

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΠΙ ΤΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΟΔΗΓΩΝ ΤΑΞΙ ΤΩΝ ΠΟΛΕΩΝ
ΑΘΗΝΩΝ-ΠΑΤΡΩΝ



Σπουδάστριες
Σταυρούλα Γαλαζούλα
Ελένη Γκόφα

Υπεύθυνος Καθηγητής
Ιωάννης Δετοράκης

Πτυχιακή εργασία
Πάτρα, Ιούλιος 2009

Θεωρούμε υποχρέωση μας να ευχαριστήσουμε τον
εισηγητή μας, κ. Ι. Δετοράκη για την πολύτιμη
καθοδήγηση και τις οδηγίες που μας παρείχε
σ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας
εργασίας.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	7
Κεφάλαιο 1^ο	8
1.1. Ιστορική Αναδρομή	8
1.2 Ιστορία των ταξί της Πάτρας	8
Κεφάλαιο 2^ο	10
2.1 Διατροφή	10
2.2 Διατροφή και θρεπτικά συστατικά	11
2.3 Μεσογειακή διατροφή	13
2.4 Κατάσταση στην Ελλάδα	17
2.5 Δείκτης μάζας σώματος	20
Κεφάλαιο 3^ο	22
3.1 Κάπνισμα	22
3.2 Οι κίνδυνοι του καπνίσματος	23
3.3 Καπνός	24
Κεφάλαιο 4^ο	25
4.1 Αλκοόλ	25
4.2. Αλκοόλη και υγεία	25
4.3 Επιδράσεις του οινοπνεύματος	27
4.4 Μέρη του σώματος που διατρέχουν κίνδυνο	29
Κεφάλαιο 5^ο	30
5.1 Νοσήματα αίματος	30
5.2 Σιδηροπενική αναιμία	30
5.2.α Αιτιολογία	31
5.2.β Κλινικές εκδηλώσεις	32
5.3 Μεσογειακή αναιμία	33
5.3.α Κλινική εικόνα	33
5.4 Λευχαιμία	34
5.4.α Διάκριση λευχαιμιών	34
5.4.β Αιτιολογία	35
5.5 Αιμορροφιλία	36
5.5.α Τύποι αιμορροφιλίας	36

5.5.β Γενική συμπτωματολογία	37
Κεφάλαιο 6^ο	38
6.1 Νοσήματα του αναπνευστικού	38
6.2 Άσθμα	38
6.2.α Συχνότητα και τύποι άσθματος	39
6.2.β Συμπτώματα	40
6.3 Χρόνια Βρογχίτιδα	41
6.3.α Αιτιολογική παράγοντες	41
6.3.β Κλινική εικόνα	42
6.4 Χρόνια ιγμορίτιδα	43
6.4.α Αιτιολογικοί παράγοντες	43
6.4β Κλινική εικόνα	44
6.5 Πνευμονικό εμφύσημα	44
6.5.α Αιτιολογικοί παράγοντες	45
6.5.β Κλινική εικόνα	45
Κεφάλαιο 7^ο	47
7.1 Νοσήματα του νευρικού συστήματος	47
7.2 Ημικρανία	47
7.2.α Αιτιολογική παράγοντες	48
7.2.β Συμπτώματα	49
7.3 Βαρηκοΐα	50
7.3.α Αίτια βαρηκοΐας	51
7.4 Επιληψία	52
7.4.α Αίτια επιληπτικών κρίσεων	52
7.4.β Κλινική εικόνα	52
Κεφάλαιο 8^ο	53
8.1 Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	53
8.2 Έλκος	54
8.2.α Αιτιολογία	54
8.2.β Κλινική εικόνα	55
8.3 Κολίτιδα	56
8.3.α Αιτιολογία	56
8.3.β Κλινική εικόνα	57
8.4 Γαστρίτιδα	57

8.4.α Οξεία γαστρίτιδα	58
8.4.β Χρόνια γαστρίτιδα	58
8.5 Αιμορροΐδες	59
8.5.α Συμπτώματα	60
Κεφάλαιο 9^ο	61
9.1 Νοσήματα μυοσκελετικού	61
9.2 Οστεοπόρωση	61
9.2.α Τύποι Οστεοπόρωσης	62
9.2.β Παθογένεια της οστεοπόρωσης	63
9.3 Οστεοαρθρίτιδα	64
9.3.α Αιτιολογία	65
9.3.β Κλινική εικόνα	65
9.3.γ Τύποι οστεοαρθρίτιδας	65
9.4 Οσφυαλγία	66
9.4.α Αιτιολογία	66
9.4.β Παθογένεια	67
9.5 Ισχιαλγία	68
9.5.α Αίτια	68
9.6 Ρευματοειδής αρθρίτιδα	69
9.6.α Συμπτώματα	69
9.6.β Αιτιολογία	72
Κεφάλαιο 10^ο	73
10.1 Αρτηριακή υπέρταση	73
10.1.α Ενοχοποιητικοί παράγοντες	73
10.1 β Συμπτώματα	75
10.2 Έμφραγμα	75
10.2.α Προδιαθετικοί παράγοντες	76
10.3 Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	77
10.3.α Παράγοντες κινδύνου	77
10.3.β Ταξινόμηση του εγκεφαλικού επεισοδίου	78
10.4 Προστάτης	78
10.4.α Κλινική εικόνα	79
10.5 Παχυσαρκία	80
10.5.α Κλινική εικόνα	81

10.5.β Μορφές παχυσαρκίας και αιτιολογικοί παράγοντες	81
10.6 Καρκίνος	82
10.6.α Αιτιολογικοί παράγοντες	83
10.7 Κιρσοκήλη	87
10.8 Θυρεοειδοπάθεια	88
10.8.α Υπερθυρεοειδισμός	88
10.8.β Υποθυρεοειδισμός	89
10.9 Σακχαρώδης Διαβήτης	90
10.9.α Τύποι Σακχαρώδη Διαβήτη	91
10.9.β Συμπτώματα	92
Κεφάλαιο 11^ο	93
11.1 Στρες – Άγχος	93
11.2 Εργασιακό στρες	98
Ερευνητικό μέρος	101
Εισαγωγή ερευνητικού μέρους	102
Κεφάλαιο 12ο	103
12.1 Σκοπός έρευνας	103
12.2 Υποθέσεις	103
12.3 Πληθυσμός-Δείγμα έρευνας	104
12.4 Η κυρίως έρευνα	104
12.5 Η στατιστική ανάλυση	105
12.6 Παράθεση ερωτηματολογίου	105
12.7 Αποτελέσματα	110
12.8 Συζήτηση	156
Βιβλιογραφία	158

Εισαγωγή

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει το υγειονομικό προφίλ των οδηγών ταξί στην Ελλάδα. Επειδή μέχρι σήμερα δεν έχει διεξαχθεί καμία σχετική έρευνα με αντικείμενο την κατάσταση υγείας των οδηγών ταξί, επιλέξαμε την εκπόνηση της παρούσας μελέτης, ώστε να υπάρξει μια ολοκληρωμένη εικόνα και γι' αυτόν τον επαγγελματικό κλάδο, όπως έχει γίνει και για άλλα επαγγέλματα.

Αρχικά κρίναμε σκόπιμο να παραθέσουμε μια σύντομη γενική επισκόπηση σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και ειδικότερα με τη μεσογειακή διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ και διάφορες ασθένειες. Το θεωρητικό αυτό σκέλος της εργασίας κλείνει με την ανάλυση των εννοιών του άγχους και ειδικότερα του εργασιακού άγχους. Σκοπός μας είναι να εξετάσουμε τη



σχέση μεταξύ της διατροφής, των αρνητικών συνηθειών (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ) και του εργασιακού άγχους, στην εκδήλωση διαφόρων ασθενειών.

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Ταξί είναι ένα όχημα δημόσιας μεταφοράς, συνήθως επιβατηγό αυτοκίνητο, το οποίο μεταφέρει επιβάτες στον ακριβή προορισμό που επιθυμούν, σε αντίθεση με τα μαζικά μέσα μεταφοράς, τα οποία κινούνται σε προκαθορισμένες διαδρομές.

Τα ταξί έχουν συνήθως καθορισμένο χρώμα, για να είναι εύκολο να ξεχωρίζουν. Κάθε χώρα και σε αρκετές περιπτώσεις κάθε περιοχή έχει διαφορετικό χρώμα για τα ταξί. Για παράδειγμα, στη Νέα Υόρκη, τα ταξί είναι κίτρινα όπως και στην Αθήνα.

Η λέξη ταξί προέρχεται από τη λέξη «taximeter», (tax = κόστος/τέλος + meter = μετρητής), τον μετρητή (το ταξίμετρο) που είχαν, και ακόμη έχουν, τα ταξί για τον υπολογισμό της απαιτούμενης πληρωμής για την υπηρεσία μεταφοράς που οφείλει ο επιβάτης.¹

1.2 Ιστορία των ταξί της Πάτρας

Τη δεύτερη δεκαετία του 1900 εμφανίστηκαν τα πρώτα μηχανοκίνητα ταξί στην Πάτρα, τον αριθμό τους δυστυχώς δεν τον γνωρίζουμε. Τα ταξί εξυπηρετούσαν τους μεγαλοαστούς της πόλης, μεταφέροντας τις κυρίες με τα μακριά φορέματα της εποχής εκείνης. Όταν έφθαναν στον προορισμό τους για επιβίβαση, χρησιμοποιούσαν το κλάξον για να τους ακούσουν.

Τη δεκαετία του 1930 ήλθε η γενιά των μεγάλων λιμουζίνων, 35 περίπου τον αριθμό, με τα μεγάλα φανάρια και τις ρόδες με ακτίνες.

Είχαν για «πιάτσα» την πλατεία Συμμάχων, την πλατεία Γεωργίου και τα Υψηλά Αλώνια.

Μετά τον πόλεμο άρχισε σταδιακά να αυξάνεται ο αριθμός



Τη χρονιά του 1929, έφτασαν στην Πάτρα τα πρώτα ταξί. Στην πλατεία Υψηλών Αλωνίων οι ιδιοκτήτες τους, καμάρωναν με υπερηφάνεια για τα νέα τους οπκίτηματα. Ήταν τα πρώτα αυτοκίνητα με ταξίμετρα, που κυκλοφόρησαν στους δρόμους της Αχαϊκής πρωτεύουσας. Στη φωτό, μεταξύ άλλων, διακρίνονται οι κ.κ. Βλασιόκης, Κατρεβάς, Ντάβαρης, Μάλλιος, Μωραΐτης, Λέοκας κ.α

των ταξί, η μεγάλη όμως αύξηση έγινε την δεκαετία του 1960, του 1970, και του '80. Σήμερα η πόλη της Πάτρας, σύμφωνα με τα στοιχεία του Σωματείου των οδηγών ταξί, αριθμεί 1000 ταξί περίπου.

Στις αρχές του 1980 εμφανίστηκαν τα πρώτα Ράδιο Ταξί της Πάτρας. Το σωματείο με την επωνυμία Ερμής είναι το δεύτερο ανά την επικράτεια που ιδρύθηκε με είκοσι επτά (27) Ταξί. Σταδιακά όμως, άρχισαν και άλλοι οδηγοί ταξί να εντάσσονται σε αυτό και έτσι στο τέλος της δεκαετίας είχαν φτάσει τα 255 περίπου αυτοκίνητα.²

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 Διατροφή

Η διατροφή ανάλογα με την ποιότητά της, ασκεί θετική ή αρνητική επίδραση στην υγεία του ανθρώπου. Το ενδιαφέρον για ποιοτική διατροφή αυξάνεται συνεχώς στις ανεπτυγμένες χώρες, όπως έχουν δείξει διάφορες έρευνες. Αυτό οφείλεται στη σαφή σχέση της διατροφής με τις διάφορες εκφυλιστικές παθήσεις καθώς και το πρόωρο γήρας. Η σχέση της διατροφής με την υγεία είχε γίνει αντιληπτή από την αρχαιότητα. Οι αρχαίοι Έλληνες έτρωγαν θαλασσίνα για να προφυλαχτούν από τη βρογχοκήλη. Ο Ιπποκράτης θεωρούσε κλειδί της καλής υγείας τη σωστή διατροφή. Ο Γαληνός έδινε γάλα και μέλι σε άτομα που έπασχαν από ασθένειες του πεπτικού συστήματος.

Η εσφαλμένη διατροφή και η έλλειψη σωματικής άσκησης, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν με άλλους αρνητικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, οδηγούν σε παθολογικές καταστάσεις. Ο σημερινός τρόπος ζωής με την αστυφιλία και την πολύωρη εργασία, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, η κατανάλωση έτοιμων φαγητών οδήγησε στην εμπορευματοποίηση και βιομηχανοποίηση της τροφής. Είναι παγκοσμίως αποδεκτό ότι η διατροφή πρέπει να είναι ισορροπημένη, με τη σωστή αναλογία θρεπτικών ουσιών ώστε να διαφυλαχθεί η υγεία. Η σωστή διατροφή πρέπει να εξασφαλίζει την επαρκή πρόσληψη ενέργειας για την επίτευξη ενός ενεργειακού ισοζυγίου, καθώς και επαρκείς ποσότητες θρεπτικών συστατικών για την ανάπτυξη, την καλή φυσική κατάσταση και τη διατήρηση της υγείας. Οι ανάγκες σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά εξαρτώνται από παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το βάρος, το ύψος, η σύνθεση σώματος, η φυσική δραστηριότητα και από ειδικές καταστάσεις όπως η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός.³

2.2 Διατροφή και θρεπτικά συστατικά

Σκοπός της επιστήμης της διατροφής είναι ο καθορισμός του είδους και το ποσό του τροφίμου το οποίο προάγει την υγεία. Έτσι, η διατροφή σαν επιστήμη δεν αναφέρεται μόνο σε προβλήματα υποσιτισμού αλλά και σ' αυτά του υπερσιτισμού, της γέυσεως και της διαθεσιμότητας των τροφίμων. Οπωσδήποτε, ορισμένες ουσίες είναι απαραίτητες σε οποιαδήποτε δίαιτα.

Μια επιθυμητή δίαιτα περιλαμβάνει εκτός από νερό, επαρκή αλλά όχι υπερβολική ενέργεια και τα 5 θρεπτικά συστατικά που είναι: υδατάνθρακες, λιπίδια, πρωτεΐνες, ιχνοστοιχεία και βιταμίνες. Η επιτυχία μιας διαίτας βασίζεται στην ποικιλία, δηλαδή ένα υγιές άτομο πρέπει σε κάθε γεύμα του να περιλαμβάνει όλα τα θρεπτικά συστατικά. Οι αναλογίες των υδατανθράκων, λιπιδίων και πρωτεϊνών στη δίαιτα ενός φυσιολογικού ατόμου πρέπει να είναι:

- α) 50-55% της ολικής θερμιδικής προσλήψεως από υδατάνθρακες
(5-10% ολιγοσακχαρίτες και 90% πολυσακχαρίτες)
- β) 25-30% της ολικής θερμιδικής προσλήψεως από λιπίδια
(κυρίως ακόρεστα φυτικής προελεύσεως)
- γ) 15-20% της ολικής θερμιδικής προσλήψεως από πρωτεΐνες.^{3,4}

Το πρόβλημα της διατροφής στα οικονομικά αναπτυγμένα κράτη δεν είναι πια πρόβλημα επάρκειας τροφής, αλλά τι και πόσο πρέπει να φάει κανείς. Όσο ανεβαίνει το βιοτικό επίπεδο ενός πληθυσμού, τόσο η κατανάλωση των λιπιδίων και των πρωτεϊνών αυξάνει. Έτσι, ενώ στα πλούσια κράτη δεν τρώνε λιγότερους υδατάνθρακες απ' ότι στα φτωχά, εντούτοις η αναλογία σε υδατάνθρακες ως προς τη συνολική θερμιδική πρόσληψη είναι μειωμένη. Στις πλούσιες χώρες π.χ. η κατανάλωση υδατανθράκων εκπροσωπεί το 50% της ολικής ενεργειακής προσλήψεως, ενώ στις φτωχές το 80%.⁴ Μια δίαιτα η οποία περιέχει 350 ή 400g υδατανθράκων δίνει από αυτούς 1400-1600 θερμίδες που αντιστοιχούν στα 70% - 80% μιας διαίτας 2000 kcal/ημέρα, αλλά το ίδιο ποσό υδατανθράκων σε μια δίαιτα 3000 kcal την ημέρα αντιστοιχεί στο 50% της ημερήσιας θερμιδικής προσλήψεως.³

Η αναλογία ολιγοσακχαρίτων (κυρίως ζάχαρης), προς πολυσακχαρίτες στους προσλαμβανόμενους με τη δίαιτα υδατάνθρακες σχετίστηκε τα τελευταία χρόνια με διάφορα νοσήματα του παχέος εντέρου. Η υπόθεση αυτή στηρίχτηκε στο ότι η

αυξημένη πρόσληψη τροφών που περιέχουν πολυσακχαρίτες συνεπάγεται αυξημένη πρόσληψη φυτικών ινών που ενδέχεται να προφυλάσσουν ποικιλότροπα από διάφορα νοσήματα. Στη σύνταξη ενός διαιτολογίου πρέπει να παίρνει κανείς υπόψη του την «κρυμμένη ζάχαρη», δηλαδή εκείνη που βρίσκεται σε τρόφιμα και συνήθως δε σκεφτόμαστε ότι υπάρχει, όπως π.χ. στα αναψυκτικά ή σε διάφορες κονσέρβες όπου προστίθεται σαν συντηρητικό ή βελτιωτικό της γεύσης.^{5,6}

Η παρουσία των λιπιδίων σε μια δίαιτα είναι απαραίτητη, όχι μόνο γιατί με τα λιπίδια παίρνουμε τα απαραίτητα λιπαρά οξέα και τις λιποδιαλυτές βιταμίνες αλλά και γιατί μια τροφή χωρίς λιπίδια δεν είναι καθόλου γευστική και η γεύση είναι ένας παράγοντας που δεν πρέπει να παραμελείται στη διατροφή. Είναι δύσκολο να φτιάξει κανείς ένα εύγεστο ημερήσιο διαιτολόγιο 2500kcal χρησιμοποιώντας λιγότερα από 60-70 g λιπιδίων. Οπωσδήποτε όμως η χρήση πάνω από 100 g λιπιδίων σε ημερήσια λήψη 2500 kcal είναι άχρηστη και για πολλούς επικίνδυνη. Στη σύνταξη ενός διαιτολογίου θα πρέπει πάντα να παίρνουμε υπόψη μας το «κρυμμένο» λίπος, δηλαδή τα λιπίδια εκείνα που δεν τα προσθέτουμε σαν λάδι, βούτυρο ή μαργαρίνη αλλά βρίσκονται σε άλλη άλλοτε αναλογία σ' όλα τα τρόφιμα.⁴

Οι πρωτεΐνες, παρόλη τη μεγάλη τους βιολογική σημασία, σαν πηγή ενέργειας είναι λιγότερο σπουδαίες απ' τα λιπίδια και τους υδατάνθρακες. Η συμμετοχή τους στην ολική πρόσληψη ενέργειας κυμαίνεται από 10-15%. Σε ορισμένες φτωχές χώρες είναι κάτω από 6%, ενώ στις πλούσιες φτάνει το 20%.

Στα ιχνοστοιχεία υπάγονται μερικά μέταλλα τα οποία βρίσκονται σε ελάχιστες ποσότητες στον οργανισμό. Η βιολογική τους αξία είναι μεγάλη και θεωρείται ότι αποτελούν το ανόργανο αντίστοιχο των βιταμινών. Η ζωή δεν μπορεί να διατηρηθεί όταν σε μια δίαιτα υπάρχουν πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λιπίδια και ιχνοστοιχεία, αλλά λείπουν οι βιταμίνες.⁷

Οι βιταμίνες είναι οργανικές ουσίες απαραίτητες για την ομαλή διεξαγωγή του μεταβολισμού του οργανισμού. Οι βιταμίνες βρίσκονται στις τροφές, και σε μια σωστή διατροφή ο οργανισμός τις παίρνει από τα τρόφιμα σε επαρκή ποσότητα, ώστε να μη χρειάζεται να τις παίρνει ξεχωριστά.

Στην Ελλάδα η Εταιρεία Διατροφής και Τροφίμων έχει υιοθετήσει την παρακάτω συνοπτική ομαδοποίηση των τροφίμων:

1. Ομάδα κρέατος (κρέας, ψάρι, αυγό)
2. Ομάδα γάλακτος (γάλα, γαλακτοκομικά προϊόντα)

3. Ομάδα λιπιδίων (λάδι, σπορέλαια, βούτυρο, μαργαρίνη, μαγειρικό λίπος)
4. Ομάδα ψωμιού (ψωμί, όσπρια, δημητριακά)
5. Ομάδα λαχανικών και φρούτων.⁸

2.3 Μεσογειακή διατροφή

Ως «Μεσογειακή Διατροφή» αναφέρεται ένα είδος διατροφής που χαρακτηρίζεται από χαμηλή κατανάλωση λίπους και ιδιαίτερα κορεσμένων λιπαρών οξέων, και αντίθετα από υψηλή κατανάλωση υδατανθράκων, που βρίσκονται κυρίως στα σιτηρά και τα προϊόντα τους (δημητριακά, ψωμί, ρύζι και μακαρόνια), στα φρούτα, στα λαχανικά, στο γάλα και τα γαλακτοκομικά. Η μεσογειακή διατροφή είναι επίσης πλούσια σε βιταμίνες, ενώ η κύρια μορφή λίπους χρησιμοποιείται είναι το ελαιόλαδο. Η διατροφή αυτή ονομάστηκε έτσι γιατί χρησιμοποιείται από τους ευρωπαϊκούς λαούς της Μεσογείου δηλαδή, Ισπανία, Αλβανία, Ιταλία, πρώην Γιουγκοσλαβία, Ελλάδα και Κύπρο. Σύμφωνα με στατιστικές που έχουν γίνει σ' αυτές τις χώρες δείχνει ότι αυτό το είδος της διατροφής οδηγεί σε χαμηλά ποσοστά εκφυλιστικών ασθενειών.^{9,10}

Πολυετείς έρευνες έχουν αποδείξει ότι η Μεσογειακή Διατροφή θεωρείται ως ο πλέον υγιεινός τρόπος διατροφής αφού προστατεύει από καρδιακές προσβολές, καρκίνο (π.χ. παχέος εντέρου), παχυσαρκία, κ.ά. Η διατροφή του σύγχρονου ανθρώπου, ειδικότερα αυτού που ζει στις μεγάλες πόλεις, ξεφεύγει σιγά-σιγά από το Μεσογειακό μοντέλο και χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση, συχνά υπερκατανάλωση, μεγάλων ποσοτήτων φαγητού που περιέχουν πολλά λίπη και ελάχιστες φυτικές ίνες.⁴

Η σύγχρονη διαιτολογία θεωρεί σήμερα τη μεσογειακή δίαιτα ως τρόπο ζωής που χαρίζει μακροζωία και καλή υγεία. Έρευνες που έχουν γίνει διεθνώς, φέρουν την Κρήτη ως το καλύτερο και πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα μεσογειακής διατροφής. Αφού διαπίστωσαν πως οι κάτοικοι του νησιού έχουν το μικρότερο σε παγκόσμια κλίμακα ποσοστό θνησιμότητας (θανάτων) από καρδιαγγειακά νοσήματα, οι επιστήμονες άρχισαν να αναζητούν την ταυτότητα της διατροφής που χάριζε και χαρίζει στους Κρητικούς αυτά τα εξαιρετικά ποσοστά καλής υγείας. Τα τελευταία χρόνια, μετά την αναγνώριση του ευεργετικού αποτελέσματος της «κρητικής

δίαιτας», κάποιοι επιστημονικοί κύκλοι άλλαξαν το όνομα σε «μεσογειακή δίαιτα» με προφανείς οικονομικούς σκοπούς. Όμως για να μην περιοριστούμε στον όρο «κρητική διατροφή» αναφέρουμε ο Πλάτων στην «Πολιτεία» συνιστά στους νέους λιτή διατροφή από ψωμί, ελιές, τυρί, βολβούς και λάχανα.¹¹

Η παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή μπορεί να περιγραφεί με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Άφθονες φυτικές ίνες (φρούτα, λαχανικά, ψωμί/δημητριακά, πατάτες, όσπρια, καρποί).
- Ελάχιστα επεξεργασμένα προϊόντα,
- Γαλακτοκομικά προϊόντα (κυρίως τυρί και γιαούρτι), καθημερινά σε μικρές έως μέτριες ποσότητες,
- Ψάρια και πουλερικά, σε μικρές έως μέτριες ποσότητες,
- Κόκκινο κρέας, σε μικρές ποσότητες,
- Ελαιόλαδο, ως κύρια πηγή λιπαρών που περιέχουν πολυακόρεστα λιπαρά οξέα.^{5,6}

Η συγκεκριμένη διατροφική σύνθεση της Μεσογειακής Διατροφής έχει ως αποτέλεσμα αφ' ενός χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά και χοληστερόλη, και αφ' ετέρου υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες και ίνες. Η καθημερινή κατανάλωση ελαιόλαδου συνεπάγεται υψηλή περιεκτικότητα της δίαιτας σε ακόρεστα λιπαρά οξέα. Συμπληρωματικό μέρος της Μεσογειακής Διατροφής είναι η τακτική άσκηση.⁸

Η Μεσογειακή αυτή διατροφή αποτελείται κυρίως από τρόφιμα φυτικής προέλευσης, όπως τα φρούτα, τα λαχανικά, οι πατάτες, τα δημητριακά, το ψωμί, τα όσπρια και οι ξηροί καρποί. Κάνοντας μία διατροφική ανάλυση, διαπιστώνεται ότι όλα τα θρεπτικά συστατικά, περιέχονται σ' αυτό το μοντέλο διατροφής. Σε έρευνες που έγιναν, επιβεβαιώθηκε η ευεργετική επίδραση της μεσογειακής διατροφής στην υγεία αλλά και στη δημιουργία ενός ισχυρού ανοσοποιητικού συστήματος.⁴



Η Μεσογειακή Διατροφή αποτελείται από πολλούς υδατάνθρακες και φυτικές ίνες (δημητριακά, λαχανικά, όσπρια και φρούτα), καθώς και μονοακόρεστα λιπαρά οξέα (ελαιόλαδο) και έχει τα εξής χαρακτηριστικά :

- 1) Υψηλή αναλογία σε μονοακόρεστα προς κορεσμένα λιπαρά οξέα
- 2) Μέτρια κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης (κόκκινου κρασιού)
- 3) Υψηλή κατανάλωση οσπρίων
- 4) Υψηλή κατανάλωση δημητριακών και ψωμιού
- 5) Υψηλή κατανάλωση φρούτων

6) Υψηλή κατανάλωση λαχανικών

7) Χαμηλή κατανάλωση κρέατος και προϊόντων κρέατος

8) Μέτρια κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών¹²

Στη βάση της μεσογειακής διατροφής είναι οι τροφές (κυρίως μη επεξεργασμένες), πλούσιες σε υδατάνθρακες και φυτικές ίνες, όπως ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, κουσκούσι, καλαμπόκι, πλιγούρι, άλλα δημητριακά και πατάτα. Αυτές οι τροφές είναι πλούσιες σε ενέργεια, βιταμίνες, μέταλλα και φυτικές ίνες.¹³ Η αυξημένη πρόσληψη φυτικών ινών είναι πολύ ευεργετική για την πρόληψη καρδιαγγειακών ασθενειών και καρκίνου.¹⁴

Τα φρούτα, τα λαχανικά και τα όσπρια παρέχουν φυτικές ίνες, ουσιώδη μεταλλικά στοιχεία και βιταμίνες συμπεριλαμβανομένων και των αντιοξειδοτικών βιταμινών.⁴ Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η κατανάλωση αυτών των ουσιών προστατεύουν τόσο από καρκίνο όσο και από καρδιαγγειακά.⁶

Η πηγή λίπους στη μεσογειακή διατροφή προέρχεται κυρίως από το ελαιόλαδο (μονοακόρεστα λιπαρά οξέα τα οποία αποτελούν το 15-20 % των συνολικών ημερησίων θερμίδων), 10-15% είναι πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, ενώ λιγότερο από 10% των λιπαρών είναι κορεσμένα, με αποτέλεσμα το συνολικό λίπος να ανέρχεται στο 30-40% των συνολικών ημερησίων θερμίδων.¹³ Μελέτη έδειξε ότι η υψηλή κατανάλωση ελαιόλαδου στα πλαίσια της μεσογειακής διατροφής δεν συνδέεται με αύξηση βάρους και κατά συνέπεια παχυσαρκίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα βραχυπρόθεσμων μελετών, άτομα που καταναλώνουν δίαιτες φτωχές σε λίπος επιτυγχάνουν μια μέτρια μείωση του σωματικού βάρους.⁷ Παρόλα αυτά, σε μακροπρόθεσμο επίπεδο φαίνεται να επιδρούν διάφοροι αντισταθμιστικοί παράγοντες, έτσι ώστε τελικά διαιτητικές προσλήψεις λίπους που κυμαίνονται μεταξύ 20-40% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης να έχουν μικρή ή καμιά επίδραση στην διαχείριση σωματικού βάρους.¹⁰ Έτσι, η μεσογειακού τύπου διαίτα προσφέρει το πλεονέκτημα της μεγαλύτερης μακροχρόνιας συνέπειας στην εφαρμογή της (εφόσον είναι υψηλότερη σε λίπος) και επομένως τη μείωση του επαναπροσληθέντος σωματικού βάρους μετά την απώλεια βάρους. Επιπρόσθετα, η κατανάλωση ελαιόλαδου έχει θετικό αντίκτυπο στο λιπιδαιμικό προφίλ του ατόμου και έρευνες το φέρνουν να έχει αντικαρκινική δράση.^{9,10}

Τα ψάρια και τα πουλερικά συνιστώνται να καταναλώνονται 2 με 4 φορές την εβδομάδα διότι είναι η κύρια πηγή πρωτεϊνών. Είναι πλούσιες σε βιταμίνες Β και σίδηρο. Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα που προέρχονται από τα λιπαρά ψάρια (σαρδέλες,

γαύρος, σκουμπρί, τσιπούρα, ρέγκα, σολομός) είναι λίπος που φέρεται να είναι ευεργετικό για την καρδιά.¹⁰

Στη μεσογειακή διατροφή, το κόκκινο κρέας βρίσκεται στην κορυφή της πυραμίδας, παρ' ότι είναι εξαιρετική πηγή σιδήρου και πρωτεΐνης υψηλής βιολογικής αξίας. Η μειωμένη κατανάλωση του κόκκινου κρέατος (ελάχιστες φορές το μήνα) οφείλεται στο ότι το κόκκινο κρέας έχει συνδεθεί με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο του παχέος εντέρου και με την παχυσαρκία και αυτό επειδή εκτός από πρωτεΐνη περιέχει και κορεσμένο λίπος.⁵

Το κόκκινο κρασί όταν καταναλώνεται με μέτρο (1-2 ποτηράκια την ημέρα) έχει αποδεδειγμένα ευεργετική δράση στο καρδιαγγειακό σύστημα και βοηθά στη διατήρηση της «καλής» χοληστερόλης (HDL) και στην ελαστικότητα του ενδοθηλίου χάρη των φλαβονοειδών ουσιών που περιέχει.¹⁰

2.4 Κατάσταση στην Ελλάδα

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η διατροφή παίζει καίριο ρόλο στην αιτιολογία της στεφανιαίας νόσου της καρδιάς, των αγγειακών επεισοδίων του κεντρικού νευρικού συστήματος, του σακχαρώδη διαβήτη και ορισμένων καρκίνων, δηλαδή νοσημάτων που αθροιστικά ευθύνονται για περισσότερο από τα δύο τρίτα της θνησιμότητας των ενηλίκων στην Ελλάδα.

Οι διατροφικές εκτροπές αφορούν τόσο την υπέρβαση στο ποσό της με τα τρόφιμα προσλαμβανομένης ενέργειας όσο και την έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στις βασικές ομάδες τροφίμων, με έκφραση την υπερβολική κατανάλωση λίπους, ζάχαρης, ζωικών πρωτεϊνών και τη μειωμένη κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, δημητριακών και οσπρίων. Οι διατροφικές εκτροπές αποτελούν συνέπεια της δυναμικής της αγοράς, των διαφημιστικών πιέσεων και του γεγονότος ότι το άτομο δεν τρώει μόνο από πείνα, αλλά και από ευχαρίστηση αναζητώντας στη διατροφή του ικανοποίηση και συγκίνηση.¹⁰

Οι διατροφικές εξελίξεις στον ελληνικό πληθυσμό ήταν σχετικά ιδιόμορφες και αντίστοιχες ήταν και οι νοσολογικές συνέπειες των ιδιομορφιών αυτών. Για πολλά χρόνια το διατροφικό πρόβλημα των Ελλήνων ήταν η ποσοτική επάρκεια, ενώ από ποιοτική άποψη η διατροφή τους ήταν βασικά σωστή – υπήρχε δηλαδή μια σωστή έμφαση στο ψωμί, στα όσπρια, στα φρούτα, στα λαχανικά και στο λάδι. Εδώ και μερικά χρόνια όμως ο Έλληνας άρχισε να υιοθετεί διατροφικά σχήματα και πρότυπα

διαβίωσης που έχουν αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία.⁹ Τα σχήματα και τα πρότυπα αυτά είχαν υιοθετηθεί προηγουμένως από τους λαούς της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, οι οποίοι όμως άρχισαν να τα εγκαταλείπουν προοδευτικά, όταν συνειδητοποίησαν τις δυσμενείς τους συνέπειες. Έτσι, στη διάρκεια της τελευταίας τριακονταετίας, στην Ελλάδα η κατά κεφαλή κατανάλωση κρέατος αυξήθηκε από 17 σε 70 κιλά και της ζάχαρης από 11 σε 32 κιλά. Αντίθετα, η κατανάλωση δημητριακών (με κύριο αντιπρόσωπο το ψωμί) μειώθηκε αργά αλλά σταθερά από 155 σε 110 κιλά και η αντίστοιχη των οσπρίων από 10 σε 8 κιλά.³

Παρουσιάστηκαν λοιπόν μεταβολές της νοσολογίας στον ελληνικό πληθυσμό οι οποίες με βάση συρρέουσες ενδείξεις μπορεί να θεωρηθεί ότι σχετίζονται με τις παραπάνω διαφοροποιήσεις της διατροφής. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου, που είναι πολύ συχνότερος στη Δυτική Ευρώπη και στη Βόρεια Αμερική από ότι στην Ελλάδα, φαίνεται ότι αυξάνεται στη χώρα μας τώρα με γρήγορο ρυθμό. Ανάλογη αύξηση παρατηρείται και στον καρκίνο του μαστού καθώς και στον καρκίνο του ενδομητρίου.⁵ Οι αγγειοκαρδιακές παθήσεις, που αποτελούν το 60% της όλης θνησιμότητας, εξακολουθούν να είναι πολύ λιγότερο συχνές στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Από τη μελέτη όμως των διαχρονικών τάσεων δε διαγράφονται αισιόδοξες προοπτικές, αφού η θνησιμότητα φαίνεται να αυξάνει αργά αλλά σταθερά, με κάπως ταχύτερο ρυθμό στους άνδρες παρά στις γυναίκες.

Δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί ποιες τροφές είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες για την υγεία. Οι περισσότεροι κατηγορούν τα κορεσμένα λιπίδια, αλλά υπάρχουν στοιχεία επίσης εναντίον των επεξεργασμένων υδατανθράκων, των ζωικών πρωτεϊνών ακόμη και κατά των ακόρεστων λιπιδίων.⁸ Είναι όμως σχεδόν βέβαιο ότι τα φρούτα, τα λαχανικά, οι σύνθετοι ανεπεξέργαστοι υδατάνθρακες και ίσως οι πρωτεΐνες φυτών, μικρών ζώων και ψαριών δε σχετίζονται με κανένα συχνό ή βαρύ νόσημα. Κατά συνέπεια υπάρχει ήδη η επιστημονική υποδομή για μια υπεύθυνη υγειονομική διαφώτιση στα θέματα της διατροφής. Αυτή μπορεί να συνδυαστεί με μια στρατηγική για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας, που να τονίζει εξίσου, τουλάχιστον, την κατανάλωση ενέργειας με την άσκηση και τον περιορισμό της προσλήψεώς της.¹¹

Η ενημέρωση του κοινού αποτελεί επιτακτική ανάγκη στη χώρα μας και επείγει. Βρισκόμαστε στο σταυροδρόμι επιρροών, αλλαγής ηθών και εθίμων και όλα αυτά έχουν άμεση αντανάκλαση στη συμπεριφορά μας όσον αφορά τη διατροφή. Υπάρχουν πολλά παραδοσιακά τρόφιμα τα οποία εγκαταλείπονται, γιατί ο αγρότης θεωρεί θρεπτικότερο ένα επεξεργασμένο τρόφιμο ή ακόμη γιατί πιστεύει ότι

τρώγοντας ή πίνοντας κάτι που το χρησιμοποιούν στα αστικά κέντρα ή στα δυτικά ευρωπαϊκά κράτη μετακινείται κοινωνικά σ' άλλο επίπεδο.¹⁰

Στα βόρεια ευρωπαϊκά κράτη και στις ΗΠΑ οι επιταγές της επιστήμης της διατροφής βρίσκονται σήμερα πολύ κοντά προς τον ελληνικό παραδοσιακό τρόπο διατροφής. Δεν υπάρχει λόγος να περάσουμε το δρόμο αποτυχημένων εμπειριών που πέρασαν άλλα κράτη ενώ εμείς ακριβώς τώρα εγκαταλείπουμε το σημείο στο οποίο άλλα κράτη γυρνούν.

Το πώς και ποια μηνύματα για σωστή διατροφή θα δοθούν αποτελεί αντικείμενο προγραμματισμού βάσει στοιχείων που αφορούν τη διατροφική κατάσταση του ελληνικού πληθυσμού. Σε μια πρώτη αδρή εκτίμηση θα πρέπει να αφορούν τις παρακάτω οκτώ αρχές:

1. Τρώτε όσο χρειάζεται
2. Φροντίστε η καθημερινή σας διαίτα να έχει ποικιλία και τα γεύματα να γίνονται σε κανονικά διαστήματα
3. Τρώτε περισσότερα φρούτα και λαχανικά
4. Παίρνετε κανονικό πρωινό
5. Τρώτε σε ευχάριστο περιβάλλον
6. Αποφεύγετε το πολύ αλάτι
7. Αποφεύγετε τα οινόπνευματώδη ποτά και τα σακχαρούχα αναψυκτικά
8. Αποφεύγετε τα πολλά λιπίδια.

Μπορεί ένα μήνυμα να παρερμηνευτεί, όπως π.χ. η σύσταση μικρότερης κατανάλωσης λιπιδίων και ζάχαρης. Αυτό δε σημαίνει ότι τρόφιμα τα οποία περιέχουν ζάχαρη ή/και λιπίδια είναι άμεσα επικίνδυνα. Εκείνο που έχει σημασία για μια σωστή διατροφή είναι η διαίτα την οποία ένα άτομο ακολουθεί και όχι ένα συγκεκριμένο τρόφιμο. Η δόση και η συχνότητα της κατανάλωσης ενός τροφίμου καθορίζει αν το δεδομένο τρόφιμο είναι τελικά χρήσιμο ή επιβλαβές.^{7,8}

2.5 Δείκτης μάζας σώματος

Η χρήση του Δείκτη Μάζας Σώματος(Δ.Μ.Σ.) για την εκτίμηση της ύπαρξης κλινικής παχυσαρκίας είναι πολύ απλή και γρήγορη και απαιτεί μόνο την γνώση του βάρους και του ύψους. Ο Δ.Μ.Σ είναι ένας αριθμός που προκύπτει από το βάρος και το ύψος κάποιου και χρησιμοποιείται ευρέως από γιατρούς και άλλους επιστήμονες της υγείας για να προσδιορίσει τη συχνότητα του ελλιπούς βάρους, του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας στους ενήλικες. Ο Δ.Μ.Σ είναι ένας αξιόπιστος δείκτης του σωματικού λίπους για τους περισσότερους ανθρώπους και χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει κατηγορίες βάρους που μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας. Μεγάλο όμως μειονέκτημα της συγκεκριμένης μεθόδου για τον ορισμό της κλινικής παχυσαρκίας είναι ότι δεν λαμβάνει υπ' όψιν τα συστατικά του σωματικού βάρους και την κατανομή του λίπους, το οποίο επίσης επηρεάζει τους κινδύνους υγείας. Η πραγματική παχυσαρκία έχει σχέση περισσότερο με την ποσότητα του λίπους του σώματος παρά με το σωματικό βάρος. Επίσης δεν είναι ακριβής σε αθλητές και πολύ μυώδεις ανθρώπους (οι μύες ζυγίζουν περισσότερο από το λίπος), καθώς μπορεί να κατηγοριοποιήσει κάποιον σε υψηλότερο Δ.Μ.Σ παρότι έχει υγιή επίπεδα σωματικού λίπους. Ο υπολογιστής του Δ.Μ.Σ είναι μόνο ένας οδηγός για τη γενική υγεία σας. Η περιφέρεια μέσης, το επίπεδο σωματικού λίπους, η πίεση αίματος, η χοληστερόλη, η φυσική δραστηριότητα, η αποχή από το κάπνισμα και το πόσο υγιεινή είναι η διατροφή σας είναι επίσης σημαντικά.

Ο δείκτης αυτός αποτελεί το πηλίκο που προκύπτει από τη διαίρεση του βάρους ενός ατόμου (σε kg) με το τετράγωνο του ύψους του (σε m) (Δείκτης Μάζας Σώματος = Βάρος σε κιλά / (ύψος σε μέτρα²)

$$\Delta.Μ.Σ = B / Y^2$$

Όπου B = Τωρινό σωματικό βάρος σε kg

Y = Ύψος σε m

Η αξιολόγηση του Δ.Μ.Σ έχει ως εξής:

	Δ.Μ.Σ	Κίνδυνος
Ελλιποβαρής	< 18,5 kg/m ²	Κίνδυνος εμφάνισης διατροφικών διαταραχών
«Φυσιολογικό» βάρος	18,5 – 24,9 kg/m ²	Ελάχιστος
Υπέρβαρος-η	25,0 – 29,9kg/m ²	Αυξημένος
α' βαθμού παχυσαρκία	30,0 – 34,9 kg/m ²	Πολύ αυξημένος - απαιτείται προσοχή
β' βαθμού παχυσαρκία	35,0 – 39,9 kg/m ²	Σοβαρός - απαιτείται άμεσα συμβουλή ειδικού
Νοσογόνος παχυσαρκία	>40 kg/m ²	Πολύ σοβαρός- απαιτείται άμεσα συμβουλή ειδικού

Ως φυσιολογικό Δ.Μ.Σ όσον αφορά την υγεία θεωρείται για τους άνδρες το 23.5-24.9 kg/m² και για τις γυναίκες το 22-23.4 kg/m².

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 Κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι μια ακόμα κοινωνική μάστιγα που είτε το θέλουμε είτε όχι χτυπά την πόρτα του καθενός μας άμεσα ή έμμεσα, ανάλογα με το αν είμαστε εκούσιοι ή παθητική καπνιστές. Δεν υπάρχει σ' όλη την ιστορία της ανθρωπότητας άλλη συνήθεια με τόση έκταση και τόσες πολλές ολέθριες συνέπειες για την υγεία του ανθρώπου όσο το κάπνισμα.

Το κάπνισμα είναι η υπ' αριθμόν ένα αιτία ασθενειών και θανάτων σ' όλο τον κόσμο και με κανένα επί μέρους μέτρο δεν θα ήταν δυνατόν να σωθούν περισσότερες ζωές ή να προστατευτούν οι άνθρωποι από ασθένειες όσο με τη δραστική μείωση της καταναλώσεως του καπνού.¹⁵

Η βλαπτική του επίδραση δεν περιορίζεται μόνο σ' όσους καπνίζουν πεισματικά παρά τη γνώση που όλο και διαδίδεται σ' ευρύτερα στρώματα, αλλά κατά πρωτοφανή στα χρονικά τρόπο, επεκτείνεται και σε όσους δεν καπνίζουν. Είναι δε τραγικό ότι ο άνθρωπος τίποτε άλλο δεν κάνει με τόση επιμέλεια όσο το να καπνίζει. Δυστυχώς είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγεί κανείς από μια τόσο ισχυρή συνήθεια.^{15,16} Το κάπνισμα αποτελεί σύμφωνα με όλες τις έρευνες της επιστήμης την πρώτη αιτία θανάτου στην αναπτυγμένη Δύση.

Η νικοτίνη, η κύρια εθιστική ουσία στο τσιγάρο, αποδίδεται πολύ γρήγορα στον εγκέφαλο και προκαλεί εξάρτηση. Οι εθισμένοι στην νικοτίνη καπνιστές ρυθμίζουν αυτόματα την πρόσληψη νικοτίνης βάση των επιπέδων της στο αίμα καπνίζοντας όταν απαιτείται ώστε να προκληθούν τα ψυχοδραστικά αποτελέσματα της νικοτίνης και να αποφευχθούν τα συμπτώματα στέρησης.¹⁷ Οι καπνιστές τσιγάρων μικρής περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη συχνά αυξάνουν την ποσότητα των τσιγάρων ούτως ώστε να επιτευχθούν τα επιθυμητά επίπεδα στο αίμα.¹⁶ Ο άκαυστος καπνός περιέχει νικοτίνη, καρκινογόνες ουσίες και τοξίνες, με την καύση όμως οι βλαπτικές ουσίες σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες πολλαπλασιάζονται λόγω της εξαέρωσης, της πυρόλυσης της πυροσύνθεσης του καπνού και των άλλων χημικών προσθέτων



που χρησιμοποιούνται για την παρασκευή των διαφόρων ειδών τσιγάρου.¹⁸ Ο καπνός συγκροτείται από λεπτό αερόλυμα, ώστε να δύναται να μείνει στους αεραγωγούς και στην επιφάνεια των κυψελίδων και από αέρια φάση. Η αέρια φάση περιέχει μονοξείδιο του άνθρακα, τοξικές ερεθιστικές και αρωματικές ουσίες. Τα σωματίδια του αερόλυματος περιέχουν πλήθος τοξικών και καρκινογόνων. Το υπόλειμμα των σωματιδίων, αφού αφαιρεθεί η υγρασία και η νικοτίνη αποκαλείται πίσσα.¹⁷

Μέχρι προσφάτως θεωρούνταν ότι οι βλαπτικές αυτές συνέπειες του καπνού αφορούσαν μόνο τους ενεργητικώς καπνίζοντες. Ωστόσο οι επιστημονικές έρευνες που έγιναν σε άτομα που είχαν παθητική έκθεση στον καπνό ανέτρεψαν σταδιακά αυτήν την αντίληψη. Συγκεκριμένα η παθητική έκθεση και εισπνοή του καπνού και των συνοδών τοξικών παραγόμενων από την καύση του καπνού ουσιών, αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου, καρκίνου του πνεύμονα, καρκίνου του μαστού, καρδιακής νόσου, επιθετικής πνευμονίας, αναπνευστικής πνευμονοπάθειας, αποφρακτικής αγγειοπάθειας. Πάνω από το 10 % των θανάτων που οφείλονται στο κάπνισμα μπορεί να αποδοθούν σε παθητική έκθεση.^{17,18}

3.2 Οι κίνδυνοι του καπνίσματος

Δύο στα πέντε άτομα που καπνίζουν 20 ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα πεθαίνουν πριν απ'τα 65 χρόνια τους, είναι διπλάσια αναλογία σε σχέση με τους μη καπνιστές.. Το κάπνισμα ευθύνεται για 10.000 περίπου άσκοπους πρώιμους θανάτους κάθε χρόνο στην Ελλάδα. Όσοι καπνίζουν συστηματικά, χάνουν περίπου 5 ¹/₂ λεπτά



απ'το προσδόκιμο χρόνο επιβίωσης τους σε κάθε τσιγάρο που καπνίζουν. Ωστόσο παρά το πλήθος των επιστημονικών ενδείξεων που κατοχυρώνουν αυτές τις στατιστικές και τη δημοσιότητα που έχει δοθεί σε αυτές, οι περισσότεροι βαρείς καπνιστές εξακολουθούν να καπνίζουν. Χιλιάδες έφηβοι κάθε χρόνο αρχίζουν να

καπνίζουν. Η έρευνα έχει δείξει, ότι τα 85% περίπου αυτών των περιστασιακών καπνιστών γίνονται μελλοντικά συστηματικού καπνιστές.¹⁹

3.3 Καπνός

Ο καπνός που παράγεται από την καύση του τσιγάρου διακρίνεται σε δύο φάσεις: τη σωματιδιακή και την αέρια. Η σωματιδιακή αποτελείται από την νικοτίνη, την πίσσα και το νερό, ενώ η αέρια από το μονοξείδιο του άνθρακα, οξείδια του αζώτου, πτητικές N-νιτροζαμίνες, υδροκυάνιο και ακρολεΐνη.

- Νικοτίνη: απορροφάται γρήγορα από την στοματική κοιλότητα και τους πνεύμονες και προκαλεί έκκριση κατεχολαμίνων, αύξηση της πίεσης και της καρδιακής συχνότητας, βρογχοσυστολή και υπεργλυκαιμία. Θεωρείται υπεύθυνη για τα οξέα καρδιακά επεισόδια που αποδίδονται στο κάπνισμα.
- Πίσσα: είναι το ολικό σωματιδιακό υλικό του καπνού όταν αφαιρεθεί το νερό και η νικοτίνη. Αποτελείται κυρίως από πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες, πολλοί από τους οποίους είναι καρκινογόνοι.
- Μονοξείδιο του άνθρακα: απορροφάται από τις κυψελίδες. Συνδέεται σταθερά με την αιμοσφαιρίνη και έτσι μειώνει την ικανότητα του αίματος να οξυγονώσει τους ιστούς.
- Οξείδια του αζώτου: πιθανώς ευθύνονται για την ανάπτυξη χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.²⁰

Κεφάλαιο 4ο

4.1 Αλκοόλ

Ο όρος αλκοολισμός αναφέρεται για πρώτη φορά από έναν Ολλανδό γιατρό στα τέλη της δεκαετίας του 1840, ενώ αναλύθηκε σε νόσο το 1972 από το γιατρό John Coakley Lettson. Αλκοολισμός σημαίνει δηλητηρίαση από αλκοόλ και παρουσιάζεται σε δύο μορφές, την οξεία και χρόνια μέθη. Στην οξεία μέθη, ανάλογα με την ποσότητα του οινοπνεύματος που έχει καταναλωθεί και την κατάσταση του ατόμου (βαθμό πληρώσεως στομάχου, ιδιοσυγκρασία, φύλο κ.τ.λ.) υπάρχουν διαταραχές συνειδήσεως, αναστολή φραγμών, μειωμένη αντίληψη έως κώμα και θάνατος. Στη χρόνια μέθη έχουμε καθημερινή χρήση μεγάλης ποσότητας αιθανόλης. Τα άτομα αυτά, ανίκανα να αντισταθούν στην αυξημένη επιθυμία τους, οδηγούνται σιγά-σιγά σε αδυναμία να λειτουργήσουν εάν δεν πιούν (συμπτώματα στέρησης), πράγμα καταστροφικό τόσο για τους ίδιους όσο και για τον περίγυρο.



Συχνά αποδίδουμε λιγότερη έμφαση στο ζήτημα της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ σε σύγκριση με το κάπνισμα. Πρόκειται όμως για ένα ιδιαίτερος σημαντικό πρόβλημα για μεγάλο τμήμα του πληθυσμού. Αν και όλοι μπορούν να πιουν μικρές ποσότητες αλκοόλ, εφόσον πρόκειται για μια κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά, πολλοί κάνουν κατάχρηση (υπολογίζεται γύρω στο 10-15% του πληθυσμού), ενώ οι μισοί εξ αυτών είναι δυνατόν να χαρακτηριστούν ως εξαρτημένοι.

4.2. Αλκοόλη και υγεία

Η χρόνια χρήση αλκοόλης συσχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα νοσολογικών διαταραχών. Η βαρύτητα των βλαβών στην υγεία από τη χρήση της αλκοόλης εξαρτάται βασικά από την ποσότητα και τη διάρκεια της χρήσεως, αν και ούτε για την ποσότητα ούτε για τη διάρκεια υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο όριο ασφαλείας. Τα διάφορα άτομα παρουσιάζουν ποικίλη ευαισθησία στην ανάπτυξη βλαβών από την αλκοόλη. Η κοινή την αντίληψη πως όταν η χρήση αλκοόλης συνδυάζεται με επαρκή

θερμιδική κάλυψη δεν εμφανίζονται εύκολα βλαβερές επιδράσεις δεν φαίνεται σωστή.

Οι παράγοντες που καθορίζουν τη διαφορετική ευαισθησία στην αλκοόλη και οι μηχανισμοί που οδηγούν τελικά στην ανάπτυξη της βλάβης δεν είναι γνωστοί και αποτελούν ερευνητική ιατρική πρόκληση από πολλά χρόνια.²⁰

Η κύρια δράση του οινοπνεύματος είναι μια βαθμιαία άμβλυνση των αντιδράσεων του εγκεφάλου και των νεύρων. Ένα ή δύο ποτά δρουν σαν ηρεμιστικό ή χαλαρωτικό φάρμακο. Ακόμα και σε μικρές ποσότητες το οινόπνευμα δεν είναι διεγερτικό, όπως πολλοί άνθρωποι πιστεύουν. Ωστόσο, μερικές φορές προκαλεί κάποια ευχάριστη άρση των αναστολών και αυτό μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να έχει κάποια δημιουργική επίδραση που διαφορετικά δεν θα υπήρχε. Προσωρινά, το οινόπνευμα μπορεί, επίσης, να κάνει αυτόν που έχει πει να αισθάνεται, αν όχι να δείχνει, ότι είναι ασυνήθιστα έξυπνος και πνευματώδης.¹⁹

4.3 Επιδράσεις του οινοπνεύματος

Το οινόπνευμα είναι αγγειοδιασταλτικό και η ροή του αίματος προς το δέρμα μέσα



από τα διευρυσμένα αγγεία μπορεί να κάνει να φαίνεται ότι κυκλοφορεί θερμότητα μέσα σε ένα παγωμένο σώμα. Ακόμα, είναι διουρητικό προκαλώντας αυξημένη απώλεια νερού από το σώμα. Η λήψη μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος προκαλεί ταχεία ελάττωση του σακχάρου στο αίμα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει μετά από λίγες ώρες σε υπογλυκαιμία που κάνει αυτόν που έχει πει να νιώθει αδυναμία, ζάλη, σύγχυση και παράδοξη πείνα.

Επίσης, το ποτό αυξάνει συνήθως τη σεξουαλική επιθυμία, ενώ στον άντρα ελαττώνεται η ικανότητα διατηρήσεως της στύσεως, πιθανών επειδή το οινόπνευμα καταστέλλει τα αντανακλαστικά της στύσεως και της εκσπερματίσεως.¹⁶

Η βαριά κατανάλωση σχετίζεται με μια ποικιλία προβλημάτων υγείας, όπως: κίρρωση του ήπατος, καρκινογένεση, υψηλή αρτηριακή πίεση, βλάβες στον εγκέφαλο. Επίσης σχετίζεται με την αύξηση του αριθμού πρόκλησης ατυχημάτων, καθώς και με μεγάλο ποσοστό επιθέσεων κατά της ζωής ή περιουσίας.

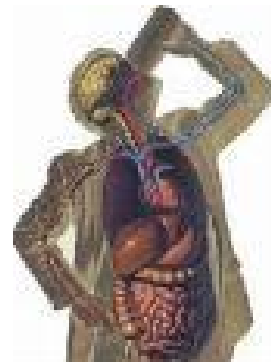
Η κατάχρηση του αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει στην αλκοολική νευροπάθεια με κύρια συμπτώματα την εύκολη κόπωση, τη συμμετρική μυϊκή ατροφία, την αδυναμία των περιφερικών μυών των κάτω άκρων και της κνήμης μέχρι την πλήρη παράλυση των άκρων και μυϊκή ευαισθησία στην πίεση.¹⁷ Οι παραισθήσεις, ο πόνος, σε μερικούς το αίσθημα καύσου και θερμότητας «σύνδρομο φλεγόμενων άκρων ποδών», σε άλλους το αίσθημα ψύχους «παγώματος» στους άκρους πόδες και σπανιότερα σε μια τρίτη κατηγορία με τη μορφή αιμωδιών, είναι αισθητικά συμπτώματα της αλκοολικής νευροπάθειας. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν κατάργηση ή μείωση της εφίδρωσης, διαταραχές που σχετίζονται με την προσβολή των απαγωγών μεταγαγγλιακών συμπαθητικών ινών.²⁰

Η αλκοολική ψευδαίσθηση εμφανίζεται είτε κατά τη διάρκεια μεγάλης κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, είτε εντός 48 ωρών μετά από στέρηση οινοπνεύματος σε άτομα εξαρτημένα από αυτό. Χαρακτηρίζεται από παρανοϊκή ψύχωση και από έντονες και ζωηρές ψευδαισθήσεις, οι οποίες είναι οπτικές, ακουστικές ή απτικές, χωρίς όμως τρόμο, σύγχυση, ούτε διαταραχές της αισθητικότητας που παρατηρούνται

στα σύνδρομα της στέρησης.¹⁶ Ο ασθενής παρουσιάζεται φυσιολογικός, εκτός από την παρουσία ακουστικών ψευδαισθήσεων που συχνά είναι δυσάρεστες ή τρομακτικές και ο ασθενής ανταποκρινόμενος σ' αυτές τις ψευδαισθήσεις, μπορεί να προκαλέσει επιθετική συμπεριφορά και να βλάψει έτσι τον εαυτό του ή τους άλλους. Μετά από μακροχρόνια και υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος σε ασθενείς άνω των 35 ετών μπορεί να παρουσιαστεί η εικόνα του συνδρόμου άνοιας, του οποίου οι βλάβες είναι αναστρέψιμες και υποχωρούν αν διακοπεί η χρήση οινοπνεύματος. Ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχές της πρόσφατης και της παλαιάς μνήμης, διαταραχές της σκέψης, διαταραχές του λόγου, έκφρασης και κατανόησης (αφασία), απραξία, αγνωσία, κατασκευαστικές δυσκολίες, μειώνεται η γενική ικανότητα αντιμετώπισης βιοτικών προβλημάτων, επηρεάζεται σημαντικά η επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα και ο προσανατολισμός είναι διαταραγμένος στο χρόνο, στο χώρο και στο περιβάλλον.¹⁹ Η προσωπικότητα του ασθενούς αλλάζει ή ορισμένα χαρακτηριστικά της επιτείνονται, το συναίσθημα είναι ευμετάβλητο και ο άρρωστος χαρακτηρίζεται από αμηχανία, άγχος και κατάθλιψη και με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζεται μείωση των ενδιαφερόντων και των πρωτοβουλιών, αφηρημάδα και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και κατάργηση των ηθικών αναστολών, είναι επιρρεπής σε ατυχήματα και ευάλωτος σε λοιμώξεις οι οποίες είναι συχνά θανατηφόρες. Σε προχωρημένες περιπτώσεις οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι συχνές. Για τη διαφορική διάγνωση του αλκοολισμού το ακριβές ιστορικό αποτελεί το σημαντικότερο χαρακτηριστικό παράγοντα. Εκτός από τον ασθενή πρέπει να εξετασθούν σημεία διαταραχής και στο οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον, οι πιθανές εμπλοκές με το νόμο και τα προβλήματα υγείας, τα οποία είναι αναστρέψιμα, αλλά αν συνεχιστεί η χρήση του οινοπνεύματος, υπάρχει κίνδυνος να επιδεινωθούν.¹⁶

4.4 Μέρη του σώματος που διατρέχουν κίνδυνο

Εκτός από τις άμεσες επιδράσεις μιας βαριάς οινοποσίας, πολλές πολύ σοβαρές χρόνιες παθήσεις σχετίζονται με την πολυετή και συστηματική κατάχρηση οινοπνεύματος. Μερικές επιδράσεις σε διάφορα όργανα του σώματος αναφέρονται παρακάτω.



- **Εγκέφαλος:** το οινόπνευμα έχει ηρεμιστική δράση σε μικρές ποσότητες. Σε μεγαλύτερες ποσότητες προκαλεί μεγάλη διαταραχή της μνήμης, της συγκέντρωσης, της κρίσεως, του συντονισμού και των συγκινησιακών αντιδράσεων. Η ομιλία γίνεται τραυλή, η όραση θαμπώνει και η ισορροπία του σώματος χάνεται.
- **Ήπαρ:** η χρόνια χρήση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος οδηγεί σχεδόν αναπόφευκτα σε κίρρωση του ήπατος. Το κίρρωτικό ήπαρ δεν μπορεί να επεξεργαστεί διατροφικά στοιχεία που προέρχονται από την πέψη και ούτε να ρυθμίσει φάρμακα. Τα συμπτώματα της κίρρωσης είναι πολλά και ποικίλα και περιλαμβάνουν το οίδημα και τον ίκτερο.
- **Δέρμα:** το οινόπνευμα είναι αγγειοδιασταλτικό, διευρύνει τα αγγεία του αίματος στην επιφάνεια του σώματος. Εκτός το ότι κάνει τα άτομα να κοκκινίζουν, αυτή η επίδραση συνεπάγεται υπερβολική απώλεια θερμότητας απ' τους ιστούς του σώματος, με πιθανό αποτέλεσμα την υποθερμία.
- **Καρδιά:** σε μεγάλη κατάχρηση οινοπνεύματος, υπάρχει κίνδυνος για μια κατάσταση που ονομάζεται καρδιομυοπάθεια από υποθρεψία και χαρακτηρίζεται από εξασθένηση και βλάβη του καρδιακού μυϊκού ιστού, που οφείλεται σε έλλειψη απαραίτητων διατροφικών στοιχείων, κυρίως βιταμινών, απ' την καρδιά.
- **Στομάχι:** η συνεχής κατάχρηση οινοπνεύματος μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια γαστρίτιδα
- **Όργανα αναπαραγωγής:** στους άντρες, το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει ανικανότητα.¹⁹

Κεφάλαιο 5^ο

5.1 Νοσήματα αίματος

Το αίμα που κυκλοφορεί είναι το μέσο με το οποίο το οξυγόνο, τα θρεπτικά συστατικά και οι χημικές ουσίες που είναι απαραίτητα για τη λειτουργία των ιστών και των οργάνων, μεταφέρονται σ' ολόκληρο το σώμα. Το αίμα αποτελείται από δύο βασικά μέρη, τα κύτταρα του αίματος και το υγρό μέσα στο οποίο αυτά αιωρούνται, που λέγεται πλάσμα.

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι τα πιο πολυάριθμα κύτταρα του αίματος. Η λειτουργία τους είναι να μεταφέρουν οξυγόνο από τους πνεύμονες στα άλλα μέρη του σώματος. Τα λευκά αιμοσφαίρια, με τις διάφορες κατηγορίες τους, έχουν προορισμό την προστασία του σώματος από τις λοιμώξεις. Ένα τρίτο είδος κυττάρων του αίματος είναι τα αιμοπετάλια. Αυτά μαζεύονται στη θέση τραυματισμού ενός αγγείου και κλείνουν το χάσμα ως πρώτο βήμα της πήξεως του αίματος.

Οι διαταραχές του αίματος ταξινομούνται ως εξής: έλλειψη αιμοσφαιρίνης που προκαλεί αναιμία. Διαταραχές της πήξεως που προκαλούν αιμορραγίες και εκχυμώσεις, νεοπλασματικές μεταβολές των λευκών αιμοσφαιρίων που προκαλούν λευχαιμίες. Επίσης, διαταραχές παραγωγής των κυττάρων του αίματος στο μυελό των οστών και διαταραχές που επηρεάζουν τα κύτταρα ή τους αδένες του λεμφικού συστήματος.

5.2 Σιδηροπενική αναιμία

Η σιδηροπενική αναιμία είναι μία από τις συνηθέστερες νοσολογικές οντότητες σε όλο τον κόσμο που προσβάλλει παιδιά και ενήλικους και έχει ποικίλη αιτιολογία. Προκύπτει όταν η ποσότητα σιδήρου που απορροφάται δεν επαρκεί για τις ανάγκες του οργανισμού.^{21,22} Ο σίδηρος είναι βασικό συστατικό της αιμοσφαιρίνης, της κόκκινης χρωστικής των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η ανεπάρκεια σιδήρου στον οργανισμό οδηγεί σε ανεπαρκή παραγωγή αιμοσφαιρίνης και έχει, ως συνέπεια την εμφάνιση αναιμίας.¹⁶

Η ένδεια σιδήρου μπορεί να διακριθεί, ανάλογα με το βαθμό της σε δύο στάδια: Στο πρώτο στάδιο εξαντλούνται τα αποθέματα σιδήρου με αποτέλεσμα χαμηλή φερριτίνη

και μειωμένο κορεσμό τρανσφερίνης χωρίς εμφανή αναιμία. Στο δεύτερο στάδιο προστίθεται η πτώση της αιμοσφαιρίνης^{21,22}. Η έλλειψη σιδήρου είναι το πιο συχνό διατροφικό έλλειμμα και η πιο συχνή αιματολογική διαταραχή παγκοσμίως. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας περίπου 30% του παγκοσμίου πληθυσμού δηλαδή 1,5 δις άτομα έχουν αναιμία. Υπολογίζεται ότι περίπου στους μισούς από αυτούς η αναιμία οφείλεται σε έλλειψη σιδήρου, ιδίως στις υπανάπτυκτες και αναπτυσσόμενες χώρες.²³

Ο οργανισμός έχει καθημερινά ανάγκη μιας μικρής ποσότητας σιδήρου για το σχηματισμό νέας αιμοσφαιρίνης που θ' αντικαταστήσει αυτήν που χάνεται με τη συνεχή καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Την ποσότητα αυτήν του σιδήρου ο οργανισμός παίρνει απ' τις τροφές και από τα καταστρεφόμενα ερυθρά αιμοσφαίρια και την αποθηκεύει μέχρις ότου τη χρησιμοποιήσει, κυρίως στο μυελό των οστών, στο ήπαρ και στο σπλήνα. Μερικοί άνθρωποι δεν έχουν αρκετές ποσότητες σιδήρου αποθηκευμένες στο σώμα τους, αλλά μπορούν να αναπληρώσουν τις απώλειες με το σίδηρο που προσλαμβάνουν από τις τροφές. Αν αυτό δεν είναι εφικτό, τότε αναπτύσσουν αναιμία.³

5.2.α Αιτιολογία

Τα αίτια της σιδηροπενικής αναιμίας μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

1. Αυξημένες ανάγκες του οργανισμού σε σίδηρο, οι οποίες δεν καλύπτονται με την προσλαμβανόμενη τροφή.
2. Κακή απορρόφηση σιδήρου
3. Απώλεια αίματος λανθάνουσα ή εμφανής, η οποία αποτελεί και τη συνηθέστερη αιτία.
4. Ακόμη σιδηροπενία έχει αναφερθεί και κατά τη διαδρομή διάφορων λοιμώξεων, όπως από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, χλαμύδια, ψευδομονάδα κ.α ^{24,25}

Πρέπει να τονισθεί ότι επιβάλλεται να αναζητείται επιμόνως το αίτιο σε κάθε περίπτωση σιδηροπενικής αναιμίας γιατί όπως είναι γνωστό σε πολλές περιπτώσεις η έγκαιρη διάγνωση έχει μεγάλη σημασία για τη ζωή του ασθενούς.²⁴

5.2.β Κλινικές εκδηλώσεις

Η συμπτωματολογία της σιδηροπενικής αναιμίας περιλαμβάνει ειδικά και μη ειδικά συμπτώματα τα οποία θα πρέπει να αξιολογήσει κανείς στην προσπάθεια διερεύνησης και αντιμετώπισης της νόσου

1. Μη ειδικά συμπτώματα

Οφείλονται στην αναιμία και περιλαμβάνουν καταβολή, εύκολη κόπωση, ζάλη, αίσθημα παλμών, δύσπνοια, κεφαλαλγία και ωχρότητα. Η ένταση τους βεβαίως εξαρτάται από το βαθμό της αναιμίας αλλά και από την ταχύτητα εγκατάστασής της

2. Ειδικά συμπτώματα

- Διαταραχές ανάπτυξης: μελέτες έχουν δείξει ότι καθυστερεί την ανάπτυξη του παιδιού κυρίως κατά το πρώτο έτος της ηλικίας τους.
- Ευπάθεια στις λοιμώξεις
- Σκελετικές βλάβες: σπανίως παρατηρούνται αλλοιώσεις των οστών σε παρατεταμένη σιδηροπενική αναιμία.
- Σπληνομεγαλία: οι σιδηροπενικοί ασθενείς παρουσιάζουν σπληνομεγαλία σε ποσοστό 10%. Αυτή συνήθως είναι μικρή χωρίς ειδικές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις.
- Γλωσσίτιδα, γωνιακή χειλίτιδα, κοιλονυχία, δυσφαγία ²⁶

5.3 Μεσογειακή αναιμία

Η Μεσογειακή Αναιμία ή νόσος του Κούλεϋ (Cooley) ή θαλασσαιμία, είναι η νόσος που χαρακτηρίζεται από βαριά αναιμία ήδη από τη βρεφική ηλικία. Αποτελεί τον πιο συχνό τύπο αναιμίας στη χώρα μας. Είναι επίσης συχνή στην περιοχή της Μεσογείου, στη Μέση Ανατολή και τη Ν.Α. Ασία. Ανήκει στις κληρονομικές ασθένειες – προκαλείται δηλαδή από ανωμαλίες των ερυθρών αιμοσφαιρίων που μεταβιβάζονται από τους γονείς στα παιδιά. Η βασική ανωμαλία βρίσκεται στην ανεπαρκή σύνθεση της HbA($\alpha_2\beta_2$), εξαιτίας ελαττωματικής σύνθεσης της μιας από τις πολυπεπτιδικές αλυσίδες, δηλαδή της α ή της β .²⁷ Ο ρυθμός σύνθεσης κάθε μίας αλυσίδας φαίνεται ότι εξαρτάται από ειδικούς γόνους.

Κυριότερη αντιπρόσωποι της ομάδας των μεσογειακών αναιμιών είναι η α και η β -μεσογειακή αναιμία.

Η β -μεσογειακή αναιμία είναι η συχνότερη και αυτή που έχει

τη βαρύτερη κλινική εικόνα. Εμφανίζεται είτε σε ετερόζυγη μορφή, με το όνομα μεσογειακό στίγμα, είτε σε ομόζυγη μορφή, με το όνομα μείζων β -μεσογειακή αναιμία.^{27,28}



5.3.α Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα που εμφανίζει μια τυπική εικόνα της μεσογειακής αναιμίας μπορεί να είναι τα παρακάτω:

1. Αναιμία και έντονη ωχρότητα με λεμονοειδή απόχρωση
2. Καθυστέρηση της ανάπτυξης, που γίνεται αισθητή στην ηλικία των 9-10 χρονών.
3. Ηπατομεγαλία
4. Προοδευτική διόγκωση του σπλήνα που οδηγεί σε υπερσπληνισμό, με αποτέλεσμα επιδείνωση της αναιμίας, τάση για αιμορραγία και ευαισθησία στις λοιμώξεις

5. Τυπικό μογγολοειδές προσωπείο. Η παραμόρφωση αυτή της κεφαλής οφείλεται στην έντονη δραστηριότητα του μυελού.
6. Χολολιθίαση
7. Αύξηση του ουρικού οξέος και πιθανόν αρθρίτιδα
8. Αύξηση προδιάθεσης στις λοιμώξεις
9. Αιμοσιδήρωση
10. Έντονα έλκη
11. Ενδοκρινικές διαταραχές
12. Οστικές αλλοιώσεις
13. Καρδιομεγαλία, καρδιακές αρρυθμίες, περικαρδίτιδες ή αι συμφορητική ανεπάρκεια λόγω της χρόνιας αναιμίας²⁹

5.4 Λευχαιμία

Οι λευχαιμίες είναι νεοπλασματικές διαταραχές του αιμοποιητικού ιστού, άγνωστης μέχρι σήμερα αιτιολογίας. Ο μυελός των οστών εκτοπίζεται από ένα κακοήθη νεοπλασματικό κλώνο λεμφοκυττάρων ή κοκκιοκυττάρων. Χαρακτηρίζεται λοιπόν από υπερβολική ανάπτυξη του λευκοκυτταρικού ιστού, ο οποίος κατά κανόνα εκτός του μυελού διηθεί και σε διάφορα όργανα, όπως το ήπαρ, τον σπλήνα και τους λεμφαδένες. Συνυπάρχουν στο περιφερικό αίμα ποιοτικές και ποσοτικές μεταβολές των λευκοκυττάρων. Είναι δηλαδή ένα είδος καρκίνου των κυττάρων του αίματος και σπάνια προσβάλλει τα ερυθρά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια.²⁷

5.4.a Διάκριση λευχαιμιών

Οι λευχαιμίες διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Στις οξείες κυριαρχούν τα άωρα κύτταρα ή μη διαφοροποιημένα, η δε πορεία της νόσου χωρίς θεραπεία οδηγεί ταχέως στο θάνατο. Στις χρόνιες κυριαρχούν τα ώριμα ή καλά διαφοροποιημένα κύτταρα, η δε πορεία της νόσου είναι μακρύτερη.^{28,29} Ανάλογα με το είδος του κυττάρου που πάσχει οι λευχαιμίες διακρίνονται σε λεμφογενείς και σε μυελογενείς.

- Οξείες 
 1. Μυελογενείς
 2. Λεμφογενείς
 3. Μονοκυτταρική (σπάνια)

- Χρόνιες 
 1. Μυελογενείς
 2. Λεμφογενείς

Όσο αφορά τις χρόνιες λευχαιμίες η διάκριση είναι ευχερής, για τις οξείες όμως η διάκριση μερικές φορές παρουσιάζει δυσχέρειες.³⁰ Παρόλο που πολλοί νομίζουν ότι είναι νόσος της παιδικής ηλικίας προσβάλλει πολύ περισσότερο τους ενήλικες παρά τα παιδιά. Γενικά, η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία αφορά ασθενείς κάτω των 15 ετών, η οξεία μυελογενής 15-40 ως και ηλικιωμένα άτομα, η χρόνια μυελογενής 30-60 ετών και η χρόνια λεμφογενής προσβάλλει άτομα μεγάλης ηλικίας άνω των 50 ετών.²⁶

5.4.β Αιτιολογία

Η ακριβής αιτιολογία είναι άγνωστη. Πολλοί όμως παράγοντες ενοχοποιούνται για την πρόκληση της νόσου.

1. Για την πρόκληση της λευχαιμίας στον άνθρωπο έχουν ενοχοποιηθεί όλα τα είδη ιοντίζουσας ακτινοβολίας. Η ιοντίζουσα ακτινοβολία προκαλεί είτε οξεία λευχαιμία, είτε χρόνια μυελογενής, αλλά ποτέ χρόνια λεμφογενής.
2. Χημικές ουσίες, το βενζόλιο είναι μετά βεβαιότητας λευχαιμιόγνο. Οξεία μορφή λευχαιμίας και μάλιστα του σπάνιου ερυθρολευχαιμικού τύπου έχει παρατηρηθεί σε εργάτες βενζολίου σε συχνότητα σαφώς μεγαλύτερη της αναμενόμενης.
3. Ενοχοποιούνται και γενετικοί παράγοντες όπως η κληρονομικότητα, οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες³¹

5.5 Αιμορροφιλία

Η αιμορροφιλία είναι μια κληρονομική διαταραχή της πήξης του αίματος. Συχνότερες είναι η κλασική αιμορροφιλία (αιμορροφιλία Α ή ένδεια του παράγοντα VIII) και η νόσος Christmas (αιμορροφιλία Β ή ένδεια του παράγοντα IX) που αντιπροσωπεύουν το 95% των αιμορροφιλικών.³²

Η νόσος χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια αιμορραγίας. Η αιμορραγία μπορεί να είναι αυτόματη ή να προκαλείται μετά από μικροτραυματισμό. Οι κυριότερες εκδηλώσεις προέρχονται από την περιοχή που προσβάλλεται. Χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου είναι το αίμαρθρο.

Η νόσος προσβάλλει μόνο τους άντρες (XY) γιατί το χρωμόσωμα Y δεν περιέχει το γονίδιο που εφορεύει την παραγωγή της αντισταμοφιλικής σφαιρίνης.³³ Η νόσος μεταβιβάζεται με τις γυναίκες που είναι φορείς. Οι γυναίκες δεν προσβάλλονται από την νόσο γιατί αυτές (XX) έχουν ένα άλλο φυσιολογικό γονίδιο που επικρατεί έναντι του παθολογικού που είναι υπολειπόμενο. Η νόσος χαρακτηρίζεται από διάθεση προς δυσεπισχέτους αιμορραγίες και παρατεταμένου χρόνου πήξης του αίματος.²⁹

5.5.α Τύποι αιμορροφιλίας

Σήμερα διακρίνουμε τρεις τύπους αιμορροφιλίας

- Αιμορροφιλία τύπου Α: οφείλεται στην έκπτωση του παράγοντα VIII(αντισταμορροφιλικός παράγων AHG)
- Αιμορροφιλία τύπου Β: οφείλεται στην έκπτωση του παράγοντα IX CB αντισταμορροφιλικός παράγων, παράγων Christmas
- Αιμορροφιλία τύπου C: οφείλεται στην έκπτωση του παράγοντα XI (PTA). Έχει πολύ μικρή συχνότητα μεταξύ αιμορροφιλικών ασθενών και παρουσιάζει ελαφρά κλινική εικόνα σε σχέση με τους προηγούμενους τύπους.³⁴

5.5.β Γενική συμπτωματολογία

Ο άρρωστος μπορεί να εμφανίσει ποικίλα συμπτώματα, όπως:

- Συμμετρική παραμόρφωση των αρθρώσεων του γόνατος και του αγκώνα, είναι χαρακτηριστικό της αιμορροφιλίας και μόνο το εύρημα αυτό μπορεί να θέσει τη διάγνωση της νόσου ακόμα και όταν το ιστορικό είναι υτελείως άγνωστο στο γιατρό.
- Έντονος κοιλιακός πόνος και αιματώματα
- Παράταση αιμορραγίας μετά από περιτομή, ενδομυϊκές ενέσεις, εξελικώσεις, τραυματισμούς
- Αιμορραγία μέσα στις αρθρώσεις
- Αιμορραγία από τον γαστρεντερικό σωλήνα: αιματέμεση ή μέλαινα
- Αιματουρία ^{29,32,34}

Κεφάλαιο 6^ο

6.1 Νοσήματα του αναπνευστικού

Αναπνέουμε για να εφοδιάσουμε το σώμα μας με οξυγόνο απαραίτητο για την παραγωγή ενέργειας και για να αποβάλλουμε το διοξείδιο του άνθρακα, που είναι άχρηστο προϊόν της παραγωγής ενέργειας. Στο κέντρο του αναπνευστικού συστήματος βρίσκονται οι πνεύμονες. Οι αγωγοί μέσα απ'τους οποίους εισπνέεται και εκπνέεται ο αέρας από τους πνεύμονες αποτελούνται κυρίως από τη μύτη, το λαιμό και την τραχεία. Στο βάθος του θώρακα η τραχεία διαιρείται σε δύο κύριους βρόγχους, ένα για κάθε πνεύμονα.

Ο αέρας εισέρχεται μέσα στον πνεύμονα με τη δράση των μυών. Ο κύριος μύς της αναπνοής είναι το διάφραγμα που χωρίζει την κοιλότητα του θώρακα απ'την κοιλιά. Όταν το διάφραγμα συσπάται, μαζί με άλλους μύες που βρίσκονται ανάμεσα στις πλευρές, ο αέρας εισροφάται. Όταν οι μύες χαλαρώνουν, ο αέρας ωθείται προς τα πάνω και έξω και αποβάλλεται από το σώμα λόγω της ελαστικότητας των πνευμόνων. Αν ο μηχανισμός αυτός δουλεύει σωστά, η αναπνοή γίνεται σχεδόν ασυνείδητα. Αν όμως δεν λειτουργεί σωστά μπορεί να δημιουργηθεί μια σειρά προβλημάτων με τους πνεύμονες, με σημαντικά τμήματα της αναπνευστικής οδού ή με την λειτουργία των μυών της αναπνοής.¹⁹

6.2 Άσθμα

Βρογχικό άσθμα είναι μια κλινική κατάσταση αυξημένης αντιδραστικότητας του τραχειοβρογχικού δένδρου σε πολυάριθμα ερεθίσματα και χαρακτηρίζεται από μεταβολές στην αντίσταση των αεραγωγών διάχυτος στους πνεύμονες, οι οποίες επισυμβαίνουν μέσα σε βραχείες περιόδους χρόνου.³⁵

Η πάθηση εκδηλώνεται με επεισόδια δύσπνοιας και συρίττουσας αναπνοής, συμπτώματα απόφραξης των αεροφόρων οδών σε μερικούς ασθενείς μπορεί να παρουσιαστεί βήχας, με ή χωρίς παραγωγή παχύρευστων πτυέλων. Τα συμπτώματα αυτά είναι αποτέλεσμα βρογχοσπασμού, οιδήματος των βρογχικών τοιχωμάτων και υπερέκκρισης των βλεννογόνων αδένων.

Τα ασθματικά επεισόδια μπορεί να είναι συνεχή ή παροξυσμικά και μπορεί να καταλήξουν σε έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας που αρχίζει από μέτριου

βαθμού ανικανότητα και φθάνει μέχρι την ασφυξία που είναι απειλητική για τη ζωή του ασθενή. Μια κατάσταση που είναι γνωστή ως ασθματική κατάσταση (status asthmaticus).³⁶Εν τούτοις, το άσθμα είναι ανατάξιμο, είτε αυτόματα είτε με τη βοήθεια αγωγής. Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να βοηθηθούν με την εφαρμογή κατάλληλου προγράμματος θεραπευτικής αγωγής.^{19,28}

6.2.α Συχνότητα και τύποι άσθματος

Υπολογίζεται ότι το 3% του πληθυσμού πάσχει από άσθμα. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η έναρξη γίνεται σε ηλικία κάτω των 40 χρονών. Οι μισοί από τους πάσχοντες είναι παιδιά κάτω των 10 χρονών στα περισσότερα από τα οποία η έναρξη γίνεται στην πρώτη πενταετία της ζωής.^{31,35}

Γενικώς η πάθηση προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα, αλλά στα παιδιά υπερέχουν τα αγόρια έναντι των κοριτσιών (2:1). Αξιοσημείωτο είναι ότι το 50% των ασθματικών παιδιών, μετά την πάροδο τις 20ετίας, έχουν τελείως απαλλαγεί από το βρογχικό άσθμα και μόνο 30% εξακολουθούν να πάσχουν. Εξάλλου οι μισοί από τους ενήλικες ασθματικούς αποκτούν το άσθμα μετά την ενηλικίωση τους (κυρίως γυναίκες).

Μπορούμε να περιγράψουμε δύο βασικούς τύπους του βρογχικού άσθματος: το εξωγενές και το ενδογενές.³⁴Το εξωγενές άσθμα που ονομάζεται επίσης και αλλεργικό προσβάλλει συνήθως παιδιά και νέους ενήλικες. Εμφανίζεται μετά την έκθεση του ασθενή στην επίδραση αλλεργιογόνων. Ασθενείς με αλλεργικό βρογχικό άσθμα μπορεί να έχουν στο ιστορικό τους άλλες αλλεργικές εκδηλώσεις, όπως πυρετό ή έκζεμα και συνήθως έχουν οικογενειακό ιστορικό κληρονομικής αλλεργίας.³⁶ Στον τύπο αυτό του άσθματος οι δερμοαντιδράσεις είναι θετικές και οι ανοσοσφαιρίνες IgE του ορού αυξημένες. Εμφανίζεται συχνά εποχιακά. Στην περίπτωση που το αλλεργικό άσθμα δεν έχει χαρακτήρα εποχιακό, τότε ίσως να οφείλεται η αλλεργία αυτή σε άλλα αντιγόνα που υπάρχουν διαρκώς στο περιβάλλον. Το ενδογενές άσθμα αναπτύσσεται συνήθως σε ενήλικες μετά την ηλικία των 35 χρονών. Επειδή στην αιτιολογία της πάθησης δεν παίζουν εμφανή ρόλο αλλεργικοί παράγοντες και επειδή κάποια μόλυνση είναι αιτιολογικός παράγοντας σε πολλούς ασθενείς, η ετερογενής αυτή μορφή βρογχικού άσθματος ονομάζεται επίσης ιδιοπαθές ή μολυσματικό.³³ Οι δερματοαντιδράσεις είναι αρνητικές και οι IgE του ορού βρίσκονται σε φυσιολογικές τιμές. Η διάκριση του μολυσματικού από το

αλλεργικό άσθμα δεν είναι εύκολη όταν δούμε τον ασθενή για πρώτη φορά σε ένα οξύ επεισόδιο. Βεβαίως, παράγοντες όπως η ηλικία και η ταυτόχρονη ύπαρξη λοίμωξης στους παραρρινικούς κόλπους ή το βρογχικό δένδρο υποδηλώνουν μολυσματικό άσθμα, όταν όμως, υποχωρήσει το οξύ επεισόδιο, θα πρέπει να αποκλειστεί το αλλεργικό με τη βοήθεια του ιστορικού και των κατάλληλων δοκιμασιών.

Μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να ενταχθούν στον έναν από τους δύο τύπους και παρουσιάζουν συνδυασμό αλλεργικού και μολυσματικού άσθματος (μικτό άσθμα).²⁸

6.2.β Συμπτώματα

Ασθενείς με άσθμα μπορεί να έχουν συπτωματολογία και σημειολογία, που περιλαμβάνουν διακριτά, οξεία επεισόδια δύσπνοιας, συρίττουςας αναπνοής και βήχα τα οποία υποχωρούν μετά, προς λίγο ή πολύ συνεχή, χρόνια συμπτώματα αυξομειούμενης σοβαρότητας. Για κάθε ασθενή, τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια, μέτρια ή σοβαρά, σε κάθε συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Η ασθματική προσβολή μπορεί να είναι τρομακτική εμπειρία ειδικά για ασθενείς που είναι ενημερωμένοι για την πιθανή κακή εξέλιξη της πάθησης τους.

• Συμπτώματα

1. Διαφόρου βαθμού δύσπνοια που προκαλείται από τους διαφόρους προκλητικούς παράγοντες. Η απόφραξη των αεροφόρων οδών γίνεται αντιληπτή κυρίως στην εκπνοή.
2. Συρίττουςα αναπνοή
3. Βήχας και πτύελα που μπορεί να είναι παχιά και κολώδη, μερικές δε φορές πυώδη. Υπάρχει συχνά ο συνδυασμός νυχτερινής δύσπνοιας και βήχα.
4. Δυσανεξία στο καπνό του τσιγάρου^{33,35,36}

• Σημεία κινδύνου σοβαρής μορφής άσθματος

1. Προοδευτική ελάττωση της ανταπόκρισης στα βρογχοδιασταλτικά
2. Αδυναμία ομιλίας
3. Δυσχέρεια στην αναπνοή χωρίς ακουστικούς αναπνευστικούς ήχους
4. Παράδοξος σφυγμός. Καρδιακή συχνότητα >130 σφύξεις το λεπτό
5. Κυάνωση
6. Μέγιστη ροή του αέρα κάτω από 100 λίτρα/λεπτό μετά τη χορήγηση βρογχοδιασταλτικών^{31,34,35}

6.3 Χρόνια Βρογχίτιδα

Χρόνια βρογχίτιδα, ορίζεται η κατάσταση που συνοδεύεται από μεγάλη παραγωγή τραχειοβρογχικής βλέννας αρκετής για να προκαλέσει βήχα και απόχρεμψη τουλάχιστον επί 3 μήνες το χρόνο και για 2 συνεχή χρόνια. Ειδικότερα είναι πάθηση που χαρακτηρίζεται από χρόνια παραγωγικό βήχα για τον οποίο ευθύνεται η υπερεκκριτική δράση του βρογχικού βλεννογόνου.³⁶

Η χρόνια βρογχίτιδα, είναι νόσος που επιδεινώνεται προοδευτικά και είναι δυνητικά βαριά. Το κύριο πρόβλημα του αρρώστου είναι η άφθονη παραγωγή φλεγμονώδους εξιδρώματος και προκαλεί επίμονο παραγωγικό βήχα και δύσπνοια. Η χρόνια βρογχίτιδα είναι επακόλουθο μιας οξείας αναπνευστικής λοίμωξης, όπως πνευμονία ή γρίπη. Εκδηλώνεται σε άτομα που το επάγγελμά τους, τους υποχρεώνει να εισπνέουν ερεθιστικά αέρια και καπνό. Οι βαρείς καπνιστές παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα χρόνιας βρογχίτιδας.²⁷

6.3.α Αιτιολογική παράγοντες

Για την αιτιολογία της χρόνιας βρογχίτιδας, ενοχοποιούνται πολλοί παράγοντες στους οποίους οι σπουδαιότεροι, είναι:

1. Το κάπνισμα
2. Η ρύπανση του επαγγελματικού περιβάλλοντος και της ατμόσφαιρας
3. Οι αναπνευστικές λοιμώξεις
4. Κληρονομικοί παράγοντες

Φαίνεται όμως ότι η εμφάνιση της νόσου και η συχνότητα της είναι αποτέλεσμα πολλές φορές της αλληλεπίδρασης των παραπάνω παραγόντων.³¹

6.3.β Κλινική εικόνα

Ο άρρωστος με απλή χρόνια βρογχίτιδα στην αρχή, είναι άτομο που υποκειμενικά αισθάνεται περίφημα και όπως υποστηρίζει χαίρει «άκρας υγείας», μολονότι βήχει και αποβάλλει βλεννώδη πτύελα. Ο βήχας υπάρχει σχεδόν κάθε μέρα, αλλά υπάρχουν και διαστήματα που παροξύνεται ιδιαίτερα. Αυξάνεται κυρίως κατά την κατάκλιση και την αλλαγή θέσεων στον ύπνο. Στα πτύελα ανευρίσκονται κατά κανόνα η σαπροφυτική χλωρίδα των αναπνευστικών και πεπτικών οδών.³⁷

Η αποφρακτική χρόνια βρογχίτιδα συνήθως επακολουθεί και χαρακτηρίζεται από εμφάνιση δύσπνοιας, λόγω αποφράξεων των αεροφόρων οδών. Η δύσπνοια στην αρχή εμφανίζεται μόνο μετά από κόπωση, επιτείνεται όμως μετά από πολλά χρόνια και παρατηρείται και κατά την ηρεμία. Η δύσπνοια έχει αποδειχθεί ότι παρατηρείται στους ασθενείς που παρουσιάζουν αυξημένο αναπνευστικό έργο σαν προσπάθεια αποβολής της αυξημένης ποσότητας CO₂ στο αρτηριακό αίμα.^{31,37}

Συνήθως η πρώτη εμφάνιση της δύσπνοιας, γίνεται αμέσως μετά την οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού, στην οποία είναι επιρρεπείς οι άρρωστοι αυτοί. Η δύσπνοια μπορεί να εμφανισθεί κατά τη νύχτα. Όταν ο άρρωστος προσβληθεί από μικροβιακή λοίμωξη, η απλή χρόνια βρογχίτιδα μεταπίπτει σε βλεννοπυώδη. Τότε, ο άρρωστος βήχει και αποβάλλει πτύελα βλενώδη ή βλεννοπυώδη με ή χωρίς πυρετό.³⁶

Οι οξείες βρογχοπνευμονικές λοιμώξεις που οφείλονται συνήθως στον αιμόφιλο της ινφλουέντζας, τον πνευμονιόκκο και σε ιούς είναι πιο συχνές τους χειμερινούς μήνες. Οι οξείες αυτές λοιμώξεις δεν εκδηλώνονται πάντα με πυρετό, αλλά συνήθως με την αλλαγή της χροιάς του βήχα και την αλλαγή της συστάσεως των πτυέλων και σε βαριές περιπτώσεις με την εμφάνιση δύσπνοιας και κυανώσεως.³³ Οι χρόνιοι βρογχιτιδικοί, ιδίως κατά τις οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού, παρουσιάζουν συνήθως υποξυγοναιμία και συχνά υπερκαπνία.^{34,37}

6.4 Χρόνια ιγμορίτιδα

Η χρόνια ιγμορίτιδα είναι αυτή που δεν έχει ανταποκριθεί στην φαρμακευτική θεραπεία ή αυτή που έχει θεραπευτή με ανεπαρκή δοσολογία και διάρκεια χορήγησης των φαρμάκων αλλά σύντομα υποτροπιάζει. Σημαντικός παράγοντας χρονιότητας είναι η παρουσίαση αλλεργικής ρινίτιδας, η οποία δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες στο βλεννογόνο της μύτης και των ιγμορείων, ώστε να διαιωνίζεται η λοίμωξη.²⁷

6.4.α Αιτιολογικοί παράγοντες

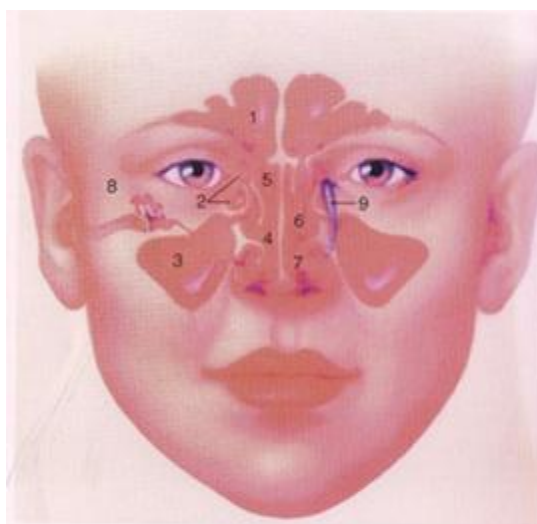
Στην χρόνια ιγμορίτιδα αναφέρεται κυρίως η παρουσία των αναερόβιων μικροβίων, που μπορεί να συνυπάρχουν με αερόβια. Από τα εξιδρώματα του ιγμορείου απομονώνονται είδη βακτηριοειδών, αναερόβιοι θετικοί κατά GRAM κόκκοι που είναι ευαίσθητοι στην πενικιλίνη.

Οι συχνότεροι μικροοργανισμοί που ανευρίσκονται στις χρόνιες ιγμορίτιδες των ενηλίκων είναι:

- Ο αιμόφιλος της ινφλουέντζας
- Οι αιμολυτικοί στρεπτόκοκκοι
- Ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος

Το συχνότερο αίτιο χρόνιας ιγμορίτιδας στα παιδιά είναι ο αιμόφιλος της ινφλουέντζας. Είναι δυνατόν όμως να εντοπιστούν και ιοί (αδενοοϊός, ρινοοϊός και ιός Α της ινφλουέντζας).

Στους ασθενείς με πρωτοπαθή ή με δευτεροπαθή ανοσοανεπάρκεια είναι δυνατόν να απομονωθούν μύκητες όπως ο *Mucor*, *Aspέργιλλος* και *Condida*.²⁸



1.Μετωπαίος κόλπος 2.Ηθμοειδείς κόλποι 3.Ιγμόρεια
4.Ρινική κοιλότητα 5.Άνω ρινική κόγχη 6.Μέση ρινική κόγχη
7. Κάτω ρινική κόγχη 8.Αυτί 9.Δακρυϊκός πόρος

6.4β Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα της χρόνιας ιγμορίτιδας εμφανίζονται ύπουλα ή απουσιάζουν. Ο ασθενείς παραπονείται για επίμονη ρινόρροια, ρινική απόφραξη, βλεννώδη ή πυώδη οπισθορρινική καταρροή, χρόνια βήχα, δύσσομη αναπνοή, δυσάρεστη γεύση, βράγχος φωνής που ποικίλλει κατά τις διάφορες ώρες της ημέρας.^{33,36}

Κατά τη ρινική εξέταση, στη ρινοσκόπηση ο βλεννογόνος έχει εικόνα χρόνιας ρινίτιδας. Κατά τη ρινοσκόπηση και φαρυγγοσκόπηση συνήθως παρατηρείται υπερτροφία των οπίσθιων λεμφοζιδίων και πυώδης οπισθορρινική καταρροή με κίτρινο, πράσινο ή καφέ χρώμα. Το πύον όμως μπορεί να είναι άοσμο, μπορεί όμως να είναι εντονότατα δύσσομο, πράγμα που σημαίνει την παρουσία αναερόβιων μικροβίων. Αν ο ασθενής αναφέρει την παρουσία πόνου, τούτο σημαίνει οξεία υποτροπή της ιγμορίτιδας. Αναζητούνται τα στίγματα αλλεργικής ρινίτιδας στη μύτη, στο πρόσωπο και στο στοματοφάρυγγα.³¹

6.5 Πνευμονικό εμφύσημα

Ως πνευμονικό εμφύσημα ορίζεται η παθολογική, μόνιμη αύξηση του μεγέθους των χώρων του πνεύμονα, πέρα από το τελικό βρογχιόλιο ή τα τελικά λοβίδια, και είναι συνέπεια διάτασης ή καταστροφής του τοιχώματος των χώρων αυτών. Ο ορισμός αυτός, που είναι γενικότερα αποδεκτός, υποδηλώνει μια παθολογοανατομική αλλοίωση της δομής του πνεύμονα, με μείωση της επιφάνειας ανταλλαγής αερίων.³⁷

Η μέτρηση του μεγέθους του αναπνευστικού χώρου, πέρα από το τελικό βρογχιόλιο, έγινε δυνατή, μόνο τα τελευταία χρόνια, αφού βρέθηκαν ικανοποιητικές μέθοδοι προετοιμασίας του παρασκευάσματος του πνεύμονα, σύμφωνα με τις οποίες ο πνεύμονας μετά την μονιμοποίηση διατηρεί όγκο ίσο περίπου προς τον όγκο εν ζωή. Βρέθηκε ότι, η φυσιολογική κυψελίδα του ενήλικα έχει μέση διάμετρο περίπου 250μ. η αύξηση της διαμέτρου των αεροχώρων άνω του 0,1cm δηλώνει εμφύσημα.^{28,33,37}

Το πνευμονικό εμφύσημα εξετάζεται από πολλούς, σε συνδυασμό με την χρόνια βρογχίτιδα και θεωρείται ως επιπλοκή της, αν και πολλοί χρόνια-βρογχιτικοί βρέθηκαν να μην έχουν καμία παθολογοανατομική αλλοίωση εμφυσήματος.³³

6.5.α Αιτιολογικοί παράγοντες

Η ακριβής αιτιολογία της νόσου δεν είναι γνωστή και πιθανόν να οφείλεται σε πολλαπλά αίτια. Μερικοί από τους κυριότερους παράγοντες οι οποίοι ευνοούν το εμφύσημα είναι οι εξής:

1. Κάπνισμα, αποτελεί το συχνότερο μονήρη παράγοντα εμφάνισης του εμφυσήματος αλλά ακόμα συνδράμει και με τους άλλους αιτιολογικούς παράγοντες στην επιβάρυνση της κατάστασης του ατόμου.
2. Λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, αποτελούν σοβαρό αιτιολογικό παράγοντα για την εμφάνιση εμφρακτικού εμφυσήματος. Οι λοιμώξεις αυτές με την έμφραξη των βρογχικών οδών ευνοούν, όχι μόνο την παραμονή στάσιμου αέρα στις εμφυσηματικές ζώνες που σχηματίζονται από την ρήξη των τοιχωμάτων πολλών κυψελίδων με τον σχηματισμό πιο πλατειών κοιλοτήτων, αλλά και την εξάπλωση αυτών των κοιλοτήτων.
3. Επάγγελμα, τα άτομα τα οποία εργάζονται σε βιομηχανικές μονάδες οι οποίες συνθέτουν ή επεξεργάζονται οποιαδήποτε μέταλλα διατρέχουν κίνδυνο δημιουργίας εμφυσήματος.
4. Κλίμα, το ψυχρό και κυρίως το υγρό κλίμα ευνοεί τα δημιουργία εμφυσήματος. Η ομίχλη διαμέσου των σταγονιδίων νερού, μεταφέρει σκόνες και ερεθιστικές ουσίες στο αναπνευστικό δένδρο.
5. Άλλοι παράγοντες, όπως, κοινωνικοί, ανατομικοί, γενετικοί, επίκτητοι ή ακόμα πολλές φορές και κληρονομικοί.^{34,35}

6.5.β Κλινική εικόνα

Στο ιστορικό αναφέρεται μακρά περίοδος δύσπνοιας μετά από κόπωση με ελάχιστο βήχα και μικρά μόνο ποσά βλενώδους απόχρεψης. Η δύσπνοια γίνεται αδυσώπητα προοδευτική με την πάροδο του χρόνου. Ο βήχας αυξάνεται και είναι συχνές οι λοιμώδεις εξάρσεις με βλεννοπυώδη πτύελα. Η σωματική διάπλαση είναι ασθενική με σημεία απώλειας βάρους. Ο ασθενής εμφανίζεται καταβεβλημένος με εμφανή χρήση των βοηθητικών μυών, οι οποίοι χρησιμεύουν για την ανύψωση του στέρνου προς τα εμπρός και άνω, σε κάθε εισπνοή, με σχετική παράταση της εκπνοής κι ενώ τα χείλη είναι συνεσπασμένα η εκπνοή αρχίζει θορυβοδώς. Όταν κάθονται, κλίνουν συχνά προς τα εμπρός, εκτείνοντας τους βραχίονες γύρω από το σώμα τους. Μπορεί

να υπάρχει διάταση των φλεβών του λαιμού στην εκπνοή, αλλά αυτές συμπίπτουν ταχέως με την εισπνοή.

Τα κατώτερα μεσοπλεύρια διαστήματα εμφανίζουν εισολκή σε κάθε εισπνοή, ενώ ψηλαφάτε μετακίνηση προς τα έσω του κατώτερου πλάγιου θωρακικού τοιχώματος.

Χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση του θώρακα, των αρρώστων με εμφύσημα, ο οποίος συχνά είναι μόνιμα διευρυμένος σε θέση εισπνοής.²⁸ Οι πλευρές οριζοντιώνονται και φέρονται προς τα πάνω, τα μεσοπλεύρια διαστήματα διευρύνονται, η προσθιοπίσθια διάμετρος αυξάνει, ενώ οι βοηθητικοί μύες της αναπνοής προέχουν.

Επικρουστικά αποδίδεται υπερηχηρός ήχος, ενώ στην ακρόαση υπάρχει μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος σε ασθενείς με υψηλής συχνότητας ρόγγους, προς το τέλος της εκπνοής.³¹ Η καρδιακή ώση, αν είναι ορατή, φαίνεται μόνο στην περιοχή της ξιφοειδούς υπόφυσης ή κάτω από αυτή. Συχνά ψηλαφάτε παρατεταμένη ώση της δεξιάς κοιλίας προς τα εμπρός και κάτω στην περιοχή κάτω από την ξιφοειδή υπόφυση. Συνήθως ακούγεται προσυστολικός καλπαστικός ρυθμός που επιτείνεται στην εισπνοή.

Μερικές φορές τα άτομα που πάσχουν από εμφύσημα παρουσιάζουν στα δάχτυλα των χεριών, μεγαλύτερο μήκος στις τελευταίες φάλαγγες σε σχέση με το υπόλοιπο του δακτύλου, λόγω της μειωμένης οξυγόνωσης του αίματος.

Ένα συνηθισμένο εύρημα είναι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Σε πολύ προχωρημένες και σοβαρές μορφές εμφυσήματος έχουμε εμφάνιση της κλινικής εικόνας της αναπνευστικής ανεπάρκειας με κύρια χαρακτηριστικά την εμφάνιση της χρόνιας πνευμονικής καρδιάς με πρώιμα συμπτώματα την κυάνωση και την δύσπνοια.^{34,37}

Κεφάλαιο 7^ο

7.1 Νοσήματα του νευρικού συστήματος

Παθήσεις του νευρικού συστήματος συμβαίνουν όταν μέρος του συστήματος καταστρέφεται ή βλάπτεται από κάποιο φυσικό αίτιο, π.χ. από κάποιο τραυματισμό ή από ένα όγκο. Αν και το κρανίο προστατεύει τον εγκέφαλο από εξωτερική βλάβη, ο εγκέφαλος μπορεί τελικά να υποστεί βλάβη λόγω της μεγάλης ανελαστικότητας του κρανίου. Μερικές φορές, τα περιφερειακά νεύρα που βγαίνουν από τα μεσοδιαστήματα ανάμεσα στους σπονδύλους συνθλίβονται εκεί όπου τα διαστήματα έχουν γίνει στενότερα από κάποια αίτια, ή όπου τα ίδια τα νεύρα παρουσιάζουν φλεγμονή. Η σύνθλιψη προκαλεί πόνο και μούδιασμα στις περιοχές του σώματος όπου κατανέμονται τα νεύρα που έχουν προσβληθεί ¹⁹

7.2 Ημικρανία

Η ημικρανία αποτελεί μια αρκετά συχνή, ειδική μορφή κεφαλαλγίας με σαφή διαφορετικά κλινικά συμπτώματα και σημεία από άλλες μορφές κεφαλαλγίας που χάρη σ' αυτά κατά τους ειδικούς μπορεί εύκολα να ταυτοποιηθεί και να διαφοροδιαγνωσθεί. Η ημικρανία βασικά θεωρείται σαν σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες έντονες κεφαλαλγίες οι οποίες συνήθως συνοδεύονται από ναυτία και φωτοφοβία και των οποίων μπορεί να προηγούνται εστιακά νευρολογικά συμπτώματα(αύρα). Η αύρα μπορεί να υφίσταται χωρίς την ύπαρξη κεφαλαλγίας. Οι κρίσεις αύρας χωρίς κεφαλαλγία παλαιότερα εθεωρούντο σαν ημικρανιακά ισοδύναμα.³⁸





Η ημικρανία είναι μια περιοδικά επαναλαμβανόμενη μέτρια έως έντονη κεφαλαλγία, που συνδυάζει συγμώδη πόνο, συνήθως στο μισό, αλλά είναι δυνατόν και σ' ολόκληρο το κεφάλι, που συνοδεύεται με γαστρεντερικές διαταραχές, υπερβολική ευαισθησία στα αισθητικά ερεθίσματα και περιορίζει την σωματική και πνευματική δραστηριότητα για όσο διαρκεί (4-72 ώρες), καθώς η οποιαδήποτε προσπάθεια επιδεινώνει τη συμπτωματολογία. Η ένταση του πόνου είναι ευθέως ανάλογη της

εντάσεως των συνοδών συμπτωμάτων, η κορύφωση του πόνου συμπίπτει με την μέγιστη ένταση των συνοδών συμπτωμάτων όταν συνυπάρχουν.^{39,40} Υπάρχουν περισσότερα από ένα είδη ημικρανίας και παίρνουν διάφορες μορφές σε διαφορετικές στιγμές.³⁸

7.2.α Αιτιολογική παράγοντες

Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία αιτιολογικών παραγόντων που έχουν αναφερθεί σαν ελκυστικοί της ημικρανίας. Παρακάτω αναφέρονται οι σημαντικότεροι ελκυστικοί παράγοντες της ημικρανίας:

- Συνήθεις παράγοντες 
1. άγχος και στεναχώρια
 2. έμμηνος ρύση
 3. αντισυλληπτικά από το στόμα
 4. έντονο ή εκτυφλωτικό φως
 5. φυσική άσκηση, κόπωση
 6. ελίζει ύπνου
 7. πείνα
 8. τραύμα κεφαλής
 9. τροφές και ποτά που περιέχουν νιτρικά, γλουταμίνη, αλάτι, ασπαρτάμη, τυραμίνη και άλλες άγνωστες προς το παρόν ουσίες.
 10. μεταβολές του καιρού ή της θερμοκρασίας

- Λιγότερο συνήθης παράγοντες 
1. υψηλή υγρασία
 2. υπερβολικός ύπνος
 3. μεγάλο υψόμετρο
 4. λήψη υπερβολικής ποσότητας βιταμίνης A
 5. φάρμακα
 6. κρύα τροφή
 7. έντονες οσμές
 8. αλλεργικές αντιδράσεις⁴⁰

7.2.β Συμπτώματα

Τα τρία κύρια συμπτώματα της ημικρανίας είναι, ο πονοκέφαλος, η ναυτία και ο εμετός και- στην κλασική ημικρανία- η αύρα δηλαδή οι οπτικές διαταραχές που προηγούνται της κρίσης. Να σημειώσουμε



πως η ημικρανία αποτελεί ένα «επεισοδιακό» ενόχλημα, πράγμα που σημαίνει πως έρχεται και φεύγει κατά διαλλείματα. Ανάμεσα σε δύο κρίσεις νιώθει κανείς φυσιολογικά και το γεγονός ότι, καμία φορά, υποφέρει από ημικρανία, δεν εμποδίζει το άτομο να ζήσει μια απόλυτα κανονική ζωή τον υπόλοιπο καιρό. Τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει το άτομο είναι τα ακόλουθα:

- Εμφάνιση φωτεινής κηλίδας
- Μούδιασμα
- Δυσκολίες στην ομιλία
- Διαταραχές της ακοής και της ισορροπίας
- Πονοκέφαλος
- Ναυτία και εμετός
- Χλωμή και αίσθημα κρύου
- Ευαισθησία κρανίου
- Κατακράτηση υγρών
- Πυρετός, ταχυκαρδία
- Αλλαγές στην διάθεση^{40,41}

7.3 Βαρηκοΐα

Η βαρηκοΐα, δεν αποτελεί ξεχωριστή νόσο, αλλά είναι σύμπτωμα διάφορων νόσων και παθήσεων του αυτιού, που όταν δεν παρέχεται μαζί με το αίτιο που την προκάλεσε γίνεται σοβαρή αναπηρία. Όταν μάλιστα η ακοή είναι απαραίτητο μέσο για την άσκηση του επαγγέλματος, τότε η μείωση ή η απώλεια της έχει βαρύτερες επιπτώσεις, πέρα από την κοινωνική ζωή του ατόμου που πάσχει.^{42,43}



Η βαρηκοΐα στην κάθε περίπτωση παρουσιάζει διαφορετικό βαθμό απώλειας της ακοής, διαφορετική μορφή ή τύπο και διαφορετική αιτία. Ο βαθμός της βαρηκοΐας μετράται σε decibel(dB), που λαμβάνεται ως η ελάχιστη διαφορά εντάσεως που απαιτείται για να γίνει αντιληπτός ο ήχος από το αυτί. Ως

ουδός της ακοής θεωρείται το μηδέν dB.⁴⁴ Με βάση αυτή την παράμετρο η βαρηκοΐα χαρακτηρίζεται χονδρικά με τις παρακάτω διαβαθμίσεις:

Ελαφρά βαρηκοΐα: ακουστική ικανότητα μεταξύ 40-60dB. Κατάσταση αρκετά ικανοποιητική για τις συνηθισμένες ανάγκες του ατόμου και όταν πάθηση είναι αμφίπλευρη.

Μέτρια βαρηκοΐα: ακουστική ικανότητα μεταξύ 40-60 dB. Όταν είναι ετερόπλευρη δεν δημιουργεί μεγάλο πρόβλημα, όταν όμως είναι αμφίπλευρη επηρεάζει σημαντικά την κοινωνική και ιδίως επαγγελματική ζωή του ατόμου.

Σημαντική βαρηκοΐα: ακουστική ικανότητα μεταξύ 40-80Db. Η κατάσταση αυτή προκαλεί σοβαρά προβλήματα. Όταν μάλιστα είναι αμφίπλευρη, η συνομιλία με τον πάσχοντα είναι πολύ δύσκολη και το άτομο θεωρείται κοινωνικά ανάπηρο.

Πρακτική κώφωση: ακουστική ικανότητα περισσότερο από 80dB. Όταν πρόκειται για αμφίπλευρη πάθηση το άτομο είναι τελείως κουφό, η συνομιλία με αυτό είναι αδύνατη και οι πάσχοντες ή μένουν απαθείς ή προσπαθούν να μαντεύσουν τις λέξεις από την κίνηση των χειλιών του συνομιλητή τους.^{45,46}

7.3.α Αίτια βαρηκοΐας

Τα αίτια είναι πολλά και ποικίλα, τόσο ώστε απλώνονται σε ολόκληρη την Ωτολογία, γιατί πολύ λίγες νόσοι και παθήσεις του αυτιού δεν προκαλούν διαταραχές της ακοής. Κατά συνέπεια, η ταξινόμηση των αιτιών της βαρηκοΐας ακολουθεί τη διαφοροποίηση της ως προς την εντόπιση της βλάβης, δηλαδή τους διάφορους τύπους της.⁴² Τα αίτια μπορεί να είναι τα εξής:

1. Διάφορα κωλύματα που φράσουν τον έξω ακουστικό πόρο, όπως:
 - Βύσμα κυψέλης(είναι μια φαιοκίτρινη μάζα που φράσει μερικός ή ολικός τον έξω ακουστικό πόρο)
 - Ξένα σώματα
 - Δοθίνες(σταφυλοκοκκική φλεγμονή του θυλάκου μιας τρίχας της χονδρικής μοίρας του έξω ακουστικού πόρου)
 - Διάχυτες φλεγμονές που προκαλούν οίδημα
 - Όγκοι
2. Διατρήσεις του τυμπανικού υμένα, γίνονται συνήθως από υπερπλήρωση του μέσου ωτός με πύον και άλλα εκκρίματα ή σπανιότερα από τραύματα.^{43,46}
3. Οξείες και χρόνιες φλεγμονές του μέσου ωτός, που με τη συλλογή των διαφόρων εκκρίσεων τους γεμίζουν το κοίλο του τυμπάνου, προκαλώντας έτσι δυσλειτουργία του συστήματος αγωγής του ήχου.
 - Οξεία μέση πυώδης ωτίτιδα
 - Χρόνια μέση πυώδης ωτίτιδα
 - Εκκριτική μέση ωτίτιδα
4. Μόνιμες βλάβες των ακουστικών οσταρίων
5. Δυσλειτουργίες της ευσταχιανής σάλπιγγας
6. Συγγενείς ανωμαλίες του έξω και μέσου ωτός
7. Ωτοσκλήρυνση^{43,44,45}

7.4 Επιληψία

Είναι η κατάσταση παρατεταμένων σπασμών, όπου συμβαίνουν δύο ή περισσότεροι μεγάλοι παροξυσμοί σπασμών, χωρίς επάνοδο της συνείδησης ανάμεσα σε αυτούς. Είναι συλλογικός χαρακτήρας για μία ομάδα χρόνιων παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος που έχουν κοινό γνώρισμα την εμφάνιση ξαφνικών και παροδικών επεισοδίων. Συμβαίνει σε πάνω από το 50% των περιπτώσεων όγκου, αγγειακών παθήσεων, λοιμώξεων και τραυμάτων του εγκεφάλου. Σε περιπτώσεις άγνωστης αιτιολογίας, πρέπει να ερευνάται για μεταβολικές αιτίες όπως: υπογλυκαιμία, υπονατρία, ηπατική δυσλειτουργία .^{47,48}

7.4.α Αίτια επιληπτικών κρίσεων

Οι αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν επιληπτική κρίση είναι ποικίλες.

- Συγγενείς ανωμαλίες
- Τραύματα κατά τον τοκετό
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Όγκοι εγκεφάλου
- Αγγειακές βλάβες
- Φλεγμονώδεις παθήσεις
- Μεταβολικά και ενδοκρινικά νοσήματα⁴⁹



7.4.β Κλινική εικόνα

Σε μεγάλη επιληπτική κρίση υπάρχουν τα εξής συμπτώματα:

1. Αιφνίδια απώλεια της συνείδησης
2. Ωχρότητα του προσώπου και κυάνωση
3. Κραυγή λόγου σπασμού των μυών του θώρακος και του λάρυγγα
4. Δάγκωμα της γλώσσας λόγω συσπάσεως των μασητήρων⁴⁷

Η διάρκεια της παραπάνω φάσης κυμαίνεται 30'' και 1'. Ακολουθεί η φάση των κλονικών σπασμών η οποία χαρακτηρίζεται από:

1. Βαθιές εισπνοές, άφθονη εφίδρωση, απώλεια ούρων
2. Έντονος σπασμός σε ολόκληρο το σώμα
3. Έξοδος αφρού από το στόμα^{47, 48, 49}

Κεφάλαιο 8^ο

8.1 Νοσήματα του πεπτικού συστήματος

Το γαστρεντερικό σύστημα αποτελείται από το γαστρεντερικό σωλήνα και τους αδένες που συνοδεύονται με αυτόν. Ο γαστρεντερικός σωλήνας αρχίζει από το στόμα και τελειώνει στο πρωκτό. Οι αδένες που συνδέονται με τον γαστρεντερικό σωλήνα και με την λειτουργία της πέψεως είναι το ήπαρ και το πάγκρεας.

Το πρώτο τμήμα του σωλήνα είναι το στόμα όπου τεμαχίζεται η τροφή και ακολουθεί η κατάποση στο δεύτερο τμήμα του γαστρικού σωλήνα όπου καλείται οισοφάγος. Έπειτα περνάει στο στομάχι όπου γίνεται η χημική διάσπαση των τροφών και φτάνουν στο τέταρτο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα που ονομάζεται λεπτό έντερο και είναι μακρύ και πολυέλικτο. Αφού γίνει απορρόφηση των περισσότερων θρεπτικών ουσιών από το λεπτό έντερο ακολουθεί το τελευταίο τμήμα του εντερικού σωλήνα, το παχύ έντερο. Στο τμήμα αυτό γίνεται απορρόφηση νερού από άπεπτες και δύσπεπτες τροφές, με αποτέλεσμα τον σχηματισμό κοπράνων. Τα κόπρανα αποθηκεύονται στο τελευταίο τμήμα του παχέος εντέρου που ονομάζεται απευθυσμένο κα μετά από κάποιο χρονικό διάστημα αποβάλλονται από ένα άλλο μυϊκό δακτύλιο που ονομάζεται πρωκτός.

Οι περισσότερες διαταραχές του γαστρεντερικού σωλήνα επηρεάζουν μια ορισμένη μόνο περιοχή. Μερικές όμως πεπτικές διαταραχές είναι πιο εκτεταμένες και επηρεάζουν δύο ή περισσότερα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα.¹⁹

8.2 Έλκος

Έλκος ονομάζεται η περίγραπτη απώλεια ιστού που αφορά το βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο και το μυϊκό χιτώνα που παρουσιάζεται σε περιοχές, οι οποίες βρίσκονται σε επαφή με τη γαστρική έκκριση. Παρουσιάζεται κυρίως στο στομάχο και το βολβό του δωδεκαδακτύλου, σπανιότερα στο κάτω τμήμα του οισοφάγου, το υπόλοιπο έντερο κοντά στη γαστροεντεροαναστόμωση ή στο μεκκέλειο



Γαστροσκόπηση στην οποία

φαίνεται έλκος στομάχου

Εκκόλπωμα.²⁴ Τα έλκη του στομάχου και του βολβού εξετάζονται από κοινού αν και διαφέρουν από πολλές απόψεις. Αν και μερικές φορές τα έλκη είναι οξέα και επουλώνονται πολύ γρήγορα, το χαρακτηριστικό τους είναι η χρονιότητα. Το έλκος είναι αρκετά συχνό. Η συχνότητα του έλκους στους άνδρες ηλικίας 45-55 ετών υπολογίζεται σε 10%. Στις γυναίκες είναι γενικά σπανιότερο, ενώ μετά την εμμηνόπαυση η συχνότητα φθάνει τα 6%. Από έλκος βολβού του δωδεκαδακτύλου προσβάλλονται άτομα κάθε τάξης, με μεγαλύτερη όμως συχνότητα άτομα που ανήκουν σε ορισμένα επαγγέλματα, όπως γιατροί. Η κληρονομικότητα ασφαλώς ασκεί επίδραση καθώς το έλκος εμφανίζεται σε 2-3πλάσια συχνότητα σε συγγενείς ελκοπαθείς απ' ότι σε μη ελκοπαθείς.^{31,50}

8.2.α Αιτιολογία

Τα αίτια της νόσου είναι άγνωστα. Μπορούμε όμως να πούμε ότι οφείλεται σε πολλές θεωρίες όπως:

1. Η νευρική, όσο αφορά την ιδιοσυγκρασία και την ιδιαίτερη ευαισθησία του φυτικού νευρικού συστήματος
2. Η χημική, όσο αφορά την αύξηση της έκκρισης του στομάχου και ελάττωση της αντοχής του βλεννογόνου.
3. Η αγγειακή, όταν παρουσιάζει δηλαδή εμβοές και θρομβώσεις των αγγείων του βλεννογόνου
4. Η ορμονική όσο αφορά την υπερέκκριση του φλοιού των επινεφριδίων και άλλων ορμονών
5. Η τραυματική, όταν δημιουργούνται τραυματισμοί από διάφορες τροφές.⁵¹

Υπάρχουν όμως και διάφοροι παράγοντες και καταστάσεις που συνοδεύουν συχνά το πεπτικό έλκος και είναι:

1. Η κληρονομικότητα αφού παρατηρείται σε μέλη της ίδιας οικογένειας.
2. Οι χρόνιες φλεγμονές του στόματος ή των δοντιών κλπ.
3. Το κάπνισμα
4. Το επάγγελμα με έντονη απασχόληση
5. Η διατροφή με πολύ κρέας και καρυκεύματα
6. Οι σωματικές και ψυχικές καταπονήσεις
7. Η ομάδα αίματος O²⁴

8.2.β Κλινική εικόνα

Τα κύρια συμπτώματα της νόσου είναι κοινά, ανεξάρτητα αν η εντόπιση της είναι στο στομάχι ή στο 12δάκτυλο. Εμφανίζονται περιοδικά (φθινόπωρο-άνοιξη) διάρκειας 10-20 ημερών και είναι ως εξής:

1. Πόνος, είναι το χαρακτηριστικότερο σύμπτωμα
2. Καύσος, όξινες ερυγές, αυτά συνοδεύουν πολλές φορές τον πόνο, ιδίως στο 12δάκτυλο, έλκος
3. Εμετοί, σιολόρροια, αυτά ανακουφίζουν τον άρρωστο απ' τον πόνο και γι' αυτό προκαλούνται απ' τον ίδιο με αποτέλεσμα την απώλεια βάρους
4. Γαστρορραγία, το αίμα αποβάλλεται απ' το στόμα ή με τα κόπρανα
5. Μετεωρισμός και δυσκοιλιότητα^{24,50,51}

8.3 Κολίτιδα

Ως κολίτιδα χαρακτηρίζεται μια χρόνια παθολογική κατάσταση κατά την οποία νωπές περιοχές φλεγμονής, που ονομάζονται έλκη, αναπτύσσονται σε διάφορα σημεία του εσωτερικού τοιχώματος του παχέος εντέρου. Αυτά τα έλκη μπορεί να αρχίζουν από τον ορθό και τότε η διαταραχή ονομάζεται πρωκτίτιδα και σταδιακά να επεκτείνονται προς τα πάνω, προς το υπόλοιπο παχύ έντερο. Σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί να προσβληθεί τελικά ολόκληρο το παχύ έντερο. Δεν είναι γνωστό για πιο λόγο ορισμένα άτομα είναι πιο επιρρεπή απ' τα άλλα σ' αυτήν τη νόσο.^{19,31}

8.3.a Αιτιολογία

Η αιτιολογία της κολίτιδας παραμένει άγνωστη και φαίνεται μάλλον απίθανο ότι ένα και μοναδικό αίτιο ευθύνεται, για μια τόσο ποικιλόμορφη παθολογική διεργασία. Για την αιτιολογία έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες οι οποίοι δεν φαίνεται να ικανοποιούν πλήρως.

- Κληρονομικοί παράγοντες
 - a. αυξημένη συχνότητα στους συγγενείς των πασχόντων και μεταξύ μονο-ωογενών διδύμων
 - b. συσχέτιση με σύνδρομα που έχουν γενετικό υπόβαθρο
 - c. ύπαρξη γενετικών δεικτών⁵²
- Ηλικία και φύλλο
- Λοιμώδη αίτια
- Ανοσοβιολογικοί παράγοντες
- Ψυχολογικοί παράγοντες
- Διαιτητικοί παράγοντες
- Κάπνισμα
- Αντισυλληπτικά δισκία
- Προϊόντα μεταβολισμού^{52,53}

8.3.β Κλινική εικόνα

1. Αιμορραγία, το αίμα είναι συνήθως αναμεμιγμένο με κοπρανώδη στοιχεία. Σε βαριές μορφές της νόσου το εντερικό περιεχόμενο παίρνει βυσσινί χρώμα και η σύσταση του είναι κρεμώδης λόγω της αναμίξεως του αίματος με πύον, βλέννη και κόπρανα. Σπανίως παρατηρείται ραγδαία αιμορραγία που απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.^{31,50}
2. Διάρροια. Οι περισσότεροι ασθενείς με κολίτιδα παρουσιάζουν 5-10 ρευστές κενώσεις την ημέρα καθώς και νυχτερινή διάρροια. Χαρακτηριστικός παρατηρείται διαρροϊκή κένωση αμέσως μετά τα γεύματα. Η ανάγκη για κένωση είναι επίμονη έτσι που ο άρρωστος φοβάται να απομακρυνθεί από το σπίτι του. Συχνά παρατηρείται πλήρης ακράτεια κοπράνων.
3. Κοιλιακός πόνος, δεν παρατηρείται ισχυρός κοιλιακός πόνος παρά μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις κεραυνοβόλου μορφής της νόσου που επιπλέκεται από διάτρηση του παχέος εντέρου. Στις συνήθεις μορφές της νόσου παρατηρείται ήπιος κοιλιακός πόνος ιδίως στο υπογάστριο που υφίεται με την κένωση. Ο πόνος αποδίδεται στην διάταση του εντερικού αυλού.^{52,53}

8.4 Γαστρίτιδα

Είναι φλεγμονή του βλεννογόνου της επενδύσεως που καλύπτει το εσωτερικό του στομάχου. Προκαλείται μερικές φορές, από ιογενείς λοιμώξεις ή μπορεί να αποτελεί παρενέργεια ορισμένων φαρμάκων, όπως η ασπιρίνη και άλλα αντιρρευματικά φάρμακα. Τις περισσότερες όμως φορές είναι αποτέλεσμα μεγάλης καταναλώσεως οινοπνεύματος, υπερβολικού καπνίσματος, υπερβολικού φαγητού ή φαγητού «ακατάλληλο» για τον άρρωστο.⁵³

Ουσιαστικά δεν υφίσταται φόβος μακροπρόθεσμης διαταραχής της υγείας από την περιστασιακή εμφάνιση κρίσεων γαστρίτιδας. Αν όμως παρουσιάζονται συχνά βαριές

κρίσεις γαστρίτιδας – με πόνοι και εμετούς που διαρκούν πάνω από 24 ώρες – τότε αυξάνεται ο κίνδυνος να υποστεί βλάβη ο βλεννογόνος του στομάχου και να αναπτυχθεί μια κατάσταση που ονομάζεται διαβρωτική γαστρίτιδα.

Αναλυτικότερα η γαστρίτιδα εμφανίζεται με την οξεία και τη χρόνια μορφή.^{33,35,51}

8.4.α Οξεία γαστρίτιδα

Στην οξεία γαστρίτιδα εμφανίζεται υπεραιμία και οίδημα του βλεννογόνου και όχι σπάνια, αλλοίωση των επιθηλιακών κυττάρων, που μπορεί να φτάσει τη μορφή της εκτεταμένης διαβρώσεως. Σαν αίτια της φλεγμονής αυτής αναφέρονται τα οινόπνευματώδη ποτά, οι τροφικές δηλητηριάσεις, ως και δηλητηριάσεις με βαριά μέταλλα, όπως ο υδράργυρος, ο μόλυβδος, ο χαλκός κ.α., φάρμακα διάφορα, όπως ασπιρίνη, αντιπυρετικά, αναλγητικά, αντιφλεγμονώδη, δύσπεπτες τροφές, που ερεθίζουν το βλεννογόνο του στομάχου και προκαλούν γαστρίτιδα εξαιτίας της υπερεκκρίσεως υδροχλωρικού οξέος.³⁴ Ακόμη μικρόβια και τοξίνες μικροβίων και τέλος, μηχανικοί ή χημικοί παράγοντες, όπως τα συντηρητικά τροφών κ.λπ. μπορούν να προκαλέσουν γαστρίτιδα.

Τα συμπτώματα της οξείας γαστρίτιδας είναι ανορεξία, απέχθεια προς το φαγητό, βάρος στο στομάχι, πόνος και τάση για εμετό.³¹

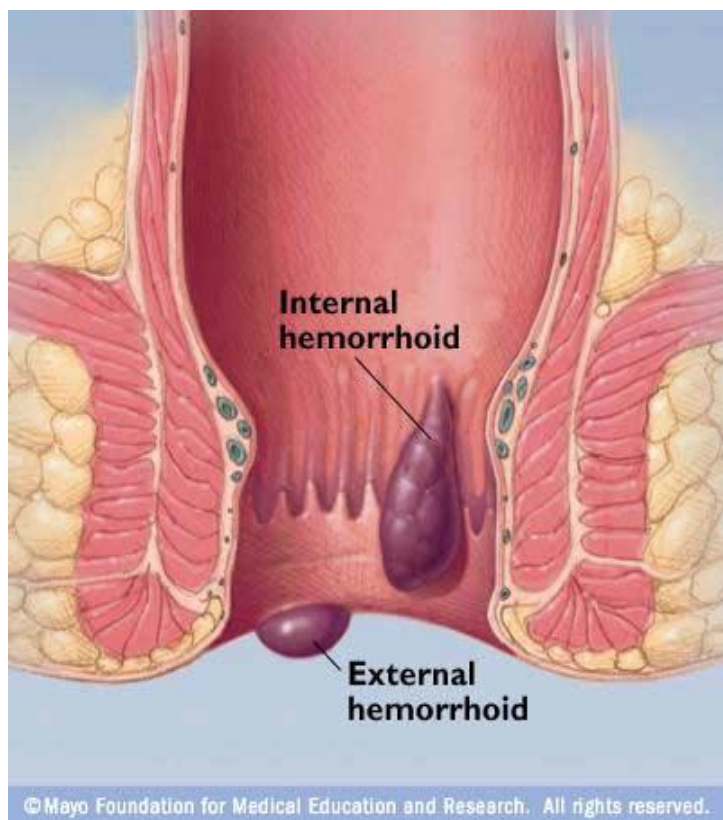
8.4.β Χρόνια γαστρίτιδα

Στη χρόνια γαστρίτιδα διακρίνουμε δύο μορφές: την υπερτροφική, που έχουμε πάχυνση των πτυχών του βλεννογόνου και την ατροφική, στην οποία οι πτυχές είναι ατροφικές. Σαν αιτιολογία της χρόνιας γαστρίτιδας αναφέρεται η προδιάθεση του ατόμου, η κακή μάσηση των τροφών, αταξία στις ώρες του φαγητού, η κατάχρηση οινόπνευματωδών ποτών και καπνού.

Τα συμπτώματα είναι επιγαστρικός πόνος που αντανακλά στη μέση, όξινες ερυγές, οπισθοστερνικός καύσωνας, μετεωρισμός της κοιλιάς, δυσκοιλιότητα, λείπει όμως η περιοδικότητα των ενοχλημάτων, που είναι κλασική για το έλκος.^{33,50,53}

8.5 Αιμορροΐδες

Οι κίρσοειδείς διευρύνσεις των φλεβών του δακτυλίου και της πάνω απ' αυτόν μοίρας του απευθυσμένου, ονομάζονται αιμορροΐδες. Οι κίρσοι λοιπόν του πρωκτού καλούνται αιμορροΐδες, οι οποίες εμφανίζονται κυρίως μεταξύ του 30^{ου} και 40^{ου}



έτους της ηλικίας. Τα καθιστικά επαγγέλματα, η δυσκοιλιότητα, η κύηση, οι παθήσεις του ήπατος (κίρρωση) ευνοούν την εμφάνισή τους, γιατί στις παραπάνω καταστάσεις εξαιτίας της πίεσης της πυέλου πάνω στις φλέβες, δημιουργείται δυσκολία στη φλεβική κυκλοφορία, κυρίως στην επιστροφή του αίματος από το περίνεο.^{31,51}

Στο μηχανικό όμως παράγοντα της δύσκολης

φλεβικής κυκλοφορίας προστίθεται και η αλλοίωση του τοιχώματος της φλέβας, που οφείλεται σε τοπική φλεγμονή γενικότερα ή σε σύνδρομο που χαρακτηρίζει πραγματικό «κίρσικό έδαφος» όπως συμβαίνει στους παχύσαρκους, τους αρθρικούς κ.α. Οι αλλοιώσεις των αγγείων είναι μικρές σφαιροειδείς ή ατρακτοειδείς ή οφιοειδείς διατάσεις των μικρών φλεβικών κλάδων του πρωκτού ή του απευθυσμένου.⁵³

Οι μικρές φλεβικές διαστολές αυξάνουν σε όγκο, συνενώνονται μεταξύ τους σε μικρές μάζες και σχηματίζουν τις λεγόμενες εσωτερικές αιμορροΐδες. Από το σημείο αυτό, αν οι φλεβικές αλλοιώσεις προχωρήσουν προς τα κάτω, με κατεύθυνση τους αρχικούς κλάδους της κάτω αιμορροϊδικής φλέβας, σχηματίζονται οι εξωτερικές αιμορροΐδες. Οι φλεβικές διευρύνσεις βρίσκονται μέσα στον υποβλεννογόνιο χιτώνα και αφήνουν ανέπαφο το μυϊκό.²⁴

8.5.a Συμπτώματα

Όσοι υποφέρουν από αιμορροΐδες, παρουσιάζουν δυσκολία κενώσεων, αίσθημα βάρους στο δακτύλιο, πολλές φορές κνησμό και καύσιμα, χαρακτηριστική αιμορραγία που ακολουθεί την κένωση, ορατούς έξω από τον πρωκτό ή ψηλαφητούς μέσα στο ορθό αιμορροϊδικούς όζους, και τέλος ανώμαλο ψυχισμό (επειδή απασχολούνται διαρκώς γύρω από την αφόδευση).³⁶ Η αιμορραγία είναι το πρώτο σύμπτωμα στις περισσότερες από τις περιπτώσεις. Έρχεται στο τέλος της αφοδεύσεως και το αίμα είναι ζωηρού ερυθρού χρώματος και εμφανίζεται κατά την αφόδευση. Γίνεται αντιληπτό ως γραμμώσεις στο χαρτί τουαλέτας ή στα κόπρανα ή για ένα περίπου λεπτό μπορεί να τρέχει κανονικά απ' τον πρωκτό.⁵¹ Οι αιμορροΐδες που παθαίνουν πρόπτωση προκαλούν αποβολή βλέννας και φαγούρα γύρω από το δακτύλιο του πρωκτού. Ακόμα, στις σοβαρές περιπτώσεις, οι αιμορροΐδες που έχουν εμφανίσει πρόπτωση μπορεί μερικές φορές να αιμορραγούν αυτομάτως ακόμα και όταν δεν καταβάλλεται προσπάθεια αφοδεύσεως. Αν εμφανισθεί θρόμβωση, μπορεί να εμφανιστεί έντονος πόνος. Οι μικρές και συχνές αιμορραγίες στις αιμορροΐδες προκαλούν την εμφάνιση χρόνιας μεθαιμορραγικής αναιμίας.^{19,24}

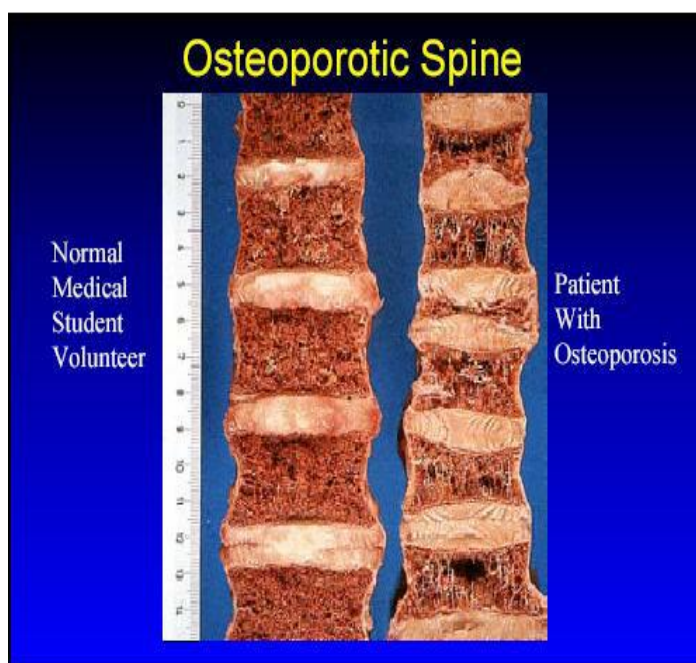
Κεφάλαιο 9^ο

9.1 Νοσήματα μυοσκελετικού

Τα οστά που σχηματίζουν το σκελετό είναι δραστήριοι, ζωντανοί ιστοί. Αποτελούνται από πολλούς διαφορετικούς τύπους κυττάρων που είναι ενσωματωμένα σε μια σκληρή βασική ουσία από ασβέστιο και άλλες πρωτεΐνες. Τα κύτταρα καταστρέφουν αδιάκοπα το γερασμένο μέρος των οστών και το αντικαθιστούν με νέο υλικό, έτσι ώστε ο σκελετός να ανανεώνεται βαθμιαία αλλά συνεχώς. Αν το σύστημα αυτό δεν λειτουργεί καλά, προκύπτουν μία ή περισσότερες από τις παθήσεις των οστών. Μέσα σε μερικά οστά υπάρχουν χώροι που περιέχουν μυελό των οστών, ένα ιστό που παράγει πολλά από τα κύτταρα του αίματος.¹⁹

9.2 Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση είναι μια συστηματική σκελετική πάθηση που επιταχύνει την φυσική απώλεια της οστικής μάζας που συνοδεύει την ηλικία, αλλοιώνει την μικρό αρχιτεκτονική δομή του οστού μέχρις ότου ο σκελετός γίνει τόσο πορώδης και εύθραυστος, ώστε τα οστά να παθαίνουν κατάγματα και από το παραμικρό ζόρισμα, π.χ. το να σηκώσει κανείς ένα βαρύ αντικείμενο ή να πάθουν τα οστά αυτόματα κατάγματα χωρίς να υπάρχει εξωτερικό ζόρισμα και τραυματισμός. Προξενεί την άσχημη και συχνά οδυνηρή «καμπούρα της γηραιάς κυρίας» που εμφανίζεται σε πολλές ηλικιωμένες γυναίκες.



Οι νωτιαίοι σπόνδυλοι συμπιέτουν μεταξύ τους και δημιουργούν αυτό που λέμε κάταγμα σύνθλιψης, πράγμα που μπορεί να προκαλέσει στα θύματα του το σταμάτημα της αύξησης και το χάσιμο εκατοστών από του ύψος τους. Ακόμη πιο

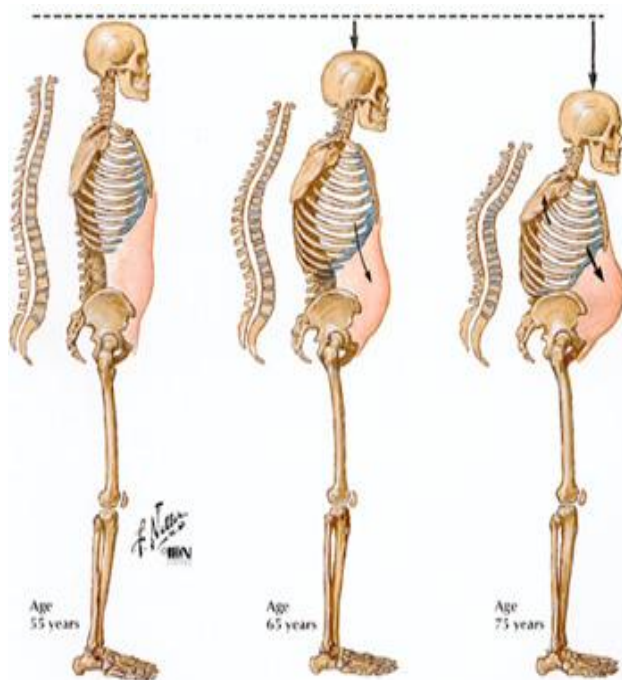
πολύ σοβαρά η οστεοπόρωση είναι η κύρια αιτία των καταγμάτων του ισχίου στους ηλικιωμένους.^{54,55}

9.2.α Τύποι Οστεοπόρωσης

- Τύπος I

Η οστεοπόρωση τύπου I παρουσιάζονται σε σχετικά νέες γυναίκες στα πρώτα δέκα πέντε χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. Η οστεοπόρωση τύπου I προσβάλλει κυρίως τα σπογγώδη οστά σπουδαιότερα από τα οποία είναι τα σπονδυλικά σώματα και το περιφερικό άκρο της κερκίδας. Ο οστεοπορωτικός σπόνδυλος χαρακτηρίζεται από σημαντική αραίωση των οστεοδοκιδών, ειδικότερα των οριζοντίων. Περιοχές του σπόνδυλου ερημώνονται κυριολεκτικά από οστό, ενώ αντίθετα άλλες οστεοδοκίδες υπερτρέφονται αντιροπιστικά.

Αποτέλεσμα της οστικής απώλειας των σπόνδυλων είναι η εμφάνιση των σπονδυλικών καταγμάτων, η έντονη ραχιαλγία και η προοδευτική απώλεια



αναστήματος που συνοδεύεται από κύφωση. Η απώλεια του αναστήματος αποτελεί ένα σύνηθες φαινόμενο στα οστεοπορωτικά άτομα. Επίσης η κύφωση της θωρακικής μοίρας συνοδεύεται από αντισταθμιστική λόρδωση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, με χαρακτηριστική προβολή και ανύψωση της κοιλίας.

Αν και η απώλεια αναστήματος δεν θεωρείται σαν αποδεικτικό στοιχείο

της οστεοπόρωσης, το ποσοστό του 20% του γυναικείου πληθυσμού είναι αντίστοιχο της αναφερόμενης εγκατεστημένης οστεοπόρωσης. Η κύφωση που οφείλεται στην οστεοπόρωση είναι αποτέλεσμα της σφηνοειδής παραμόρφωσης των ανώτερων θωρακικών σπόνδυλων και μπορεί να προκαλέσει καρδιακή και αναπνευστική δυσλειτουργία. Όταν η απώλεια του αναστήματος είναι πέρα των σαράντα

εκατοστών, δημιουργούνται σοβαρές κινησιολογικές διαταραχές του οστεοπορωτικού ατόμου. Ο αυχένας βρίσκεται σε υποχρεωτική υπερλόρδωση ή σε ακραίες καταστάσεις είναι αδύνατον η κεφαλή να σταθεί όρθια.

Τα ισχία και τα γόνατα παραμένουν σε συγκάμψι, ενώ τα άκρα φαίνονται αφύσικα μακρά. Σε ορισμένες δερματικές Περιοχές όπως αγκώνες και πλευρά μπορεί να δημιουργηθεί ελαφρά κατάκλιση. Τα κατάγματα του κάτω άκρου της κερκίδας είναι επίσης πολύ συχνά στις γυναίκες. Γενικά το κάταγμα του κάτω άκρου της κερκίδας είναι χαρακτηριστικό της μετεμηνόπαυσιακή οστεοπόρωσης και η επισύμβαση του μέσα στην πρώτη δεκαπενταετία από την εμμηνόπαυση θέτει σαφώς την υποψία οστεοπόρωσης τύπου I. Ακόμα το κάταγμα τύπου Colles προκαλεί συχνά ενοχλητικές αναπηρικές καταστάσεις αλλά και δυσμορφίες.

- **Τύπος II**

Η οστεοπόρωση τύπου II παρουσιάζεται σε ηλικιωμένους (μετά τα εβδομήντα έτη) και των δυο φύλων, με υπεροχή όμως των γυναικών τρία προς ένα (3/1) σε σχέση με τους άντρες. Προσβάλλει κυρίως τα φλοιώδη οστά και χαρακτηρίζεται από κατάγματα του περιφερικού σκελετού συχνότερα του άνω άκρου του μηριαίου οστού. Τα κατάγματα αποτελούν μια βασική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας της τρίτης ηλικίας.^{55,56}

9.2.β Παθογένεια της οστεοπόρωσης

Οι σύγχρονες απόψεις για τους παθογενετικούς μηχανισμούς της οστικής απώλειας συνοψίζονται στις ακόλουθες θεωρίες:

- Ο κυρίαρχος μηχανισμός είναι η πρωτοπαθής έλλειψη ασβεστίου είτε γιατί ελαττώνεται η εντερική απορρόφηση είτε γιατί διαταράσσεται ο μεταβολισμός της βιταμίνης D. Αυτό οδηγεί σε δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό και οστική απώλεια.
- Η οιστρογονική ανεπάρκεια, είναι η μόνη αιτία οστικής απώλειας. Εδώ απελευθερώνονται ασβέστιο από την δράση των οστεοκλαστών και προκαλείται ελάττωση της εκκρίσεως της παραθορμόνης και ακολούθως αναστέλλεται δευτερογενώς η εντερική απορρόφηση ασβεστίου.
- Η αιτία της οστεοπόρωσης είναι η αυξημένη ευαισθησία του οστού σε φυσιολογικά ή ελαττωμένα επίπεδα παραθορμόνης, τα οποία δρουν ελεύθερα όταν δεν υπάρχει ανταγωνιστική δράση των οιστρογόνων.^{54,55,56}

9.3 Οστεοαρθρίτιδα

Είναι μια ασθένεια που έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή του αρθρικού χόνδρου ενός ιστού που καλύπτει και προστατεύει τις αρθρικές επιφάνειες των οστών. Οποιαδήποτε άρθρωση μπορεί να εμφανίσει οστεοαρθρίτιδα αλλά η άρθρωση του γόνατος είναι ιδιαίτερα επιρρεπής διότι είναι μια άρθρωση που δέχεται υψηλά φορτία και υπόκεινται καθημερινά σε

δυνάμεις τριβής, καθώς επίσης και σε ξαφνικούς τραυματισμούς. Σε ανθρώπους όπου υπάρχει γενετική προδιάθεση ανάπτυξης της ασθένειας, η οστεοαρθρίτιδα του γόνατος μπορεί να προκληθεί με την απλή πάροδο της ηλικίας ή κατόπιν ενός απλού τραυματισμού που είχε συμβεί πολλά χρόνια πριν.⁵⁷ Αν και



συχνά προσβάλλει πολλές αρθρώσεις, η οστεοαρθρίτιδα σπάνια είναι αρκετά βαριά, ώστε να προκαλέσει ταυτόχρονα συμπτώματα από περισσότερες από μια ή δύο αρθρώσεις. Σε λίγες περιπτώσεις, ο πόνος, που αρχίζει σαν μια μικρή δυσφορία, μπορεί σιγά – σιγά να γίνει αρκετά έντονος ώστε να διαταράσσει τον ύπνο και να δυσκολεύει την καθημερινή ζωή. Τελικά, η άρθρωση εκφυλίζεται και καθώς γίνεται δύσκαμπτη μπορεί να παύσει να πονά τόσο πολύ.

Ο βαθμός διογκώσεως της πάσχουσας άρθρωσης ποικίλλει. Η διογκωση μπορεί μόλις να διακρίνεται ή η άρθρωση να παρουσιάσει μεγάλη παραμόρφωση και διογκωση. Ο ίδιος ό πόνος μάλιστα συχνά είναι παραπλανητικός, αφού μπορεί να εστιάζεται απευθείας στην περιοχή της άρθρωσης ή μπορεί να «μεταδίδεται» με τέτοιο τρόπο, ώστε να φαίνεται σαν να προέρχεται από άλλα μέρη του σώματος. Για παράδειγμα, η οστεοαρθρίτιδα του ισχίου προκαλεί μερικές φορές πόνο πιο έντονο στο γόνατο.^{57,58}

Η οστεοαρθρίτιδα είναι η πιο συχνή πάθηση τω αρθρώσεων, κυρίως επειδή αποτελεί φυσιολογικό μέρος της διαδικασίας της γηράνσεως. Κάποιο βαθμό οστεοαρθρίτιδας σε μία ή περισσότερες αρθρώσεις παρουσιάζουν 9 στους 10 ανθρώπους που έχουν περάσει την ηλικία των 40 ετών. Σπάνια, όμως, η πάθηση εξελίσσεται σε σοβαρό

πρόβλημα και σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις δε δημιουργεί κινδύνους που να απειλούν τη ζωή.⁵⁸

9.3.α Αιτιολογία

Στην ανάπτυξη της οστεοαρθρίτιδας συμβάλλουν πολλοί παράγοντες όπως,

1. γενετική προδιάθεση
2. μεταβολικές και ορμονικές επιδράσεις
3. αθλητικές δραστηριότητες ή εργασιακή απασχόληση
4. προϋπάρχουσα πάθηση της άρθρωσης
5. παχυσαρκία
6. ειδικές αλλοιώσεις του χόνδρου^{57,58}



9.3.β Κλινική εικόνα

Τα άτομα μπορούν να παρουσιάζουν τα ακόλουθα συμπτώματα:

1. πόνο
2. δυσκαμψία
3. παραμόρφωση της άρθρωσης
4. διόγκωση της άρθρωσης
5. δυσλειτουργία
6. οίδημα της άρθρωσης

9.3.γ Τύποι οστεοαρθρίτιδας

Υπάρχουν δύο τύποι οστεοαρθρίτιδας,

1. Περιορισμένου τύπου εκφύλιση, προϊόν φθοράς από το χρόνο που παρουσιάζεται κυρίως, μακριά από φορτιζόμενες επιφάνειες.
2. Επιδεινούμενη εκφύλιση και καταστροφή του αρθρικού χόνδρου σε φορτιζόμενες κυρίως επιφάνειες, που συσχετίζονται με συμπτωματική οστεοαρθρίτιδα.⁵⁸

9.4 Οσφυαλγία

Ως οσφυαλγία χαρακτηρίζεται κάθε άλγος στην όσφυ ανεξάρτητα από την αιτία που το προκαλεί. Αρκετά συχνά το άλγος αυτό επεκτείνεται στους γλουτούς και στα κάτω άκρα σε διάφορη έκταση και με ποικίλη κατανομή από τυπική ισχιαλγία του ενός κατά κανόνα σκέλους, που είναι το άλγος κατά μήκος του ισχιακού νεύρου.

Η οσφυαλγία επομένως είναι απλώς ένα σύμπτωμα και δεν σημαίνει μια συγκεκριμένη πάθηση, όπως κακώς πολλές φορές υπονοείται με τον όρο αυτό. Γι' αυτό πρέπει να έκλειψη η χρησιμοποίηση του όρου οσφυαλγία ως διάγνωση και αντί αυτού να αποκαλύπτεται και να αναφέρεται η συγκεκριμένη πάθηση που σε κάθε περίπτωση την προκαλεί.⁵⁹

9.4.α Αιτιολογία

Για την αιτιολογία της οσφυαλγίας δεν υπάρχει ομοφωνία και συχνά αυτή είναι υποθετική. Πιστεύεται όμως ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παθήσεων της σπονδυλικής στήλης ως και των γειτονικών, ου έχουν σαν κύριο ενόχλημα την οσφυαλγία⁵⁶

Από τις παθήσεις αυτές πιο συχνή είναι η δισκοκήλη, που καλύπτει το 70% των περιπτώσεων, ενώ σ' ένα σημαντικό ποσοστό αρρώστων ψυχολογικά αίτια μπορεί να κρύβονται πίσω από μία οσφυαλγία ή να επιδεινώνουν μια που ήδη υπάρχει.

Από τις άλλες παθήσεις που προκαλούν οσφυαλγία οι πιο συχνές είναι:

- Φυματιώδης σπονδυλίτιδα
- Οστεομυελίτιδα
- Νεόπλασμα της οσφυικής περιοχής
- Μεταστατικός καρκίνος
- Σπονδυλολίσθηση
- Συγγενείς ανωμαλίες της σπονδυλικής στήλης
- Εκφυλιστική αθροπάθεια
- Τραυματικές παθήσεις
- Φλεγμονώδεις παθήσεις

Οσφυαλγία τέλος είναι δυνατόν να προκαλέσουν και οι παθήσεις μακριά από την περιοχή της όσφυς, όπως:

- Φλεγμονές
- Όγκοι των ιεραλαγόνιων αθρώσεων
- Λιθιάσεις
- Όγκοι και φλεγμονές των νεφρών και των ουρητήρων

Οι παθήσεις αυτές πρόκειται περί αντανακλαστικών οσφυαλγιών. Τα αντανακλαστικά αυτά άλγη σπάνια μοιάζουν με αυτά της πραγματικής οσφυαλγίας.⁶⁰

9.4.β Παθογένεια

Το άλγος στην όσφυ οφείλεται στην πίεση των νεύρων, η οποία προκαλείται:

1. από προσβολή του δίσκου(δισκοπάθεια)
2. στένωση του κεντρικού σωλήνα ή των πλάγιων τρημάτων, είτε από εκφυλιστική νόσο είτε από συγγενή στένωση.
3. παγίδευση στην σπονδυλολίσθηση
4. άλλες αιτίες όπως, πίεση από όγκους στα σπονδυλικά σώματα, ίωση μετά από φλεγμονή^{59,60}

9.5 Ισχιαλγία

Με τον όρο ισχιαλγία εννοούμε τον πόνο που επεκτείνεται από την περιοχή του ισχίου (γλουτού) κατά μήκος του μηρού, της γαστροκνήμιας (γάμπας) έως το άκρο πόδι. Σχεδόν πάντα οφείλεται σε πίεση μίας

νευρικής ρίζας του ισχιακού νεύρου από κήλη ενός μεσοσπονδυλίου δίσκου χαμηλά στην μέση (οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης).⁵⁵

Η ισχιαλγία (που ονομάζεται και οξεία ισχιαλγία) παρουσιάζεται συνήθως ξαφνικά ή σταδιακά σε διάστημα λίγων ημερών μετά από κίνηση ή σήκωμα βάρους αλλά και πολλές φορές χωρίς καμία φαινομενική αιτία.^{55,56} Ο πόνος συνοδεύεται συχνά και από άλλα προβλήματα όπως μούδιασμα ή υπαισθησία (ελάττωση της αισθητικότητας του δέρματος) στο πόδι και μυική αδυναμία που μπορεί να προκαλέσει δυσκολία ή σύρσιμο του ποδιού στο βάδισμα.⁵⁹



9.5.α Αίτια

Τα κυριότερα αίτια της ισχιαλγίας είναι τα ακόλουθα:

- Η κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου (δισκοπάθεια) σε ποσοστό 70%
- Εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα
- Τραυματικά αίτια
- Ψυχοσωματικές διαταραχές
- Οργανικά αίτια όπως: φλεγμονώδεις μικροβιακές λοιμώξεις, νεοπλασίες, συγγενείς ανωμαλίες, παθήσεις των γειτονικών οργάνων, οστεοπόρωση κ.α.⁵⁵

9.6 Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια γενική φλεγμονώδης πολυαρθρίτιδα υποξεία ή χρόνια και εξελικτική, με κύριες εκδηλώσεις την φλεγμονή των αρθρικών υμένων διαφόρων αρθρώσεων που έχει σαν αποτέλεσμα βαριές παραμορφώσεις και αναπηρίες των αρθρώσεων. Σωστότερα θα έπρεπε να ονομάζεται ρευματοειδής νόσος, γιατί εκτός από τις αρθρώσεις προσβάλλει και όλους τους ιστούς που προέρχονται από μεσέγγυμα όπως: μυς, δέρμα, υποδόριο ιστό κ.α.

η νόσος εισβάλλει ύπουλα, αρχίζει από τις μικρές αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών και κατόπιν επεκτείνεται κεντρικότερα. Τα κύρια συμπτώματα είναι ο πόνος στις αρθρώσεις, η ευκαμψία και η παραμόρφωση τους που αναπτύσσονται μέσα σε διάστημα ετών. Προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες από ότι τους άνδρες και τις ηλικίες ανάμεσα στα 25-55 ετών.⁵⁵

9.6.α Συμπτώματα

Η έναρξη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας μπορεί να είναι βαθμιαία ή οξεία. Στη βαθμιαία έναρξη συνήθως είναι τα γενικά συμπτώματα, όπως ανορεξία, απώλεια βάρους, αδυναμία, δεκατική πυρετική κίνηση, αρθραλγίες, και τελικά εγκατάσταση της αρθρίτιδας με όλα τα φαινόμενα της φλεγμονής. Η οξεία έναρξη της νόσου χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εγκατάσταση της αρθρίτιδας, δηλ. της φλεγμονής στις αρθρώσεις, που μπορεί να συνοδεύεται από πυρετό.⁶¹

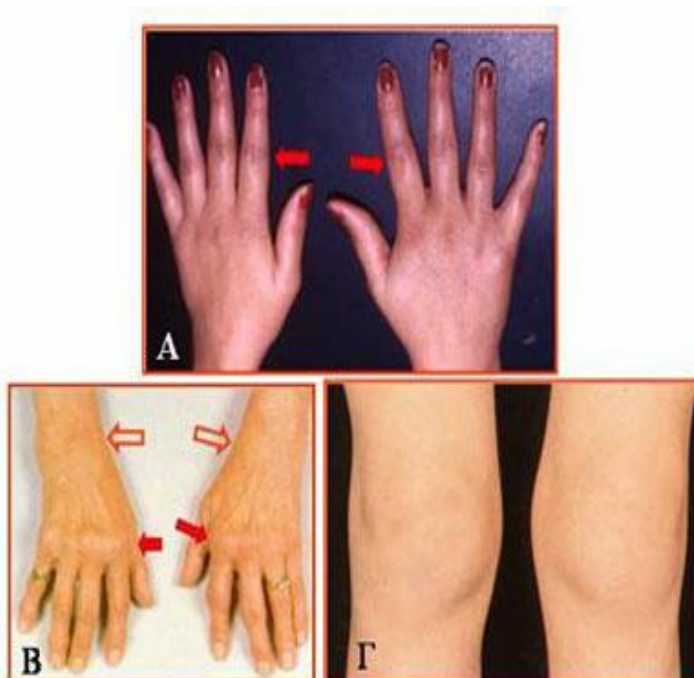
Τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά της αρθρίτιδας είναι:

- Ο πόνος στην άρθρωση
- Η διόγκωση της άρθρωσης
- Η αύξηση της τοπικής θερμοκρασίας της άρθρωσης
- Η ευαισθησία στην πίεση της άρθρωσης
- Η πρωινή δυσκαμψία της άρθρωσης

Η αρθρίτιδα συνήθως αφορά πολλές αρθρώσεις, είναι δηλ. πολυαρθρίτιδα, και είναι συμμετρική, δηλ. εντοπίζεται στις ίδιες αρθρώσεις στις δύο πλευρές του σώματος. Λιγότερο συχνά η ρευματοειδής αρθρίτιδα μπορεί να αρχίσει με ασύμμετρη προσβολή λίγων αρθρώσεων, μέχρι τεσσάρων (ολιγοαρθρίτιδα), ή σπανιότερα με προσβολή μιας άρθρωσης (μονοαρθρίτιδα). Στην πλειονότητα των ασθενών με

ολιγοαρθρίτιδα ή μονοαρθρίτιδα η νόσος εξελίσσεται τελικά σε συμμετρική πολυαρθρίτιδα, αλλά σε ένα μικρό ποσοστό παραμένει περιορισμένη σε 1-2 αρθρώσεις, συνήθως στα γόνατα ή στις πηγεοκαρπικές, για πολλούς μήνες ή χρόνια.⁶²

Οποιαδήποτε άρθρωση των άνω και κάτω άκρων μπορεί να προσβληθεί από τη



Εικόνα 25. Ρευματοειδής αρθρίτιδα. **A:** Διόγκωση των εγγύς μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων (βέλη). **B:** Διόγκωση των πηγεοκαρπικών αρθρώσεων (ανοιχτά βέλη) και των μετακαρποφαλαγγικών αρθρώσεων των χεριών (συμπαγή βέλη). **Γ:** Διόγκωση των γονάτων.

ρευματοειδή αρθρίτιδα, αλλά πιο συχνά προσβάλλονται οι πηγεοκαρπικές αρθρώσεις, οι αρθρώσεις των δακτύλων των χεριών, οι αρθρώσεις των ποδιών και των γονάτων. Επιπλέον, οι αρθρώσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης καθώς και οι κροταφογοναθικές

αρθρώσεις μπορεί να προσβληθούν από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Η διάρκεια της πρωινής δυσκαμψίας και η ένταση της ευαισθησίας στην πίεση της άρθρωσης σχετίζονται με το βαθμό της αρθρικής φλεγμονής και αποτελούν χρήσιμους κλινικούς δείκτες για την εκτίμηση του βαθμού ενεργότητας της νόσου και την παρακολούθηση της πορείας της.⁶⁰ Η προσβολή των αρθρώσεων των χεριών συνοδεύεται συχνά από δυσκολία σχηματισμού γροθιάς και από ελάττωση της δύναμης σύσφιξης. Σε ορισμένες αρθρώσεις, όπως π.χ. εκείνες των ισχίων, λόγω της ανατομικής τους θέσης, τα κλινικά σημεία της φλεγμονής δεν είναι εμφανή. Στις περιπτώσεις αυτές, ο περιορισμός των κινήσεων των αρθρώσεων και η εμφάνιση πόνου στις παθητικές κινήσεις κατά την κλινική εξέταση από το γιατρό αποτελούν τα μόνα αντικειμενικά σημεία της αρθρικής φλεγμονής.

Καθώς περνάει ο καιρός, αν δεν γίνει έγκαιρη διάγνωση και σωστή θεραπευτική παρέμβαση, η νόσος εξαναπτύσσονται οι καταστροφικές συνέπειες της χρόνιας φλεγμονής.⁵⁵

Στις συνέπειες αυτές περιλαμβάνονται: Αρθρικές παραμορφώσεις, όπως π.χ. ωλένια απόκλιση των δακτύλων των χεριών και υπεξαρθρήματα σε διάφορες αρθρώσεις και κυρίως στις αρθρώσεις της



Εικόνα 26. Ρευματοειδής αρθρίτιδα. Α: Παραμόρφωση χεριών και ωλένια απόκλιση δακτύλων. Β: Υπεξαρθρήματα στις μετακαρπιοφαλαγγικές αρθρώσεις (βέλη). Γ: Παραμόρφωση δεξιού γόνατος και ποδιών. Δ: Περιαρθρική οστεοπόρωση (βέλος) σε αρχικό στάδιο ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Ε: Φθορά αρθρικού χόνδρου και διαβρώσεις οστών δύο χρόνια μετά την έναρξη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (βέλη).

ικές αρθρώσεις) ή των ποδιών, βλαισότητα των γονάτων, δηλ. κύρτωση προς τα έσω με ανοιχτή γωνία προς τα έξω, ή των ποδιών κ.ά. Διαταραχές στη κινητική λειτουργία των αρθρώσεων με αποτέλεσμα μακροχρόνια λειτουργική ανικανότητα και αναπηρία.

Ακτινολογικές βλάβες. Η πρώτη ακτινολογική βλάβη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι η απώλεια οστικής μάζας στα οστά κοντά στην άρθρωση, δηλ. η περιαρθρική οστεοπόρωση. Με την πάροδο όμως του χρόνου και εφόσον δεν υπάρξει θεραπευτική αναστολή της εξέλιξης της νόσου, αναπτύσσονται σοβαρότερες ακτινολογικές βλάβες, όπως είναι η φθορά του αρθρικού χόνδρου και οι διαβρώσεις στα τμήματα των οστών που είναι μέσα στην άρθρωση

Επειδή όλες αυτές οι παραμορφωτικές, λειτουργικές και ακτινολογικές καταστροφικές συνέπειες της χρόνιας ανεξέλεγκτης φλεγμονής της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι μη αναστρέψιμες, στόχος της σύγχρονης θεραπευτικής παρέμβασης είναι η πρόληψή τους. Και αυτό είναι σήμερα εφικτό.^{60,62}

9.6.β Αιτιολογία

Από αιτιολογικής πλευράς φαίνεται ότι πολλοί παράγοντες, όπως περιβαλλοντικοί, γενετικοί, ορμονικοί και ανοσολογικοί, εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια της νόσου, αλλά η ακριβής αιτιολογία της δεν είναι γνωστή. Ωστόσο, είναι γνωστοί οι παθογενετικοί μηχανισμοί με τους οποίους αναπτύσσεται η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Πρόκειται για παθολογικούς μηχανισμούς του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού. Στα πλαίσια των μηχανισμών αυτών τα κύτταρα, που εμπλέκονται στην παρουσίαση και αναγνώριση του άγνωστου εξωγενούς ή ενδογενούς αντιγόνου, ενεργοποιούνται και παράγουν μια σειρά πρωτεϊνών, που είναι βιολογικώς δραστικές και λέγονται κυτταροκίνες, κυριότερες από τις οποίες είναι δύο: ο παράγοντας νέκρωσης των όγκων και η ιντερλευκίνη-1. Από τη δράση των κυτταροκινών αυτών προκαλείται ενεργοποίηση πολλών άλλων κυττάρων και έκκριση ποικίλων ουσιών. Αποτέλεσμα όλων αυτών των κυτταρικών αλληλεπιδράσεων και της δράσης των βιολογικών τους προϊόντων είναι, πρώτον, η ανάπτυξη φλεγμονής και υπερπλασίας στον αρθρικό υμένα και δεύτερον, η πρόκληση φθοράς στον αρθρικό χόνδρο και διαβρώσεων στα οστά των προσβεβλημένων αρθρώσεων.⁵⁹

Κεφάλαιο 10^ο

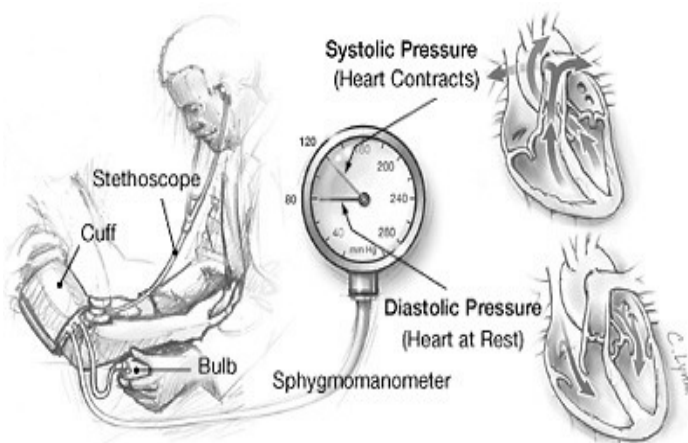
10.1 Αρτηριακή υπέρταση

Η υπέρταση μπορεί να ορισθεί αυθαίρετα ως η επίμονη παραμονή του επιπέδου της συστολικής πίεσης πάνω από 140mmHg και της διαστολικής πάνω από 90 mmHg.

Στα ηλικιωμένα άτομα, ως υπέρταση ορίζεται η αύξηση της συστολικής πίεσης πάνω από 160mmHg και της διαστολικής πάνω από 90mmHg.⁶³

Η αυξημένη αρτηριακή πίεση είναι επικίνδυνη γιατί:

- Υποβάλλει την καρδιά σε υπερλειτουργία
- Κάνει τα αγγεία να χάνουν την ελαστικότητά τους
- Αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακά και άλλα νοσήματα



Η υπέρταση είναι συνήθως μια ύπουλη κατάσταση με μη ειδικά και αντιληπτά συμπτώματα στα αρχικά της στάδια. Είναι η σοβαρότερη αιτία εγκεφαλικών αγγειακών επεισοδίων, υπερτασικής καρδιακής νόσου, αρτηριακής νεφροσκλήρυνσης και αμφιβληστροειδοπαθειών.^{63,64}

10.1.α Ενοχοποιητικοί παράγοντες

Θεωρητικά θα μπορούσε να συμβεί στον καθένα. Πολλοί πιστεύουν ότι μόνο ο αγχώδης και νευρικός τύπος ανθρώπου πάσχει. Τα στοιχεία όμως δείχνουν ότι ακόμη και οι ήμεροι άνθρωποι μπορεί να έχουν υπέρταση, η οποία τελικά θεωρείται μια συνηθισμένη ασθένεια.⁶⁴

Οι στατιστικές πάντως δείχνουν ότι οι ακόλουθες καταστάσεις συμβάλλουν με κάποιο τρόπο στην παρουσία ιδιοπαθούς υπέρτασης:

- Το οικογενειακό ιστορικό. Μερικές οικογένειες φαίνεται να πάσχουν σε μεγαλύτερη συχνότητα από υψηλή αρτηριακή πίεση. Αν και οι δύο γονείς

έχουν υπέρταση, ο κίνδυνος να παρουσιάσουν και τα παιδιά τους είναι περίπου 50%.

- Η ηλικία, η υπέρταση μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι πιο συχνή στους ηλικιωμένους. Σχεδόν οι μισοί άνθρωποι πάνω από την ηλικία των 65 ετών έχουν υπέρταση, της οποίας η διάγνωση γίνεται συνήθως μεταξύ 35 και των 50 ετών.
- Το φύλο. Πριν από την ηλικία των 50ν ετών παρουσιάζεται πιο συχνά στους άνδρες. Η συχνότητα εμφάνισης στις γυναίκες αλλάζει μετά την εμμηνόπαυση και μετά την ηλικία των 50-55 ετών πιο πολλές γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες πάσχουν από υπέρταση.
- Η φυλή, έχει παρατηρηθεί ότι η υπέρταση είναι πιο συχνή στη μαύρη φυλή απ' ότι στη λευκή, για όλες τις ηλικίες μετά την εφηβεία.
- Το σωματικό βάρος. Η υψηλή αρτηριακή πίεση παρατηρείται συχνότερα σε παχύσαρκα άτομα, τα οποία αποτελούν πλέον το ένα τρίτο του πληθυσμού στις αναπτυγμένες χώρες. Απώλεια σωματικού βάρους συνοδεύεται με πτώση της αρτηριακής πίεσης.
- Το άγχος, μπορεί να οδηγήσει σε επίμονη υπέρταση, αν και δεν παύουν να υπάρχουν αμφιβολίες από πολλούς επιστήμονες.
- Τα αντισυλληπτικά χάπια και η εγκυμοσύνη
- Το αλάτι, το κάλιο και άλλα μικροδιατροφικά στοιχεία
- Σωματική δραστηριότητα
- Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Νευρογενείς παράγοντες^{65,66}



10.1 β Συμπτώματα

Τις περισσότερες φορές η υπέρταση δεν έχει κανένα σύμπτωμα και ανευρίσκεται τυχαία, όταν ο ασθενής για κάποιο λόγο μετρά την πίεση του. Για αυτό και συχνά αποκαλείται ο «σιωπηλός δολοφόνος», μιας και, αν και δεν εμφανίζει σύμπτωμα, προκαλεί σημαντικές βλάβες. Είναι χαρακτηριστικό ότι περίπου το 1/3 των ανθρώπων που πάσχουν από υπέρταση δεν το γνωρίζουν.^{63,64}

Παρακάτω παραθέτουμε μερικά από τα συμπτώματα που εμφανίζονται, όταν η αρτηριακή πίεση είναι υψηλή:

- Ισχυρός πονοκέφαλος, κεφαλαλγία
- Κούραση ή σύγχυση, μειωμένη ανοχή στην κόπωση
- Προβλήματα όρασης
- Πόνος στο στήθος
- Δύσπνοια
- Αίμα στα ούρα
- Προκάρδιο άλγος
- Παλμοί
- Πολυουρία και νυκτουρία
- Οξύ οσφυϊκό άλγος
- Διαλειπούσα χολότης
- Νευρολογικά συμπτώματα^{64,65,66}

10.2 Έμφραγμα

Το έμφραγμα μυοκαρδίου είναι η νέκρωση μιας περιοχής του μυοκαρδίου, το οποίο είναι αποτέλεσμα διακοπής παροχής αίματος σ' αυτήν. Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου συμβαίνει πολλές φορές, όταν σε υπάρχουσα αθηροματώδη πλάκα στο τοίχωμα του αγγείου σχηματιστεί θρόμβος, με αποτέλεσμα την πλήρη απόφραξη του αγγείου.⁶⁷ Ο σχηματισμός θρόμβου αποδίδεται σε παράγοντες όπως:

- Ανωμαλίες της ενδοθηλιακής επιφάνειας του αγγείου, οι οποίες αποτελούν κατάλληλο έδαφος για εναπόθεση αιμοπεταλίων.
- Ρήξη και εξέλκωση αθηρωματώδους πλάκας
- Τοπική διαταραχή της ροής του αίματος, λόγω στενώσεως του αυλού του αγγείου
- Αιμορραγία μέσα στην αθηρωματώδη αλλοίωση και ελευθέρωση θρομβοπλαστικών ουσιών
- Αύξηση της πηκτικότητας του αίματος λόγω ίσως της παρουσίας λιπιδίων

Τέλος σε πολλές περιπτώσεις το έμφραγμα οφείλεται σε προοδευτική απόφραξη της αρτηρίας χωρίς θρόμβωση.^{68,69}

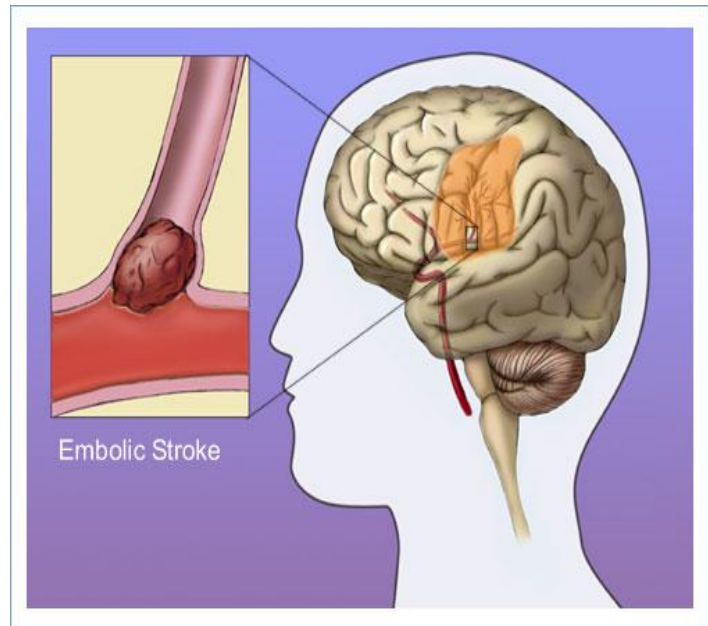
10.2.α Προδιαθετικοί παράγοντες

Ένα πλήθος από παράγοντες συντελούν στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου και κατά προέκταση του εμφράγματος:

- a. Υπερχοληστεριναιμία
- b. Σακχαρώδης διαβήτης
- c. Υπέρταση
- d. Κάπνισμα
- e. Χρήση αντισυλληπτικών δισκίων
- f. Κληρονομικότητα
- g. Καθιστική ζωή
- h. Stress και προσωπικότητα⁶⁸

10.3 Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι ένα έμφραγμα του εγκεφαλικού ιστού, που προέρχεται από διακοπή της ροής του αίματος ,εξαιτίας θρόμβου, εμβόλου ή αιμορραγίας.. η ανακοπή της εγκεφαλικής κυκλοφορίας προκαλεί αναστολή των εγκεφαλικών λειτουργιών και λειτουργική ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος.⁷⁰



10.3.α Παράγοντες κινδύνου

- Ηλικία και φύλο
- Φυλή
- Γενετικοί ή οικογενειακοί παράγοντες
- Υπέρταση
- Διαβήτης
- Καρδιακή πάθηση
- Κάπνισμα, αλκοόλ
- Λιπίδια
- Αντισυλληπτικά
- Αιματοκρίτης
- Δρεπανοκυτταρική αναιμία
- Παροδικά ισχαιμικά επεισόδια
- Ασυμπτωματικά καρωτιδικά φυσήματα και καρωτιδική στένωση
- Κλιματολογικές συνθήκες^{70,71}

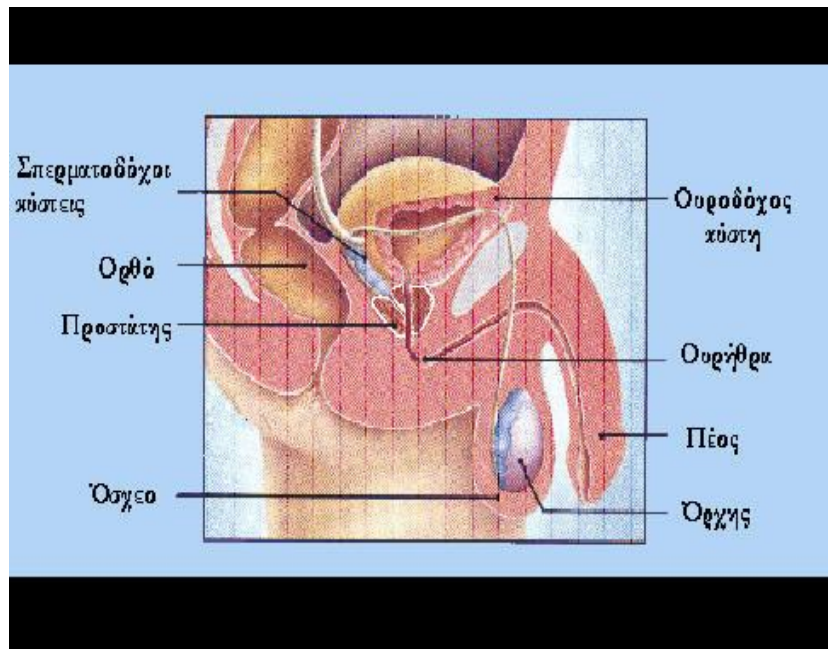
10.3.β Ταξινόμηση του εγκεφαλικού επεισοδίου

Στο γενικό όρο αγγειακό επεισόδιο ταξινομήθηκαν ως εξής

- a. Τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια
 - Παροδικά αγγειακά επεισόδια
 - Εγκεφαλική μαλάκυνση
- b. Εγκεφαλικές αιμορραγίες
 - Εν τω βάθει εγκεφαλικές αιμορραγίες
 - Επιπολής εγκεφαλικές αιμορραγίες
 - Αιμορραγίες παρεγκεφαλίδας
 - Αιμορραγίες εγκεφαλικού στελέχους
 - Υπαραχνοειδής αιμορραγία
- c. Το σύνδρομο του οξέος εγκεφαλικού οιδήματος^{70,71}

10.4 Προστάτης

Η καλοήθης υπερτροφία ή αδένωμα του προστάτη είναι η πάθηση που προσβάλλει ένα μεγάλο αριθμό των ανδρών που έχουν περάσει τα 50 χρόνια, χωρίς όμως να αποκλείεται η εμφάνιση της παθήσεως σε μικρότερη ηλικία. Είναι η πιο συνηθισμένη αιτία διαταραχής της ουρήσεως στους άνδρες.⁷²



10.4.α Κλινική εικόνα

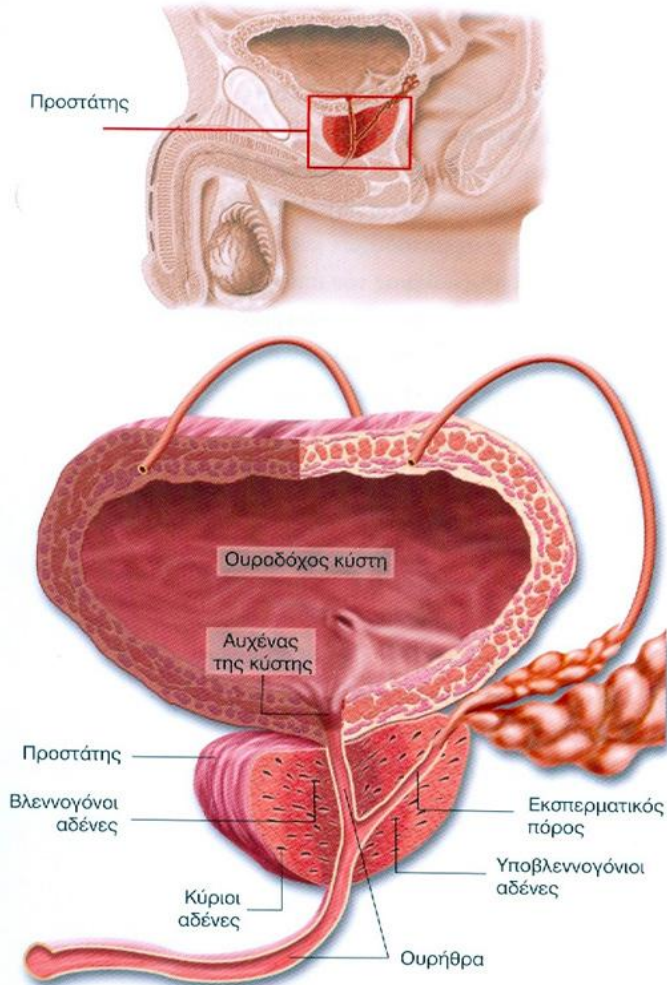
Οι διαταραχές της ουρήσεως είναι η πρώτη κλινική εκδήλωση του αδενώματος, χωρίς όμως η βαρύτητα των διαταραχών αυτών να είναι συνάρτηση του μεγέθους του αδενώματος. Μικρά αδενώματα που αναπτύσσονται προς την ουρήθρα προκαλούν έντονα ενοχλήματα. Ενώ αντίθετα μεγάλα αδενώματα χωρίς στοιχεία ενδοουρηθρικής επεκτάσεως δεν προκαλούν ενοχλήματα.

Η δυσουρία είναι από τα πρώτα συμπτώματα και παρουσιάζεται σαν επιβράδυνση στην έναρξη της ουρήσεως είτε σαν παρατεταμένη είτε σαν διακοπτόμενη ούρηση. Η συχνοουρία παρουσιάζεται μαζί με τη δυσουρία. Στην αρχή παρουσιάζεται νύχτα, ενώ αργότερα εμφανίζεται και την ημέρα. Στα ενοχλήματα αυτά ο προστατικός άρρωστος λόγω της μακροχρόνιας εξελίξεως, προσαρμόζεται σε τέτοιο βαθμό ώστε να τα θεωρεί φυσιολογικά.⁷³

Η πάθηση μπορεί ακόμα να εκδηλωθεί από τα παρακάτω συμπτώματα, όπως:

- Την οξεία επίσχεση. Είναι η πιο συνηθισμένη επιπλοκή της υπερτροφίας του προστάτη και συνήθως ακολουθεί ένα στάδιο παροξύνσεως των ενοχλημάτων, χωρίς όμως να αποκλείεται να εμφανισθεί και εντελώς ξαφνικά. Ο άρρωστος έχει την έντονη επιθυμία να ουρήσει, αισθάνεται δυνατό πόνο στην υπερηβική χώρα και κλινικώς η κύστη ψηλαφιέται επώδυνη και γεμάτη ούρα.
- Τη χρόνια επίσχεση. Στη φάση αυτή η ένταση της δυσουρίας ελαττώνεται, μεγαλώνει όμως η συχνοουρία και πολλές φορές ο άρρωστος χάνει ούρα,

Εντόπιση και δομή



χωρίς να το καταλαβαίνει. Ο άρρωστος δεν πονάει και στην κλινική εξέταση η κύστη είναι ανώδυνη και ψηλαφείτε γεμάτη ούρα μέχρι, καμιά φορά τον ομφαλό.

- c. Την οξεία ή χρόνια ουρολοίμωξη, αυτή είναι αποτέλεσμα της στάσεως των ούρων και παρουσιάζεται με καυσουρία διαφόρου βαθμού μαζί με τη δυσουρία και συχνοουρία. Πολλές φορές εμφανίζεται και πυρετός με ρίγη.
- d. Την ουραιμία, προέρχεται από την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, που έχει σαν αιτίες τη χρόνια στάση των ούρων και την αμφιτερόπλευρη υδρονέφρωση.
- e. Την αιματουρία που προέρχεται από ρήξη διατεταμένων φλεβών.⁷⁴

10.5 Παχυσαρκία

Η αυξημένη αποθήκευση λίπους είναι εξαιρετικά δύσκολο να ορισθεί και να μετρηθεί ακριβώς. Πρακτικά, ένα έμπειρο μάτι μπορεί να εκτιμήσει ικανοποιητικά την παρουσία παχυσαρκίας, ιδιαίτερα στο γυμνό άρρωστο. Για να μετρήσει ο γιατρός χρειάζεται τις παραμέτρους του ύψους, του βάρους, της ηλικίας και του φύλου του αρρώστου.⁷⁵ Ως παχυσαρκία ορίζεται η περίσσεια σωματικού λίπους και η διάγνωσή της πρέπει να βασίζεται στην απόδειξη της παρουσίας του λίπους αυτού. Αυτό προϋποθέτει μέτρηση της σύστασης του σώματος και δεν είναι πρακτικό σε καθημερινή βάση. Έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφοροι τρόποι μέτρησης του σωματικού λίπους και ακριβούς ορισμού της παχυσαρκίας. Από αυτούς, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή BMI (body mass index) = Kgr/m^2 , δηλαδή ο λόγος του βάρους δια του τετραγώνου του ύψους σε μέτρα, έχει τη μεγαλύτερη αποδοχή και χρησιμοποιείται ευρέως στη διάγνωση της παχυσαρκίας στους ενήλικες καθώς συσχετίζεται καλύτερα με το σωματικό λίπος. Με βάση αυτόν, οι ενήλικες χαρακτηρίζονται ως κανονικοί (ΔΜΣ κάτω του 25), υπέρβαροι (ΔΜΣ μεταξύ 25 και 29,9) και παχύσαρκοι (ΔΜΣ άνω του 30).^{75,76}

10.5.α Κλινική εικόνα

Η παραμόρφωση του σώματος είναι η πρώτη επίπτωση της παχυσαρκίας, αποδιοργανώνεται η ανατομική φόρμα του σώματος, το οποίο γίνεται άσχημο και λειτουργικά ανεπαρκές. Η αύξηση του βάρους παρεμποδίζει τις δραστηριότητες των ατόμων και πολλές φορές εξουδετερώνει ωραίες, ίσως, πρωτοβουλίες του. Αδρανοποιεί το σώμα και αναγκάζει το άτομο να μετακινεί και να μεταφέρει το βάρος του από τόπο σε τόπο με μεγαλύτερη δυσκολία. Μια τέτοια κατάσταση υποβαθμίζει τη λειτουργικότητα του σώματος και υπονομεύει την ψυχική υγεία του ατόμου. Δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, το οποίο δεν μπορεί να βγει το άτομο χωρίς βοήθεια.⁷⁷

Η συμπτωματολογία που συνοδεύει συνήθως ένα παχύσαρκο άτομο αφορά κυρίως το κεντρικό σύστημα. Ο παχύσαρκος παρουσιάζει αγωνία, κατάθλιψη, αίσθημα κατωτερότητας, απώλεια αυτοεκτίμησης, έλλειψη ενδιαφερόντων, ματαιοπονία και πιο σπάνια, επιθετικότητα και αυτοκαταστροφή.

Όταν ο βαθμός παχυσαρκίας είναι μεγάλος εκδηλώνεται μια εικόνα αναπνευστικής ανεπάρκειας που ονομάζεται σύνδρομο του Pickwick που παρουσιάζεται με υπνηλία, κύανωση και μπορεί να φτάσει σε ακραίες περιπτώσεις στο κόμμα και στο θάνατο.

Το δέρμα τείνει να γίνει πιο παχύ από το φυσιολογικό, επίσης η υπερτρίχωση δεν είναι σπάνια. Συνήθεις είναι το δερματικό ερύθημα, στο σημείο της μασχάλης, στις πτυχές του μαστού, της χώρας της ήβης περινέου, λεκάνης και τέλος δεν είναι σπάνιες οι δερματικές φλεγμονές από βακτηρίδια και μύκητες. Αυξημένη είναι επίσης η συχνότητα των κιρσών και των επιπλοκών τους, η χρόνια παραμορφωτική αρθρίτιδα και ειδικά οι αρθροπάθειες.⁷⁵

10.5.β Μορφές παχυσαρκίας και αιτιολογικοί παράγοντες

- Μορφές παχυσαρκίας:
 1. Παχυσαρκία από επιβράδυνση των καύσεων
 2. Παχυσαρκία από ανικανότητα στην καύση των λιπών
 3. Παχυσαρκία νευρικής φύσεως
 4. Παχυσαρκία από κατακράτηση

- Αιτιολογικοί παράγοντες
 1. Κληρονομικότητα και περιβάλλον
 2. Οικονομικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί παράγοντες
 3. Ορμονικοί ή ορμονικοί παράγοντες⁷⁶

10.6 Καρκίνος

Ο Ιπποκράτης ήταν αυτός που έδωσε στην πάθηση του καρκίνου το όνομα της. Παρομοίασε τον όγκο με την εικόνα του κάβουρα(καρκίνου). Πολύ αργότερα, ο Valsalva, το 1704 υποστήριξε ότι αρχικά ο καρκίνος ήταν ένα τοπικό φαινόμενο που μπορούσε να αφαιρεθεί χειρουργικά ενώ σε πιο προχωρημένο στάδιο ο καρκίνος μπορούσε μέσω των λεμφαγγείων να μεταφερθεί αλλού στο σώμα.

Ο καρκίνος είναι μια πάθηση η οποία μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος. Ο όρος αναφέρεται σε περίπου 150-200 διαφορετικές παθήσεις ωστόσο έχουν 2 κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία: την απεριόριστη αύξηση των κυττάρων και τις δυσλειτουργίες τις οποίες προξενεί αυτή.

Φυσιολογικά, τα κύτταρα ενός οργανισμού αναπτύσσονται με έναν συγκεκριμένο ρυθμό έτσι ώστε να αντικαθιστούν αυτά που πεθαίνουν. Σε αρκετές όμως περιπτώσεις ο οργανισμός μπορεί να παράγει περισσότερα κύτταρα από εκείνα που πραγματικά χρειάζεται. Η συγκέντρωση αυτών των παραπάνω κυττάρων έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι συνήθως αβλαβείς. Για να γίνει ένας όγκος επικίνδυνος πρέπει τα κύτταρα που τον αποτελούν να εισβάλλουν σε ιστούς και να μεταφερθούν σε άλλα μέρη του σώματος.³⁰

Κάθε κατηγορία κυττάρων αναπτύσσεται, ζει και διαιρείται βάσει ενός συγκεκριμένου χρονοδιαγράμματος. Η διαίρεση παρεκκλίνει από τον κανόνα όταν ο αμυντικός μηχανισμός του κυττάρου αισθάνεται ότι κινδυνεύει η ύπαρξη του. Η εντολή για τη διαίρεση δίνεται από τους αυξητικούς παράγοντες οι οποίοι βρίσκονται στην κυτταρική μεμβράνη. Αυτά δεν ήταν γνωστά όταν ξεκίνησε πριν 50 περίπου χρόνια η ισχυρά τοξική θεραπεία με ραδιενεργά ισότοπα και αργότερα με χημειοθεραπευτικά μέσα.^{30,31}

Η ιατρική επιστήμη θεώρησε αρχικά ότι το πρόβλημα του καρκίνου βρίσκεται στον πυρήνα του κυττάρου, αλλά αυτό δεν ήταν ορθό. Το πρόβλημα του καρκίνου εντοπίζεται στις κυτταρικές μεμβράνες όπου βρίσκονται οι αυξητικοί παράγοντες, και έξω από αυτές. Το στρες, η κακή αιμάτωση, και οι τοξίνες, αναγκάζουν τα κύτταρα να διαιρεθούν νωρίτερα και έτσι δημιουργούνται οι όγκοι. Συνεπώς μια θεραπεία για να αντιμετωπίσει σωστά το πρόβλημα του καρκίνου θα πρέπει να προασπίζει τις μεμβράνες των κυττάρων και την γενική άμυνα όλου του οργανισμού.

Ο καρκίνος δεν είναι ένα τοπικό πρόβλημα αλλά μια γενικευμένη κατάσταση, τόσο σωματική όσο και ψυχική. Πρέπει να γίνει σαφές ότι ο καρκίνος οφείλεται στην κακή αιμάτωση των κυττάρων και έχει σχέση με ψυχολογικούς παράγοντες, την διατροφή και τον αρνητικό τρόπο ζωής. Μια θεραπεία λοιπόν, για να είναι αποτελεσματική πρέπει να λαμβάνει υπόψη της όλους τους παραπάνω παράγοντες.⁶⁴

Η σημερινή αντιμετώπιση του καρκίνου είναι ατελής. Η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι ολιστική, πράγμα που σημαίνει ότι πρέπει να είναι σφαιρική, πολύπλευρη και σύνθετη.^{64,35}

10.6.α Αιτιολογικοί παράγοντες

Οι παράγοντες που έχουν συσχετισθεί με την αιτιολογία και την ανάπτυξη του καρκίνου είναι πολλοί. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ποιοι είναι οι παράγοντες αυτοί διότι η αποφυγή τους οποτεδήποτε είναι δυνατό, συμβάλλει σε μια σημαντική μείωση του κινδύνου για τον καθένα μας να προσβληθεί από καρκίνο. Οι κυριότεροι παράγοντες που παίζουν αιτιολογικό ρόλο στη γένεση του καρκίνου είναι οι ακόλουθοι:

1. Το οικογενειακό ιστορικό

Ένα από τα βασικά ερωτήματα που απασχολεί τους γιατρούς είναι γιατί ορισμένοι καρκίνοι έχουν τάση να εμφανίζονται περισσότερο μέσα σε ορισμένες οικογένειες. Οι στενοί συγγενείς κάποιου που εκδήλωσε ορισμένους τύπους καρκίνου, έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν οι ίδιοι από εκείνο τον καρκίνο ή από άλλους. Στις οικογενειακές καταστάσεις που υπάρχουν αυξημένα περιστατικά καρκίνου, πιθανότατα υπάρχει ένα γενετικό υπόβαθρο. Παράλληλα όμως πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι τα μέλη μιας οικογένειας μπορεί να υποβάλλονται στους ίδιους καρκινογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Άτομα τα οποία έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου, του μαστού, της ωοθήκης, του προστάτη θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και να κάνουν τα ανιχνευτικά τεστ που τους συστήνει για κάθε περίπτωση ο γιατρός τους.

2. Η καθιστική ζωή

Έχει υπολογιστεί ότι το 32% των καρκίνων του παχέος εντέρου μπορεί να έχει σχέση με την καθιστική ζωή. Οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που εξασκούνται τακτικά έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου και του μαστού.

Μια από τις πιθανές εξηγήσεις της προληπτικής δράσης της σωματικής εξάσκησης εναντίον του καρκίνου του εντέρου είναι το γεγονός ότι η εξάσκηση και η γυμναστική αυξάνουν τον περισταλτισμό του εντέρου. Ο περισταλτισμός προωθεί γρηγορότερα το περιεχόμενο του εντέρου και των κοπράνων προς τα έξω. Έτσι μειώνεται ο χρόνος επαφής των κυττάρων του παχέος εντέρου με τις καρκινογόνες ουσίες που πιθανόν να περιέχονται μέσα στο εντερικό περιεχόμενο.^{33,34}

3. Αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ σε μικρές ποσότητες δεν είναι βλαβερή για την υγεία. Η υπερβολική κατανάλωση και κατάχρηση όμως έχουν συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του μαστού και του ήπατος.

Η βλαβερή επίδραση του αλκοόλ αυξάνεται σημαντικά όταν υπάρχει ταυτόχρονα κάπνισμα. Η συνέργια αλκοόλ και καπνίσματος αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο καρκίνου. Σε περίπτωση που αρέσει σε κάποιον να πίνει τότε είναι σημαντικό να πίνει μικρές έως μέτριες ποσότητες. Στους άνδρες αυτό σημαίνει 1 έως 2 ποτά την ημέρα ενώ για τις γυναίκες μέχρι 1 ποτό την ημέρα.

4. Μολύνσεις από ιούς και άλλους μικροβιακούς παράγοντες

Ένας σημαντικός αριθμός μικροβιακών παραγόντων έχουν αιτιολογική σχέση με ορισμένους τύπους καρκίνων. Οι παράγοντες αυτοί ανήκουν στις οικογένειες των ιών, των βακτηριδίων, των παρασίτων. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων είναι η αιτία για τους περισσότερους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας. Οι ιοί της ηπατίτιδας Β και C μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο στο συκώτι. Ο ιός HIV που προκαλεί το AIDS ευνοεί την ανάπτυξη λεμφωμάτων και σαρκωμάτων. Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, που είναι βακτηρίδιο που προκαλεί έλκος στο πεπτικό σύστημα έχει συσχετισθεί με τον καρκίνο του στομαχιού.

Απλά προληπτικά μέτρα όπως ο εμβολιασμός εναντίον της ηπατίτιδας Β και η χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή (πρόληψη μετάδοσης του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων και του ιού του AIDS), μπορούν να μας προστατέψουν από επικίνδυνους καρκίνους.³⁰

5. Διατροφή

Οι αποφάσεις που λαμβάνουμε όταν καθόμαστε στο τραπέζι για να φάμε, καθορίζουν ουσιαστικά τις πιθανότητές μας να προσβληθούμε ή όχι από καρκίνο. Το τι τρώμε, το περιεχόμενό τους και ο τρόπος με τον οποίο προετοιμάζουμε ή μαγειρεύουμε παίζουν σημαντικό ρόλο. Το κρέας το οποίο ψήνεται στη σχάρα ή στα κάρβουνα εμπεριέχει περισσότερους κινδύνους για καρκίνο παρά το κρέας που γίνεται ψητό στο φούρνο ή βραστό.

Τα επεξεργασμένα τρόφιμα μπορούν να περιέχουν χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή και συντήρησή τους όπως οι νιτροσαμίνες που σχετίζονται με την πρόκληση ορισμένων καρκίνων όπως ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης. Η διατροφή πλούσια σε κορεσμένα λίπη τα οποία είναι ζωικής προέλευσης, συσχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο για πρόκληση καρκίνων όπως αυτόν του παχέος εντέρου σε σύγκριση με τη διατροφή που είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λίπη.

Το αλκοόλ μπορεί να ευνοήσει την ανάπτυξη καρκίνων της στοματικής κοιλότητας και του λάρυγγα διότι προκαλεί άμεσες βλάβες σε κύτταρα των οργάνων αυτών. Επίσης έμμεσα λόγω του μεταβολισμού του, μπορεί να ευνοήσει καρκινογένεση των ιστών του ήπατος και του μαστού. Ο κίνδυνος για καρκίνο μπορεί να αυξηθεί είτε διότι έχουμε κάποια πράγματα στη διατροφή μας είτε διότι κάποια άλλα απουσιάζουν από αυτή ή δεν υπάρχουν στο βαθμό που θα έπρεπε. Τα φυτοχημικά θρεπτικά συστατικά που περιέχονται μέσα στα φρούτα και στα λαχανικά, τα δημητριακά ολικής αλέσεως και άλλα τρόφιμα που προέρχονται από το φυτικό βασίλειο, μειώνουν τον κίνδυνό μας για καρκίνο.

6. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες ευθύνονται για την πρόκληση καρκίνου. Ο αμιάντος που χρησιμοποιήθηκε ευρέως για σκοπούς απομόνωσης στις περασμένες δεκαετίες, έχει συσχετισθεί τουλάχιστον με δύο είδη καρκίνων του πνεύμονα. Παράλληλα παρατηρήθηκε ότι η έκθεση στον αμιάντο όταν συνοδεύεται και από κάπνισμα τότε οι πιθανότητες καρκίνου αυξάνονται κατά 90 φορές.

Οι αρωματικές αμίνες που χρησιμοποιούνται σε ορισμένες βιομηχανίες, είναι αιτία καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Το βενζένιο που χρησιμοποιείται σε βερνίκια και γόμες, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για λευχαιμία.

7. Κάπνισμα

Το κάπνισμα θεωρείται ότι παίζει ρόλο σε περίπου 25%-35% των θανάτων λόγω καρκίνου. Ευθύνεται για το 90% των θανάτων λόγω καρκίνου του πνεύμονα. Υπάρχουν πολλοί άλλοι καρκίνοι που προκαλούνται από το κάπνισμα : Καρκίνος στοματικής κοιλότητας, λάρυγγα, οισοφάγου, ουροδόχου κύστης.

Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι 50% των ασθενών με καρκίνο της ουροδόχου κύστης, είναι ή ήταν καπνιστές.^{30,31,35}

8. Έκθεση στον ήλιο

Η έκθεση στις υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου είναι υπεύθυνη για σχεδόν όλες τις περιπτώσεις των βασικοκυτταρικών και ακνθοκυτταρικών καρκίνων του δέρματος. Επίσης η ίδια ακτινοβολία ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τα κακοήθη μελανώματα.

Η αποφυγή της ηλιακής ακτινοβολίας, οι αντι-ηλιακές κρέμες με παράγοντα προστασίας πάνω από 15, τα προστατευτικά ρούχα και καπέλα, η αποφυγή του τεχνητού μαυρίσματος με λάμπες, τα ματογυάλια που φιλτράρουν τις υπεριώδεις ακτίνες, αποτελούν αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης εναντίον των καρκίνων του δέρματος.^{30,31}

10.7 Κιρσοκήλη

Είναι η διάταση των ορχικών φλεβών στο σπερματικό ή ελικώδες πλέγμα του όρχεως, ιδίως αριστερά αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια ανδρικής υπογονιμότητας.

Η κύρια αιτία σχηματισμού κιρσοκήλης είναι η ανεπάρκεια των βαλβίδων της έσω σπερματικής φλέβας με αποτέλεσμα τη στάση του αίματος στις φλέβες πάνω από τον όρχι. Παρουσιάζεται συνήθως αριστερά (90%) για λόγους ανατομικούς - μεγάλη κάθετη διαδρομή της αριστερής σπερματικής φλέβας εκβάλλει κάθετα στην αριστερή νεφρική φλέβα - σπανιότερα δεξιά - η διαδρομή της δεξιάς σπερματικής φλέβας είναι πλάγια και εκβάλλει υπό γωνία στην κάτω κοίλη φλέβα - ή αμφοτερόπλευρα.⁷⁶

Εμφανίζεται συνήθως σε νεαρή ηλικία όμως μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά σε οποιαδήποτε ηλικία όταν πιέζεται η έσω σπερματική φλέβα συχνότητα στο γενικό πληθυσμό είναι 15%. Είναι σπάνια κάτω από την ηλικία των 10 ετών, ενώ στα άτομα με στειρότητα ανευρίσκεται σε ποσοστό 20-40%. Επίσης μπορεί να είναι πρόιμη εκδήλωση κακοηθειών (όπως νεφροβλάστωμα) ή υδρονέφρωσης.

Οι κιρσοκήλες ταξινομούνται σε :

Μικρή ή βαθμού I

Γίνεται ορατή μετά από δοκιμασία Valsava.

Μέτρια ή βαθμού II

Είναι ψηλαφητή, χωρίς τη δοκιμασία Valsava.

Μεγάλη ή βαθμού III

Ορατή σαν χωροκατακτητική εξεργασία στο όσχεο.^{64,35}

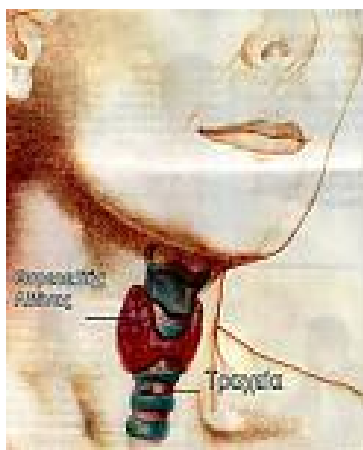
Είναι γνωστό από την αρχαιότητα ότι η κιρσοκήλη επιδρά αρνητικά στην σπερματογένεση. Η ανεύρεσή της σε άτομα με προβλήματα γονιμότητας είναι σαφώς πιο συχνή από ότι στο γενικό πληθυσμό. Θεωρείται ότι η ύπαρξη της μεταβάλλει τις συνθήκες πίεσης, θερμοκρασίας και οξυγόνωσης τοπικά με αποτέλεσμα τη διαταραχή του μηχανισμού παραγωγής σπερματοζωαρίων. Ακόμη, η κιρσοκήλη προκαλεί ατροφία του όρχι, πιθανότατα δευτεροπαθώς, λόγω αύξησης της θερμοκρασίας μέσα στο σύστοιχο ημίόσχεο.

Από το 1956 ο Hamley ανακοίνωσε ότι το σπερμοδιάγραμμα βελτιώνεται μετά από μικρό χρονικό διάστημα και κατόπιν της απολίνωσης της έσω σπερματικής φλέβας σε υπογόνιμους άνδρες. Βέβαια, είναι γεγονός ότι υπάρχουν και πολλά άτομα με κιρσοκήλη που είναι γόνιμα.

Επίσης ορισμένοι συγγραφείς συνιστούν τη χειρουργική διόρθωση της κισσοκήλης σε εφήβους όταν η κισσοκήλη είναι πολύ μεγάλη και συνυπάρχει ατροφία του σύστοιχου όρχεως.^{64,76}

10.8 Θυρεοειδοπάθεια

Οι παθήσεις του θυρεοειδούς αδένου έχουν γνωστόν ιδιαίτερη γεωγραφική κατανομή. Στην χώρα μας π.χ. παρουσιάζονται με ιδιαίτερη συχνότητα σε ορεινές περιοχές.



Αλλά και σε άλλες ορεινές χώρες παρατηρείτε το φαινόμενο αυτό. Η συχνότητα αυτή και η ανάπτυξη αφ' ετέρου ειδικών κέντρων εξοπλισμένων με όλα τα ραδιοϊσοτοπικά και άλλα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα έχει οδηγήσει στην λεπτομερή μελέτη των νόσων του θυρεοειδούς.

Κατά συνέπεια και η εγχειρητική πείρα πάνω στον θυρεοειδή είναι σήμερα εξαιρετικά μεγάλη. Οι διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένου μπορούν να πάρουν τη μορφή του υπερθυρεοειδισμού ή του υποθυρεοειδισμού.³³

10.8.α Υπερθυρεοειδισμός

Υπερθυρεοειδισμός ονομάζεται η παθολογική κατάσταση στην οποία υπάρχει αυξημένη παραγωγή θυρεοειδικών (T_3 , T_4) ορμονών και μη ανιχνεύσιμη TSH. Τα αίτια της νόσου μπορούν να αναζητηθούν στη νόσο Graves, στην ύπαρξη τοξικής πολυοζώδους βρογχοκήλης ή στη θυρεοειδίτιδα με υπερθυρεοειδισμό (υποξεία, χρόνια λεμφοκυτταρική).

Στον υπερθυρεοειδισμό προσβάλλονται όλα τα συστήματα του οργανισμού. Τα συμπτώματα της νόσου μπορεί να μην είναι εξαρχής ορατά και να έχει ύπουλη έναρξη.⁷⁸ Τα σημαντικότερα όμως από αυτά είναι η απώλεια βάρους παρά τη φυσιολογική λήψη τροφής, διάρροια, εμετοί, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, κολπική μαρμαρυγή, νευρικότητα, κόπωση, αϋπνία, λεπτός τρόμος δακτύλων εφιδρώσεις, θερμές κόκκινες παλάμες, έντονος κνησμός, αλωπεκία, πλητροδακτυλία, αμηνόρροια, στειρότητα, ανικανότητα, μείωση γενετήσιας επιθυμίας, προπέτεια βολβών οφθαλμών. Η συχνότερη μορφή υπερθυρεοειδισμού είναι η νόσος Graves η οποία

διακρίνεται κλινικά από τις άλλες μορφές από τη διάχυτη διόγκωση του θυρεοειδούς και από τις οφθαλμολογικές εκδηλώσεις χωρίς προκνημιαίο μυξοίδημα.^{78,79}

10.8.β Υποθυρεοειδισμός

Στον υποθυρεοειδισμό είτε στη συγγενή είτε στην επίκτητη μορφή υπάρχει μειωμένη έκκριση θυρεοειδών ορμονών (T₃, T₄) με φυσιολογικές τιμές TBG στο αίμα. Η TSH μπορεί να είναι είτε αυξημένη μετά από διέγερση με TRH (υποθυρεοειδισμός που οφείλεται σε πρωτοπαθή νόσο του θυρεοειδή) είτε μειωμένη σε υποθυρεοειδισμό οφειλόμενο σε ανεπάρκεια της υπόφυσης.⁷⁹

Τα αίτια του συγγενούς υποθυρεοειδισμού είναι η αγενεσία του θυρεοειδούς αδένου, η υποθαλαμική ανεπάρκεια TRH, η υποφυσιακή ανεπάρκεια TSH, η ανεπάρκεια πρόσληψης ιωδίου (ενδημικός κρετινισμός) και η συγγενής ανεπάρκεια ενζύμων σύνθεσης T₃, T₄.^{33,79} Ο επίκτητος υποθυρεοειδισμός προκαλείται λόγω της αφαίρεσης του θυρεοειδούς αδένου, της υποθαλαμικής ανεπάρκειας TRH, της υποφυσιακής ανεπάρκειας TSH, της χρόνιας λεμφοκυτταρικής θυρεοειδίτιδας του Hashimoto, από χρήση βρογχοκηλογόνων ουσιών (προπυουθειουρακίλη, μεθιμαζόλη) ή μετά από χρήση I 131.

Οι ασθενείς που πάσχουν από υποθυρεοειδισμό εμφανίζουν γενικευμένη κόπωση, αύξηση σωματικού βάρους, σωματική και πνευματική νωθρότητα, κατάθλιψη, μειωμένη ανοχή στο κρύο, βρόγχο φωνής, βρογχοκήλη, δυσκοιλιότητα, βραδυκαρδία, υπέρταση, καρδιομεγαλία, περικαρδίτιδα, στηθάγχη. Επίσης ενδέχεται να έχουν πρόσωπο ψυχρό με γενικευμένη πάχυνση υποδόριου ιστού, οίδημα στα βλέφαρα, πορφυρά χείλη, ερύθημα στα ζυγωματικά, ξηρό τρίχωμα και αραίωση των τριχών. Συμπτώματα επίσης αποτελούν η κόπωση, το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα, η βραδεία επάνοδος των τενόντιων αντανακλαστικών, οι αρθραλγίες, οι μυαλγίες, η μυϊκή δυσκαμψία ή ακόμη και η σιδηροπενική αναιμία.

Η πιο συχνή μορφή υποθυρεοειδισμού με συνοδό βρογχοκήλη είναι η χρόνια λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα του Hashimoto. Είναι μια αυτοάνοσος νόσος και μπορεί να συνυπάρχει σύνδρομο Sjogren, κακοήθης αναιμία, συστηματικός ερυθματώδης λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, σακχαρώδης διαβήτης και επινεφριδιακή ανεπάρκεια. Αρχικά ο ασθενής εμφανίζει αύξηση TSH στον ορό με φυσιολογικές T₄ και T₃. Με το χρόνο ελαττώνεται αρχικά η T₄ και κατόπιν και η T₃.

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων εξαρτάται από τη διάρκεια και τη σοβαρότητα του υποθυρεοειδισμού. Ο ασθενής με παραμελημένο υποθυρεοειδισμό συνήθως παρουσιάζει βραχνάδα, δυσαρθρία, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, οίδημα χωρίς εντύπωμα και με το χαρακτηριστικό προσωπείο. Πολλοί ασθενείς παρά ταύτα προσέρχονται στο γιατρό με συμπτώματα όχι τόσο εμφανή της νόσου όπως κατάθλιψη, αύξηση σωματικού βάρους, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα ή συμπτώματα ισχαιμικής καρδιοπάθειας.^{78,79}

10.9 Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μεταβολική ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση της συγκέντρωσης του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και από



διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης, των λιπιδίων και των πρωτεϊνών, είτε ως αποτέλεσμα ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης είτε λόγω ελάττωσης της ευαισθησίας των κυττάρων του σώματος στην ινσουλίνη.⁸⁰ Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που εκκρίνεται από το πάγκρεας και είναι απαραίτητη για τη μεταφορά της γλυκόζης που λαμβάνεται από τις τροφές, μέσα στα κύτταρα. Όταν

το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη ή η ινσουλίνη που παράγει δεν δρα σωστά, τότε η γλυκόζη που λαμβάνεται από τις τροφές δεν εισέρχεται στα κύτταρα ώστε να έχουν την απαραίτητη ενέργεια για τη λειτουργία τους και παραμένει στο αίμα με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων της και άρα την εκδήλωση της νόσου.⁶⁴

10.9.α Τύποι Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης διακρίνεται σε τρεις κύριες κατηγορίες:

α) Ινσουλινοεξαρτώμενος ή διαβήτης τύπου I

Χαρακτηρίζεται από καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, τα οποία είναι υπεύθυνα για την παραγωγή της ινσουλίνης, με αποτέλεσμα να υπάρχει ολική έλλειψη ή ελάχιστη έκκριση ινσουλίνης. Υπό αυτή την έννοια, ο ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I είναι απόλυτα εξαρτημένος από τη εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης προκειμένου τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα του να διατηρηθούν σε φυσιολογικά επίπεδα.³³ Ο τύπος αυτός αποτελεί την κυριότερη αιτία διαβήτη σε παιδιά, μπορεί όμως να προσβάλλει και τους ενήλικες.³⁷

β) Μη ινσουλινοεξαρτώμενος ή διαβήτης τύπου II

Η μορφή αυτή αποτελεί τη συνηθέστερη των τριών (περίπου το 80% του συνόλου των διαβητικών). Στα άτομα αυτά, το πάγκρεας παράγει λιγότερη ινσουλίνη απ' αυτή που χρειάζεται ο οργανισμός τους με αποτέλεσμα την αυξημένη τιμή του σακχάρου στο αίμα.⁸⁰

Ο τύπος αυτός σχετίζεται στενά με την παχυσαρκία και προσβάλλει ανθρώπους ασχέτως ηλικίας, κυρίως ενήλικες, αλλά με την άνοδο της συχνότητας της παχυσαρκίας στα παιδιά βλέπουμε τα τελευταία χρόνια να εμφανίζεται και αυτή η μορφή του διαβήτη στα παχύσαρκα παιδιά.

γ) Διαβήτης κύησης

Πρόκειται για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (δεν συμπεριλαμβάνονται στον ορισμό γυναίκες με διαγνωσμένο διαβήτη πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης). Ο τύπος αυτός μοιάζει με το διαβήτη τύπου II ως προς την ελαττωμένη έκκριση ινσουλίνης και την ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη. Σήμερα είναι γνωστό ότι ο διαβήτης κύησης εμφανίζεται στο 3-5% των κυήσεων και συσχετίζεται με την παχυσαρκία (δηλαδή η παχύσαρκα γυναίκα έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσει διαβήτη κύησης και επιπλέον έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει αργότερα στη ζωή της μόνιμα διαβήτη τύπου II).³⁵ Ο διαβήτης κύησης είναι αναστρέψιμη νόσος, η οποία υποχωρεί μετά τον τοκετό, συνδέεται όμως με περιγεννητικές επιπλοκές και

προβλήματα στην υγεία μητέρας και νεογνού. Τα νεογνά από μητέρες με διαβήτη κύησης κινδυνεύουν στην μετέπειτα ζωή τους να αναπτύξουν παχυσαρκία και δυνητικά διαταραχή ανοχής γλυκόζης ή ακόμη και σακχαρώδη διαβήτη.^{35,76,80}

10.9.β Συμπτώματα

Στα αρχικά στάδια της νόσου συνήθως δεν εμφανίζονται καθόλου συμπτώματα και μάλιστα μπορεί ακόμη και για χρόνια μετά την εκδήλωση της νόσου ένας ασθενής να μην έχει αντιληφθεί ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Στον διαβήτη τύπου I, η νόσος συνήθως εισβάλλει απότομα και συχνά η πρώτη εκδήλωσή της μπορεί να είναι η ανάπτυξη διαβητικής κετοξέωσης, με ναυτία, εμετό, κοιλιακό πόνο και απώλεια συνείδησης. Στον διαβήτη τύπου II, η νόσος εισβάλλει βαθμιαία, η συμπτωματολογία λείπει τελείως και ο ασθενής αισθάνεται υγιής.^{64,80}

Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι η πολυδιψία (έντονη δίψα), η πολουρία (και ειδικότερα κατά τις βραδινές ώρες), η πολυφαγία, η οποία όμως συνοδεύεται από απώλεια και όχι από αύξηση βάρους (εξαιτίας της ανικανότητας των κυττάρων να προσλάβουν γλυκόζη), ο κνησμός, η συχνή εξάντληση χωρίς ιδιαίτερη σωματική δραστηριότητα, η δυσκολία επούλωσης των πληγών και τέλος οι συχνές φλεγμονές και λοιμώξεις.⁸⁰

Κεφάλαιο 11^ο

11.1 Στρες – Άγχος

Η προσπάθεια ορισμού της έννοιας του στρες στην επιστήμη (ιατρικά, ψυχολογία) δεν είναι εύκολη. Συχνά χρησιμοποιήθηκαν για το στρες ποικίλοι ορισμοί: λειτουργικοί, περιγραφικοί κ.α., καθώς αποτελεί μια ευρύτατη, αλλά και δύσκολα προσδιοριζόμενη έννοια.

Το στρες έχει γίνει αντιληπτό κατά τρεις κυρίως τρόπους. Η πρώτη προσπάθεια ορισμού περιγράφει το στρες ως εξαρτημένη μεταβλητή, ως αντίδραση, δηλαδή, του ατόμου σε ένα αρνητικό ερέθισμα. Στρες είναι η ψυχολογική και η σωματική αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα.

Η δεύτερη ομάδα ερευνητών περιγράφει το στρες ως μια ανεξάρτητη μεταβλητή. Το στρες ορίζεται ως χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος που επηρεάζει τα άτομα. Σύμφωνα με τους οποίους υπάρχουν τέσσερις κύριοι τύποι στρεσογόνων ερεθισμάτων:

- α) τα οξέα, χρονικά περιγεγραμμένα ερεθίσματα (π.χ. ο έλεγχος από έναν τροχονόμο),
- β) ερεθίσματα σε διαδοχή (π.χ. η απώλεια της εργασίας με ό,τι την ακολουθεί),
- γ) οι χρόνιοι, περιοδικοί στρεσογόνοι παράγοντες (π.χ. οι εξετάσεις) και
- δ) οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες (π.χ., το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο).⁸¹

Η τρίτη προσπάθεια ορισμού του στρες το περιγράφει ως μια διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα ερεθίσματα όσο και τις αντιδράσεις. Η μεγάλη αξία της θεωρίας αυτής έγκειται στο ότι αποδέχεται την ύπαρξη και μιας άλλης διάστασης, αυτής της αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Η διαδικασία που αναπτύσσεται μεταξύ ανθρώπου και περιβάλλοντος, περιλαμβάνει μια σειρά συνεχών αλληλεπιδράσεων και προσαρμογών, όπου το κάθε μέρος επιδρά στο άλλο, αλλά και δέχεται επιδράσεις σε μια συνεχή διαλεκτική. Έτσι «στρες» δεν είναι μόνο τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, ούτε μόνο οι αντιδράσεις του ατόμου. Είναι μάλλον το αποτέλεσμα της ενεργητικής επαφής του ατόμου με το περιβάλλον του.

Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκε και το μοντέλο για το στρες του Hobfoll (1989). Η θεωρία για τη διατήρηση των πόρων, όπως είναι γνωστή, στηρίζεται σε μία και μόνο αρχή: τα άτομα προσπαθούν να αποκτήσουν, να διατηρήσουν και να προστατεύσουν



ό,τι εκτιμούν (διαθέσιμα – πόρους) ή ό,τι θεωρούν ότι λειτουργεί ως μέσο για την απόκτηση και τη διατήρηση όσων εκτιμούν. Κατά συνέπεια στρες προκύπτει, όταν τα διαθέσιμα απειλούνται ή χάνονται ή όταν δε λαμβάνει χώρα η αναμενόμενη αύξησή τους μετά από αντίστοιχη επένδυση. Σύμφωνα με τη θεωρία υπάρχουν τέσσερα είδη διαθέσιμων: αντικείμενα (π.χ. σπίτι, αυτοκίνητο), συνθήκες (π.χ. σταθερός γάμος, σίγουρη εργασία), προσωπικά χαρακτηριστικά (π.χ. έλεγχος, υψηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική

επιδεξιότητα) και ενέργειες (π.χ. γνώση, ασφάλεια, αξιοπιστία). Επίσης η θεωρία προβλέπει ότι η προστασία ή ο περιορισμός της απώλειας των πόρων αποτελούν και αυτά άλλες μορφές διαθέσιμων (για παράδειγμα, η κοινωνική υποστήριξη είναι ένα διαθέσιμο, εφόσον μπορεί να «προστατεύσει» το διαθέσιμο της αυτοεκτίμησης). Αν τα διαθέσιμα χαθούν ή απειληθούν έντονα, το άτομο πλήττεται και αυξάνει η ευπάθειά του απέναντι στις πηγές του στρες. Αν απολεσθούν κάποιοι αρχικοί πόροι και δεν μπορεί το άτομο να τους αναπληρώσει, αν επισυμβούν νέες απώλειες, χωρίς το άτομο να έχει ανασυνταχθεί, ή εάν η απώλεια των πόρων είναι πολύ μεγάλη, τότε αυξάνονται οι κύκλοι της απώλειας και η έντονη έκθεση του ατόμου στο στρες.¹⁹

Η θεωρία του Hobfoll φαίνεται να μεταγράφει τη θεωρία της λειτουργικής μάθησης του Skinner με έναν πιο μοντέρνο τρόπο. Τα διαθέσιμα μπορούν να εννοηθούν ως οι «ενισχύσεις» της λειτουργικής μάθησης, ενώ η απώλειά τους σημαίνει τη στέρηση του ατόμου από γενικευμένους ενισχυτές. Επίσης η απώλεια εκθέτει το άτομο σε αρνητικές συνέπειες, δηλαδή, σε μια μορφή «πόνου», η αποφυγή του οποίου αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές ενίσχυσης. Έτσι το στρες μπορεί να θεωρηθεί ως το αποτέλεσμα της απώλειας των πηγών ενίσχυσης του ατόμου, καθώς και των μαθημένων τρόπων απόκτησης των ενισχυτών αυτών.

Στο σημείο αυτό είναι αναγκαίο, πριν προχωρήσουμε, να κάνουμε μία διάκριση μεταξύ των όρων «στρες» και «άγχος», οι οποίες συχνά συγχέονται ή και χρησιμοποιούνται ως συνώνυμες. Ο όρος «στρες» αναφέρεται στη διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα στρεσογόνα ερεθίσματα όσο και τις ψυχικές, σωματικές και

κοινωνικές αντιδράσεις του ατόμου. Ο όρος «άγχος» αναφέρεται στη σχετική ψυχική διάθεση και μόνο, στην αντίδραση, δηλαδή, του ατόμου σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες.

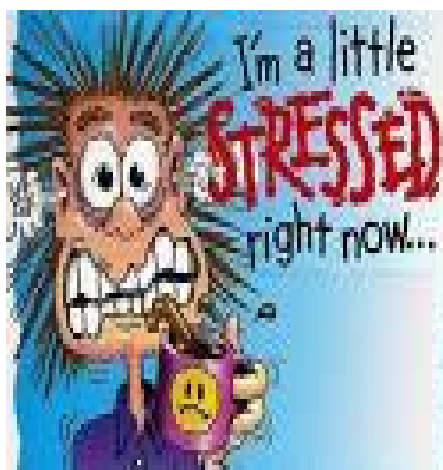
Ένα άτομο στην επαφή του με ένα ερεθίσμα κρίνει κατά πόσο αυτό είναι «άσχετο» (δεν το αφορά), «θετικό» ή «στρεσογόνο». Αυτή η διαδικασία αξιολόγησης των συνθηκών ονομάζεται γνωστική αξιολόγηση (ή εκτίμηση). Τρία είδη γνωστικής εκτίμησης μπορούν να ξεκινήσουν τη διαδικασία στρες: η αντίληψη ζημίας, η αντίληψη απειλής ή η αντίληψη πρόκλησης. Οι διαφορές μεταξύ τους είναι σημαντικές, εφόσον καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα αντιδράσει στη στρεσογόνο κατάσταση. Η «ζημία» αναφέρεται σε ζημιές ή απώλειες που έχουν ήδη συντελεσθεί, η «απειλή» στην πιθανότητα ζημίας και η «πρόκληση» στην πιθανότητα σημαντικού κέρδους, έστω και κάτω από δύσκολες συνθήκες.

Η διαδικασία της γνωστικής αξιολόγησης χωρίζεται σε δύο φάσεις: την πρωτογενή αξιολόγηση και τη δευτερογενή. Κατά την πρωτογενή αξιολόγηση το άτομο καλείται να δώσει απάντηση στο ερώτημα εάν αυτό που του συμβαίνει εί αι κάτι «κακό». Οι πιθανές απαντήσεις είναι «αυτίο που συμβαίνει είναι άσχετο, δεν με αφορά», «είναι καλό», «είναι στρεσογόνο (ζημία, κίνδυνος, πρόκληση)». Εάν η κατάσταση ή το γεγονός κριθεί ως στρεσογόνο, τότε ακολουθεί η δευτερογενής αξιολόγηση, κατά την οποία κρίνονται οι προσωπικές ικανότητες και οι διαθέσιμες ικανότητες εκείνης της στιγμής. Η δευτερογενής αξιολόγηση, όμως, δεν ακολουθεί κατ' ανάγκη χρονικά την πρωτογενή. Για παράδειγμα, ένα γεγονός μπορεί να κριθεί ως στρεσογόνο (πρωτογενής αξιολόγηση), αφού όμως έχουν ήδη αξιολογηθεί οι ικανότητες του ατόμου ως ανεπαρκείς; Για να το ξεπεράσει (δευτερογενής αξιολόγηση).^{19,81}

Οι διαφορές που παρατηρούνται στο βαθμό στρες οφείλονται σε αυτή ακριβώς τη γνωστική διαδικασία, που μεσολαβεί μεταξύ ερεθίσματος και αντίδρασης. Ανάλογα με το πόσο σημαντικό κρίνει το άτομο αυτό που διακυβεύεται, το βαθμό του κινδύνου και την αντίληψή του για τις δικές του ικανότητες, παράγεται και ο αντίστοιχος βαθμός στρες. Η διαδικασία της γνωστικής εκτίμησης επηρεάζεται ταυτόχρονα τόσο από παράγοντες που αναφέρονται στο περιβάλλον όσο και από παράγοντες που αναφέρονται στο ίδιο το άτομο.

Ιδιαίτερος ενδιαφέρουσα είναι η θέση του Pearlin για το στρες. Υποστηρίζει ότι το στρες είναι άμεσα συνδεδεμένο με το κοινωνικό περιβάλλον στο ο[ποίο ζούμε: η κοινωνική και η οικονομική τάξη που ανήκει κανείς, η φυλή, η εθνότητα, το φύλο, η ηλικιακή ομάδα επιβάλλουν τις δικές τους ιδιαίτερες πηγές στρες. Το κοινωνικό

στρες είναι αποτέλεσμα του ότι κάθε άτομο κατέχει συγκεκριμένες θέσεις και ρόλους επαγγελματικούς, οικογενειακούς και άλλους. Συνεπώς υποχρεώνεται σε μια σειρά σχέσεων και αλληλεπιδράσεων με άλλα άτομα που έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, κίνητρα, επιδιώξεις και ανάγκες. Το στρες, με άλλα λόγια, είναι αναπόφευκτο και η απαρχή του βρίσκεται στην ίδια την κοινωνία με τους νόμους και τους αναγκαίους περιορισμούς της. Ο Pearlin υποστηρίζει ότι πέρα από τις ατομικές διαφορές ως προς τον τρόπο αντίληψης και αντίδρασης στα στρεσογόνα ερεθίσματα υπάρχουν ομάδες ατόμων που μετέχουν μιας ορισμένης κοινής «δεξαμενής» που περιλαμβάνει όμοια σε είδος στρεσογόνα ερεθίσματα. Για παράδειγμα, όλες οι εργαζόμενες μητέρες καλούνται να αντιμετωπίσουν ορισμένα (κοινά για την ομάδα αυτή) στρεσογόνα ερεθίσματα, που οι μη εργαζόμενες μητέρες δεν αντιμετωπίζουν.



Παρόμοια η Thoits (1991) ισχυρίζεται πως πέρα από τα «κοινά» στρεσογόνα ερεθίσματα, που μπορεί να αφορούν τον καθένα (π.χ., ο θάνατος), υπάρχουν και ερεθίσματα που είναι μοναδικά για κάθε μια κοινωνική ομάδα (π.χ., το βάρος της κοινωνικής καταπίεσης δεν υφίσταται για τους οικονομικά και κοινωνικά ισχυρούς). Έτσι, κάθε ανθρώπινο ον μπορεί να γίνει μάρτυρας μιας σειράς στρεσογόνων ερεθισμάτων κοινών για όλο το ανθρώπινο είδος, αλλά και κάποιων μοναδικών, ανάλογα με την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει. Κατά την Thoits έννοια κλειδί για τον εντοπισμό των πηγών στρες; Για κάθε άτομο είναι οι ρόλοι – ταυτότητες των οποίων τα άτομα είναι φορείς. Ως ρόλοι – ταυτότητες εννοούνται οι τρόποι αντίληψης του εαυτού ως τμήμα του κοινωνικού γίνεσθαι (π.χ., «είμαι... πατέρας... σύζυγος, ...μέλος οργάνωσης..., επαγγελματίας» κ.λπ.). Οι ρόλοι αυτοί προσδίδουν στο άτομο μια υπαρξιακή ταυτότητα (π.χ. του πατέρα) καθώς και μια σειρά κανόνων συμπεριφοράς.⁸⁴ Όταν το άτομο εκπληρώνει τις απαιτήσεις του ρόλου - ταυτότητας ενισχύει την αυτοεκτίμησή του. Όταν αποτυγχάνει, μειώνεται η αυτοεκτίμηση και αυξάνεται το στρες. Κάθε άτομο κατέχει μια σειρά τέτοιων ταυτοτήτων, που είναι μάλιστα διαρθρωμένες κατά τρόπο ιεραρχικό. Τα γεγονότα (θετικά ή αρνητικά) στο βαθμό που θίγουν αυτούς τους ρόλους – ταυτότητες και αλληλεπιδρούν με τις δικές μας αντιλήψεις γι' αυτούς, είναι οι πραγματικές πηγές στρες. Μάλιστα οι Gruen, Folkman και Lazarus (1988) έδειξαν ότι τα «κεντρικά» καθημερινά προβλήματα,

όπως αυτά αξιολογούνται από τα άτομα, είχαν να κάνουν με τους ρόλους και τις δεσμεύσεις των ατόμων αυτών.⁸²

Για την αξιολόγηση των πηγών στρες χρησιμοποιήθηκαν κατά κύριο λόγο μέχρι στιγμής κατάλογοι με «γεγονότα ζωής» και «καθημερινές προστριβές». Τα «γεγονότα ζωής» είναι σοβαρά γεγονότα που μπορούν να συμβούν σχετικά σπάνια στη ζωή ενός ατόμου (π.χ., θάνατος, εγκληματική βία, χωρισμός, απώλεια εργασίας κ.λπ.). Κατά τους Dohrenwend και Dohrenwend (1969) είναι τα γεγονότα που διακόπτουν ή απειλούν να διακόψουν τις συνήθεις δραστηριότητες του ατόμου. Η πρώτη λίστα τέτοιων γεγονότων ήταν η περίφημη Social Readjustment Rating Scale των Holmes και Rahe (1967). Περιελάμβανε 43 γεγονότα, σε κάθε ένα από τα οποία αντιστοιχούσε συγκεκριμένος αριθμός «μονάδων αλλαγής» (ένα είδος αντικειμενικού συντελεστή βαρύτητας κάθε γεγονότος). Κύρια υπόθεση ήταν ότι η αλλαγή που τα γεγονότα ζωής επιφέρουν ευθύνεται για τα προβλήματα υγείας. Κατοπινές έρευνες έδειξαν ότι από τη δεξαμενή των γεγονότων ζωής εκείνα που σχετίζονται περισσότερο με την υγεία είναι κυρίως τα «υποκειμενικά ανεπιθύμητα» γεγονότα.

Οι «καθημερινές προστριβές» είναι προβλήματα της καθημερινής ζωής, τα οποία συμβαίνουν μάλλον συχνά και είναι πιθανό να έχουν μεγάλη διάρκεια (π.χ. προβλήματα σχέσεων, οικονομικές δυσκολίες, θέματα σπουδών, περιβαλλοντικά προβλήματα κ.λπ.). Σύμφωνα με την έρευνα, η συσχέτιση των προστριβών με την υγεία είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με τα γεγονότα ζωής.⁸³

11.2 Εργασιακό στρες

Το εργασιακό στρες είναι μια μορφή χρόνιου στρες. Όποιος υποφέρει από εργασιακό στρες εκτός από το ότι παρουσιάζει τα κλασικά σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα του στρες, νιώθει ότι οι απαιτήσεις της εργασίας του ξεπερνούν τις δυνατότητές του ή του προκαλούν υπερβολικό άγχος και ανησυχία.

Πιθανοί στρεσογόνοι παράγοντες στην εργασία μπορεί να είναι:

- (α) η δομή και το είδος των καθηκόντων, οι συνθήκες εργασίας ή τα προσόντα του εργαζομένου,
- (β) οι συνθήκες συνεργασίας και επικοινωνίας και
- (γ) η οργάνωση της εργασίας, με κύριους παράγοντες, την έλλειψη πληροφοριών για επικείμενες αλλαγές, τον ανεπαρκή έλεγχο των καταστάσεων ή την αδυναμία επίλυσης συγκρούσεων.^{19,81}

Όταν ο εργαζόμενος αποτυγχάνει επανειλημμένα να αντιμετωπίσει το εργασιακό στρες, μπορεί να οδηγηθεί στην επαγγελματική κόπωση ή εξουθένωση (στα αγγλικά burnout). Πρόκειται για μια κατάσταση που διαφέρει από το στρες. Είναι ένα πολυδιάστατο ψυχολογικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης. Συνήθως εμφανίζεται μετά από μακροχρόνια παραμονή σε ιδιαίτερα απαιτητικά εργασιακά περιβάλλοντα, τα οποία επιφέρουν συχνές απογοητεύσεις και οδηγούν σταδιακά σε απώλεια ενδιαφέροντος για το εργασιακό αντικείμενο και στην ακύρωση των φιλοδοξιών των εργαζομένων. Ο εργαζόμενος μπορεί να αποδυναμωθεί ψυχικά και βιώσει αισθήματα κενού και μόνιμης κόπωσης. Να απολέσει τη διάθεση για εργασία και ακόμα να παραβλέψει τη σημασία της για τους εξυπηρετούμενους. Έτσι αποποιείται τις ευθύνες του και αδιαφορεί για την επιτυχή διεκπεραίωση των καθηκόντων του.⁸²

Γενικά τα επαγγέλματα που έχουν υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις οδηγούν σε έντονο άγχος και υψηλό κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης. Για πολλά χρόνια πιστεύαμε ότι μόνο οι υπηρεσίες που έχουν ως αντικείμενο τον άνθρωπο (κοινωνικοί λειτουργοί, δάσκαλοι, αστυνομικοί, νοσοκόμοι κ.λπ.) κινδυνεύουν από επαγγελματική εξουθένωση. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια αποδεικνύεται ότι κάθε εργαζόμενος μπορεί να απομακρυνθεί ψυχολογικά από το αντικείμενο της εργασίας του και να νιώσει εξάντληση.

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει πολλές επιπτώσεις στο άτομο, στην κοινωνία και στην οικονομία. Οδηγεί σε πιθανή αλλαγή επαγγέλματος, στη μείωση της παραγωγικότητας, στην αύξηση του κόστους παραγωγής, σε συχνές απουσίες και ασθένειες, στην αύξηση των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων, στον κίνδυνο της ανεργίας κ.α. Επίσης προκαλεί προβλήματα σωματικά (διαταραχές ύπνου και διατροφής, πονοκεφάλους, στομαχικά έλκη, καρδιακές ασθένειες), ψυχολογικά (κατάθλιψη, φοβίες, επιθετικότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα αποτυχίας, δυσκολίες συγκέντρωσης) και συμπεριφοράς (κατάχρηση αλκοόλ, καφέ, νικοτίνης, διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις).

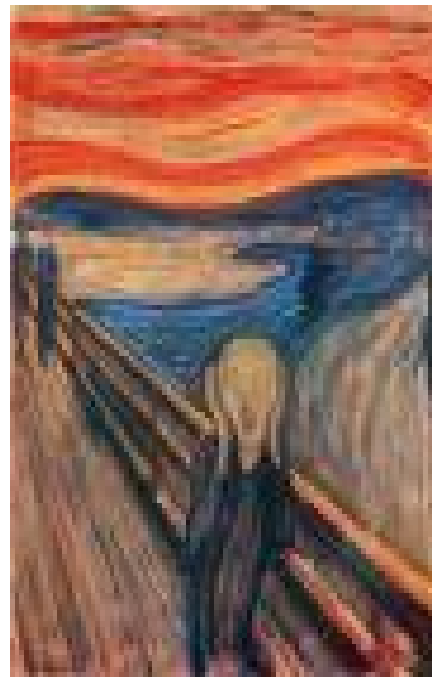
Σύμφωνα με μία έρευνα του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Εργασίας, η οποία αφορούσε σε 15.800 εργαζόμενους σε όλη την Ευρώπη, τα συνηθέστερα προβλήματα υγείας που συνδέονται με την εργασία είναι οι πόνοι στην πλάτη, η εμφάνιση στρες και διάφοροι μυοσκελετικοί πόνοι στα πόδια και τα χέρια.⁸⁴

Στα αρχικά στάδια η απομάκρυνση από την εργασία, η ξεκούραση και η αλλαγή περιβάλλοντος βοηθά στη βελτίωση της

κατάστασης του εργαζομένου. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως χρειάζεται η βοήθεια ειδικού.

Η προληπτική ψυχική υγιεινή βοηθά στην ευκολότερη αντιμετώπιση της επαγγελματικής κόπωσης, καθώς:

- Η επιβολή ορίων, η συναισθηματική αποστασιοποίηση, η διεκδικητική συμπεριφορά, η βελτίωση της επικοινωνίας, η εποπτεία και οι ευχάριστες δραστηριότητες (εκδρομές, διασκέδαση, χόμπι κ.α.) είναι τα αποτελεσματικότερα «εμβόλια».
- Η συνολική βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του εργαζομένου τον βοηθά να αποδεχθεί τα δομικά προβλήματα της εργασίας του που δεν μπορούν να αλλάξουν ή αλλάζουν δύσκολα.



- Οι ευαισθητοποιημένοι εργοδότες κατανοούν πως η ενημέρωση και τα ομαδικά συμβουλευτικά προγράμματα μπορούν να κάνουν τους εργαζόμενους πιο ευτυχισμένους και να μειώσουν το μεγάλο κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης.^{82,83}

Ερευνητικό Μέρος

Εισαγωγή ερευνητικού μέρους

Σκοπός της έρευνας ήταν να γίνει γνωστή η στάση και η συμπεριφορά των οδηγών ταξί έναντι των θεμάτων υγείας. Πιο συγκεκριμένα οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν αρχικά σε ερωτήσεις που αφορούσαν το κάπνισμα, τις διατροφικές τους συνήθειες και τη χρήση αλκοόλ. Στη συνέχεια απάντησαν σε ερωτήσεις που αφορούσαν το υγειονομικό τους προφίλ ώστε να διαπιστωθούν τυχόν ασθένειες και προβλήματα υγείας από τα οποία έπασχαν είτε σε φυσιολογικό επίπεδο είτε σε ψυχολογικό.

Κεφάλαιο 12^ο

12.1 Σκοπός έρευνας

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε για να εξετάσουμε ποια είναι η υγεία των οδηγών ταξί στην χώρα μας, ποιες οι διατροφικές τους συνήθειες και πως βιώνουν την καθημερινότητά τους. Η έρευνα έγινε επειδή αποτελούν έναν επαγγελματικό τομέα όπου μέχρι σήμερα δεν έχουν ερευνηθεί για τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάζει και πιο συγκεκριμένα για το υγειονομικό του προφίλ. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της συμπεριφοράς των οδηγών ταξί απέναντι σε θέματα υγείας όπως είναι η διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ, οι νόσοι που τυχόν παρουσιάζουν, το εργασιακό άγχος που τους καταβάλλει και γενικά όλα όσα σχετίζονται με την υγεία τους και την καθημερινότητα τους. Παράλληλα διερευνάται η στάση τους απέναντι σε ένα πρόγραμμα πρόληψης, με κύριο στόχο μας το υγειονομικό τους προφίλ.

Η έρευνα επικεντρώνεται:

- Στη συμπεριφορά των οδηγών ταξί στην καθημερινότητα τους και στα προβλήματα υγείας που παρουσιάζουν.
- Στις γενικότερες ανάγκες των ερωτηθέντων οδηγών

12.2 Υποθέσεις

Βασικές υποθέσεις της έρευνας ήταν:

- Οι οδηγοί taxi αντιμετωπίζουν προβλήματα σε σχέση με την υγεία τους. Οι διατροφικές τους συνήθειες επηρεάζουν την υγειονομική τους κατάσταση.
- Υπάρχει ανάγκη δημιουργίας και λειτουργίας προγράμματος που να στοχεύει στην μείωση ή και την πρόληψη των προβλημάτων που παρουσιάζουν.

12.3 Πληθυσμός-Δείγμα έρευνας

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν οδηγοί ταξί των πόλων της Αθήνας και της Πάτρας. Η επιλογή των δύο πόλεων έγινε επειδή έχουν μεγάλο αριθμό ιδιωτικών ταξί και θα μπορέσουμε να έχουμε όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα αποτελέσματα. Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 606 οδηγοί ταξί. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από τρεις κύριους άξονες.

Στο 1^ο μέρος του ερωτηματολογίου καταγράφονται τα προσωπικά στοιχεία των ερωτηθέντων και το ωράριο τους. Στο 2^ο μέρος αφιερώσαμε δεκαοκτώ ερωτήσεις, ώστε να καταγραφούν οι διατροφικές τους συνήθειες και το υγειονομικό τους προφίλ. Το 3^ο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 36 ερωτήσεις κλειστού τύπου πολλαπλής επιλογής, όπου προσπαθούμε να αξιολογήσουμε το ατομικό ιστορικό των ερωτηθέντων σε σχέση με τα νοσήματα που παρουσιάζουν και το εργασιακό τους άγχος.

12.4 Η κυρίως έρευνα

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Οκτώβριο 2008 έως Φεβρουάριο 2009.

Οι ερευνήτριες ενημέρωσαν πρώτα τους προέδρους των σωματείων οδηγών ταξί των πόλεων Αθήνας και Πάτρας για τον σκοπό της έρευνας τους, για να μπορέσουν να τις διευκολύνουν, να τις βοηθήσουν και να έχουν την συγκατάθεση τους για την έρευνα. Κατόπιν απευθύνθηκαν προσωπικά στους οδηγούς ταξί, δίνοντάς τους το προς συμπλήρωση ερωτηματολόγιο μαζί με την σχετική ενημερωτική επιστολή.

Η προσωπική επαφή με τους ερωτηθέντες είχε ως αποτέλεσμα να δίνονται άμεσα επεξηγήσεις σε ερωτήματα τους αλλά και να επισημαίνουν ερωτήματα που είχαμε παραλείψει, αλλά και που θα επιθυμούσαν να ήταν στο ερωτηματολόγιο. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν στο τέλος της βάρδιας τον κάθε ερωτωμένου ή κατά την ώρα που έκαναν διάλλειμα, μια και δεν ήταν εφικτή η συμπλήρωση του εν ώρα εργασίας.

12.5 Η στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου έγιναν με το πρόγραμμα SPSS 15.0 και οι γραφικές απεικονίσεις με το Excell.

12.6 Παράθεση ερωτηματολογίου

Προφίλ Υγείας οδηγών Taxi

I. Προσωπικά στοιχεία

No: _____ Ημερομηνία: _____ Περιοχή: _____

1. Ηλικία: 20-30 (1) 31-40 (2) 41-50 (3) 51-60 (4) 61-70 (5) >71 (6)

2. Φύλο: Άνδρας (1) Γυναίκα (2)

3. Ύψος (cm): _____ 4. Βάρος (Kg) : _____

5. Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος (1) Άγαμος (2)

Διαζευγμένος (3) Χήρος (4)

6. Παιδιά : Κανένα (1) Ένα (2) Δύο (3) Τρία και άνω (4)

7. Φύλο παιδιών: Αγόρι/α (1) _____ Κορίτσι/α (2) _____

8. Μορφωτικό επίπεδο:

Αγράμματος (1) Απόφοιτος Δημοτικού (2)

Απόφοιτος Γυμνασίου (3) Απόφοιτος Λυκείου (4)

Απόφοιτος ΤΕΛ/ΤΕΕ/ΙΕΚ (5) Απόφοιτος ΤΕΙ (6)

Απόφοιτος ΑΕΙ (7) Μεταπτυχιακά, Διδακτορικά (8)

9. Μέσο Μηνιαίο Ατομικό Εισόδημα:

Χαμηλό (έως 1499 €) (1) Μεσαίο (1500-2499 €) (2)

Υψηλό (άνω των 2500€) (3) Δεν απαντώ (4)

10. Ώρες εργασίας/ημέρα: _____

11. Ημέρα (1) Νύχτα (2)

11. Η υγεία σας είναι:

Πολύ καλή (1) Καλή (2) Μέτρια (3) Κακή (4)

Κάπνισμα

12. Καπνιστής: Ναι (1) Όχι (2) Δεν απαντώ (3)
13. Υπήρξατε καπνιστής: Ναι (1) Όχι (2) Δεν απαντώ (3)
14. Έτη καπνίσματος; Λιγότερα από 5 (1) 5-10 έτη (2) <10 έτη (3)
15. Ποσότητα τσιγάρων/ημέρα: <10 (1) 10-20 (2) >20 (3)
16. Που συνήθως καπνίζετε;
- Στο δρόμο (1) Στο καφενείο (3) οπουδήποτε (5)
- Στο σπίτι (2) Στο taxi (4) Πουθενά (6)
17. Σε ποια ηλικία αρχίσατε να καπνίζετε; _____

Διατροφή

18. Πόσα γεύματα παίρνετε την ημέρα; Ένα (1) Δύο (2) Τρία (3)
19. Παίρνετε πρωινό; Ναι (1) Όχι (2) Δεν απαντώ (3)
20. Πόσους καφέδες πίνεις την ημέρα; _____
21. Πίνεις τον καφέ σου σε :
- Φλιτζανάκι (1) Κούπα (2) Ποτήρι (3) Πλαστικό (4)
22. Συνήθως τι καφέ πίνεις;
- Φραπέ/ Νες (1) Καπουτσίνο (2) Εσπρέσσο (3)
- Ελληνικό (4) Φρέντο (5) Γαλλικός (6)

Αλκοόλ

23. Πίνεις οινοπνευματώδη ποτά: Ναι (1) Όχι (2) Δεν απαντώ (3)
24. Ποιο συνήθως από τα παρακάτω οινοπνευματώδη καταναλώνεις:
- Μπύρα (1) Κρασί (2) Ούισκι (3) Τσίπουρο/Ούζο (4)
- Άλλο (5) Κανένα (6) Δεν απαντώ (7)
25. Συνήθως πίνω:
- καθημερινά (1) 1-2 φορές την εβδομάδα (2) Σπάνια (1-2 φορές/ μήνα) (3)
- Σαββατοκύριακα (4) πολύ σπάνια/ποτέ (5)
26. Πίνετε συνήθως :

Στο σπίτι (1) Σε μπαρ (2) Μόνος/η μου (3) Σε εστιατόριο (4)

Στο καφενείο (5) Στην εργασία (6) Όπου να ναι (7)

27. Πόσα ποτήρια αλκοόλ καταναλώνετε συνήθως καθημερινά;

Ένα (1) Δύο (2) Τρία ή παραπάνω (3)

Υγειονομικό Προφίλ

28. Έχετε προσπαθήσει στο παρελθόν να υιοθετήσετε κάποια υγιεινή συμπεριφορά;

Ναι (1) Όχι (2) Δεν απαντώ (3)

29. Επισκέπτεστε για ετήσιο τσεκ-απ το γιατρό σας;

Ναι (1) Όχι (2) Δεν απαντώ (3)

Ατομικό Ιστορικό

30. Νοσήματα

1	Έμφραγμα	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
2	Διαβήτης	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
3	Αρτηριακή Υπέρταση (πίεση)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
4	Υπερχοληστερολαιμία (χοληστερίνη)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
5	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
6	Παχυσαρκία	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
7	Καρκίνος εντέρου	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
8	Καρκίνος μαστού	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
9	Καρκίνος (άλλος)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
10	Ψυχικές διαταραχές	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
11	Βρογχικό άσθμα	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
12	Θυρεοειδοπάθεια	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
13	Ηπατική νόσος	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
14	Προστάτης	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)
15	Κιρσοκήλη	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> (1)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> (2)

31. Νοσήματα αίματος

- | | |
|--|--|
| 1. Σιδηροπενική αναιμία <input type="checkbox"/> | 3. Μεσογειακή αναιμία <input type="checkbox"/> |
| 2. Λευχαιμία <input type="checkbox"/> | 4. Αιμορροφιλία <input type="checkbox"/> |

32. Νοσήματα νευρικού συστήματος

1. Ημικρανία 3. Βαρηκοΐα
2. Διαταραχές όρασης 4. Επιληψία
33. Νοσήματα αναπνευστικού
1. Χρόνια ιγμορίτιδα 3. Χρόνια βρογχίτιδα
2. Πνευμονικό εμφύσημα 4. Άσθμα
34. Νοσήματα πεπτικού
1. Γαστρίτιδα 2. Κολίτιδα 3. Αιμορροΐδες 4. Έλκος 5. Άλλο
35. Νοσήματα δέρματος
1. Δερματίτιδα 2. Έκζεμα 3. Άλλο
36. Νοσήματα μυοσκελετικού
1. Οστεοαρθρίτιδα 2. Ρευματοειδής αρθρίτιδα
3. Οσφυαλγία (πόνος στη μέση) 4. Ισχιαλγία
5. Οστεοπόρωση 6. Άλλο
37. Χρήση φαρμάκων Ναι (1) Όχι (2) Δεν απαντώ (3)
38. Αισθάνεστε κακόκεφοι: Ναι (1) Όχι (2) Δεν απαντώ (3)
39. Αν ναι πόσο συχνά: Σπάνια (1/μήνα) (1) Μία φορά την εβδομάδα (2)
2 φορές/εβδομάδα (3) Κάθε ημέρα (4) Άλλο (5)
40. Και για ποιο λόγο: Λόγω πίεσης στην εργασία (1) Οικονομικοί (2)
Λόγοι υγείας (3) Οικογενειακοί λόγοι (4) Άλλο (5)
41. Αισθάνεστε ευερέθιστοι: Ναι (1) Όχι (2) Δεν απαντώ (3)
42. Αν ναι πόσο συχνά: Σπάνια (1/μήνα) (1) 1 φορά την εβδομάδα (2)
2 φορές την εβδομάδα (3) Κάθε ημέρα (4) Άλλο (5)
43. Και για ποιο λόγο: Λόγω πίεσης στην εργασία (1) Οικονομικοί (2)
Λόγοι υγείας (3) Οικογενειακοί λόγοι (4) Άλλο (5)
44. Αισθάνεστε κουρασμένοι: Ναι (1) Όχι (2) Δεν απαντώ (3)
45. Αν ναι πόσο συχνά: Σπάνια (1/μήνα) (1) Μία φορά την εβδομάδα (2)
2 φορές/εβδομάδα (3) Κάθε ημέρα (4) Άλλο (5)
46. Και για ποιο λόγο: Λόγω πίεσης στην εργασία (1) Οικονομικοί (2)
Λόγοι υγείας (3) Οικογενειακοί λόγοι (4) Άλλο (5)
47. Αισθάνεστε ασθενείς: Ναι (1) Όχι (2) Δεν απαντώ (3)

48. Αν ναι πόσο συχνά: Σπάνια (1/μήνα) (1) Μία φορά την εβδομάδα (2)
2 φορές/εβδομάδα (3) Κάθε ημέρα (4) Άλλο (5)

49. Και για ποιο λόγο: Λόγω πίεσης στην εργασία (1) Οικονομικοί (2)

Λόγοι υγείας (3) Οικογενειακοί λόγοι (4) Άλλο (5)

50. Ακολουθείτε φαρμακευτική αγωγή για κάποια/ες από τις προαναφερθείσες παθήσεις;

Ναι (1) Όχι (2) Δεν απαντώ (3)

51. Σε ποια ηλικία αρχίσατε την φαρμακευτική αγωγή;

>30 (1) 31-45 (2) 46-60 (3) 61-75 (4) 76< (5)

52. Αντιμετωπίζετε προβλήματα ύπνου (αϋπνίες, σηκώνεστε νωρίς και νιώθετε κόπωση, κοιμάστε λίγο, δυσκολία στο να κοιμηθείτε);

Καθόλου (1) Λίγο (2) Μέτρια (3) Πολύ (4) Πάρα πολύ (5)

53. Νιώθετε εκνευρισμό (επιθετικότητα, θυμό) , συγχύζεστε για μικροπράγματα;

Καθόλου (1) Λίγο (2) Μέτρια (3) Πολύ (4) Πάρα πολύ (5)

54. Αισθάνεστε άγχος (εσωτερική ένταση, δυσκολία χαλάρωσης);

Καθόλου (1) Λίγο (2) Μέτρια (3) Πολύ (4) Πάρα πολύ (5)

55. Κατά πόσο έχει ελαττωθεί η μυϊκή σας δύναμη (αίσθηση αδυναμίας);

Καθόλου (1) Λίγο (2) Μέτρια (3) Πολύ (4) Πάρα πολύ (5)

56. Αισθάνεστε κατάθλιψη (λυπημένος, μελαγχολικός, έτοιμος να βάλετε τα κλάματα);

Καθόλου (1) Λίγο (2) Μέτρια (3) Πολύ (4) Πάρα πολύ (5)

57. Αισθάνεστε μοναξιά (λυπημένος, μελαγχολικός, έτοιμος να βάλετε τα κλάματα);

Καθόλου (1) Λίγο (2) Μέτρια (3) Πολύ (4) Πάρα πολύ (5)

58. Πως απασχολείτε τις ελεύθερες ώρες σας;

Με φίλους/οικογένεια (1) Με κάποιο χόμπυ (2)

Με τον αθλητισμό (3) Κάτι άλλο _____(4)

59. Πώς κρίνετε τη σεξουαλική σας ζωή;

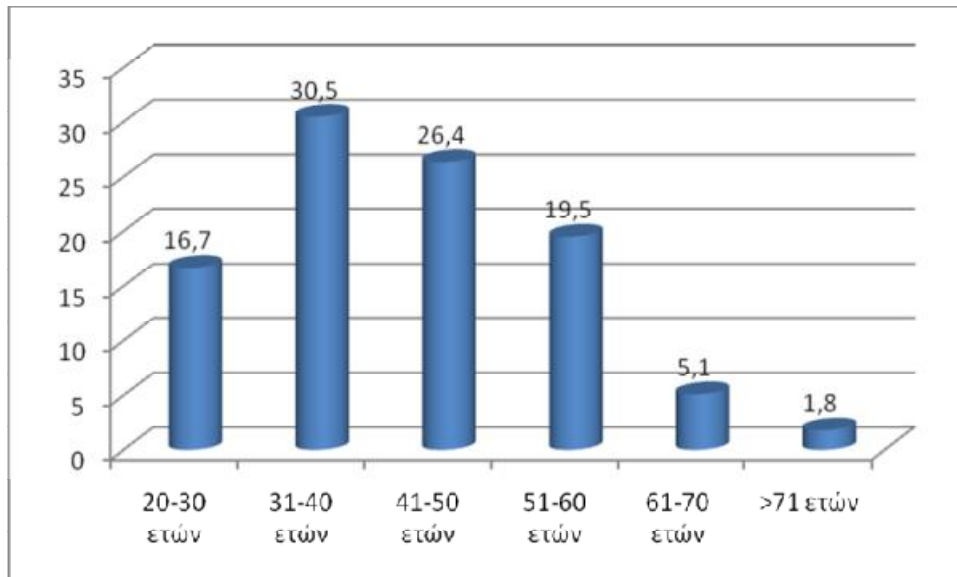
Α. Καλή β. Μέτρια γ. Μη ικανοποιητική δ. Δεν απαντώ

12.7 Αποτελέσματα

Μέρος ερωτήσεων: Προσωπικά στοιχεία

Ερώτ.1: Ηλικία οδηγών

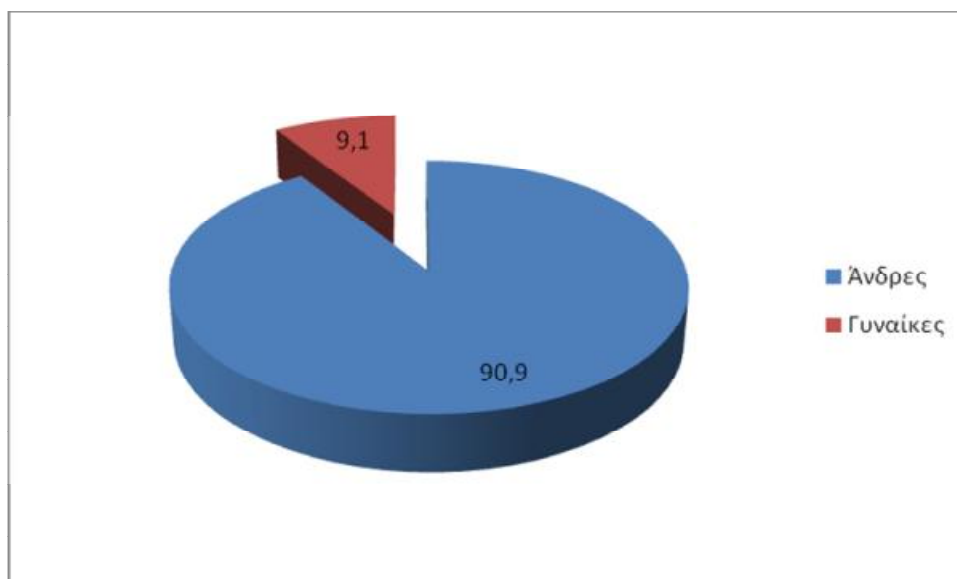
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
20-30 ετών	101	16,7	16,7
31-40 ετών	185	30,5	47,2
41-50 ετών	160	26,4	73,6
51-60 ετών	118	19,5	93,1
61-70 ετών	31	5,1	98,2
>71 ετών	11	1,8	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμπεριλαμβάνονται στην ηλικία των 31-40 ετών με ποσοστό 30,5%. Ακολουθούν τα άτομα ηλικίας 41-50 ετών με ποσοστό 26,4% και μεταξύ 51-60 ετών το 19,5%. Το υπόλοιπο ποσοστό μοιράζεται στις ηλικίες 20-30 ετών, 61-70 και πάνω από 71 ετών.

Ερώτ.2: Φύλο οδηγών

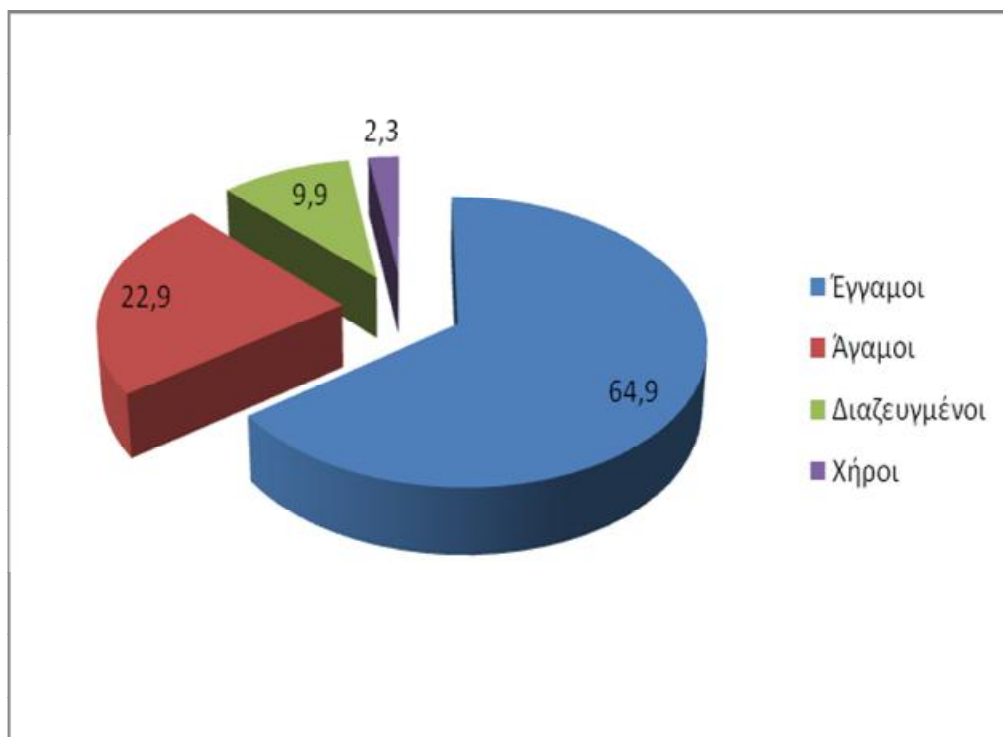
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Άνδρες	551	90,9	90,9
Γυναίκες	55	9,1	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν άντρες σε ποσοστό 90,9% γεγονός που δικαιολογείται διότι το επάγγελμα αυτό είναι αντρικό. Παρατηρούμε όμως ότι έχει αρχίσει να μυείται και ένα ποσοστό γυναικών 9,1% στους κόλπους αυτού του επαγγελματικού χώρου.

Ερώτ.5:Οικογενειακή κατάσταση οδηγών

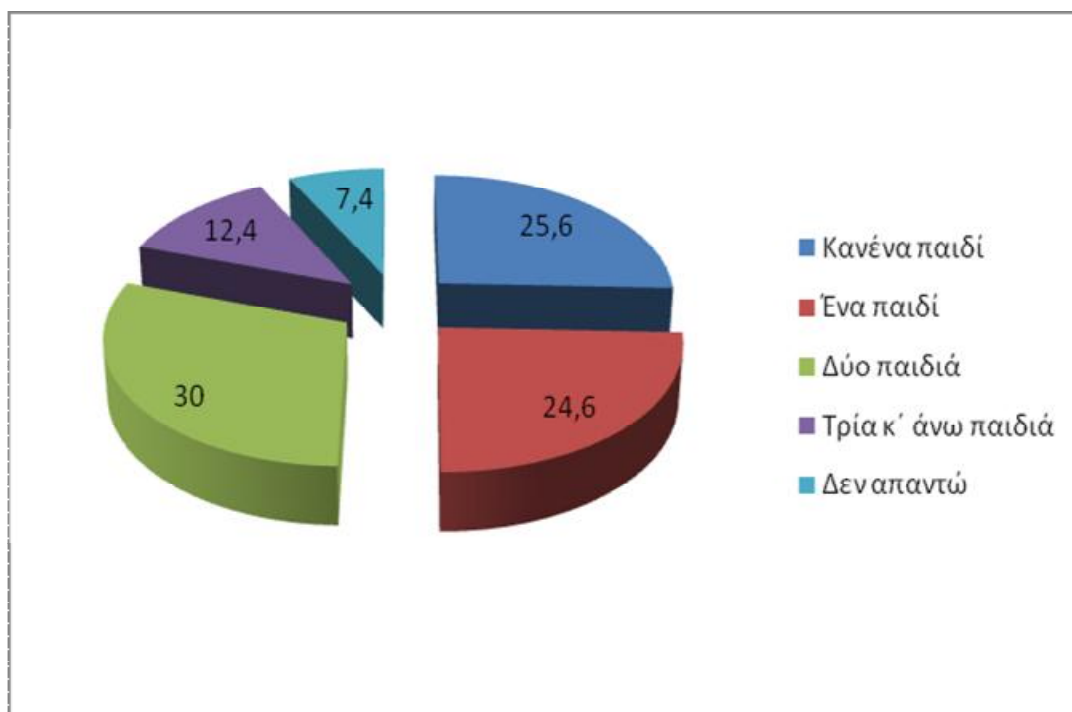
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Έγγαμοι	393	64,9	64,9
Άγαμοι	139	22,9	87,8
Διαζευγμένοι	60	9,9	97,7
Χήροι	14	2,3	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το 64,9% του ποσοστού των ερωτηθέντων οδηγών ταξί είναι έγγαμοι. Ακολουθούν οι άγαμοι με 22,9% και έπειτα με ποσοστό 9,9% και 2,3%, αντίστοιχα οι διαζευγμένοι και οι χήροι.

Ερώτ.6:Πόσα παιδιά έχουν

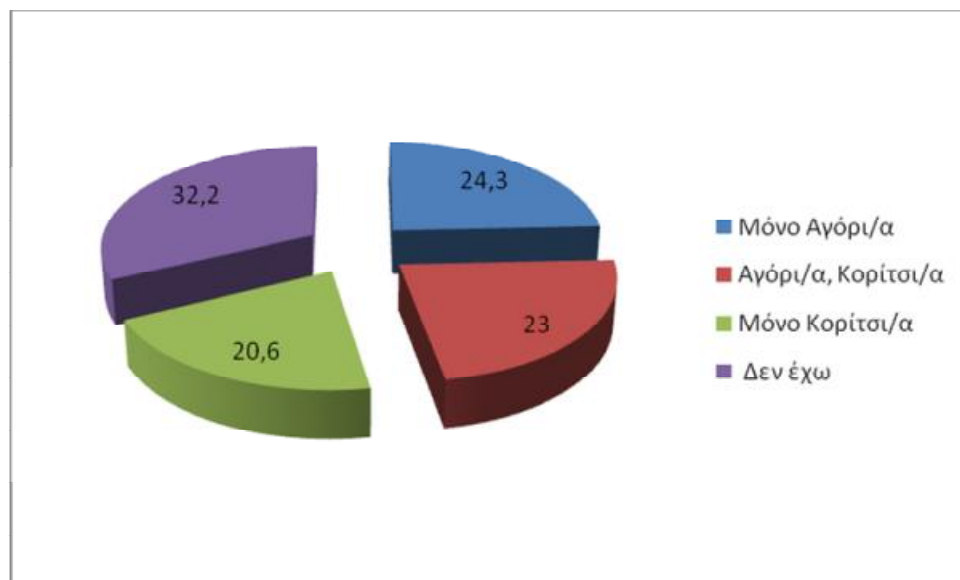
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Κανένα παιδί	155	25,6	27,6
Ένα παιδί	149	24,6	54,2
Δύο παιδιά	182	30,0	86,6
Τρία κ' άνω παιδιά	75	12,4	100,0
Δεν απαντώ	45	7,4	
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό 30% των ερωτηθέντων έχουν δύο παιδιά , ενώ μόνο το 12,4% έχει περισσότερα από τρία παιδιά.

Ερώτ.7: Ποίο είναι το φύλλο των παιδιών

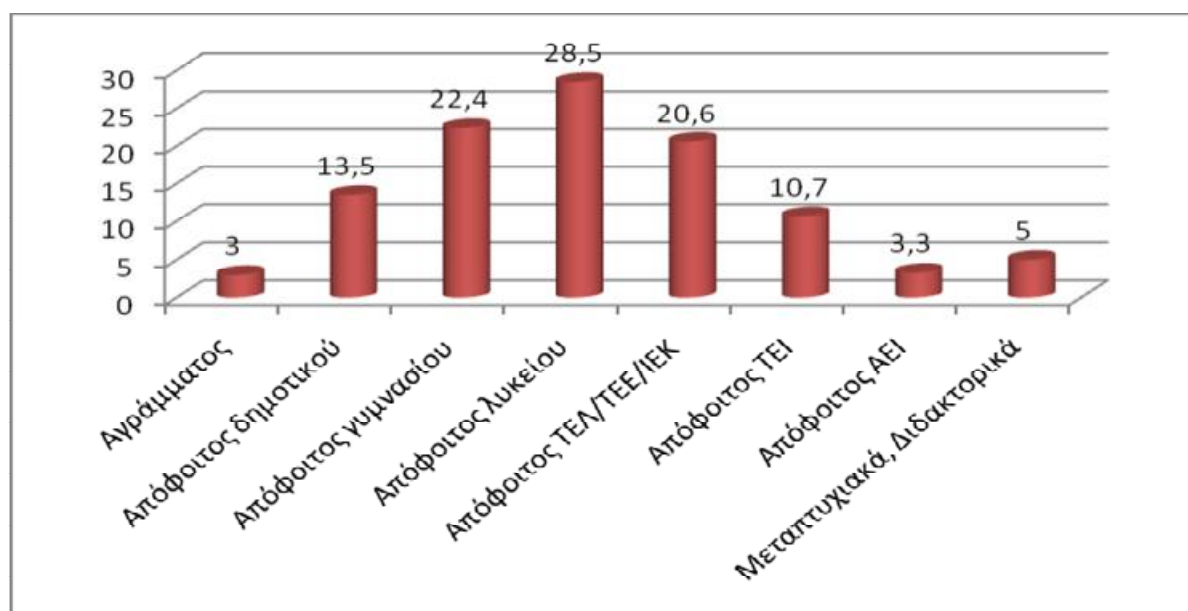
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Δεν έχω	195	32,2	32,2
Μόνο Αγόρι/α	147	24,3	56,4
Αγόρι/α, Κορίτσι/α	139	23,0	79,4
Μόνο Κορίτσι/α	125	20,6	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Όσο αφορά το φύλλο των παιδιών των ερωτηθέντων το μεγαλύτερο ποσοστό 24,3% είναι αγόρια

Ερώτ.8:Μορφωτικό επίπεδο οδηγών ταξί

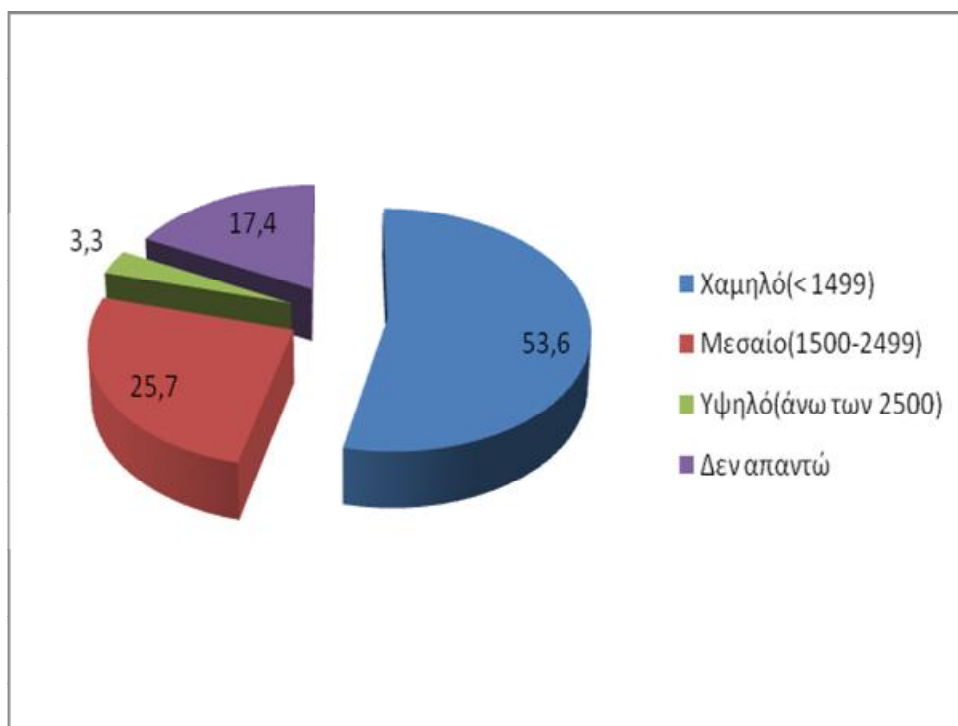
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Αγράμματος	2	3	3
Απόφοιτος δημοτικού	82	13,5	13,9
Απόφοιτος γυμνασίου	136	22,4	36,3
Απόφοιτος λυκείου	173	28,5	64,9
Απόφοιτος ΤΕΛ/ΤΕΕ/ΙΕΚ	125	20,6	85,5
Απόφοιτος ΤΕΙ	65	10,7	96,2
Απόφοιτος ΑΕΙ	20	3,3	99,5
Μεταπτυχιακά, Διδακτορικά	3	5	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Σε ποσοστό 28,5% οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι απόφοιτοι λυκείου. Αμέσως μετά οι απόφοιτοι γυμνασίου με ποσοστό 22,4% με μικρή διαφορά από την τρίτη κατηγορία που έχουν τελειώσει ΤΕΛ/ΤΕΕ/ΙΕΚ. Κατόπιν ακολουθούν με μεγάλοι διαφορά οι απόφοιτοι δημοτικού με 13,5%, οι απόφοιτοι ΤΕΙ και ΑΕΙ με ποσοστό 10,3% και 3,3% αντίστοιχα. Τέλος, το 5% των αποτελεσμάτων είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού και το 3% του ποσοστού δηλώνουν αγράμματοι.

Ερώτ.9:Μέσο μηνιαίο ατομικό εισόδημα οδηγών

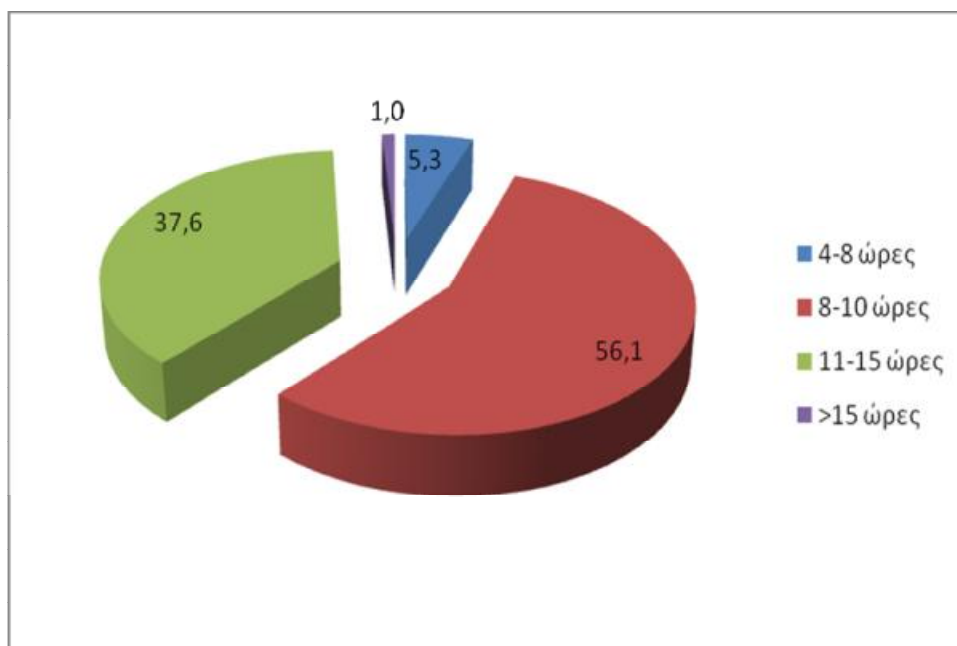
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Χαμηλό(< 1499)	325	53,6	53,6
Μεσαίο(1500-2499)	156	25,7	79,3
Υψηλό(άνω των 2500)	20	3,3	82,6
Δεν απαντώ	105	17,4	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Σε μεγαλύτερο ποσοστό 53,6% το ατομικό εισόδημα των οδηγών ταξι είναι χαμηλό και κυμαίνεται έως 1499, ενώ μόνο το 3,3 % δηλώνει άνω των 2500.

Ερώτ.10:Πόσες ώρες εργάζονται την ημέρα

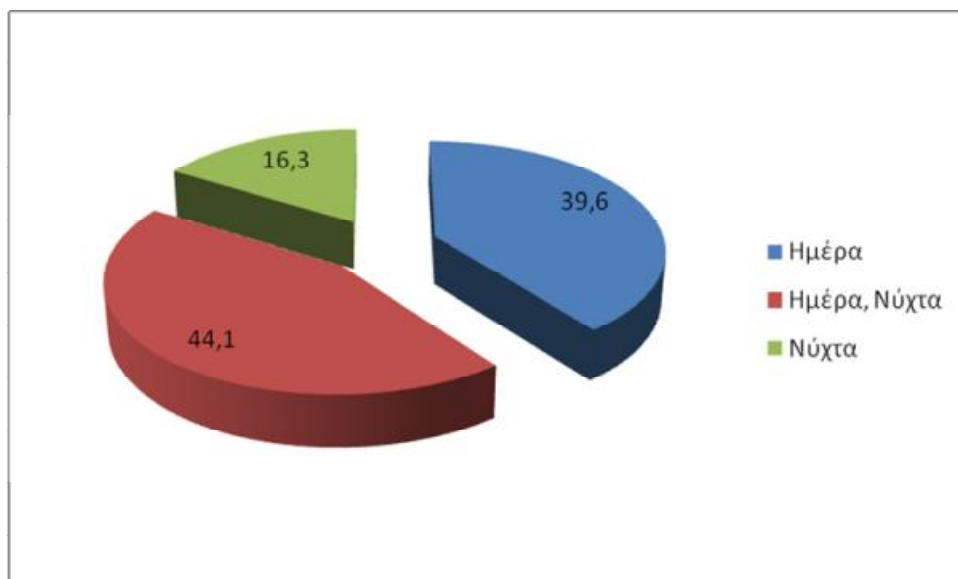
	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό %
4-8 ώρες	32	5,3	5,3
8-10 ώρες	340	56,1	61,4
11-15 ώρες	228	37,6	99,0
>15 ώρες	6	1,0	
Σύνολο	606		



Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο πλήθος 56,1% των ερωτηθέντων οδηγών ταξί εργάζεται την ημέρα 10ώρες, ενώ το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό 37,6% εργάζονται 11-15 ώρες και ακολουθεί το ποσοστό των οδηγών 5,8% που εργάζονται 8 –10 ώρες.

Ερώτ.11:Εργάζονται την ημέρα ή την νύχτα

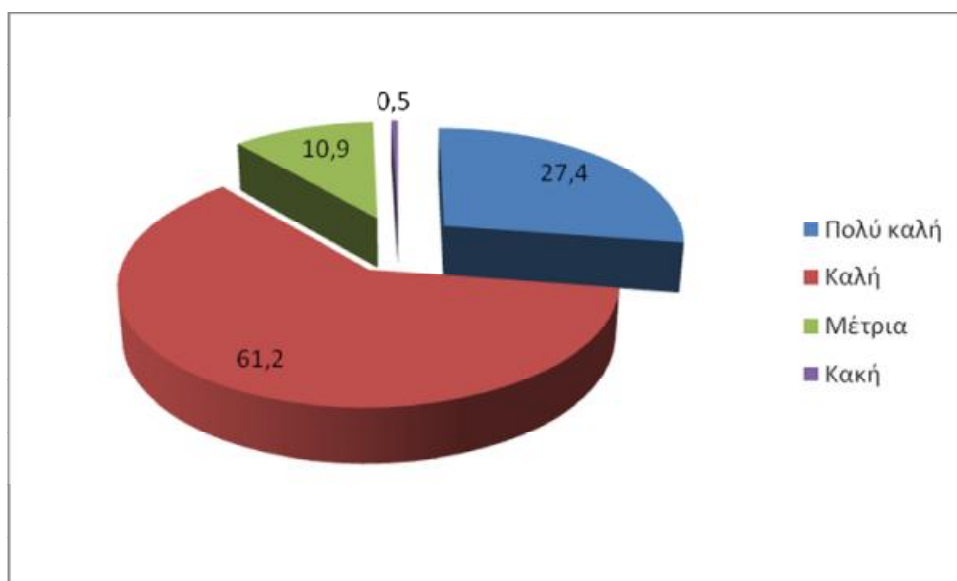
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ημέρα	240	39,6	39,6
Ημέρα, Νύχτα	267	44,1	83,7
Νύχτα	99	16,3	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό των οδηγών ταξι με 44,1% εργάζεται και την ημέρα και την νύχτα. Μόνο το 16,3% προτιμάει να εργάζεται μόνο την νύχτα.

Ερώτ.11.1:Πως θεωρούν την υγεία τους

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Πολύ καλή	166	27,4	27,4
Καλή	371	61,2	88,6
Μέτρια	66	10,9	99,5
Κακή	3	,5	100,0
Σύνολο	606	100,0	

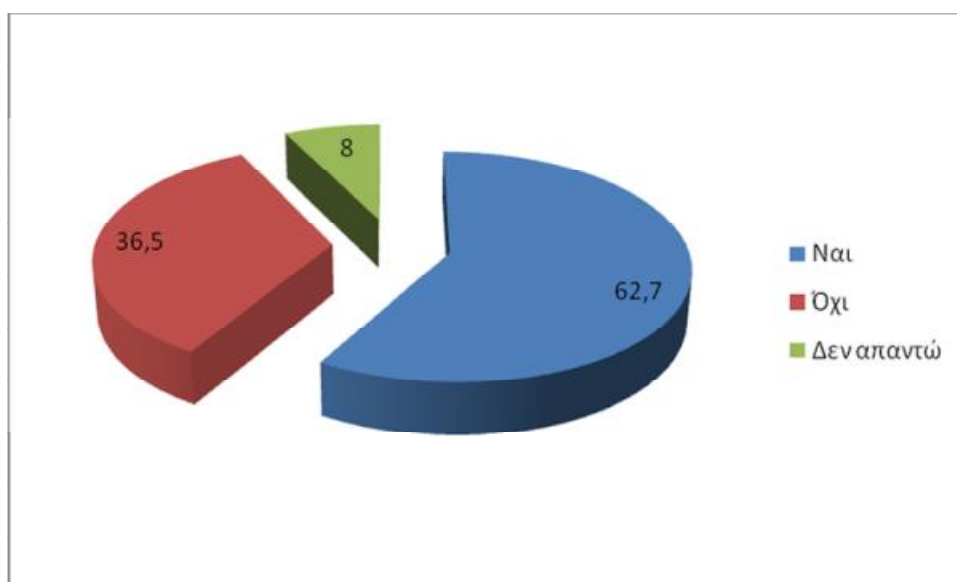


Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό 61,2% των ερωτηθέντων θεωρούν την υγεία τους καλή.

Β. Κατηγορία ερωτήσεων: Το κάπνισμα

Ερώτ.12:Πόσοι είναι καπνιστές

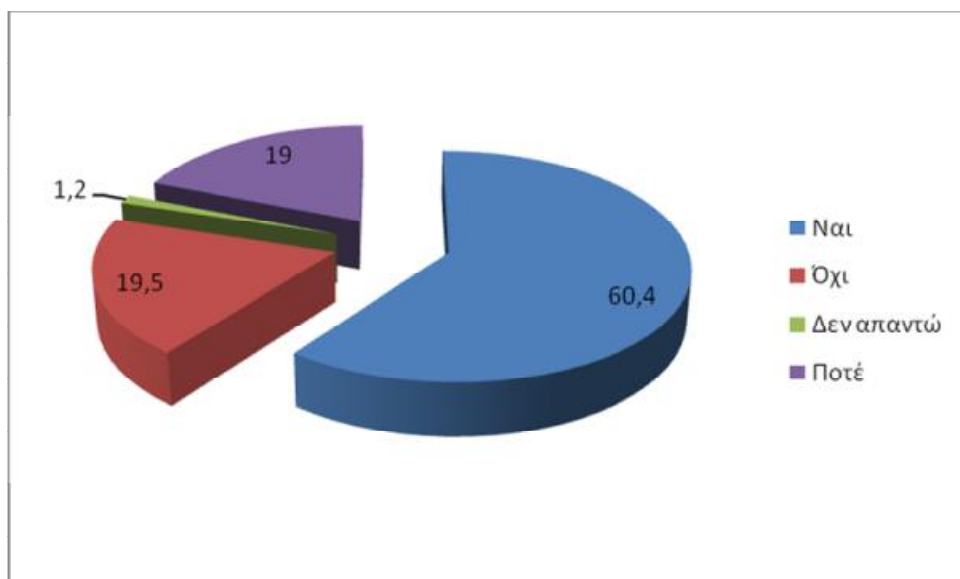
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	380	62,7	62,7
Όχι	221	36,5	99,2
Δεν απαντώ	5	8	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι καπνιστές με ποσοστό 62,7%

Ερώτ.13:Πόσοι υπήρξαν καπνιστές

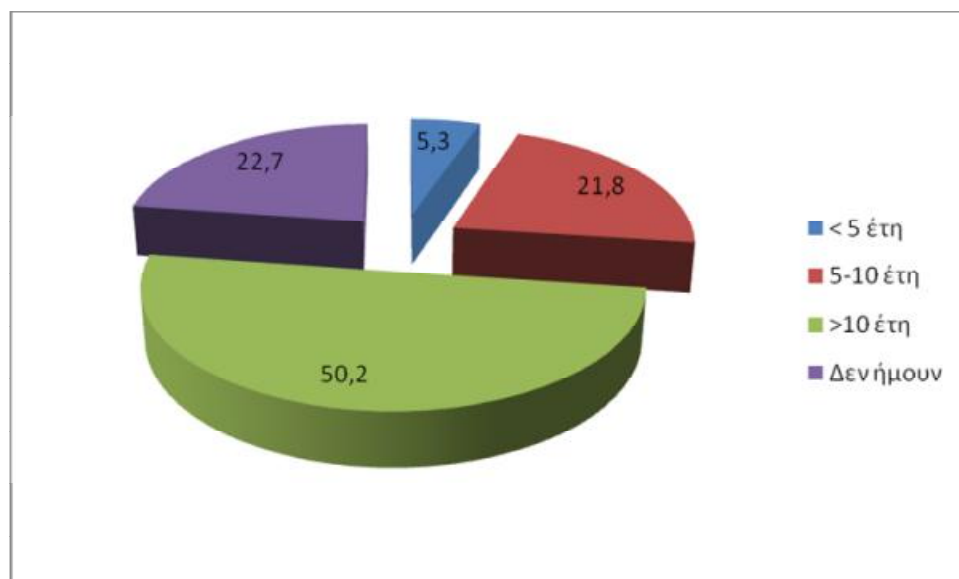
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	366	60,4	74,5
Όχι	118	19,5	98,6
Δεν απαντώ	7	1,2	100,0
Ποτέ	115	19,0	
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το 60,4% των οδηγών ταξί που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, υπήρξαν καπνιστές, ενώ μόνο το 19,5% απαντούν ότι δεν υπήρξαν ποτέ καπνιστές.

Ερώτ.14:Πόσα έτη είναι καπνιστές

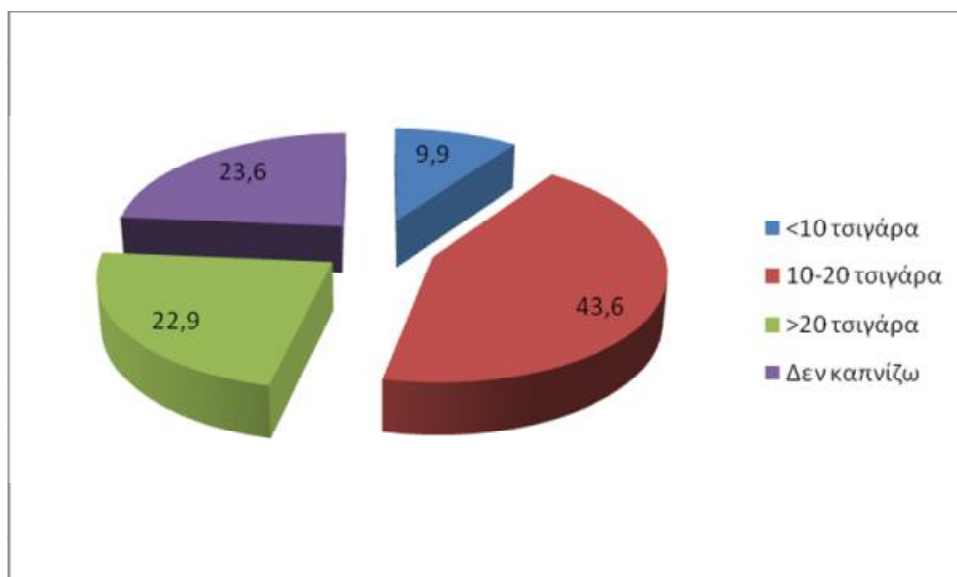
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
< 5 έτη	32	5,3	5,3
5-10 έτη	132	21,8	27,1
>10 έτη	304	50,2	77,3
Δεν ήμουν	138	22,7	
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Με ποσοστό 50,2% οι ερωτηθέντες οδηγοί ταξί δηλώνουν ότι είναι καπνιστές πάνω από 10 έτη.

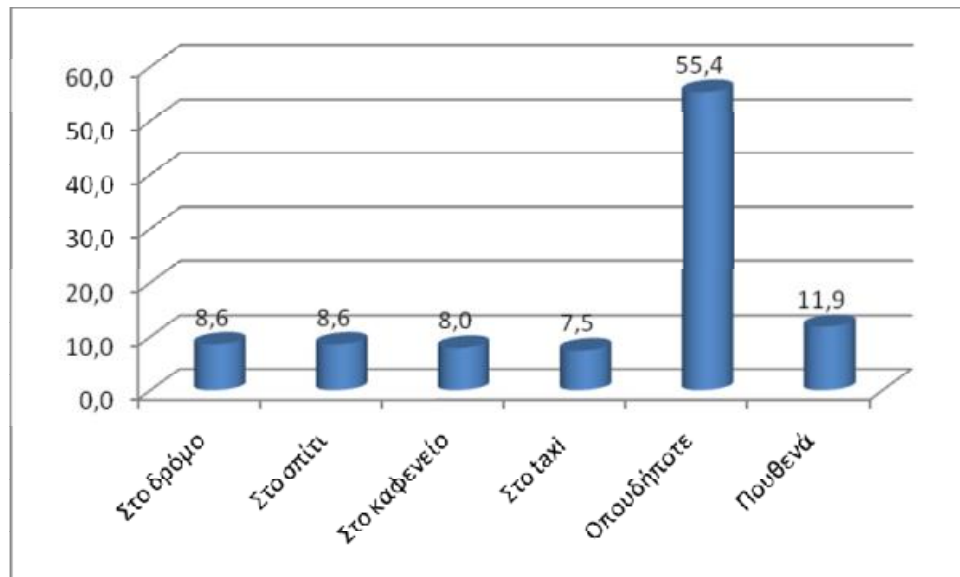
Ερώτ.15: Ποιά είναι η ποσότητα των τσιγάρων/ημέρα

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
<10 τσιγάρα	60	9,9	12,8
10-20 τσιγάρα	264	43,6	69,4
>20 τσιγάρα	139	22,9	99,1
Δεν καπνίζω	143	23,6	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Παρατηρούμε ότι σε ποσοστό 43,6% οι οδηγοί ταξί καπνίζουν την ημέρα 10-20 τσιγάρα. Υπάρχει όμως και ένα ποσοστό 22,9% που καπνίζει πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα.

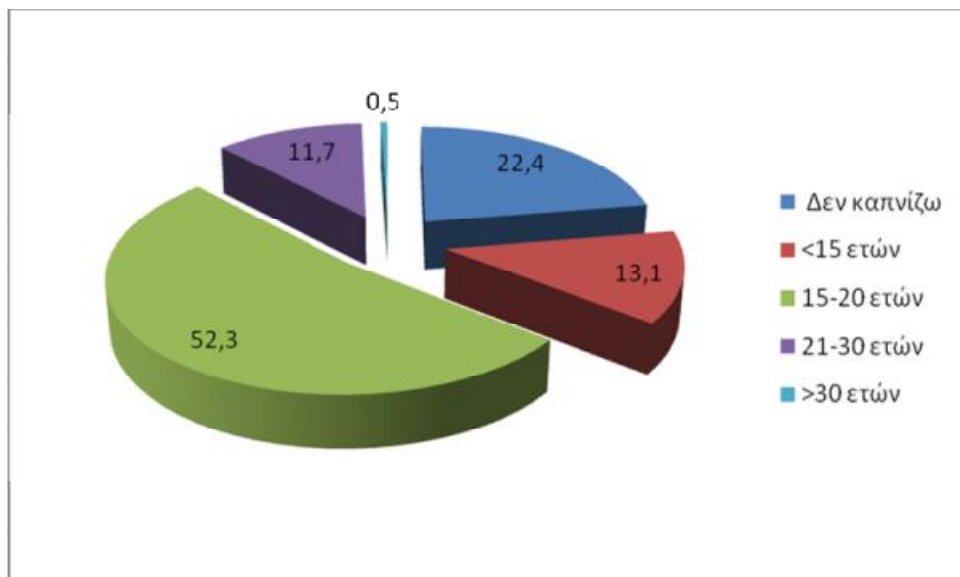
Ερώτ.16:Που συνήθως καπνίζουν



Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο πλήθος των ερωτηθέντων οδηγών ταξί που είναι καπνιστές συνήθως καπνίζει οπουδήποτε. Υπάρχει όμως και ένα ποσοστό μικρό βέβαια που καπνίζει μόνο στο ταξί.

Ερώτ.17:Σε ποια ηλικία έγιναν καπνιστές

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Δεν καπνίζω	136	22,4	22,4
<15 ετών	79	13,1	35,5
15-20 ετών	326	52,3	87,8
21-30 ετών	71	11,7	99,5
>30 ετών	3	,5	100,0
Σύνολο	606	100,0	

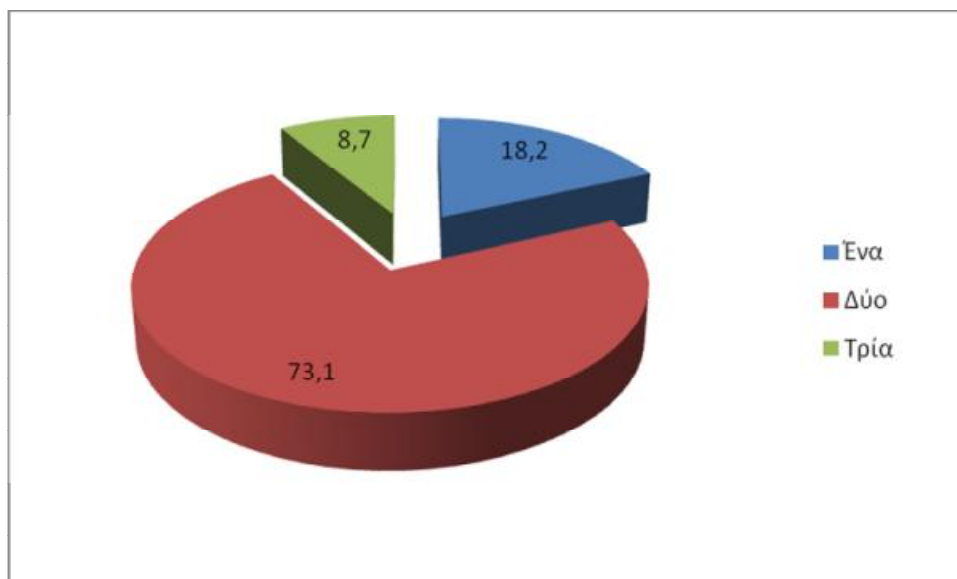


Σχολιασμός: Παρατηρούμε ότι το 52,3% των ερωτηθέντων άρχισαν το κάπνισμα στην ηλικία των 15-20 ετών. Υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξεως του 13,1% που άρχισαν το κάπνισμα στην ηλικία κάτω των 15 ετών.

Γ. Κατηγορία ερωτήσεων: Διατροφή

Ερώτ.18: Πόσα γεύματα παίρνουν την ημέρα

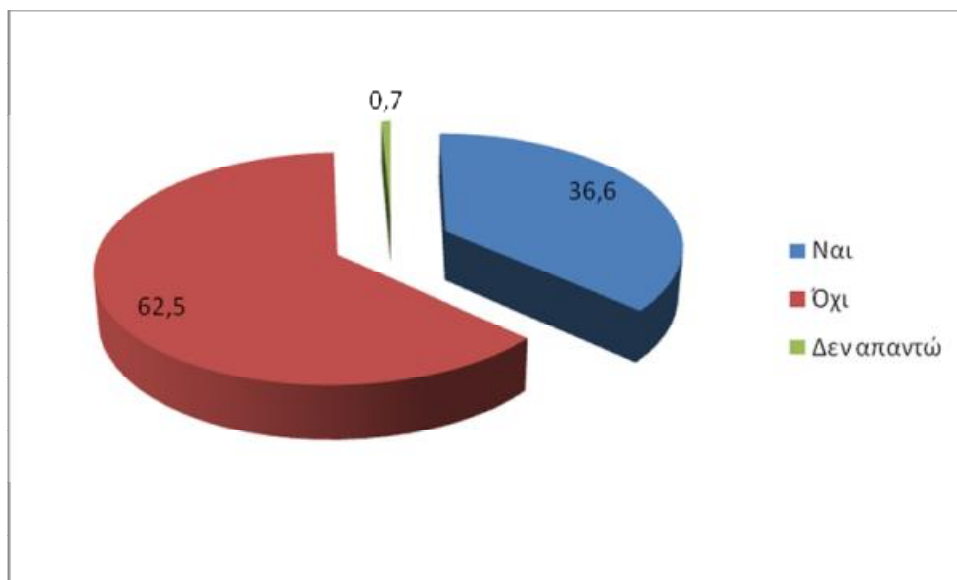
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ένα	110	18,2	18,2
Δύο	443	73,1	91,3
Τρία	53	8,7	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Οι ερωτηθέντες οδηγοί ταξί συνηθίζουν να παίρνουν δύο γεύματα την ημέρα με ποσοστό 73,1%.

Ερώτ.19: Παίρνουν πρωινό

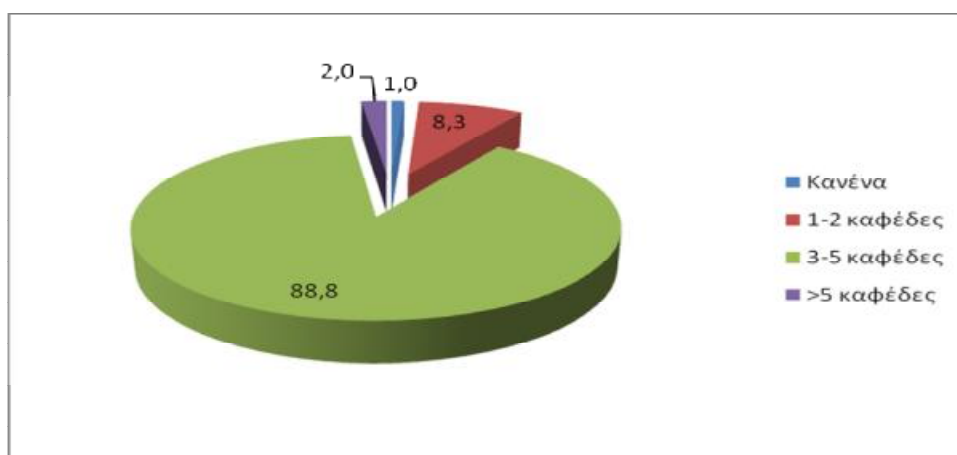
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	222	36,6	36,7
Όχι	379	62,5	99,3
Δεν απαντώ	1	0,7	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Οι πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 62,5% δεν παίρνουν πρωινό ενώ το 36,6% δηλώνουν ότι παίρνουν πρωινό.

Ερώτ.20:Πόσους καφέδες πίνουν την ημέρα

	Συχνότητα	%
Κανένα	6	1,0
1-2 καφέδες	50	8,3
3-5 καφέδες	538	88,8
>5 καφέδες	12	2,0
Σύνολο	606	



Ερώτ.21:Που προτιμούν να πίνουν τον καφέ τους

	Συχνότητα
Valid	8
Φλιτζάνι	117
Κούπα	229
Ποτήρι	145
Πλαστικό	407
5	1
Σύνολο	907

Ερώτ.22:Ποια η προτίμηση τους στο καφέ

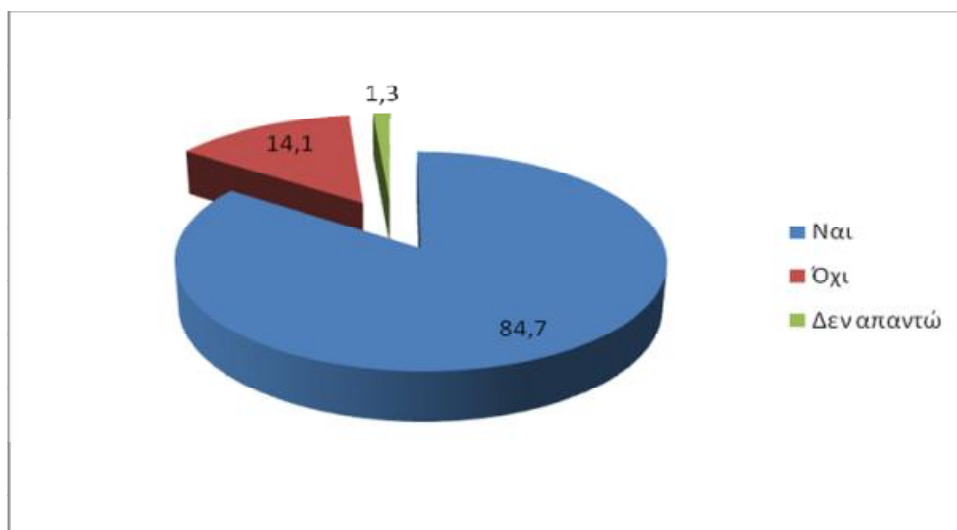
	Συχνότητα
Valid	7
Φραπέ / Νες	369
Καπουτσίνο	76
Εσπρέσσο	40
Ελληνικό	229
Φρέντο	95
Γαλλικό	52
Σύνολο	868

Σχολιασμός: Το πλήθος των ερωτηθέντων οδηγών ταξί πίνουν 2 με 3 καφέδες την ημέρα, προτιμούν τον φραπέ/νες και το καταναλώνουν σε πλαστικό ποτήρι

Δ. Κατηγορία ερωτήσεων: Αλκοόλ

Ερώτ.23: Πίνουν οινοπνευματώδη ποτά

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	513	84,7	84,7
Όχι	85	14,1	98,7
Δεν απαντώ	8	1,3	100,0
Σύνολο	606	100,0	

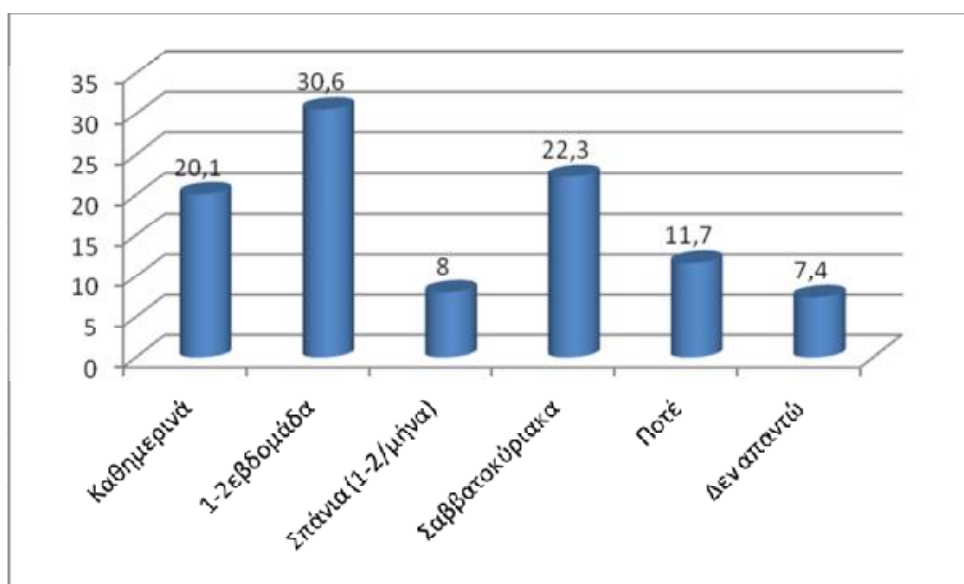


Ερώτ.24: Ποιο οινοπνευματώδη ποτό προτιμούν

	Συχνότητα
Valid	38
Μπύρα	225
Κρασί	287
Ουίски	244
Τσίπουρο/Ούζο	89
Άλλο	85
Κανένα	30
Δεν απαντώ	7
Σύνολο	1005

Ερώτ.25:Πόσο συχνά καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Δεν απαντώ	45	7,4	7,4
Καθημερινά	122	20,1	27,6
1-2εβδομάδα	185	30,6	58,1
Σπάνια (1-2/μήνα)	48	8,0	66,0
Σαββατοκύριακα	135	22,3	88,3
Ποτέ	71	11,7	100,0
Σύνολο	606	100,0	



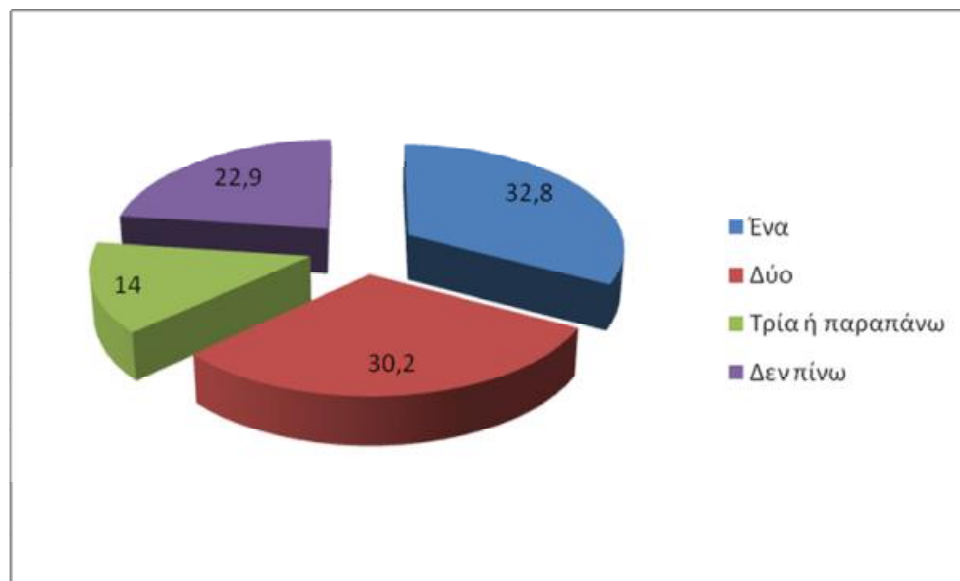
Ερώτ.26:Συνηθίζουν να καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά

	Συχνότητα
Valid	67
Στο σπίτι	286
Σε μπάρ	295
Μόνος/η	9
Σε εστιατόριο	78
Στο καφενείο	114
Στην εργασία	3
Όπου να 'ναι	63
Σύνολο	915

Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων οδηγών ταξί καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά, προτιμώντας την κατανάλωση του κρασιού. Οι περισσότεροι καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά τα σαββατοκύριακα σε μπάρ.

Ερώτ.27:Πόσα ποτήρια αλκοόλ καταναλώνουν

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ένα	199	32,8	42,6
Δύο	183	30,2	81,8
Τρία ή παραπάνω	85	14,0	100,0
Δεν πίνω	139	22,9	
Σύνολο	606	100,0	

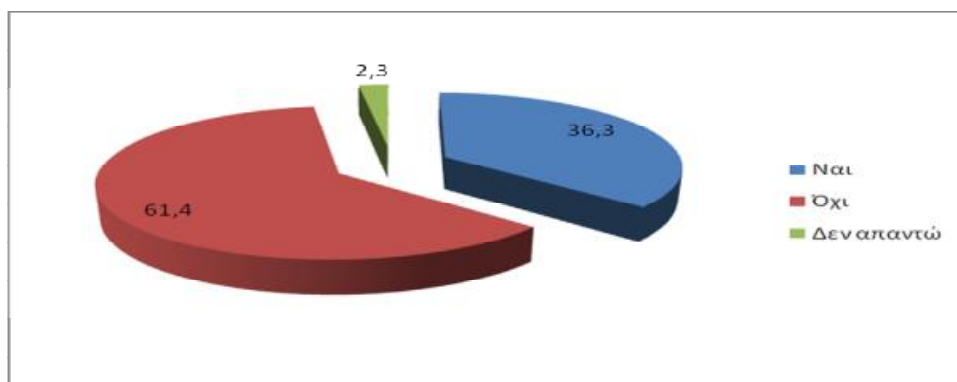


Σχολιασμός: Παρατηρούμε ότι μόνο το 14,0% καταναλώνει πάνω από τρία ποτήρια αλκοόλ, ενώ το 32,8% δηλώνει ότι πίνει μόνο ένα ποτήρι αλκοόλ.

Ε. Κατηγορία ερωτήσεων: Υγειονομικό προφίλ των οδηγών taxi

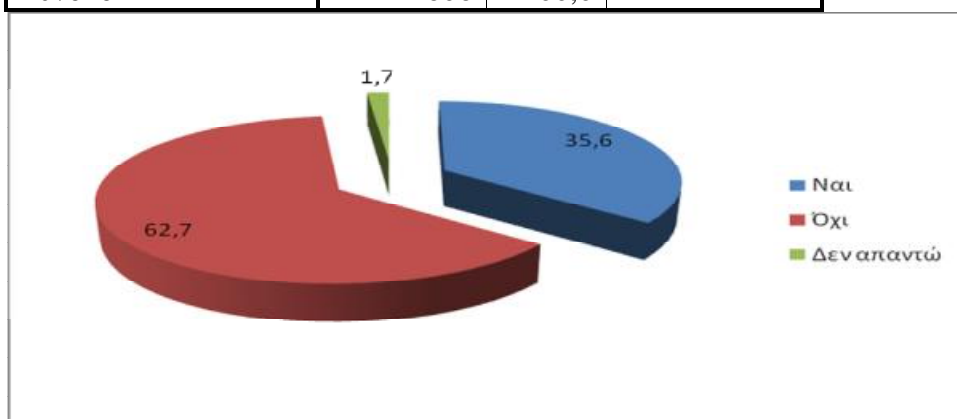
Ερώτ.28:Πόσοι έχουν προσπαθήσει να υιοθετήσουν υγιεινή συμπεριφορά

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	220	36,3	36,3
Όχι	372	61,4	97,7
Δεν απαντώ	14	2,3	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Ερώτ.29:Πόσοι κάνουν ετήσιο τσεκ-απ

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	216	35,6	35,8
Όχι	380	62,7	98,7
Δεν απαντώ	10	1,7	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 61,4% αναφέρουν ότι δεν έχουν προσπαθήσει να υιοθετήσουν υγιεινή συμπεριφορά μόνο το μισό αυτού του ποσοστού δηλαδή το 36,3% έχει προσπαθήσει. Επίσης, δυστυχώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων με ποσοστό 62,7% δηλώνουν ότι δεν κάνουν ετήσιο τσεκ-απ, ενώ μόνο το 35,6% δηλώνουν ότι κάνουν.

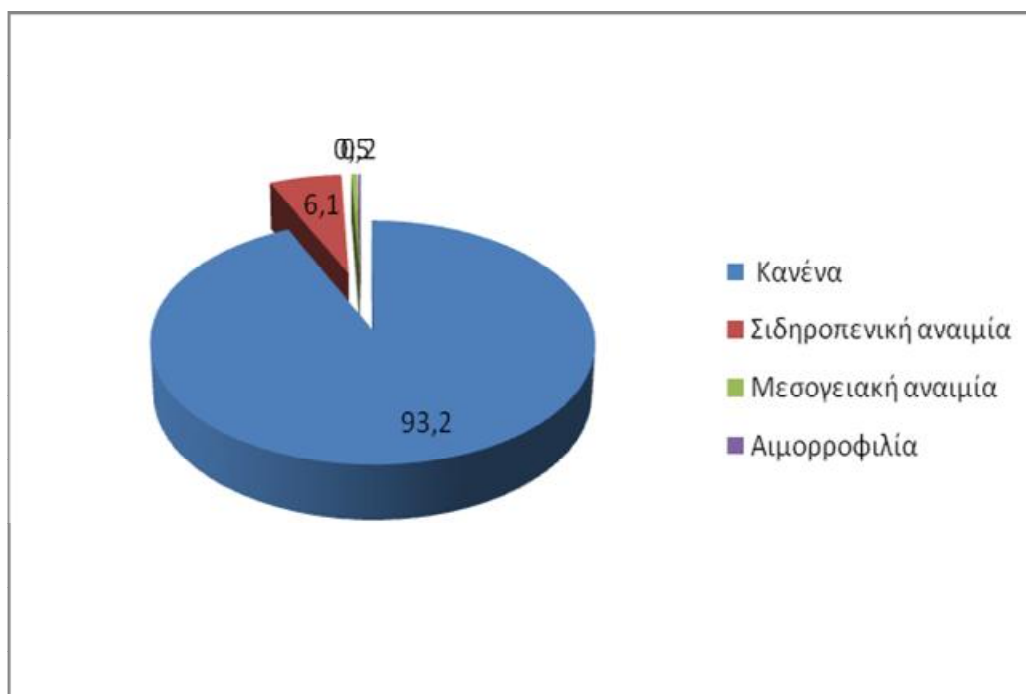
Ερώτ.30: Νοσήματα που παρουσιάζουν

	Συχνότητα
Valid	227
Έμφραγμα	44
Διαβήτης	14
Αρτηριακή υπέρταση	160
Υπερχοληστερολαιμία	213
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	14
Παχυσαρκία	78
Καρκίνος εντέρου	1
Καρκίνος (άλλος)	2
Ψυχικές διαταραχές	1
Βρογχικό άσθμα	17
Θυρεοειδοπάθεια	27
Ηπατική νόσο	6
Προστάτης	48
Κιρσοκήλη	41
Σύνολο	893

Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων παρουσιάζουν υπερχοληστερολαιμία ενώ αμέσως μετά ακολουθεί η αρτηριακή πίεση.

Ερώτ.31:Νοσήματα αίματος που παρουσιάζουν

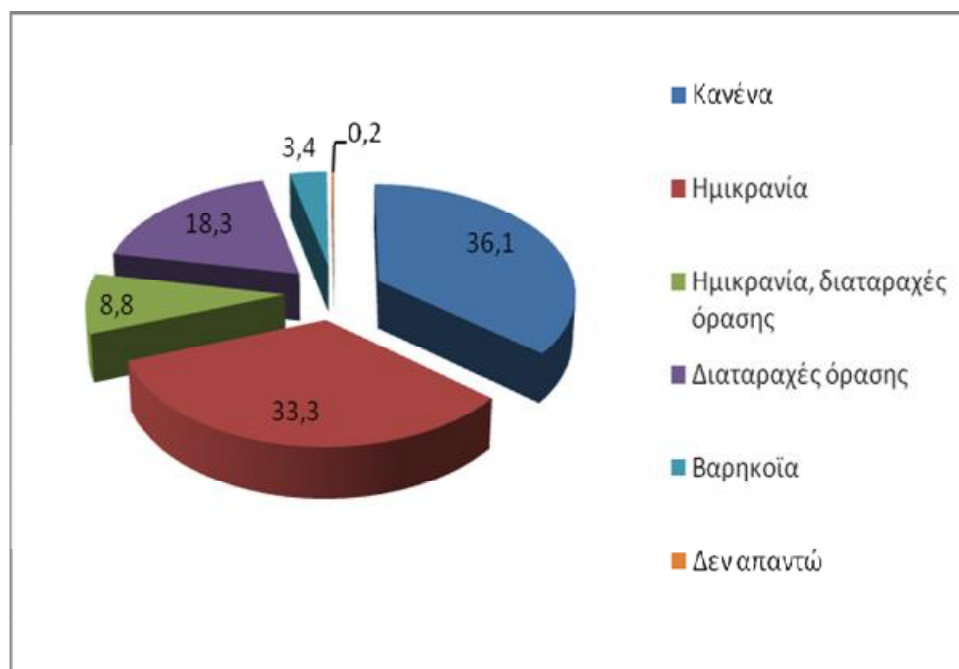
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Κανένα	565	93,2	93,2
Σιδηροπενική αναιμία	37	6,1	99,3
Μεσογειακή αναιμία	3	,5	99,8
Αιμορροφιλία	1	,2	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Στην ερώτηση αν παρουσιάζουν κάποια νοσήματα του αίματος μόνο το 6,1% δήλωσε ότι παρουσιάζει σιδηροπενική αναιμία.

Ερώτ.32:Νοσήματα του νευρικού συστήματος που παρουσιάζουν

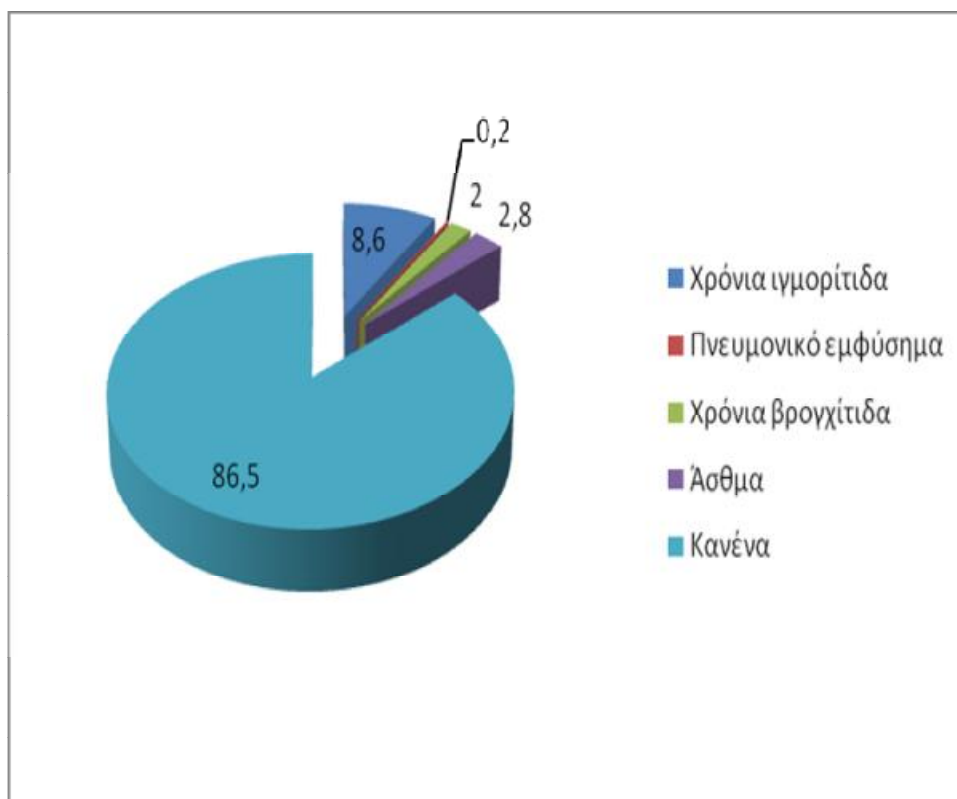
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Κανένα	219	36,1	36,1
Ημικρανία	202	33,3	69,5
Ημικρανία, διαταραχές όρασης	53	8,8	78,2
Διαταραχές όρασης	111	18,3	96,5
Βαρηκοΐα	20	3,4	99,8
Δεν απαντώ	1	,2	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 36,1% παρουσιάζει ημικρανίες ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό 18,3% που παρουσιάζει και διαταραχές όρασης.

Ερώτ.33:Νοσήματα του αναπνευστικού των οδηγών

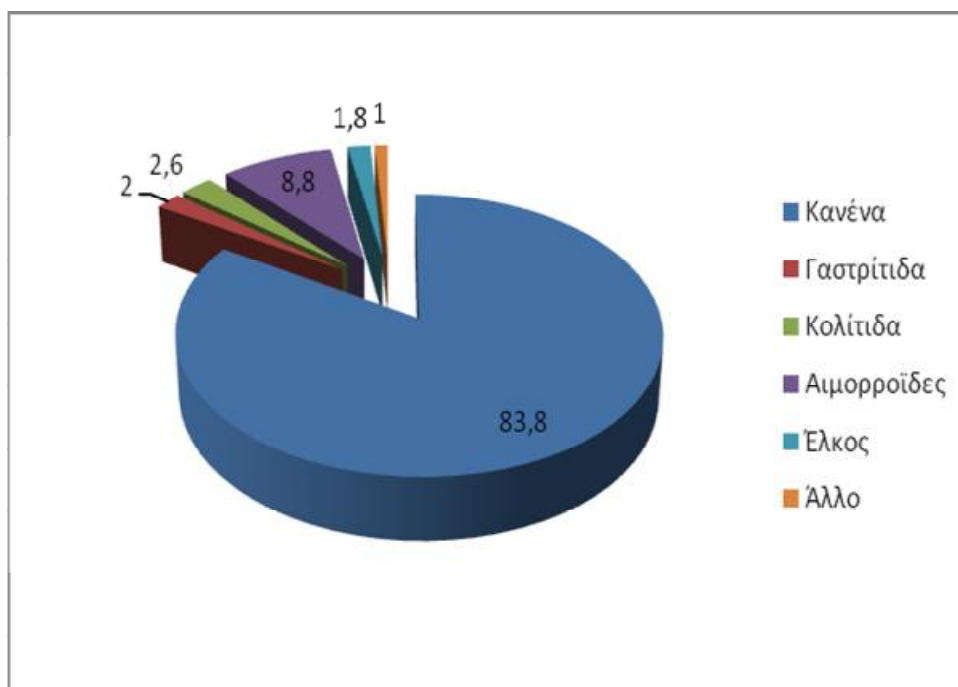
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Χρόνια ιγμορίτιδα	52	8,6	63,4
Πνευμονικό εμφύσημα	1	,2	64,6
Χρόνια βρογχίτιδα	12	2,0	79,3
Άσθμα	17	2,8	100,0
Κανένα	524	86,5	
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Παρατηρούμε ότι το 8,6% των ερωτηθέντων πάσχουν από χρόνια ιγμορίτιδα και 2,8% πάσχουν από άσθμα.

Ερώτ.34:Νοσήματα του πεπτικού που παρουσιάζουν οι οδηγοί taxi

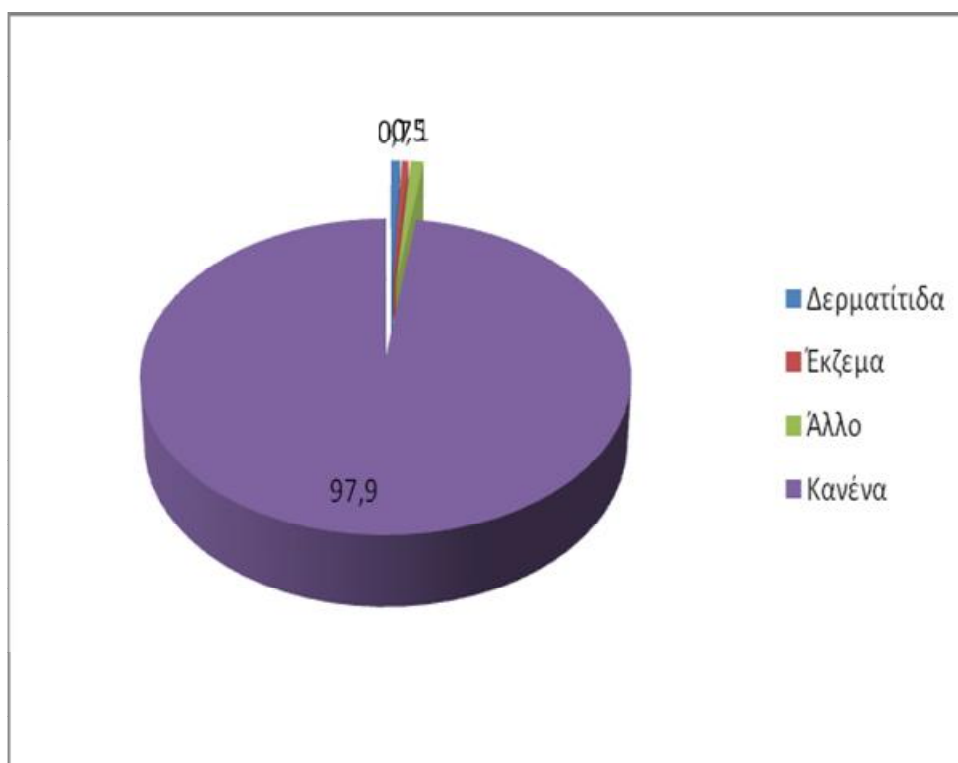
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Κανένα	508	83,8	83,8
Γαστρίτιδα	12	2,0	85,8
Κολίτιδα	16	2,6	88,4
Αιμορροΐδες	53	8,8	97,2
Έλκος	11	1,8	99,0
Άλλο	6	1,0	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Όσο αναφορά τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάζουν στο πεπτικό σύστημα το 83,8 % δηλώνει ότι δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα, ενώ το 8,8% ταλαιπωρείται από αιμορροΐδες.

Ερώτ.35:Νοσήματα δέρματος που εμφανίζουν

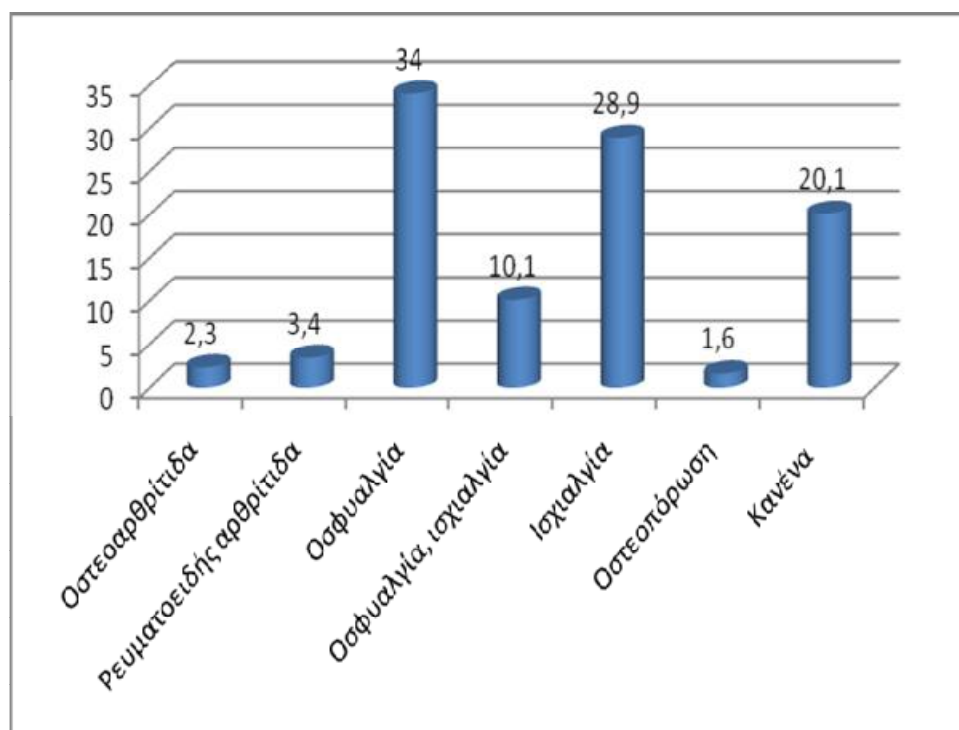
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Δερματίτιδα	4	,7	30,8
Έκζεμα	3	,5	53,8
Άλλο	6	1,0	100,0
Κανένα	593	97,9	
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Στην ερώτηση αν παρουσιάζουν κάποιο δερματικό νόσημα, μόνο το 0,7% παρουσιάζει δερματίτιδες και 0,5% εκζέματα.

Ερώτ.36:Νοσήματα που παρουσιάζουν στο μυοσκελετικό σύστημα

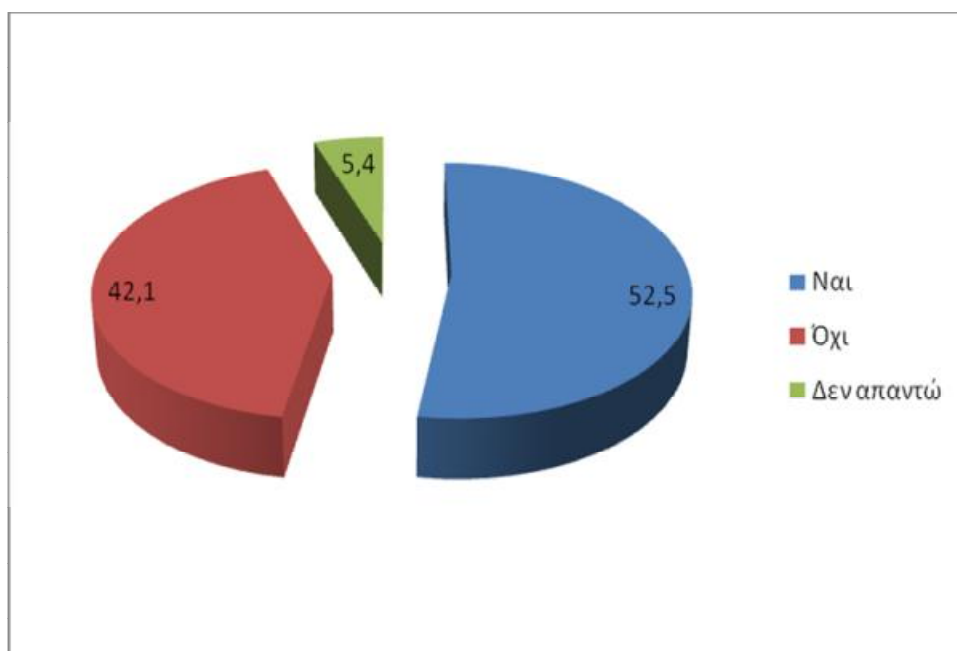
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Κανένα	122	20,1	20,1
Οστεοαρθρίτιδα	14	2,3	22,4
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	20	3,4	25,7
Οσφυαλγία	206	34,0	59,7
Οσφυαλγία, ισχιαλγία	61	10,1	69,8
Ισχιαλγία	174	28,9	98,5
Οστεοπόρωση	9	1,6	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων οδηγών ταξί 34% παρουσιάζουν οσφυαλγία ενώ υπάρχει ακόμα και ένα μεγάλο ποσοστό 28,9% που παρουσιάζει ισχιαλγία.

Ερώτ.37:Κατά πόσο χρησιμοποιούν φάρμακα

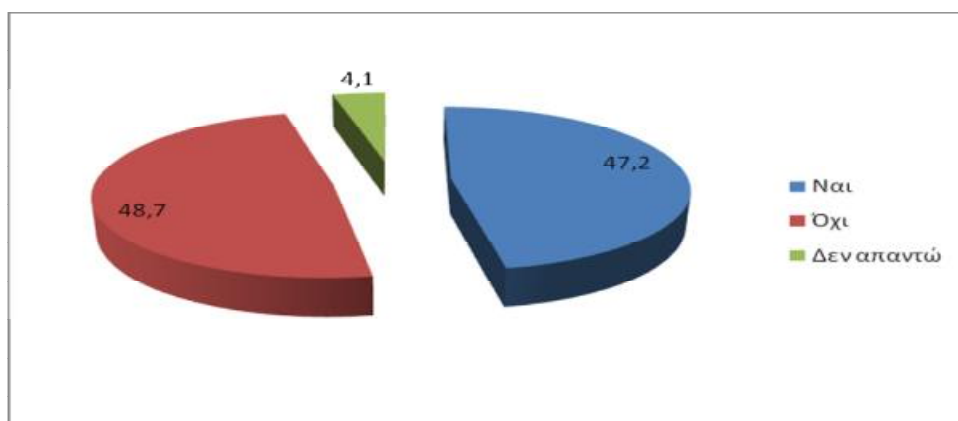
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	318	52,5	53,7
Όχι	255	42,1	96,8
Δεν απαντώ	33	5,4	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Παρατηρούμε ότι το 52,5% των ερωτηθέντων κάνουν χρήση φαρμάκων σε αντίθεση με το 42,1% που αποφεύγει την χρήση τους.

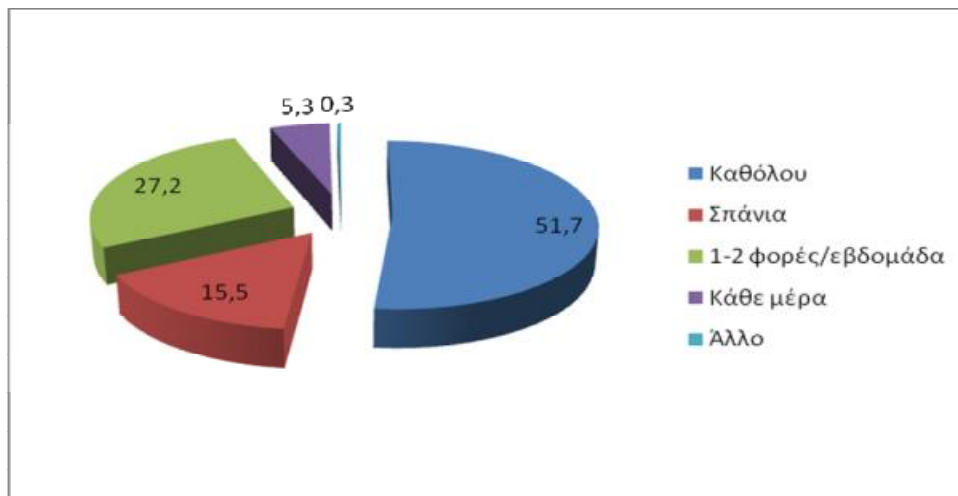
Ερώτ.38:Κατά πόσο αισθάνονται κακόκεφοι

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	286	47,2	47,7
Όχι	295	48,7	96,8
Δεν απαντώ	25	4,1	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Ερώτ.39:Πόσο συχνά αισθάνονται κακόκεφοι

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	313	51,7	51,7
Σπάνια	94	15,5	67,2
1-2 φορές/εβδομάδα	165	27,2	94,4
Κάθε μέρα	32	5,3	99,7
Άλλο	2	,3	100,0
Σύνολο	606	100,0	



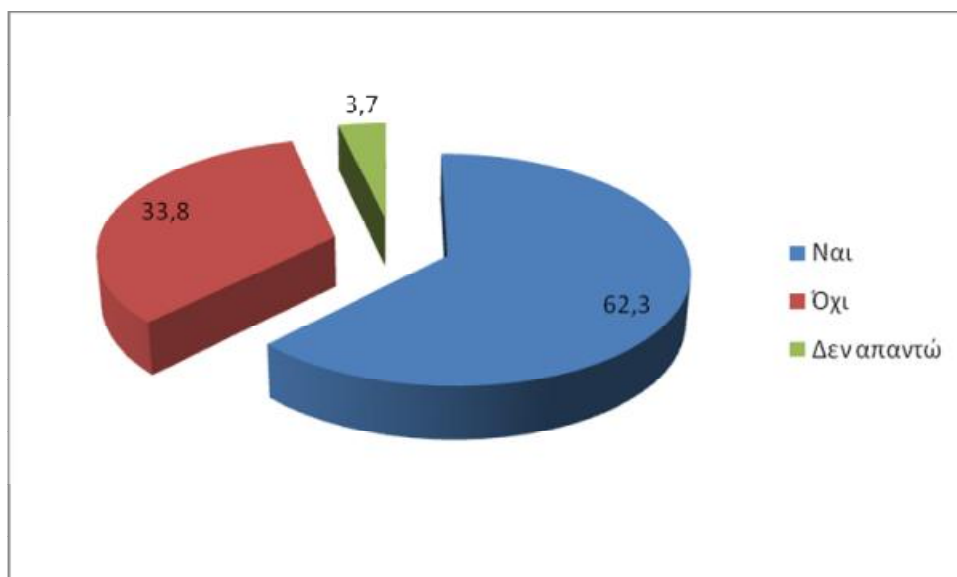
Ερώτ.40: Λόγοι που νιώθουν κακόκεφοι

	Συχνότητα
Valid	309
Λόγω πίεσης στην εργασία	223
Οικονομικοί	168
Λόγοι υγείας	43
Οικογενειακοί λόγοι	97
Άλλο	10
Σύνολο	850

Σχολιασμός: Το 48,7% των οδηγών ταξί δεν νιώθουν κακόκεφοι, ενώ το 47,2% νιώθουν κακόκεφοι, περίπου δύο φορές την εβδομάδα λόγω πίεσης της εργασίας και οικονομικών λόγων.

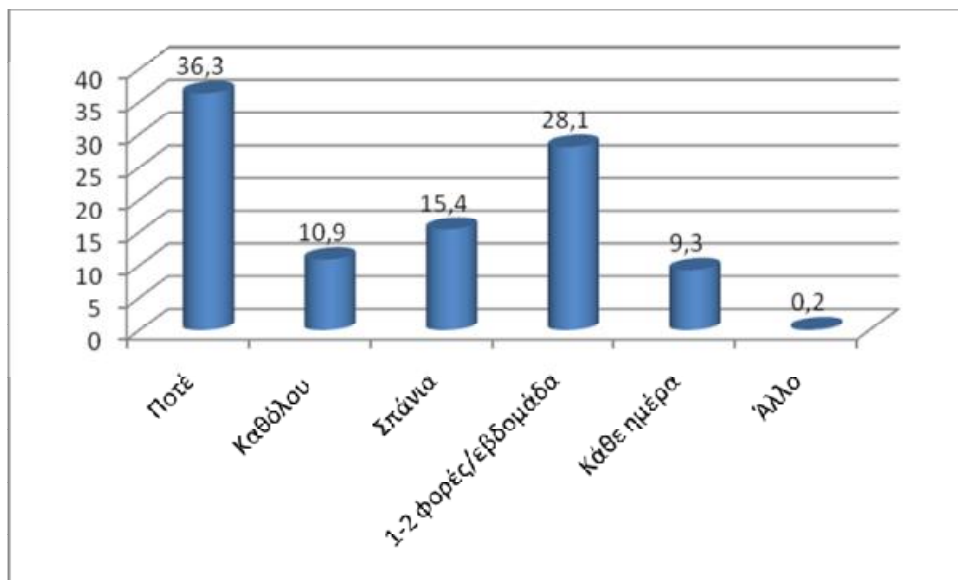
Ερώτ.41:Κατά πόσο αισθάνονται ευερέθιστοι

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	377	62,3	62,2
Όχι	205	33,8	96,4
Δεν απαντώ	22	3,7	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Ερώτ.42:Πόσο συχνά νιώθουν ευερέθιστοι

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ποτέ	220	36,3	36,3
Καθόλου	66	10,9	47,2
Σπάνια	93	15,4	62,5
1-2 φορές/εβδομάδα	170	28,1	90,6
Κάθε ημέρα	56	9,3	99,8
Άλλο	1	,2	100,0
Σύνολο	606	100,0	



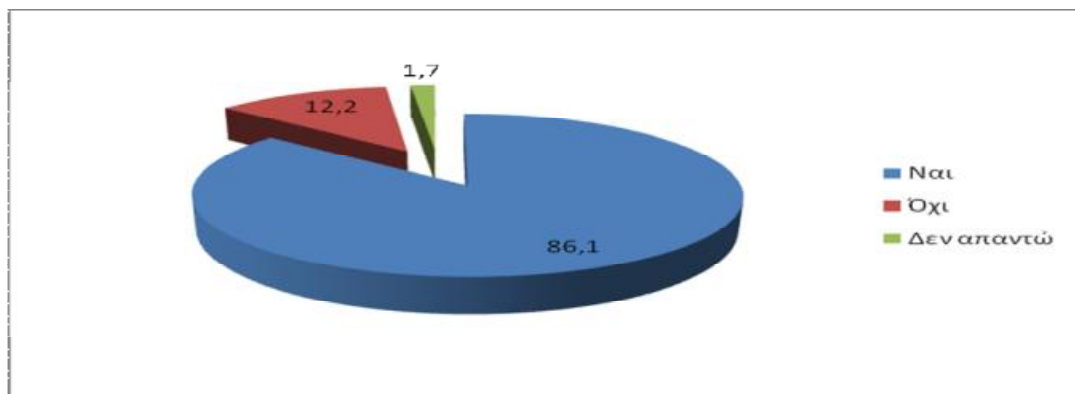
Ερώτ.43:Για ποίο λόγο αισθάνονται ευερέθιστοι

	Συχνότητα
Valid	221
Λόγω πίεσης στην εργασία	333
Οικονομικοί	175
Λόγοι υγείας	24
Οικογενειακοί λόγοι	78
Άλλο	13
Σύνολο	844

Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 62,3% αισθάνονται ευερέθιστοι περίπου 2 φορές την εβδομάδα κυρίως λόγω πίεσεως στην εργασία και οικονομικών λόγων.

Ερώτ.44:Κατά πόσο νιώθουν κουρασμένοι

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	522	86,1	86,1
Όχι	74	12,2	98,3
Δεν απαντώ	10	1,7	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Ερώτ.45:Πόσο συχνά νιώθουν κουρασμένοι

	Συχνότητα
Valid	77
Σπάνια (1φορά τον μήνα)	63
1 φορά την εβδομάδα	95
2 φορές την εβδομάδα	244
Κάθε μέρα	133
Άλλο	4
Σύνολο	616

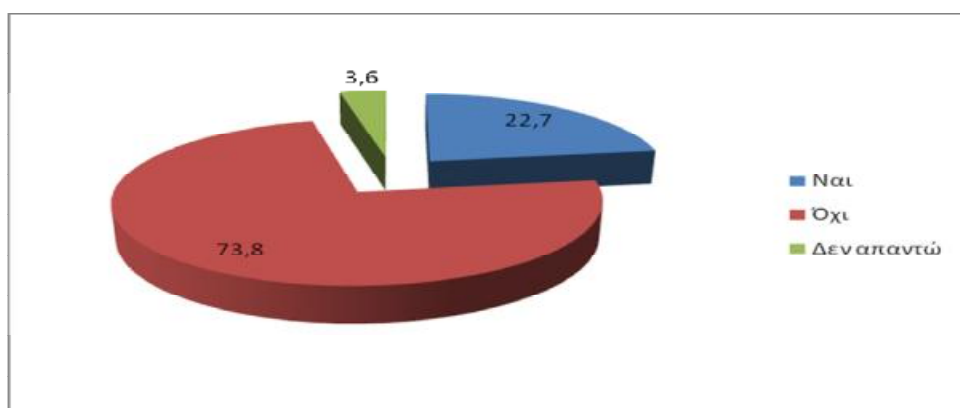
Ερώτ.46:Ποια η αιτία που νιώθουν κουρασμένοι

	Συχνότητα
Valid	75
Λόγω πίεσης στην εργασία	450
Οικονομικοί	255
Λόγοι υγείας	63
Οικογενειακοί λόγοι	138
Άλλο	24
Σύνολο	1005

Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό των οδηγών ταξί 86,1% αισθάνονται κουρασμένοι κάθε μέρα ή δύο φορές την εβδομάδα λόγω πίεσης στην εργασία και λόγω οικονομικών και οικογενειακών αιτιών.

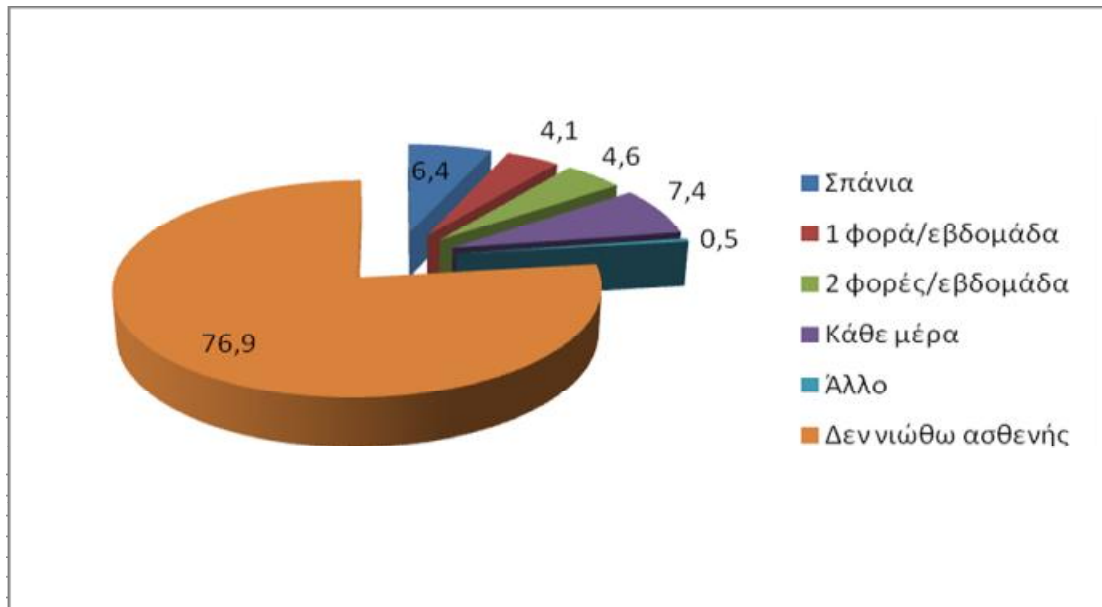
Ερώτ.47:Κατά πόσο αισθάνονται ασθενείς

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	137	22,7	24,9
Όχι	447	73,8	98,7
Δεν απαντώ	22	3,6	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Ερώτ.48:Πόσο συχνά νιώθουν ασθενείς

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Σπάνια	39	6,4	27,9
1 φορά/εβδομάδα	25	4,1	45,7
2 φορές/εβδομάδα	28	4,6	65,7
Κάθε μέρα	45	7,4	97,9
Άλλο	3	,5	100,0
Δεν νιώθω ασθενής	466	76,9	
Σύνολο	606	100,0	



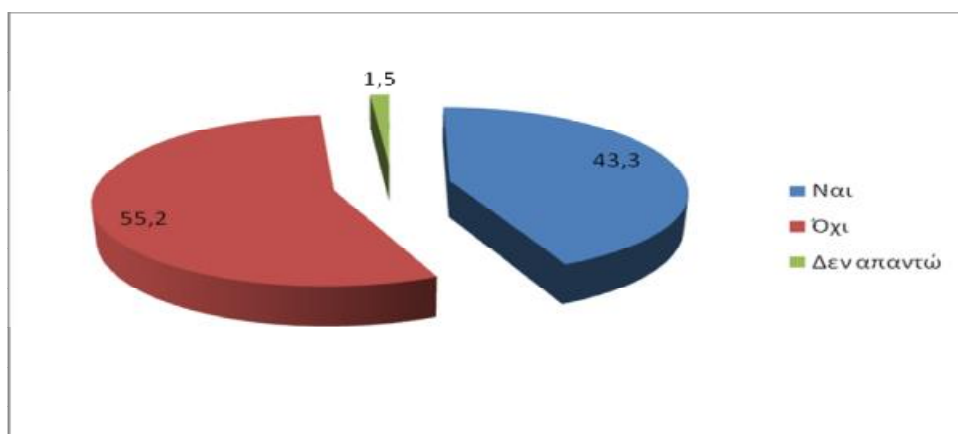
Ερώτ.49: Ποιος ο λόγος που νιώθουν ασθενείς

	Συχνότητα
Valid	456
Λόγω πίεσης στην εργασία	1
Οικονομικοί	67
Λόγω υγείας	48
Οικογενειακοί λόγοι	82
Άλλο	21
Σύνολο	3
	678

Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 73,8% δεν αισθάνονται ασθενείς. Ενώ το 22,7% που αισθάνονται ασθενείς νιώθουν κάθε μέρα έτσι και οι αιτίες αυτού του συναισθήματος κατά κύριο λόγο αφορούν λόγους υγείας και λόγου πίεσεως στην εργασία.

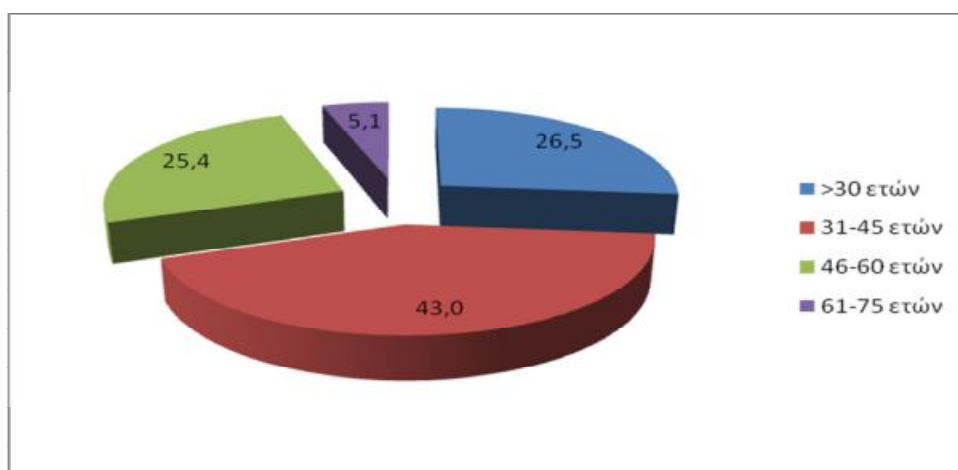
Ερώτ.50:Πόσοι ακολουθούν κάποια φαρμακευτική αγωγή λόγω κάποιας προαναφερθείσας πάθησης

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	255	43,3	43,3
Όχι	325	55,2	98,5
Δεν απαντώ	26	1,5	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Ερώτ.51:Πότε άρχισαν την φαρμακευτική αγωγή

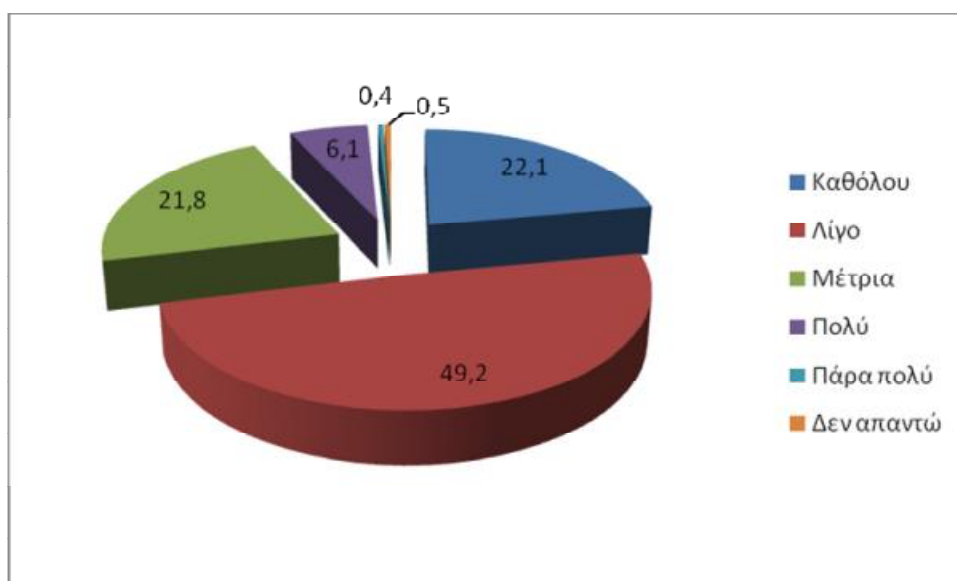
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
>30 ετών	72	26,5	26,5
31-45 ετών	117	43,0	69,5
46-60 ετών	69	25,4	94,9
61-75 ετών	14	5,1	100,0
Σύνολο	272	100,0	



Σχολιασμός: Το 55,2% δεν παίρνει κάποια φαρμακευτική αγωγή λόγω κάποιας προαναφερθείσας πάθησης, ενώ το 43,3% ακολουθεί κάποια φαρμακευτική αγωγή από την ηλικία των 31-45 ετών με ποσοστό 43%.

Ερώτ.52:Πόσοι αντιμετωπίζουν πρόβλημα ύπνου

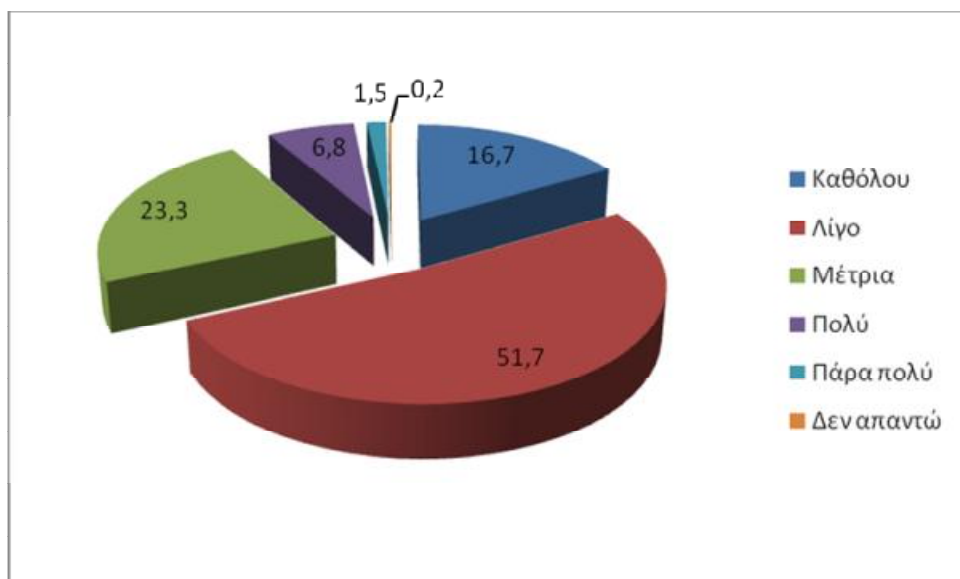
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	134	22,1	22,2
Λίγο	298	49,2	71,6
Μέτρια	132	21,8	93,5
Πολύ	37	6,1	99,7
Πάρα πολύ	2	,4	100,0
Δεν απαντώ	3	,5	
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το 49,2% των ερωτηθέντων αντιμετωπίζουν λίγα προβλήματα ύπνου και το μισό αυτού του ποσοστού 21,8% δηλώνουν μέτρια προβλήματα ύπνου.

Ερώτ.53:Πόσοι νιώθουν εκνευρισμό

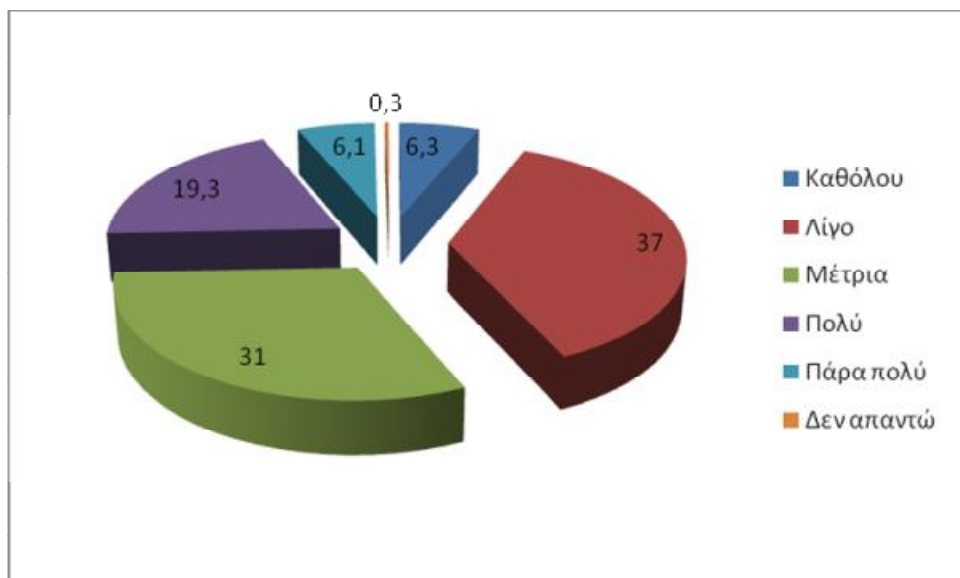
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	101	16,7	16,7
Λίγο	313	51,7	68,4
Μέτρια	141	23,3	91,7
Πολύ	41	6,8	98,5
Πάρα πολύ	9	1,5	100,0
Δεν απαντώ	1	,2	
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το 51,7% των ερωτηθέντων νιώθουν λίγο εκνευρισμό ενώ το 1,5% νιώθουν πάρα πολύ εκνευρισμό.

Ερώτ.54:Κατά πόσο αισθάνονται αγχωμένοι

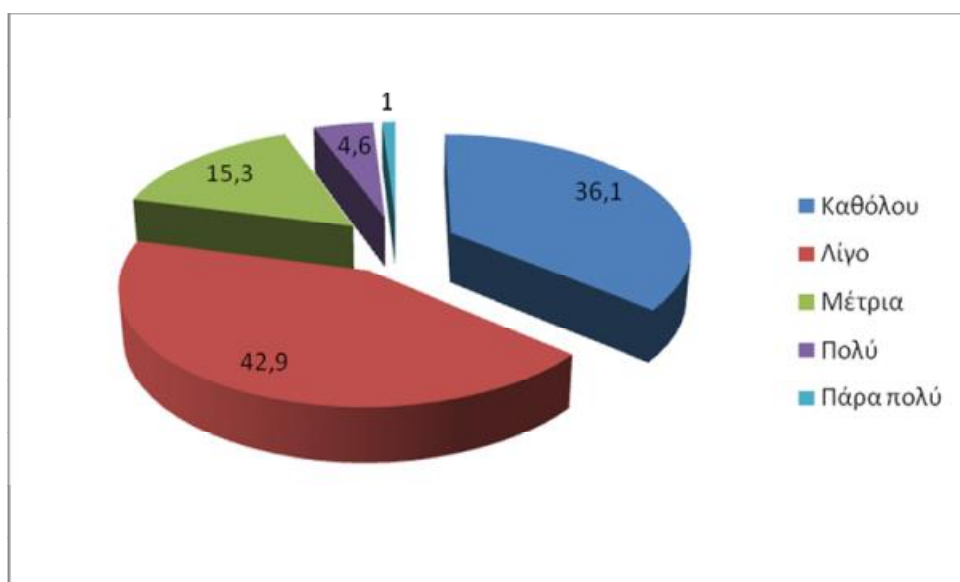
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	38	6,3	6,3
Λίγο	224	37,0	43,4
Μέτρια	188	31,0	74,5
Πολύ	117	19,3	93,9
Πάρα πολύ	37	6,1	100,0
Δεν απαντώ	2	,3	
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το 37% του ποσοστού νιώθουν λίγο αγχωμένοι ενώ το 6,1% αισθάνονται πάρα πολύ αγχωμένοι.

Ερώτ.55:Πόσο έχει ελαττωθεί η μυϊκή τους δύναμη

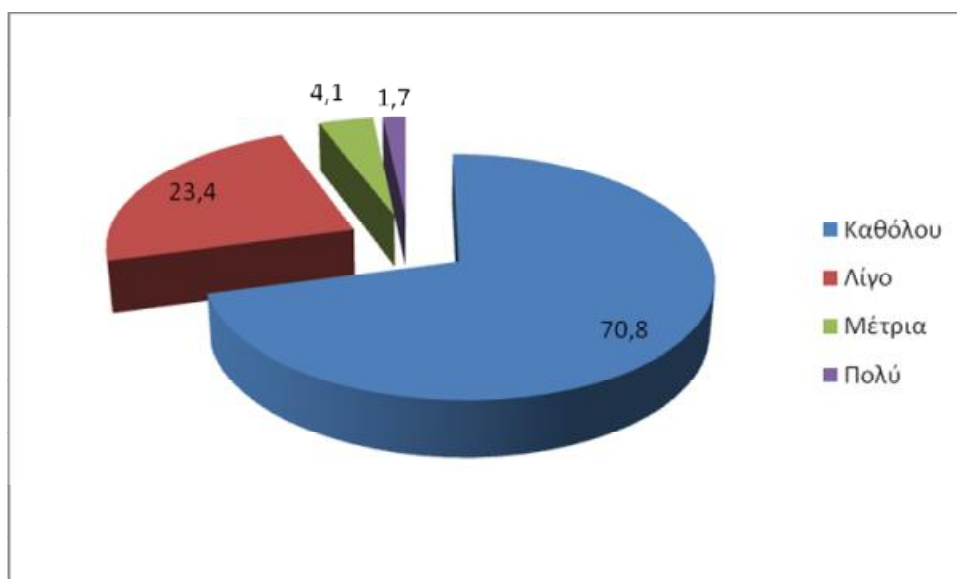
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	219	36,1	36,1
Λίγο	260	42,9	79,0
Μέτρια	93	15,3	94,4
Πολύ	28	4,6	99,0
Πάρα πολύ	6	1,0	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων με ποσοστό 42,9% δηλώνουν ότι έχει ελαττωθεί λίγο η μυϊκή τους δύναμη.

Ερώτ.56:Πόσο ποσοστό των οδηγών νιώθουν κατάθλιψη

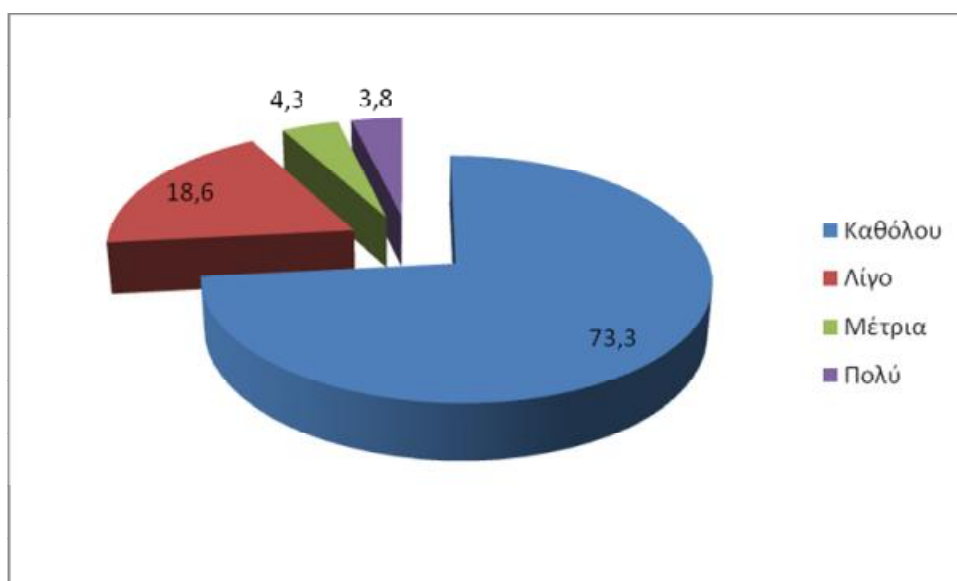
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	429	70,8	70,8
Λίγο	142	23,4	94,2
Μέτρια	25	4,1	98,3
Πολύ	10	1,7	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Στην ερώτηση πόσοι από τους ερωτηθέντες νιώθουν κατάθλιψη μόνο το 23,4% δήλωσαν ότι νιώθουν λίγο αυτό το συναίσθημα ενώ το 70,8% δήλωσαν ότι δεν νιώθουν καθόλου κατάθλιψη.

Ερώτ.57:Πόσοι οδηγοί αισθάνονται μοναξιά

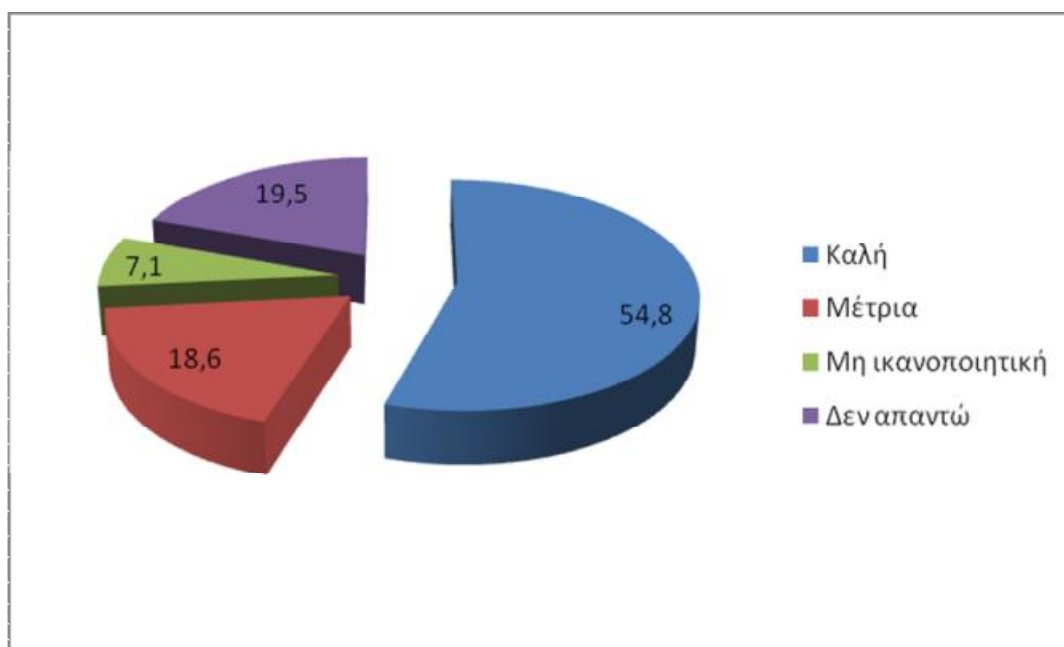
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	444	73,3	73,3
Λίγο	113	18,6	91,9
Μέτρια	26	4,3	96,2
Πολύ	23	3,8	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό με 73,3% των ερωτηθέντων οδηγών δεν νιώθουν μοναξιά μόνο το 3,8% αισθάνεται πολύ μοναξιά.

Ερώτ.59: Ποια η σεξουαλική κατάσταση των οδηγών

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καλή	332	54,8	54,8
Μέτρια	113	18,6	73,4
Μη ικανοποιητική	43	7,1	80,5
Δεν απαντώ	118	19,5	100,0
Σύνολο	606	100,0	



Σχολιασμός: Το μεγαλύτερο ποσοστό με 54,8% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι η σεξουαλική κατάσταση τους είναι καλή, ενώ μόνο το 7,1% δηλώνει μη ικανοποιητική σεξουαλική ζωή.

12.8 Συζήτηση

Το δείγμα μας αποτελείται από 606 άτομα, από αυτά το 90,9% είναι άντρες ενώ το 9,1% αποτελούν γυναίκες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ήταν και είναι ένα καθαρά ανδρικό επάγγελμα. Ποσοστό 30,5% των ερωτηθέντων έχει ηλικία από 31 έως 40 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό, 64,9% των ερωτηθέντων, είναι έγγαμοι με μέσο όρο παιδιών από 2 έως 3. Σε ποσοστό 28,5% οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι απόφοιτοι λυκείου, ενώ υπάρχουν και απόφοιτοι γυμνασίου και ΤΕΛ/ΤΕΕ/ΙΕΚ με ποσοστά 22,4% και 20,6% αντιστοίχως.

Για το 53,6% των ερωτηθέντων, το μηνιαίο ατομικό τους εισόδημα, δεν ξεπερνά τα 1499€ Ποσοστό 56,1% του δείγματος, εργάζεται κατά μέσο όρο 8 με 10 ώρες ημερησίως. Ποσοστό 44,1% επί του συνόλου των ερωτηθέντων εργάζεται κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλά και της νύχτας, ενώ το 39,6% εργάζεται μόνο την ημέρα.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι καπνιστές, σε ποσοστό 62,7%. Από αυτούς το 50,2% καπνίζει πάνω από 10 έτη, με ημερήσια ποσότητα 10 έως 20 τσιγάρα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 73,1% παίρνει δύο γεύματα την ημέρα, ποσοστό όμως 62,5% δεν παίρνει πρωινό. Ποσοστό 88,8% του δείγματος, πίνει κατά μέσο όρο 3 έως 5 καφέδες ημερησίως. Επίσης, το 84,7% από το σύνολο καταναλώνει αλκοόλ μία με δύο φορές την εβδομάδα. Μόνο το 36,3% των ερωτηθέντων προσπάθησαν να υιοθετήσουν κάποια υγιεινή συμπεριφορά και μόνο το 35,6% προβαίνει κάθε χρόνο σε τσεκ-απ.

Όσον αφορά το ατομικό ιατρικό ιστορικό των ερωτηθέντων, οι περισσότεροι πάσχουν από υπερχοληστερολαιμία και αρτηριακή πίεση. Το 33,3% ταλαιπωρείται συχνά από ημικρανίες. Σημαντικά εξ άλλου είναι τα ποσοστά, που σχετίζονται με τις μυοσκελετικές παθήσεις (34% πάσχει από οσφυαλγία και το 28,9% από ισχιαλγία). Όλες αυτές οι παθήσεις οφείλονται στην καθιστική ζωή των οδηγών ταξί και στις διατροφικές τους συνήθειες, λόγω των συνθηκών άσκησης του επαγγέλματος τους.

Πολλοί από τούς ερωτηθέντες νιώθουν κακόκεφοι (σε ποσοστό 47,2%), ευερέθιστοι (62,3%), κουρασμένοι (86,1%), λόγω της εργασιακής και οικονομικής πίεσης. Επίσης αντιμετωπίζουν προβλήματα ύπνου (49,2%), νιώθουν εκνευρισμό (51,7%), αισθάνονται αγχωμένοι (37%) και όλα αυτά λόγω του εργασιακού άγχους.

Τα άτομα αυτού του εργασιακού χώρου είναι καθηλωμένα στο κάθισμα του αυτοκινήτου πάνω από 8 ώρες ημερησίως, σε δύσκολες συνθήκες κυκλοφορίας, λόγω

του μεγάλου αριθμού των οχημάτων, διατρέχοντας πολλές φορές κίνδυνο για τη ζωή τους. Η αναζήτηση ενός αξιοπρεπούς εισοδήματος τους προκαλεί συνεχές άγχος και εκνευρισμό. Οι συνθήκες εργασία τους δεν τους επιτρέπουν να διατρέφονται σωστά. Έτσι πολλές φορές αρκούνται σε κάτι πρόχειρο και «στο πόδι», ενώ καταναλώνουν πολλούς καφέδες για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στο ωράριό τους. Εν κατακλείδι, ο κλάδος των οδηγών ταξί είναι κοινωνικά απαξιωμένος, με πολλά προβλήματα υγείας και εργασιακού άγχους.

Βιβλιογραφία



1. <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A4%CE%B1%CE%BE%CE%AF> 25/4/2009
2. <http://www.taxipatras.gr/gr/history.htm> 25/4/2009
3. Πλέσσας Σ., Διαιτητική του ανθρώπου, Εκδόσεις Φάρμακον, Αθήνα 1998
4. Πλέσσας Σ., Ειδικές δίαιτες, Εκδόσεις Φάρμακον, Αθήνα 1994
5. Χασαπίδου Μ., Τσιλγκίρογλου Α., Φαχαντίδου., Διατροφή για Υγεία, Άσκηση και Αθλητισμό, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002.
6. Ζηλίδης Δ. Χ., Διατροφή και Δημόσια Υγεία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1995.
7. Παπαηλίου Α., Επιβίωση, Βασικός οδηγός διατροφής, Τόμος Ι, Εκδόσεις Φελέκη Ι., Αθήνα 1978
8. Bruker M.O., Υγεία και σωστή διατροφή, Εκδόσεις Νότος ΕΠΕ, Αθήνα 1977
9. Παπαηλίου Α., Επιβίωση, Η διατροφή των υγείων, Τόμος ΙΙ, Εκδόσεις Φελέκη Ι., Αθήνα 1979
10. Παπανικολάου, Σύγχρονη διατροφή και διαιτολογία, δίαιτα για όλες τις παθήσεις, Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 1989
11. Gibney M.J., Vorster H.H., Kok F.J., Εισαγωγή στη διατροφή του ανθρώπου, Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, 2007
12. Tricopoulou A., Lagiou P., Healthy traditional Mediterranean Diet: An expression of culture, history and lifestyle. Nutr. Rev. 1997.
13. Rimm E., Ascherio A., Giovannucci E., Spiegelman D., Stampfer J., Willett C., Vegetable, fruit, and cereal fiber intake and risk of coronary heart disease among men. JAMA. 1996.
14. Gonzalez CA., The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). Public Health Nutr. 2006.

15. Αβραμίδης Α., Κάπνισμα, το άλλο νέφος μέσα μας, Εκδόσεις Ακρίτας
16. Jatte J., Ναρκωτικά - Τσιγάρο - Αλκοόλ, Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1981
17. Αθανασίου Κ., Αγωγή Υγείας, Έκδοση ΙΙ, Θεσσαλονίκη 1999
18. Αθανασίου Κ., Περιβάλλον - Διατροφή και Καρκίνος, Θεσσαλονίκη 1992
19. Smith T., Μεγάλος ιατρικός οδηγός, Τόμος Ι, Εκδόσεις Γιαλέλη, Αθήνα
20. Τριχοπούλου Α., Τριχοπουλος Δ., Προληπτική ιατρική, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 1986
21. Lee RG. Iron deficiency and iron deficiency anemia. In: Wintrobe Clinical Hematology 10th Ed, Lee RG, Foerster J, Lukens J et al, eds, Lea & Febiger, Philadelphia 1998
22. Massey AC. Microcytic anemia. Differential diagnosis and management of iron deficiency anemia. North America 1992.
23. Cook JD. Iron deficiency In: Textbook of Internal Medicine, WN Kelly, ed, JB Lippincot Co, Philadelphia 1989.
24. Γαρδίκας Κ.Δ., Ειδική νοσολογία, Νέα Έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα 2005
25. Annibale B, Capurso G, Delle Fave G. The stomach and iron deficiency anaemia: a forgotten link. Dig Liver Dis 2003.
26. Σεϊτανίδης Β., Αντωνόπουλος Α., Χριστάκης Ι., Αναμιές Διάγνωση και θεραπεία, Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 1999
27. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Τόμος ΙΙ, Έκδοση Β', Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000
28. Read A., Barritt D., Hewer B., Συγχρονη παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Μουτσόπουλος Χ., Αθήνα 1984
29. Γαρδίκας Κ., Επίτομος Αιματολογία, Έκδοση 5^η, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Γ., Αθήνα 1989
30. Dollinger M.D., Rosenbaum E., Cable G., Ο Καρκίνος, Μετάφραση Μαδάς Η., Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1993
31. Harrison TR., Εσωτερική παθολογία, Τόμος Ι, Εκδόσεις Παρισιάνου Γρ., Αθήνα 1981
32. Γαρδίκας Κ.Δ., Αιματολογία, Τόμος Ι, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Παρισιάνου Γ. Αθήνα 1981
33. Δαϊκος Γ.Κ., Νοσολογία, Τόμος ΙΙ, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Καραβία, Αθήνα 1971

34. Νομικός Γ., Συνοπτική ειδική νοσολογία, Τόμος II, Έκδοση 2^η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1981
35. Χανιώτης Ι.Φ., Παθολογία, Τόμος I, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990
36. Μαλγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Σ., Νοσηλευτική γενική παθολογική χειρουργική, Έκδοση 21η, Τόμος II, Μέρος 1ο, Εκδόσεις « Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2003
37. Σταυρόπουλος Κ., Πνευμονολογία, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1979
38. Γατζώνης Σ., Κεφαλαλγίες, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997
39. Πειόγλου Σ., Γεωργιάδης Γ., Κεφαλαλγία, Αθήνα 1993
40. Γουίλκισον Μ., Πονοκέφαλοι και ημικρανία, Μετάφραση: Εμκέ Έλλη, Εκδόσεις: Ψυχογιός Α., Αθήνα 1983
41. Γεωργιάδης Γ., Κεφαλαλγία, Ελληνική εταιρία κεφαλαλγίας, Επίτομος, Εκδόσεις Αθλότυπο, Αθήνα 1998
42. Χελιδόνη Ε., Εγχειρίδιο Ωτορινολαρυγγολογίας, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1985
43. Αδαμόπουλος Γ., Βαρηκοια-ιλιγγος-εμβοές, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1989
44. Σκεύα Α. Επίτομη Ωτορινολαρυγγολογία, Εκδόσεις Τσόλη, Ιωάννινα 1989
45. Παπαφράγκου Κ., Ακοολογία, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1996
46. Ηλιάδης Θ., Ωτορινολαρυγγολογία σημειολογία-διάγνωση-θεραπεία, Εκδόσεις Σιώκης, Θεσσαλονίκη 1996
47. Walton J., Νευρολογία, Επίτομος, Έκδοση 5^η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984
48. Καμπίρης Γ., Καραβάτος, Τσαβάρα Θ., Κείμενα νευροψυχολογίας, Επιμέλεια έκδοσης Τζαβαράς Θ., Εκδόσεις σύγχρονα θέματα, Θεσσαλονίκη 1987
49. Καρδιολής Ν. Μαθήματα νευροχειρουργικής και νοσηλευτικής, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1986
50. Μπάλλας Π., Χειρουργική, Τόμος I, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ., Αθήνα 1987
51. Ρήγας Α., Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστήματος, Ιατρικές εκδόσεις Λιτσάς, Αθήνα 1983
52. Λορεντζιάδης Μ., Αγγελόπουλος Ν., Νικολακέας Σ., Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn, Τόμος 2^{ος}, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 2002

53. Παπαδημητρίου Γ., Ανδρουλάκης Γ., Αρχές γενικής χειρουργικής, Τόμος II, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1989
54. Καπετάνος Γ., Οστεοαρθρίτις και Οστεοπόρωση, Αντίπαλοι ή σύμμαχοι, Αθήνα 2001.
55. Λυρίτης Γ., Μεταβολικά Νοσήματα των οστών. Εκδόσεις Πελεκάνος, Αθήνα 1991.
56. Ceril, Παθολογία, Μετάφραση Μουτσόπουλος, Τόμος II, Εκδόσεις Λίστας, Αθήνα 1990.
57. Dandy DJ., Οστεοαρθρίτιδα γόνατος και ολική αρθροπλαστική γόνατος στο βασική ορθοπεδική και τραυματιολογία, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1995
58. Συμεωνίδης Π.Π., Οστεοαρθρίτιδα γόνατος κ ολική αρθροπλαστική γόνατος. Κακώσεις και παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος, Έκδοση 2^η, University studio press, Θεσσαλονίκη 1996
59. Γαροφαλίδου Θ., Σύγχρονη ορθοπεδική, Τόμος II, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1965
60. Θεοδώρου Δ.Β., Ορθοπεδική παθολογία, Τομος I, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1971
61. Hoeber medical division., Σύγχρονη θεραπευτική, Τόμος I , Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1983
62. Frank Dadiy-Hart., Αρθρίτιδα, μάθετε να ζείτε μαζί της, Τόμος I, Εκδόσεις Λιτσάς 1981
63. Ρηγιώτη Α., Υπέρταση, σύμβουλος υγείας, Τεύχος 22 Αθήνα Μάιος-Ιούνιος 2007 σελ 42-44
64. Ράπτης Σ., Εσωτερική παθολογία, Τόμος II, Εκδόσεις Παρισιάνος Γ., Αθήνα 1996
65. Παπαδημητρίου Μ και συνεργάτες., Εσωτερική παθολογία, Τόμος II, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1998
66. Μπίβερς Ντ., Αρτηριακή υπέρταση, Επιμέλεια: Κατσανοπούλου Μ., Μετάφραση: Τσουλέα Ρ. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Α.Ε., Αθήνα 2005
67. Κοκκίνου Δ., Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ., Αθήνα 1987
68. Κοκκίνου Δ., Καρδιολογική θεραπευτική, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Παρισιάνου Γρ. Αθήνα 1980
69. Μποντούλας Χ.- Γκελέρης Π., Στεφανιαία νόσος, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1985

70. Κατσαδώρας Δ., Λειβαδίτης Μ., Μαριανός Α., Το εγκεφαλικό επεισόδιο, Έκδοση 2η, Εκδόσεις Τσαπέπας, Αθήνα 1983
71. Muchaln J., Ristead K., Καρδιακές Προσβολές, Εγκεφαλικό Επεισόδιο, Μετάφραση Ιωάννου Α., Έκδοση 2η, Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1983
72. Γαγανάκης Γ., Ανοικτή προστατεκτομή, University Studio Press A.E., Θεσσαλονίκη 1985
73. Δημόπουλος Ν., Μαθήματα ουρολογίας, Εκδόσεις Παλμός, Αθήνα 1981
74. Μπαρμπαλιάς Γ., Στοιχεία ουρολογίας, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1987
75. Ζαμπάκος Ι., Παχυσαρκία, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1989
76. Μαρίκας Γ., Εσωτερική παθολογία, Τόμος Ι, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1976
77. Τουρκαντώνης Α., Η παχυσαρκία σαν ιατροκοινωνικό πρόβλημα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Θεσσαλονίκη 1979
78. Αβραμίδης Α., Ικκός Δ., Επείγουσες ενδοκρινικές καταστάσεις, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1983
79. Ψαρράς Α., Νοσήματα του θυρεοειδούς αδένου, Επίτομος, Έκδοση 1η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1979
80. Ικκός Δ., Παυλάτος Φ., Σακχαρώδης διαβήτης, Επίτομος, Εκδόσεις 2η, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1974.
81. Καραδήμας Ευ., Ψυχολογία της υγείας, Θεωρία και κλινική πράξη, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2005
82. Ogden J., Ψυχολογία της υγείας, Έκδοση 2^η, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2004
83. Cooper C., Cooper R., Eater L., Ζώντας με το στρες, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2002
84. Walsh K., Dardy D., Νευροψυχολογία, Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2008