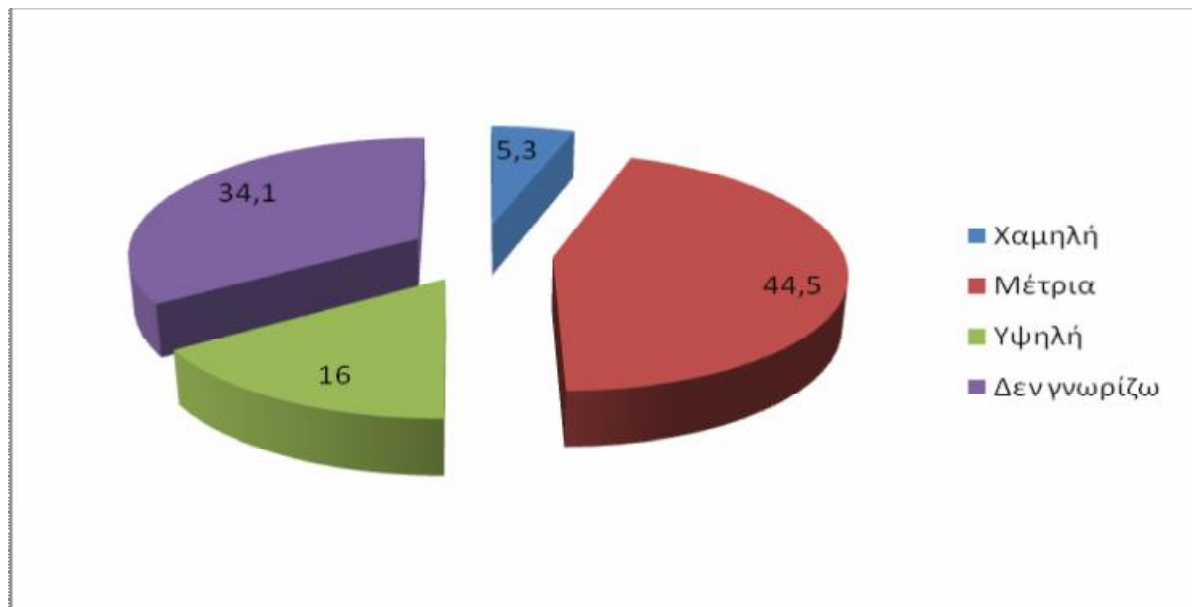
Από το δείγμα μας προκύπτει ότι:

- Το 68% έχει μετρήσει τη χοληστερόλη του τα τελευταία 2 χρόνια
- Το 32% δεν έχει μετρήσει τη χοληστερόλη του τα τελευταία 2 χρόνια (Πίνακας 36, Σχήμα 34)

Πίνακας 37: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα αποτελέσματα επιπέδου χοληστερόλης

Αποτέλεσμα μέτρησης χοληστερόλης	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Χαμηλή	44	5,3	5,3
Μέτρια	373	44,5	49,8
Υψηλή	134	16,0	65,8
Δεν γνωρίζω	286	34,1	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα αποτελέσματα επιπέδου χοληστερόλης



Από το δείγμα μας προκύπτει ότι το 1/3 δεν γνωρίζει ότι έχει χοληστερόλη συγκεκριμένα:

- Το 44,5% έχει μέτρια χοληστερόλη
- Το 16% έχει υψηλή χοληστερόλη
- Το 5,3% έχει χαμηλή χοληστερόλη (Πίνακας 37, Σχήμα 35)

Πίνακας 38: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο

Πόσο συχνά πηγαίνετε στον οδοντίατρο?	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Κάθε 6 μήνες	81	9,7	9,7
1/χρόνο	251	30,0	39,6
Περιστασιακά	317	37,8	77,4
Ποτέ	189	22,5	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο

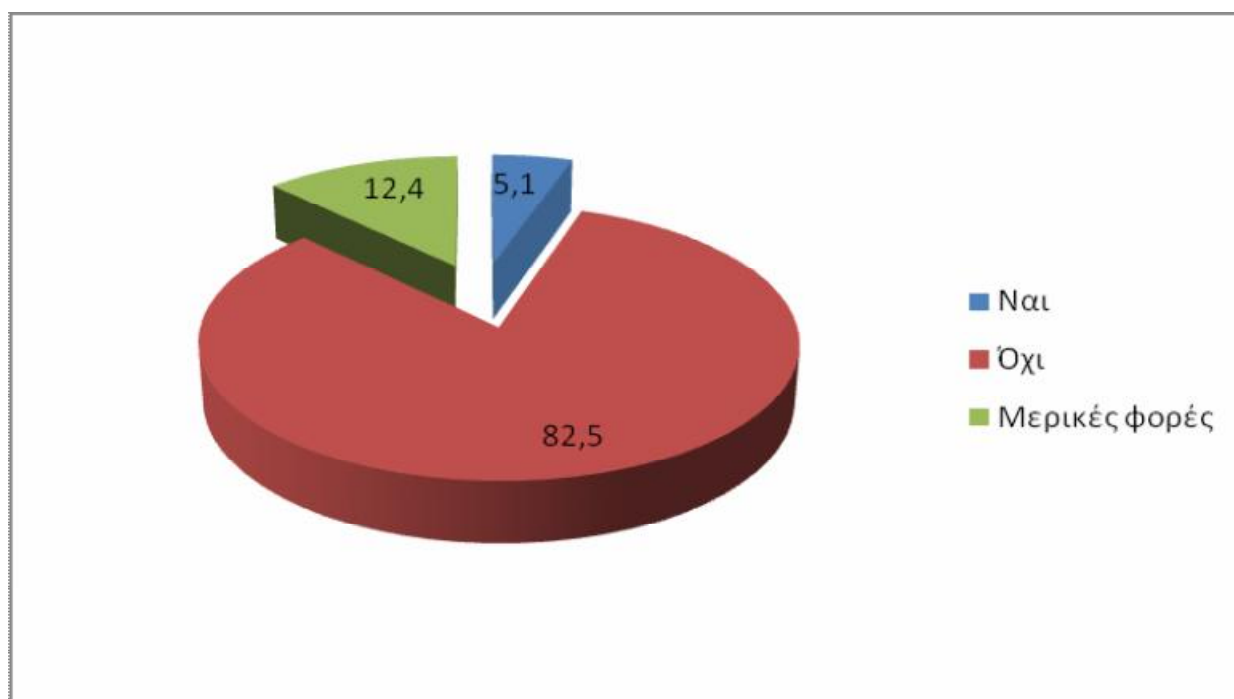


Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 60,3% του δείγματος δεν πηγαίνει καθόλου ή πηγαίνει περιστασιακά στον οδοντίατρο, το 30% μία φορά το χρόνο και το 10% κάθε εξάμηνο.(Πίνακας 38, Σχήμα 36)

Πίνακας 39: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον πόνο ή την δυσκολία κατά την ούρηση

Πόνος ή δυσκολία κατά την ούρηση	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	43	5,1	5,1
Όχι	691	82,5	87,6
Μερικές φορές	104	12,4	99,9
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 37: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον πόνο ή την δυσκολία κατά την ούρηση

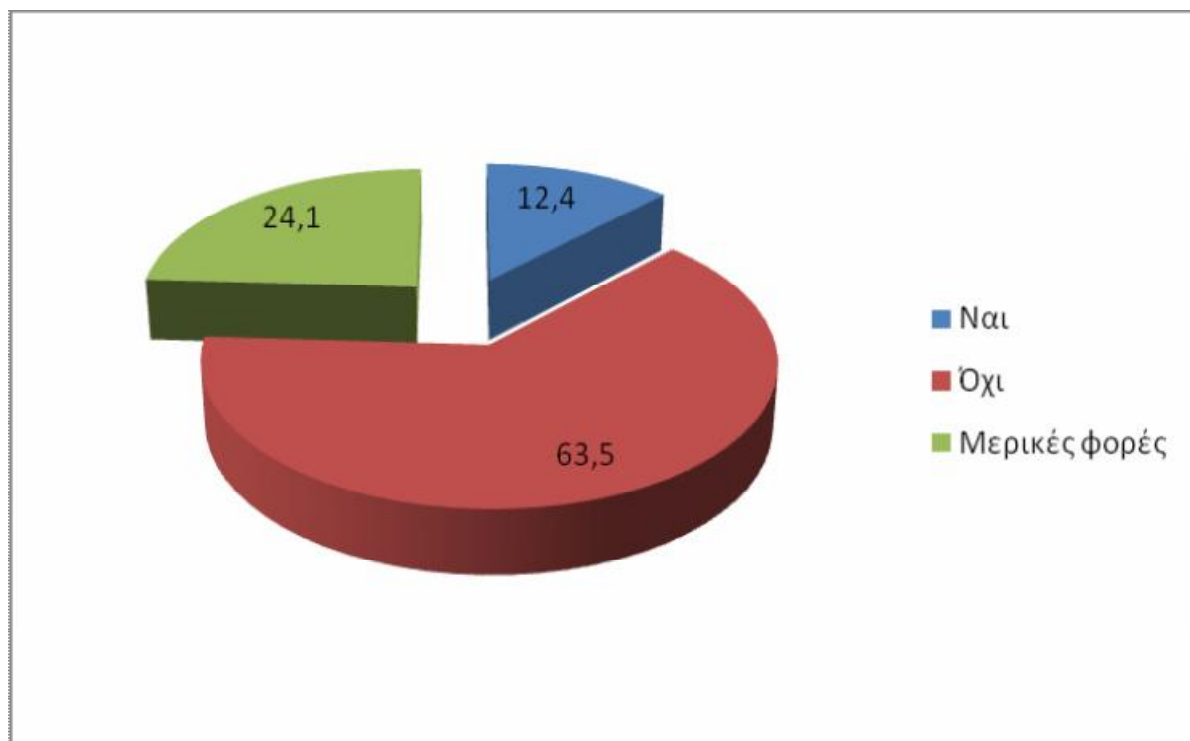


Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 60,3% του δείγματος δεν πηγαίνει καθόλου ή πηγαίνει περιστασιακά στον οδοντίατρο, το 30% μία φορά το χρόνο και το 10% κάθε εξάμηνο. (Πίνακας 39, Σχήμα 37)

Πίνακας 40: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ανάγκη για ούρηση πιο συχνά από ότι συνήθως

Ανάγκη για ούρηση πιο συχνά απο ότι συνήθως	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	104	12,4	12,4
Όχι	532	63,5	75,9
Μερικές φορές	202	24,1	100,0
Σύνολο	838	100,0	

Σχήμα 38: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ανάγκη για ούρηση πιο συχνά από ότι συνήθως

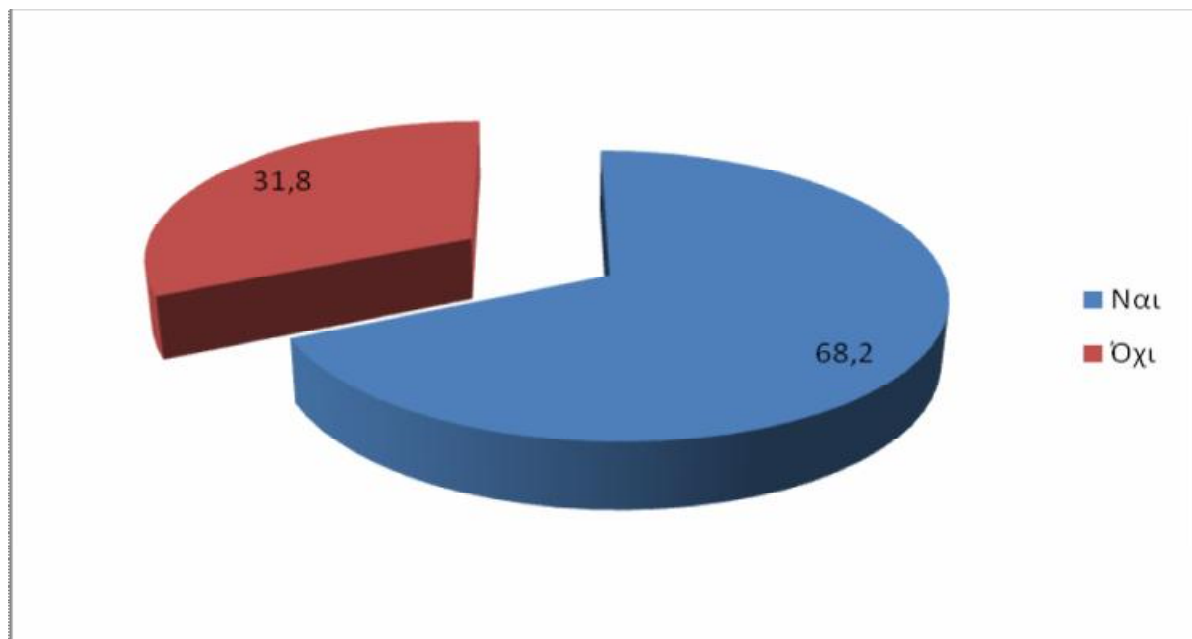


Το 63,5% των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την ούρηση, το 24,1% μερικές φορές και το 12,4% έχει πρόβλημα με την ούρηση.(Πίνακας 40, Σχήμα 38)

Πίνακας 41: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν κάνει τεστ Παπανικολάου τα τελευταία τρία χρόνια

Τεστ Παπανικολάου	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	274	68,2	68,2
Όχι	128	31,8	100,0
Σύνολο	402	100	

Σχήμα 39: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν κάνει τεστ Παπανικολάου τα τελευταία τρία χρόνια

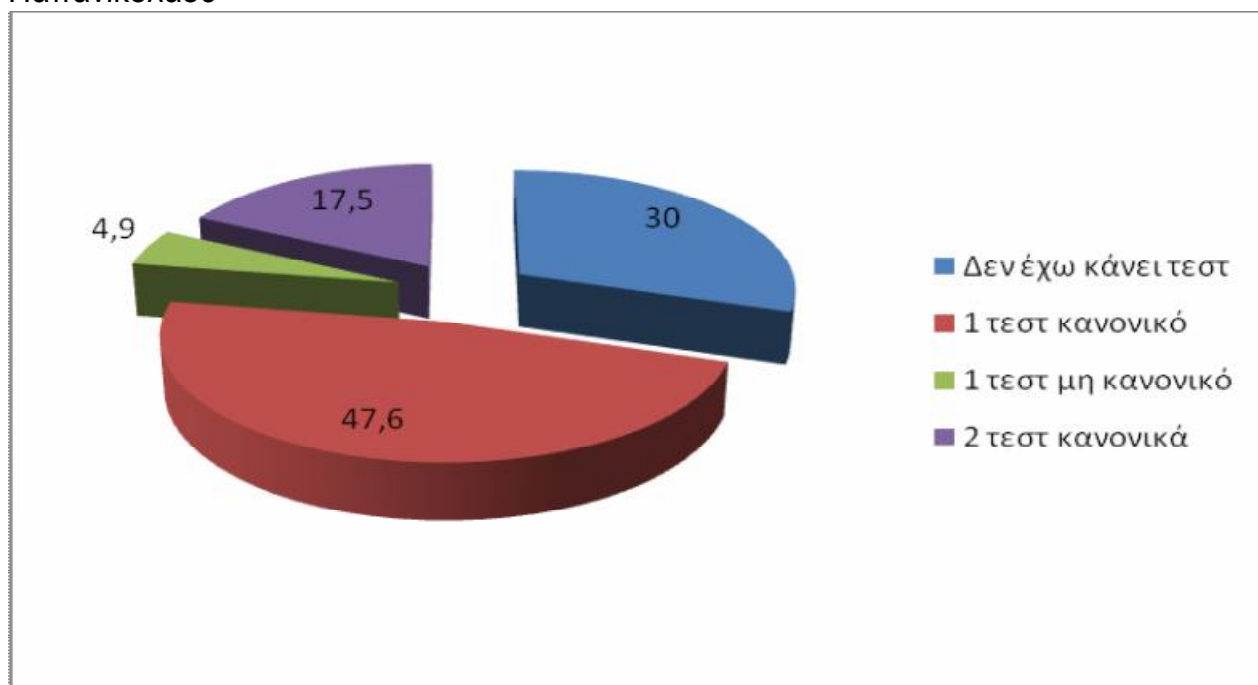


Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 1/3 δεν κάνει το τεστ Παπανικολάου και το 68,2% κάνει το τεστ Παπανικολάου (Πίνακας 40, Σχήμα 39)

Πίνακας 42 α: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αποτέλεσμα του τεστ Παπανικολάου

Αποτελέσματα τεστ Παπανικολάου	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Δεν έχω κάνει τεστ	121	30	66,5
1 τεστ κανονικό	191	47,6	89,3
1 τεστ μη κανονικό	20	4,9	91,6
2 τεστ κανονικά	70	17,5	100,0
Σύνολο	402	100	

Σχήμα 40 α: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αποτέλεσμα του τεστ Παπανικολάου

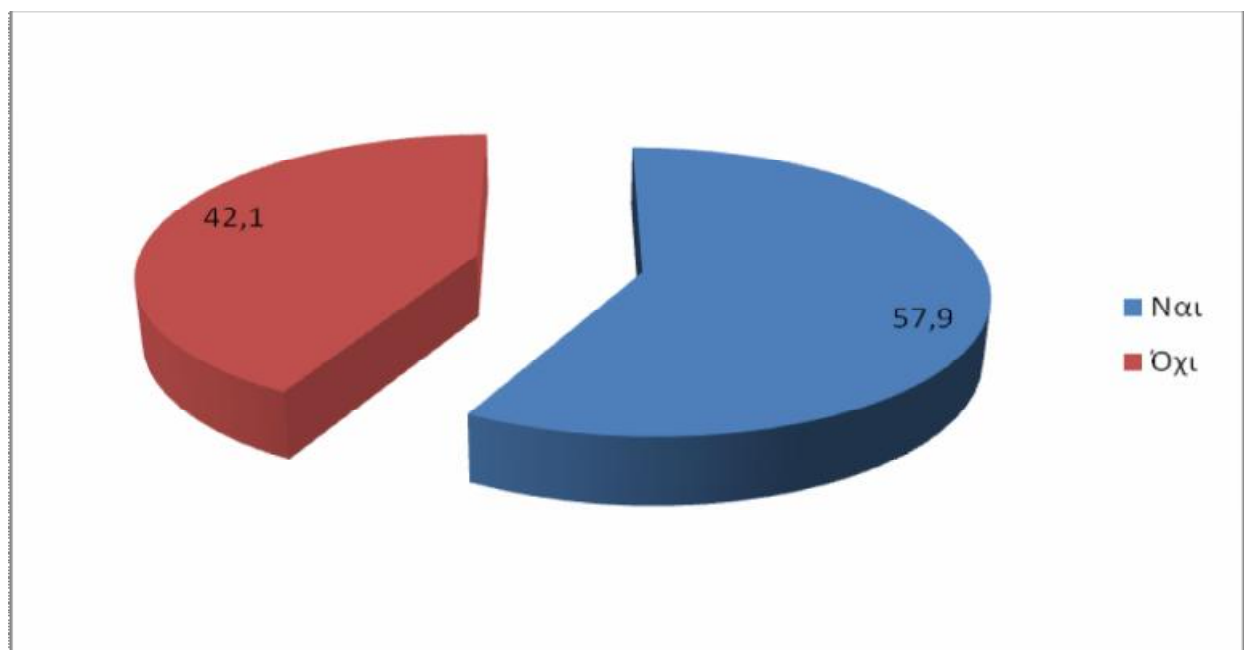


Από το σύνολο των ερωτηθέντων προκύπτει ότι το 5% των αποτελεσμάτων είναι μη κανονικά και το 65,1% είναι κανονικά 1–2 φορές. (Πίνακας 42, Σχήμα 40)

Πίνακας 42 β: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εξέταση στήθους

Εξέταση στήθους	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	233	57,9	58,0
Όχι	169	42,1	100,0
σύνολο	402	100,0	

Σχήμα 40 β: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εξέταση στήθους

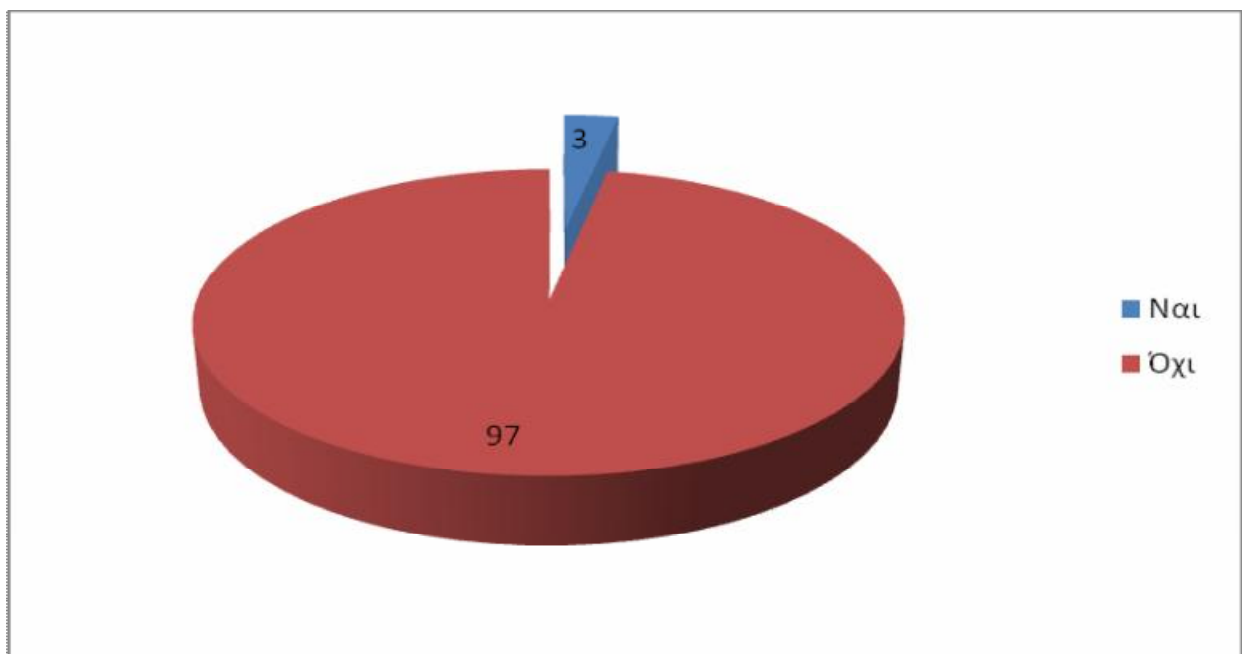


Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 58% του δείγματος εξετάζετε κανονικά και το 42% δεν εξετάζετε καθόλου. (Πίνακας 43, Σχήμα 41)

Πίνακας 43: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν υποφέρει από καρκίνο του στήθους

Έχετε υποφέρει από καρκίνο στήθους	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	12	3	3,0
Όχι	390	97	100,0
Σύνολο	402	100,0	

Σχήμα 41: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν υποφέρει από καρκίνο του στήθους

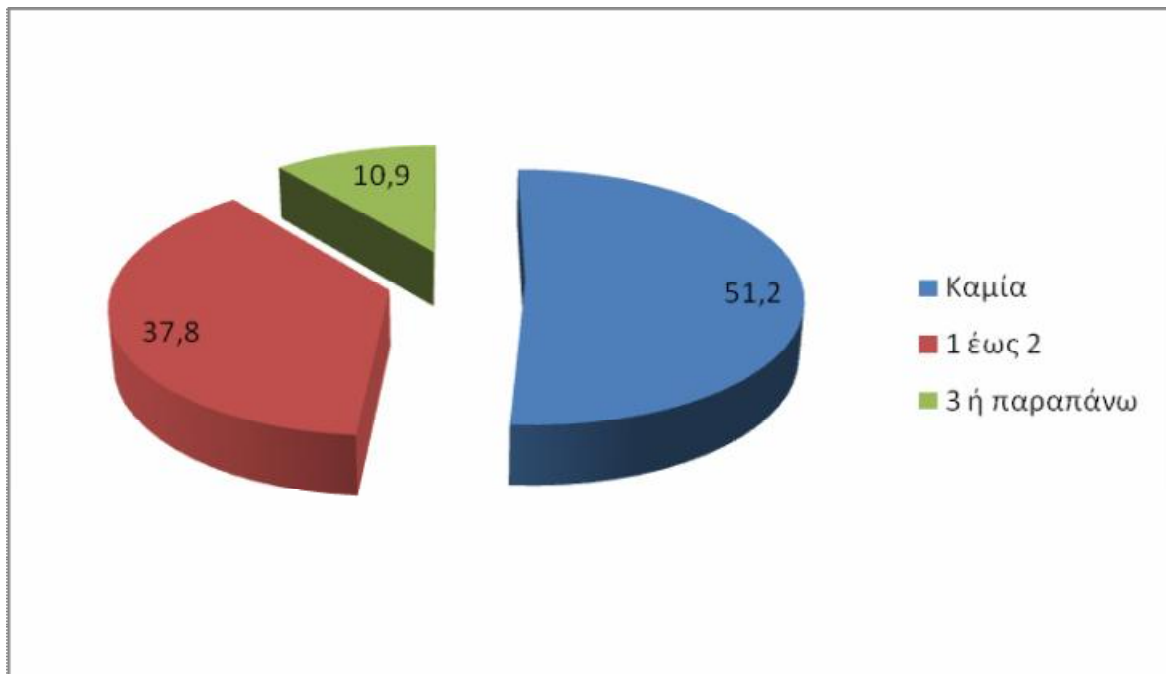


Από το δείγμα μας προκύπτει ότι μόνο το 3% είχε καρκίνο ή έχει κάνει μαστεκτομή. (Πίνακας 43, Σχήμα 41)

Πίνακας 44: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον αριθμό κυήσεων

Αριθμός κυήσεων	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Καμία	206	51,2	51,2
1 έως 2	152	37,8	89,1
3 ή παραπάνω	44	10,9	100,0
Σύνολο	402	100,0	

Σχήμα 41: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν υποφέρει από καρκίνο του στήθους

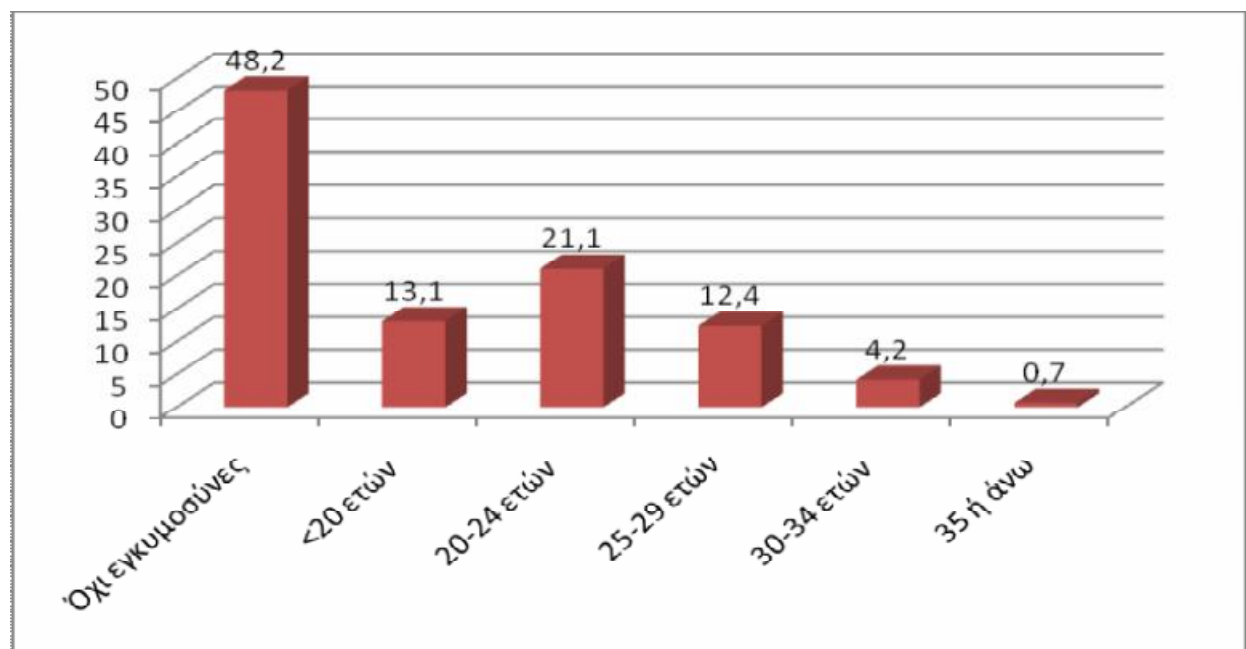


Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 37,8% του δείγματος είχε 1-2 πλήρες εγκυμοσύνες και το 11% είχε 3 και πάνω.(Πίνακας 43, Σχήμα 41)

Πίνακας 45: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης

Ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Όχι εγκυμοσύνες	194	48,2	48,3
<20 ετών	53	13,1	61,4
20-24 ετών	85	21,1	82,6
25-29 ετών	50	12,4	95,0
30-34 ετών	17	4,2	99,3
35 ή άνω	3	0,7	100,0
Σύνολο	402	100,0	

Σχήμα 43: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης

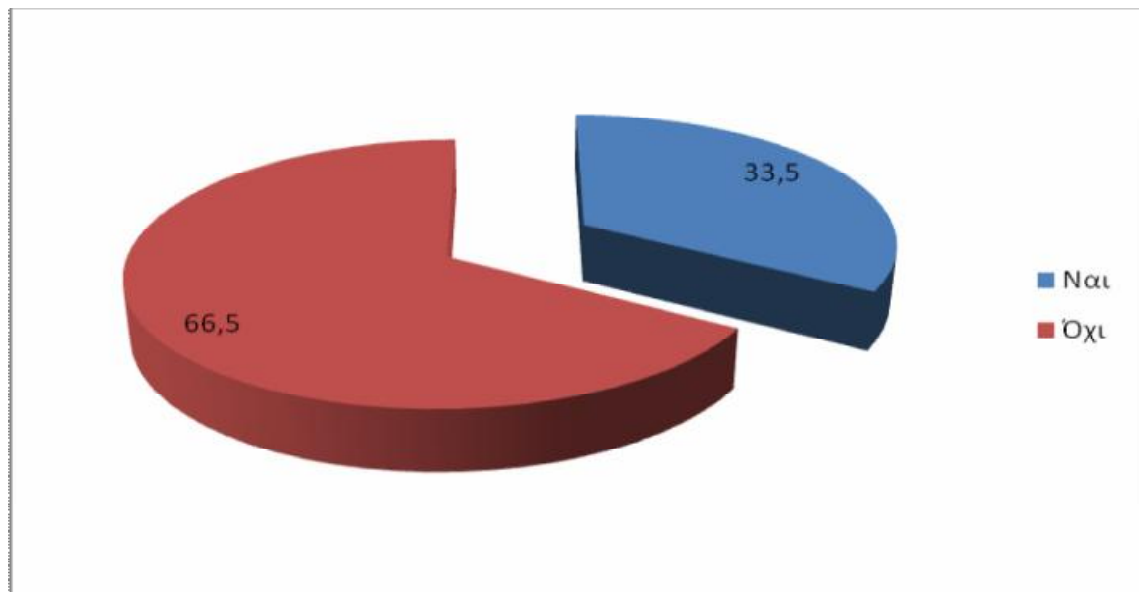


Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 37,8% του δείγματος είχε 1-2 πλήρες εγκυμοσύνες και το 11% είχε 3 και πάνω. (Πίνακας 43, Σχήμα 41)

Πίνακας 46: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εξέταση όρχεων

Εξέταση όρχεων	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	146	33,5	33,5
Όχι	290	66,5	99,8
Σύνολο	436	100,0	

Σχήμα 44: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εξέταση όρχεων

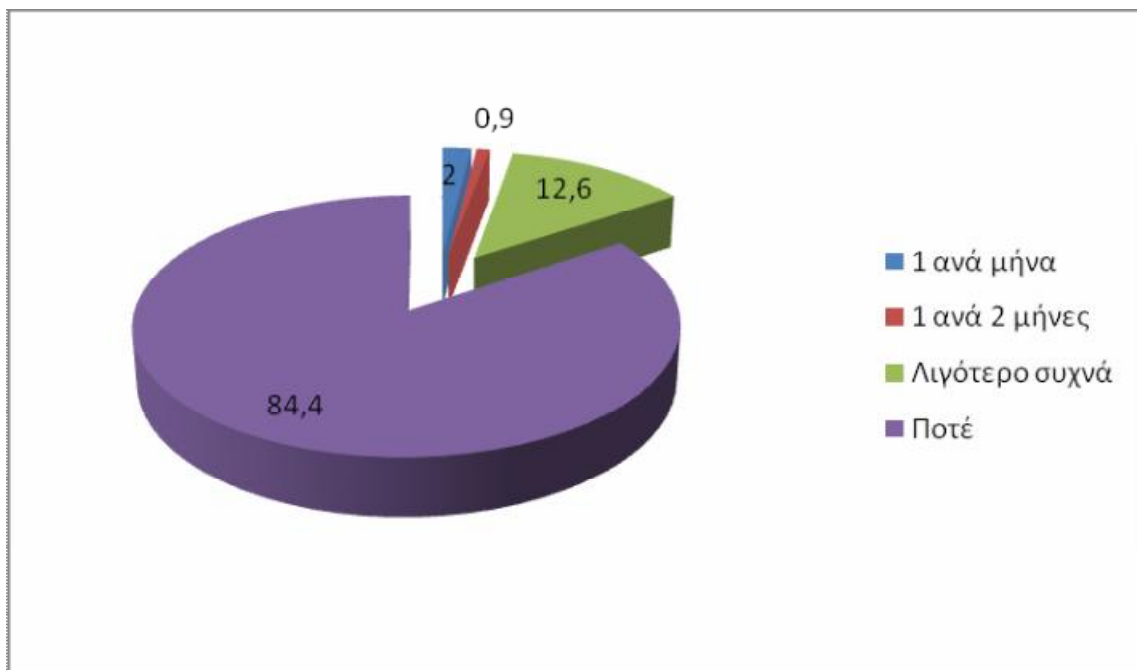


Από το σύνολο των ερωτηθέντων τα 2/3 του δείγματος δεν γνωρίζουν την εξέταση όρχεων.(Πίνακας 46, Σχήμα 44)

Πίνακας 47: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την συχνότητα της εξέτασης όρχεων

Συχνότητα εξέτασης όρχεων	Frequency	Percent	Cumulative Percent
1 ανά μήνα	9	2	2,1
1 ανά 2 μήνες	4	0,9	3,0
Λιγότερο συχνά	55	12,6	15,6
Ποτέ	368	84,4	100,0
Σύνολο	436	100,0	

Σχήμα 45: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την συχνότητα εξέτασης όρχεων

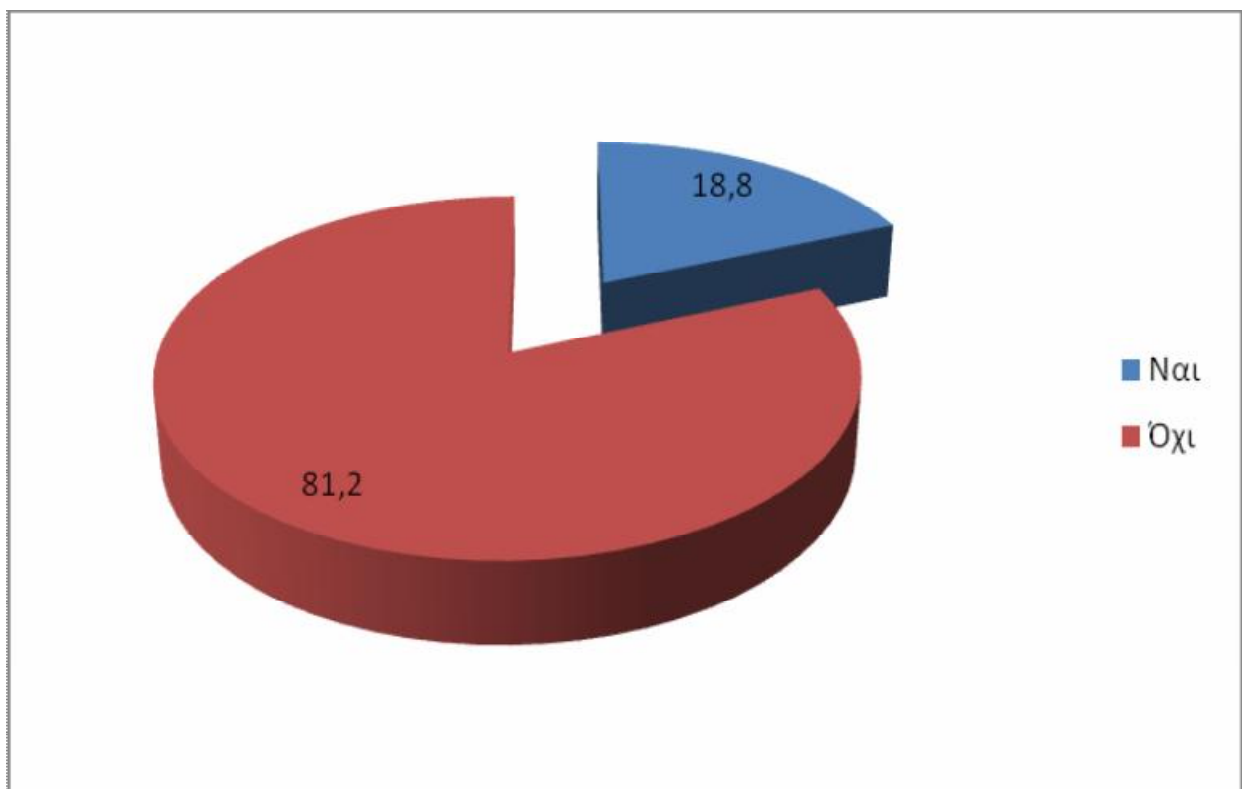


Το 84,4% του δείγματός μας δεν έχει κάνει ποτέ εξέταση, το 12,6% λιγότερο συχνά από ένα μήνα και το 1% μία εξέταση ανά 2 μήνες. (Πίνακας 47, Σχήμα 45)

Πίνακας 48: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εξέταση προστάτη

Εξέταση προστάτη	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	82	18,8	18,8
οχι	354	81,2	100,0
Σύνολο	436	100,0	

Σχήμα 46: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εξέταση προστάτη



Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 81,2% δεν έχει κάνει εξέταση προστάτη.(Πίνακας 48, Σχήμα 46).

Συζήτηση

Στην έρευνα μας έλαβαν μέρος 838 πολίτες της Πάτρας. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Στην παρούσα έρευνα το 52% ήταν άντρες και το 48% περίπου ήταν γυναίκες. Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 18 και 65 ετών με μέσο όρο ηλικίας 36,96 ετών. Όσο αφορά το δημοτικό διαμέρισμα το μεγαλύτερο ποσοστό (34,4%) των ερωτηθέντων προήλθε από το Κεντρικό διαμέρισμα, το 22,8% από το Νότιο διαμέρισμα, το 21,8% από το Ανατολικό διαμέρισμα και το υπόλοιπο 21% ήταν από το Αρκτικό διαμέρισμα. Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 43,3% ήταν άγαμοι, το 43,1% ήταν έγγαμοι εκ των οποίων το 51% του δείγματος δεν έχει κανένα παιδί.

Όσο αφορά το μορφωτικό επίπεδο το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (247 άτομα-ποσοστό 29,5%) έχουν απολυτήριο λυκείου, 141 άτομα(ποσοστό 16,8%) έχουν πτυχίο ΑΤΕΙ, 119 άτομα (ποσοστό 14,2%) έχουν πτυχίο ΑΕΙ, 108 άτομα(ποσοστό 12,9%) έχουν απολυτήριο τεχνικής σχολής, 107 άτομα(ποσοστό 12,8%) έχουν τελειώσει το δημοτικό, 91 άτομα (ποσοστό 10,9%) έχουν τελειώσει το γυμνάσιο και το υπόλοιπο 3%(25 άτομα) δηλώσαν αγράμματοι. Από το δείγμα μας προκύπτει ότι (204 άτομα- ποσοστό 24,3%) των ερωτηθέντων είναι άνεργοι ή ασχολούνται με οικιακά, 161 άτομα (ποσοστό 19,2%) είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι και 129 άτομα (ποσοστό 15,4%) είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, 116 άτομα (ποσοστό 13,8%) είναι δημόσιοι υπάλληλοι, 76 άτομα (ποσοστό 9,1%) είναι συνταξιούχοι, 50 άτομα (ποσοστό 6%) είναι εργάτες. 37 άτομα (ποσοστό 4,4%) είναι τεχνίτες, 38 άτομα (ποσοστό 4,5%) είναι επιστήμονες, 25 άτομα (ποσοστό 3%) είναι αγρότες και το υπόλοιπο 0,1% δεν απάντησαν. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 44,7% του δείγματος έχει μηνιαίο εισόδημα 1000-2000€, το 31,6% έχουν κάτω των 1000€, το 15,8% μεταξύ των 2000-3000 και ανω των 3000 €. Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 46,8% θεωρεί την υγεία του καλή, το 24% μέτρια και το 23,4% πολύ καλή το 4,5% τη θεωρεί κακή και το 1,3% πιστεύει ότι είναι πολύ κακή. ο 7,9% Το 65,6% δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα υγείας και μόνο το 31,9% αντιμετωπίζει. Υπήρχε και το ποσοστό των 2,5 που δεν απάντησαν. Από το δείγμα μας το 59,8% υποστηρίζει ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα υγείας κάποιο μέλος της οικογενείας του και το 35,6% υποστηρίζει ότι δεν έχει πρόβλημα κανένα μέλος της οικογένειας.

Οι ασθένειες με μεγαλύτερη συχνότητα που καταγράφηκαν από την δειγματοληψία μας είναι 2,9% καρδιολογικά, 2,6% σακχαρώδης Διαβήτης 2,2% Υπέρταση 1,4% χοληστερίνη. Το μεγαλύτερο ποσοστό (71,4%) δεν ακολουθεί μια συστηματική αγωγή.

Το 58,2% που αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει ότι πραγματοποιεί προληπτικές εξετάσεις, **το 40,6% ή δεν κάνουν ή κάνουν όταν τους συστήσει μόνο ο γιατρός.** Από το δείγμα μας 31,5% υποστηρίζει ότι πραγματοποιεί προληπτικές εξετάσεις κάθε χρόνο, το 22,9% κάθε εξάμηνο, το 20,5% όταν το συστήνει ο γιατρός, το 16,1% μόνο όταν αισθανθεί κάποιο πρόβλημα υγείας και το 8,6% δεν πραγματοποιούν ποτέ προληπτικές εξετάσεις. Το 19,2% του δείγματος δείχνει αδιαφορία ως προς την πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων. **Το 80,2% που αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων πραγματοποιεί μόνο γενική ούρων/αίματος,** το 32,8% ανδρολογικές/γυναικολογικές εξετάσεις, το 18,6% καρδιολογικές και αναπνευστικές 9,3%

Το 69,7% πραγματοποίησαν προληπτικές εξετάσεις πριν 1 χρόνο, το 21,7% πριν από 2 χρόνια και το 7,9% ποτέ πριν. Από το δείγμα μας προκύπτει ότι το 40,7% πραγματοποιούν εξετάσεις στο νοσοκομείο, το 28,3% πάει στο γιατρό τους και το 29,2% σε ιδιωτικά κέντρα (πάτρα – Αθήνα). **Από το δείγμα μας προκύπτει ότι το 75% κρίνει απαραίτητες τις προληπτικές εξετάσεις,** από αυτούς το 10,6% πραγματοποιεί προληπτικές εξετάσεις όταν υπάρχει πρόβλημα υγείας, το 9,9% όταν το προτείνει ο γιατρός ενώ το 4,4% δεν τις κρίνει απαραίτητες.

Το 46,3% των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα υπνού και από το 53,7% που παρουσιάζει πρόβλημα, το 23,5% έχουν μικρό πρόβλημα υπνού. **Από το δείγμα μας προκύπτει ότι το 86,2% των ερωτηθέντων παρουσιάζει άγχος και το 13% καθόλου.**

Το 14% του δείγματος μένει με το σύζυγο, το 28% με το σύζυγο και τα παιδιά, το 21,8% με γονείς, το 21,4% μόνοι τους, το 8,2% με οποιοδήποτε άλλον και 6,5% με τα παιδιά. Από το σύνολο των ερωτηθέντων προκύπτει ότι το 36,2% γυμνάζετε ενώ το 61,5% απαντά ότι δεν γυμνάζετε. Όσο αφορά το κάπνισμα το 50,7% του πληθυσμού καπνίζει και το 48,1% δεν καπνίζει. Από το δείγμα προκύπτει :

- Το 30% καπνίζει 10-40 τσιγάρα την ημέρα
- Το 14,3% κάτω από 10 τσιγάρα την ημέρα και

- Το 6,3% πάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα

Το 68,5% τον περασμένο χρόνο επισκέφτηκαν τον γιατρό από 1–10 φορές, το 29,9% δεν επισκέφτηκαν τον γιατρό καμία φορά, το 1,2 από 10-15 και το 0,4 15-20 επισκέψεις.

Σε σχέση με την αρτηριακή πίεση το 77% έχουν μετρήσει το προηγούμενο έτος ενώ το 23% όχι. προκύπτει ότι:

- Το ¼ δεν γνωρίζει αν έχει ΑΠ
- Το 53,8% έχει κανονική ΑΠ
- Το 13,4% έχει υψηλή ΑΠ

Το 68% έχει μετρήσει τη χοληστερόλη του τα τελευταία 2 χρόνια συγκεκριμένα:

- Το 1/3 δεν γνωρίζει ότι έχει χοληστερόλη
- Το 44,5% έχει μέτρια χοληστερόλη
- Το 16% έχει υψηλή χοληστερόλη

Στην πρόληψη στοματικής υγιεινής το 60,3% του δείγματος δεν πηγαίνει καθόλου ή πηγαίνει περιστασιακά στον οδοντίατρο, το 30% μία φορά το χρόνο και το 10% κάθε εξάμηνο. Το 63,5% των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την ούρηση, το 24,1% μερικές φορές και το 12,4% έχει πρόβλημα με την ούρηση.

Δυστυχώς το 1/3 των γυναικών δεν κάνει το τεστ Παπανικολάου και το 68,2% κάνει το τεστ Παπανικολάου εκ των οποίων το 5% των αποτελεσμάτων είναι μη κανονικά και το 65,1% είναι κανονικά. Το 58% του δείγματος εξετάζει το στήθος του και το 42% καθόλου. Από το δείγμα μας το 3% είχε καρκίνο ή έχει κάνει μαστεκτομή. Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 37,8% του δείγματος είχε 1-2 πλήρες εγκυμοσύνες και το 11% είχε 3 και πάνω. Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 37,8% του δείγματος είχε 1-2 πλήρες εγκυμοσύνες και το 11% είχε 3 και πάνω.

Από το σύνολο των ερωτηθέντων τα **2/3 του δείγματος δεν γνωρίζουν την εξέταση όρχεων** Το 84,4% του δείγματός μας δεν έχει κάνει ποτέ εξέταση, το 12,6% λιγότερο συχνά από ένα μήνα και το 1% μία εξέταση ανά 2 μήνες και από **το 81,2% δεν έχει κάνει εξέταση προστάτη.**

Προτάσεις

Στο γενικό μέρος της εργασίας μας παρουσιάσαμε τις μεθόδους πρόληψης στα διάφορα συστήματα του οργανισμού. Σε αυτήν την διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών ανακαλύψαμε την ελλιπή εφαρμογή των μεθόδων πρόληψης.

Αρχικά θα πρέπει να προωθηθεί η διδασκαλία αγωγής υγείας στα σχολεία. Η ηλικία αυτή είναι η καταλληλότερη για τη διάπλαση συμπεριφορών και στάσεων των νέων έναντι της προαγωγής και της πρόληψης. Θα ήταν καλό να διεξάγονται ενημερωτικά σεμινάρια σε πολιτιστικά κέντρα για την ενημέρωση του κοινού και να τονισθεί η σημαντικότητα της πρόληψης.

Όσο αφορά την έλλειψη υγειονομικού προσωπικού ο κρατικός φορέας θα πρέπει να λάβει αποφάσεις για την καταλληλότερη και σωστή ενημέρωση του πληθυσμού. Καθημερινά ακούμε ότι το υπουργείο υγείας δίνει έμφαση στα προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας. Για το λόγο αυτό δημιούργησαν τα κέντρα υγείας που ο πρωταρχικός σκοπός τους είναι γεννημένος για την πρόληψη αλλά δυστυχώς μέχρι σήμερα δεν έγινε τίποτα το σημαντικό εφόσον τα κέντρα υγείας λειτουργούν με ελλιπή νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με την σωστή ενημέρωση κάθε άνθρωπος μπορεί να κάνει πρόληψη και η πρόληψη είναι προτιμότερη από την θεραπεία (Ιπποκράτης 460-377 π.Χ.). Ο σκοπός της εργασίας μας είναι να ερευνήσουμε τη γνώση και την συμπεριφορά του πληθυσμού, ανδρών και γυναικών της πόλεως των Πατρών έναντι των προληπτικών εξετάσεων.

Η προληπτική παρέμβαση ακολουθεί την φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες.

Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας διακρίνονται 3 επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων

Το άτομο όμως θα πρέπει να συνεργασθεί θα πρέπει να μην αγνοεί τους βασικούς κανόνες της υγιεινής γιατί η άγνοια στον τομέα αυτόν είναι επικίνδυνη για τον άνθρωπο και το περιβάλλον.

Ο νοσηλευτής συντονίζει τη φροντίδα ατόμων, οικογενειών και ομάδων τους οποίους βοηθά και παροτρύνει ώστε να πάρουν αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους. Ο νοσηλευτής διαθέτοντας βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες σχετικά με την υγεία και την αρρώστια, συνδυάζοντας και την σωστή αντίληψη του αντικειμένου της κοινοτικής υγείας, πρέπει να προγραμματίζει, να διδάσκει και να καθοδηγεί άτομα και ομάδες.

Συμπεραίνοντας από την εργασία ο κόσμος έχει μέτρια ενημέρωση, παρόλο αυτά ούτε και αυτοί εφαρμόζουν τα προληπτικά μέτρα. Για το λόγο αυτό βλέπουμε να υπάρχουν άδικοι θάνατοι.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Προληπτικές εξετάσεις

1. Ηλικία: _____

2. Φύλο 1) Άνδρας 2) Γυναίκα

3. Δ/ση κατοικίας: _____

4. Οικογενειακή κατάσταση:

1) Έγγαμος 2) Άγαμος 3) Διαζευγμένος
4) Χήρος 5) Δεν απαντώ

5. Έχετε παιδιά

1) Κανένα 2) Ένα 3) Δύο 4) Τρία και άνω

6. Μορφωτικό επίπεδο:

1) Αγράμματος 2) Απόφοιτος Δημοτικού 3) Απόφοιτος Γυμνασίου 4) Απόφοιτος Λυκείου 5) Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής
6) Απόφοιτος ΤΕΙ 7) Απόφοιτος ΑΕΙ

7. Επάγγελμα:

1) Συνταξιούχος 2) Εργάτης 3) Τεχνίτης
4) Ιδιωτικός Υπάλληλος 5) Δημόσιος Υπάλληλος 6) Αγρότης
7) Επιστήμονας 8) Ελεύθερος Επαγγελματίας 9) Άνεργος/Οικιακά

8. Οικογενειακό Μηνιαίο Εισόδημα:

1) Κάτω των 1000€ 2) 1000-2000€ 3) 2000-3000€
4) Άνω των 3000€

9. Νομίζετε ότι η υγεία σας είναι:

1) Πολύ καλή 2) Καλή 3) Μέτρια 4) Κακή 5) Πολύ κακή

10. Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας:

1) Ναι 2) Όχι 3) Δεν απαντώ

11. Αν ναι ποιό; _____

12. Μήπως πάσχετε από:

1) Σακχαρώδη Διαβήτη 2) Καρδιαγγειακά προβλήματα 3) Προστάτης 4) Αρθρικά
5) Οστεοπόρωση 6) Αναπνευστικό
7) Άλλο..... 8) Απουσία προβλήματος υγείας

13. Ακολουθείτε φαρμακευτική αγωγή για κάποια/ες από τις προαναφερθείσες παθήσεις;

1) Ναι 2) Όχι

14. Σε ποια ηλικία αρχίσατε την φαρμακευτική αγωγή;

1) κάτω των 30 2) 30-45 3) 45-65

15. Πραγματοποιείτε προληπτικές εξετάσεις:
1) Ναι 2) Όχι 3) Μόνο όταν μου συστήνει ο γιατρός 4) Δεν απαντώ
16. Κάθε πότε πραγματοποιείτε προληπτικές εξετάσεις;
1) Κάθε εξάμηνο 2) Κάθε χρόνο 3) Όποτε μου συστήνει ο γιατρός
4) Μόνο όταν αισθάνεστε πρόβλημα υγείας 5) Ποτέ
17. Αν δεν κάνετε προληπτικές εξετάσεις, ποιοι είναι οι λόγοι;
1) Οικονομικοί 2) Έλλειψη χρόνου 3) Δεν νομίζω ότι χρειάζεται
4) Αδιαφορία
18. Τι είδους προληπτικές εξετάσεις πραγματοποιείτε;
1) Καρδιολογικές 2) Αναπνευστικές 3) Προστάτη
4) Δερματολογικές 5) Ανδρολογικές / Γυναικολογικές 6) Γενική αίματος \ ούρων
19. Πότε πραγματοποιήσατε τελευταία φορά προληπτικές εξετάσεις;
1) Πριν ένα χρόνο 2) Πριν δύο χρόνια 3) Ποτέ πριν
20. Που πραγματοποιείτε τις εξετάσεις;
1) στο γιατρό σας 2) στο νοσοκομείο 3) σε ιδιωτικό κέντρο στην περιοχή σας
4) σε ιδιωτικό κέντρο στην Αθήνα 5) Δεν κάνω
21. Κρίνετε απαραίτητες τις προληπτικές εξετάσεις;
1) Ναι 2) Όχι 3) Μόνο αν τις προτείνει ο γιατρός
4) Μόνο αν αισθάνεστε κάποιο πρόβλημα υγείας.
22. Αντιμετωπίζετε προβλήματα ύπνου (αϋπνίες, σηκώνεστε νωρίς και νιώθετε κόπωση, κοιμάστε λίγο, δυσκολία στο να κοιμηθείτε);
1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Μέτρια 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ
23. Αισθάνεστε άγχος (εσωτερική ένταση, δυσκολία χαλάρωσης);
1) Καθόλου 2) Λίγο 3) Μέτρια 4) Πολύ 5) Πάρα πολύ
24. Με ποιο από τα παρακάτω άτομα διαμένετε μαζί;
1) Σύζυγο 2) Σύζυγο και παιδιά 3) Γονείς
4) Με τα παιδιά 5) Μόνος σας 6) Με οποιονδήποτε άλλον
25. Υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας σε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας;
1) Όχι 2) Ναι 3) Δεν απαντώ
26. Γυμνάζεστε;
1) Ναι 2) Όχι 3) Δεν απαντώ

Για γυναίκες:

41. Έχετε κάνει το τέστ Παπανικολάου τα τελευταία τρία χρόνια?
1) Ναι 2) Όχι
42. Αν ναι ποιο ήταν το αποτέλεσμα;
1) Ένα τεστ κανονικό 2) Ένα τεστ μη κανονικό 3) 2 ή παραπάνω τεστ όλα κανονικά
42. Εξετάζετε το στήθος σας κανονικά ή έχετε ελεγχθεί από γιατρό ή νοσηλεύτρια?
1) Ναι 2) Όχι
43. Έχετε υποφέρει ποτέ από καρκίνο του στήθους ή είχατε κάνει μαστεκτομή;
1) Ναι 2) Όχι
44. Πόσες πλήρεις εγκυμοσύνες που κατέληξαν σε υγιή παιδιά είχατε?
1) Καμία 2) 1-2 3) 3 ή παραπάνω
45. Τι ηλικία είχατε όταν είσαστε έγκυος για πρώτη φορά?
1) Όχι εγκυμοσύνες 2) Κάτω από 20 3) 20-24 4) 25-29
5) 30-34 6) 35 ή άνω

Για άνδρες:

46. Γνωρίζετε για την εξέταση όρχεων?
1) Ναι 2) Όχι
47. Πόσο συχνά εξετάζετε τους όρχεις σας (συμπεριλαμβανομένων των εξετάσεων από γιατρό ή νοσηλεύτρια);
1) Μία το μήνα 2) Μία φορά κάθε 2 μήνες 3) Λιγότερο συχνά 4) Ποτέ
48. Έχετε κάνει εξέταση προστάτη :
1) Ναι 2) Όχι

Το ερωτηματολόγιο θα συμπληρωθεί από τις παρακάτω φοιτήτριες Νοσηλευτικής:

1. Τζαβέλλα Έλενα
2. Τζιβιά Λαΐδα
3. Χατζηευαγγελινού Λεία (leahat@yahoo.com)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μουντζούρη - Μανούσου Ε., Απόψεις και θέσεις για την υγεία και την αγωγή υγείας , Εκδόσεις Στρατηγικές εκδόσεις, Έτος 2005
2. Δαρβίρη, Προαγωγή υγείας, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Έτος 2007
3. www.medlook.gr
4. Τούντας Γ, Κοινωνία και υγεία, Εκδόσεις Οδυσσέας, Έτος 2000
5. Κυριακίδου Ε. Θ., κοινοτική νοσηλευτική, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Έτος 2005
6. Τριχόπουλος, Προληπτική ιατρική, Δημόσια υγιεινή, Αγωγή υγείας, Εκδόσεις Παρισιανός
7. Παπασιδέρη, Αγωγή σε θέματα υγείας, Εκδόσεις Συμμετρία, Έτος 2000
8. www.ιατροτεκ.gr
9. Φαχαντίδου Α., Υγιεινή, εκδόσεις university studio press, Έτος 1991
10. Φοράδης Ν, Καρκίνος, Εκδόσεις Κέντρο φυσικής ζωής και υγείας, Έτος 2007
11. American college of Physicians, Ιατρική του 21^{ου} αιώνα, Εκδόσεις Δομική, Έτος 2000.
12. Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., Προληπτική Ιατρική, Εκδόσεις Παρισιανός, Έτος 1986
13. Μαλγαρινού Μ.,Α., Κωνσταντινίδου Σ.,Φ., Γενική Παθολογική Χειρουργική, Εκδόσεις « Η ΤΑΒΙΘΑ», Τόμος Α., Έτος 2002
14. www.unit3.euro2day.gr
15. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις , Τόμος 1^{ος}, Έτος 1997
16. Kerk D., Οικογενειακός ιατρικός οδηγός διαταραχές του προστάτη, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Έτος 2000
17. Πολυδωρόπουλος Τ, Καρκίνος του προστάτη, Εκδόσεις Οδός Πανός – Σιγαρέτα, Έτος 2004

18. Παρασκευόπουλος Π,Σ, Διατροφή και καρκίνος, Εκδόσεις University studio press, Έτος 2002
19. Δετοράκης` Ι., Βασικές Αρχές Της Υγιεινής, Εκδόσεις Παρισιανού, Έτος 2003
20. Αποστολοπούλου Μ. ,Χρυσή Υγεία της 3^{ης}, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Δομική, Έτος 2000
21. Φύσσας Γ.Π., Ο μαστός και οι παθήσεις του, Εκδόσεις Εκδοτικός οίκος Α.Α Λιβάνη, Έτος 2006
22. Creagen E., Καρκίνος μαστού, Εκδόσεις Αλκυών, Έτος 2006
23. Παπαδημητρίου Χ., Γυναικολογία, Εκδόσεις Καυκάς, Έτος 2006
24. Ρήγα Α, Καρκίνος, Εκδόσεις Παπαζήσης, Έτος 2005
25. Μαλγαρινού Μ.,Α., Κωνσταντινίδου Σ.,Φ., Παθολογική Χειρουργική, Εκδόσεις « Η ΤΑΒΙΘΑ», Τόμος Α, Έτος 2002
26. Snedlon R. J., Υψηλή πίεση, Εκδόσεις Διόπτρα, Έτος 2004
27. Καραγιαννόπουλος Σ.Ι., Νικήστε την χοληστερίνη, Εκδόσεις Modern Times, Έτος 2005
28. Ντέιβιντσον Κ., Στεφανιαία νόσος, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Έτος 2000
29. Γαρδίκια Κ.,Δ., Ειδική Νοσολογία, Εκδόσεις Παρισιανός
30. Κατσιλάμπρος Ν., Σακχαρώδης διαβήτης, Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Έτος 2007
31. Φοράδης Ν., Ο σακχαρώδης διαβήτης ρυθμίζεται χωρίς ινσουλίνη, Εκδόσεις κέντρο φυσικής ζωής και υγείας, Έτος 2007
32. Κατσιλάμπρος, Παχυσαρκία, Εκδόσεις Βήτα ιατρικές εκδόσεις, Έτος 2003
33. Καφάτος Α. Γ., Παχυσαρκία, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Έτος 2002
34. Sheppard K., Νικήστε την εξάρτηση από το φαγητό, Εκδόσεις Κριτική, Έτος 2003
35. Βασιλάκη-Τρίλιβα-Μπεζεβέγκης, Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Έτος 2001

36. Smith W., Οστεοπόρωση «Πώς να προλάβετε την πάθηση της ατροφίας των οστών και τις συνέπειές της», Εκδόσεις Erian
37. Ποντίφικα Γρ., Μάθετε για το κάπνισμα : Η άγνοια σκοτώνει, Εκδόσεις Παρισιανός, Έτος 2005
38. Πλέσσας Σ.,Τ., Κανέλλος Ε., Φυσιολογία Του Ανθρώπου 1, Εκδόσεις Φάρμακον-Τύπος, Έτος 1997
39. Αλεξανδρόπουλος Ν. Ε., Κλινική αξιολόγηση βιοχημικών εξετάσεων, Εκδόσεις πανεπιστημιακό, Έτος 2007
40. Γεωργακόπουλος Δ., Φυσιολογικές τιμές εργαστηριακών εξετάσεων, Εκδόσεις Mendor, Έτος 2005
41. Kennedy M., Προβλήματα με τον ύπνο, Εκδόσεις Εικών, Έτος 2007
42. Ζαναρντί Μ., Υγιεινός ύπνος. Οι καλύτερες τεχνικές, Εκδόσεις Lector, Έτος 2007
43. Καρδάση, Σαχίνη Α., μεθοδολογία έρευνας, έκδοση Γ', εκδόσεις βήτα, Έτος 2004