

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ιανουάριος – Μάρτιος 2001

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΕΛΛΑΔΟΣ



NOSILEFTIKI Volume 40
Issue 1
January – March 2001

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC
NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαίο Περιοδικό του Εθνικού Συνδέσμου
Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος

Τόμος 40 • Τεύχος 1 • Ιανουάριος – Μάρτιος 2001

Περιεχόμενα

1. Οδηγίες για τους συγγραφείς 4
2. Άρθρο Σύνταξης 7
A. Παπαδαντωνάκη

Ανασκοπήσεις

1. Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας 8
B. Ραφτόπουλος, E. Θεοδοσοπούλου
2. Η σχέση μεταξύ θεωρίας, έρευνας και πράξης
στη Νοσηλευτική: βιβλιογραφική ανασκόπηση 24
Σ. Λαχανά
3. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
στις υπηρεσίες Υγείας 34
A. Μεγαλακάκη, M. Χατζοπούλου
4. Εργονομία – Οργάνωση χειρουργείου και
μηχανική σώματος προσωπικού 41
Δρ M. Τσιριντάνη, B. Μπουρνά, Δρ Σ. Μπινιώρης
5. Αλκοόλ: Ποιος ο ρόλος του
στην καρδιαγγειακή νόσο 51
Σ. Ζαργκλής
6. Η ακούσια νοσηλεία
των ψυχικά ασθενών 56
B. Μούγια

Επίκαιρο Θέμα

1. Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελληνική Νοσηλευτική 62
Δρ E. Κυριακίδου

Ερευνητικές Εργασίες

1. Πληροφόρηση και περιεχειρητική διδασκαλία
καρδιοχειρουργημένων ασθενών 67
*A. Μερκούρης, Λ. Βασταρδής
E. Διακομοπούλου, A. Καλογιάννη
Δ. Πιστόλας, M. Αργυρίου, E. Αποστολάκης*
2. Ομάδα Υγείας: Διεπαγγελματική συνεργασία
συγκρούσεις, και διαχείριση συγκρούσεων 75
Δρ. Δ. Σαπουντζή-Κρέπια
3. Κατασκίνωση παιδιών και εφήβων με
Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I:
Οφέλη στη ρύθμιση της νόσου 82
Κ. Πολυμέρη, I. Θυμέλλη
4. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά εγκαυμάτων
σε παιδιατρικό νοσοκομείο 89
*B. Μάτζιου, H. Μπροκαλάκη, A. Κορομπέλη
Φ. Παπαδοπούλου*
5. Μόνιμη Κολοστομία:
Δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα 94
Γ. Σαββοπούλου

Αναλυτικές οδηγίες για τους συγγραφείς 104



NOSILEFTIKI

Quarterly Publication of the Hellenic National
Graduate Nurses Association

Volume 40 • Issue 1 • January – March 2001

Contents

1. Instructions to authors 4
2. Editorial 7
A. Papadantonaki

Reviews

1. The quality in Health care sector 8
B. Raftopoulos, H. Theodosopoulou
2. The relationship between theory, research and
practice in Nursing: a literature review 24
S. Lahana
3. Total Quality Management
in Health care 34
A. Megalaki, M. Hatzopoulou
4. Ergonomics – Management in the operating
room and body mechanics 41
Dr M. Tsirintani, V. Bourna, Dr S. Binioris
5. Alcohol: Which is its effect
on cardiovascular disease 51
S. Zarglis
6. Involuntary hospitalization
of psychiatric patients 56
V. Mougia

Annotation

1. Greek Nursing and European Union 62
Dr E. Kyriakidou

Research Papers

1. Information and perioperative
education of cardiac surgery patients 67
*A. Mercouris, L. Vastardis
E. Diacomopoulou, A. Caloyianni
D. Pistolas, M. Argyriou, E. Apostolakis*
2. Health Care Team: Interprofessional
collaboration and the management of conflict 75
D. Sapountzi-Krepia
3. Summer camps for children
and adolescents with Diabetes Melitus type I:
Benefits on the disease control 82
C. Polymeri, I. Thymelli
4. Burns in childhood: epidemiological
characteristics 89
*V. Matziou, H. Brokalaki, A. Korobeli
F. Papadopoulou*
5. Permanent Colostomy:
It is not the only problem 94
G. Savopoulou

Detailed instructions to authors 104

Νοσηλευτική 1, 51-55, 2001

Αλκοόλ: Ποιος ο ρόλος του στην καρδιαγγειακή νόσο

Στράτος Ζαργκλής, Νοσηλεύτης

Π.Γ.Ν.Ν.Θ. «Σωτηρία» Αθήνα

Περίληψη. Στην παρούσα ανασκόπηση συζητείται η πρόσφατη βιβλιογραφία που αναφέρεται στον ρόλο του οινοπνεύματος στην καρδιαγγειακή νόσο, αφού αυτή η κατηγορία νοσημάτων μαζί με τα κακοήθη νοσήματα και τα ατυχήματα φαίνεται να ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος της συνολικής θνησιμότητας.

Αν και η χρόνια κατανάλωση οινοπνεύματος έχει συσχετιστεί με υπέρταση, εγκεφαλικά επεισόδια και αιφνίδιο θάνατο, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός μελετών που δείχνουν ότι η μικρή λήψη αλκοόλ σχετίζεται με μείωση του ρυθμού ανάπτυξης της θνησιμότητας από τις καρδιαγγειακές παθήσεις και ιδιαίτερα από τη στεφανιαία νόσο.

Η γενική θνησιμότητα φαίνεται να είναι μικρότερη στους χρήστες από ό,τι στους απέχοντες, με ένα σχετικό κίνδυνο που φαίνεται να είναι μικρότερος του 0,90. Παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η ποσότητα οινοπνεύματος, το κάπνισμα φαίνεται να επηρεάζουν τη θνησιμότητα στους καταναλωτές οινοπνευματωδών ποτών.

Παρά τον προστατευτικό ρόλο που δείχθηκε, σε αρκετές επιδημιολογικές μελέτες, να έχει η κατανάλωση μικρών έως μέτριων ποσοτήτων οινοπνεύματος, όσον αφορά τη γενική θνησιμότητα και γενικότερα αυτή από στεφανιαία νόσο, οι συστάσεις του ΠΟΥ είναι αντίθετες με την κατανάλωση αλκοόλ.

Συζητείται επίσης το πρόβλημα διαμόρφωσης «ασφαλών» ορίων και προσεγγίζονται οι μεθοδολογικές δυσκολίες που συναντούν οι επιδημιολογικές μελέτες στις οποίες ερευνάται η επίδραση της χρήσης οινοπνεύματος στην υγεία.

Λέξεις-κλειδιά:

καρδιαγγειακή νόσος, θνησιμότητα, αλκοόλ, κατάχρηση.

Nosileftiki 1, 51-55, 2001

Alcohol: Which is its effect on cardiovascular disease

Stratos Zarglis, RN

D.G.H.T.H.D. «Sotiria» Athens

Abstract. This review discusses recent epidemiological data concerning the effects of alcohol consumption on cardiovascular disease along with certain cancers and traffic accidents, are among the main causes of overall mortality.

Structural morphological changes, priclinal cardiomyopathy, hypertension and atrial fibrillation are observed more frequently among individuals with heavy alcohol intake. Most major studies have demonstrated a U-shaped relationship between the level of alcohol consumption and all cause mortality largely as a consequence of lower death rates from coronary heart disease recorded in moderate drinkers. The biologically effective dose of alcohol on mortality in women is approximately two standard drinks per day less than that in men.

Despite some reports which support that drinking small amounts of alcohol may prolong life, the WHO denounces the possible health benefits of alcohol, emphasizing the importance of other ways of reducing the risk of cardiovascular disease.

The problem of recommended «safe limits» of alcohol intake is discussed. The methodological difficulties along with the epidemiological studies inherent in are presented and subjects which have not been fully explored research priorities, are listed at the end of the review.

Key words:

cardiovascular disease, mortality, alcohol use, alcohol abuse.

Προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση / κατάχρηση οινοπνεύματος

Η ενεργητική επίδραση που έχει το οινόπνευμα στις κοινωνικές σχέσεις, στην ψυχική ευεξία και τη χαλάρωση είναι γνωστή από τα πολύ παλιά χρόνια. Γνωστές όμως είναι και οι ζημιές που προκαλούνται από τη μακροχρόνια κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος. Αρκετές συζητήσεις για τη σχέση του αλκοόλ με έναν αριθμό νόσων, ατυχημάτων, τροχαίων, κακώσεων, ψυχώσεων, νευροεκφυλιστικών διεργασιών και κακοθών νεοπλασιών έχουν κατά καιρούς διεξαχθεί¹. Συχνά οι υγειονομικοί της Π.Φ.Υ. καλούνται να αντιμετωπίσουν προβλήματα, καταστάσεις υγείας και νοσήματα που συνδέονται με τη χρήση / κατάχρηση οινοπνεύματος. Αυτά μπορεί να είναι σωματικά, ψυχικά ή και κοινωνικά. Από τα σωματικά προβλήματα με τα οποία πιο συχνά αυτοί έρχονται σε επαφή, αναφέρεται η λιπώδης διήθηση και κίρρωση του ήπατος, έλκος του στομαχιού και παθήσεις των αναπνευστικών οργάνων και των νεφρών και τα ατυχήματα, ενώ από τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αναφέρονται τα οικονομικά προβλήματα, οι συζυγικές συγκρούσεις, η αδυναμία εκτέλεσης εργασίας και η απόρριψη των παιδιών².

Η πιο σοβαρή από τις συνέπειες του αλκοολισμού είναι η προσβολή του εγκεφάλου, από την οποία προκύπτουν διάφορες διανοητικές και ψυχικές διαταραχές: αλκοολική άνοια, ακρισία, μελαγχολία, νόσος του Κορσακόφ (αμνησία, φανταστικές διηγήσεις κτλ.)³.

Κατάθλιψη συνυπάρχει σε υψηλό ποσοστό στα άτομα με κατάχρηση οινοπνεύματος, ενώ αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος από μαθητές γυμνασίων φαίνεται να συνδέεται με αυξημένη επίπτωση καταθλιπτικών διαταραχών και διαταραχών καταστρεπτικής συμπεριφοράς, καθώς και χρήση τοξικών ουσιών και καπνού⁴.

Η κατανάλωση οινοπνεύματος έχει ακόμη συσχετιστεί και με οφθαλμολογικές παθήσεις και ιδιαίτερα με τον καταρράκτη (σχετικός κίνδυνος 1,31 γι' αυτούς που καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά, σε σύγκριση με εκείνους που καταναλώναν ποτά όχι περισσότερο από μία φορά το μήνα).

Η σχέση του αλκοόλ με τα ατυχήματα έχει ιδιαίτερα συζητηθεί και το 1/3 περίπου των ασθενών που εισάγονται σε ορθοπεδική κλινική μετά από μία έκτακτη ή προγραμματισμένη εισαγωγή φαίνεται να έχουν καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά σε επικίνδυνα επίπεδα⁵.

Η ανασκόπηση αυτή αποσκοπεί στη συζήτηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας για τον ρόλο της χρήσης του οινοπνεύματος στην εμφάνιση ισχαιμικής νόσου. Η επικέντρωση αυτή στην καρδιαγγειακή νόσο γίνεται για τους εξής κυρίως λόγους:

1. Αυτή η κατηγορία νοσημάτων μαζί με τα ατυχήματα και τις κακοήθειες νεοπλασίες φαίνεται να είναι υπεύθυνες για το μεγαλύτερο μέρος της συνολικής θνησιμότητας που συνδέεται με τη χρήση και την κατάχρηση οινοπνεύματος.

2. Αρκετές συζητήσεις έχουν γίνει για τον προστατευτικό ρόλο του οινοπνεύματος και τη σχέση του με την επίπτωση της στεφανιαίας νόσου, καθώς και τα «ασφαλή» όρια της καθημερινής λήψης του.

Το οινόπνευμα προστατεύει την καρδιά αλλά σε μικρές ποσότητες

Η χρόνια κατανάλωση οινοπνεύματος έχει συσχετιστεί με υπέρταση, εγκεφαλικά επεισόδια και αιφνίδιο θάνατο. Επίσης, η κατανάλωση οινοπνεύματος βρέθηκε να συσχετίζεται με την παρουσία ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Τα συνολικά όμως ποσοστά θνησιμότητας είναι γενικά ελαφρώς χαμηλότερα σε όσους καταναλώνουν οινοπνευματώδη με μέτρο, από ό,τι σε αυτούς που δεν καταναλώνουν καθόλου. Είναι γνωστό ότι η κατανάλωση μικρών ποσοτήτων οινοπνεύματος μειώνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο, ενώ είναι επίσης πιθανό ότι συμβάλλει και στη διαπιστωθείσα από χρόνια χαμηλή επίπτωση στεφανιαίας νόσου της καρδιάς στις χώρες της Μεσογείου.

Υπάρχει μια πληθώρα ενδείξεων, που δείχνουν ότι η μικρή λήψη αλκοόλ σχετίζεται με μείωση του ρυθμού ανάπτυξης της θνησιμότητας από τις καρδιαγγειακές παθήσεις και ιδιαίτερα από τη στεφανιαία νόσο⁶. Η προστατευτική αυτή δράση αποδίδεται σε μια ανασταλτική επίδραση της αιθανόλης στα αιμοπετάλια. Έχει δειχθεί ότι η αιθανόλη, προστιθέμενη *in vitro*, αναστέλλει τη φωσφολιπάση A2 σε διεγερμένα αιμοπετάλια. Επίσης, η αγγειοδιαστολή από το αλκοόλ συμβάλλει στη σταδιακή αλλαγή (μείωση) του συνολικού αριθμού αιμοπεταλίων, του λόγου προστακυκλίνης προς θρομβοξάνη και στην αύξηση των ινοδολυτικών δραστηριοτήτων⁷. Ακόμη, αναλύσεις των επιπέδων στο πλάσμα διαφόρων βιοχημικών μεταβλητών, αντίστοιχα με την ηλικία, το κάπνισμα και τον δείκτη μάζας σώματος, έδειξε μια σημαντική αύξηση της συγκέντρωσης των γ-γλουταμυλτρανσπεπτιδασών και της απολιπρωτεΐνης

Α1 σε άτομα που πίνουν καθημερινά, από ό,τι σε αυτά που δεν πίνουν. Επίσης, τα επίπεδα στο πλάσμα της ατοκοφερόλης και της ρετινόλης βρέθηκαν σημαντικά αυξημένα στα άτομα που πίνουν⁸. Αυτοί οι μηχανισμοί θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν την προστατευτική δράση του οινοπνεύματος, όπως αυτή αντανακλάται στη σχέση της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ και επιπέδου επιβίωσης.

Η κατανάλωση αλκοόλ έχει πολλαπλές επιδράσεις στον μεταβολισμό των λιποπρωτεϊνών, μειώνοντας τα επίπεδα της LDL και της λιποπρωτεΐνης (α) και αυξάνοντας τα επίπεδα της HDL^{6,8}. Η προστατευτική δράση του αλκοόλ κατά της στεφανιαίας νόσου μπορεί να εξηγηθεί μερικά από τις λιποπρωτεϊνικές αυτές μεταβολές⁶. Φαίνεται ότι υπεύθυνα για την αύξηση των επιπέδων HDL-χοληστερόλης είναι τα χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης αιθανόλης (<3 ποτά ή 42gr.)⁸. Οι θάνατοι από στεφανιαία νόσο μειώνονται όσο μεγαλύτερη είναι η συγκέντρωση της HDL-χοληστερόλης, με όριο μεγαλύτερης συγκέντρωσης τα 1,75mmol C/L⁷. Αύξηση της συγκέντρωσης της HDL-χοληστερόλης πάνω από 1,75mmol C/L αυξάνει τη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο⁸.

Γενικά, πολλές έρευνες συγκλίνουν στο ότι οι άνθρωποι που καταναλώνουν ένα ή δύο ποτά την ημέρα εμφανίζουν χαμηλότερη θνησιμότητα, όταν συγκριθούν με εκείνους που καταναλώνουν περισσότερο ή με εκείνους που δεν πίνουν καθόλου⁹, αν και η προστατευτική αυτή επίδραση φαίνεται να είναι ασθενής¹⁰.

Όσον αφορά την αιθανόλη και ειδικά την αιθανόλη του κρασιού, έχει βρεθεί αρνητική συσχέτιση με τις καρδιαγγειακές παθήσεις, αλλά όχι και με τη μακροζωία του πληθυσμού^{10,11}. Υπάρχει ένδειξη ότι το κρασί, και ειδικά το κόκκινο, μπορεί να παρέχει μεγαλύτερη προστασία από ό,τι άλλες αλκοολούχες ουσίες. Η επιδημιολογική έρευνα εδώ συναντά δυσκολίες, επειδή οι άνθρωποι που προτιμούν το κρασί έχει βρεθεί ότι έχουν υψηλότερο επίπεδο ζωής, καλύτερο προφίλ όσον αφορά τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, είναι πιο μορφωμένοι και καπνίζουν λιγότερο¹¹.

Αυξημένο, επίσης, ουρικό οξύ μπορεί να σχετίζεται με αύξηση των καρδιαγγειακών παθήσεων σε όσους καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά^{11,12}.

Η σχέση ανάμεσα στο αλκοόλ και στην υπέρταση έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλά χρόνια¹³. Μελέτες έδειξαν ότι το αλκοόλ αυξάνει την αρτηριακή πίεση, η οποία αυξάνεται και μειώνεται μέσα σε διάστημα αρκετών ημερών, ενώ ο μηχανισμός που εξηγεί αυτές τις

μεταβολές δεν έχει εξακριβωθεί ακόμα¹³. Είναι επίσης πιθανό το αλκοόλ να μην ευθύνεται και τόσο για την υπέρταση, αλλά μάλλον για μια γρήγορη, αναστρέψιμη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, που δεν μπορεί να ενοχοποιηθεί για βλάβη στα αγγεία⁶. Ωστόσο, μοιάζει παράδοξο το γεγονός ότι, αν και το αλκοόλ συνδέεται αιτιολογικά με την υπέρταση, δεν υπάρχει πειστική απόδειξη ότι σχετίζεται και με καρδιαγγειακά προβλήματα, που είναι απόρροια αυτής, όπως είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και το έμφραγμα μυοκαρδίου.

Δομικές αλλαγές στη μορφολογία της καρδιάς αναπτύχθηκαν σε μεγάλο αριθμό χρόνιων αλκοολικών, καθώς και προκλινική μυοκαρδιοπάθεια, ιδιαίτερα σε όσους εμφάνιζαν ηπατική αλκοολοπάθεια. Τέλος, όταν υπάρχει προδιάθεση για μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, μπορεί να προκαλέσει μεσοκοιλιοκοιλιακό ινδισμό ή ακόμη και θάνατο από αρρυθμία¹³.

Επίδραση της χρήσης οινοπνεύματος στη συνολική θνησιμότητα

Η γενική θνησιμότητα φαίνεται να είναι μικρότερη στους χρήστες από ό,τι στους απέχοντες, με ένα σχετικό κίνδυνο που φαίνεται να είναι μικρότερος του 0,90. Μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν άνδρες μέσης και τρίτης ηλικίας (55-74 ετών) στη Honolulu Heart Project έδειξε ένα προστατευτικό αποτέλεσμα γι' αυτούς που καταναλώνουν πολύ μικρές ποσότητες οινοπνεύματος (1-4,9ml οινόπνευμα κάθε φορά), όσον αφορά τη συνολική θνησιμότητα από καρδιαγγειακή νόσο. Στη μελέτη αυτή, ακόμη, δείχθηκε ότι η αύξηση στην κατανάλωση οινοπνεύματος, αν και όχι σημαντικά, συσχετίζεται με θανατηφόρα και μη επεισόδια αγγειακής εγκεφαλικής νόσου. Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι η μικρή έως μέτρια χρήση οινοπνεύματος (1,5-2,9g/ημέρα) στις γυναίκες σχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο, ενώ μεγαλύτερη κατανάλωση μοιάζει να συσχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα θανάτου από άλλες αιτίες και κυρίως από Ca του μαστού¹². Το όφελος στις γυναίκες από τη χρήση οινοπνεύματος ήταν ιδιαίτερα φανερό σε εκείνες με παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο και με ηλικία μικρότερη των 50 ετών. Η μειωμένη αυτή θνησιμότητα φαίνεται να αντιστρέφεται, όταν αυξάνεται η ημερήσια κατανάλωση οινοπνεύματος.

Ετσι, σύμφωνα με μια πρόσφατη μεταανάλυση των σχετικών κινδύνων που προέκυπταν από 148 επιδημιολογικές μελέτες, οι Holman et al. βρήκαν ότι ο σχε-

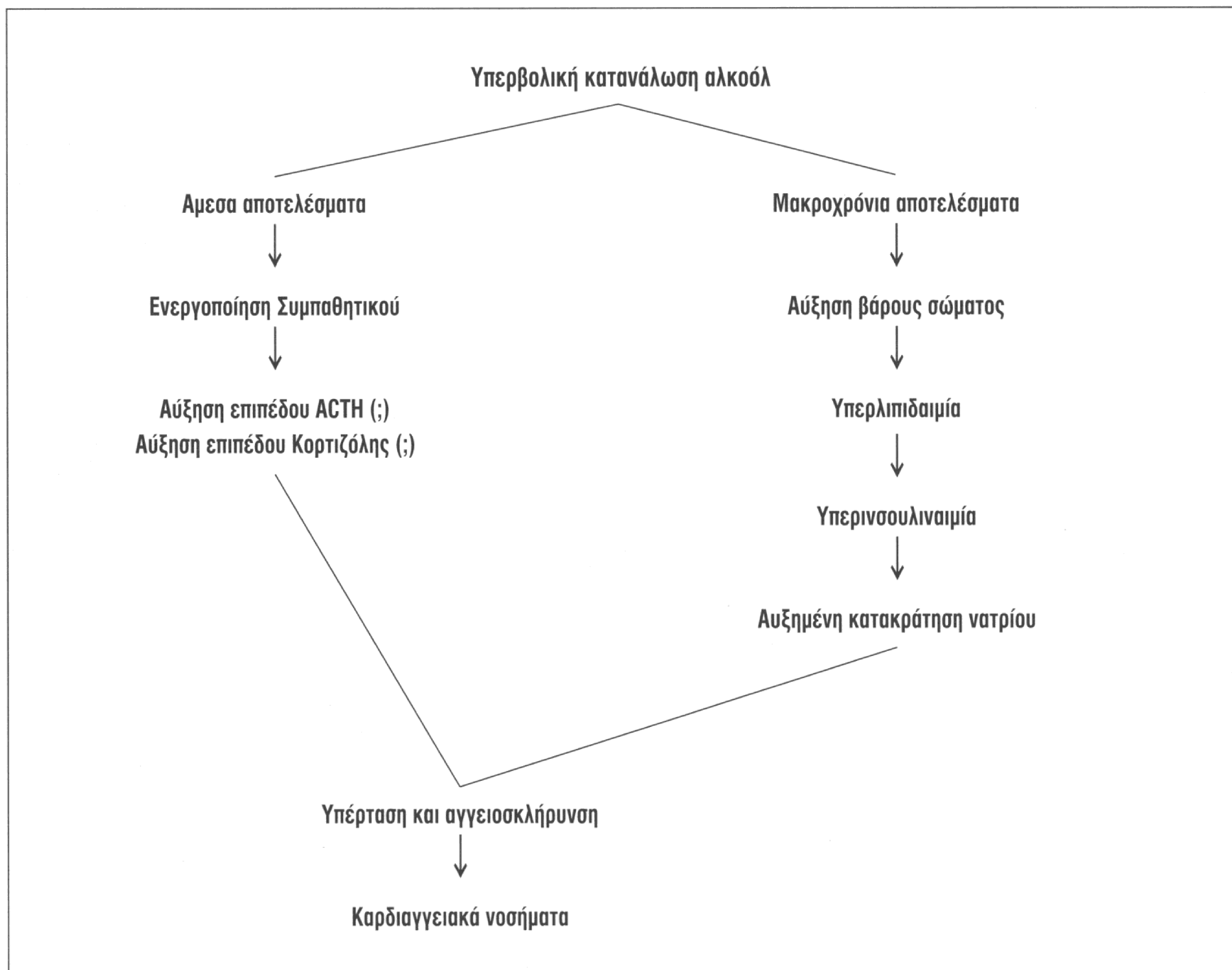
τικός κίνδυνος της θνησιμότητας από όλα τα αίτια, από 0,84 στους άνδρες καταναλωτές μικρών έως μέτριων ποσοτήτων αλκοόλ γίνεται 1,1 στην κατανάλωση 3-3,9 ποτών, για να αυξηθεί στα 1,37 στην κατανάλωση 6 ή περισσότερων ποτών. Για τις γυναίκες, ο σχετικός κίνδυνος αυτών που καταναλώνουν 0-0,9 ποτά έναντι αυτών που απέχουν βρέθηκε 0,88 και 1,13 γι' αυτές που καταναλώνουν 2-2,9 ποτά¹⁴.

Παρά τον προστατευτικό ρόλο που δείχθηκε στις επιδημιολογικές αυτές μελέτες να έχει η κατανάλωση μικρών έως μέτριων ποσοτήτων οινοπνεύματος, όσον αφορά τη γενική θνησιμότητα και ειδικότερα αυτή από στεφανιαία νόσο, οι συστάσεις δημόσιας υγείας είναι αντίθετες με την κατανάλωση αλκοόλ. Ο Στόχος 17 του Π.Ο.Υ. είναι να ελατρωθεί σημαντικά σε όλα τα έ-

θνη η κατανάλωση εξαρτησιογόνων ουσιών, όπως το αλκοόλ. Όσον αφορά τις καρδιαγγειακές παθήσεις, μπορεί να συμπεράνει κανείς ότι, σε επίπεδο πληθυσμού και ανάλογα με την έκταση της κατανάλωσης, η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ από τους ευρωπαϊκούς πληθυσμούς θα συντελέσει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας¹⁵.

Το αύριο

Η ευνοϊκότερη στρατηγική για την υγεία φαίνεται να είναι η κατανάλωση όχι πάνω από 2 ποτήρια την ημέρα ή μισό έως ένα ποτό την ημέρα¹⁶. Αρκετή συζήτηση όμως διεξάγεται μέχρι σήμερα για τα «ασφαλή» όρια (limits) ή «επίπεδα» (levels) που θα περιέχουν οι συστά-



Σχήμα 1. Πιθανή αιτιοπαθογενετική σχέση αλκοόλ – υπέρτασης

σεις προς τον γενικό πληθυσμό. Η δημοσίευση στο BMJ του John Kemm, που κατέληγε στη διαμόρφωση οδηγιών για ασφαλή όρια κατανάλωσης οινοπνευματωδών μεταξύ 21 και 18 μονάδων την εβδομάδα, συνάντησε αρκετή κριτική¹⁷. Παρόλο που τα επίπεδα για χωρίς κίνδυνο κατανάλωση οινοπνευματωδών ολοένα και ελαττώνονται, φαίνεται να μην υπάρχει επαρκής απόδειξη για την υιοθέτηση τόσο «στενών» διαχωριστικών ορίων και περαιτέρω μελέτη και έρευνα απαιτείται στην κατεύθυνση αυτή. Οι υγειονομικοί, γενικά, συμβουλεύοντας τους πελάτες τους, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα ατομικά χαρακτηριστικά και τους ιδιαίτερους προσωπικούς παράγοντες που επιδρούν και επηρεάζουν την υγεία τους¹⁸.

Οι επιδημιολογικές μελέτες που θα διεξαχθούν θα πρέπει:

– να αντιμετωπίσουν τα μεθοδολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν συνήθως οι περισσότερες από αυτές, όπως την αδυναμία ελέγχου και αντικείμενα επιβεβαίωσης για την πραγματική ποσότητα οινοπνεύματος που καταναλώνεται, την έλλειψη πληροφόρησης, που αφορά τα πρότυπα κατανάλωσης οινοπνεύματος πριν από την εκτίμηση στην αρχική εξέταση της μελέτης, καθώς και την κακή ταξινόμηση των ατόμων στην ομάδα ελέγχου,

– να αντιμετωπίσουν τους συγχυτικούς παράγοντες, όπως το κάπνισμα, και διάφορους διατροφικούς παράγοντες.

Βιβλιογραφία

1. Abiodun OA. Alcohol - related problems in primary Care patient in Nigeria". *Acta phyChiatr sCand* 1996, 93: 235-239.
2. Jauhar P, Watson AS. Severity of Alcohol dependence in the East End of Glasgow. *Alcohol* 1995, 30:67-70.
3. Ciark DB, Jacob RG, Mezzich A. Anxiety and Conduct disorders in early onset Alcoholism. *Blutalkohol* 1994, 31: 33-39.
4. Rhode P, Lewingohn PM, Seeley IR. Psychiatric Comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1996, 35Q: 101-109.
5. Poon A, Owen J, Gusbers AJ. Identification of at-risk drinkers in an orthopedic inpatient population. *Aust N Zl Surg* 1994, 64: 775-779.
6. Manson JE, Christen WG, Seddon JM, Glunn RJ, Hennekes CH. A prospective Study of alcohol consumption and risk of cataract. *Am J Prev Med* 1994, 10: 156-161.
7. Ahlawat SK, Slwach SB. Alcohol and Coronary artery disease. *Int J Cardiol* 1994, 44: 157-162.
8. Kannel WB, Ellison RC. Alcohol and Coronary heart disease: the evidence for a pro-protective effect. *Clin Chim Acta* 1996, 246: 59-76.
9. Rimm EB, Klatsky A, Grobee D, Stampfer MJ. Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine or spirits? *BMJ* 1996, 312: 731-736.
10. Schneider J, Kaffarnik H, Steinmetz A. Alcohol, Lipid metabolism and coronary heart disease. *Herz* 1996, 21: 217-226.
11. Paunio M, Virtamo J, Gref CG, Heinonen OP. Serum high density lipoprotein cholesterol, alcohol and coronary mortality in male smokers. *BMJ* 1996, 312: 1200-1203.
12. Weijenberg MP, Feskens EJ, Kromhout D. Total and high density lipoprotein cholesterol as risk factors for coronary heart disease in elderly men during 5 years of follow - up. The Zutphen Elderly Study. *Am J Epidemiol* 1996, 143: 151-158.
13. Klatsky AL. Alcohol, Coronary disease and hypertension. *Annu Rev Med* 1996, 47: 149-160.
14. Holman CD, ENGLISH DR, Milne E, Winter MG. Meta-analysis of alcohol and all-cause mortality: a validation of NHMRC recommendations. *Med J Aust* 1996, 164: 141-145.
15. Criqui MH. Alcohol and Coronary heart disease: Consistent relationship and public health implications. *Clin Clim Acta* 1996, 246: 51-57.
16. Anderson P. WHO working group on population levels of alcohol consumption: OSLO, 14-16 December 1994. *Addiction* 1996, 91: 275-283.
17. WHO. WHO denounces health benefits of alcohol. *BMJ* 1995, 309: 1249.
18. Serdula MK., Byers T, Mokdad AH, Simdes E, Mendlein JM, Cotaes RJ. The association between fruit and vegetable intake and chronic disease risk factors. *Epidemiology* 1996, 7: 161-165.
19. Τσαπάρια ΑΜ. Θέματα Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Ηράκλειο 1995, 5: 45-51.

Υποβλήθηκε για δημοσίευση 12/1/2001