

Α. Τ. Ε. Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Σ. Ε. Υ. Π. – Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΙ ΑΓΟΝΤΩΝ
ΚΑΙ
ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**



Φοιτήτριες: Αρβανίτη Ρουμπίνη
Μπάλλια Σταυρούλα

Υπεύθυνος καθηγητής: κος Κοροβέσης Δημήτριος

ΑΘΗΝΑ 2009

Α. Τ. Ε. Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Σ. Ε. Υ. Π. – Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΚΑΙ
ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**



Φοιτήτριες: Αρβανίτη Ρουμπίνη
Μπάλλια Σταυρούλα

Υπεύθυνος καθηγητής: κος Κοροβέσης Δημήτριος

Περιεχόμενα

Περίληψη	5
Πρόλογος	7

Ι. ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1. Θεωρητική – Βιβλιογραφική αναζήτηση	8
--	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Καρδιαγγειακές παθήσεις	8
1.1.1. Αιτίες για τα καρδιακά νοσήματα	9
1.2. Καρδιακή ανεπάρκεια	10
1.3. Τα πιο συχνά καρδιακά νοσήματα	12
1.3.1. Η κύρια αιτία των καρδιακών νοσημάτων	12
1.4. Στεφανιαία νόσος	13
1.4.1. Στηθάγχη	14
1.4.1.1. Χαρακτηριστικά του στηθαγχικού πόνου	16
1.4.1.2. Θεραπεύοντας τη στηθάγχη	16
1.4.1.3. Αντιμετώπιση της στηθάγχης	17
1.4.2. Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου	18
1.4.2.1. Ποιες είναι οι ενδείξεις του εμφράγματος	19
1.4.2.2. Αναγνωρίζοντας τα συμπτώματα του εμφράγματος	21
1.4.2.3. Εξετάσεις για τη στεφανιαία νόσο	22
1.4.3. Αρρυθμίες	23
1.4.4. Κολπική μαρμαρυγή	25
1.4.4.1. Συμπτώματα της κολπικής μαρμαρυγής.....	27
1.4.4.2. Διάγνωση της κολπικής μαρμαρυγής	28
1.4.4.3. Φάρμακα για την κολπική μαρμαρυγή	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Υγειονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα καρδιακά νοσήματα	31
2.1. Χοληστερόλη.....	31
2.2. Αρτηριακή πίεση	33

2.3. Παχυσαρκία	36
2.4. Κάπνισμα	39
2.5. Στρες – Άγχος	42
2.6. Σωματική άσκηση	45
2.7. Σακχαρώδης διαβήτης	46
2.8. Διαταραχές ύπνου	53
2.9. Στοματική υγιεινή	55
2.10. Αλκοόλ και Αεριούχα ποτά	59
2.11. Ηλικία και Φύλο	62
2.12. Οικογενειακό περιβάλλον	62
2.13. Ατμοσφαιρική ρύπανση	63
2.14. Μεσογειακή διατροφή	64
2.15. Πρόγραμμα Heartscore Greece	72
3. Μέθοδος	75
4. Δειγματοληψία	75
5. Στοιχεία και επεξεργασία αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου	76
II. ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	
6. Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων	89
7. Συμπεράσματα	92
8. Βιβλιογραφία	99
9. Παράρτημα	107
9.1. Επιστολή ερωτηματολογίου	108
9.2. Ερωτηματολόγιο	109
9.3. Επεξήγηση της κωδικοποίησης	112
9.4. Κωδικοποίηση	115

Περίληψη

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν στις μέρες μας μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου. Μάλιστα στη χώρα μας, στατιστικά ολοένα και μεγαλώνει το ποσοστό των ανθρώπων που πεθαίνουν αιφνίδια κάθε χρόνο από κάποια πάθηση της καρδιάς. Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, αποφασίστηκε να ερευνηθεί και κατά κύριο λόγο να ενημερωθούν οι άνθρωποι για τα καρδιακά νοσήματα, εμβαθύνοντας περισσότερο στους παράγοντες εκείνους που τα επηρεάζουν, συμπεριλαμβανομένου της πρόληψης και κατ'επέκταση της αντιμετώπισής τους.

Για τη διεκπεραίωση της έρευνας, έγινε θεωρητική προσέγγιση σε συγγράμματα που αναφέρονται στο συγκεκριμένο θέμα. Το πρώτο λοιπόν μέρος της εργασίας περιλαμβάνει τη θεωρητική – βιβλιογραφική αναζήτηση και είναι χωρισμένο σε δύο κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ενημέρωση των καρδιακών νοσημάτων. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε μια μικρή εισαγωγή για τις καρδιαγγειακές παθήσεις, αναφέροντας τα πιο συχνά καρδιακά νοσήματα, την αιτία από την οποία προέρχονται και παραθέτονται στοιχεία για την καρδιακή ανεπάρκεια. Στη συνέχεια, γίνεται μια αναφορά στη στεφανιαία νόσο καταγράφοντας τις εκδηλώσεις της.

Εκτενέστερα περιλαμβάνεται, α) η στηθάγχη (χαρακτηριστικά του στηθαγγχικού πόνου, η θεραπεία και η αντιμετώπισή της), β) το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ποιες οι ενδείξεις του εμφράγματος, αναγνωρίζοντας τα συμπτώματά του), γ) οι αρρυθμίες και δ) η κολπική μαρμαρυγή (τα συμπτώματα, η διάγνωση και τα φάρμακα για την αντιμετώπισή της). Τέλος, αναφέρονται οι εξετάσεις που πρέπει να πραγματοποιούν οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Στο δεύτερο κεφάλαιο του πρώτου μέρους της εργασίας, περιλαμβάνονται οι παράγοντες από τους οποίους επηρεάζονται τα καρδιακά νοσήματα. Καταγράφονται στην έρευνα οι εξής: 1) χοληστερόλη, 2) αρτηριακή πίεση, 3) παχυσαρκία, 4) κάπνισμα, 5) στρες – άγχος, 6) σωματική άσκηση, 7) σακχαρώδης διαβήτης, 8) διαταραχές ύπνου, 9) στοματική υγιεινή, 10) αλκοόλ και αεριούχα ποτά, 11) ηλικία και φύλο, 12) οικογενειακό περιβάλλον, 13) ατμοσφαιρική ρύπανση, 14) μεσογειακή διατροφή και τέλος γίνεται η αναφορά του Προγράμματος Heartscore Greece.

Το πρώτο μέρος της εργασίας ολοκληρώνεται με δύο σημαντικά στοιχεία που βοηθούν στη διεκπεραίωση της έρευνας. Αυτά είναι η τυχαία δειγματοληψία και η μέθοδος που ακολουθήθηκε. Γι' αυτό το λόγο, αποφασίστηκε η δημιουργία του ερωτηματολογίου. Από τα εκατό ερωτηματολόγια τα οποία δόθηκαν σε ανθρώπους, επιστράφηκαν και τα εκατό. Στα ερωτηματολόγια αυτά έγινε κωδικοποίηση και καταγραφή των αποτελεσμάτων.

Τα αποτελέσματα που εξάχθηκαν καθώς επίσης και τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη σύγκριση με το θεωρητικό πλαίσιο, καταγράφονται όλα στο δεύτερο μέρος της εργασίας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τη βιβλιογραφία και το παράρτημα, το οποίο περιέχει το δείγμα του ερωτηματολογίου, την επεξήγηση της κωδικοποίησης και την κωδικοποίηση όλων των ερωτηματολογίων καταγεγραμμένη σε πίνακες και γραφήματα.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων αποτελούν στην εποχή μας την πρώτη αιτία θανάτου. Υπολογίζεται ότι το 30%-40% όλων των θανάτων οφείλεται στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Στην Ελλάδα, 30000 περίπου άτομα το χρόνο πεθαίνουν αιφνίδια από καρδιαγγειακές νόσους, ενώ χιλιάδες άλλα αναγκάζονται να περιορίσουν σημαντικά τις καθημερινές τους δραστηριότητες ή να συνταξιοδοτηθούν. Μπορούμε λοιπόν να καταλάβουμε πόσο σοβαρές είναι οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, αλλά και πόσο επιτακτική η συνειδητοποίηση των συνεπειών της από όλους μας.

Σήμερα, όλοι συμφωνούν ότι η καλύτερη θεραπεία για τις καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η πρόληψή της μέσω της κατανόησης του ρόλου και του ελέγχου των παραγόντων των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που η παρουσία τους προμηνύει την εμφάνιση αλλά και την εξέλιξη της νόσου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να γίνει γνωστό στο ευρύ κοινό, ότι τα νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων αποτελούν πλέον στις μέρες μας την πρώτη και σημαντικότερη αιτία θανάτου, ενώ στόχος της είναι να γίνει αναφορά των καρδιακών νοσημάτων, εστιάζοντας και αναλύοντας εκτενέστερα τους παράγοντες κινδύνου που τα προκαλούν, προκειμένου να καταστεί ενήμερο το κοινωνικό σύνολο, ώστε να προσπαθήσει να προλάβει και εν δυνάμει να αντιμετωπίσει ένα τέτοιο γεγονός, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητές του να οδηγηθεί σε ανεπιθύμητες συνέπειες κατά τη διάρκεια της ζωής του.

I. ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ

1.1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Στα καρδιαγγειακά νοσήματα (CVDs) περιλαμβάνονται η στεφανιαία νόσος (έμφραγμα), η εγκεφαλική πίεση του αίματος (υπέρταση), η περιφερική αρτηριακή νόσος, οι ρευματικές καρδιοπάθειες, η συγγενής καρδιοπάθεια και η καρδιακή ανεπάρκεια. Τα βασικά αίτια των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι το κάπνισμα, η έλλειψη σωματικής άσκησης, καθώς και η ακατάλληλη διατροφή.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι καρδιακές παθήσεις αποτελούν την πρώτη αίτια θανάτου και προβλέπεται να παραμείνει έτσι. Υπολογίζεται ότι 17,5 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν από καρδιακά νοσήματα το 2005 και αντιπροσωπεύουν το 30% όλων των θανάτων παγκόσμια. Από αυτούς τους θανάτους, περίπου 7.6 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν λόγω της στεφανιαίας νόσου και 5,7 εκατομμύρια άνθρωποι λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου. Πάνω από το 80% των θανάτων συνέβησαν σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. Εάν συνεχιστεί η σημερινή τάση, μέχρι το 2015 υπολογίζεται ότι 20 εκατομμύρια άνθρωποι θα πεθάνουν από καρδιαγγειακά νοσήματα, κυρίως από καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικά επεισόδια.

Τα κοινά συμπτώματα των καρδιακών παθήσεων

- Συχνά δεν υπάρχουν συμπτώματα της υποκείμενης νόσου των αιμοφόρων αγγείων. Μια καρδιακή προσβολή ή ένα εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να είναι η πρώτη προειδοποίηση της υποκείμενης νόσου.
- Τα πιο κοινά συμπτώματα της καρδιακής προσβολής είναι: πόνος ή δυσφορία στο κέντρο του θώρακα, πόνος ή δυσφορία στην αγκαλιά, μούδιασμα στο πρόσωπο, στο βραχίονα ή στο πόδι, ειδικά από τη μια πλευρά του σώματος. Επίσης, το άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει δυσκολίες στην αναπνοή ή λαχάνιασμα, αδιαθεσία ή εμετό, σπασμούς και εμφάνιση κρύου ιδρώτα, δυσκολία στην ομιλία ή στην κατανόηση, λιποθυμία ή απώλεια.

- Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν δυσκολία στην αναπνοή, ναυτία και εμετό.
- Οι άνθρωποι που βιώνουν τα συμπτώματα αυτά, θα πρέπει να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα αμέσως.

1.1.1. ΑΙΤΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Οι πιο σημαντικές αιτίες της καρδιακής νόσου και του εγκεφαλικού επεισοδίου είναι η ανθυγιεινή διατροφή, η έλλειψη σωματικής άσκησης και το κάπνισμα. Αυτές είναι οι «τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου». Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου, είναι υπεύθυνοι κατά 80% για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου και την εμφάνιση της εγκεφαλικής αγγειακής νόσου. Υπάρχει επίσης μια σειρά καθοριστικών υποκειμένων των χρόνιων ασθενειών, ή αν θέλετε «τα αίτια των αιτίων». Αυτά, είναι απόρροια των μεγάλων δυνάμεων οδήγησης, κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές αλλαγές – η παγκοσμιοποίηση, η αστικοποίηση και η γήρανση του πληθυσμού. Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες της CVDs είναι η φτώχεια και το στρες.

Πώς μπορούν να μειωθούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα:

- Τουλάχιστον το 80% των πρόωρων θανάτων από καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικά επεισόδια, θα μπορούσαν να αποφευχθούν μέσω της υγιεινής διατροφής, της τακτικής σωματικής άσκησης και της αποφυγής του καπνίσματος.
- Τα άτομα μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο των καρδιαγγειακών νοσημάτων συμμετέχοντας σε τακτική άσκηση, αποφεύγοντας το κάπνισμα, επιλέγοντας μια διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά και αποφεύγοντας τρόφιμα που είναι υψηλά σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι. Επίσης, θα βοηθούσε πολύ η διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους.
- Μετά από μια καρδιακή προσβολή ή ενός εγκεφαλικού επεισοδίου, ο κίνδυνος της επανάληψης ή του θανάτου μπορεί να μειωθεί σημαντικά, με το συνδυασμό των φαρμάκων –στεάτινες

(για τη μείωση της χοληστερόλης, των ναρκωτικών που ελαττώνουν την αρτηριακή πίεση) και της ασπιρίνης.

- Αποτελεσματικά ιατρο-τεχνολογικά προϊόντα έχουν αναπτυχθεί για τη θεραπεία CVDs, όπως επίσης στοχεύουν στην πρόληψη και τον έλεγχο των καρδιαγγειακών νοσημάτων και άλλων χρόνιων ασθενειών.

Το οικονομικό κόστος των καρδιαγγειακών νοσημάτων επηρεάζει πολλούς ανθρώπους στη μέση ηλικία, παρουσιάζοντας πολύ σοβαρό περιορισμό του εισοδήματος των πληγέντων και της εξοικονόμησης των δικών τους φυσικών πόρων και των οικογενειών τους. Διαφυγόντα κέρδη από την τσέπη της υγείας και πληρωμές, υπονομεύουν την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη των κοινοτήτων και των εθνών.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι ένα βαρύ φορτίο για τις οικονομίες των χωρών. Για παράδειγμα, η Κίνα υπολογίζεται ότι στα επόμενα 10 έτη (2006-2015), θα χάσει \$558 δις. από το διαφυγόν εθνικό εισόδημα, λόγω του συνδυασμού των καρδιακών παθήσεων, εγκεφαλικού επεισοδίου και διαβήτη (Τούτουζας, Π., 2001).

1.2. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί την τελική κοινή οδό των περισσότερων καρδιοπαθειών, οργανικών και μη.

Απαρτιζόμενη από μια ομάδα κλινικών συμπτωμάτων και εκδηλώσεων, με συναρπαστικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς και πολλά παράδοξα, δεν έχει απλό ορισμό που να την περιγράφει με ακρίβεια, κι όμως είναι μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου στο Δυτικό κόσμο.

Αναγνωρισμένη σαν κλινικό σύνδρομο, απασχολεί τους ιατρούς περισσότερο από 2000 χρόνια, κι όμως το έμφραγμα του μυοκαρδίου και η υπέρταση που είναι από τις συχνότερες αιτίες του συνδρόμου, αποτελούν προϊόντα του 20^{ου} αιώνα, ενώ ακόμα και η στηθάγχη είναι γνωστή μόνο τα τελευταία 200 χρόνια.

Παρά τη γνώση της κλινικής οντότητας από χιλιετηρίδες, η επιδημιολογία της, η παθοφυσιολογία, η φυσική ιστορία και η θεραπεία της,

άρχισαν να ξεκαθαρίζουν μόνο τις δυο τελευταίες δεκαετίες. Θεωρούμενη ως η τελική κοινή οδός πολλών καρδιακών παθήσεων, όπως βαλβιδοπαθειών, υπέρτασης και στεφανιαίας νόσου, πολλοί πίστεψαν στη διαδρομή των χρόνων, ότι δηλαδή θεραπεύοντας τα αίτια, η καρδιακή ανεπάρκεια θα εξαλειφθεί. Σήμερα, αυτή η άποψη φαίνεται τουλάχιστον αφελής. Ενώ, η συχνότητα πολλών γνωστών αιτίων καρδιακής ανεπάρκειας έχει μειωθεί, η επίπτωση του συνδρόμου έχει παραδόξως αυξηθεί. Ίσως, αυτό να είναι το αποτέλεσμα της γήρανσης του πληθυσμού (γηράσκουσα καρδιά), αλλά πιθανόν να αντανακλά και τις δραματικές εξελίξεις και βελτιώσεις στην αντιμετώπιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Ακριβώς αυτές που ο επιστημονικός κόσμος είχε πιστέψει ότι θα εξαφάνιζαν την καρδιακή ανεπάρκεια (Τριχόπουλος, Δ., 1998).

Η πληρέστερη κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών, οδήγησαν σε μια επανάσταση όσον αφορά στη θεραπεία του συνδρόμου.

Φάρμακα όπως οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου και οι ανταγωνιστές της αγγειοτενσίνης-II, έχουν πλέον καθιερωθεί ως απόλυτη ένδειξη στην αγωγή της συστολικής καρδιακής ανεπάρκειας. Ενώ φαρμακευτικά σκευάσματα, όπως η δακτυλίτιδα, χρησιμοποιούνται για τουλάχιστον 200 χρόνια και η πραγματική τους αξία δεν έχει ξεκαθαριστεί ακόμα.

Φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως οι β-απολειστές ή η τακτική σωματική άσκηση που για δεκαετίες θεωρούντο απαγορευτικές για τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, έχουν έρθει στο προσκήνιο την τελευταία δεκαετία ως ωφέλιμες, αποτελεσματικές και ενδεδειγμένες παρεμβάσεις σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών.

Παρά την πρόοδο στην κατανόηση παθοφυσιολογίας και θεραπείας του συνδρόμου, η καρδιακή καχεξία, χαρακτηριστικό της τελικού σταδίου καρδιακής ανεπάρκειας, μόνο τα τελευταία χρόνια αναγνωρίστηκε ως νοσολογική οντότητα.

Ελάχιστοι επαγγελματίες υγείας έχουν συνειδητοποιήσει τις ιατροκοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της καρδιακής καχεξίας, ενώ ο καχεκτικός ασθενής και το περιβάλλον του δεν γνωρίζουν ότι η τελικού σταδίου καρδιακή ανεπάρκεια έχει χειρότερη πρόγνωση από τον καρκίνο (Καστελλάνος, Σ., 2005).

Σήμερα, οι σχετιζόμενες με καρδιακή ανεπάρκεια εισαγωγές στο νοσοκομείο, έχουν ξεπεράσει τις εισαγωγές για έμφραγμα. Ιατροί όλων των ειδικοτήτων έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με το σύμπλεγμα των επιστημονικών, κοινωνικών, ηθικών και οικονομικών διλημάτων, που σχετίζονται με αυτό το χρόνιο και θανατηφόρο σύνδρομο (http://www.incardiology.gr/patheseis_ka/index.htm).

1.3. ΤΑ ΠΙΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

- **Στεφανιαία νόσος:** Είναι η πιο συχνή αίτια θανάτου στην Ελλάδα και σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες. Στα άτομα που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, παρατηρείται μερική ή ολική απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών, δηλαδή των αρτηριών που τροφοδοτούν με αίμα την καρδιά.
- **Στηθάγχη:** Μόνιμος πόνος στο στήθος που οφείλεται στη μειωμένη ροή του αίματος προς την καρδιά, η οποία αναγκάζεται να δουλεύει πολύ πιο έντονα.
- **Έμφραγμα μυοκαρδίου:** Αιφνίδιο καρδιακό επεισόδιο, που προκαλείται όταν μια αρτηρία που έχει στένωση φράξει εντελώς, με αποτέλεσμα η καρδιά να μην τροφοδοτείται μέσω του αίματος με απαραίτητο οξυγόνο.
- **Αρρυθμία:** Κάθε αλλαγή του φυσιολογικού ρυθμού της καρδιάς.
- **Μαρμαρυγή:** Είναι η ταχύτητα και η ασυντόνιστη συστολή των μυών της καρδιάς. Εμφανίζεται μετά από ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου και μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα.

1.3.1. Η ΚΥΡΙΑ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Κύρια αιτία που προκαλεί τις παραπάνω ασθένειες είναι η αθηροσκλήρωση (αρτηριοσκλήρυνση). Δηλαδή, η συγκέντρωση λιπαρών ουσιών, χοληστερόλης και στοιχείων πήξεως του αίματος, με τη μορφή

αθηρωματικής πλάκας στα τοιχώματα των αρτηριών, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η ομαλή ροή του αίματος.

Έτσι, ο καρδιακός μυς δεν τροφοδοτείται με θρεπτικές ουσίες και επαρκές οξυγόνο. Η εναπόθεση της χοληστερόλης και των λιπαρών ουσιών, αρχίζει από την παιδική ηλικία και αυξάνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Έτσι, η αθηροσκληρωτική πλάκα προκαλεί βαθμιαία στένωση του αυλού των στεφανιαίων αρτηριών.

Πολλές φορές το αίμα που περνά στις αρτηρίες είναι αρκετά πηκτό και σχηματίζει μικρούς θρόμβους. Συνήθως, οι θρόμβοι αυτοί διαλύονται μόνοι τους. Σε μερικά άτομα όμως υπάρχει η τάση να δημιουργούνται μεγαλύτεροι θρόμβοι. Αν τα ίδια άτομα έχουν αρτηρίες που στενεύουν εξαιτίας της αθηροσκλήρωσης, τότε προκαλείται θρόμβωση που συχνά οδηγεί σε έμφραγμα.

Η αθηροσκλήρωση όχι μόνο δεν είναι καινούρια ασθένεια, αλλά έχει και μακρά ιστορία. Από αιγυπτιακές μούμιες που εξετάστηκαν, βρέθηκαν αθηροσκληρωτικές πλάκες στις αρτηρίες των αρχαίων Αιγυπτίων (<http://www.elais.gr/health/heart/heart3.jsp>).

1.4. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Η στεφανιαία νόσος (ή στεφανιαία ανεπάρκεια) περιλαμβάνει όλες εκείνες τις κλινικές καταστάσεις που οφείλονται στην αρτηριοσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών, δηλαδή στην προοδευτική συνάθροιση λιπιδίων και άλλων στοιχείων στο αγγειακό τοίχωμα, που έχει ως συνέπεια τη στένωση του αγγείου.

Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι τα αγγεία που τροφοδοτούν με αίμα και συνεπώς με οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες την καρδιά. Όταν τα αγγεία της καρδιάς δεν μπορούν, λόγω της στένωσης από την αρτηριοσκληρωτική διαδικασία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του καρδιακού μυός σε οξυγόνο, εμφανίζεται το δυσάρεστο ενόχλημα που ονομάζεται στηθάγχη.

Ο στηθαγχικός πόνος, που αποτελεί τη συνήθη εκδήλωση της ανεπαρκούς αιμάτωσης του μυοκαρδίου, εκδηλώνεται με δυσφορία στο κέντρο του θώρακα, που μπορεί να έχει χαρακτήρα σφιξίματος, καψίματος ή πίεσης.

Εκτός από την παραπάνω κύρια εντόπιση, το ενόχλημα μπορεί να αντανakλάται στη ράχη, στο λαιμό, στο σαγόνι, στο αριστερό ή και στα δυο άκρα και ψηλά στην κοιλιακή χώρα.

Ο σθηθαγγικός πόνος μπορεί επίσης να συνοδεύεται από εκδηλώσεις όπως ναυτία, εμετός και «κρύος ιδρώτας», που διαρκεί συνήθως 2 έως 10 λεπτά και περνά μόνος του μετά από απόλυτη ανάπαυση ή χρήση υπογλώσσιων δισκίων νιτρογλυκερίνης. Μεγαλύτερη διάρκεια πόνου είναι ύποπτη για σοβαρότερες καταστάσεις, όπως το έμφραγμα μυοκαρδίου.

Στις εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου περιλαμβάνονται:

- A) Η περίοδος χωρίς συμπτώματα
- B) Η σταθερή στηθάγχη
- Γ) Η ασταθής στηθάγχη
- Δ) Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
- E) Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος

A. Στην περίοδο χωρίς συμπτώματα συνήθως υπάρχει κάποιος βαθμός στένωσης των στεφανιαίων αγγείων, όχι όμως σε τέτοιο βαθμό που να μη μπορεί να εξασφαλιστεί ικανοποιητική παροχή οξυγόνου στο μυοκάρδιο, ακόμα και σε αυξημένων απαιτήσεων, όπως η έντονη σωματική κόπωση. Εάν σε αυτό το στάδιο, στο οποίο όπως προαναφέρθηκε δεν υπάρχουν προειδοποιητικά συμπτώματα, δεν υπάρξει σαφής τροποποίηση των προδιαθεσικών παραγόντων για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου, τότε μοιραία θα ακολουθήσουν οι βαρύτερες κλινικές μορφές της νόσου.

1.4.1. ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Η στηθάγχη είναι παροξυσμός θωρακικού πόνου που εντοπίζεται στην προκάρδια περιοχή και αποτελεί την κυριότερη κλινική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Η στηθάγχη διακρίνεται σε σταθερή και ασταθή.

B. Η σταθερή στηθάγχη χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση θωρακικού πόνου (στηθάγχης) κατά προβλέψιμο τρόπο. Συγκεκριμένα, το σθηθαγγικό ενόχλημα εμφανίζεται κάθε φορά μετά από δεδομένη προσπάθεια, π.χ. μετά από ορισμένη απόσταση βάδισης. Βέβαια, με την πάροδο του χρόνου τα

συμπτώματα επιδεινώνονται, γιατί η αρτηριοσκληρυντική πλάκα που στενεύει τον αγγειακό αυλό επεκτείνεται και εφόσον δεν υπάρξει αποφασιστική αντιμετώπιση των παραγόντων, που ευθύνονται για την ανάπτυξη της αρτηριοσκληρυνσης, μετά από κάποια χρονική περίοδο η στενωμένη αρτηρία θα αποφραχθεί. Η σταθερή στηθάγχη γενικά αποτελεί μία σχετικά καλοήγη κλινική κατάσταση και αυτό διότι προειδοποιεί τον πάσχοντα και δεδομένου ότι εξελίσσεται αργά, προσφέρει τη δυνατότητα για την επιλογή και την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής.

Γ. Η ασταθής στηθάγχη αποτελεί μια πιο επικίνδυνη μορφή στεφανιαίας νόσου, γι' αυτό και έχει χαρακτηριστεί προεμφραγματική στηθάγχη. Το σύμπτωμα με το οποίο εκδηλώνεται είναι το κλασικό στηθαγγικό ενόχλημα, το οποίο όμως σε αντίθεση με τη σταθερή στηθάγχη δεν είναι προβλέψιμο, αλλά μπορεί να εμφανίζεται ανεξάρτητα από τη σωματική προσπάθεια, π.χ. στην ηρεμία ή ακόμη και να ξυπνάει τον ασθενή. Το τι ακριβώς συμβαίνει και εγκαθίσταται μία τόσο θορυβώδης κλινική εικόνα, ξεφεύγει από το σκοπό αυτού του εντύπου.

Επιγραμματικά ωστόσο, μπορούμε να πούμε ότι στην περίπτωση της ασταθούς στηθάγχης, συμβαίνει μία απότομη ελάττωση του εύρους του αγγειακού αυλού, σε αντίθεση με την προοδευτική μείωσή του που χαρακτηρίζει τη σταθερή στηθάγχη. Η αιφνίδια αυτή ελάττωση οφείλεται στο σπάσιμο (ρήξη) της αρτηριοσκληρυντικής πλάκας, πάνω στην οποία επικάθεται ένα πήγμα αίματος (θρόμβος). Συνέπεια αυτού του φαινομένου είναι η αιφνίδια αύξηση μιας στένωσης, για παράδειγμα από 50% σε 90%.

Είναι σαφές ότι μία τέτοια ασταθής κατάσταση πρέπει να αντιμετωπίζεται με εισαγωγή σε νοσοκομείο, ώστε με τη χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής να δοθεί η ευκαιρία στη «σπασμένη» αρτηριοσκληρυντική πλάκα να επουλωθεί και να αποφευχθεί η ανεπιθύμητη εξέλιξη προς έμφραγμα του μυοκαρδίου (Desmond, J., 1994).

1.4.1.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΤΗΘΑΓΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Συχνά περιγράφεται σαν σφίξιμο, κάψιμο, πίεση ή πνιγμονή ή γενικότερα σα δυσφορία, που εντοπίζεται πίσω από το στέρνο (οπισθοστερνικά). Ο ασθενής τυπικά φέρνει τη γροθιά του μπροστά από το στέρνο για να περιγράψει τον πόνο. Η ένταση του πόνου ποικίλει από ήπια έως κι έντονη. Μερικές φορές, η κύρια εστία του στηθαγχικού πόνου δεν είναι οπισθοστερνικά, αλλά μπορεί να εντοπίζεται σε άλλη περιοχή του θώρακα, στο επιγάστριο, στα άνω άκρα (ιδιαίτερα το αριστερό), στον τράχηλο ή στην κάτω γνάθο. Από τη συνηθισμένη του οπισθοστερνική θέση, ο στηθαγχικός πόνος μπορεί να ακτινοβολεί στην πλάτη ή σε μια ή περισσότερες από τις προαναφερθείσες περιοχές. Ο πόνος της στηθάγχης έχει διάρκεια λίγων λεπτών και υποχωρεί με τη λήψη νιτροδών φαρμάκων. Ο πόνος της στηθάγχης είναι δυνατόν να συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα και σημεία όπως δύσπνοια, εφίδρωση, ναυτία κι εμετό (http://health.in_grhealth.htm).

1.4.1.2. ΘΕΡΑΠΕΥΟΝΤΑΣ ΤΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Η στηθάγχη είναι ο πόνος στο στήθος που προκαλείται από την ανεπαρκή παροχή οξυγόνου στον καρδιακό μυ. Συνήθως, εκδηλώνεται μετά τη σωματική καταπόνηση και υποχωρεί όταν ο ασθενής ξεκουραστεί για λίγο.

Η ασταθής στηθάγχη είναι η ραγδαία επιδεινούμενη στηθάγχη, κατά την οποία ο ασθενής πονάει ακόμα και όταν ξεκουράζεται. Η ασταθής στηθάγχη ενδέχεται να αποτελεί ένδειξη επικείμενου εμφράγματος.

Ο στόχος του γιατρού, όταν συστήνει μια θεραπεία για τη στηθάγχη, είναι να αυξήσει την ποσότητα της φυσικής δραστηριότητας που μπορεί να εκτελέσει ο ασθενής πριν αναπτύξει πόνο ή και να καταπραΰνει τον πόνο όταν αυτός έχει αρχίσει. Η θεραπεία μπορεί να είναι φαρμακευτική, μη χειρουργική (αγγειοπλαστική) ή χειρουργική (http://health.in_grhealth5.htm).

1.4.1.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗΣ

Οι στόχοι κατά την αντιμετώπιση της στηθάγχης είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα, η επιβράδυνση της εξέλιξης της στεφανιαίας νόσου και η μείωση του κινδύνου ανάπτυξης εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Γενικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται είναι η διακοπή του καπνίσματος, η διατήρηση των τιμών σακχάρου και χοληστερόλης σε φυσιολογικά επίπεδα, ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και η απώλεια σωματικού βάρους σε συνδυασμό με υγιεινή διατροφή.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της στηθάγχης είναι:

1. **Νιτρώδη:** Ανακουφίζουν από το στηθαγχικό πόνο, συνήθως λαμβάνονται υπογλώσσια.
2. **Β-Αναστολείς:** Σημαντικά οφέλη στην ανακούφιση από τη συμπτωματολογία και τη μείωση της θνητότητας.
3. **Ανταγωνιστές ασβεστίου:** Αγγειοδιασταλτικά φάρμακα που αυξάνουν την αιμάτωση του μυοκαρδίου.
4. **Στατίνες:** Για τον έλεγχο τυχόν συνυπάρχουσας υπερχοληστερολαιμίας.
5. **Ασπιρίνη:** Μειώνει την πιθανότητα εμφράγματος του μυοκαρδίου (Λουρίδας, Γ., 1993).

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η τρινιτρική γλυκερίνη, που λαμβάνεται με μορφή υπογλώσσιου χαπού ή σπρέι, καταπραΰνει γρήγορα τη στηθάγχη. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν πάντοτε το φάρμακο μαζί τους.
- Πέρα από τα νιτρώδη υπάρχουν και άλλα πολύ αποτελεσματικά φάρμακα για τον έλεγχο της στηθάγχης, (όπως οι βήτα-αναστολείς και οι αναστολείς διαύλου ασβεστίου) που λαμβάνονται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό.
- Η αγγειοπλαστική με μπαλονάκι είναι μία τεχνική κατά την οποία διαστέλλεται μια αποφραγμένη αρτηρία με ένα μπαλονάκι που φουσκώνει υπό υψηλή πίεση. Η μέθοδος είναι ιδιαίτερα

αποτελεσματική σε ορισμένες περιπτώσεις.

- Η εγχείρηση στεφανιαίας παρακάμψεως (by - pass), είναι πολύ αποτελεσματική στην καταπράυνση της στηθάγχης και είναι ιδιαίτερος κατάλληλη για τις πιο προχωρημένες μορφές της νόσου.

1.4.2. ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Δ. Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM) είναι η νέκρωση μιας περιοχής του καρδιακού μυός, που οφείλεται στην αιφνίδια διακοπή της παροχής οξυγόνου στο συγκεκριμένο τμήμα.

Η διακοπή της παροχής αίματος οφείλεται σε αιφνίδια απόφραξη μιας στεφανιαίας αρτηρίας, λόγω της ανάπτυξης θρόμβου πάνω σε μία αρτηριοσκληρυντική πλάκα. Πολύ σπανιότερα η απόφραξη μπορεί να οφείλεται σε παρατεταμένο σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών.

Κλινικά το έμφραγμα του μυοκαρδίου εκδηλώνεται με τυπική στηθάγχη, η οποία όμως είναι παρατεταμένης διάρκειας, δε σταματά με την ανάπαυση και συνοδεύεται από αίσθημα «αφανισμού». Όταν σε άρρωστο με γνωστή στεφανιαία ανεπάρκεια, εκδηλωθεί ένα επεισόδιο θωρακικού πόνου με τους παραπάνω χαρακτήρες, επιβάλλεται η άμεση μεταφορά του σε εφημερεύον νοσοκομείο, γιατί μόνο σε εξειδικευμένο χώρο και από εξειδικευμένο προσωπικό, μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη μεγαλύτερη δυνατή επιτυχία ένα τόσο σοβαρό ιατρικό πρόβλημα. Η άμεση μεταφορά του ασθενούς σε νοσοκομείο αποκτά ιδιαίτερη σημασία, εάν αναλογιστούμε ότι το OEM αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου στις Δυτικές χώρες.

Ακόμη όμως και από τα άτομα που θα επιβιώσουν από ένα οξύ επεισόδιο, μερικά θα βρεθούν αντιμέτωπα με σοβαρές επιπλοκές που θα έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους, όπως π.χ. την καρδιακή ανεπάρκεια. Βέβαια, σήμερα με τη λειτουργία των μονάδων εντατικής παρακολούθησης και την εφαρμογή μεθόδων που συντελούν στη διάνοιξη του αποφραγμένου αγγείου και επομένως στην ταχεία επαναιμάτωση του μυοκαρδίου, η πρόγνωση του OEM έχει βελτιωθεί.

Πάρα ταύτα, επειδή το τμήμα του εμφράγματος εξακολουθεί ακόμη και σήμερα να είναι βαρύ, αποτελεί μέριμνα κάθε ιατρού και ειδικότερα του καρδιολόγου να εντοπίζει τους ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο και ανάλογα με τη διαβάθμιση του κινδύνου να παρέχει την κατάλληλη κατά περίπτωση φροντίδα.

1.4.2.1. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Οι ενδείξεις που φανερώνουν ότι η παροχή αίματος προς την καρδιά έχει διαταραχτεί προσωρινά, προηγούνται συχνά ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου. Οι ενδείξεις αυτές διαρκούν κατά κανόνα μόνο μερικά λεπτά της ώρας. Σε πολλές όμως περιπτώσεις τα συμπτώματα είναι αιφνίδια χωρίς προκαταρκτικά ενοχλήματα.

Κάποιες τέτοιες ενδείξεις είναι οι εξής:

- Αίσθηση πίεσης ή σφιξίματος στο στήθος
- Πόνοι στο στήθος, οι οποίοι μπορεί να διαχέονται στον ώμο, το χέρι, το λαιμό ή και το σαγόνι. Η ένταση του πόνου διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο σε σημείο που μπορεί να κυμαίνεται από ένα απλό συνεχές βάρος, έως και να απουσιάζει ολοκληρωτικά (ειδικώς στους χρόνια διαβητικούς ασθενείς)
- Ξαφνικός πόνος στην άνω κοιλιακή χώρα με συνοδούς εμετούς πολλές φορές
- Εφίδρωση
- Δυσχέρεια στην αναπνοή
- Ακανόνιστος χτύπος καρδιάς (αρρυθμία) που συμβαίνει για πρώτη φορά

Αρχικά, τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά τη σωματική κόπωση ή ψυχική υπερένταση, ενώ αργότερα εμφανίζονται και κατά τη ξεκούραση. Η ενημέρωση του προσωπικού γιατρού είναι απαραίτητη σε αυτή την περίπτωση.

Παράγοντες κινδύνου

Κάθε ξεχωριστός παράγοντας αθροίζεται με άλλους, εφόσον υπάρχουν, κι έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος σε σημαντικό βαθμό για να συμβεί έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι γνωστοί παράγοντες δεν ευθύνονται ομότιμα στο βαθμό πρόκλησης της στεφανιαίας νόσου, ενώ ανευρίσκονται σε ποσοστό μέχρι και 60% στους ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, υπογραμμίζοντας έτσι ότι μερικοί άλλοι αδιερεύνητοι ακόμη παράγοντες εμπλέκονται στην παθολογική αυτή διεργασία.

Κάποιοι από τους παράγοντες οι οποίοι είναι δυνατόν να τεθούν υπό έλεγχο είναι οι εξής:

- Ο διαβήτης
- Η υπέρταση
- Το κάπνισμα
- Η υψηλή χοληστερόλη
- Το υπερβολικό βάρος (όχι ανεξάρτητα αλλά μέσω επίτασης άλλων παραγόντων κινδύνου)
- Η ανθυγιεινή διατροφή
- Το στρες
- Η έλλειψη σωματικής άσκησης
- Οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις

Σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι δεν μπορούν να τεθούν σε έλεγχο αλλά επιβάλλουν την εντατικότερη λήψη μέτρων για τροποποίηση των προηγούμενων είναι:

- Το κληρονομικό ιστορικό (στεφανιαίας νόσου)
- Το φύλο (πρωιμότερη επιβάρυνση των ανδρών)
- Η ηλικία (όσο αυξάνεται τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος)

Πέρα από τον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου, ο χειρισμός μιας τέτοιας κατάστασης υγείας μπορεί να γίνει, είτε με φαρμακευτική αγωγή είτε μέσω χειρουργικής επέμβασης (για παράδειγμα, η παράκαμψη της στεφανιαίας αρτηρίας ή διάφορες μέθοδοι αγγειοπλαστικής, όπως είναι η διαστολή-μπαλονάκι).

Ε. Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος τέλος αποτελεί την πλέον δραματική εκδήλωση από όλο το κλινικό φάσμα της στεφανιαίας νόσου.

Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος ορίζεται ο φυσικός θάνατος που επέρχεται εντός μίας ώρας από την εμφάνιση των οξέων συμπτωμάτων.

Η στεφανιαία νόσος και οι επιπλοκές της ευθύνονται για το 80% περίπου των αιφνιδίων καρδιακών θανάτων. Όπως προαναφέρθηκε, το 50% περίπου των οφειλόμενων σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου θανάτων εκδηλώνονται ως αιφνίδιοι θάνατοι. Είναι επίσης τραγικό ότι στο 25% των περιπτώσεων, ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος αποτελεί την πρώτη και δυστυχώς μοιραία εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου.

Γενικά, η στεφανιαία νόσος είναι μία ύπουλη πάθηση που δε συγχωρεί χαλαρότητα και αμέλεια ούτε από την πλευρά του πάσχοντος, ούτε από την πλευρά του θεράποντος ιατρού.

Αναφέρθηκε ότι αποτελεί νόσο με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, με το χαρακτηριστικό όμως γνώρισμα ότι δεν πορεύεται πάντοτε προοδευτικά από τις ηπιότερες προς τις σοβαρότερες μορφές. Επιβεβαίωση αυτής της συμπεριφοράς της νόσου είναι ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος, ο οποίος στο 25% των περιπτώσεων, όπως προαναφέρθηκε, αφορά ασθενείς χωρίς προηγούμενα συμπτώματα.

Επομένως, πρωταρχικής σημασίας είναι η εντόπιση των ατόμων που έστω και χωρίς εκδήλωση συμπτωμάτων, έχουν πολλούς επιβαρυντικούς παράγοντες για εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Στους ασθενείς αυτούς, η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου (πρωτογενής πρόληψη), είτε με υγιεινό τρόπο ζωής, είτε με φαρμακευτική υποστήριξη αναμένεται να τροποποιήσει την πορεία της νόσου και να περιορίσει στο μέτρο του εφικτού τις δραματικές συνέπειές της (Τούτουζας, Π., 2001).

1.4.2.2. ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Παρ' όλο που οι περισσότεροι ασθενείς με στεφανιαία νόσο έχουν το ίδιο υποκείμενο πρόβλημα, κυρίως στένωση των στεφανιαίων αρτηριών, δεν παρουσιάζουν όλοι τα ίδια συμπτώματα. Μερικοί αναπτύσσουν στηθάγχη, άλλοι παθαίνουν έμφραγμα. Μικρό ποσοστό των ασθενών μπορεί να αναπτύξουν καρδιακή ανεπάρκεια χωρίς να παρουσιάσουν προειδοποιητικά

συμπτώματα. Δεν γνωρίζουμε τι ακριβώς καθορίζει την εξέλιξη τους (Τούτουζας, Π., 2001).

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Όταν ο καρδιακός μυς έχει έλλειψη οξυγόνου, το επακόλουθο είναι πόνος στο στήθος, είτε στηθάγχη είτε έμφραγμα.
- Ο έντονος πόνος στο στήθος θεωρείται έμφραγμα έως ότου αποδειχθεί το αντίθετο.
- Ο πόνος της στηθάγχης συνήθως εκδηλώνεται όταν ασκείστε ή βρίσκεστε σε κατάσταση στρες.
- Η δυσπεψία συνήθως δεν προκαλείται από την άσκηση. Σε περίπτωση αμφιβολίας, συμβουλευθείτε ένα γιατρό.

1.4.2.3. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες του πόνου στο στήθος και οι πιο σημαντικές ενδείξεις για το αν προέρχεται από την καρδιά ή όχι, είναι το είδος του πόνου και η περιοχή από την οποία αυτός αρχίζει. Οι γιατροί συνήθως μπορούν να ξεχωρίσουν τους διάφορους πόνους στο στήθος.

Είναι πιθανόν να καταλάβουν, απ' όσα εσείς τους πείτε, αν ο πόνος προέρχεται από την καρδιά ή δεν είναι ανησυχητικός. Ο πόνος του εμφράγματος ή της στηθάγχης είναι συνήθως πολύ χαρακτηριστικός.

Εντούτοις, υπάρχουν φορές που η διάγνωση δεν είναι τόσο εύκολη. Έτσι, ο γιατρός μπορεί να χρειασθεί να αποφασίσει με βάση τις πιθανότητες που έχετε να πάσχετε από στεφανιαία νόσο. Σε μια νεαρή ασθενή λ.χ., ο πόνος στο στήθος είναι πιθανότερο να οφείλεται σε δυσπεψία και όχι σε στηθάγχη, ενώ σε έναν μεσήλικο άνδρα που καπνίζει και έχει υπέρταση, το πιθανότερο είναι να πρόκειται για στηθάγχη και όχι για δυσπεψία.

Η πείρα μετράει, αλλά δυστυχώς κανένας γιατρός δεν είναι αλάθητος και πολλοί δεν έχουν κατορθώσει να διαγνώσουν καν το δικό τους έμφραγμα. Επειδή πάντως, η στεφανιαία νόσος είναι εξαιρετικά συχνή, οι περισσότεροι

γιατροί συνιστούν κάποιες εξετάσεις όταν αμφιβάλλουν για τη διάγνωση (<http://health.in.gr/health4.htm>).

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η πιο συχνή εξέταση για τη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα σε κατάσταση ηρεμίας, το οποίο πάντως δεν είναι αλάνθαστο.
- Αν το ηλεκτροκαρδιογράφημα σε κατάσταση ηρεμίας είναι φυσιολογικό, το τεστ κοπώσεως είναι ένας καλός τρόπος για να ελεγχθεί η στηθάγχη και να διαπιστωθεί πόσο σοβαρή είναι.
- Οι ασθενείς που αδυνατούν να υποβληθούν σε τεστ κοπώσεως, μπορούν να υποβληθούν σε σπινθηρογράφημα καρδιάς ή υπερηχοκαρδιογράφημα.
- Η στεφανιογραφία είναι ο καλύτερος τρόπος για να διαπιστωθεί ποιες αρτηρίες έχουν πρόβλημα, αλλά δεν είναι απαραίτητη σε όλους τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

1.4.3. ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ

Αρρυθμίες ονομάζονται οι διαταραχές του ρυθμού της καρδιάς. Ο φυσιολογικός παλμός της καρδιάς είναι ρυθμικός. Στην περίπτωση της αρρυθμίας ο ασθενής αντιλαμβάνεται την καρδιά του να χτυπά ακανόνιστα, να «φτερουγίζει», να χτυπά γρήγορα ή να κάνει διακοπές.

Οι αρρυθμίες χωρίζονται σε δυο κατηγορίες:

Α)Υπερκοιλιακές: Όταν η έκτοπη εστία είναι πάνω από τον κολποκοιλιακό κόμβο.

Β)Κοιλιακές: Όταν η έκτοπη εστία είναι κάτω από τον κολποκοιλιακό κόμβο.

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι τα εξής:

- Αίσθημα παλμών δηλαδή αίσθημα «φτερουγίσματος» της καρδιάς

- Αίσθημα διακοπών του φυσιολογικού παλμού της καρδιάς
- Δύσπνοια – Λαχάνιασμα
- Εύκολη κόπωση
- Ζάλη - Λιποθυμία
- Συγκοπή
- Σε ορισμένες περιπτώσεις επικίνδυνων αρρυθμιών είναι ακόμα και ο αιφνίδιος θάνατος

Οι αρρυθμίες έχουν διάφορα αίτια:

- Έντονο στρες ή φόβος ή συγκίνηση
- Υπερκατανάλωση αλκοόλ και υπερβολικό κάπνισμα
- Διαταραχές στο ηλεκτρικό σύστημα της καρδιάς
- Στεφανιαία νόσος
- Μυοκαρδιοπάθειες
- Μυοκαρδίτιδες
- Βαλβιδοπάθειες
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Θυρεοειδοπάθειες
- Αναιμία

Όταν οι αρρυθμίες γίνονται αντιληπτές, πρέπει να καταγράφονται σε ηλεκτροκαρδιογράφημα ή σε μια ειδική συσκευή που καταγράφει τον καρδιακό ρυθμό όλο το 24ωρο (holter ρυθμού 24ώρου).

Σε περιπτώσεις που ήδη υπάρχει υπόστρωμα καρδιοπάθειας, η διερεύνηση για αρρυθμίες θα πρέπει να γίνεται και προληπτικά, χωρίς δηλαδή να προϋπάρχουν συμπτώματα.

Με ειδικές τεχνικές (ηλεκτροφυσιολογική μελέτη: εισαγωγή ειδικών καλωδίων στην καρδιά που καταγράφουν το ρυθμό της καρδιάς και τις διαταραχές του), η αρρυθμία μπορεί επίσης να προκληθεί μέσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, ώστε να αναγνωριστεί η φύση της και η ενδεδειγμένη θεραπεία. Τέλος, σε ειδικές περιπτώσεις εμφυτεύεται ειδική συσκευή καταγραφής αρρυθμιών (reveal holter) κάτω από το δέρμα στο επάνω μέρος του θώρακα, η οποία καταγράφει τις αρρυθμίες για διάστημα περίπου ενός έτους.

Η θεραπεία των αρρυθμιών εξαρτάται από τη φύση τους (από το αν δηλαδή πρόκειται για απλές έκτακτες συστολές, ταχυκαρδίες, βραδυκαρδίες, διακοπές του καρδιακού ρυθμού, κολπική μαρμαρυγή κ.τ.λ.) και από την ύπαρξη ή όχι υποκείμενης καρδιοπάθειας.

Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει αντιαρρυθμικά φάρμακα, ηρεμιστικά φάρμακα και ανάλογα με την περίπτωση αντιπηκτικά φάρμακα.

Σε συγκεκριμένες αρρυθμίες (βραδυαρρυθμίες) μπορεί να γίνει εμφύτευση βηματοδότη (ειδικό μηχανήμα που με ηλεκτρικό ρεύμα δίνει ρυθμό στην καρδιά όταν παρουσιάζονται παύσεις του ρυθμού), ενώ αν εμφανιστούν αρρυθμίες επικίνδυνες για αιφνίδιο θάνατο γίνεται εμφύτευση ειδικού απινιδωτή, δηλαδή ενός μηχανήματος που επαναφέρει το ρυθμό της καρδιάς όταν αυτή παρουσιάσει θανατηφόρο αρρυθμία.

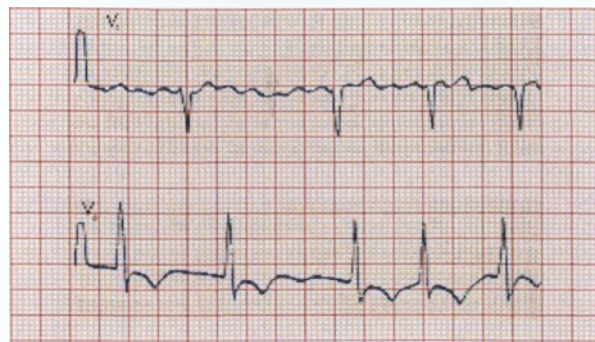
Οι συνήθεις επιπλοκές των αρρυθμιών είναι η ζάλη, η λιποθυμία, η συγκοπή, οι θρομβώσεις (σε ορισμένες αρρυθμίες) και ο αιφνίδιος θάνατος (σε ορισμένες αρρυθμίες). Επίσης, αν μια ταχυαρρυθμία εγκατασταθεί για πολύ καιρό μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην καρδιά.

Για τις απλές αρρυθμίες, δηλαδή τις απλές έκτακτες συστολές, συνιστάται αποφυγή του στρες, των μεγάλων γευμάτων, της υπερκατανάλωσης αλκοόλ και καφέ, καθώς επίσης η διακοπή του καπνίσματος και η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

Στις πιο σύνθετες αρρυθμίες που υπάρχει υπόστρωμα καρδιακής νόσου, απαιτείται συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και τακτική παρακολούθηση με ειδικές διαγνωστικές.

1.4.4. ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Η κολπική μαρμαρυγή είναι μία από τις συνηθέστερες ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού. Προσβάλλει περισσότερο από το 1% του πληθυσμού και κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περισσότερες από 5 ανά 10.000 κατοίκους νέες περιπτώσεις κολπικής μαρμαρυγής.



Πηγή: Καρδιογράφημα (Κοιλιακή Μαρμαρυγή, <http://www.incardiology.gr/patheseiska/index.htm>, 26/09/2008)

Στην κοιλιακή μαρμαρυγή πολλά ερεθίσματα ξεκινούν και εξαπλώνονται στους κόλπους. Ο ρυθμός που προκύπτει είναι αποδιοργανωμένος, ταχύς και ανώμαλος. Επειδή, τα ερεθίσματα ταξιδεύουν στους κόλπους με ακανόνιστο τρόπο, οι κόλποι είναι ανίκανοι να συσταθούν με κανονικό ρυθμό.

Η καρδιακή συχνότητα στους κόλπους μπορεί να ποικίλει από 300 έως 600 σφυγμούς το λεπτό. Ευτυχώς, ο κολλοκοιλιακός κόμβος περιορίζει τον αριθμό των ερεθισμάτων που οδεύουν στις κοιλίες. Η καρδιακή συχνότητα που προκύπτει είναι ανώμαλη και κυμαίνεται περίπου από 50 σε 150 σφίξεις το λεπτό.

ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

- Υπέρταση (υψηλή αρτηριακή πίεση)
- Στεφανιαία νόσος
- Μετά καρδιοχειρουργική επέμβαση
- Βαλβιδοπάθεια
- Χρόνια νόσος των πνευμόνων
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Μυοκαρδιοπάθεια (νόσος του μυοκαρδίου)
- Συγγενείς καρδιοπάθειες (παρούσες στη γέννηση)
- Πνευμονική εμβολή (θρόμβος αίματος στους πνεύμονες)

ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΥΧΝΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

- Υπερθυρεοειδισμός (υπερδραστήριος θυρεοειδής)

- Περικαρδίτιδα (φλεγμονή του εξωτερικού στρώματος της καρδιάς)

Σε τουλάχιστον 10% των περιπτώσεων, καμία υποκείμενη καρδιοπάθεια δεν ανευρίσκεται. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η κολπική μαρμαρυγή μπορεί να σχετίζεται με αλκοόλ, κατάχρηση καφέ, ορισμένα φάρμακα, ηλεκτρολυτικές ή μεταβολικές διαταραχές ή σοβαρές λοιμώξεις.

Τέλος, υπάρχουν περιπτώσεις όπου καμία αιτία δεν ανευρίσκεται. Πρόσφατα έχει βρεθεί ότι αιτία της κολπικής μαρμαρυγής μπορεί να είναι η φλεγμονή.

Ο κίνδυνος αυξάνει με την ηλικία, ειδικά μετά την ηλικία των 60 ετών (Σκεύη, Δ., 2003).

1.4.4.1. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Τα συμπτώματα της κολπικής μαρμαρυγής περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Αίσθημα παλμών - ένα ξαφνικό φούσκωμα, φτερούγισμα ή ταχυπαλμία στο στήθος
- Έλλειψη ενέργειας ή αίσθημα υπερκόπωσης
- Ζάλη - αίσθημα ελαφριάς κεφαλαλγίας ή λιποθυμίας
- Θωρακική δυσφορία - πόνος, πίεση στο στήθος
- Δύσπνοια - δυσκολία αναπνοής σε συνήθεις δραστηριότητες ή στην ηρεμία

Πολλοί άνθρωποι ζουν για χρόνια με κολπική μαρμαρυγή χωρίς προβλήματα. Για πολλά χρόνια η κολπική μαρμαρυγή θεωρούνταν μία αβλαβής διαταραχή.

Εν τούτοις, τώρα είναι γνωστό ότι η χρόνια κολπική μαρμαρυγή μπορεί να προκαλέσει μελλοντικά προβλήματα:

- Επειδή οι κόλποι συστέλλονται γρήγορα και ανώμαλα, το αίμα δε ρέει αρκετά γρήγορα σε αυτούς. Αυτό αυξάνει τις πιθανότητες να θρομβωθεί. Αν ο θρόμβος εξωθηθεί από την καρδιά, μπορεί να ταξιδέψει στον εγκέφαλο και να

προκαλέσει εγκεφαλικό. Οι άνθρωποι με κολπική μαρμαρυγή έχουν πέντε με επτά φορές αυξημένες πιθανότητες για εγκεφαλικό από το γενικό πληθυσμό. Θρόμβοι μπορούν επίσης να ταξιδέψουν και σε άλλα μέλη του σώματος (νεφροί, καρδιά, έντερα) προκαλώντας βλάβη.

- Η κολπική μαρμαρυγή μπορεί επίσης να μειώσει την αντλητική ικανότητα της καρδιάς μέχρι 20 και 30 τοις εκατό. Η κολπική μαρμαρυγή που συνδυάζεται με γρήγορη καρδιακή συχνότητα για μακρά χρονική περίοδο μπορεί να προκαλέσει καρδιακή ανεπάρκεια.

Η χρόνια κολπική μαρμαρυγή χωρίς θεραπεία συνοδεύεται με αύξηση του κινδύνου για θάνατο.

1.4.4.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

1. ΗΚΓ (ηλεκτροκαρδιογράφημα)
2. Holter ρυθμού
3. Monitor συμβάντων
4. Τηλεφωνικό monitor

Αυτές οι συσκευές monitor βοηθούν να αποκαλυφθούν ανωμαλίες στον καρδιακό ρυθμό, το είδος τους, η διάρκειά τους και πιθανόν η αιτία τους.

Ο σκοπός της θεραπείας της κολπικής μαρμαρυγής είναι:

- να επανέλθει ο φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός
- να υπάρχει έλεγχος της καρδιακής συχνότητας
- να γίνει πρόληψη δημιουργίας θρόμβων και εκδήλωσης εγκεφαλικού

Πολλές επιλογές είναι διαθέσιμες για θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής.

Αυτές περιλαμβάνουν φάρμακα, μεταβολές του τρόπου ζωής και πολλές παρεμβάσεις, όπως η καρδιομετατροπή, η θεραπεία με κατάλυση, η θεραπεία με συσκευές και η εγχείρηση. Η θεραπευτική επιλογή εξαρτάται από το ρυθμό και τα συμπτώματα.

1.4.4.3. ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Η συνταγογράφηση φαρμάκων για τη θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής εξαρτάται από το θεραπευτικό στόχο:

Ανάκτηση φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού

Πολλά φάρμακα είναι διαθέσιμα για την ανάκτηση και διατήρηση ενός φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού. Αυτά τα φάρμακα (αντιαρρυθμικά) περιλαμβάνουν την κινιδίνη, την προκαϊναμίδη, τη δισοπυραμίδη, την ατενολόλη, τη μετοπρολόλη, την προπαφενόνη, τη σοταλόλη και την αμιοδαρόνη. Πιθανότατα, χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο όταν πρωτοχρησιμοποιούνται αυτά τα φάρμακα, έτσι ώστε να ελέγχεται προσεκτικά ο καρδιακός ρυθμός.

Αυτά τα φάρμακα είναι αποτελεσματικά στο 30 με 60 τοις εκατό των περιπτώσεων, αλλά μπορεί να χάσουν την αποτελεσματικότητά τους με την πάροδο του χρόνου. Πολλά έχουν δυνητικά σοβαρές παρενέργειες και ο κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά στα φάρμακα. Μπορεί να χρειασθεί η δοκιμή πολλών φαρμάκων για να βρεθεί το καλύτερο για ένα συγκεκριμένο ασθενή.

Πρόσφατα δοκιμάζονται φάρμακα με αντιφλεγμονώδη δράση, όπως τα στεροειδή για την αντιμετώπιση της κολπικής μαρμαρυγής.

Έλεγχος καρδιακής συχνότητας

Ο έλεγχος της καρδιακής συχνότητας μπορεί να γίνει με τη χορήγηση διγοξίνης ή δυο άλλων κατηγοριών φαρμάκων, που ελέγχουν την καρδιακή συχνότητα, τους βήτα-αναστολείς και τους αναστολείς διαύλων ασβεστίου.

Πρόληψη θρόμβων και εγκεφαλικού

Αντιπηκτικά ή αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, όπως η κουμαδίνη (Sintrom) χορηγούνται για να μειώσουν τον κίνδυνο σχηματισμού θρόμβων ή εγκεφαλικού. Η κουμαδίνη μειώνει τον κίνδυνο εγκεφαλικού 60-80 τοις εκατό σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή. Όταν χρησιμοποιείται κουμαδίνη, χρειάζονται αιματολογικές εξετάσεις για να εξασφαλιστεί ότι η πηκτικότητα

του αίματος είναι σε ασφαλές και αποτελεσματικό επίπεδο. Μερικοί ασθενείς μπορεί να λάβουν ασπιρίνη αντί κουμαδίνης.

Μεταβολές του τρόπου ζωής

Εάν η αρρυθμία συμβαίνει πιο συχνά με συγκεκριμένες δραστηριότητες, πρέπει να υπάρξει:

- Διακοπή του καπνίσματος
- Περιορισμός στη λήψη αλκοόλ
- Περιορισμός ή διακοπή της κατανάλωσης καφέ. Μερικοί άνθρωποι είναι ευαίσθητοι στην καφεΐνη και μπορεί να παρατηρήσουν περισσότερα συμπτώματα όταν χρησιμοποιούν προϊόντα, όπως το τσάι, ο καφές, η κόλα και ορισμένα φάρμακα.
- Προσοχή σε αντιβηχικά και φάρμακα για το κοινό κρυολόγημα. Μερικά από αυτά περιέχουν συστατικά που προάγουν τις αρρυθμίες (Θεοχάρης, Κ., 2001).

2. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Όπως ακριβώς ένας υψηλόσωμος άνθρωπος έχει περισσότερες πιθανότητες από όσες έχει ένας βραχύσωμος να χτυπήσει το κεφάλι του στο κάσωμα μιας πόρτας, έτσι και οι άνθρωποι με έναν ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου, έχουν αυξημένες πιθανότητες να πάθουν έμφραγμα σε σχέση με όσους δεν έχουν τέτοιους παράγοντες. Εντούτοις, δε χτυπούν όλοι οι υψηλόσωμοι άνθρωποι το κεφάλι τους στην πόρτα – ούτε παθαίνουν έμφραγμα όσοι έχουν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη. Οι παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την καρδιακή λειτουργία χωρίζονται σε:

- Παράγοντες που ελέγχονται: όπως η χοληστερόλη, η αρτηριακή πίεση, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, το άγχος, η έλλειψη άσκησης, το σάκχαρο.
- Παράγοντες που δεν ελέγχονται: όπως η κληρονομικότητα, το φύλο, η ηλικία.

Στην παραπάνω παράγραφο, κάναμε μία απλή αναφορά στους παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την καρδιακή λειτουργία. Θεωρείται όμως σκόπιμο να περάσουμε στην εκτενέστερη ανάλυσή τους. Σκοπός της είναι η ενημέρωση όλων μας, έτσι ώστε να αποφύγουμε τις αιτίες που θα μας οδηγήσουν, κατά συνέπεια, σε κάποιο καρδιακό νόσημα.

2.1. ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ

Χοληστερόλη ονομάζεται η λιπαρή ουσία που βρίσκεται διάσπαρτη σε διάφορα σημεία του σώματός μας και είναι απαραίτητη για τη δόμηση των μεμβρανών των κυττάρων, για την παραγωγή και το μεταβολισμό κάποιων ορμονών, όπως και για το μεταβολισμό της βιταμίνης D. Η αυξημένη χοληστερόλη αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στη γένεση ή και την εξέλιξη της αρτηριοσκλήρυνσης.

Η χοληστερόλη είναι ένα μόριο που δεν αναμειγνύεται με το αίμα και ο μόνος τρόπος για να ταξιδεύει στο σώμα μας είναι να βρει ένα «μέσο μεταφοράς». Για αυτό, για να κυκλοφορεί στο αίμα ενώνεται με πρωτεΐνες ώστε να είναι διαλυτή. Με αυτόν τον τρόπο, σχηματίζονται τα ειδικά σωματίδια

που ονομάζονται λιποπρωτεΐνες. Οι κυριότερες από αυτές είναι η λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας (HDL) και η λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας (LDL).

Η υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη HDL λέγεται «καλή» χοληστερόλη, γιατί απομακρύνει τη χοληστερόλη από τα τοιχώματα των αρτηριών και την επιστρέφει στο συκώτι, όπου αποβάλλεται. Με αυτόν τον τρόπο ελαττώνεται ο κίνδυνος για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου.

Η χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη LDL λέγεται «κακή» χοληστερόλη, γιατί μεταφέρει τη χοληστερόλη από το συκώτι στους ιστούς και τοποθετεί τα λίπη στα τοιχώματα των αρτηριών. Κατά συνέπεια, αυτή είναι η κύρια αιτία για το σχηματισμό της αθηροματικής πλάκας και τη στένωση των αρτηριών που μπορεί να προκαλέσει τη στεφανιαία νόσο.

Άτομα που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, περιφερική αγγειοπάθεια ή σακχαρώδη διαβήτη, πρέπει να έχουν LDL μικρότερη από 100mg%, ενώ τα άτομα με δύο ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου (π.χ. υπέρταση, κάπνισμα) έως 130mg% και αυτά που δεν έχουν κανένα πρόβλημα πρέπει να έχουν μικρότερη από 160mg%.

Πρέπει ωστόσο να επισημάνουμε, ότι η χοληστερόλη αποτελεί απαραίτητο συστατικό της μεμβράνης των κυττάρων του ανθρώπινου οργανισμού και εκείνο που συνήθως βλάπτει είναι η αύξησή της πέρα από τα προαναφερθέντα όρια. Από τη χοληστερόλη που κυκλοφορεί στο αίμα, ένα μέρος παράγεται από τον ίδιο τον οργανισμό και συγκεκριμένα από το συκώτι και ένα μέρος προσλαμβάνεται από τις τροφές.

Σε κάθε περίπτωση, θεραπεία αποτελεί η σωστή διατροφή. Όπως ήδη αναφερθήκαμε, ένα μέρος της χοληστερόλης προσλαμβάνεται με τις τροφές. Τα λίπη των τροφών διακρίνονται κυρίως σε δύο τύπους: α) τα κεκορεσμένα και β) τα ακόρεστα.

Τα κεκορεσμένα υπάρχουν κυρίως σε ζωϊκές τροφές όπως το βούτυρο, το τυρί, το κόκκινο κρέας αλλά και σε μερικά φυτικά έλαια, όπως το λάδι της καρύδας. Τα κεκορεσμένα λίπη έχουν τη μεγαλύτερη συμμετοχή στη διαμόρφωση των επιπέδων χοληστερόλης στο αίμα.

Σχετικά με τα ακόρεστα λίπη υπάρχουν δύο κατηγορίες:

α) τα πολυακόρεστα, στα οποία υπάγονται τα λίπη που περιέχονται σε ορισμένα φυτικά έλαια καθώς και στα ψάρια και

β) τα μονοακόρεστα, στα οποία ανήκει το λάδι της ελιάς. Το ελαιόλαδο θεωρείται η καλύτερη πηγή λίπους για τον οργανισμό μας.

Στις περιπτώσεις όμως που το επιθυμητό αποτέλεσμα δεν επιτυγχάνεται αποκλειστικά με την τροποποίηση της διατροφής και τη μείωση του σωματικού βάρους, τότε χορηγούνται υπολιπιδαιμικά φάρμακα, πάντα όμως σε συνδυασμό με την κατάλληλη διαίτα.

Είναι αλήθεια ότι, οι γυναίκες μέχρι την περίοδο της εμμηνόπαυσης έχουν πολύ χαμηλότερα επίπεδα ολικής χοληστερόλης από τους άνδρες. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες 20-35 ετών έχουν χαμηλότερη χοληστερόλη από τους άνδρες, ενώ τα επίπεδα χοληστερόλης σε γυναίκες 51-60 ετών ξεπερνούν εκείνα των ανδρών. Αυτό δείχνει, ότι όταν οι γυναίκες μπαίνουν στην εμμηνόπαυση, τα επίπεδα χοληστερόλης τους είναι υψηλότερα από τους άνδρες.

Σε έρευνα που έγινε σε 20.000 άνδρες στη Μ. Βρετανία και δημοσιεύθηκε στο περιοδικό «The Lancet» το 1994, φαίνεται ότι:

- 10% μείωση των επιπέδων της LDL «κακής» χοληστερόλης συνδέεται με ελάττωση της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο κατά 22%
- 10% αύξηση της HDL «καλής» χοληστερόλης συνδέεται με ελάττωση της θνησιμότητας κατά 17%.

Στην ίδια μελέτη διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος για θάνατο από στεφανιαία νόσο μειώθηκε περισσότερο στα άτομα ηλικίας 50 ετών και λιγότερο στα άτομα 60-70 ετών.

Επίσης, έρευνα που πραγματοποιήθηκε και δημοσιεύθηκε στο περιοδικό «British Medical Journal» 1994, βρέθηκε ότι:

- 10% ελάττωση της χοληστερόλης στο αίμα, έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση κινδύνου εμφάνισης καρδιακών νοσημάτων κατά 50% σε άτομα ηλικίας 40 ετών (<http://www.elais.gr/health/heart14.jsp>).

2.2. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ

Ονομάζεται η πίεση μέσα στις αρτηρίες που μεταφέρουν αίμα από την καρδιά στο υπόλοιπο σώμα. Η αρτηριακή πίεση διακρίνεται σε «μικρή» και

«μεγάλη». Μικρή ονομάζεται η πίεση που δέχονται τα αγγεία όταν η καρδιά διαστέλλεται, δηλαδή μεταξύ των κτύπων της καρδιάς. Η μεγάλη πίεση (υπέρταση) δημιουργεί προβλήματα στην καρδιά και στην κυκλοφορία του αίματος.

Η υπέρταση είναι υπεύθυνη για εμφράγματα, πιθανώς λόγω των αυξημένων επιπέδων της χοληστερόλης. Δυστυχώς, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν προκαλεί συμπτώματα και γι' αυτό είναι καλό να ελέγχουμε την πίεσή μας. Η αυξημένη πίεση μέσα στις αρτηρίες βλάπτει τα τοιχώματά τους και επιταχύνει την ανάπτυξη αθηρώματος. Η καρδιά πρέπει να εργάζεται πιο σκληρά για να ωθεί αίμα με υψηλότερη πίεση, αλλά είναι αναγκασμένη να το κάνει αυτό δίχως επαρκή παροχή οξυγόνου. Με αυτόν τον τρόπο αυξάνονται ακόμα περισσότερο οι πιθανότητες ενός ασθενούς να αναπτύξει στηθάγχη ή να πάθει έμφραγμα.

Ποιο το είδος πίεσης που πρέπει να προσέχουμε περισσότερο; και οι δύο τιμές της αρτηριακής πίεσης παίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία της καρδιάς, γι' αυτό πρέπει να φροντίζουμε για τη διατήρησή τους σε φυσιολογικά επίπεδα. Το επίπεδο της «μικρής» πίεσης θεωρείται ως ο καλύτερος δείκτης υπέρτασης.

Αυτό που πρέπει να προσέχουμε, είναι η απότομη και μεγάλη μεταβολή της αρτηριακής πίεσης ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες μετρήσεις σε διαφορετικό χρονικό διάστημα.

Δυστυχώς, οι «ρίζες» της υπέρτασης βρίσκονται στην παιδική ηλικία. Οι περισσότεροι ενήλικες που αρρωσταίνουν πρόωρα με εγκεφαλικά επεισόδια ή άλλες επιπλοκές της υπέρτασης, έχουν συνήθως αυξημένη αρτηριακή πίεση από την παιδική ηλικία χωρίς να το γνωρίζουν.

Βασικός παράγοντας για την εμφάνιση της υπέρτασης είναι η υπερβολική κατανάλωση αλατιού. Το αλάτι και συγκεκριμένα το νάτριο, που είναι το κύριο συστατικό του, είναι απαραίτητο θρεπτικό συστατικό για τον άνθρωπο. Για τη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού χρειάζονται περίπου 2 γραμμάρια νατρίου την ημέρα, που ισοδυναμούν με ένα κοφτό κουταλάκι του γλυκού αλάτι. Επειδή, η ποσότητα αυτή περιέχεται στις φυσικές ζωικές και φυτικές τροφές, πρέπει να αποφεύγουμε το πρόσθετο αλάτισμα του φαγητού. Ευτυχώς, υπάρχουν πολλά νόστιμα και ακίνδυνα «τρικ», όπως το λεμόνι, το ξύδι, τα μπαχαρικά που μπορούν να αντικαταστήσουν το αλάτι στα φαγητά.

Ο ασθενής με υπέρταση, κινδυνεύει επτά φορές περισσότερο από τα υπόλοιπα άτομα να πάθει εγκεφαλικό επεισόδιο, έξι φορές να πάθει καρδιακή ανεπάρκεια και τρεις φορές περισσότερο να υποστεί έμφραγμα μυοκαρδίου, αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων και ανεύρυσμα της αορτής. Η υπέρταση προδιαθέτει επίσης στην πρόσκληση νεφρικής ανεπάρκειας, ενώ σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει και τύφλωση (Τούτουζας, Π., 2001).

ΤΕΧΝΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ (ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ)

ΜΕΘΟΔΟΣ	ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ
❖ Ιατρείο	2 μετρήσεις, 5 λεπτά μεταξύ τους, καθιστός σε καρέκλα. Επιβεβαίωση της αυξημένης αρτηριακής πίεσης στο άλλο χέρι.
❖ Εικοσιτετράωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης	Ενδείκνυται για την εκτίμηση της υπέρτασης. Απουσία μείωσης της αρτηριακής πίεσης κατά 10-20% στον ύπνο μπορεί να είναι αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου.
❖ Αυτομέτρηση της αρτηριακής πίεσης από τον ασθενή	Είναι χρήσιμη για τον έλεγχο της ανταπόκρισης στη θεραπεία. Μπορεί να συμβάλλει στη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία.

ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

- Λανθασμένος τρόπος μέτρησης της αρτηριακής πίεσης
- Υπερβολική λήψη νατρίου
- Ανεπαρκής διουρητική θεραπεία
- Φάρμακα
- Ανεπαρκής δόση αντιυπερτασικών

- Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων
- Υπερβολική λήψη αλκοόλ
- Δευτεροπαθής υπέρταση

Οι στρατηγικές που θα μπορούσαν να ακολουθηθούν για να βελτιωθεί η συμμόρφωση στη θεραπεία, είναι η κατανόηση του γιατρού, η οποία αυξάνει την εμπιστοσύνη του ασθενούς, το κίνητρο και τη συνέτησή του στη θεραπεία.

Καθώς και το ότι ο γιατρός θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν του τις πολιτισμικές πεποιθήσεις των ασθενών και τις ατομικές συνήθειές τους στο σχεδιασμό της θεραπείας.

Εκτός από τις στρατηγικές που θα μας οδηγήσουν στη συμμόρφωση της θεραπείας, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί αλλαγή στάσης και αντίληψης απέναντι στον τρόπο διαβίωσής μας. Κάποια από τα κύρια σημεία που ίσως βοηθήσουν στην τροποποίηση αυτή, θα μπορούσαν να είναι η ενθάρρυνση της υγιεινής διαβίωσης σε όλα τα άτομα, καθώς και η σύσταση της τροποποίησης της διαβίωσης σε όλα τα άτομα με προυπέρταση και υπέρταση.

Σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση της αρτηριακής πίεσης δεν πρέπει να λησμονούνται τα απλά υγειονομολογικά μέτρα, όπως η απώλεια σωματικού βάρους, η διατροφή, η μείωση πρόσληψης νατρίου, η αεροβική γυμναστική και η μείωση κατανάλωσης οινοπνεύματος.

Τέλος, θεωρούμε πολύ σημαντικό να αναφέρουμε, ότι από το σύνολο των μεγάλων κλινικών μελετών έχει αποδειχθεί, ότι οι υψηλές τιμές της αρτηριακής πίεσης συνδυάζονται αντιστρόφως ανάλογα με την αναμενόμενη διάρκεια ζωής.

2.3. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η παχυσαρκία τείνει να εξελιχθεί σε ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του δυτικού κόσμου. Η εξάπλωση της παχυσαρκίας δεν εξαρτάται μόνο από την ποσότητα της τροφής που καταναλώνουμε, αλλά κυρίως από την ποιότητα και τον τρόπο ζωής μας. Η αφθονία αγαθών, ο υπερκαταναλωτισμός και η καθιστική ζωή, σε συνδυασμό με το άγχος και τις ευκολίες στη διαβίωση που προσφέρει η τεχνολογία, αυξάνουν τον αριθμό των παχύσαρκων ατόμων.

Σύμφωνα με τις μετρήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), τα τελευταία 15 χρόνια διπλασιάστηκε ο αριθμός των παιδιών που χαρακτηρίζονται παχύσαρκα στις ΗΠΑ, ενώ το ποσοστό των παχύσαρκων ενηλίκων στην ίδια χώρα αυξήθηκε κατά 30%.

Περισσότεροι από 300 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο χαρακτηρίζονται παχύσαρκοι, ενώ υπολογίζεται ότι τέσσερις στους δέκα υπερβαίνουν σήμερα το φυσιολογικό επιθυμητό βάρος κατά 14 κιλά. Η παχυσαρκία συνδέεται με μία σειρά ασθενειών, όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η δυσλιπιδαιμία, οι καρδιακές παθήσεις, τα εγκεφαλικά, οι παθήσεις του ήπατος και του παγκρέατος, η οστεοαρθρίτιδα, η υπνική άπνοια και η κατάθλιψη. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, αρκετοί γιατροί σχετίζουν την εμφάνιση της παχυσαρκίας με τον καρκίνο του μαστού, του ενδομητρίου, του προστάτη και του παχέος εντέρου.

Πρόσφατες μελέτες που παρουσιάστηκαν έδειξαν πως κάποιοι ιοί, οι οποίοι εντοπίστηκαν αρχικά στα πουλερικά, σχετίζονται με τη διαταραχή της όρεξης. Οι ιοί αυτοί βρέθηκαν περισσότερο σε παχύσαρκα άτομα από ότι σε αδύνατα και φάνηκε ότι προκαλούν παχυσαρκία στα πειραματόζωα, όταν οι ερευνητές τα μόλυναν τεχνητά με αυτούς. Σύμφωνα με τον Αμερικανό καθηγητή του Πανεπιστημίου Κορνέλ, οι ιοί μεταδίδονται πολύ εύκολα, όπως ένα απλό κρουολόγημα. Οι έρευνες επικεντρώνονται τώρα στην επίδραση των συγκεκριμένων ιών σε ζώα, ενώ η έρευνα στους ανθρώπους βρίσκεται ακόμη σε αρχικό στάδιο.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχει και το «σύνδρομο του ψυγείου», καθώς πολλοί άνθρωποι δεν παχαίνουν εξαιτίας των ιών, αλλά επειδή στην προσπάθειά τους να χαλαρώσουν από μία αγχώδη μέρα ή να διώξουν την αϋπνία, καταφεύγουν στο ψυγείο και τρώνε ότι υπάρχει. Η πράξη αυτή οφείλεται κυρίως σε ψυχολογικά αίτια και όχι σε γονίδια. Παρ' ότι μάλιστα, το 70% των υπέρβαρων παιδιών έχουν τουλάχιστον έναν γονέα παχύσαρκο, τα γονίδια δεν είναι ικανά από μόνα τους να επηρεάσουν το βάρος από την παιδική ηλικία. Η κούραση, το άγχος και η κακή διάθεση μας οδηγούν, τελικά, πιο συχνά στο τραπέζι από ότι η πείνα.

Η λύση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας δεν είναι οι εξαντλητικές δίαιτες, αλλά η αλλαγή της διατροφής μας. Συνιστάται αποχή από τα λιπαρά φαγητά, ενώ πρέπει να επισημανθεί ότι μία διατροφή πλούσια σε ελαιόλαδο,

λαχανικά, φρούτα και ψάρια, σε συνδυασμό με καθημερινό περπάτημα και ελεγχόμενες μερίδες στα γεύματα, εφοδιάζει ενεργειακά τον οργανισμό, χωρίς να του προσδώσει επιπλέον κιλά.

Στις ΗΠΑ, τα τελευταία 15 χρόνια διπλασιάστηκε ο αριθμός των παιδιών που χαρακτηρίζονται παχύσαρκα, ενώ το ποσοστό των ανηλίκων αυξήθηκε κατά 35%, κάνοντας πολλούς ειδικούς να μιλούν για επιδημία παχυσαρκίας.

Ως μεθόδους καταπολέμησης της παχυσαρκίας οι ειδικοί ανέφεραν τις συντονισμένες ενέργειες σχολείου και οικογένειας, ώστε να αυξηθεί η άθληση και να μειωθούν οι ώρες μπροστά στην τηλεόραση. Υπάρχουν πολλοί ενήλικοι και παιδιά που παρακολουθούν ακόμη και πέντε ώρες τηλεόραση τρώγοντας τσιπς, πίτσες και άλλες έτοιμες τροφές.

Επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η ανία, η κούραση και η καθιστική ζωή οδηγούν πιο εύκολα στο τραπέζι, από ότι η πείνα. Το «κλειδί» για την απώλεια βάρους είναι η σταδιακή και διαρκής αλλαγή της διατροφής. Οι άνθρωποι που κάνουν καθιστική ζωή παχαίνουν πιο εύκολα από ότι παλαιότερα, καθώς και ότι οι γυναίκες παχαίνουν περισσότερο από τους άνδρες. Επίσης, οι γυναίκες που δεν γυμνάζονται, παχαίνουν επτά φορές περισσότερο από αυτές που γυμνάζονται και οι άνδρες που περνούν πολλές ώρες στο γραφείο, τέσσερις φορές περισσότερο από εκείνους που ασχολούνται με κάποιο σπορ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003).

Είναι διαδεδομένη η εντύπωση ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη και άγχος. Έχει παρατηρηθεί, αυξημένη επίπτωση ψυχιατρικής νόσου και διαταραχών προσωπικότητας σε παχύσαρκα άτομα που προσέρχονται για θεραπεία. Τα παχύσαρκα άτομα με διαταραχή ελέγχου λήψης τροφής, εμφανίζουν συχνότερες ψυχιατρικές και συμπεριφερσιολογικές διαταραχές από τους παχύσαρκους χωρίς διαταραχή του ελέγχου.

Κύρια αιτία της παρατηρούμενης αύξησης του σωματικού βάρους σε καταθλιπτικούς ασθενείς, είναι η επίδραση των κλασικών αντιψυχωσικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Τα νεότερα αντιψυχωτικά δεν φαίνεται να στερούνται της ανεπιθύμητης αυτής ενέργειας, ενώ με τα νεότερα αντικαταθλιπτικά μπορεί να επέλθει ακόμα και μείωση του σωματικού βάρους.

Τέλος, στο γενικό πληθυσμό, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί παράγοντα για μεγαλύτερη επίπτωση παχυσαρκίας. (<http://health.in.gr/diaila/Article.asp?>).

2.4. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και πιο έντονη η πεποίθηση ότι το κάπνισμα επιβαρύνει την υγεία του οργανισμού και ότι μπορεί να προκαλέσει βλάβες στη λειτουργία του. Το κάπνισμα είναι η πιο διαδεδομένη συνήθεια αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα και αφορά όλες τις ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού.

Σύμφωνα με μεμονωμένες μελέτες, η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη σε κατά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων. Επίσης, η χώρα μας έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ανδρών καπνιστών στον κόσμο, ενώ ο αριθμός των γυναικών που καπνίζουν αυξάνεται συνεχώς.

Σε γενικές γραμμές, όλος ο επιστημονικός κόσμος συμφωνεί, ότι το κάπνισμα μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις και στη λειτουργία της καρδιάς, ενώ το έχουν συνδέσει και με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, όπως και με άλλες καρδιαγγειακές παθήσεις και αυτό γιατί οι χημικές ουσίες των τσιγάρων εισβάλλουν στην κυκλοφορία του αίματος από τους πνεύμονες και φθάνουν σε όλο το σώμα, επηρεάζοντας κάθε κύτταρο. Οι ουσίες αυτές, προκαλούν προσωρινή στένωση των αγγείων και κάνουν πιο κολλώδη τα αιμοπετάλια, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες σχηματισμού θρόμβων.

Είναι όμως σημαντικό να διευκρινιστεί, ότι όλοι οι άνθρωποι δεν είναι το ίδιο ευαίσθητοι στις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος. Δεν είναι δυνατόν κατά συνέπεια, να προσδιοριστεί ακριβώς το ποσοστό των καπνιστών που θα νοσήσουν από κάποια καρδιοπάθεια ή μετά από πόσο χρονικό διάστημα θα συμβεί αυτό αν τελικά αρρωστήσουν. Γι' αυτό, μπορούμε να πούμε πως παίζει ρόλο και η ποσότητα του καπνίσματος. Ο κίνδυνος αυξάνεται κλιμακωτά μεταξύ των ελαφρών (λιγότερο από 10 τσιγάρα την ημέρα), των μέσων (10-20 τσιγάρα ημερησίως) και των μανιωδών (περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα) καπνιστών. Ο λόγος για τον οποίο οι γιατροί υπερτονίζουν την ανάγκη

για διακοπή του καπνίσματος, είναι ότι πρόκειται για το μοναδικό παράγοντα κινδύνου που μπορούμε να ελέγξουμε πλήρως.

Η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου στην ενδομήτριο ζωή και η έκθεση τους λίγους πρώτους μήνες της ζωής ιδιαίτερα, φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη άσθματος. Παιδιά των οποίων οι γονείς καπνίζουν, έχουν πολύ περισσότερα προβλήματα, όπως λοιμώξεις και άσθμα σε σύγκριση με τα παιδιά γονέων που δεν καπνίζουν (<http://www.elais.gr/health/heart14.jsp>).

Όλα αυτά οδηγούν στην ανάγκη να αναπτυχθούν πολλές πρωτοβουλίες όσον αφορά την καταπολέμηση και την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το κάπνισμα. Ο εξαρτημένος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ασθενής που χρειάζεται βοήθεια και ο ειδικός που οφείλει να του την παρέχει δεν είναι άλλος από το γιατρό του.

Οι νόμοι που απαγορεύουν το κάπνισμα και δημιουργούν χώρους ελεύθερους καπνού, μειώνουν δραστικά τις εισαγωγές σε νοσοκομεία λόγω καρδιακής προσβολής. Ο κυριότερος λόγος γι' αυτό, είναι διότι μειώνεται η έκθεση στον καπνό των καπνιστών, των ανθρώπων που δεν καπνίζουν, δηλαδή εξουδετερώνονται ουσιαστικά οι αρνητικές επιδράσεις του παθητικού καπνίσματος. Επίσης, οι εν λόγω νόμοι, συμβάλλουν στη μείωση των ενεργητικών καπνιστών.

Τα συμπεράσματα αυτά προέκυψαν από έρευνα που έγινε για 3 χρόνια από την εφαρμογή νόμων που απαγορεύουν το κάπνισμα σε χώρους εργασίας στην πόλη Πουέμπλο του Κολοράντο των Ηνωμένων Πολιτειών. Κατά τη χρονική περίοδο αυτή, ο αριθμός των εισαγωγών στα νοσοκομεία λόγω καρδιακής προσβολής μειώθηκε κατά 41%.

Σε δύο γειτονικές περιοχές που δεν εφαρμόστηκαν τέτοιοι νόμοι, δεν παρατηρήθηκε μείωση επεισοδίων καρδιακής προσβολής. Η διαφορά αυτή ισχυροποιεί τη θέση των ερευνητών, ότι οι νόμοι για την απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας, προκάλεσαν την ευεργετική μείωση των επεισοδίων καρδιακής προσβολής.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από επιστήμονες των Κέντρων Ελέγχου και Πρόσληψης Ασθενειών των Ηνωμένων Πολιτειών (CDC), ισχυροποιεί τη θέση, ότι ο καπνός από καπνιστές σε εσωτερικούς και δημόσιους χώρους που εισπνέεται από μη καπνιστές, είναι ένας εξαιρετικά

σημαντικός παράγοντας που προκαλεί καρδιακή προσβολή και θανάτους ο οποίος έχει υποτιμηθεί. Το παθητικό κάπνισμα είναι αιτία καρκίνου του πνεύμονα και καρδιακών παθήσεων, ιδιαίτερα στεφανιαίας νόσου της καρδιάς (στένωση στεφανιαίων αρτηριών της καρδιάς, στηθάγχη, έμφραγμα μυοκαρδίου).

Η εν λόγω έρευνα, δεν είναι η πρώτη που δείχνει ότι οι νόμοι που απαγορεύουν το κάπνισμα σε εσωτερικούς και δημόσιους χώρους σχετίζονται με ταχεία και αρκετά μεγάλη μείωση των εισαγωγών σε νοσοκομείο για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και καρδιακή προσβολή. Ωστόσο, είναι η πρώτη που εξέτασε τα αποτελέσματα για περίοδο 3 ετών από την εφαρμογή των απαγορευτικών νόμων, ενώ οι περισσότερες άλλες εξέτασαν τις επιδράσεις τους για 1 χρόνο ή λιγότερο.

Ο καπνός που δημιουργούν οι καπνιστές, όταν εισέρχεται δια της εισπνοής στον οργανισμό των ανθρώπων που βρίσκονται κοντά τους (παθητικό κάπνισμα), προκαλεί άμεσες αρνητικές αντιδράσεις στο καρδιαγγειακό τους σύστημα. Τα άτομα που υποβάλλονται στο παθητικό κάπνισμα για μεγάλο χρονικό διάστημα, διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο κατά 25-30% να υποστούν στεφανιαία νόσο της καρδιάς. Η έκθεση στον καπνό των καπνιστών, προκαλεί κάθε χρόνο 46,000 θανάτους λόγω ισχαιμικών επεισοδίων της καρδιάς σε μη καπνιστές ενήλικες.

Οι άμεσες αρνητικές επιδράσεις του καπνού των καπνιστών που εισπνέεται από μη καπνιστές, μπορεί να είναι μη αναστρέψιμες. Ωστόσο, ο μόνος τρόπος πλήρους προστασίας των μη καπνιστών από το παθητικό κάπνισμα είναι η εξάλειψη του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους.

Έρευνες έχουν δείξει, ότι το παθητικό κάπνισμα μειώνεται ουσιαστικά σε μη καπνιστές υπαλλήλους εστιατορίων και μπαρ, όπως επίσης και σε μη καπνιστές ενήλικες του γενικού πληθυσμού, όταν εφαρμόζονται νόμοι για χώρους ελεύθερους για κάπνισμα. Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί, ότι οι νόμοι που καθιστούν τα εστιατόρια και τα μπαρ χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα, συσχετίζονται με ταχεία βελτίωση των δεικτών υγείας των εργαζομένων σε εστιατόρια και μπαρ, όπως επίσης με μείωση των αναπνευστικών και αισθητηρίων συμπτωμάτων τους.

Η πολιτική που στόχο έχει την προαγωγή νόμων για δημιουργία χώρων ελεύθερων από καπνό, βρέθηκε ότι υποκινεί μερικούς καπνιστές να

σταματήσουν το κάπνισμα. Το γεγονός αυτό, αναμένεται ότι θα μειώσει τον αριθμό καρδιακών προσβολών και άλλων καρδιακών παθήσεων στο γενικό πληθυσμό, επειδή το ενεργητικό κάπνισμα είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες για καρδιακά νοσήματα και οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Θα συγκρατήσουμε λοιπόν ότι ο σημαντικός αριθμός καλά σχεδιασμένων ερευνών δείχνουν, ότι οι νόμοι που απαγορεύουν το κάπνισμα δημιουργώντας χώρους ελεύθερους από καπνό, είναι ένας από τους πλέον αποτελεσματικούς και οικονομικά συμφέροντες τρόπους για τη μείωση του αριθμού των καρδιακών προσβολών (http://www.nedlook.net/printarticle.asp?item_id=2799).

2.5. ΣΤΡΕΣ – ΑΓΧΟΣ

Το άγχος είναι μια νοητική κατάσταση που όλοι βιώνουμε από καιρό σε καιρό. Συχνά έχει να κάνει με το φόβο ενός επερχόμενου γεγονότος ή κατάστασης που πολλές φορές βασίζεται σε προηγούμενες εμπειρίες. Η εμπειρία του άγχους είναι μία φυσιολογική αντίδραση στο στρες ή τον κίνδυνο και μπορεί να κυμαίνεται από μία ήπια ανησυχία έως και έντονο πανικό.

Πότε το άγχος δεν θεωρείται φυσιολογικό; όταν είναι παρατεταμένο ή έντονο, όταν βιώνεται εν τη απουσία ενός στρεσογόνου γεγονότος, όταν επηρεάζει τις καθημερινές μας δραστηριότητες και όταν νιώθουμε ότι μας καταστρέφεται η ζωή. Το επίμονο, έντονο ή διαρκές άγχος που δεν δικαιολογείται από πραγματικές στρεσογόνες καταστάσεις ζωής, μπορεί να γίνει ένα μόνιμο βάρος που κουβαλάμε μαζί μας όλη την ώρα. Μπορεί να μας εξουθενώσει σωματικά και συναισθηματικά, που σημαίνει ότι ξυπνάμε κουρασμένοι και συνεχίζουμε τη δουλειά και την κοινωνική μας ζωή σε μία μόνιμη κατάσταση κούρασης και στρες.

ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ	ΣΩΜΑΤΙΚΑ
❖ Υπερβολική ανησυχία για τις συνθήκες της ζωής	❖ Μυϊκή ένταση – ένταση στο στήθος
❖ Αίσθημα διαρκούς έντασης	❖ Κράτημα της αναπνοής – ρηχή αναπνοή
❖ Δυσκολία στη συγκέντρωση – τάση να ξεχνάμε	❖ Πόνοι στον αυχένα – στην πλάτη
❖ Συναισθήματα εξάντλησης και κόυραση	❖ Αίσθημα παλμών
❖ Συναισθήματα πανικού και διάθεση για κλάμα	❖ Ρίγη – τρέμουλο - ζαλάδα
	❖ Δυσκολία στον ύπνο
	❖ Ναυτία
	❖ Εφίδρωση – κρύα ιδρωμένα χέρια
	❖ Ευερεθιστότητα- αναστάτωση
	❖ Τρόμος ότι κάτι τρομερό πρόκειται να συμβεί, όπως λιποθυμία, καρδιακή προσβολή, αποπληξία

Πολλοί άνθρωποι που έχουν πάθει έμφραγμα, επισημαίνουν ότι το στρες είναι μία από τις αιτίες, αλλά η σχέση μεταξύ των δύο είναι εξαιρετικά δύσκολο να αποδειχθεί επιστημονικά.

Έχει τεκμηριωθεί, ότι ορισμένοι παράγοντες, όπως η αιφνίδια απρόσμενη άσκηση και οι ακραίες συναισθηματικές εμπειρίες, μπορεί να επιφέρουν ένα έμφραγμα, αλλά πρόκειται για σχετικά σπάνια φαινόμενα. Στην πραγματικότητα, οι περιπτώσεις εμφραγμάτων στους πολίτες μειώνονται σε εποχές έντονου κοινωνικού και στρατιωτικού στρες, όπως

συνέβαινε κατά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Οι ειδικοί πιστεύουν ακόμα, ότι ορισμένοι τύποι προσωπικότητας, σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο αναπτύξεως στεφανιαίας νόσου από τους άλλους.

Η σύγχρονη τεχνολογία μας δίνει τη δυνατότητα να κάνουμε μέσα σε μία ώρα, όσα οι προηγούμενες γενιές θα χρειάζονταν ημέρες για να διεκπεραιώσουν. Η πίεση που νιώθει κανείς όταν αναλαμβάνει περισσότερα απ' όσα μπορεί να χειριστεί και όταν θέτει ελάχιστα ρεαλιστικούς στόχους, δημιούργησε την ιδέα της τύπου Α προσωπικότητας – του αεικίνητου ανθρώπου (συνήθως άνδρα), που δυσκολεύεται να χαλαρώσει, που απορροφάται από τη δουλειά του εις βάρος των προσωπικών του σχέσεων και ο οποίος κινδυνεύει, τελικά, να καταρρεύσει. Ο άνθρωπος αυτός θεωρείται ότι έχει διπλάσιες πιθανότητες αναπτύξεως στεφανιαίας νόσου, σε σχέση με τον «χαλαρωμένο» συνάδελφό του που έχει τύπου Β προσωπικότητα.

Η θεωρία που συσχετίζει τη στεφανιαία νόσο και τη στρεσογόνο προσωπικότητα ήταν κάποτε της μόδας και πολλές προσπάθειες έγιναν για να πεισθούν οι εργασιομανείς να χαλαρώσουν. Η σύγχρονη έρευνα όμως δεν κατόρθωσε να επιβεβαιώσει τα παλαιότερα ευρήματα και το να προσπαθεί κάποιος να αλλάξει σημαντικά την προσωπικότητά του, πιθανώς δεν θα τον ωφελήσει ιδιαίτερα, αν και κάθε σημαντική αρρώστια είναι μια ευκαιρία για να τεθούν εκ νέου οι προτεραιότητες της ζωής (http://www.innerresources.gr/gr_services.php?apho=9&cat3=19).

Οι ασκήσεις αναπνοής, το βάδισμα, το να παρακολουθήσουμε ένα έργο, το να ακούσουμε την αγαπημένη μας μουσική ή να απολαύσουμε ένα χαλαρωτικό μπάνιο, καθώς επίσης και το να οργανώσουμε το χώρο μας, το να πάμε διακοπές ή να ακολουθήσουμε άλλες μορφές άσκησης, βοηθούν αποτελεσματικά στο να μειώσουμε την ένταση που κουράζει τον οργανισμό μας και κυρίως την καρδιακή λειτουργία.

Μη ξεχνάμε ότι η άσκηση είναι υπόθεση κάθε ηλικίας. Πρέπει να αρχίζει από τα παιδικά μας χρόνια και να συνεχίζεται με πιο ήπιους ρυθμούς μέχρι την τρίτη ηλικία.

2.6. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Όλο και περισσότερες ιατρικές έρευνες επιβεβαιώνουν, ότι η τακτική άσκηση συμβάλλει στη μείωση της LDL «κακής» χοληστερόλης, ενώ η συστηματική αεροβική σωματική άσκηση μειώνει την αρτηριακή πίεση.

Χάρη στην άσκηση, αυξάνονται ορισμένες ουσίες στο αίμα μας που λέγονται προσταγλαδίνες, οι οποίες βοηθούν τα αγγεία να διαστέλλονται (ανοίγουν) και έτσι το αίμα κυλάει ευκολότερα. Με τον τρόπο αυτό, μικραίνει ο κίνδυνος για σχηματισμό θρόμβου στα αιμοφόρα αγγεία, με αποτέλεσμα να υπάρχει μειωμένος κίνδυνος για έμφραγμα και εγκεφαλικά επεισόδια.

Ανάλογα με την ηλικία, πρέπει να επιλέγουμε την άσκηση που μας ταιριάζει, χωρίς να κάνουμε υπερβολές που μπορεί να βλάψουν την υγεία μας. Προσοχή: άτομα που δεν έκαναν ποτέ άσκηση στη ζωή τους, πρέπει να αρχίσουν πολύ προσεκτικά με λίγη άσκηση και με την παρακολούθηση του γιατρού τους.

Μορφές αεροβικής άσκησης προσιτές σε όλους, είναι το περπάτημα, το ποδήλατο και το κολύμπι, το οποίο αποτελεί ιδανικό τρόπο άσκησης διότι δεν κουράζει πολύ την καρδιά. Μέτρια καθημερινή άσκηση π.χ μισή ώρα έντονο περπάτημα ή μισή ώρα έντονης άσκησης, τρεις φορές την εβδομάδα, ελαττώνουν τον κίνδυνο εμφράγματος.

Ειδικότερα για τη σωματική άσκηση, ο κ. Αδαμόπουλος ανέφερε ότι σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση ή και υπερλιπιδαιμία, η σωματική άσκηση όχι μόνο διευκολύνει τη ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη, της υπερέτασης ή και της διαταραχής των λιπιδίων, αλλά και αποτρέπει την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου, είτε υπό τη μορφή της σταθεράς ή και ασταθούς στηθάγχης, είτε και υπό τη μορφή εμφράγματος του μυοκαρδίου. Αλλά ακόμα και εάν εκδηλωθεί έμφραγμα, οι ασθενείς που ευρίσκοντο σε συστηματική άσκηση κατά την προεμφραγματική περίοδο, παρουσίαζαν λιγότερες επιπλοκές και είχαν καλύτερη επιβίωση από αυτούς που δεν ασκούντο. Λιγότερες επίσης επιπλοκές μετά την εγχείρηση, παρουσίαζαν και οι ασθενείς που είχαν πιο έντονη σωματική δραστηριότητα πριν από την εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (by – pass).

Έχει όριο ηλικίας η σωματική δραστηριότητα; πρόσφατες μελέτες αναφέρουν διπλάσια επιβίωση σε άτομα πάνω από 70 ετών που περπατούν πάνω από 3.2 χιλιόμετρα την ημέρα, σε σχέση με συνομήλικους που περπατούν λιγότερο από 1.6 χιλιόμετρα ημερησίως.

Η ευεργετική επίδραση της σωματικής άσκησης έχει δεχθεί ακόμα και σε πιο ακραίες εκδηλώσεις στεφανιαίας νόσου, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, όπου παρατηρείται όχι μόνο βελτίωση των συμπτωμάτων (εύκολη κόπωση και δύσπνοια), αλλά και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών που συμμετέχουν σε προγράμματα σωματικής άσκησης, είτε σε ειδικά κέντρα αποκατάστασης, είτε κατ' οίκον με ή χωρίς τηλεπαρακολούθηση. Πιθανόν, το καλύτερο πρόγραμμα άσκησης, περιλαμβάνει συνδυασμό ασκήσεων αεροβικής (ποδήλατο, τάπητας ή και γρήγορο περπάτημα) με ασκήσεις αντιστάσεως (διατάσεις, ελαφρά βάρη), 3 – 4 φορές την εβδομάδα για 30 – 45 λεπτά χωρίς ο ασθενής να φθάνει τα όρια της εξάντλησης (<http://health.ana-mpa.gr/view1.php?id=1852>).

Η σωματική άσκηση είναι ικανή να προλάβει, να καθυστερήσει την εξέλιξη ασθενειών αλλά και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής. Η άσκηση έχει ευεργετικές επιδράσεις στη μείωση περιστατικών στεφανιαίας νόσου, στην υπέρταση, το διαβήτη τύπου II, την οστεοπόρωση αλλά επιδρά και θετικά στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης.

Η σωματική άσκηση θα πρέπει να εντάσσεται σε κάθε πρόγραμμα το οποίο αποσκοπεί στην αποκατάσταση της υγείας. Παράλληλα, ο ρόλος της ένταξης της φυσικής δραστηριότητας μπορεί να είναι και προληπτικός, έτσι ώστε να αποτρέπεται η εμφάνιση καρδιακών νοσημάτων προάγοντας εξίσου τη σωματική, πνευματική και ψυχολογική υγεία του ατόμου.

2.7. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Πρόκειται για μια αρκετά συχνή διαταραχή του μεταβολισμού, η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένη γλυκόζη (σάκχαρο) αίματος. Υπεύθυνη γι' αυτό είναι η μειωμένη έκκριση ινσουλίνης ή η μειωμένη της δράση ή ο συνδυασμός και των δύο. Η χρόνια αυτή υπεργλυκαιμία, συνδυάζεται με μακροχρόνια

βλάβη, δυσλειτουργία και ανεπάρκεια διαφόρων οργάνων και κυρίως των οφθαλμών, των νεφρών, των νεύρων, της καρδιάς και των αρτηριών.

Σχεδόν κάθε τροφή που τρώμε, ο οργανισμός μας έχει την ικανότητα να τη μετατρέπει σε γλυκόζη (σάκχαρο). Η γλυκόζη είναι η βασική τροφή (ενέργεια) των κυττάρων. Για να μπορέσει όμως η γλυκόζη να μπει μέσα στα κύτταρα, είναι απαραίτητη μια ορμόνη, η ινσουλίνη. Η ορμόνη αυτή εκκρίνεται από το πάγκρεας (πρόκειται για έναν μεγάλο αδένα που βρίσκεται πίσω από το στομάχι). Όταν λοιπόν το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη ή η ινσουλίνη που παράγει δε δρα σωστά, τότε η γλυκόζη που παίρνουμε από τις τροφές δεν εισέρχεται μέσα στα κύτταρα και επομένως παραμένει στο αίμα, με αποτέλεσμα να έχουμε υψηλό σάκχαρο αίματος, δηλαδή διαβήτη.

Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι σακχαρώδη διαβήτη:

- Τύπος 1: Παρουσιάζεται όταν το πάγκρεας δεν παράγει καθόλου ινσουλίνη. Πρόκειται για το σπανιότερο από τους δύο τύπους (5 – 10% των διαβητικών) και συνήθως εμφανίζεται στην παιδική ηλικία.
- Τύπος 2: Στο διαβήτη τύπου 2, το πάγκρεας παράγει λιγότερη ινσουλίνη απ' όση χρειάζεται, είτε η ινσουλίνη που παράγεται έχει μειωμένη δράση. Περίπου (90 – 95% των διαβητικών) έχουν διαβήτη τύπου 2 και συνήθως εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες αν και τελευταία έχει αρχίσει να εμφανίζεται και στα παιδιά.

ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

❖ Αυξημένη όρεξη (πολυφαγία)	❖ Κοιλιακό άλγος
❖ Αυξημένη δίψα (πολυδιμία)	❖ Απώλεια συνείδησης
❖ Συχνή και μεγάλη σε ποσότητα ούρηση (πολυουρία)	❖ Αδυναμία
❖ Απώλεια βάρους	❖ Κόπωση
❖ Διαταραχή όρασης	❖ Ζάλη
❖ Εμετός	❖ Ευπάθεια σε λοιμώξεις

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις χωρίς κανένα από τα παραπάνω συμπτώματα. Άλλες συνέπειες της υπεργλυκαιμίας είναι η διαταραχή της ανάπτυξης στα παιδιά και η ευαισθησία στις λοιμώξεις.

Οι διαβητικοί ασθενείς έχουν αυξημένη συχνότητα αθηροσκλήρυνσης και κατά συνέπεια στεφανιαίας νόσου, περιφερικής αγγειοπάθειας και εγκεφαλικών επεισοδίων. Η υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία, ανευρίσκονται με μεγαλύτερη συχνότητα στα διαβητικά άτομα.

Ποια άτομα όμως έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν διαβήτη τύπου 2; είναι τα άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών, οι υπέρβαροι, όσοι έχουν συγγενή α' βαθμού διαβητικό, οι γυναίκες που παρουσίασαν διαβήτη της κύησης ή γέννησαν παιδί πάνω από 4 κιλά, οι υπερτασικοί, όσοι έχουν χαμηλή την HDL χοληστερόλη (< 35 mg/dl), είτε αυξημένα τριγλυκερίδια, οι γυναίκες που έχουν σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και τέλος τα άτομα που έχουν ιστορικό αγγειακής νόσου (π.χ στηθάγχη, έμφραγμα, στεφανιαία νόσο, ανεύρυσμα αορτής κλπ.).

Αυτό που πρέπει να κάνουμε εμείς λοιπόν για να αποφύγουμε ή να καθυστερήσουμε την εμφάνιση του διαβήτη (τύπου 2) είναι:

- Απώλεια βάρους και τακτική άσκηση
- Έλεγχος και διόρθωση υπόλοιπων παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (δηλαδή κάπνισμα, υπέρταση)
- Τα άτομα άνω των 45 ετών και ιδιαίτερος όσοι έχουν αυξημένο βάρος, θα πρέπει να κάνουν εξέταση σακχάρου ή δοκιμασία ανοχής γλυκόζης. Το ίδιο ισχύει και για άτομα κάτω των 45 ετών που όμως είναι υπέρβαρα και έχουν κι άλλους παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση διαβήτη (Κατσιλάμπρος, Ν., 2007).

Υπάρχουν πολλοί γνωστοί λόγοι για τους οποίους η παραγωγή ινσουλίνης μπορεί να μειωθεί και κάθε άτομο μπορεί να επηρεαστεί από έναν ή περισσότερους από αυτούς.

Πρώτος λόγος είναι τα γονίδια. Η κληρονομικότητα αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα και στις δύο μορφές διαβήτη. Στον τύπου 1 διαβήτη, υπάρχουν περίπου 50% πιθανότητες για το δεύτερο δίδυμο να αναπτύξει τη νόσο αν πάσχει και ο πρώτος, ενώ το παιδί ενός πάσχοντος γονέως, έχει 5% πιθανότητες να νοσήσει και το ίδιο. Στον τύπου 2 διαβήτη είναι βέβαιο, ότι αν τον αναπτύξει ο ένας από τους πανομοιότυπους διδύμους θα τον αναπτύξει και

ο άλλος. Είναι δύσκολο να προβλέψει κανείς με ακρίβεια ποιος θα κληρονομήσει την πάθηση. Μικρός αριθμός οικογενειών έχουν πολύ μεγαλύτερη τάση να αναπτύσσουν διαβήτη και οι επιστήμονες έχουν εντοπίσει διάφορα γονίδια που φαίνεται να παίζουν ρόλο. Σε τέτοιες περιπτώσεις, μπορεί να είναι δυνατόν να ελεγχθούν τα μέλη των οικογενειών και να καθοριστεί ο κίνδυνος που διατρέχουν να αναπτύξουν πάθηση.

Ακόμα λοιπόν και αν πάσχει από διαβήτη κάποιος στενός συγγενής μας, δεν είναι βέβαιο ότι θα τον αναπτύξουμε κι εμείς. Ορισμένα άτομα που κληρονομούν μια προδιάθεση για διαβήτη, στην πραγματικότητα δε νοσούν ποτέ, συνεπώς υπάρχουν και άλλοι εμπλεκόμενοι παράγοντες.

Επιπλέον, είναι οι λοιμώξεις. Ο τύπου 1 διαβήτη στα παιδιά και στα νεαρά άτομα είναι πιθανότερο να αναπτυχθεί σε συγκεκριμένες εποχές του έτους, όταν υπάρχει έξαρση κρυολογημάτων. Ορισμένοι ιοί, έχουν την ικανότητα να προκαλούν βλάβες στο πάγκρεας, προκαλώντας διαβήτη. Σε ό,τι αφορά ωστόσο, ατομικές περιπτώσεις ασθενών, πολύ σπάνια μπορούν οι γιατροί να συσχετίσουν την εκδήλωση του διαβήτη με κάποια συγκεκριμένη λοίμωξη. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτό, είναι ότι η λοίμωξη μπορεί να έχει «πυροδοτήσει» μια διαδικασία που εκδηλώνεται πολλά χρόνια αργότερα.

Ακόμη ένας λόγος είναι το περιβάλλον. Τα άτομα που αναπτύσσουν τύπου 2 διαβήτη, είναι συχνά υπέρβαρα και δεν ακολουθούν ισορροπημένη διατροφή. Τα άτομα που μετακινούνται από μία χώρα με χαμηλό δείκτη κινδύνου για διαβήτη σε κάποια άλλη με υψηλότερο, έχουν τις ίδιες πιθανότητες με τους ντόπιους να αναπτύξουν την πάθηση. Πολύ καλό παράδειγμα αποτελούν οι κάτοικοι της νήσου Ναούρου, στον Ειρηνικό Ωκεανό. Οι άνθρωποι αυτοί έγιναν πολύ πλούσιοι όταν ανακαλύφθηκαν κοιτάσματα φωσφορικού άλατος στο νησί τους. Το επακόλουθο ήταν να αλλάξει ριζικά η διατροφή τους, να παχύνουν πολύ και να γίνουν πολύ πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη διαβήτη.

Όλα αυτά αποδεικνύουν ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της διατροφής του περιβάλλοντος και του διαβήτη. Εντούτοις, δεν υπάρχει σαφής συσχετισμός μεταξύ της ανάπτυξης διαβήτη και της κατανάλωσης ζάχαρης και γλυκών.

Επόμενος λόγος είναι ο δευτεροπαθής διαβήτη. Μικρός αριθμός ατόμων αναπτύσσουν διαβήτη ως συνέπεια κάποιας άλλης ασθένειας του

παγκρέατος. Η παγκρεατίτιδα (ή φλεγμονή του παγκρέατος) για παράδειγμα, μπορεί να καταστρέψει μεγάλα τμήματα του αδένου προκαλώντας διαβήτη. Ορισμένα άτομα που πάσχουν από ορμονικές ασθένειες, όπως το σύνδρομο Cushing (ο οργανισμός παράγει μεγάλες ποσότητες στεροειδούς ορμόνης), μπορεί να παρουσιάσουν διαβήτη ως επιπλοκή της κύριας ασθένειάς τους. Ο διαβήτης μπορεί επίσης να είναι συνέπεια κάποιας βλάβης στο πάγκρεας λόγω χρόνιας υπερκατανάλωσης αλκοόλ.

Ολοκληρώνουμε με το στρες. Μολονότι πολλά άτομα συνδέουν την εκδήλωση του διαβήτη, όπως ένα ατύχημα ή μία άλλη ασθένεια, είναι δύσκολο να εδραιωθεί σαφής συσχετισμός μεταξύ του στρες και του διαβήτη. Η εξήγηση μπορεί να έγκειται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι επισκέπτονται το γιατρό τους με αφορμή κάποιο στρεσογόνο γεγονός και η διάγνωση του διαβήτη τους γίνεται συμπτωματικά την ίδια περίοδο.

Στην περίπτωση που κάποιος πρόσφατα διαγνώστηκε με διαβήτη, το επόμενο βήμα που καλείται να κάνει είναι να έχει:

- Μία ολοκληρωμένη ιατρική εξέταση
- Μία συζήτηση με κάποιον ειδικό. Ένα άτομο που θα μπορέσει να μας εξηγήσει τι ακριβώς είναι ο διαβήτης και να μας μιλήσει για την εξατομικευμένη αγωγή μας.
- Μία συζήτηση με έναν διαιτολόγο, που θα θελήσει να μας δώσει κάποιες βασικές συμβουλές σχετικά με το τι πρέπει να τρώμε στο μέλλον.
- Μία συζήτηση σχετικά με τις συνέπειες του διαβήτη στην εργασία μας, στην οδήγηση, στην ασφάλιση, στις φαρμακευτικές εισφορές μας, καθώς και το αν θα πρέπει να ενημερώσουμε την τροχαία και την ασφαλιστική μας εταιρεία αν οδηγούμε.
- Μία ενημέρωση σχετικά με τον διαβήτη μας, τα ευεργετικά αποτελέσματα της άσκησης και τακτικές αποτιμήσεις του ελέγχου της διαταραχής μας.

Αν ο ασθενής ακολουθεί αγωγή με ινσουλίνη, θα πρέπει να έχει:

- Τακτικές συνεδρίες για ενημέρωση σχετικά με την τεχνική των ενέσεων, τη φροντίδα της ινσουλίνης, των συριγγών και των στυλό, τον έλεγχο των επιπέδων σακχάρου στο αίμα και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

- Αποθέματα του σχετικού εξοπλισμού
- Μία συζήτηση γύρω από την υπογλυκαιμία και τους τρόπους αντιμετώπισής της

Αν ο ασθενής ακολουθεί αγωγή με δισκία, θα πρέπει να έχει:

- Μία συζήτηση σχετικά με τις πιθανότητες μιας υπογλυκαιμίας και τους τρόπους αντιμετώπισής της
- Μία ενημέρωση σχετικά με την εξέταση του αίματος και των ούρων, την ερμηνεία των αποτελεσμάτων και αποθέματα του σχετικού εξοπλισμού.

Αν ο ασθενής ακολουθεί αγωγή κάνοντας δίαιτα, θα πρέπει να έχει:

- Μία ενημέρωση σχετικά με την εξέταση του αίματος και των ούρων, την ερμηνεία των αποτελεσμάτων και αποθέματα του σχετικού εξοπλισμού (<http://health.in.gr/diabetes/Article.asp?ArticleId=19131&CurrentTopId=19127&IssueT>).

Αξίζει να σημειώσουμε εδώ ότι από πολλές μελέτες που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί, έχει αποδειχθεί ότι η ασπιρίνη και η νατριούχος πραβαστατίνη, μειώνουν πολύ τον καρδιαγγειακό επεισόδιο. Η πραβαστατίνη δρα κυρίως μέσω της μακροχρόνιας αντιαθηρογόνου ιδιότητάς της, ενώ η ασπιρίνη (ακετυλοσαλικυλικό οξύ) έχει μία άμεση αντιαιμοπεταλιακή δράση (αναστέλλει τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων) εμποδίζοντας έτσι τη δημιουργία θρόμβου. Ο συνδυασμός και των δύο, φαίνεται ότι έχει αθροιστικά αποτελέσματα μειώνοντας ακόμη περισσότερο τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σε αυτό το συμπέρασμα κατέληξε η μετα - ανάλυση πέντε μεγάλων μελετών δευτερογενούς πρόληψης. Σε αυτές τις μελέτες, συμπεριλήφθηκαν 73.900 ασθενείς - έτη με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, στους οποίους χορηγήθηκαν 40mg πραβαστατίνης και ασπιρίνη με διαφορετική συχνότητα για κάθε μελέτη.

Ο συνδυασμός ασπιρίνης και πραβαστατίνης μείωσε τον σχετικό κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου κατά 31% σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία με ασπιρίνη και κατά 26% σε σύγκριση προς τη μονοθεραπεία με πραβαστατίνη. Για το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, οι αντίστοιχες μειώσεις του σχετικού κινδύνου ήταν 29% και 31%. Τέλος, για την πιθανότητα οποιουδήποτε καρδιαγγειακού επεισοδίου, οι αντίστοιχες μειώσεις ήταν 24% και 13%. Αξιοσημείωτο είναι ότι όλες οι ανωτέρω μειώσεις ήταν στατιστικά σημαντικές.

Οι συγγραφείς αυτής της μετα – ανάλυσης τονίζουν ότι ο συνδυασμός πραβαστατίνης και ασπιρίνης σε ανθρώπους με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου θα πρέπει να χορηγείται με μεγαλύτερη συχνότητα, διότι έτσι θα μειωθεί κατά πολύ η καρδιαγγειακή θνητότητα (<http://www.nedweb.gr/news/article/1.htm>).

Εφόσον ο διαβήτης έχει διαγνωσθεί και έχει τεθεί υπό σχετικό έλεγχο, ο ασθενής θα πρέπει:

- Να πραγματοποιεί τακτικές επισκέψεις στο γιατρό
- Να έρθει σε επαφή με κάποιο μέλος επιστημονικής ομάδας για να του δοθούν εξειδικευμένες συμβουλές
- Να πραγματοποιεί ενημερωτικές συνεδρίες
- Να προβαίνει σε γενικό τσεκ – απ για το διαβήτη μία φορά το χρόνο σε εξειδικευμένο γιατρό

Ολοκληρώνοντας τον παράγοντα αυτό (σακχαρώδης διαβήτης), θα αναφέρουμε τις εξετάσεις που θα πρέπει να πραγματοποιεί ένας ασθενής που πάσχει από διαβήτη. Είναι λοιπόν οι παρακάτω:

- Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη: Η εξέταση υπολογίζει το μέσο όρο του σακχάρου αίματος κατά τη διάρκεια των τριών προηγούμενων μηνών.
- Εξέταση λευκοματιουρίας: Απώλεια πρωτεΐνης στα ούρα. Η εξέταση μετράει την απώλεια αυτή και έτσι μπορεί να ανιχνεύσει μια αρχόμενη νευροπάθεια, ώστε να μπορεί να σταματήσει η εξέλιξή της.
- Ασπιρίνη: Χαμηλή δόση βοηθά στην πρόληψη εμφραγμάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων.
- Αρτηριακή πίεση: Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης κουράζει την καρδιά και προκαλεί βλάβη σε νεφρούς και μάτια.
- Χοληστερίνη: Η «κακή», στενεύει σιγά – σιγά τις αρτηρίες οδηγώντας σε έμφραγμα.
- Βυθοσκόπηση: Η τακτική εξέταση των οφθαλμών ανιχνεύει έγκαιρα τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και αυτό με τη σειρά της οδηγεί στην αποφυγή τύφλωσης.
- Έλεγχος σακχάρου με γλυκόμετρο

- Φροντίζουμε να μείνουμε υγιείς: Άνθρωποι που έχουν διαβήτη, αν πάθουν πνευμονία ή γρίπη κινδυνεύουν από σοβαρές επιπλοκές. Μπορούν να το αποφύγουν με κατάλληλα εμβόλια.
- Εμβόλιο γρίπης: Πραγματοποιείται κάθε χρόνο.
- Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου: Πραγματοποιείται κάθε έξι χρόνια.

2.8. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Τα σχετικά υγιή άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές του ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης παραγόντων που σχετίζονται με τη θρόμβωση.

Σύμφωνα με σχετικό άρθρο του επιστημονικού εντύπου Chest, ερευνητές του πανεπιστημίου της Καλιφόρνια στο Σαν Ντιέγκο, με επικεφαλής τον Δρ Τζόελ Ντιμσοντέιλ, μελέτησε κατά πόσο η διακοπή του ύπνου, όπως αυτή τεκμηριώνεται από την πολυ-υπνογραφία, σχετίζεται με τα αυξημένα επίπεδα των θρομβωτικών παραγόντων, που έχει στο παρελθόν αποδειχθεί ότι προβλέπουν τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου.

Η πολυ-υπνογραφία διενεργείται σε εργαστηριακό περιβάλλον και μετρά τα εγκεφαλικά κύματα για την καταγραφή των σταδίων και κύκλων του ύπνου, καθώς και τη μυϊκή δραστηριότητα, την κίνηση των ματιών, τον αναπνευστικό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση, τα επίπεδα οξυγόνου στο αίμα και τον καρδιακό παλμό. Επίσης, οι ασθενείς παρατηρούνται απευθείας κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Συνολικά 137 άτομα, κατά μέσω όρο 37 ετών, χωρίς ιστορικό διαταραχών ύπνου, υπεβλήθησαν σε ολονύχτια υπνογραφία. Οι ερευνητές κατέγραψαν επίσης τα επίπεδα παραγόντων στο αίμα που σχετίζονται με τη θρόμβωση και τον κορεσμό οξυγόνου. Στις αναλύσεις τους, συμπεριέλαβαν επίσης την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, το Δείκτη Μάζας Σώματος, την αρτηριακή πίεση και το ιστορικό καπνίσματος.

Τελικά, διαπιστώθηκε ότι το υψηλό σκορ στο συνολικό δείκτη αφύπνισης και τα μεγαλύτερα διαστήματα αγρυπνίας που διέκοπταν τον ύπνο, συσχετιζόνταν με υψηλότερα επίπεδα αντιγόνου του παράγοντα von Willebrand

και αντιγόνου του παράγοντα διαλυτού ιστού, αντίστοιχα, όπου και οι δύο σχετίζονται με την πήξη του αίματος.

Γνωρίζετε πως λιγότερες ώρες ύπνου μπορούν να οδηγήσουν σε καρδιακά προβλήματα; σύμφωνα με ερευνητές, λιγότερες από 7 ½ ώρες ύπνου κάθε βράδυ, μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο καρδιακής νόσου σε μεσήλικες ασθενείς.

Ο μικρής διάρκειας ύπνος είναι συνδεδεμένος με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών νόσων σε άτομα μέσης ηλικίας, ενώ ο συνδυασμός λίγων ωρών νυχτερινού ύπνου και της αυξημένης αρτηριακής πίεσης, δημιουργεί κατάλληλο υπόστρωμα για την ανάπτυξη καρδιακών νοσημάτων.

Η έλλειψη ύπνου έχει συσχετιστεί με πολλαπλές διαταραχές της υγείας, όπως είναι η παχυσαρκία, ο διαβήτης και οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ενώ σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου θνησιμότητας που πάσχουν από στεφανιαία νόσο. Ωστόσο, πολλές από αυτές τις μελέτες έγιναν σε ασθενείς μικρής ηλικίας και δεν περιελάμβαναν άτομα με αυξημένη αρτηριακή πίεση κατά τη διάρκεια των νυχτερινών ωρών.

Οι ερευνητές μελέτησαν 1255 ασθενείς με υπέρταση, μέσης ηλικίας τα 45 έτη, για περίπου 50 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συχνότητα των καρδιακών παθήσεων σε όσους κοιμούνται λιγότερο από 7 ½ ώρες κάθε βράδυ ήταν 2,4%, σε σύγκριση με το 1,8% αυτών που κοιμούνται περισσότερο από 8 ώρες. Επίσης, όσοι δεν κοιμούνται αλλά είχαν και αυξημένη αρτηριακή πίεση κατά τη διάρκεια της νύχτας, παρουσίαζαν 4,43% περισσότερες πιθανότητες νόσησης, συγκριτικά με αυτούς που κοιμούνται κανονικά και δεν είχαν νυχτερινή υπέρταση.

Τέλος, η μελέτη αυτή διαπίστωσε ότι για κάθε ώρα νυχτερινού ύπνου που χάνεται κάθε ημέρα, αυξάνονται οι πιθανότητες ανάπτυξης αυξημένης αρτηριακής πίεσης κατά 37% (<http://www.sohosFm.gr/forum/301/1159-%CE%9F%CE%B9-%CE%B>).

2.9. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

«Το προσλαμβάνει κάλλιον, του θεραπεύειν εστί». Η Ιπποκρατική ρήση εκφράζει το βασικότερο ίσως κανόνα της ιατρικής επιστήμης, η εφαρμογή του οποίου κρίνεται σήμερα επιτακτική. Οι δύο βασικοί στόχοι της οδοντιατρικής πρόληψης είναι η διατήρηση μιας υγιούς οδοντοστοιχίας και η έγκαιρη ανίχνευση των οδοντικών και ουλικών παθήσεων και γενικότερα κάθε νόσου που εντοπίζεται στη στοματική κοιλότητα. Είναι γενικά παραδεκτό, ότι η γενική υγεία είναι μια αλυσίδα, στην οποία τα οργανικά συστήματα αποτελούν ισοδύναμους κρίκους. Όλα τα όργανα θα πρέπει να συνεργάζονται αρμονικά και να λειτουργούν άψογα, προκειμένου να εξασφαλίσουμε τη γενική μας υγεία. Εάν ένας από τους κρίκους σπάσει, μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά στο σύνολό του ο οργανισμός, με απρόβλεπτες και σίγουρα δυσάρεστες συνέπειες.

Η καλή κατάσταση του στόματος αποτελεί έναν από τους προαναφερθέντες κρίκους και καθρέφτη της γενικής υγείας. Φυσικά δεν αρκεί ένα όμορφο χαμόγελο για να την εξασφαλίσει. Η γενική μας υγεία και η υγεία του στοματογναθικού συστήματος είναι αλληλένδετες, υπό την έννοια ότι η υπονόμηση της μίας μπορεί να επιδρά αρνητικά στην άλλη και αντιστρόφως. Για παράδειγμα, ένα παραμελημένο στόμα μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία σοβαρών λοιμώξεων. Άτομα που πάσχουν από ουλίτιδα ή περιοδοντίτιδα, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από στεφανιαία νόσο ή βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα, αν και ο μηχανισμός που προκαλεί αύξηση του κινδύνου δεν έχει διερευνηθεί πλήρως.

Μία από τις επικρατούσες θεωρίες, είναι ότι τα μικρόβια που προκαλούν φλεγμονή των ούλων, μπορούν να περάσουν στην κυκλοφορία του αίματος κι έτσι να μεταναστεύσουν σε απομακρυσμένα όργανα, ένα από τα οποία είναι η καρδιά. Τα μικρόβια που συγκεντρώνονται στις αρτηρίες της καρδιάς, μπορούν υπό ορισμένες συνθήκες να συμβάλλουν στην αρτηριοσκλήρυνση, η οποία με τη σειρά της μπορεί να είναι γενεσιουργός παράγοντας μιας καρδιακής προσβολής.

Επιπρόσθετα, η μάσηση της τροφής με δόντια λιγότερα από το φυσιολογικό αριθμό, δεν γίνεται σωστά, με αποτέλεσμα όταν παρατείνεται και αμελείται η κατάσταση, να προκαλούνται διαταραχές της πέψης. Ακόμη, η ίδια

κατάσταση συχνά οδηγεί σε ανώμαλες κινήσεις της γνάθου, με αποτέλεσμα η άρθρωση της γνάθου (κροταφογναθική) να αρχίσει να φθείρεται, προκαλώντας συμπτώματα, όπως θορύβους κατά το άνοιγμα και το κλείσιμο του στόματος και έντονο πόνο. Επιπλέον, ένας μεγάλος αριθμός ασθενειών δίνουν συμπτώματα (πολλές φορές τα πρώτα) από τη στοματική κοιλότητα (<http://www.familyclub.gr/show.php?mode=ShowArticle&cat=21&c>).

Επιρρεπείς στα καρδιακά νοσήματα αποδεικνύονται οι άνθρωποι με περισσότερα βακτηρίδια στη στοματική τους κοιλότητα, σύμφωνα με μελέτη ερευνητών από το πανεπιστήμιο Κολούμπια, που δημοσιεύεται στην επιθεώρηση «Circulation» της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας. Ειδικότερα, οι ερευνητές εξέτασαν 657 ανθρώπους που δεν είχαν ιστορικό καρδιακών νοσημάτων και κατέληξαν στο συμπέρασμα, πως άνθρωποι που έχουν στο στόμα τους περισσότερα βακτήρια, τα οποία προκαλούν περιοδοντολογικές ασθένειες, έχουν επίσης και περισσότερο διογκωμένες καρωτίδες. Αυτή είναι η αμεσότερη ένδειξη, πως ασθένειες των ούλων μπορεί να οδηγήσουν σε εγκεφαλικά επεισόδια ή σε καρδιαγγειακά νοσήματα, τόνισε ο Δρ. Μόιζ Ντεβαριέ. Και επειδή οι μολύνσεις των ούλων είναι δυνατόν να προληφθούν και να θεραπευτούν, η φροντίδα της στοματικής υγείας έχει σημαντικές επιπτώσεις στην καρδιαγγειακή υγεία, επεσήμανε ο ίδιος.

Άλλοι πάλι ερευνητές, ανάμεσά τους και ο ελληνικής καταγωγής περιοδοντολόγος Πάνος Παπαλάνου, πιστεύουν πως τα βακτήρια που προκαλούν προβλήματα στα ούλα, εξαπλώνονται μέσω του αίματος και επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα προκαλώντας φλεγμονές, οι οποίες με τη σειρά τους φράζουν τις αρτηρίες.

Μελέτες και έρευνες έδειξαν ότι χαλασμένα δόντια, ούλα που ματώνουν και κακή στοματική υγιεινή, μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα στην καρδιά. Συγκεκριμένα, ο καθηγητής Howard Jenkinson από το πανεπιστήμιο του Μπρίστολ, στη διάλεξη που έδωσε στην Εταιρεία Γενικής Μικροβιοφοβίας του Δουβλίνου, δήλωσε: «Άνθρωποι με κακή στοματική υγιεινή, που δεν βουρτσίζουν τα δόντια τους με αποτέλεσμα να ματώνουν τα ούλα τους, επιτρέπουν την είσοδο των βακτηριδίων στην κυκλοφορία του αίματος. Γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής. Στοματικά βακτήρια, όπως *Streptococcus gordonii* και *Streptococcus sanguinis*, είναι συχνές αιτίες

μόλυνσης και τώρα πια γνωρίζουμε πως οι βακτηριακές μολύνσεις αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα επικινδυνότητας για τα καρδιακά νοσήματα.

Τελευταίες έρευνες επιμένουν ότι υπάρχει μείωση δύο μακροπρόθεσμων συντελεστών ανάπτυξης καρδιακών νόσων (κυρίως προβλημάτων στη στεφανιαία νόσο), από την κατανάλωση 4-5 φλιτζανιών τσαγιού την ημέρα. Οι συντελεστές αυτοί είναι η υψηλή χοληστερόλη και η υψηλή πίεση του αίματος (<http://www.sygos.gr/siros/forum/index.php?PHPSESSID=ddcca68>).

Ας περάσουμε όμως τώρα σε αποτελέσματα ερευνών που αποδεικνύουν, ότι το επίπεδο ενημέρωσης και ενεργοποίησης του πληθυσμού παραμένει χαμηλό, όπως εξάλλου και η εκπαίδευση των γονέων από τους οποίους ξεκινά το πρόβλημα.

Τα δεδομένα που προέκυψαν από τις έρευνες δεν είναι καθόλου ενθαρρυντικά. Σύμφωνα με τριετή πανελλαδική έρευνα που διενεργήθηκε από την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, το 75% των παιδιών δε βουρτσίζουν καθημερινά τα δόντια τους. Επίσης, το 75% των παιδιών 15 ετών έχουν πάνω από τρία δόντια κατεστραμμένα λόγω τερηδόνας. Εξάλλου, 8 στους 10 εφήβους δε χρησιμοποιούν νήμα και 1 στους 3 δεν επισκέπτεται σε τακτική βάση τον οδοντίατρο. Από άλλη ανεξάρτητη έρευνα, βρέθηκε ότι οι ασθένειες των ούλων είναι υπεύθυνες για το 70% των απωλειών των δοντιών στους ενήλικες.

Σε κλινικό τώρα επίπεδο, η εμπειρία της καθημερινής επαφής με τους ασθενείς, έχει καταδείξει την απουσία ζωηρού ενδιαφέροντος για τη διατήρηση και προάσπιση της στοματικής υγείας. Ένας από τους μείζονες λόγους στους οποίους αποδίδεται αυτό, είναι η άγνοια και η απουσία ενημέρωσης. Συχνά, παρατηρείται μια σχετική ή και αμέλεια για την υγεία των δοντιών, που σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση, η οποία μαστίζει μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, αποτρέπει πολλές οικογένειες από το να ακολουθήσουν ένα πλήρες πρόγραμμα Οδοντοθεραπείας και Οδοντιατρικής πρόληψης. Πράγματι, η πρόσβαση των φτωχότερων κοινωνικών στρωμάτων σε σύγχρονες θεραπείες και φάρμακα δεν είναι ικανοποιητική, με αποτέλεσμα την πρόωγη απώλεια των δοντιών (σε νεαρή ηλικία), με ιδιαίτερα δυσάρεστες επιπτώσεις σε βιολογικό και ψυχολογικό επίπεδο. Έκδηλη λοιπόν είναι η ανησυχία όλων των επαγγελματιών του τομέα υγείας, γεγονός που επιβάλλει την κινητοποίηση της πολιτείας και όλων των σχετικών θεσμικών φορέων. Οι προληπτικοί υγειονομικοί έλεγχοι που διενεργούνται πρέπει να ενταθούν, ώστε να υπάρξει

μια αξιόπιστη αξιολόγηση της στοματικής υγείας και να καθορισθεί το κατάλληλο, για την κάθε περίπτωση, πρόγραμμα οδοντιατρικής φροντίδας.

Εξάλλου, η τακτική επίσκεψη στον οδοντίατρο, μπορεί να βοηθήσει να ανακαλύψουμε σε πρώτο στάδιο κάποια άλλη σοβαρή πάθηση που μας ταλαιπωρεί ή θα μας ταλαιπωρήσει αργότερα. Η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας αυξάνει θεαματικά τις πιθανότητες ίασης.

Κάτι ακόμη εξίσου σημαντικό, είναι η επίδραση στη ψυχική μας υγεία. Το χαμόγελο είναι από τους βασικότερους παράγοντες ενός ωραίου προσώπου. Αν το χαμόγελο δεν είναι άρτιο, τότε νιώθουμε μειονεκτικά και προσπαθούμε να το κρύψουμε.

Μπορούμε λοιπόν να προλάβουμε τις νόσους των δοντιών και των ούλων, αν εφαρμόσουμε τα ακόλουθα προληπτικά μέτρα:

- Βούρτσισμα των δοντιών μετά από κάθε γεύμα. Πρόκειται για τον πιο σημαντικό κανόνα για τη διατήρηση της στοματικής υγείας.
- Η χρήση οδοντιατρικού νήματος θεωρείται επιβεβλημένη, διότι είναι ο μόνος τρόπος να αναιρεθούν να υπολείμματα τροφών και η καταστρεπτική πλάκα από τα διαστήματα μεταξύ των δοντιών, εκεί δηλαδή όπου δε μπορεί να εισχωρήσει η οδοντόβουρτσα.
- Η χρήση ειδικών στοματικών διαλυμάτων. Αποτελούν ένα συμπληρωματικό όπλο στον αγώνα μας κατά των μικροβίων που απειλούν τη στοματική υγεία.
- Η ισορροπημένη διατροφή. Η υπερκατανάλωση τροφών που περιέχουν σάκχαρα ή όξινες ουσίες, π.χ ανθρακούχα αναψυκτικά, ιδιαίτερα στα ενδιάμεσα των γευμάτων, βοηθά την ανάπτυξη των βακτηριδίων και την ανάπτυξη τερηδόνας. Επίσης, η μειωμένη πρόσληψη ορισμένων βιταμινών (π.χ βιταμίνης C), έχει συσχετιστεί με αυξημένη συχνότητα ουλίτιδας.
- Η τακτική επίσκεψη στον οδοντίατρο (1-2 φορές ετησίως και οπότε διαπιστώνουμε το παραμικρό πρόβλημα στη στοματική μας κοιλότητα). Η τακτική επίσκεψη έχει ουσιαστική σημασία, όχι μόνο για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία,

αλλά και για το γενικό έλεγχο όλης της στοματικής κοιλότητας. Μάλιστα, το κόστος της Οδοντιατρικής πρόληψης είναι πάντοτε χαμηλότερο από το κόστος της οδοντιατρικής θεραπείας.

- Η πρόσληψη φθορίου θωρακίζει τα δόντια, καθιστώντας τα πιο ανθεκτικά στην τερηδονική προσβολή (στοματικό διάλυμα, δισκία φθορίου «φθορίωση»).

Η καθιέρωση τακτικών αυτοελέγχων, η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των παθήσεων του στόματος, αποτελεί πρωταρχικό μέλημα και συχνή πρόσκληση στον οδοντίατρο. Τίποτα όμως ουσιαστικό δεν μπορεί να επιτευχθεί, αν δε μεσολαβήσει η προσωπική προσπάθεια και φροντίδα του καθενός για τη διατήρηση της στοματικής του υγείας και ενός λαμπερού χαμόγελου.

2.10. ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΕΡΙΟΥΧΑ ΠΟΤΑ

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι πίσω από τον αυξημένο αριθμό καρδιακών προσβολών.

Άνθρωποι με συμπτώματα καρδιακού προβλήματος πριν από τις διακοπές, έχουν την τάση να καθυστερούν να επισκεφτούν το γιατρό. Αυτό οφείλεται στις υποχρεώσεις του σπιτιού, στο να μη θέλουν να «χαλάσουν» τη διασκέδαση των γιορτών ή να μη θέλουν να αντιμετωπίσουν την πιθανότητα εισαγωγής τους στο νοσοκομείο την περίοδο των γιορτών. Σαν αποτέλεσμα, είναι λιγότερο πιθανό να δούνε το γιατρό τους αυτή την περίοδο για να λάβουν τη φροντίδα που ίσως χρειάζονται.

Επιπλέον, την περίοδο των γιορτών, πολλοί άνθρωποι σταματάνε την άσκηση και την κατάλληλη διατροφή.

Σύμφωνα με ερευνητές, ορισμένοι άνθρωποι έχουν περάσει πολύ χρόνο κάνοντας γυμναστική και όταν φτάνουν οι γιορτές ξεφεύγουν από το πρόγραμμά τους. Υπάρχουν πολλές εξηγήσεις γι' αυτό. Είναι περίοδος γιορτών, είναι απασχολημένοι, ο χρόνος που τρώνε σε φίλους ή έξω είναι περισσότερος από ότι συνήθως, ενώ πιο εύκολα βρίσκει κάποιος δικαιολογίες για να αποφύγει την άσκηση.

Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να αυξηθεί κατά τη διάρκεια των γιορτών, γεγονός που μπορεί να συμβάλλει σε αυτό που ονομάζεται «καρδιακό σύνδρομο γιορτών». Το αλκοόλ έχει τοξική επίδραση στον καρδιακό μυ με πολλούς τρόπους αλλά ειδικά, μπορεί να οδηγήσει σε ερεθισμό των καρδιακών μυών ειδικά του κόλπου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κολπική μαρμαρυγή, έναν μη φυσιολογικό καρδιακό παλμό, που είναι «κλασικό εύρημα» στην καρδιά την περίοδο των γιορτών.

Επιπλέον, οι ρυθμοί των γιορτών μπορεί να οδηγήσουν τους ανθρώπους να ξεχάσουν να λάβουν τα φάρμακά τους, όπως τα αντιπηκτικά και τα χάπια για την υπέρταση. Τέτοια έλλειψη μπορεί να οδηγήσει σε οξύ καρδιακό πρόβλημα.

Εδώ και μερικά χρόνια, οι βιομηχανίες ξεκίνησαν την παραγωγή αεριούχων που περιέχουν υψηλές δόσεις καφεΐνης ή άλλων συνθετικών διεργετικών παραγόντων. Η διαφήμιση λανσάρει τα ποτά αυτά ως κατάλληλα για την ενίσχυση της ενέργειας, προσκαλώντας κυρίως τους νέους να τα καταναλώνουν άφοβα. Παράλληλα, η μόδα καθιερώνει το συνδυασμό τους με αλκοόλ. Οι εταιρείες ανταποκρίνονται, λανσάροντας στο εμπόριο «ενεργειακές» μπίρες και κοκτέιλ, με ελκυστικά ονόματα και συσκευασίες (<http://www.stelpas.com/?p=664>).

Ωστόσο, στο πρόσφατο ετήσιο επιστημονικό συνέδριο επειγόντων περιστατικών του Κολεγίου της Νέας Ορλεάνης, εκφράστηκε έντονος προβληματισμός. Εδώ και τρία χρόνια, η Δρ. Ντανιέλ Μακάρθι και οι συνεργάτες της, αναλύουν το σύνολο των τηλεφωνημάτων που δέχεται το κέντρο δηλητηριάσεων του Ιλινόις στο Σικάγο, δίνοντας έμφαση στα επείγοντα περιστατικά που συνδέονται με την κατανάλωση καφεΐνης από πηγές πέραν του καφέ και του τσαγιού, όπως τα διαιτητικά και τα αεριούχα διεργετικά ποτά.

Τα συμπεράσματά τους είναι αναπάντεχα:

- Πάνω από 250 περιπτώσεις σχετίζονταν με απενέργειες λόγω υπερκατανάλωσης καφεΐνης, εκ των οποίων οι 31 έχρηζαν άμεσης νοσοκομειακής περίθαλψης και οι 20 συστηματικής θεραπείας.
- Το εκπληκτικό είναι ότι ο μέσος όρος της ηλικίας των προσβεβλημένων ατόμων δεν ξεπερνούσε τα 21 χρόνια, ενώ αναπάντεχα μεγάλος αριθμός υπήρξε και ο αριθμός των νέων που κατανάλωσε χάπια για εγρήγορση ή διεγερτικά ποτά, σε

συνδυασμό με αλκοόλ ή ναρκωτικά. Η Δρ. Ντανιέλ Μακάρθι προειδοποιεί: «Οι νέοι που παίρνουν καφεΐνη για να έχουν ενέργεια ή να νιώσουν ευφορία, κινδυνεύουν να καταλήξουν στα επείγοντα πολύ πιο εύκολα από ό,τι φαντάζονται».

Όπως όμως και η ίδια τονίζει, η κοινωνία αγνοεί το μέγεθος του κινδύνου. Οι νέοι που περιθάλπονται εξαιτίας πόνων στο στήθος, ταχυπαλμίας ή καρδιακών επεισοδίων, σπάνια ερωτώνται αν έχουν καταναλώσει συμπληρώματα καφεΐνης.

Πράγματι, η παραπάνω έρευνα αποκάλυψε, πως το 68% των επειγόντων περιστατικών οφείλονται σε κατάχρηση καφεΐνης, ενώ μόλις το 32% οφείλεται στο συνδυασμό καφεΐνης και άλλων παραγόντων, όπως φάρμακα, αλκοόλ ή ναρκωτικά.

Σύμφωνα με το άρθρο του περιοδικού The Lancet, τον Δεκέμβριο του 2000, η κυβέρνηση της Ιρλανδίας διέταξε επείγουσα έρευνα των συνεπειών των διεργετικών ποτών, ύστερα από τον ακαριαίο θάνατο ενός 18χρονου την ώρα που έπαιζε μπάσκετ, αφού προηγουμένως είχε καταναλώσει τρία μπουκάλια γνωστού ενεργειακού ποτού.

Ο μεγάλος μύθος που υπάρχει για τα ενεργειακά ποτά, είναι ότι αυτά απευθύνονται μεταξύ άλλων σε νέους που αθλούνται, για να αποκαθιστούν τους ηλεκτρολύτες (μέταλλα) που χάνονται κατά την έντονη άσκηση. Στην ουσία όμως, πρόκειται όπως αναφέραμε για μεγάλο μύθο.

Πρώτον, τα αεριούχα ποτά διεγερτικά ή μη είναι διουρητικά. Αυτό σημαίνει ότι ενισχύουν την αφαίρεση υγρών από τον οργανισμό, οδηγώντας σε μεγαλύτερη αφυδάτωση. Δεύτερον, η έντονη σωματική δραστηριότητα δεν οδηγεί αναγκαστικά το σώμα στην απώλεια ηλεκτρολυτών, αλλά κυρίως στην αφαίρεση υγρών. Εάν ωστόσο, η εφίδρωση είναι έντονη, οι χαμένοι ηλεκτρολύτες μπορούν εύκολα να αποκατασταθούν, αν πει κανείς απλό μεταλλικό νερό και καταναλώνει τροφές πλούσιες σε μέταλλα.

Τέλος, πίνοντας αεριούχα ποτά με προσθήκη ζάχαρης, όντας αφυδατωμένοι, ύστερα από άσκηση για παράδειγμα, συγκεντρώνεται στο στομάχι μεγάλη ποσότητα αίματος για να επιτευχθεί η χώνεψη. Αυτό, μπορεί να μειώσει το ρυθμό ροής του αίματος σε άλλα σημεία του σώματος, αφήνοντάς τα εκτεθειμένα σε κράμπες και καρδιακά επεισόδια (<http://vegan.thisblueplanet.net/forum/index.php?topic-975.0>).

2.11. ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Η στεφανιαία νόσος όπως και πολλές άλλες ασθένειες, εμφανίζεται πιο συχνά καθώς περνούν τα χρόνια. Αυτήν τη στιγμή, σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, το 50% των περιπτώσεων εμφράγματος εκδηλώνονται σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών και οι αριθμοί αυτοί αυξάνονται, καθώς αυξάνεται η μέση ηλικία του πληθυσμού. Είναι χαρακτηριστικό, ότι η στεφανιαία νόσος στις ηλικίες κάτω των 55 ετών, είναι πολύ πιο συχνή στους άνδρες απ' όσο στις γυναίκες. Αυτό οφείλεται στο ότι πριν από την εμμηνόπαυση (την περίοδο της ζωής κατά την οποία οι γυναίκες παύουν να έχουν έμμηνο ρύση), οι γυναίκες σπανίως παθαίνουν έμφραγμα. Μετά την εμμηνόπαυση, η στεφανιαία νόσος γίνεται πιο συχνή και σταδιακά η αναλογία των γυναικών που νοσούν εξισώνεται με αυτή των ανδρών, για να εξισωθεί σχεδόν πλήρως στις ηλικίες άνω των 75 ετών.

Ο ακριβής λόγος για τον οποίο οι γυναίκες είναι προστατευμένες από τη στεφανιαία νόσο, πριν από την εμμηνόπαυση, δεν είναι γνωστός με βεβαιότητα. Φαίνεται όμως, ότι σχετίζεται με τις ορμόνες που παύουν να παράγονται όταν σταματήσει η έμμηνος ρύση.

Τώρα πια, που πολλές γυναίκες υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία, ορισμένα στοιχεία δείχνουν, πως οι ορμόνες μπορεί να τις προστατεύουν από το έμφραγμα (http://health.in_grhealth2.htm).

2.12. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Οι γιατροί μιλούν για θετικό οικογενειακό ιστορικό, όταν ένας ή περισσότεροι στενοί συγγενείς (λ.χ γονείς, αδέρφια ή παιδιά), έπασχαν από στεφανιαία νόσο. Αν ο πατέρας μας έπαθε έμφραγμα πριν από τα 60 του ή η μητέρα μας πριν από τα 65 της, αυξάνεται ο δικός μας κίνδυνος για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Αν βεβαίως οι γονείς μας έζησαν έως μια ηλικία, κατά την οποία τα εμφράγματα είναι πολύ συχνά, ο παράγοντας αυτός δεν είναι τόσο σημαντικός. Το ίδιο ισχύει για τα αδέρφια μας, αν και στις πολύ μεγάλες οικογένειες το γεγονός ότι ένα μέλος έπαθε έμφραγμα, μπορεί απλώς να είναι τυχαίο.

Πώς γίνεται να αποτελεί η στεφανιαία νόσος «οικογενειακή υπόθεση»; τμήμα της εξηγήσεως κρύβεται στα γονίδια που κληρονομούμε από τους γονείς μας, τα οποία μας κάνουν πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη υψηλής χοληστερόλης ή αυξημένης αρτηριακής πίεσης ή διαβήτη. Ένα άλλο τμήμα, είναι ότι σε πολλές οικογένειες, όλα τα μέλη ζουν με τον ίδιο τρόπο, όλοι καταναλώνουν τα ίδια τρόφιμα και αν καπνίζουν οι γονείς, συχνά καπνίζουν και τα παιδιά τους.

Αν η στεφανιαία νόσος φαίνεται να καταδυναστεύει την οικογένειά μας, καλό είναι να κάνουμε σε τακτά χρονικά διαστήματα τσεκ – απ στο γιατρό μας, για να είμαστε βέβαιοι ότι δεν θα αναπτύξουμε αυξημένη χοληστερόλη, υπέρταση ή άλλα προβλήματα, τα οποία μπορούν να αντιμετωπισθούν, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος που διατρέχουμε (<http://health.in.gr/health2.htm>).

2.13. ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗ ΡΥΠΑΝΣΗ

Τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών ερευνών της τελευταίας δεκαετίας, έχουν τεκμηριώσει την ύπαρξη δυσμενών επιδράσεων των σημερινών επιπέδων ατμοσφαιρικής ρύπανσης στην υγεία.

Παρουσιάζουμε αποτελέσματα από το πολυκεντρικό ευρωπαϊκό πρόγραμμα APHEA, που βασίστηκε σε υλικό από τριάντα ευρωπαϊκές χώρες και διερεύνησε τις βραχυχρόνιες επιδράσεις της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στην υγεία. Τα αποτελέσματα του APHEA έδειξαν, ότι η αύξηση των επιπέδων των αιωρούμενων σωματιδίων, σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με αύξηση στην καρδιαγγειακή κατά 0,8%. Οι εισαγωγές από καρδιακά νοσήματα αυξάνονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό κατά 0,5% για όλες τις ηλικίες και κατά 0,8% για τους άνω των 65 ετών. Το μέγεθος των επιδράσεων μεταβάλλεται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των πόλεων ή των περιοχών, τις οποίες αφορούν. Έτσι, τα σωματίδια έχουν μεγαλύτερες επιδράσεις στη θνησιμότητα, όταν προέρχονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα οχήματα και στις θερμότερες περιοχές.

Λίγες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για τη διερεύνηση των μακροχρόνιων επιδράσεων της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στην υγεία. Τα αποτελέσματά τους επιβεβαιώνουν, ότι η μακροχρόνια έκθεση στη σωματιδιακή ατμοσφαιρική ρύπανση, οδηγεί σε αυξημένη θνησιμότητα και

μετρήσιμη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης. Αν γίνουν αποδεκτά αυτά τα αποτελέσματα, έχουν σημαντική επίδραση στις αποφάσεις του προβλήματος.

Τέλος, όπως προκύπτει από τον υπολογισμό των περιστατικών που αποδίδονται στην έκθεση μικροσωματιδίων, η σωματιδιακή ατμοσφαιρική ρύπανση σήμερα είναι ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας (Κατσουγιάννη, Κ., Σαμόλη, Ε.).

2.14. ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Είναι ευρέως γνωστό, ότι οι διατροφικές συνήθειες παίζουν σημαντικότατο ρόλο στη διατήρηση της καλής υγείας της καρδιάς.

Χιλιάδες ζωές χάνονται κάθε χρόνο από καρδιοπάθειες και γι' αυτό φέρουν ευθύνη αρκετοί παθογόνοι παράγοντες. Δυστυχώς, κάποιους από αυτούς τους παράγοντες, όπως τα γονίδια και το φύλο δε μπορεί ανθρώπινο χέρι να τους σταματήσει!!! Παρόλα αυτά, η διαιτητική παρέμβαση θεωρείται καθοριστική, τόσο για την πρόληψη όσο και τη θεραπεία των καρδιακών παθήσεων.

Στη συνέχεια, θα αναφέρουμε τροφές κλειδιά που ωφελούν αλλά και που φθείρουν τις αρτηρίες μας!!!!

ΩΦΕΛΙΜΕΣ ΤΡΟΦΕΣ

- **Φρούτα και λαχανικά:** Η κατανάλωση άφθονων φρούτων (μήλα, πορτοκάλια, γκρεϊπ-φρουτ) και λαχανικών (πιπεριές, μπρόκολα, σπανάκι, ντομάτα, καρότο), ελαχιστοποιεί τις πιθανότητες να εμφανίσουμε καρδιακή ανακοπή ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Η πιο πιθανή εξήγηση γι' αυτό, σύμφωνα με τους επιστήμονες, είναι πως οι αντιοξειδωτικές ουσίες (κυρίως βιταμίνη C και β-καροτένιο) που περιέχονται στα φρούτα και στα λαχανικά, βοηθούν τις αρτηρίες να διατηρούνται υγιείς και καθαρές.
- **Ψωμί ολικής αλέσεως και δημητριακά:** Πηγή αμύλου και φυτικών ινών, που βοηθούν την καλή λειτουργία του οργανισμού.

- **Ψάρια:** Οι ευεργετικές ιδιότητες του ψαριού είναι πολλές (εμποδίζει το σχηματισμό θρόμβων, μειώνει τη στένωση των αιμοφόρων αγγείων, βελτιώνει την κυκλοφορία του αίματος, διαλύει τους θρόμβους, εμποδίζει τη φθορά των κυττάρων από τις ελεύθερες ρίζες, περιορίζει τα τριγλυκερίδια, ανεβάζει την καλή χοληστερόλη, μειώνει την αρτηριακή πίεση) και βοηθά στην πρόληψη ασθενειών. Το κύριο συστατικό που θεραπεύει είναι το ιχθυέλαιο. Καταναλώνουμε λοιπόν άφθονο ψάρι, ιδίως παχιά ψάρια (τσιπούρα, σολομό, τόνο, ρέγκα, σαρδέλες, σκουμπρί, κ.τ.λ), πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα. Γενικά, καλό είναι να καταναλώνουμε ψάρι 3-4 φορές την εβδομάδα.
- **Γάλα, γιαούρτι και τυρί με χαμηλά λιπαρά:** Γαλακτοκομικά προϊόντα με χαμηλά κεκορεσμένα λιπαρά είναι απαραίτητα για τη σωστή ανάπτυξη και συντήρηση των οστών.
- **Ελαιόλαδο και άλλα φυτικά έλαια όπως το ηλιέλαιο, το σογιέλαιο κ.λ.π:** Το ελαιόλαδο συμβάλλει στη μείωση της κακής χοληστερόλης, χωρίς να μεταβάλλει την καλή χοληστερόλη. Επιπλέον, τα μονοακόρεστα λιπαρά του διαθέτουν αντιοξειδωτική δράση, η οποία αποτρέπει τη φθορά που υφίστανται οι αρτηρίες από την κακή LDL χοληστερόλη. Με λίγα λόγια, το ελαιόλαδο (βασικό συστατικό της μεσογειακής διατροφής), αποτελεί πηγή ενέργειας και περιέχει 30-40% θερμιδικό λίπος και τα άτομα που το καταναλώνουν (πάντα βέβαια με μέτρο), εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά στεφανιαίας νόσου (Τσουχτίδη, Α.).
- **Κοτόπουλο:** Όταν καταναλώνεται χωρίς την πέτσα, αποτελεί ιδανική ελαφριά τροφή με χαμηλά κεκορεσμένα λιπαρά.
- **Ξηροί καρποί χωρίς αλάτι:** Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ χιλιάδων ατόμων, διαπιστώθηκε πως οι ξηροί καρποί (αμύγδαλα και καρύδια) αποτελούν βασικό συστατικό της διατροφής, όσων δεν έπασχαν από καρδιακά νοσήματα. Οι ξηροί καρποί είναι πλούσιοι σε φυτικές ίνες και μονοακόρεστα λιπαρά, γνωστά για τη δράση τους ενάντια στις καρδιακές παθήσεις. Επίσης, περιέχουν διάφορες αντιοξειδωτικές ουσίες (βιταμίνη Ε,

- σελήνιο, ελλαγικό οξύ), που προστατεύουν τις αρτηρίες από τη δράση της χοληστερίνης. Βέβαια, λόγω της μεγάλης τους περιεκτικότητας σε λίπος, αν κάποιος προσέχει το βάρος του, θα πρέπει να καταναλώνονται με μέτρο! Μια λογική ποσότητα θεωρούνται τα 30-50 γρ./ημέρα.
- **Σκόρδο:** Το κύριο όπλο του σκόρδου έγκειται μάλλον στη συγκέντρωση των αντιοξειδωτικών ουσιών που περιέχει (τουλάχιστον 15 ουσίες οι οποίες εξουδετερώνουν τους καταστρεπτικούς για τις αρτηρίες παράγοντες). Μελέτες έδειξαν, ότι ακόμα και μισή ωμή σκελίδα σκόρδο τη μέρα, μπορεί να βελτιώσει τη θρομβολυτική δραστηριότητα, η οποία βοηθά στην πρόληψη των καρδιακών προσβολών και των εγκεφαλικών. Επίσης, μόνο δύο ωμές σκελίδες σκόρδου τη μέρα, διατηρούν τη χοληστερίνη των καρδιοπαθών σε χαμηλά επίπεδα.
 - **Κρεμμύδι:** Το ωμό κρεμμύδι αποτελεί μια από τις καλύτερες θεραπείες για την αύξηση της καλής χοληστερόλης. Σύμφωνα με την ιατρική σχολή του Χάρβαρντ, μισό ωμό κρεμμύδι ανεβάζει κατά μέσο όρο 30% την καλή χοληστερόλη στα περισσότερα άτομα με καρδιοπάθεια ή αυξημένη χοληστερόλη.
 - **Κόκκινο κρασί:** Εάν καταναλώνουμε αλκοόλ σε μικρές ποσότητες, μπορούμε να συνεχίσουμε άφοβα να το κάνουμε. Μελέτες έχουν δείξει, ότι 1 ή 2 ποτηράκια την ημέρα, βοηθούν στην αποφυγή των καρδιακών παθήσεων. Μεγαλύτερη ποσότητα θεωρείται επικίνδυνη. Η κατάχρηση βλάπτει σοβαρά τόσο την καρδιά όσο και την υγεία συνολικά. Ορισμένοι πιθανοί λόγοι για τους οποίους το αλκοόλ ωφελεί την καρδιά, είναι ότι ενισχύει την καλή HDL χοληστερόλη, το κρασί έχει (αντιοξειδωτικές ιδιότητες), κυρίως το κόκκινο διαθέτει θρομβολυτική δράση και μειώνει το στρες.

ΜΗ ΩΦΕΛΙΜΕΣ ΤΡΟΦΕΣ

- **Καφές:** Εάν ταλαιπωρούμαστε από αρρυθμίες, καλό θα ήταν να περιορίσουμε την καφεΐνη, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι πρέπει να διακόψουμε την κατανάλωσή της και αυτό γιατί δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς η άποψη, ότι ο καφές ή η καφεΐνη βλάπτουν την καρδιά.
- **Ζωικό λίπος:** Αποφεύγουμε το ζωικό λίπος. Αποτελεί έναν παθογόνο διατροφικό παράγοντα όσον αφορά τις καρδιοπάθειες. Καταστρέφει τις αρτηρίες, αυξάνοντας τη χοληστερόλη του αίματος και ευνοεί το σχηματισμό θρόμβων. Όσο αυξάνονται τα ζωικά λίπη, τόσο αυξάνονται και τα καρδιακά νοσήματα. Ελαττώνουμε λοιπόν την πρόσληψη τροφών ζωικής προέλευσης και τα αντικαθιστούμε με φρούτα – λαχανικά όσπρια και δημητριακά.

Η χοληστερόλη του αίματος επηρεάζεται άμεσα από τη διατροφή μας και κυρίως από τα είδη λιπαρών που καταναλώνουμε. Το πρώτο βήμα για τη διατήρηση της χοληστερόλης σε φυσιολογικά επίπεδα, είναι το ισορροπημένο διαιτολόγιο και ιδιαίτερα η επιλογή των σωστών λιπαρών.

Ποιά είναι όμως τα είδη των λιπαρών; τα λιπαρά χωρίζονται ανάλογα:

Με την προέλευσή τους

- **Φυτικά λιπαρά:** Περιέχονται σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης, όπως ελαιόλαδο, ηλιέλαιο, μαργαρίνες, spreads (μαργαρίνες χαμηλότερης περιεκτικότητας σε λιπαρά) κ.α.
- **Ζωικά λιπαρά:** Περιέχονται σε τρόφιμα ζωικής προέλευσης, όπως βούτυρο, λαρδί, κρέμα γάλακτος, τυριά κ.α.

Με τη σύνθεσή τους

- **Μονοακόρεστα λιπαρά:** Υπάρχουν κυρίως στο ελαιόλαδο και στο αβοκάντο.
- **Πολυακόρεστα λιπαρά:** Βρίσκονται στα φυτικά έλαια, όπως ηλιέλαιο, σογιέλαιο, τις μαργαρίνες, τα λιπαρά ψάρια (κολλιοί, σαρδέλες) και τα λαχανικά.

- **Κεκορεσμένα λιπαρά:** Υπάρχουν κυρίως σε τρόφιμα ζωικής προέλευσης, όπως στο βούτυρο, το λαρδί, το μπέικον, την κρέμα γάλακτος, τα τυριά (<http://www.rodostoday.gr/cms/content/view/1182/1/>).

Από τα λιπαρά που χωρίζονται ανάλογα με τη σύνθεσή τους, εμείς πρέπει να προτιμούμε περισσότερο για τη διατροφή μας τα μονοακόρεστα και τα πολυακόρεστα. Αυτό συμβαίνει, γιατί αυτές οι δύο κατηγορίες λιπαρών βοηθούν στον έλεγχο της χοληστερόλης. Επιπλέον, μια διατροφή πλούσια σε πολυακόρεστα, βοηθάει στην ελάττωση των τιμών της ολικής και της LDL «κακής» χοληστερόλης στο αίμα. Με τον τρόπο αυτό, αποφεύγεται ο σχηματισμός αθηρωματικής πλάκας στις αρτηρίες. Έτσι, οι αρτηρίες δεν κινδυνεύουν από στένωση, το αίμα κυκλοφορεί ομαλά και ο κίνδυνος για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου απομακρύνεται. Τα πολυακόρεστα λιπαρά ονομάζονται Απαραίτητα Λιπαρά Οξέα, γιατί είναι αναγκαία για την ομαλή λειτουργία του οργανισμού και επειδή δεν μπορεί να τα συνθέσει ο ίδιος, πρέπει να λαμβάνονται με τη διατροφή. Ακόμη, υπάρχουν δύο ειδών πολυακόρεστων λιπαρών, τα οποία λαμβάνονται μέσα από διάφορες πηγές διατροφής:

- **Το λινολεϊκό οξύ (ω-6):** Το οποίο περιέχεται στο ηλιέλαιο, το καλαμποκέλαιο, το καρδαμέλαιο και τις μαργαρίνες που φτιάχνονται από τα αντίστοιχα έλαια.
- **Το λινολεϊκό οξύ (ω-3):** Το οποίο περιέχεται στα πράσινα λαχανικά και στα λιπαρά ψάρια.

Συνίσταται το 4-8% της ενέργειας να προέρχεται από (ω-6) πολυακόρεστα λιπαρά και 2γρ. λινολεϊκού οξέως και τουλάχιστον 200mg από (ω-3) λιπαρά οξέα, που βρίσκονται κυρίως στα θαλασσινά, σε ορισμένα λαχανικά και στους ξηρούς καρπούς.

Από την άλλη, η κατανάλωση μονοακόρεστων λιπαρών, τα οποία δεν αυξάνουν την ολική χοληστερόλη του αίματος, συμβάλλει επίσης στην πρόληψη των καρδιακών παθήσεων.

Οι λόγοι που μας ωθούν να προτιμούμε τα μονοακόρεστα - πολυακόρεστα λιπαρά στη διατροφή μας και να αποφεύγουμε τα κεκορεσμένα, είναι γιατί τα κεκορεσμένα, α) αυξάνουν την LDL «κακή» χοληστερόλη και ευνοούν το σχηματισμό αθηρωματικής πλάκας στις αρτηρίες (αθηροσκλήρωση) και β) η λήψη κεκορεσμένων λιπαρών, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες

κινδύνου, όπως η παχυσαρκία, το κάπνισμα, το αλκοόλ και το άγχος, μπορεί να οδηγήσουν στη στεφανιαία νόσο.

Καταγράφοντας λοιπόν όλα τα παραπάνω, διαπιστώνουμε ότι τα λιπαρά, εφόσον τρώμε τα κατάλληλα, δηλαδή μονοακόρεστα και πολυακόρεστα, εκτός από την ευεργετική επίδρασή τους στον έλεγχο της χοληστερόλης, είναι απαραίτητα για την υγεία και την ευεξία μας, γιατί:

- Αποτελούν σημαντική πηγή ενέργειας, ειδικά για τους νέους και τα άτομα που έχουν έντονη σωματική δραστηριότητα
- Είναι πηγή των λιποδιαλυτών βιταμινών A, D, E, K και βοηθούν στην απορρόφησή τους από τον οργανισμό
- Βοηθούν στην ανανέωση των κυττάρων και βελτιώνουν την όραση
- Είναι βασικά συστατικά κάθε κυττάρου στο σώμα μας
- Πολλές τροφές θα ήταν άνοστες χωρίς τα λιπαρά, τα οποία έχουν την ιδιότητα να βελτιώνουν τη γεύση.

Έχουμε όλοι καταλάβει, τη σπουδαιότητα των λιπαρών αυτών στη διατροφή μας. Εύλογο όμως είναι να αναρωτηθούμε όλοι, σχετικά με την ποσότητα των συγκεκριμένων λιπαρών που θα πρέπει να καταναλώνουμε καθημερινά, αλλά αν υπάρχει και η περίπτωση, να υπάρχουν «φανερά» και «κρυμμένα» λιπαρά τα οποία μπορεί να μας «παραπλανήσουν» (λόγω ελλιπής ενημέρωσης), έχοντας σαν τελικό αποτέλεσμα την κατανάλωσή τους.

Θα ξεκινήσουμε με την απάντηση στο πρώτο ερώτημα, λέγοντας ότι η ποσότητα των λιπαρών που ενδείκνυται να καταναλώνουμε, εξαρτάται από τον τρόπο ζωής, την ηλικία, το φύλο και κυρίως τη σωματική άσκηση. Σ' ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο, για άτομα με περιορισμένη σωματική δραστηριότητα (καθιστική ζωή), τα λιπαρά πρέπει να καλύπτουν το 30% των θερμίδων. Τα άτομα τώρα με έντονη σωματική δραστηριότητα, χρειάζονται περισσότερη ενέργεια, άρα μεγαλύτερο ποσοστό λιπαρών (35% των θερμίδων). Επίσης, τα κεκορεσμένα λιπαρά θα πρέπει να αντικατασταθούν στο μεγαλύτερο μέρος τους, από πολυακόρεστα και μονοακόρεστα λιπαρά.

Όσον αφορά τα «φανερά» και «κρυμμένα» λιπαρά, θα αναφέρουμε ότι για να είμαστε βέβαιοι ότι επιλέγουμε τα σωστά τρόφιμα που θα μας βοηθήσουν στον έλεγχο της χοληστερόλης μας, θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί με τα «κρυμμένα» κεκορεσμένα λιπαρά, που αν τα γνωρίζαμε θα

τα αποφεύγαμε, όπως το βούτυρο, η ζωική κρέμα γάλακτος κ.α. Αντίθετα, στα τρόφιμα που φτιάχνουμε οι ίδιοι, γνωρίζουμε πολύ καλά ποια λιπαρά χρησιμοποιούμε, όπως ελαιόλαδο, ηλιέλαιο, αραβοσιτέλαιο, μαργαρίνη και σε τι ποσότητα. Γι' αυτό και μπορούμε να τα ονομάσουμε «φανερά» λιπαρά.

Λίγο πιο πάνω, αναφέραμε ότι η ποσότητα των λιπαρών που πρέπει να καταναλώνουμε καθημερινά εξαρτάται από διάφορους παράγοντες και μέσα σε αυτούς είναι και η ηλικία. Εφόσον, τα λιπαρά είναι η βασική πηγή ενέργειας και είναι απαραίτητα για την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών Α, D, Ε, Κ, πρέπει να περιέχονται στη διατροφή όλων των ηλικιών για διαφορετικούς λόγους στην κάθε περίπτωση (Renand, S., 2001).

Αρχικά, στην παιδική ηλικία, η άποψη ότι τα παιδιά πρέπει να αρχίζουν διατροφή με χαμηλά λιπαρά νωρίς και ότι τα λιπαρά βλάπτουν, είναι λανθασμένη. Αντίθετα, σε αυτή την περίοδο της γρήγορης ανάπτυξης, τα παιδιά χρειάζονται αρκετή ενέργεια από τροφές που περιέχουν όλα τα μονοακόρεστα και τα απαραίτητα πολυακόρεστα λιπαρά. Περνώντας στην εφηβεία παρατηρούμε, ότι προτείνεται μια υγιεινή διατροφή, που θα προσφέρει την απαιτούμενη ενέργεια για ανάπτυξη και σωματική άσκηση, με κυρίως μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, αποφεύγοντας την αύξηση της χοληστερόλης. Γιατί η συγκέντρωση χοληστερόλης μπορεί να αρχίζει και πριν την εφηβεία. Καταλήγουμε με τους ενήλικες, στους οποίους τα πολυακόρεστα λιπαρά είναι βασικός σύμμαχος στην πρόληψη στεφανιαίας νόσου, για την οποία υπάρχει μεγάλος κίνδυνος σε αυτή την ηλικία. Ακόμη, τα λιπαρά είναι απαραίτητα στους ενήλικες, γιατί χάρη σε αυτά ο οργανισμός παίρνει τις απαραίτητες λιποδιαλυτές βιταμίνες Α, D, Ε, Κ, που είναι σημαντικές σε διάφορες λειτουργίες του οργανισμού, όπως την καλή όραση, την καθυστέρηση του φαινομένου της γήρανσης κτλ.

Τέλος, αξίζει να προσθέσουμε εδώ κάτι και για την εγκυμοσύνη, αφού είναι η πιο σημαντική και συνάμα πιο προσεκτική περίοδος για κάθε γυναίκα. Μπορούμε να πούμε λοιπόν, ότι η κατανάλωση πλούσιων πηγών πολυακόρεστων λιπαρών, γίνεται ένας σημαντικός παράγοντας διατροφής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού, τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβryo και το νεογέννητο.

Σαν κατακλείδα όλων αυτών που αφορούν τη σωστή διατροφή μας και που όλοι οι άνθρωποι γνωρίζουν, ανεξάρτητα αν κάποιος προβαίνουν στην πράξη αυτή κάθε αυτή ή όχι, είναι το πρωινό στο διαιτολόγιό μας.

Το πρωινό είναι το πρώτο βήμα για μια υγιεινή διατροφή, γιατί εξασφαλίζει καλή φυσική κατάσταση και πνευματική απόδοση. Λέγοντας σωστό πρωινό, εννοούμε να είναι πλούσιο σε:

- Ασβέστιο, το οποίο προσφέρει το γάλα
- Υδατάνθρακες, ίνες και πολυακόρεστα λιπαρά, δηλαδή ότι προσφέρουν οι φέτες ψωμιού ολικής αλέσεως αλειμμένες με μαργαρίνη, το μέλι και τα δημητριακά
- Βιταμίνες, οι οποίες περιέχονται στα φρούτα και τους χυμούς
- Πρωτεΐνες που περιέχονται στα αυγά.

Όταν παραλείπουμε το πρωινό ή το περιορίζουμε σε έναν καφέ ή ένα φρουτοχυμό, ο οργανισμός μας ξεκινάει με «αφόρτιστες μπαταρίες», με αποτέλεσμα γρήγορα να κουραζόμαστε και να χάνουμε την απόδοσή μας. Παράλληλα, για να καλύψουμε το αίσθημα της πείνας μέσα στην ημέρα, καταφεύγουμε σε τρόφιμα ανθυγιεινά, που παχαίνουν και αυξάνουν τη χοληστερόλη. Γι' αυτό, καλό είναι να μην παραλείπουμε να παίρνουμε καθημερινά ένα πλήρες και ισορροπημένο πρωινό. Εξάλλου, οι καύσεις του οργανισμού το πρωί είναι αυξημένες, επομένως, το πρωινό δε μετατρέπεται σε πρόσθετο βάρος. Να θυμόμαστε ότι το πρωινό στους ενήλικες, πρέπει να καλύπτει το 1/3 των αναγκών τους σε θερμίδες. Πλήρες και πλούσιο πρωινό μας χαρίζει δύναμη, ενεργητικότητα και αποδοτικότητα στη καθημερινότητά μας.

Συνοψίζοντας από όλα τα παραπάνω, αυτό που πρέπει να κάνουμε είναι να υιοθετήσουμε όλοι τη σωστή και εν δυνάμει τη μεσογειακή διατροφή στη ζωή μας. Δηλαδή να καταναλώνουμε:

- Άφθονα λιπαρά ψάρια (2-3 φορές την εβδομάδα),
- Άφθονα φρούτα και λαχανικά,
- Άφθονο σκόρδο και κρεμμύδι,
- Ελαιόλαδο ως μοναδική πηγή λίπους,
- Αλκοόλ με μέτρο (κυρίως κόκκινο κρασί),
- Μικρές ποσότητες καφέ,

- Όσο το δυνατόν λιγότερα ζωικά λίπη (παχιά κρέατα και πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα),
- Μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λιπαρά (Καζαμίας, Μ., 2004).

Τα μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λιπαρά και η σωστή ποσότητα αυτών, είναι απαραίτητο εφόδιο για καλή υγεία και ευεξία και πρέπει να υπάρχει σε όλες τις ηλικίες. Είναι επίσης πολύ σημαντικό να μη ξεχνάμε, ότι ένα καλό και πλούσιο πρωινό, εξασφαλίζει καλή φυσική κατάσταση, αυξημένη απόδοση και συνεπώς καλή υγεία.

Γιατί η σωστή διατροφή, μπορεί να αποτρέψει την περαιτέρω φθορά των αρτηριών, αποσοβώντας τον κίνδυνο καρδιακών, εγκεφαλικών ή άλλων θανατηφόρων επεισοδίων στο μέλλον!!

2.15. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ HEARTSCORE GREECE

Στην Ευρωπαϊκή πρωτοπορία, σε ότι αφορά την πρόληψη και την αποκατάσταση καρδιαγγειακών νοσημάτων, μπαίνει η χώρα μας. Με την εφαρμογή ενός φιλόδοξου προγράμματος στον πληθυσμό μας, οι Έλληνες καρδιολόγοι θα μπορούν να αξιολογούν σύντομα, με πολύ μεγάλη ακρίβεια, τον κίνδυνο που έχουν οι ασθενείς τους να εμφανίσουν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα μέσα στην επόμενη δεκαετία.

Πρόκειται για το πρόγραμμα Heartscore Greece, το οποίο επιμελήθηκε η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρία σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρία. Με το νέο πρόγραμμα οι ειδικοί εκτιμούν, ότι θα σκιαγραφηθεί με ακρίβεια το προφίλ του Έλληνα υποψήφιου καρδιοπαθούς, βελτιώνοντας έτσι την πρόληψη και την αντιμετώπιση των καρδιακών νοσημάτων στην Ελλάδα.

Το μεγάλο πλεονέκτημα του φιλόδοξου αυτού προγράμματος, είναι ότι αξιολογεί και εστιάζει στους παράγοντες κινδύνου που αφορούν τον ελληνικό πληθυσμό, παράγοντες που σε πολλές περιπτώσεις διαφοροποιούνται από αυτούς άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Συντονιστές του προγράμματος στην Ελλάδα είναι ο Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας κ. Ιωάννης Λεκάκης και ο κ. Αθανάσιος Πιπίλης, ενώ τις σχετικές επιδημιολογικές μελέτες διεξήγαγε ο Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας κ. Χρήστος Πίτσαβος και

την ανάπτυξη του προγράμματος επιμελήθηκε ο Βιοστατιστικός - Επιδημιολόγος κ. Δημήτριος Παναγιωτάκος.

Το εντυπωσιακό αυτό πρόγραμμα παρουσίασε σε συνέντευξη τύπου στις 10 Μαΐου το 2006 ο Καθηγητής Καρδιολογίας κ. Δ. Κρεμαστινός, ο πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρίας κ. Χ. Μπουντούλας, οι Αναπληρωτές Καθηγητές Καρδιολογίας κ. Χ. Πίτσαβος και Ι. Λεκάκης και ο Υποδιευθυντής του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου κ. Σ. Αδαμόπουλος.

Στο εν λόγω πρόγραμμα, ο ιατρός θα εισάγει κάποια στοιχεία από τον ασθενή, ηλικία, φύλο, καπνιστική συνήθεια, αρτηριακή πίεση και τιμή χοληστερόλης. Με αυτόν τον τρόπο, υπολογίζεται ο κίνδυνος που έχει ο ασθενής να υποστεί θανατηφόρο καρδιαγγειακό επεισόδιο τα επόμενα χρόνια. Επίσης, υπολογίζεται η σχετική επιβάρυνση κάθε παράγοντα κινδύνου στο συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο, γίνεται πρόβλεψη του κινδύνου για τον ασθενή, εάν τροποποιήσει τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, (δηλ. κάπνισμα, χοληστερόλη, πίεση). Ο γιατρός μπορεί να δώσει συμβουλές με βάση το ατομικό προφίλ του ασθενή. Σε επόμενες επισκέψεις, ο γιατρός μπορεί να εισάγει τα νέα στοιχεία του ασθενή του και με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα της παρακολούθησης του συνολικού κινδύνου που διατρέχει, αλλά και της μεταβολής των επιμέρους παραγόντων κινδύνου.

Ο υπολογισμός κινδύνου με βάση το SCORE έχει κάποια χαρακτηριστικά:

- Οι πίνακες πρέπει να χρησιμοποιούνται με βάση τις γνώσεις και την κρίση του γιατρού, ιδιαίτερα σε σχέση με τις τοπικές συνθήκες.
- Όπως συμβαίνει σε όλα τα συστήματα υπολογισμού κινδύνου, ο κίνδυνος υπερεκτιμάται σε χώρες με μειούμενη καρδιαγγειακή θνητότητα και υποεκτιμάται σε εκείνες με αυξανόμενη θνητότητα.
- Σε οποιαδήποτε ηλικία ο κίνδυνος φαίνεται μικρότερος στις γυναίκες από τους άντρες. Αυτό είναι παραπλανητικό, καθώς τελικά περισσότερες γυναίκες παρά άνδρες πεθαίνουν από καρδιαγγειακή νόσο. Παρατήρηση των πινάκων δείχνει ότι ο κίνδυνός τους καθυστερεί κατά 10 έτη.

Ο κίνδυνος είναι υψηλότερος από αυτόν που υπολογίζουν οι πίνακες στις εξής περιπτώσεις:

- Μη ασκούμενα και υπέρβαρα άτομα ιδιαίτερα με κοιλιακή παχυσαρκία
- Άτομα με ισχυρή οικογενειακή προδιάθεση πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου
- Οι κοινωνικά απομονωμένοι
- Άτομα με διαβήτη (5πλάσιος κίνδυνος στις γυναίκες, 3πλάσιος στους άνδρες με διαβήτη σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς)
- Άτομα με χαμηλές τιμές HDL χοληστερόλης ή με υψηλές τιμές τριγλυκεριδίων
- Ασυμπτωματικά άτομα με υποκλινική ένδειξη αθηροσκλήρυνσης, όπως μειωμένος δείκτης σφυρών – βραχίονος, ή απεικόνιση αθηρωμάτωσης σε υπερήχους καρωτίδων ή CT (<http://health.ana-mpa.gr/view1.php?id=1852>).

3. ΜΕΘΟΔΟΣ

Με βάση τις συνθήκες της έρευνας (η οποία πρόκειται για περιγραφική εφόσον μέσα από την περιγραφή γεγονότων και τη διερεύνηση θα υπάρξουν αποτελέσματα) και δεδομένου του θέματος που επιλέχθηκε να διερευνηθεί, αποφασίστηκε να οριστεί το ερωτηματολόγιο, ως μέθοδο για τη διεκπεραίωση της έρευνας.

Πρόκειται για μία ποσοτική μέθοδο, τα δεδομένα της οποίας είναι ποσοτικά, καθώς η ερμηνεία και τα συμπεράσματά της στηρίζονται σε ποσοστά.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι το ερωτηματολόγιο, ίσως είναι ο αμεσότερος τρόπος εξασφάλισης πληροφοριών για την ψυχολογική ανάπτυξη μέσω των απαντήσεων των ανθρώπων σχετικά με τον εαυτό τους και επιπλέον η έρευνα που παρέχει ερωτηματολόγιο, προσπαθεί να συσχετίσει τις κοινωνιολογικές με τις ψυχολογικές μεταβλητές (Cole, M., Cole, S., 2002).

4. ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ

Επόμενο βήμα μετά τη μεθοδολογία είναι να γίνει ο ορισμός του δείγματος. Συνεπώς, ο πληθυσμός που πλαισιώνει την έρευνα είναι όλοι οι άνθρωποι τους οποίους συναντούμε μέσα από την καθημερινή μας επαφή με τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένου και των ανθρώπων που παρευρίσκονται στον επαγγελματικό μας χώρο (χώρος νοσοκομείου).

Κοινό χαρακτηριστικό του πληθυσμού αυτού, είναι ότι πρόκειται για άτομα που κατοικούν στην Αθήνα και συγκεκριμένα στην Αττική.

Το δείγμα της έρευνας θα είναι συμπτωματικό και τυχαίο. Συμπτωματικό θα είναι γιατί θα συμπεριλαμβάνονται άνθρωποι από το χώρο του νοσοκομείου που πραγματοποιήθηκε η πρακτική μας άσκηση. Τυχαίο θα είναι διότι θα επιλέχθηκαν και επιπλέον νοσοκομεία αλλά και γενικότερα άνθρωποι από διάφορες περιοχές της Αττικής.

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

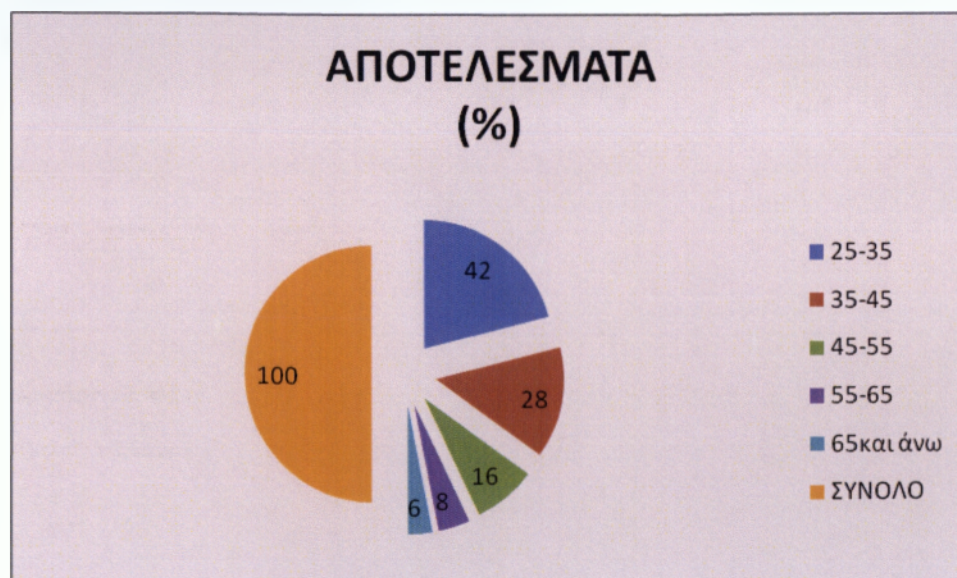
Πραγματοποιήθηκε χρήση ενός ερωτηματολογίου και δόθηκε τυχαία σε εκατό ανθρώπους να συμπληρωθεί. Από την έρευνα που έγινε, προέκυψαν τα αποτελέσματα που θα αναλυθούν και θα απεικονιστούν παρακάτω.

Ερώτηση 1

Πίνακας 5.1.: Ηλικίες των ερωτηθέντων

ΗΛΙΚΙΕΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
25-35	42	42%
35-45	28	28%
45-55	16	16%
55-65	08	8%
65 και άνω	06	6%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Πηγή: Ίδια έρευνα



Γράφημα 5.1.: Ηλικίες των ερωτηθέντων

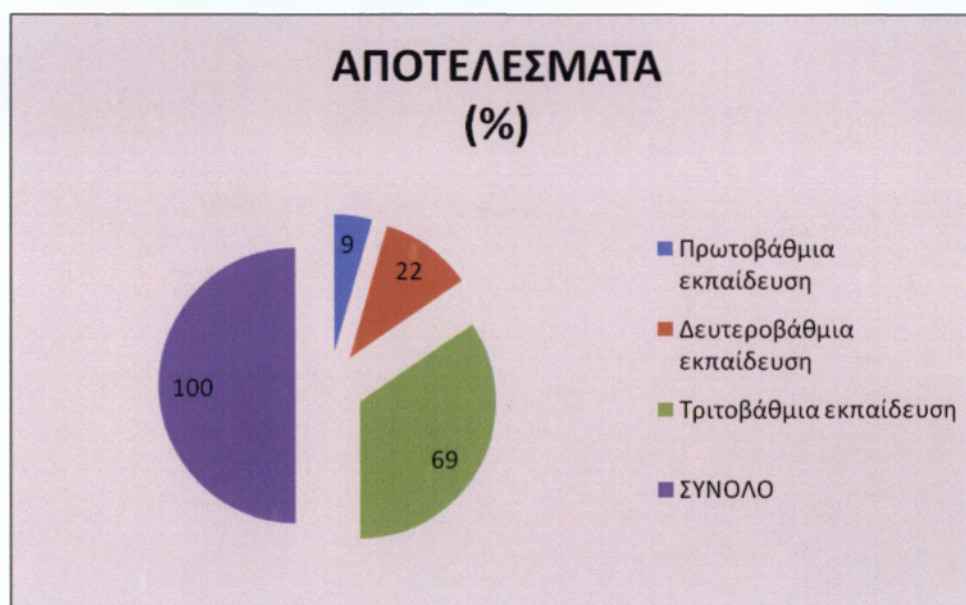
Τα περισσότερα άτομα, που αποτελούν το 42%, κυμαίνονται ηλικιακά από (25-35) ετών, το 28% των ερωτηθέντων κυμαίνονται ηλικιακά από (35-45) ετών, έπειτα ακολουθεί με ποσοστό 16% που βρίσκεται σε ηλικία μεταξύ (45-55) ετών. Συνεχίζουμε με το 8% των ερωτηθέντων, είναι τα άτομα που ανήκουν στην ηλικία (55-65) ετών και ολοκληρώνουμε με το 6% του πληθυσμού που είναι μεγαλύτερα από εξήντα πέντε ετών.

Ερώτηση 2

Πίνακας 5.2.: Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	09	9%
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	22	22%
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	69	69%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Πηγή: Ίδια έρευνα



Γράφημα 5.2.: Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων

Στο σύνολο των εκατό ατόμων που απάντησαν όσον αφορά την ερώτηση για το μορφωτικό επίπεδο, οι περισσότεροι άνθρωποι που πήραν

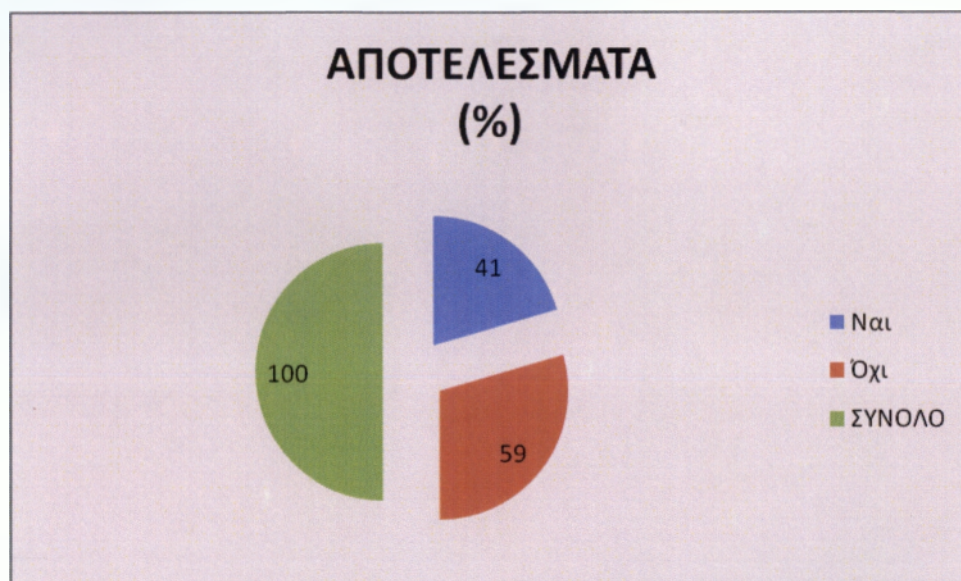
μέρος στην έρευνά μας, με ποσοστό 69%, είναι οι απόφοιτοι της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Ακολουθούν με ποσοστό 22% οι απόφοιτοι της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και τέλος το 9% απαρτίζεται από τους απόφοιτους της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Ερώτηση 3

Πίνακας 5.3.: Οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	41	41%
Όχι	59	59%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Πηγή: Ίδια έρευνα



Γράφημα 5.3.: Οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου

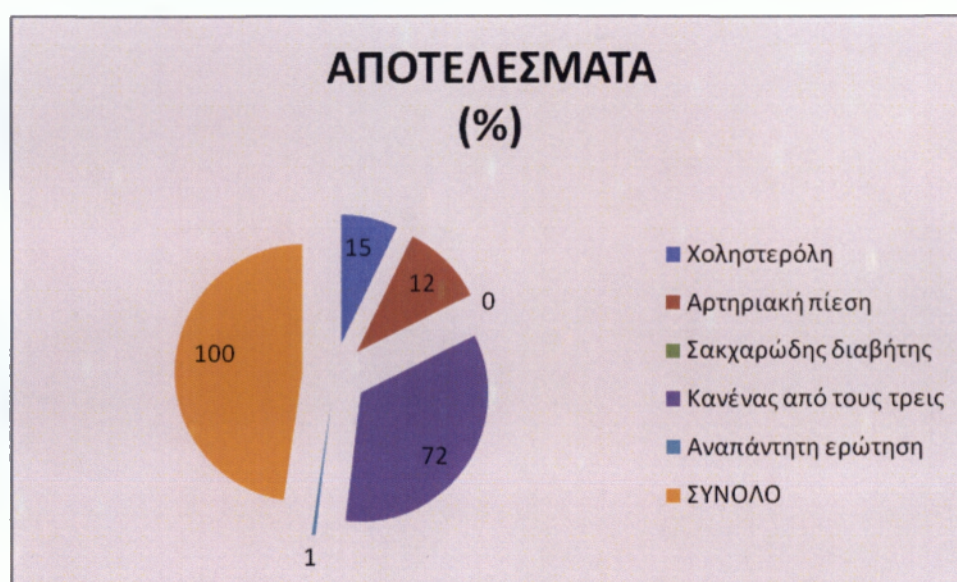
Στην ερώτηση για το αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, το 41% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα έδωσαν θετική απάντηση, σε αντίθεση με το 59% του πληθυσμού που μας ανέφεραν ότι στην οικογένειά τους δεν παρουσιάζεται άτομο που έχει προσβληθεί από κάποιο καρδιακό νόσημα.

Ερώτηση 4

Πίνακας 5.4.: Παράγοντες από τους οποίους πάσχουν οι ερωτηθέντες

ΠΑΣΧΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Χοληστερόλη	15	15%
Αρτηριακή πίεση	12	12%
Σακχαρώδης διαβήτης	00	0%
Κανένας από τους τρεις	72	72%
Αναπάντητη ερώτηση	01	1%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Πηγή: Ίδια έρευνα



Γράφημα 5.4.: Παράγοντες από τους οποίους πάσχουν οι ερωτηθέντες

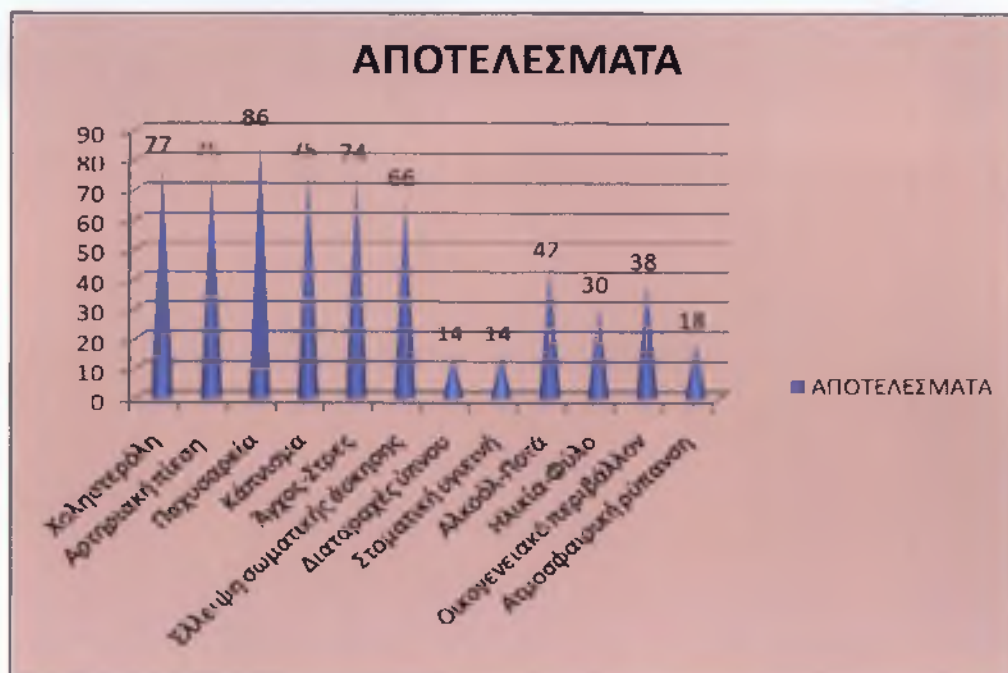
Ρωτώντας τα άτομα αν πάσχουν ή όχι από τους τρεις αναφερθέντες παράγοντες (χοληστερόλη, αρτηριακή πίεση και σακχαρώδης διαβήτης), η πλειοψηφία των ανθρώπων που καλύπτει σε ποσοστό το 72% δεν πάσχει από κανέναν παράγοντα, το 15% πάσχει από χοληστερόλη και μόλις το 12% νοσεί από αρτηριακή πίεση. Δε βρέθηκε στην έρευνά μας να πάσχει κάποιος από σακχαρώδη διαβήτη (0%), ενώ υπάρχει και ένα άτομο που δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση και καλύπτει το 1% του δείγματός μας.

Ερώτηση 5

Πίνακας 5.5.: Παράγοντες που κατά τη γνώμη των ερωτηθέντων οδηγούν σε καρδιακές παθήσεις

ΠΑΣΧΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Χοληστερόλη	77
Αρτηριακή πίεση	75
Παχυσαρκία	86
Κάπνισμα	75
Άγχος-Στρες	74
Έλλειψη σωματικής άσκησης	66
Διαταραχές ύπνου	14
Στοματική υγιεινή	14
Αλκοόλ-Ποτά	42
Ηλικία-Φύλο	30
Οικογενειακό περιβάλλον	38
Ατμοσφαιρική ρύπανση	18
ΣΥΝΟΛΟ	-

Πηγή: Ίδια έρευνα



Γράφημα 5.5.: Παράγοντες που κατά τη γνώμη των ερωτηθέντων οδηγούν σε καρδιακές παθήσεις

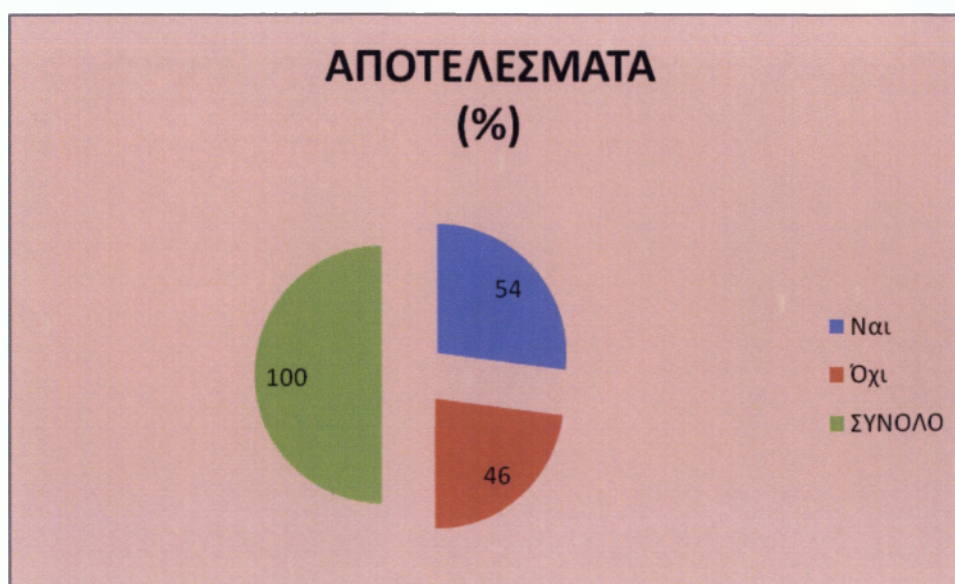
Όσον αφορά τους παράγοντες που οι ίδιοι πιστεύουν πως αυξάνεται ο κίνδυνος να οδηγηθούμε σε καρδιακές παθήσεις, το 86% των ατόμων από τα εκατό της έρευνας, επέλεξαν την παχυσαρκία, το 77% από αυτά επέλεξαν τη χοληστερόλη, ακολουθεί το 75% με τα άτομα που επέλεξαν την αρτηριακή πίεση και το κάπνισμα, έπειτα το 74% που επέλεξε τον παράγοντα άγχος-στρες. Το 66% του πληθυσμού ανέφερε την έλλειψη σωματικής άσκησης, το 42% των ατόμων επισήμανε το αλκοόλ-ποτά, το 38% επέλεξε το οικογενειακό περιβάλλον. Το 30% των ερωτηθέντων σημείωσε ως απάντηση την ηλικία-φύλο και το 18% την ατμοσφαιρική ρύπανση. Ολοκληρώνουμε με τη στοματική υγιεινή και τις διαταραχές του ύπνου, που επιλέχθηκαν από το μόλις 14% των συμμετεχόντων σαν παράγοντες κινδύνου των καρδιακών νοσημάτων.

Ερώτηση 6

Πίνακας 5.6.: Πόσοι από τους ερωτηθέντες είναι καπνιστές

ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ/ΣΤΡΙΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	54	54%
Όχι	46	46%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Πηγή: Ίδια έρευνα



Γράφημα 5.6.: Πόσοι από τους ερωτηθέντες είναι καπνιστές

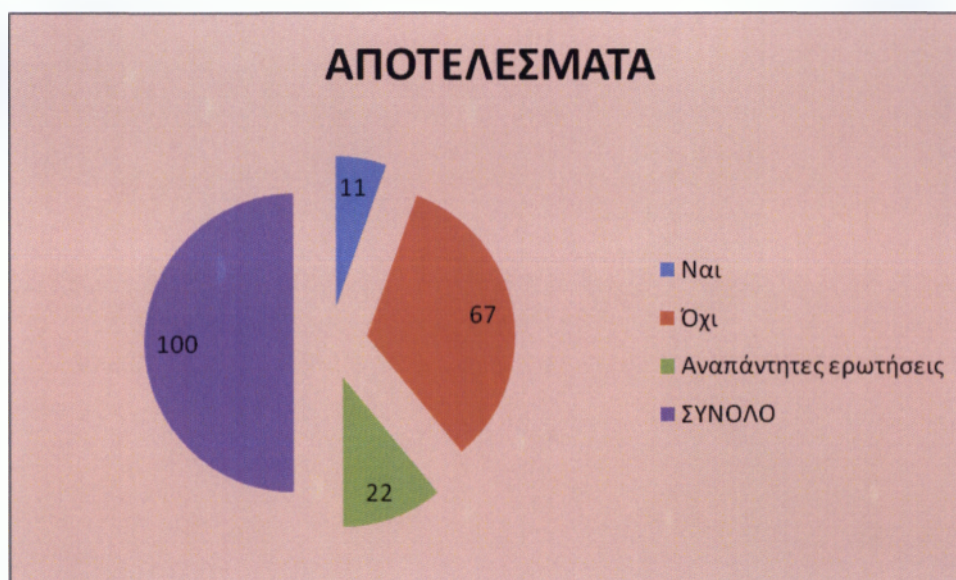
Στον πίνακα και στο γράφημά μας παρατηρήσαμε, ότι από τα εκατό άτομα που συμμετείχαν για τη διεκπεραίωση της έρευνά μας, το 54% του δείγματος είναι άτομα που καπνίζουν, ενώ προς μεγάλη μας έκπληξη και συνάμα αισιόδοξο είναι πως το 46% του συνόλου ανήκει στην κατηγορία των μη καπνιστών.

Ερώτηση 7

Πίνακας 5.7.: Συνέχιση ή όχι καπνίσματος με διαγνωσμένη πάθηση καρδιάς

ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	11	11%
Όχι	67	67%
Αναπάντητες ερωτήσεις	22	22%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Πηγή: Ίδια έρευνα



Γράφημα 5.7.: Συνέχιση ή όχι καπνίσματος με διαγνωσμένη πάθηση καρδιάς

Ευχάριστο είναι το γεγονός, ότι στην ερώτηση για το αν θα εξακολουθούσαν οι καπνιστές να καπνίζουν ακόμα και αν είχε διαγνωσθεί σε εκείνους πάθηση στην καρδιά, το 67% απάντησε ότι θα διέκοπτε το κάπνισμα αν του παρουσιαζόταν κάποιο καρδιακό νόσημα, ενώ το 11% από τους

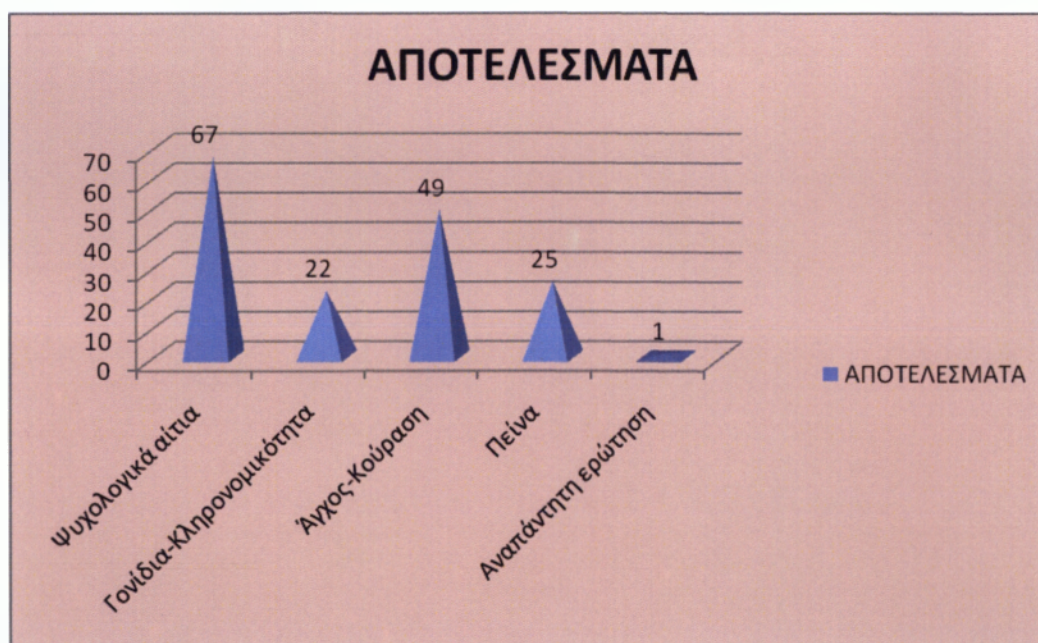
καπνιστές ομολογεί, ότι θα συνέχιζε το κάπνισμα ακόμα και μετά τη διάγνωση. Υπήρξαν όμως και αναποφάσιστοι, ποσοστό που ανέρχεται στο 22%.

Ερώτηση 8

Πίνακας 5.8.: Η αιτία που κατά τη γνώμη των ερωτηθέντων οδηγεί στο φαγητό και κατ' επέκταση στα καρδιακά νοσήματα

ΑΙΤΙΑ ΦΑΓΗΤΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Ψυχολογικά αίτια	67
Γονίδια-Κληρονομικότητα	22
Άγχος-Κούραση	49
Πείνα	25
Αναπάντητη ερώτηση	01
ΣΥΝΟΛΟ	-

Πηγή: Ίδια έρευνα



Γράφημα 5.8.: Η αιτία που κατά τη γνώμη των ερωτηθέντων οδηγεί στο φαγητό και κατ' επέκταση στα καρδιακά νοσήματα

Στην ερώτηση που παραθέσαμε για το ποια νομίζουν ότι είναι η αιτία που καταφεύγουμε στο φαγητό, κατά συνέπεια σε παχυσαρκία και φυσικό επακόλουθο τα καρδιακά νοσήματα, μας απαντά με διαφορά το 67% των

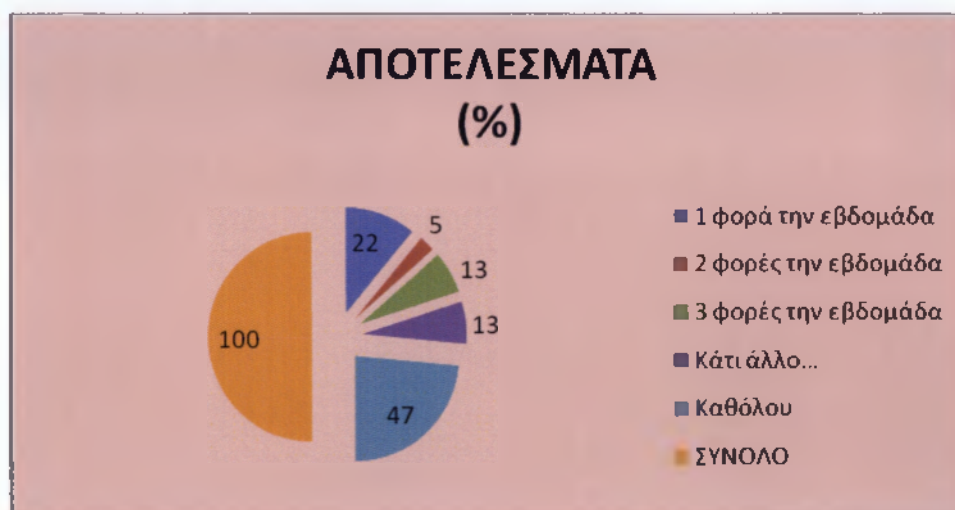
ατόμων τα ψυχολογικά αίτια, ακολουθεί το 49% αυτών που πιστεύουν ότι το άγχος-κούραση είναι αυτά που μας οδηγούν στο φαγητό και τέλος το 25% του ποσοστού μας δηλώνει, ότι η πείνα θεωρείται σημαντική αιτία κατανάλωσης φαγητού γι' αυτούς. Το 22% θεωρεί τα γονίδια-κληρονομικότητα ως κύρια αιτία. Υπάρχει όμως και μία αναπάντητη στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Ερώτηση 9

Πίνακας 5.9.: Συχνότητα πραγματοποίησης σωματικής άσκησης

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1 φορά την εβδομάδα	22	22%
2 φορές την εβδομάδα	05	5%
3 φορές την εβδομάδα	13	13%
Κάτι άλλο...	13	13%
Καθόλου	47	47%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Πηγή: Ίδια έρευνα



Γράφημα 5.9.: Συχνότητα πραγματοποίησης σωματικής άσκησης

Στην κατηγοριοποίηση που έγινε, και αφορά την ερώτηση «Πόσες φορές πραγματοποιούν σωματική άσκηση», η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 47%, δεν πραγματοποιεί καθόλου σωματική άσκηση, 22% του

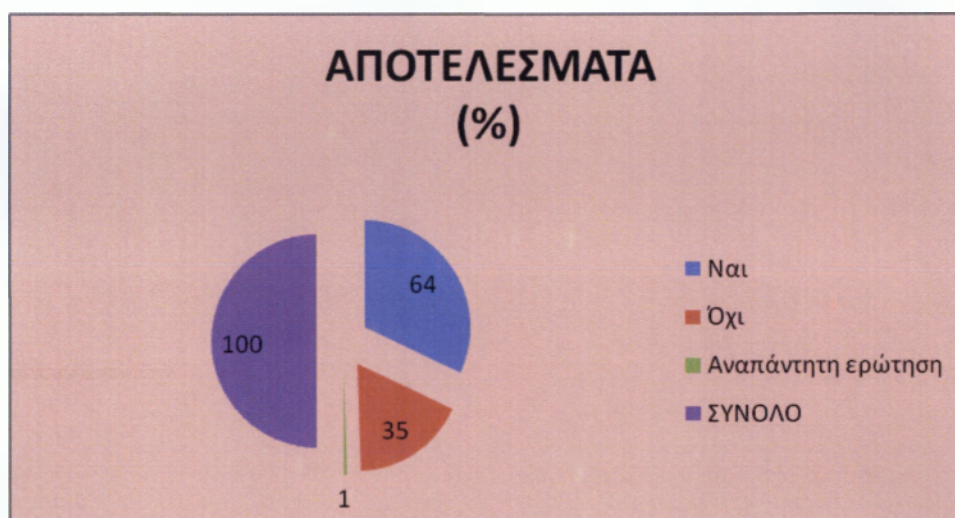
δείγματος πραγματοποιεί μία φορά την εβδομάδα, 13% των ατόμων απάντησαν πως γυμνάζονται τρεις φορές την εβδομάδα και ως εναλλακτική απάντηση μας είπαν πως αθλούνται τέσσερις, πέντε ή έξι φορές. Τέλος, ακολουθεί το 5% των συμμετεχόντων που πραγματοποιεί σωματική άσκηση δύο φορές την εβδομάδα.

Ερώτηση 10

Πίνακας 5.10.: Κατά πόσο οι ερωτηθέντες πιστεύουν πως η κακή στοματική υγιεινή προκαλεί προβλήματα στην καρδιά

ΚΑΚΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	64	64%
Όχι	35	35%
Αναπάντητη ερώτηση	01	1%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Πηγή: Ίδια έρευνα



Γράφημα 5.10.: Κατά πόσο οι ερωτηθέντες πιστεύουν πως η κακή στοματική υγιεινή προκαλεί προβλήματα στην καρδιά

Με ποσοστό 64%, οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η κακή στοματική υγιεινή μπορεί να προκαλέσει προβλήματα καρδιάς, 35% από αυτούς το αρνείται και μόλις το 1% δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση.

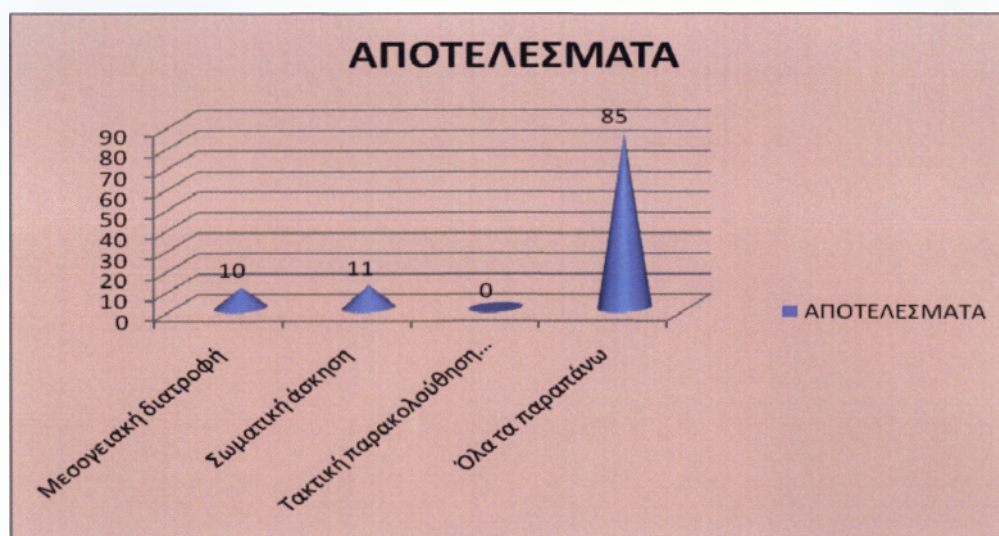
Θεωρήσαμε σημαντικό να παραθέσουμε γράφημα στη συγκεκριμένη ερώτηση γιατί παρατηρήσαμε πως πολλοί από τους συμμετέχοντες δεν την είχαν επιλέξει σαν παράγοντα κινδύνου για καρδιακές παθήσεις (ερώτηση 8), κι όμως εδώ πιστεύουν ότι «ναι» μπορεί να προκαλέσει προβλήματα καρδιάς. Διατυπώνεται καθαρά αντίθεση ανάμεσα στις δύο απαντήσεις.

Ερώτηση 11

Πίνακας 5.11.: Ο καλύτερος τρόπος που κατά τη γνώμη των ερωτηθέντων μπορεί να αντιμετωπίσει τους παράγοντες που οδηγούν στα καρδιακά νοσήματα

ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Μεσογειακή διατροφή	10
Σωματική άσκηση	11
Τακτική παρακολούθηση από γιατρό	00
Όλα τα παραπάνω	85
ΣΥΝΟΛΟ	-

Πηγή: Ίδια έρευνα



Γράφημα 5.11.: Ο καλύτερος τρόπος που κατά τη γνώμη των ερωτηθέντων μπορεί να αντιμετωπίσει τους παράγοντες που οδηγούν στα καρδιακά νοσήματα

Στην ερώτηση «Ποιος κατά τη γνώμη τους είναι ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπίσουν τους παράγοντες που οδηγούν στα καρδιακά νοσήματα», οι περισσότεροι άνθρωποι καλύπτοντας με ποσοστό το 85% πιστεύουν, ότι και οι

τρεις επιλογές εξίσου αντιμετωπίζουν τα καρδιακά νοσήματα, 11% από αυτούς πιστεύουν μόνο τη σωματική άσκηση και τέλος το 10% από τους συμμετέχοντες επέλεξαν μόνο τη μεσογειακή διατροφή σαν τον αποτελεσματικότερο τρόπο αντιμετώπισης των παραγόντων που οδηγούν σε κάποια καρδιακή νόσο. Ωστόσο, ως μεμονωμένη επιλογή η τακτική παρακολούθηση από γιατρό, είχε μηδενική επιλογή από το σύνολο των ερωτηθέντων.

Ερώτηση 12

Πίνακας 5.12.: Πόσο πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι συμβάλλει ο «καθοδηγητής» γιατρός στη συστηματική θεραπεία των καρδιακών νοσημάτων

«ΚΑΘΟΔΗΓΗΤΗΣ» ΓΙΑΤΡΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Πάρα πολύ	29	29%
Πολύ	54	54%
Πολύ λίγο	17	17%
Καθόλου	00	0%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Πηγή: Ίδια έρευνα



Γράφημα 5.12.: Πόσο πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι συμβάλλει ο «καθοδηγητής» γιατρός στη συστηματική θεραπεία των καρδιακών νοσημάτων

Το πρόσωπο ενός «καθοδηγητή» γιατρού πιστεύει το 54% από τα εκατό άτομα, ότι θα βοηθούσε πολύ στην αλλαγή αντίληψης των ασθενών απέναντι

στη συστηματική θεραπεία, 29% από αυτούς θεωρούν ότι θα συνέβαλε πάρα πολύ, 17% πιστεύουν πολύ λίγο, ενώ μηδενικό είναι το ποσοστό που απάντησε την επιλογή «καθόλου» όσον αφορά τη συμβολή του γιατρού στην αντιμετώπιση των καρδιακών νοσημάτων.

II. ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

6. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Από τα εκατό ερωτηματολόγια τα οποία δόθηκαν σε ανθρώπους, επιστράφηκαν πίσω και τα εκατό.

Κυριάρχησαν στην έρευνα οι άνδρες, αφού από τα εκατό συνολικά άτομα που έλαβαν μέρος, τα πενήντα έξι ήταν άντρες και τα υπόλοιπα σαράντα τέσσερα γυναίκες. Τα περισσότερα άτομα, σαράντα δύο στον αριθμό, κυμαίνονται ηλικιακά από (25-35) ετών, είκοσι οχτώ άτομα που είναι από (35-45) ετών, έπειτα ακολουθούν δέκα έξι άτομα που είναι (45-55) ετών, στη συνέχεια ακολουθούν οχτώ άτομα που κυμαίνονται ηλικιακά από (55-65) ετών και ολοκληρώνουμε με έξι άτομα που είναι μεγαλύτερα των εξήντα πέντε ετών. Οι περισσότεροι άνθρωποι που πήραν μέρος στην έρευνά μας, εξήντα εννιά στον αριθμό, είναι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, είκοσι δύο άτομα είναι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και ακολουθούν εννιά άτομα που είναι απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Ενενήντα πέντε από αυτούς, κατάγονται από την Ελλάδα και μόνο οι πέντε από το Εξωτερικό. Ενενήντα έξι από τους συμμετέχοντες διαμένουν στην Αττική ενώ μόνο οι τέσσερις εκτός Αττικής.

Σαράντα ένα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, ενώ πενήντα εννιά από αυτούς δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό. Η πλειοψηφία των ανθρώπων, εβδομήντα δύο στον αριθμό, δεν πάσχουν από κανέναν παράγοντα από τους υπάρχοντες τρεις, δεκαπέντε άτομα πάσχουν από χοληστερόλη και δώδεκα από αρτηριακή πίεση. Δε βρέθηκε κατά την έρευνα να πάσχει κάποιος από σακχαρώδη διαβήτη, ενώ υπάρχει και ένα άτομο που δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Όσον αφορά τους παράγοντες που οι ίδιοι οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι αυξάνεται ο κίνδυνος να οδηγηθούμε σε καρδιακές παθήσεις, ογδόντα έξι άτομα από τα εκατό της έρευνας επέλεξαν την παχυσαρκία, εβδομήντα εφτά από αυτά επέλεξαν τη χοληστερόλη, ακολουθούν εβδομήντα πέντε άτομα που επέλεξαν την αρτηριακή πίεση και το κάπνισμα, έπειτα εβδομήντα τέσσερα άτομα που επέλεξαν το άγχος-στρες, εξήντα έξι την έλλειψη σωματικής άσκησης, σαράντα δύο το αλκοόλ-ποτά, τριάντα οχτώ το οικογενειακό περιβάλλον, οι τριάντα την

ηλικία-φύλο, οι δέκα οχτώ την ατμοσφαιρική ρύπανση και ολοκληρώνουμε με τη στοματική υγιεινή και τις διαταραχές ύπνου που επιλέχθηκαν από δεκατέσσερις συμμετέχοντες σαν παράγοντες κινδύνου καρδιακών παθήσεων.

Πενήντα τέσσερις από τους συμμετέχοντες είναι καπνιστές, ενώ σαράντα έξι από αυτούς μη καπνιστές. Ενώ, στο ερώτημα για την ποσότητα των τσιγάρων ημερησίως, η πλειοψηφία των ανθρώπων είκοσι πέντε στον αριθμό, καπνίζουν κάτω από δέκα τσιγάρα την ημέρα, ακολουθούν είκοσι άτομα που καπνίζουν 10-20 τσιγάρα την ημέρα, έπειτα εννιά άτομα που καπνίζουν περισσότερα από είκοσι τσιγάρα ημερησίως, ενώ υπάρχουν και σαράντα έξι αναπάντητες ερωτήσεις λόγω των μη καπνιστών. Εξήντα επτά άτομα απαντούν ότι θα σταματούσαν το κάπνισμα αν παρουσιαζόταν κάποια πάθηση στην καρδιά, ενώ έντεκα από αυτά ομολογούν ότι θα συνέχιζαν το κάπνισμα. Είκοσι δύο άτομα δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Στην ερώτηση για το ποια νομίζουν ότι είναι η αιτία που καταφεύγουμε στο φαγητό, μας απαντούν με διαφορά, εξήντα επτά άτομα τα ψυχολογικά αίτια, στη συνέχεια σαράντα εννιά άτομα πιστεύουν ότι το άγχος-κούραση είναι αυτό που μας οδηγεί στο φαγητό, είκοσι πέντε επιλέγουν την πείνα και είκοσι δύο θεωρούν τα γονίδια-κληρονομικότητα την αιτία που οδηγούμαστε στην κατανάλωση φαγητού. Υπάρχει όμως και μία αναπάντητη στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Στην κατηγοριοποίηση που έγινε στην ερώτηση, «Πόσες φορές πραγματοποιούν σωματική άσκηση», η συντριπτική πλειοψηφία σαράντα επτά στον αριθμό, δεν κάνει καθόλου σωματική άσκηση, είκοσι δύο πραγματοποιούν μία φορά την εβδομάδα, δεκατρία άτομα τρεις φορές την εβδομάδα και κάτι άλλο, συγκεκριμένα στο άλλο μας απάντησαν τέσσερις, πέντε ή έξι φορές και τέλος, ακολουθούν πέντε άτομα που πραγματοποιούν σωματική άσκηση δύο φορές την εβδομάδα.

Εξήντα τέσσερις από τους συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η κακή στοματική υγιεινή μπορεί να προκαλέσει προβλήματα καρδιάς, τριάντα πέντε από αυτούς το αρνείται και μόλις ένα άτομο δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Με συντριπτική πλειοψηφία, εβδομήντα επτά στον αριθμό, πιστεύουν ότι το άγχος από τις συνθήκες διαβίωσης μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή νόσο, είκοσι τρία άτομα πιστεύουν πως ίσως μπορεί το άγχος να οδηγήσει σε

πρόβλημα καρδιάς, ενώ κανένα άτομο δεν απαντά αρνητικά σε αυτή την ερώτηση.

Στην ερώτηση «Ποιος κατά τη γνώμη τους είναι ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπίσουν τους παράγοντες που οδηγούν στα καρδιακά νοσήματα», οι περισσότεροι άνθρωποι, ογδόντα πέντε στον αριθμό, πιστεύουν ότι και τα τρία εξίσου (η μεσογειακή διατροφή, η σωματική άσκηση και η τακτική παρακολούθηση από γιατρό) αντιμετωπίζουν τα καρδιακά νοσήματα, έντεκα από αυτούς πιστεύουν μόνο τη σωματική άσκηση και τέλος δέκα από τους συμμετέχοντες επέλεγον μόνο τη μεσογειακή διατροφή σαν τον αποτελεσματικότερο τρόπο αντιμετώπισης των παραγόντων που οδηγούν σε κάποια καρδιακή νόσο. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν επέλεξε μόνο την τακτική παρακολούθηση από γιατρό.

Το πρόσωπο ενός «καθοδηγητή» γιατρού πιστεύουν πενήντα τέσσερα από τα εκατό άτομα, ότι θα βοηθούσε πολύ στην αλλαγή αντίληψης των ασθενών απέναντι στη συστηματική θεραπεία, είκοσι εννιά θεωρούν ότι θα συνέβαλε πάρα πολύ, δεκαεφτά πιστεύουν πολύ λίγο, ενώ κανένα άτομο δεν επέλεξε το καθόλου στη συμβολή του γιατρού απέναντι στη συστηματική θεραπεία των ασθενών.

Αυτά είναι τα αποτελέσματα από τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν για τη διεκπεραίωση της έρευνάς μας.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα αναφερθούν τα αποτελέσματα που εξάχθηκαν από τα ερωτηματολόγια, σε συνάρτηση με τα δεδομένα που συλλέξαμε στο θεωρητικό πλαίσιο.

Ξεκινώντας τα συμπεράσματα, πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ της εισαγωγής (θεωρητικό πλαίσιο) και της ερώτησης που είναι σχετική με το θέμα της έρευνάς μας αλλά και το σκοπό της, (να ενημερώσει τα άτομα σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την καρδιακή λειτουργία, την πρόληψη και την αντιμετώπιση των καρδιακών νοσημάτων). Στην ερώτηση λοιπόν που τέθηκε για το οικογενειακό ιστορικό της στεφανιαίας νόσου, είναι σχετικά μεγάλος ο αριθμός των ανθρώπων οι οποίοι απάντησαν θετικά, δηλαδή ότι έχουν στην οικογένειά τους κάποιο μέλος που παρουσιάζει στεφανιαία νόσο.

Αυτό το δεδομένο είναι πολύ σημαντικό, γιατί κοιτάζοντας παράλληλα και το θεωρητικό πλαίσιο, παρατηρήσαμε ότι και οι γιατροί μιλούν για θετικό οικογενειακό ιστορικό όταν ένας ή περισσότεροι στενοί συγγενείς πάσχουν από στεφανιαία νόσο. Συγκεκριμένα, εάν ο πατέρας μας έπαθε έμφραγμα πριν τα 60 του ή η μητέρα μας πριν τα 65 της, αυξάνεται ο δικός μας κίνδυνος για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου και η εξήγηση βρίσκεται στα γονίδια που μας κάνουν πιο επιρρεπείς σε ανάπτυξη υψηλής χοληστερόλης, αρτηριακής πίεσης ή σακχαρώδους διαβήτη. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός, ότι και κάποιοι από τους συμμετέχοντες της έρευνάς μας που έχουν οικογενειακό ιστορικό, πάσχουν από χοληστερόλη και μερικοί από αρτηριακή πίεση.

Γι' αυτό το λόγο, θα πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί και μάλιστα υποστηρίζουν οι ειδικοί, ότι θα πρέπει να πραγματοποιούμε σε τακτά χρονικά διαστήματα τσεκ-απ στο γιατρό μας, ώστε να μειώσουμε τον κίνδυνο που διατρέχουμε.

Στην επόμενη ερώτηση που ζητήθηκε από τους ανθρώπους να επιλέξουν ποιοι παράγοντες κατά τη γνώμη τους αυξάνουν τον κίνδυνο να οδηγηθούμε σε καρδιακές παθήσεις, οι απαντήσεις που δόθηκαν διαφέρουν από αυτές που θα έπρεπε να είχαν δοθεί. Ενώ οι συμμετέχοντες θα έπρεπε να έχουν επιλέξει όλους τους παράγοντες, μεγάλο δείγμα του πληθυσμού επέλεξε ορισμένους από

αυτούς και συγκεκριμένα: α) χοληστερόλη, β) αρτηριακή πίεση, γ) παχυσαρκία, δ) κάπνισμα, ε) άγχος-στρες, στ) έλλειψη σωματικής άσκησης, ζ) αλκοόλ-ποτά και η) οικογενειακό περιβάλλον. Αντίθετα, πολύ λίγοι άνθρωποι επέλεξαν και τα παρακάτω: θ) διαταραχές ύπνου, ι) στοματική υγιεινή, κ) ηλικία-φύλο και λ) ατμοσφαιρική ρύπανση.

Σύμφωνα με τις παραπάνω απαντήσεις διαπιστώθηκε, ότι σημαντικός αριθμός των ανθρώπων της έρευνάς μας, αγνοούν ότι κάποιοι από τους παράγοντες μπορούν να μας οδηγήσουν σε σημαντικό βαθμό σε μια καρδιακή πάθηση. Ας δούμε λοιπόν γιατί και για τους συγκεκριμένους παράγοντες πρέπει να είμαστε ενήμεροι. Ας ξεκινήσουμε με τις διαταραχές του ύπνου που μόνο από δεκατέσσερα άτομα έγινε η επιλογή τους. Όπως αναφέρθηκε στο θεωρητικό πλαίσιο, τα σχετικά υγιή άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης παραγόντων που σχετίζονται με τη θρόμβωση. Σύμφωνα με ερευνητές, λιγότερες από 7 ½ ώρες ύπνου κάθε βράδυ, μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο καρδιακής νόσου σε άτομα μέσης ηλικίας και συνδυασμός μάλιστα λίγων ωρών ύπνου και αυξημένης αρτηριακής πίεσης, δημιουργεί κατάλληλο υπόστρωμα για την ανάπτυξη καρδιακών νοσημάτων.

Συνεχίζουμε με τη στοματική υγιεινή που επίσης μόνο από δεκατέσσερα άτομα έχει επιλεγεί σαν παράγοντας κινδύνου καρδιακών παθήσεων. Σύμφωνα και με τη θεωρία, ένα παραμελημένο στόμα μπορεί να προκαλέσει την αφετηρία σοβαρών λοιμώξεων. Τα άτομα με κακή στοματική υγιεινή, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από στεφανιαία νόσο. Αυτό, γιατί πρώτον τα μικρόβια που προκαλούν φλεγμονή των ούλων, μπορούν να περάσουν στην κυκλοφορία του αίματος κι έτσι να μεταναστεύσουν σε απομακρυσμένα όργανα, ένα από αυτά είναι η καρδιά. Δεύτερον, ο ελληνικής καταγωγής περιοδοντολόγος Πάνος Παπαπάνου και άλλοι ερευνητές, πιστεύουν πως τα βακτήρια που προκαλούν προβλήματα στα ούλα, εξαπλώνονται μέσω του αίματος, επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα προκαλώντας φλεγμονές, οι οποίες με τη σειρά τους φράζουν τις αρτηρίες. Αυξάνεται λοιπόν ο κίνδυνος να παρουσιάσουμε προβλήματα καρδιάς και αυτό δεν πρέπει να το παραβλέψουμε.

Αξιοσημείωτο είναι εδώ, να συμπληρωθεί και η ερώτηση που τέθηκε σχετικά με την κακή στοματική υγιεινή και αν μπορεί να προκαλέσει

προβλήματα καρδιάς. Παρατηρήθηκε ότι πολλοί από τους συμμετέχοντες δεν την είχαν επιλέξει σαν παράγοντα κινδύνου για καρδιακές παθήσεις (ερώτηση 8), κι όμως εδώ πιστεύουν ότι «ναι» μπορεί να προκαλέσει προβλήματα καρδιάς. Διατυπώνεται καθαρά σύγχυση των δύο απαντήσεων. Ίσως οι άνθρωποι να επηρεάζονται τελικά και από τη διατύπωση ξεχωριστής ερώτησης, ωθώντας τους τελικά στη θετική απάντηση και όχι στην αρνητική.

Άλλος ένας παράγοντας που είναι σημαντικός να λάβουμε υπόψη μας είναι η ηλικία-φύλο. Σύμφωνα με την εισαγωγή (θεωρητικό πλαίσιο), η στεφανιαία νόσος στις ηλικίες (45-55) ετών είναι πολύ πιο συχνή στους άντρες απ' όσο στις γυναίκες. Αυτό, οφείλεται στο ότι πριν από την εμμηνόπαυση (περίοδο κατά την οποία οι γυναίκες παύουν να έχουν έμμηνο ρύση), οι γυναίκες σπανίως παθαίνουν έμφραγμα. Μετά όμως την εμμηνόπαυση, η στεφανιαία νόσος γίνεται πιο συχνή και σταδιακά η αναλογία των γυναικών που νοσούν εξισώνεται με αυτή των ανδρών, για να εξισωθεί πλήρως στις ηλικίες άνω των 75 ετών.

Οι παράγοντες ολοκληρώνονται με την ατμοσφαιρική ρύπανση, η οποία επιλέχθηκε μόνο από δέκα οχτώ συμμετέχοντες της έρευνας. Κι όμως είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών ερευνών της τελευταίας δεκαετίας, έχει τεκμηριώσει την ύπαρξη δυσμενών επιδράσεων των σημερινών επιπέδων ατμοσφαιρικής ρύπανσης στην υγεία. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα του APHEA, έδειξαν ότι η αύξηση επιπέδων των αιωρούμενων σωματιδίων σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την καρδιαγγειακή αύξηση. Οι εισαγωγές από καρδιακά νοσήματα, αυξάνονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό για όλες τις ηλικίες και περισσότερο για τους ανθρώπους άνω των 65 ετών. Η σωματιδιακή ατμοσφαιρική ρύπανση σήμερα είναι πρόβλημα δημόσιας υγείας που πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη για τη ζωή μας.

Παρατηρήθηκε ότι μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των συμμετεχόντων που καπνίζει, άλλωστε δεν είναι τυχαίο που η χώρα μας έχει τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών στον κόσμο. Από τη μία, οι επιστήμονες πιστεύουν ότι το τσιγάρο έχει αρνητικές επιδράσεις στη λειτουργία της καρδιάς, ενώ το έχουν συνδέσει και με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και από την άλλη, μεγάλος αριθμός των ατόμων που επέλεξαν στην ερώτηση 8 πως πιστεύουν ότι το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους παράγοντες κινδύνου για να οδηγηθούμε σε

καρδιακές παθήσεις, παρόλα αυτά είναι καπνιστές/καπνίστριες. Ενθαρρυντική όμως είναι η ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζουν οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια της ημέρας, που είναι από δέκα τσιγάρα και κάτω, καθώς επίσης και το γεγονός ότι θα σταματούσαν το κάπνισμα σε περίπτωση που είχε διαγνωσθεί σε αυτούς πάθηση στην καρδιά.

Παραπάνω αναφέρθηκε ο μεγάλος αριθμός των καπνιστών. Αξίζει όμως να σημειωθεί εδώ και το μεγάλο δείγμα του πληθυσμού που δεν καπνίζει. Κάτι που εκ πρώτης όψεως μας δίνει αισιοδοξία, από την άλλη όμως σύμφωνα με τη θεωρία, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από επιστήμονες των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών, ο καπνός των καπνιστών που εισπνέεται από μη καπνιστές, είναι ένας εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας που προκαλεί καρδιακή προσβολή και θανάτους. Το παθητικό κάπνισμα είναι αιτία καρδιακών παθήσεων, ιδιαίτερα στεφανιαίας νόσου της καρδιάς. Ο μόνος τρόπος πλήρους προστασίας των μη καπνιστών από το παθητικό κάπνισμα, είναι η εξάλειψή του σε εσωτερικούς χώρους, κάτι που σε γειτονικές χώρες έχει εφαρμοστεί και προκάλεσε ευεργετική μείωση των επεισοδίων καρδιακής προσβολής και σήμερα εφαρμόζεται και στην Ελλάδα, ελπίζοντας στα αντίστοιχα ευεργετικά αποτελέσματα.

Η παχυσαρκία συνδέεται με μια σειρά ασθενειών όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις και τα εγκεφαλικά. Οι ερωτώμενοι σε σχέση με την αιτία που πιστεύουν ότι καταφεύγουμε στο φαγητό κι συνεπώς οδηγούμαστε στην παχυσαρκία και σε προβλήματα καρδιάς, απάντησαν στην πλειοψηφία τους τα ψυχολογικά αίτια, κάτι που συνάδει απόλυτα και με το θεωρητικό πλαίσιο, που αναφέρει ότι πολλοί άνθρωποι στην προσπάθειά τους να χαλαρώσουν από μια αγχώδη μέρα, καταφεύγουν στο ψυγείο, το γνωστό «σύνδρομο του ψυγείου». Η πράξη αυτή οφείλεται στα ψυχολογικά αίτια. Ακολουθεί, κατά τη γνώμη των συμμετεχόντων το άγχος-κούραση, η πείνα και τελευταία τα γονίδια-κληρονομικότητα. Συμβαδίζουν όλα αυτά απόλυτα και με τη θεωρία που αναφέρει, ότι η κούραση και το άγχος μας οδηγούν τελικά πιο συχνά στο τραπέζι απ' ότι η πείνα και ακολούθως τα γονίδια-κληρονομικότητα, τα οποία δεν είναι ικανά από μόνα τους να επηρεάσουν το βάρος μας.

Ρωτώντας τους συμμετέχοντες πόσες φορές την εβδομάδα πραγματοποιούν σωματική άσκηση, οι απαντήσεις που δόθηκαν δεν

συμβαδίζουν και απόλυτα με τη θεωρία. Καθώς, μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων δεν πραγματοποιούν καθόλου σωματική άσκηση, ενώ λίγοι είναι αυτοί που πραγματοποιούν μία με δύο φορές την εβδομάδα και ακόμη λιγότεροι που πραγματοποιούν από τρεις φορές και πάνω. Εν αντιθέσει με το θεωρητικό πλαίσιο που υποστηρίζει, ότι η τακτική άσκηση βοηθά τα αγγεία να διαστέλλονται (ανοίγουν) και έτσι το αίμα κυλάει ευκολότερα. Έτσι, μικραίνει ο κίνδυνος για σχηματισμό θρόμβων στα αιμοφόρα αγγεία, με αποτέλεσμα να υπάρχει μειωμένος κίνδυνος για έμφραγμα και εγκεφαλικά επεισόδια. Μισή ώρα έντονο περπάτημα ή μισή ώρα έντονης άσκησης, τρεις φορές την εβδομάδα, ελαττώνουν τον κίνδυνο εμφράγματος. Κάτι που όπως αναφέρθηκε πιο πάνω οι συμμετέχοντες δεν ακολουθούν ούτε στο ελάχιστο.

Σημαντικό λοιπόν είναι να επισημανθεί, ότι η σωματική άσκηση είναι ικανή να προλάβει και να καθυστερήσει την εξέλιξη ασθενειών και επιπλέον, ότι έχει ευεργετικές επιδράσεις στη μείωση περιστατικών στεφανιαίας νόσου.

Τέλος, ο ρόλος της ένταξης της φυσικής δραστηριότητας μπορεί να είναι προληπτικός, έτσι ώστε να αποτραπεί η εμφάνιση καρδιακών νοσημάτων, προάγοντας εξίσου τη σωματική, πνευματική και ψυχολογική υγεία του ανθρώπου.

Κάτι ακόμη που και οι ίδιοι οι συμμετέχοντες συμφωνούν, απαντώντας στην αντίστοιχη ερώτηση που τους τέθηκε, αλλά και συμβαδίζει με τη θεωρία, είναι ότι το άγχος από τις συνθήκες διαβίωσης είναι μία από τις αιτίες που μπορεί να οδηγήσει σε έμφραγμα και γενικότερα σε κάποια καρδιακή νόσο. Έχει μάλιστα τεκμηριωθεί, ότι οι ακραίες συναισθηματικές εμπειρίες μπορεί να επιφέρουν ένα έμφραγμα. Γι' αυτό το λόγο, οι ασκήσεις αναπνοής, το βάδισμα, το να ακούσουμε την αγαπημένη μας μουσική, να απολαύσουμε ένα χαλαρωτικό μπάνιο, βοηθούν αποτελεσματικά στο να μειώσουμε την ένταση που κουράζει και αγχώνει τον οργανισμό μας, κυρίως την καρδιακή λειτουργία.

Ολοκληρώνοντας τα συμπεράσματα με τις δύο τελευταίες ερωτήσεις που αποτελούν ουσιαστικά και την κατακλείδα της έρευνάς μας, μπορούμε να πούμε ότι όσον αφορά την ερώτηση για τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης των παραγόντων που οδηγούν στα καρδιακά νοσήματα, ο μεγαλύτερος αριθμός των συμμετεχόντων μας απάντησε πως θεωρεί και τα τρία (μεσογειακή διατροφή, σωματική άσκηση, τακτική παρακολούθηση από γιατρό) εξίσου σημαντικά για να αντιμετωπισθεί κάποιο καρδιακό νόσημα. Κάτι που υποστηρίζεται και από

το θεωρητικό πλαίσιο που αναφέρει πρώτον, ότι πρέπει να υιοθετήσουμε όλοι τη σωστή και εν δυνάμει τη μεσογειακή διατροφή στη ζωή μας καταναλώνοντας άφθονα ψάρια, άφθονα φρούτα και λαχανικά, άφθονο κρεμμύδι και σκόρδο, αλκοόλ με μέτρο, μικρές ποσότητες καφέ, λιγότερα ζωικά λίπη και μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λιπαρά, τα οποία δεν αυξάνουν την ολική χοληστερόλη του αίματος, συμβάλλοντας έτσι στην πρόληψη των καρδιακών παθήσεων. Η σωστή ποσότητα αυτών (μονοακόρεστα και πολυακόρεστα), είναι απαραίτητο εφόδιο για καλή υγεία και ευεξία και πρέπει να υπάρχει σε όλες τις ηλικίες. Εξίσου σημαντικό να μη ξεχνάμε, ότι ένα καλό και πλούσιο πρωινό, εξασφαλίζει καλή φυσική κατάσταση, αυξημένη απόδοση και συνεπώς καλή υγεία.

Δεύτερον, και η σωματική άσκηση αποτελεί εξίσου σημαντικό παράγοντα αντιμετώπισης των καρδιακών νοσημάτων, καθώς με αυτή, μικραίνει ο κίνδυνος για σχηματισμό θρόμβου και έτσι έχουμε μικρότερο κίνδυνο για κάποιο έμφραγμα. Συγκεκριμένα, η μέτρια καθημερινή άσκηση όχι μόνο συμβάλλει στη μείωση της LDL «κακής» χοληστερόλης, τη ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη και τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, αλλά αποτρέπει την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου υπό τη μορφή της σταθεράς ή ασταθούς στηθάγχης, είτε και υπό τη μορφή εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Τέλος, εξίσου σημαντική είναι η τακτική παρακολούθηση από γιατρό και μάλιστα σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο, όταν η στεφανιαία νόσος καταδυναστεύει την οικογένειά μας. Τακτική παρακολούθηση σε σύντομα χρονικά διαστήματα, για να μειώσουμε τον κίνδυνο που διατρέχουμε για την εμφάνιση κάποιας καρδιακής νόσου.

Γιατί ο συνδυασμός σωστής διατροφής (μεσογειακής), σωματικής άσκησης και τακτικής παρακολούθησης από γιατρό, αποτρέπουν τον κίνδυνο καρδιακών, εγκεφαλικών ή άλλων θανατηφόρων επεισοδίων στο μέλλον.

Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου μας, σχετικά με τον «καθοδηγητή» γιατρό και κατά πόσο συμβάλλει στη συστηματική θεραπεία, οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι συμβάλλει πολύ η παρουσία του, κάτι που επιβεβαιώνει και το θεωρητικό πλαίσιο που υποστηρίζει, ότι η κατανόηση του γιατρού που αυξάνει την εμπιστοσύνη του ασθενούς, το κίνητρο και τη συνέτησή του στη θεραπεία, καθώς και ότι ο γιατρός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τις πολιτισμικές πεποιθήσεις των ασθενών και τις ατομικές

συνήθειές τους στο σχεδιασμό της θεραπείας. Όλα αυτά μπορούν να βελτιώσουν τη συμμόρφωση των ασθενών απέναντι στη συστηματική θεραπεία.

Τα καρδιακά νοσήματα και κυρίως οι υγειονομικοί παράγοντες που τα προκαλούν, είναι ένα ενδιαφέρον και πολύπλοκο θέμα. Γι' αυτό το λόγο, συνιστούμε στους επόμενους ερευνητές να ασχοληθούν διευρύνοντάς το ακόμη περισσότερο, βοηθώντας έτσι τα άτομα να γίνουν γνώστες ενός σοβαρού θέματος που μπορεί να αποβεί πολλές φορές ακόμη και σωτήριο για τη ζωή τους.

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Π., ΔΗΜΟΛΙΑΤΗΣ, Γ., ΧΟΥΛΙΑΡΑ, Σ., (2002), Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Ε.Ο. Λίτσας.
- ΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ, Α.Π., (2006), Επιδημιολογία και πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, Παρισιάνος Α.Ε.
- COLE, M., COLE, S., (2002), Η ανάπτυξη των παιδιών, (Α΄ τόμος), Αθήνα, τυπωθύτω Γιώργος Δάρδανος.
- DESMOND, J., (1994), Στεφανιαία Νόσος, Αθήνα, Κάτοπτρο.
- ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ, Κ., (2001), Η διατροφή μας σήμερα, Αθήνα, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- ΕΔΙΠΙΔΗΣ, Θ., Επιδημιολογία των Ιογενούς Αιτιολογίας Λοιμωδών Νοσημάτων, Παρισιάνος.
- ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, (2005), Καρδιακή ανεπάρκεια από τη διάγνωση στη θεραπεία, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
- FRIIS, R., (2008), Επιδημιολογία και Δημόσια Υγεία, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
- JUDITH, C., (1990), Το κάπνισμα, Αθήνα, Κέδρος.
- ΘΕΟΧΑΡΗΣ, Κ., (2001), Κολπική μαρμαρυγή από τη σκοπιά του κλινικού καρδιολόγου, Αθήνα, Παρισιάνου Α.Ε.

- ΚΑΖΑΜΙΑΣ, Μ., (2004), Μεσογειακή διαίτα στην πράξη. Αθήνα, Αδάμ – Πέργαμος.
- ΚΑΣΤΕΛΛΑΝΟΣ, Σ., (2001), Καρδιακή Ανεπάρκεια. Αθήνα, Παρισιάνου Α.Ε.
- ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ, Ν.Δ., (2007), Γενική θεώρηση και νεότερες θεραπευτικές εξελίξεις. Αθήνα, Αρχιπέλαγος.
- ΛΙΝΟΥ, Α., (2006), Ιατρική της εργασίας Επιδημιολογία και πρόληψη. Αθήνα, Βήτα ιατρικές εκδόσεις.
- ΛΟΥΡΙΔΑΣ, Γ.Ε., ΜΠΟΥΓΙΟΥΚΑΣ, Γ.Ι., (1991), Επίκτητες καρδιοπάθειες: Σύγχρονες απόψεις στη διάγνωση και θεραπεία. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- ΛΟΥΡΙΔΑΣ, Γ., (1993), Εκτίμηση, διάγνωση, αντιθρομβωτική θεραπεία. University Studio Press.
- ΞΥΡΟΥΧΑΚΗ, Ε., (2000), Υγιεινή και επιδημιολογία στο γώρο του Νοσοκομείου. Αθήνα, Συμμετρία.
- ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ Π.Ο.Υ, (2003), Παχυσαρκία. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας πανδημίας: Αναφορά μιας σύσκεψης του Π.Ο.Υ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας). Αθήνα, Βήτα Ιατρικές εκδόσεις.
- ΠΑΝΟΣ, Γ., (2003), Σακχαρώδης Διαβήτης και διαβητικά κόματα. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
- ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ, Ν., Πρόσφατες εξελίξεις στην καρδιολογία. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

- RENAND, S., (2001), Η Μεσογειακή διατροφή: Κρητική διαίτα, Αθήνα, Τραύλος.
- ΣΚΕΥΗ, Δ., (2003), Μαρμαρυγή, Αθήνα, Εκάτη.
- ΣΠΑΡΟΣ - ΛΟΥΚΑΣ, Δ., (2005), Επιδημιολογία, Αθήνα, Βήτα ιατρικές εκδόσεις.
- ΣΤΕΦΑΝΑΚΗΣ, Χ.Ι., (2009), Παθήσεις της καρδιάς, (τόμος 1), Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
- ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, Π., (2001), Καρδιακές παθήσεις, Αθήνα, Παρισιάνου Α.Ε.
- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ, Δ., (1998), Επιδημιολογία, Αθήνα, Παρισιάνου Α.Ε.
- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ, Δ., (2002), Γενική και κλινική επιδημιολογία, εγχειρίδιο επιδημιολογίας και αρχών κλινικής έρευνας, Αθήνα, Παρισιάνου Α.Ε.
- ΤΣΟΥΧΤΙΔΗ, Κ., Ελιά και λάδι. Μεσογειακή διατροφή, Toubis.

Ξένη βιβλιογραφία

- ALPERT M.A., HASHIMI, M.W., (1993), Obesity and Heart.
- NASS, N., CONNEL, M.Y., GOLDHABER 52, (1999), Recovery of regional right ventricular function after thrombolysis for pulmonary embolism.
- RASHID, M.N., FUENTES, F., WEBUER, P.S., (2003), Obesity and the risk for Cardiovascular disease prev Cardiol.

- THEODORAKIS, G.N., LIVANIS, E.G., LEFTHERIOTIS, D., (2003), Head – up tilt test with clomipramine challenge in vasovagal syndrome – a new tilt testing protocol

Στοιχεία από το Internet

- ΕΛΑΙΣ, (ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 26.09.2008), *Στεφανιαία νόσος* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://www.elais.gr/health/heart/heart3.jsp>
- ΚΑΤΣΟΥΓΙΑΝΝΗ, Κ., ΣΑΜΟΛΗ, Ε., *Ατμοσφαιρική ρύπανση και υγεία: Πρόσφατα αποτελέσματα από επιδημιολογικές έρευνες* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://www.Eurocharity.gr/file_library/Ecolity_Noithia.Somoli.doc
- ΠΑΝΑΓΟΥΛΗΣ, Χ., (ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 20.05.2009), *Στεφανιαία νόσος – Πρόβλεψη και Αντιμετώπιση* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://gna-gennimatas.gr/pathologikos/kardiologiko/stef_nosos/CAD.htm
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 13.01.2008), *Κάθε χρόνο περισσότερα εμφράγματα* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://www.eKathimerini.gr/4Pcgi-w-articles_civ
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 26.09.2008), *Διατροφή: Σύμμαχος στον έλεγχο χοληστερόλης – Ποιος ο ρόλος των λιπαρών στη διατροφή μας; Ποια τα απαραίτητα πολυακόρεστα λιπαρά;* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://www.elais.gr/health/heart14.jsp>
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 26.09.2008), *Κάπνισμα και υγεία μια επικίνδυνη σχέση* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://www.servitoros.gr/vona/view.php/52/1405>

- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 26.09.2008), *Αυξάνονται τα καρδιακά επεισόδια την περίοδο των γιορτών* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://www.stelpas.com/?p=664>
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 26.09.2008), *Καρδιακή ανεπάρκεια* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://www.incardiology.gr/patheseis_ka/index.htm
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 26.09.2008), *Κολπική Μαρμαρυγή* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://www.incardiology.gr/patheseis_ka/index.htm
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 26.09.2008), *Διεργετικά αεριούχα ποτά και καρδιακά επεισόδια* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://vegan.thisblueplanet.net/forum/index.php?topic-975.0>
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 19.05.2009), *Οι διαταραχές ύπνου αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιακών νοσημάτων* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://www.sohosFm.gr/forum/301/1159_%CE%9F%CE%B9_%CE%B...
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 19.05.2009), *Κατάθλιψη και Παχυσαρκία* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://health.ana-mpa.gr/view1.php?id=1852>
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 19.05.2009), *Απαγόρευση καπνίσματος, μειώνει δραστικά τον αριθμό των ατόμων που παρουσιάζουν καρδιακά νοσήματα* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://www.medlook.net/printarticle.asp?item_id=2799
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 21.05.2009), *Οι δέκα πρώτες αιτίες θανάτου* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://www.who.gr>

- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 26.05.2009), *Η υγιεινή των δοντιών αποτρέπει τα καρδιακά νοσήματα* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://www.syros.gr/siros/forum/index.php?PHPSESSID=ddcca68...>
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 11.06.2009), *Στεφανιαία νόσος* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://health.in_grhealth.htm
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 11.06.2009), *Αναγνωρίζοντας τα συμπτώματα* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://health.in_grhealth3.htm
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 11.06.2009), *Εξετάσεις για στεφανιαία νόσο* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://health.in_grhealth4.htm
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 11.06.2009), *Θεραπεύοντας τη στηθάγχη* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://health.in_grhealth5.htm
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 11.06.2009), *Θεραπεύοντας το έμφραγμα* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://health.in_grhealth6.htm
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 11.06.2009), *Ξεπερνώντας το έμφραγμα* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://health.in_grhealth7.htm
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 16.06.2009), *Παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://health.in_grhealth2.htm
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 16.06.2009), *Πρόληψη των νόσων της στοματικής κοιλότητας* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://www.familyclub.gr/show.php?mode=ShowArticlea&cat=21&c...>
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 17.06.2009), *Σακχαρώδης Διαβήτης* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://health.in.gr/diabetes/Article.asp?Articled=19128>

- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 17.06.2009), *Σακχαρώδης Διαβήτης* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://health.in.gr/diabetes/Article.asp?Articled=19131&CurrentTopId=19127&IssueT...>
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 17.06.2009), *Υγεία / Καρδιολογία / Λιγότερο στρες...για γερή καρδιά* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://www.iatronet.gr>
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 17.06.2009), *Τι είναι το Heartscore;* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://www.heartscore/greece>
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 17.06.2009), *Παχυσαρκία και ψυχική υγιεινή* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://health.in.gr/diaita/Article.asp?>
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 18.06.2009), *Συνδυασμός ασπιρίνης και πραβαστατίνης μειώνει κατά πολύ τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://www.medweb.gr/news/article/1.htm>
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 18.06.2009), *Υπέρταση – Θεραπεία – Αίτια* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://www.medweb.gr/hypertension/index.htm>
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 22.06.2009), *Άγχος – Συμπτώματα* [Στο Internet], Διεύθυνση: http://www.innerresources.gr/gr_services.php?apho=9&cat3=19
- (Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 22.06.2009), *Τροφές που ωφελούν και προλαμβάνουν τα καρδιακά νοσήματα* [Στο Internet], Διεύθυνση: <http://www.rodostoday.gr/cms/content/view/1182/1/>

➤(Ημερομηνία ανοίγματος της σελίδας: 25.06.2009), *Μεσογειακή διατροφή*
[Στο Internet], Διεύθυνση:
<http://www.mednutrition.gr/content/view/767/152>

➤(<http://www.lib.noa.gr>)

9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

9.1. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Αξιότιμοι κύριοι / κυρίες,

Είμαστε φοιτήτριες του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας και εκπονούμε την πτυχιακή μας εργασία. Γι' αυτό το λόγο θα σας παρακαλούσαμε, να αφιερώσετε λίγο από το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου. Η συμμετοχή σας θα μας βοηθήσει στην διεκπεραίωση της έρευνάς μας με θέμα «Αξιολόγηση υγειονομικών παραγόντων και καρδιακά νοσήματα».

Με εκτίμηση,

Η ερευνητική ομάδα:

Αρβανίτη Ρουμπίνη

Μπάλλια Σταυρούλα

9.2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- **Φύλο**
 Άνδρας Γυναίκα

- **Ηλικία**
 ← 25-35 35-45 45-55 55-65 65 →

- **Μορφωτικό επίπεδο**
 Πρωτοβάθμια εκπαίδευση Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
 Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Α.Ε.Ι., Α.Τ.Ε.Ι.)

- **Τόπος καταγωγής**
 Εξωτερικό Ελλάδα

- **Τόπος διαμονής**
 Αττικής Εκτός Αττικής

- **Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου;**
 Ναι Όχι

- **Από ποιον από τους παρακάτω παράγοντες εσείς πάσχετε;**
 Χοληστερόλη Αρτηριακή πίεση
 Σακχαρώδης διαβήτης Κανένας από τους τρεις

- **Ποιοι παράγοντες είναι κατά τη γνώμη σας αυτοί που αυξάνουν τον κίνδυνο να οδηγηθούμε σε καρδιακές παθήσεις; (σημειώστε με ένα ή περισσότερα «✓» στα κουτάκια)**
 - Χοληστερόλη
 - Αρτηριακή πίεση
 - Παχυσαρκία
 - Κάπνισμα
 - Άγχος – Στρες
 - Έλλειψη σωματικής άσκησης
 - Διαταραχές ύπνου
 - Στοματική υγιεινή
 - Αλκοόλ - Ποτά
 - Ηλικία - Φύλο
 - Οικογενειακό περιβάλλον
 - Ατμοσφαιρική ρύπανση

- **Είστε καπνιστής / καπνίστρια;**
 - Ναι Όχι

- **Πόσα τσιγάρα καπνίζετε κατά τη διάρκεια της ημέρας; (απαντάτε εφόσον στην προηγούμενη ερώτηση η απάντησή σας ήταν «Ναι»)**
 - ← 10 την ημέρα 10-20 την ημέρα 20 την ημέρα →

- **Θα εξακολουθούσατε να καπνίζετε ακόμα και αν σας είχε διαγνωσθεί πάθηση στην καρδιά;**
 - Ναι Όχι

- **Ποια νομίζετε ότι είναι η αιτία που καταφεύγουμε στο φαγητό κι έτσι οδηγούμαστε στην παχυσαρκία και συνεπώς σε προβλήματα καρδιάς;**
 - Ψυχολογικά αίτια Γονίδια – Κληρονομικότητα
 - Άγχος -Κούραση Πείνα

- **Πόσες φορές την εβδομάδα πραγματοποιείτε σωματική άσκηση;**
 - 1 φορά την εβδομάδα 2 φορές την εβδομάδα
 - 3 φορές την εβδομάδα Άλλο... Καθόλου

- **Πιστεύετε ότι η κακή στοματική υγιεινή μπορεί να προκαλέσει προβλήματα καρδιάς;**
 - Ναι Όχι

- **Πιστεύετε ότι το άγχος από τις συνθήκες διαβίωσης μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή νόσο;**
 - Ναι Ίσως Όχι

- **Ποιος κατά τη γνώμη σας είναι ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπίσετε τους παράγοντες που οδηγούν στα καρδιακά νοσήματα;**
 - Μεσογειακή διατροφή Σωματική άσκηση
 - Τακτική παρακολούθηση από γιατρό Όλα τα παραπάνω

- **Πιστεύετε ότι ένας «καθοδηγητής» γιατρός μπορεί να συμβάλει σε μεγάλο ποσοστό στην αλλαγή αντίληψης των ασθενών απέναντι στη συστηματική θεραπεία;**
 - Πάρα πολύ Πολύ Πολύ λίγο Καθόλου

Ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο σας!

9.3. ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

1. Φύλο

Άνδρας=α, Γυναίκα=β

2. Ηλικία

25-35=α, 35-45=β, 45-55=γ, 55-65=δ, 65 και άνω=ε

3. Μορφωτικό επίπεδο

Πρωτοβάθμια εκπαίδευση=α, Δευτεροβάθμια εκπαίδευση=β,
Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Α.Ε.Ι., Α.Τ.Ε.Ι.)=γ

4. Καταγωγή

Εξωτερικό=α, Ελλάδα=β

5. Διαμονή

Αττική=α, εκτός Αττικής=β

6. Οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου

Ναι=α, Όχι=β

7. Πάσχων παράγοντας ασθενή

Χοληστερόλη=α, Αρτηριακή πίεση=β, Σακχαρώδη διαβήτης=γ, Κανένας από τους τρεις=δ

8. Παράγοντες που πιστεύουν ότι οδηγούν σε καρδιακές παθήσεις

- Χοληστερόλη=α
- Αρτηριακή πίεση=β
- Παχυσαρκία=γ
- Κάπνισμα=δ
- Άγχος – Στρες=ε
- Έλλειψη σωματικής άσκησης=στ
- Διαταραχές ύπνου=ζ

- Στοματική υγιεινή=η
- Αλκοόλ – Ποτά=θ
- Ηλικία – Φύλο=ι
- Οικογενειακό περιβάλλον=κ
- Ατμοσφαιρική ρύπανση=λ

9. Καπνιστής / καπνίστρια

Ναι=α, Όχι=β

10. Αριθμός τσιγάρων

Κάτω των 10 την ημέρα=α, 10-20την ημέρα=β, 20 και άνω την ημέρα=γ

11. Συνέχιση καπνίσματος εφόσον υπάρχει πάθηση στην καρδιά

Ναι=α, Όχι=β

12. Αιτία που νομίζουν ότι καταφεύγουμε στο φαγητό

Ψυχολογικά αίτια=α, Γονίδια – κληρονομικότητα=β, Άγχος –
κούραση=γ, Πείνα=δ

13. Σωματική άσκηση

1 φορά την εβδομάδα=α, 2 φορές την εβδομάδα=β, 3 φορές την
εβδομάδα=γ, Άλλο=δ, Καθόλου=ε

**14. Η κακή στοματική υγιεινή πιστεύουν ότι προκαλεί προβλήματα
καρδιάς**

Ναι=α, Όχι=β

15. Το άγχος πιστεύουν ότι οδηγεί σε καρδιακή νόσο

Ναι=α, Ίσως=β, Όχι=γ

16. Καλύτερος τρόπος για αντιμετώπιση των παραγόντων

Μεσογειακή διατροφή=α, Σωματική άσκηση=β, Τακτική
παρακολούθηση από γιατρό=γ, Όλα τα παραπάνω=δ

- 17. Ένας «καθοδηγητής» γιατρός πιστεύουν ότι βοηθά στην αλλαγή στάσης απέναντι στη συστηματική θεραπεία**
Πάρα πολύ=α, Πολύ=β, Πολύ λίγο=γ, Καθόλου=δ

* Οι αναπάντητες ερωτήσεις καταγράφονται στην κωδικοποίηση.

9.4. ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΚΑΤΑΓΩΓΗ	ΔΙΑΜΟΝΗ	ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ
α=56	α=42	α=09	α=05	α=96	α=41
β=44	β=28	β=22	β=95	β=04	β=59
	γ=16	γ=69			
	δ=08				
	ε=06				
Σύνολο:100	Σύνολο:100	Σύνολο:100	Σύνολο:100	Σύνολο:100	Σύνολο:100

ΠΑΣΧΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΕΡ.(8)	ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ/ ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ	ΕΡ.(11)	ΕΡ.(12)
α=15	α=77	α=54	α=25	α=11	α=67
β=12	β=75	β=46	β=20	β=67	β=22
γ=00	γ=86		γ=09	Αναπάντητες=22	γ=49
δ=72	δ=75		Αναπάντητες=46 μη καπνιστές		δ=25
Αναπάντητη=01	ε=74				Αναπάντητη=01
	στ=66				
	ζ=14				
	η=14				
	θ=42				
	ι=30				
	κ=38				
	λ=18				
Σύνολο:100	-	Σύνολο:100	Σύνολο:100	Σύνολο:100	-

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ	ΕΡ.(14)	ΕΡ.(15)	ΕΡ.(16)	ΕΡ.(17)
$\alpha=22$	$\alpha=64$	$\alpha=77$	$\alpha=10$	$\alpha=29$
$\beta=05$	$\beta=35$	$\beta=23$	$\beta=11$	$\beta=54$
$\gamma=13$	Αναπάντητη=01		$\gamma=00$	$\gamma=17$
$\delta=13$			$\delta=85$	$\delta=00$
$\epsilon=47$				
Σύνολο:100	Σύνολο:100	Σύνολο:100	-	Σύνολο:100