

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ερευνα : "Κάπνισμα και έμφραγμα του μυοκαρδίου".

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδαστών

- 1) Δέλιας Θεοδώρας
- 2) Πατσέα Κωνσταντίνου

Υπεύθυνη Καθηγήτρια

Όνοματεπώνυμο
Μαρία Παπαδημητρίου

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας
Όνοματεπώνυμα

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Πτυχιακή Εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα 31. 10. 1990



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	309
----------------------	-----

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	
Ευχαριστίες	
Εισαγωγή	

Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

α. Ιστορία του καπνού.....	1
β. Οι πρώτοι διωγμοί.....	3
γ. Γιατί καπνίζουν οι άνθρωποι;.....	4
δ. Γιατί οι άνθρωποι συνεχίζουν να καπνίζουν;.....	4
ε. Ποιός γίνεται καπνιστής;.....	6
στ. Το κάπνισμα είναι εθισμός.....	7
ζ. Η συνήθεια του καπνίσματος.....	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

α. Κάπνισμα	11
β. Οι κυριότερες βλαπτικές ουσίες του καπνού και η φαρμακολογική τους δράση.....	13
i. Νικοτίνη.....	13
ii. Μονοξειδίο του άνθρακα (CO).....	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

α. Διακοπή του καπνίσματος – Στερητικό Σύνδρομο.....	18
β. Σταματώντας και ξαναρχίζοντας.....	19
γ. Βοηθώντας τους καπνιστές να κόψουν το τσιγάρο.....	20
δ. Νοσολογικές συνέπειες του καπνίσματος.....	21
ε. Παθητικό κάπνισμα.....	23
στ. Κατασταλτικά του καπνίσματος.....	25
ζ. Αντικαπνιστικά προγράμματα.....	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

ΘΕΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

α. Συχνότητα του εμφράγματος.....	29
β. Ορισμός του εμφράγματος.....	29
γ. Θέση, έκταση, και αίτια του εμφράγματος.....	30
δ. Αποφραγόμενες αρτηρίες.....	31
ε. Προειδοποιητικές εκδηλώσεις.....	32
στ. Κλινικά ευρήματα.....	32
I. Συμπτώματα.....	32
II. Σημεία.....	35
ζ. Εργαστηριακή Διάγνωση.....	36
η. Στεφανιαία νόσος.....	40
θ. Περιφερικές αγγειοπάθειες (εγκεφαλικών και αγγείων των κάτω άκρων.....	44
ι. Θεραπευτική αντιμετώπιση του εμφράγματος.....	46
ια. Γενική αντιμετώπιση των αρρυθμιών του εμφράγματος.....	48
ιβ. Θεραπευτική αντιμετώπιση του αρράστου με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.....	50
ιγ. Πρόληψη του εμφράγματος του μυοκαρδίου.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

α. Νοσηλευτική παρέμβαση στο έμφραγμα του μυοκαρδίου.....	56
β. Θέση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού μετά την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου του εμφράγματος του μυοκαρδίου.....	69
γ. Θέση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού στην πρόληψη του εμφράγματος.....	72

Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

α. Μέθοδος και υλικό.....	74
β. Αποτελέσματα.....	76
γ. Συζήτηση.....	108
δ. Προτάσεις.....	119
ε. Περίληψη.....	122
στ. Summary.....	123
ζ. Επίλογος.....	124

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα Πτυχιακή εργασία έχει σκοπό την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού και ιδιαίτερα των νέων πάνω στο μεγάλο ιατροκοινωνικό πρόβλημα του καπνίσματος. Υπολογίζεται ότι περίπου 15.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο στη χώρα μας από παθήσεις που σχετίζονται με το κάπνισμα. Οι αριθμοί των θανάτων δίνουν στο κάπνισμα τον χαρακτηρισμό της "κοινωνικής μάστιγας". Το σπουδαιότερο όμως είναι ότι η μάστιγα αυτή μπορεί να προληφθεί, διότι είναι γνωστοί και μπορούν να αντιμετωπιστούν οι κυριότεροι αιτιολογικοί-νοσογόνοι παράγοντες.

Η εργασία έχει επίσης σκοπό την διαφώτιση των ανθρώπων που πάσχουν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου για την επίδραση του καπνού στην καρδιά, αλλά περισσότερο στοχεύει στο να κάνει γνωστή αυτή την επίδραση στους μη καπνιστές, ώστε να τους αποτρέψει να αρχίσουν το κάπνισμα. Επιγραμματικά δηλαδή, να σταματήσουν ή να ελαττώσουν το κάπνισμα οι καπνιστές και να μην το αρχίσουν ποτέ οι μη καπνιστές.

Στο Γενικό μέρος της εργασίας αναφέρονται, μεταξύ άλλων, η ιστορία του καπνού, οι αιτίες του καπνίσματος και οι συνέπειες του εθισμού, η φαρμακολογική δράση του καπνού και τέλος οι νοσολογικές συνέπειες του καπνίσματος γενικά στον οργανισμό και ειδικότερα η συμβολή του καπνίσματος στην εκδήλωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Στο Ειδικό μέρος παρουσιάζονται και αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας που έγινε μεταξύ εμφραγματιών στο Κρατικό Νοσοκομείο Πατρών "Άγιος Ανδρέας", καθώς και στο νοσοκομείο των Αθηνών "Ευαγγελισμός".

Η παρούσα Πτυχιακή εργασία ας θεωρηθεί σαν μια μικρή συμβολή στον αγώνα κατά του καπνίσματος και στην πρόληψη των καρδιακών παθήσεων και ειδικότερα στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το θέμα όμως "Κάπνισμα και έμφραγμα του μυοκαρδίου" είναι τεραστίο και εμπεριέχει πολύ μελέτη ακόμα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην κυρία Μαρία Παπαδημητρίου, καθηγήτρια των ΤΕΙ Πατρών του τμήματος Νοσηλευτικής και φοιτήτρια στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Πατρών, για τις υποδείξεις της και διορθώσεις στην διάρθρωση του ερωτηματολογίου και γενικά στην συγγραφή της εργασίας μας με την συγκέντρωση στοιχείων που μας υπέδειξε.

Στον κ. Ιωάννη Δετοράκη, Επόπτη Υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών και καθηγητή της Νοσηλευτικής Σχολής των ΤΕΙ Πατρών, για την φιλική συμβολή και τις υποδείξεις του στον σχεδιασμό και την δομή της εργασίας αυτής.

Στον κ. Ιωάννη Κάτσενο, φοιτητή του φυσικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Πατρών, για την φιλική του βοήθεια στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων με Ηλεκτρονικό Υπολογιστή, καθώς και για την δακτυλογράφηση και την επιμέλεια του κειμένου.

Στον κ. Νικόλαο Κούνη, Ιατρό Καρδιολόγο και καθηγητή των ΤΕΙ Πατρών, στο Τμήμα Νοσηλευτικής, για τις υποδείξεις του στη συλλογή ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι άνθρωποι χωρίζονται σε κατηγορίες ανάλογα με την φιλοσοφία τους, την αντίληψή τους για τον κόσμο και την ζωή, και πολύ συχνά, την απελπισία τους και την φτώχεια τους. Έτσι, τον περασμένο αιώνα, κάποιος υποστήριζε πως ο γνήσιος αυτός πλούτος, που λέγεται υγεία, αποτελεί ένα κεφάλαιο που πρέπει να ξεδουλευτεί στην διάρκεια της ζωής, μέρα με την ημέρα με αντάλλαγμα έντονες χαρές.

Το 1861 ο Γάλλος ποιητής Μποντλαίρ δημοσίευσε τους "Τεχνητούς Παραδείσους", όπου περιέγραφε τις προσωπικές του εμπειρίες από το χάσις και το όπιο. Πολλοί πείστηκαν πως άξιζε να καταστρέψουν την υγεία τους για να ζήσουν μια αξιοθαύμαστη ζωή, γεμάτη ηδονικά όνειρα και αυξημένη δημιουργικότητα. "Όχι δεν θέλω να κοιμάμαι πια" λέει ο Μποντλαίρ, που θεωρεί "ύπνο" το φυσιολογικό επίπεδο που εμείς αντιλαμβανόμαστε την πραγματικότητα. Και λέει ακόμα : "Η κοινή λογική λέει πως τα γήινα πράγματα διαρκούν λίγο και μόνο στα όνειρα υπάρχει η αληθινή πραγματικότητα". Ίσως, αλλά φαίνεται παράλογο ότι για να ονειρευτούμε και να δημιουργήσουμε πρέπει να καταπιούμε ουσίες που θα καταστρέψουν τον οργανισμό μας. Πέρα από κάθε στείρα και αμφισβητήσιμη ηθικολογία, επειδή πιστεύουμε ότι η ζωή πρέπει να είναι μια αλληλουχία από χαρές και ηδονές του σώματος και του νου, υποστηρίζουμε πως είναι απαραίτητο να διασώζουμε την σωματική μας ακεραιότητα και καταδικάζουμε κάθε κατάχρηση, κακές συνήθειες, διαφθορές. Και αυτό επειδή είναι βέβαιο πως μόνο ένα σώμα ακέρατο και υγιές μπορεί να χαρεί απόλυτα τις αληθινές χαρές που προσφέρει η ζωή.

Σήμερα ξέρουμε πως δεν υπάρχουν όρια στην ανθρώπινη μακροζωία. Στη Γεωργία της Σοβιετικής Ένωσης αναφέρονται περιπτώσεις φανταστικής μακροζωίας. Η περίπτωση ενός χωρικού που έζησε περίπου 170 χρόνια, κάνοντας παιδιά σε ηλικία 120 χρόνων, μοιάζει σ' αυτή τη γεωγραφική περιοχή σχεδόν φυσιολογικό να ξεπερνάει κανείς έναν αιώνα ζωής με καλή πάντα υγεία, σωματική και πνευματική. Ο καθαρός αέρας, το νερό που δεν έχει μολυνθεί, η υγιεινή διατροφή, η ελεύθερη και ήσυχη ζωή στο ύπαιθρο, η συνεχής

σωματική άσκηση μπορεί να μην φτάνουν για να εξηγήσουν την ασυνήθιστη αυτή μακροζωία. Είναι βέβαιο πως οι συνθήκες που ζει ο σύγχρονος άνθρωπος στις βιομηχανοποιημένες μεγαλουπόλεις, όλο το ψυχικό και σωματικό άγχος που υποβάλλεται έναντι στη θέλησή του, δεν μπορούν παρά να διαβρώσουν και τους πιο δυνατούς οργανισμούς. Να λοιπόν γιατί ενάντια στις απογοητεύσεις, τις ψυχολογικές αγωνίες και το καθημερινό άγχος στη ζωή της πόλης και την κατάκτηση του πλούτου και της επιτυχίας, οι άνθρωποι καταφεύγουν στα οινοπνευματώδη, στον καπνό, οποίος θεωρείται "καταφύγιο" από εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπους.

"Καπνίζετε, καπνίζετε ! Όπως και να 'ναι ο καρκίνος έρχεται" είπε κάποιος. Ίσως αυτή η φράση εξηγεί τη συμπεριφορά τόσων ανθρώπων. Γιατί να σταματήσουμε τα ποτά, τα τσιγάρα, όταν κάθε μέρα και όλη την ημέρα αναπνέουμε μολυσμένο αέρα, πίνουμε νερό με χλώριο, τρώμε περίπλοκα φαγητά με καρκινογόνες χρωστικές ουσίες;

Μοιάζουν λογικά τα ερωτήματα. Μα η απάντηση μπορεί να είναι διαφορετική. Πρέπει κάθε άνθρωπος, κάθε πολίτης να συνειδητοποιήσει τους κινδύνους που αντιμετωπίζουμε. Τα κουδούνια του συναγερμού έχουν χτυπήσει σ' όλο τον κόσμο. Βρισκόμαστε σ' έναν δρόμο που οδηγεί στην καταστροφή του πλανήτη μας, της κοινωνίας, αλλά και πάνω απ' όλα στη καταστροφή της χαράς της ζωής. Είναι επείγον να συστηθούν οργανισμοί ικανοί να υποχρεώσουν τις αρμόδιες αρχές να αντιμετωπίσουν τα οικολογικά προβλήματα, δίνοντας σε κάθε άνθρωπο, άνδρα, γυναίκα και προπάντων σε κάθε παιδί, ένα υγιεινό περιβάλλον και μια ελπίδα ζωής χωρίς άγχος.

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

α. Ιστορία του καπνού.

Από ότι γνωρίζουμε, ο καπνός ήταν άγνωστος στους Ευρωπαίους και τους Ασιάτες μέχρι που ανακαλύφθηκε ο Νέος Κόσμος. Όταν στις 12 Οκτωβρίου 1492 ο Κολόμβος έφτασε στις Δυτικές Ινδίες, οι Ινδιάνοι τον υποδέχτηκαν με αποξηραμένα φύλλα ενός ντόπιου φυτού. Για εκείνους τα φύλλα ήταν πολύτιμα και το δώρο ήταν μια ένδειξη εκτίμησης. Βλέποντας τους ιθαγενείς του Νέου Κόσμου να καπνίζουν τυλιγμένα φύλλα καπνού, εντυπωσιάστηκε τόσο, που αργότερα καταχώρησε το γεγονός στο ημερολόγιό του. Ο επίσκοπος Bartolome de las Casas έγραψε το 1527 πως οι Ινδιάνοι τοποθετούσαν "κάτι ξερά χορτάρια μέσα σε ορισμένου είδους φύλλα, που ήταν κι αυτά ξηραμένα, μ' έναν τρόπο που θα φτιάχνονταν ένα μουσκέτο (ρολό) από χαρτί. Αναβαν την μίαν άκρη και από την άλλη ρούφαγαν, απορροφώντας ή παίρνοντας τον καπνό μέσα τους με την αναπνοή. Με αυτό τον τρόπο μαστούρωναν, σαν μεθυσμένοι, και αυτό το έκαναν για να μην αισθάνονται κούραση. Αυτά τα μουσκέτα, τα αποκαλούν "ταμπάκο".

Ο Ροντρίγκο ντε Χερέθ, μέλος της ομάδας των Σπανιόλων, που αποβιβάστηκε στο νησί της Κούβας, βλέποντας τους Ινδιάνους να τυλίγουν τα αποξηραμένα φύλλα σε σωληνάρια, να τ' ανάβουν και να εισπνέουν τον καπνό, έγινε ο πρώτος Ευρωπαίος καπνιστής και έφερε την συνήθεια στην Ισπανία, όπου δημιουργήθηκαν οι πρώτες καλλιέργειες καπνού.

Τα φύλλα του καπνού τα συνιστούσαν για τη θεραπεία του στομαχόπνου, του έλκους, για το άσθμα και άλλες πνευμονικές παθήσεις, για τα τσιμπήματα ερπετών και εντόμων, για τα κρυολογήματα και τους ρευματισμούς.

Χρόνια μετά τον Κολόμβο και την ομάδα του, ήταν ο κατακτητής

Cortes που το 1518 πρωτογνώρισε την χρήση του καπνού και που προσπάθησε το 1519 να την διαδώσει στην Ευρώπη. Γενικά μέχρι τις αρχές του 17^{ου} αιώνα οι Ευρωπαίοι ήξεραν τον καπνό σαν ένα ιαματικό βότανο. Το κάπνισμα της πίπας έγινε μία συνήθεια, που απολάμβαναν εξίσου οι πρίγκιπες και οι κοινοί θνητοί, οι άνδρες, οι γυναίκες και τα παιδιά.

Ουσιαστικά όμως, η κατάκτηση της Ευρώπης από τον καπνό θα πρέπει να αρχίζει το 1560 όταν ο Γάλλος πρεσβευτής στην Πορτογαλλία Ζαν Νικότ, από του οποίου το επίθετο προέρχεται η ονομασία Νικοτίνη, εισήγαγε τον καπνό στη γαλλική αυλή και άρχισε να καλλιεργεί εκτάσεις με καπνόφυτο στην Ευρώπη. Τις πρώτες ευλογίες από την ευρωπαϊκή εξουσία πήρε ο καπνός από την ανεξίτηλη και φιλειρηνική Αικατερίνη των Μεδίκων. Αφότου χήρεψε από τον Ερρίκο Β', ανάμεσα στις ασχολίες της, όπου διακρίνονταν επιτυχείς επιδόσεις σε δηλητηριάσεις αντιπάλων και προσφυγές στις απόκρυφες επιστήμες, έθεσε υπό την βασιλική της προστασία και τον Νικότ και το κάπνισμα. Σε κείνη την αυλή, η *Nicotiana* μετονομάστηκε σε *herba Medicea* ή *Reginae*. Εκτός όμως από την γαλλική βασιλική αυλή, την χρήση του καπνού υιοθέτησε και η αγγλική. Αν στη γαλλική εισήλθε δια της διπλωματικής οδού στην αγγλική είχε πιο επική είσοδο. Ήταν ο Άγγλος στρατιωτικός, λαϊκός ήρωας, αυλικός και συγγραφέας, ο ρομαντικός αναζητητής του Ελντοράντο Sir W. Raleigh που αφού μαζί με τον κυβερνήτη της Βιρτζίνια R. Lane καλλιέργησε τον καπνό στην Αμερική το 1586, το εισήγαγε στην Ελισσαβετιανή αυλή, αντί για τους θησαυρούς της ουτοπίας του Ελντοράντο, που τελικά δεν βρέθηκε.

Αλλά δεν ήταν μόνο οι βασιλικές αυλές που ανάθρεψαν κι ανέδειξαν τον καπνό στην Ευρώπη του 16^{ου} αιώνα. Στην αρχή βοτανολόγοι όπως ο F. Fernandes το 1556 και ο N. Menardes το 1571 και αργότερα ο διάσημος για την εποχή του γιατρός Linnaeus έδωσαν τις ευλογίες της επιστήμης, προβάλλοντας τις θεραπευτικές επιδράσεις του καπνίσματος. Με τέτοια πιστοποιητικά ευγενικής καταγωγής, αλλά και επιστημονικής αποδοχής, η χρήση του καπνού γρήγορα διαδόθηκε στους λαούς της Ευρώπης.

β. Οι πρώτοι διώγμοι.

Όμως η γρήγορη διάδοση του καπνού στην Ευρώπη και την Ασία, δεν συνάντησε θετικές γνώμες από παντού. Χρειάστηκαν αιώνες για να γίνει αντιληπτό ότι ο καπνός δεν μπορούσε να θεωρηθεί σαν ιατρικό φυτό, αλλά σαν ναρκωτικό. Αρχισε τότε ο πόλεμος κατά του καπνού, που ακόμα συνεχίζεται. Ο Αβάς ο Α' στην Περσία, έβαλε να κόβουν την μύτη σ' όποιον μύριζε καπνό και να κόβουν τα χείλια σ' όποιον κάπνιζε. Στην Τουρκία ο Αμουράτ ο Δ' καταδίκασε σε θάνατο τους καπνιστές.

Στη Ρωσία, οι πρώτοι Τσάροι της δυναστείας των Ρωμανώφ θέσπισαν βαριές ποινές -που περιελάμβαναν δημόσιο μαστίγωμα και εξορία στη Σιβηρία- για την κατοχή, χρήση και πώληση του καπνού. Όταν όμως ήρθε στην εξουσία ο Μεγάλος Πέτρος -το 1689- που ήταν και ο ίδιος καπνιστής πίπας, το κάπνισμα έγινε μια παραδεκτή συνήθεια. Στην Ιαπωνία επίσης, ύστερα από τις αρχικές προσπάθειες να απαγορευθεί η χρήση του, το κάπνισμα έγινε αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής τελετουργίας.

Στην Αγγλία, τα πράγματα άρχισαν να σκουραίνουν όταν μετά τον θάνατο της Ελισάβετ έγινε βασιλιάς ο γνωστός σαν θεοφοβούμενος, αντικοινοβουλευτικός και απολυταρχικός γιος της τραγικής Μαρίας Στιούαρτ, Ιάκωβος Α'. Ο Ιάκωβος, που επίσης ξεχώριζε για την απέχθειά του στο πλούσιμο, την υπερβολική του αγάπη για το κρασί και τους άξεστους τρόπους του, διακρίθηκε και για τον πόλεμο που εξαπέλυσε κατά του καπνίσματος, το 1604, αποκηρύσσοντας το κάπνισμα σαν μια αποτρόπαια κοινωνική πράξη. Θέσπισε λοιπόν νόμο που απαγόρευε την χρήση του καπνού, γιατί εθεωρείτο "μια ανώμαλη συνήθεια για το μάτι, άαχημη για τη μύτη, επιβλαβή για τον εγκέφαλο, επικίνδυνη για τους πνεύμονες". Αλλά παρόλη την βασιλική αντίδραση και την απαγορευτική τιμή του καπνού (το βάρος του καπνού πληρωνόταν με το ίδιο βάρος σε ασήμι), οι Αγγλοι εξακολούθησαν να καπνίζουν.

γ. Γιατί καπνίζουν οι άνθρωποι;

Απαντώντας σ' αυτή την ερώτηση οι περισσότεροι καπνιστές μπορούν να αιτιολογήσουν τη συμπεριφορά τους. Οι ερευνητές έχουν την τάση να αναλύουν σε τέσσερα διαφορετικά μέρη :

Γιατί οι άνθρωποι δοκιμάζουν κατ' αρχήν το κάπνισμα ;

Γιατί γίνονται καπνιστές;

Γιατί δυσκολεύονται τόσο πολύ να το κόψουν, ακόμα κι όταν είναι πεπεισμένοι, ότι καταστρέφει την υγεία τους;

Γιατί τόσοι πολλοί άνθρωποι ξαναρχίζουν το κάπνισμα, ενώ είχαν καταφέρει να το κόψουν;

Γενικά, όλοι συμφωνούν, ότι οι άνθρωποι αρχίζουν να καπνίζουν για έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω λόγους: Περιέργεια, συμβιβασμός με τις αξίες της ομάδας στην οποία ανήκουν, έκφραση επαναστατικότητας, μίμηση της συμπεριφοράς ατόμων που θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερο κύρος, όπως στη περίπτωση των νέων που θέλουν να κάνουν τους "μεγάλους".

Λιγότερη όμως συμφωνία υπάρχει για τους παράγοντες, που καθορίζουν το ποιοι από αυτούς που δοκιμάζουν το τσιγάρο γίνονται τελικά καπνιστές, το γιατί οι άνθρωποι δεν το κόβουν παρόλο που λένε ότι θέλουν να σταματήσουν και το γιατί οι άνθρωποι ξαναρχίζουν μετά από μια περίοδο αποχής.

δ. Γιατί οι άνθρωποι συνεχίζουν να καπνίζουν;

Το κάπνισμα είναι μια μορφή φαρμακολογικής εξάρτησης διαφορετικής από τις άλλες, αλλά αρκετά ισχυρής. Μόνο το 2% από τους καπνιστές είναι περιστασιακοί. Οι περισσότεροι είναι

συστηματικοί καπνιστές που σπάνια μπορούν να περάσουν 1-2 ώρες χωρίς τσιγάρο. Δεν χρειάζεται καμιά ιδιαίτερη ψυχολογική ή κοινωνική συνθήκη για να αποκτήσει και το πιο καλά ισορροπημένο άτομο εξάρτηση από το κάπνισμα. Μια εκτεταμένη μελέτη έδειξε ότι από τα παιδιά που έχουν καπνίσει περισσότερα από ένα τσιγάρα μόνο το 15% δεν έγιναν τακτικοί καπνιστές.

Κυρίως κοινωνικοί είναι οι λόγοι που καθορίζουν αν κάποιος θα αρχίσει το κάπνισμα, ενώ φαρμακολογικοί αν θα συνεχίσει να καπνίζει. Σύμφωνα με μια γνωστή μελέτη, φαίνεται ότι υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν τους καπνιστές (στο να συνεχίσουν) να καπνίζουν όπως: ερεθισμός (μια αίσθηση αυξημένης ενεργητικότητας), αισθητηριακινητικοί χειρισμοί (η ικανοποίηση να ανάβουν τσιγάρο), ευχάριστη χαλάρωση (ανταμείβοντας τον εαυτό τους όταν περάσει η ανάγκη για εγρήγορση και ένταση ή για να διευκολύνουν τις κοινωνικές σχέσεις), συνήθεια (του καπνιστή δεν του λείπει το τσιγάρο όταν δεν υπάρχει, αλλά όταν είναι διαθέσιμο το καπνίζει αυτόματα και δεν πιστεύει ότι τον κάνει να αισθάνεται διαφορετικά), μείωση αρνητικών συναισθημάτων (καπνίζουν για να ανταπεξέλθουν σε αισθήματα έντασης, άγχους ή θυμού σε δύσκολες καταστάσεις), εθισμός (καπνίζουν για να εμποδίσουν την δυσάρεστη αίσθηση της λαχτάρας, που δοκιμάζουν, όταν τους λείπει τσιγάρο).

Η "μείωση της έντασης" και ο "εθισμός" φαίνονται να είναι οι πιο σημαντικοί λόγοι, σύμφωνα με τους ίδιους τους καπνιστές.

Επίσης η οικονομικοκοινωνική τάξη, το παράδειγμα από τους γονείς και τα αδέρφια και κυρίως οι καπνισματικές συνθήκες των φίλων αποτελούν τους σημαντικότερους γνωστούς προσδιοριστικούς παράγοντες για την διαμόρφωση της καπνισματικής συνήθειας. Όπως λόγοι κοινωνικοί ήταν εκείνοι που προκάλεσαν την αλλαγή στις καπνισματικές συνήθειες των γυναικών τα 40 τελευταία χρόνια. Άλλαξε ο ρόλος της γυναίκας μέσα στην κοινωνία και έχει αλλάξει και ο τρόπος που αντιμετωπίζει η κοινωνία τις καπνίστριες. Σήμερα, όχι μόνο καπνίζουν περισσότερες γυναίκες, αλλά συνεχώς καπνίζουν περισσότερο και αρχίζουν το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία. Σε πολλές χώρες οι νέες γυναίκες έχουν τις ίδιες καπνισματικές συνήθειες με τους άνδρες.

ε. Ποιός γίνεται καπνιστής;

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες, που καθορίζουν το ποιός γίνεται καπνιστής είναι η διαθεσιμότητα του τσιγάρου και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αρχίζει κανείς το κάπνισμα. Οι καπνιστές έχουν συνήθως την τάση να σχετίζονται με φίλους καπνιστές και είναι πολύ πιο πιθανό για ένα άτομο να καπνίζει, όταν υπάρχει ένας γονιός ή αδελφός που καπνίζει μέσα στην οικογένεια. Οι καπνιστές φαίνεται να δίνουν μεγαλύτερη αξία στο νόημα, που αποδίδει στη πράξη του καπνίσματος η οικογένειά τους, η κοινωνική τους τάξη και ο κύκλος των φίλων, παρά στις πιθανές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Μεγαλύτερη ακαδημαϊκή μόρφωση συνήθως σημαίνει μικρότερη τάση προς το κάπνισμα. Οι πλούσιες γυναίκες είναι πιο πιθανόν να καπνίζουν απ' ότι οι φτωχές, αλλά οι πλούσιοι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να καπνίζουν απ' ότι οι φτωχοί.

Οι καπνιστές, έχουν την τάση να είναι πιο παρορμητικοί, περιπετειώδεις, κοινωνικοί, επαναστατικοί και λιγότερο ανεκτικοί στους περιορισμούς και την εξουσία. Πίνουν περισσότερο καφέ, τσάι και οινοπνευματώδη απ' ότι οι μη καπνιστές, χρησιμοποιούν περισσότερο μαριχουάνα, αμφεταμίνες, βαρβιτουρικά και παράνομες τοξικές ουσίες. Μπορεί να ζυγίζουν μερικά κιλά λιγότερο από τους μη καπνιστές παρόλο που καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες κάθε μέρα. Ακόμα, είναι πιο αγχώδεις και οργισμένοι. Υπάρχει όμως, μεγάλη επαλληλία ανάμεσα σε καπνιστές και μη καπνιστές. Οι διαφορές της προσωπικότητας των καπνιστών και των μη καπνιστών ίσως να οφείλονται στο συνδυασμό περιβάλλοντος και κληρονομικότητας. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι αυταπόδεικτοι. Υπάρχουν ενδείξεις κληρονομικού παράγοντα, όταν μονοζυγώτες δίδυμοι (με τις ίδιες γενετικές ιδιότητες), που μεγάλωσαν χωριστά, έχουν ίδιες καπνισματικές συνήθειες πιο συχνά από δίδυμους που μεγάλωσαν χωριστά και που δεν είναι μονοζυγώτες. Φαίνεται ότι, ο τρόπος που αντιμετωπίζουμε το στρες και που αντιδρούμε στον κόσμο καθορίζεται εν μέρει τουλάχιστον γεννητικά.

Είναι φανερό λοιπόν, ότι οι άνθρωποι που γίνονται τακτικοί καπνιστές βρίσκουν την επίδραση του τσιγάρου πιο ευεργετική ή πιο

ευχάριστη από τους άλλους.

στ. Το κάπνισμα είναι εθισμός:

Αν "εθισμός" σημαίνει μια ακατανίκητη επιθυμία ή ανάγκη να χρησιμοποιεί κανείς μια φαρμακευτική ουσία, τότε πράγματι σε μερικούς καπνιστές το κάπνισμα έχει γίνει εθισμός. Αν εθισμός σημαίνει αλλαγή στον οργανισμό, που προέρχεται από την επαναλαμβανόμενη χορήγηση μιας τοξικής ουσίας έτσι, ώστε όταν σταματήσει να παρατηρείται σύνδρομο αποστέρησης, τότε πάλι μερικοί καπνιστές έχουν εθισμό. Αν όμως με τον όρο "εθισμός" εννοούμε, ότι η τοξική ουσία προκάλεσε μια αλλαγή στον οργανισμό τόσο σοβαρή, ώστε το άτομο να πεθάνει ή να αρρωστήσει βαριά, όταν σταματήσει η χορήγηση, τότε ο καπνός δεν προκαλεί εθισμό. Ποτέ δεν έχει αναφερθεί θάνατος από απότομη διακοπή του καπνίσματος.

Πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν, ότι το πραγματικό μέτρο ενός εθισμού σαν συμπεριφορά είναι η προσπάθεια που κάνει το άτομο για να αποκτήσει την τοξική ουσία, η ιεράρχηση της χρήσης της σε σχέση με άλλες αξίες της ζωής του και ο βαθμός που το άτομο μπορεί να ελέγξει τη χρήση του. Υποστηρίζουν ακόμα, ότι ένα σύνδρομο αποστέρησης μπορεί, χωρίς να απειλήσει την ζωή του ατόμου, να επηρεάσει βαθύτατα την συμπεριφορά του.

Η αποστέρηση από τα οπιοειδή πολύ σπάνια απειλεί την ζωή του ατόμου, αλλά πολύ οπιομανείς κάνουν θυσίες -διακινδυνεύοντας τη ζωή και την ελευθερία τους- για να εξασφαλίσουν την απαιτούμενη προμήθεια.

ζ. Η συνήθεια του καπνίσματος.

Ο όρος "κάπνισμα" αναφέρεται κυρίως στα τσιγάρα και λιγότερο στα πούρα και την πίπα και αυτό γιατί οι περισσότερες μελέτες έγιναν με τον καπνό των τσιγάρων και ακόμα, γιατί η θνησιμότητα των καπνιστών πούρων και πίπας είναι σχετικά πολύ μικρή.

Η συνήθεια του καπνίσματος σχετίζεται άμεσα με ψυχολογικές παρορμήσεις που καθορίζονται και ενισχύονται απ' το κοινωνικό περιβάλλον. Συνεχίζονται με την φαρμακολογική δράση της νικοτίνης στο συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα και την εξάρτηση του καπνιστή στην μετέπειτα ηλικία.

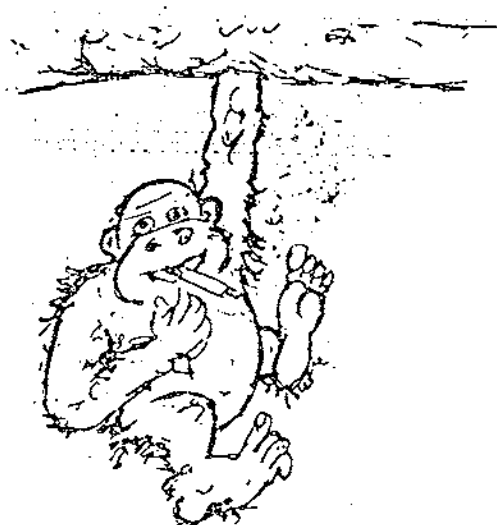
Η υπόθεση ορισμένων ερευνητών ότι το κάπνισμα είναι μια πράξη επαναστατική εναντίον του κατεστημένου, αν και έχει λογική βάση, δεν φαίνεται όμως να βρίσκει οπαδούς.

Το κάπνισμα έχει δύο φάσεις:

i) Την οπτική εικόνα που σχηματίζει το παιδί στην αρχή σαν "παθητικός" καπνιστής και

ii) Την ενεργό συμμετοχή του αργότερα σαν "συστηματικός" καπνιστής.

Πράγματι, η πρώτη επαφή των παιδιών με το κάπνισμα αρχίζει από την νηπιακή τους ηλικία όταν βλέπουν τους ίδιους τους γονείς τους ή άλλους να καπνίζουν. Μ' αυτή την οπτική επαφή σιγά-σιγά συνηθίζουν και όταν φτάσουν στην παιδική τους ηλικία, συνδέουν την εικόνα αυτή με τις άλλες καθημερινές συνήθειες της ζωής των γονιών τους. Έτσι οι γονείς, μ' έναν περίεργο τρόπο αγάπης, δείχνουν στο παιδί και τον τρόπο της κοινωνικής ζωής των μεγάλων αλλά και τον δρόμο για να αρχίσουν το κάπνισμα αργότερα και μάλιστα να γίνουν συστηματικοί καπνιστές.



Το κάπνισμα είναι μαρτυρισμός.

Είναι λοιπόν φυσικό, το παιδί μεγαλώνοντας να θεωρεί το κάπνισμα μια καθημερινή, συνηθισμένη πράξη και από περιέργεια στην αρχή να θέλει να την μιμηθεί, όταν μάλιστα βιάζεται να φανεί μεγάλος στην νεαρή και την εφηβική του ηλικία κάτω από την πίεση των φίλων του που καπνίζουν.

Αυτή η μαιμουδίστικη και μιμητική ψυχολογία των νέων καθώς και των κοριτσιών που θεωρούν το κάπνισμα σαν μια έκφραση κοινωνικής απελευθέρωσης, γοητείας και

σεξουαλικότητας, βοηθούμενη και από το κοινωνικό περιβάλλον, τη φιλική συναναστροφή αλλά και από τις προκλητικές και έντεχνες διαφημίσεις των καπνοβιομηχανιών, είναι οι κύριοι παράγοντες που δημιουργούν την ψυχολογική παρόρμηση για να αρχίσει ο νέος ή η νέα το κάπνισμα.

Σε μια πρόσφατη έκδοση της Βρετανικής Ιατρικής Ενωσης με θέμα την διαφήμιση των τσιγάρων και το κάπνισμα, υπογραμμίζεται μεταξύ άλλων ότι "τα παιδιά είναι το μέλλον της καπνοβιομηχανίας και το κάπνισμα το εισητήριο για το οινόπνευμα, το χασίς και τα άλλα ναρκωτικά". Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι το κάπνισμα ενός μόνο τσιγάρου χασίς ισοδυναμεί με το κάπνισμα ενός πακέτου τσιγάρων την ημέρα.

Οι ενήλικες καπνίζουν γιατί όπως λένε, το κάπνισμα τους βοηθά να συγκεντρωθούν και να απαλλαγούν από το άγχος, την ανησυχία και την νευρικότητα. Οι ψυχολόγοι όμως πιστεύουν ότι είναι ζήτημα κυρίως ευχάριστης συνήθειας και ηδονισμού που ενισχύεται με την χρήση οίνοπνεύματος.

Μια υπόθεση ότι η τάση για κάπνισμα είναι έμφυτη, βασίζεται σε έρευνες σύμφωνα με τις οποίες μονογενή δίδυμα παρουσιάζουν τις ίδιες καπνισματικές συνήθειες. Οι λίγες όμως περιπτώσεις δεν επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασμάτων. Άλλωστε, παρατηρήσεις σε άλλα δίδυμα άτομα από τα οποία το ένα ήταν καπνιστής και το άλλο όχι, έδειξαν ότι το δίδυμο άτομο που κάπνιζε, είχε κατά την διάρκεια της ζωής του, περισσότερες αναπνευστικές ανωμαλίες από το δίδυμο που δεν κάπνιζε.

Ακόμα οι ψυχαναλυτές αποδίδουν την επιθυμία για το κάπνισμα σε αντανakλαστικά που επενεργούν όταν βλέπουν κάποιον άλλον να καπνίζει.

Γεγονός είναι ότι όταν ρωτηθεί ο καπνιστής γιατί καπνίζει, η συνηθισμένη απάντηση είναι ότι "θεωρεί το κάπνισμα μια εύκολη διέξοδο και απολαυστική πράξη για να ηρεμήσει και να συγκεντρωθεί". Σε έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ σε 5000 καπνιστές και καπνίστριες γιατί καπνίζουν, βρέθηκε ότι το 10% θεωρούν το κάπνισμα σαν τονωτικό, όπως ο καφές, το 10% διασκεδάζουν με το άναμμα, το κράτημα και την οσμή του καπνού, το 40% γιατί χαλαρώνουν τα νεύρα και το υπόλοιπο 40% καπνίζουν για να

απαλλαγούν από το άγχος και την υπερένταση της ζωής. Έτσι φαίνεται ότι οι καπνιστές ικανοποιούν τις τέσσερις από τις πέντε αισθήσεις.

Τέλος στην έναρξη και την συνέχιση του καπνίσματος, σημαντικό ρόλο παίζουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Τέτοια είναι οι διαφημίσεις τσιγάρων από τον ημερήσιο τύπο και τα πολυτελή περιοδικά, οι κινηματογράφοι και οι γιγαντοαφίσσες, για τις οποίες οι καπνοβιομηχανίες ξοδεύουν 100πλάσια ποσά από ότι διαθέτει το κράτος για διαφώτιση και ενημέρωση.

Όλοι αυτοί οι λόγοι είναι εκείνοι που συντελούν στην αύξηση του αριθμού των καπνιστών ιδιαίτερα στους νέους και κυρίως στις νέες στις οποίες τα τελευταία χρόνια το κάπνισμα έχει πάρει δραματικές διαστάσεις μιας αυξανόμενης επιδημίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

α. Κάπνισμα

Καμιά άλλη πράξη δεν επαναλαμβάνεται τόσο συχνά καθημερινά, όσο το κάπνισμα.

Όταν ανάβει το τσιγάρο του ο καπνιστής και τραβά μέσα από αυτό τα καυσαέρια, στην άκρη που γίνεται η καύση, αναπτύσσεται μια θερμοκρασία γύρω στους 850-900°C. Με αυτή την πυράκτωση δημιουργούνται δύο ρεύματα καυσαερίων. Το κύριο, που περνά μέσα από το τσιγάρο και το εισπνέει ο καπνιστής και το δευτέρον ή παράπλευρο, που διαχέεται στο περιβάλλον και το εισπνέουν, εκτός από τον καπνιστή και τα άτομα που βρίσκονται στον ίδιο χώρο.

Εδώ πρέπει να σημειωθεί, ότι το δευτερεύον ρεύμα των καυσαερίων του τσιγάρου, έχει μεγαλύτερη συγκέντρωση ουσιών από το κύριο ρεύμα. Διότι όταν αυτό περνά μέσα από το τσιγάρο, ο άκαυτος ψιλοκομμένος καπνός και το φίλτρο, συγκρατούν πολλές ουσίες από αυτές. Από την άλλη μεριά όμως, με αυτή την συγκέντρωση, σε κάθε επομένη ρουφηξιά, ο εισπνεόμενος καπνός γίνεται και πιά συμπυκνωμένος.

Από έρευνες που έγιναν σε σκύλους πειραματόζωα με εισπνοή μείγματος καπνού και ραδιενεργού ουσίας, αποδείχθηκε ότι η κατανομή του καπνού είναι ίδια σε όλη την αναπνευστική επιφάνεια του πνεύμονα.

Κατά την διάρκεια των 2-3 δευτερολέπτων που διαρκεί κάθε ρουφηγμα καυσαερίων μέσα από το τσιγάρο, η μεγάλη θερμοκρασία των 850-900 °C, προκαλεί πυρόλυση και διάφορες άλλες οξειδωτικές αντιδράσεις. Αυτές διασπούν και διαλύουν τις οργανικές ουσίες σε απλούστερα μόρια. Από αυτά δημιουργούνται άλλες σύνθετες, κατά την φάση της πυροσύνθεσης, δηλαδή της συμπύκνωσης των καυσαερίων. Η πυροσύνθεση συμβαίνει με την πτώση της θερμοκρασίας, όταν τα

καυσαέρια περνούν μέσα από το τσιγάρο και φθάνουν στο στόμα του καπνιστή στη θερμοκρασία των 30 °C.

Κατά την καύση ακόμα, ουσίες που δεν προυπήρχαν αλλά σχηματίζονται τότε, είναι οι Νιτροζαμίνες και οι Πολυκυκλικοί Αρωματικοί Υδρογονάνθρακες. Μεταξύ αυτών ακόμα είναι το Βενζο-α-πυρένιο, το οποίο είναι μάλιστα ισχυρή καρκινογόνος ουσία.

Τόσο κατά την πυρόλυση όσο και την πυροσύνθεση, σχηματίζονται περίπου 1000 ουσίες, από τις οποίες άλλες είναι αερώδεις και άλλες μικροσωματιδιακές.

Οι αερώδεις ουσίες, συνιστούν το 60% του καπνού του τσιγάρου. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι το μονοξείδιο του άνθρακα (CO), τα οξείδια του αζώτου, το υδροκυάνιο, η ακρολείνη.

Οι μικροσωματικές ουσίες, είναι διάφορα οξείδια μετάλλων, μεγάλη ποικιλία υδρογονανθράκων, νικοτίνη, ρητίνες, N-νιτροζαμίνες, φαινόλες.

Το 27% των ουσιών αυτών είναι αιωρούμενα μικροσταγονίδια νερού. Αυτά σχηματίζονται κατά την φάση της πυροσύνθεσης και της συμπύκνωσης των υδρατμών. Συναποτελούν μαζί με άλλες ουσίες όπως το ζάκχαρο, τις ρητίνες, την νικοτίνη, τις N-νιτροζαμίνες και τους υδρογονάνθρακες, την χαρακτηριστική καφεκίτρινη ουσία, που λέγεται πίσσα.

Το ποσό της πίσσας ποικίλει ανάλογα με την ποιότητα του καπνού, την καύση, το μήκος του τσιγάρου, την χρησιμοποίηση φίλτρου, το τσιγαρόχαρτο και το βάρος που ζυγίζει περίπου 1 γραμμάριο. Στα τσιγάρα χωρίς φίλτρο, μήκους 70χλσ. και βάρους 1 gr, η πίσσα που σχηματίζεται είναι κατά μέσο όρο 23 χιλιοστά του γραμμαρίου ή και λιγότερο.

Ετσι, τα καυσαέρια του τσιγάρου είναι ένα ετερογενές μείγμα από συμπυκνωμένα αέρια και υδρατμούς με δισεκατομμύρια μικροσωματίδια μεγέθους 0,5μ. κατά κυβικό εκατοστόμετρο. Από τις ουσίες λοιπόν που περιέχονται στο ετερογενές μείγμα των καυσαερίων, μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα παρακάτω:

- i) Το μονοξείδιο του άνθρακα, από τις αερώδεις ουσίες.
- ii) Οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες (όπως το βενζο-α-πυρένιο), από τις μικροσωματιδιακές ουσίες και

iii) Η νικοτίνη:

Εκτός από τις ουσίες αυτές, το υδροκυάνιο, τα οξειδία του αζώτου, οι ακρολείνες και οι φαινόλες είναι ισχυρά δηλητήρια και ερεθιστικές ουσίες που, όπως θα φανεί παρακάτω, παραλύουν και καταστρέφουν τους κροσσούς των κυλινδρικών κυττάρων του βλεννογόνου των βρόγχων.

Η επίδραση αυτών των τοξικών ουσιών στους κροσσούς αρχίζει από τις δυο με τρεις πρώτες ρουφηξιές. Με την ειπνοή των καυσαερίων, εισέρχεται από τις κυψελίδες στο αίμα όλο σχεδόν το μονοξείδιο του άνθρακα, το 90% της νικοτίνης, ενώ το 70% των μικροσταγονιδίων της πίσσας συγκρατούνται από την βλέννα των βρόγχων και εκεί αρχίζουν την καρκινογόνο δράση τους.

Η νικοτίνη μέσα σε ελάχιστα δευτερόλεπτα περνά από τις κυψελίδες των πνευμόνων στο αίμα με την ανταλλαγή των αερίων και μαζί με το μονοξείδιο του άνθρακα επιδρούν στα κέντρα του εγκεφάλου και το καρδιαγγειακό σύστημα. Ενώ οι τοξικές και ερεθιστικές ουσίες, όπως το υδροκυάνιο, οι φαινόλες και η ακρολείνη, προκαλούν την παράλυση και καταστροφή του επιθηλίου των βρόγχων και τις χρόνιες πνευμονικές παθήσεις.

Επομένως το κάπνισμα είναι μια εξαιρετικά γρήγορη, συχνή, απλή και δυναμική διαδικασία με πολλαπλές φαρμακολογικές και άλλες βλαβερές επιδράσεις σε όλους τους ιστούς και τα όργανα του ανθρώπινου σώματος. Ιδιαίτερα όμως, σοβαρές βλάβες που απειλούν την ζωή και μειώνουν σημαντικά το προσδόκιμο της επιβίωσης είναι εκείνες που παρατηρούνται στο καρδιαγγειακό σύστημα, που άλλωστε μας ενδιαφέρει και θα αναφερθούμε στη συνέχεια.

β. Οι κυριότερες βλαπτικές ουσίες του καπνού και η φαρμακολογική τους δράση.

Μέχρι τώρα αναφέρθηκε ότι ο καπνιστής εισπνέει πολλές βλαπτικές ουσίες, μεταξύ των οποίων είναι:

i) Η νικοτίνη, η οποία έχει μια ευρεία φαρμακολογική δράση μέσω των εγκεφαλικών κέντρων και των επινεφριδίων.

ii) Το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) που σχηματίζει με την αιμοσφαιρίνη ανθρακυλαιμοσφαιρίνη και εμποδίζει, σ'ένα σημαντικό ποσοστό, την μεταφορά του O₂ στους ιστούς.

iii) Οι τοξικές και ερεθιστικές ουσίες, όπως είναι το υδροκυάνιο, η ακρολείνη, τα οξείδια του αζώτου και οι φαινόλες που ερεθίζουν τους βρόγχους και καταστρέφουν το κποσσωτό επιθήλιο.

iv) Οι καρκινογόνες ουσίες, όπως είναι οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες κυρίως το βενζο-α-πυρένιο και οι νιτροζαμίνες.

Η νικοτίνη και το CO προκαλούν βλάβες στο καρδιαγγειακό σύστημα, οι ερεθιστικές και τοξικές ουσίες χρόνιες πνευμονοπάθειες (όπως χρόνια βρογχίτιδα και εμφύσημα), ενώ οι καρκινογόνες ουσίες συντελούν στην ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα.

Νικοτίνη και Μονοξείδιο του Άνθρακα.

Όπως αναφέρθηκε, οι βλαπτικές ουσίες των καυσαερίων που προκαλούν βλάβες στη καρδιά και τις αρτηρίες είναι κυρίως η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα. Εδώ γίνεται μια προσπάθεια να αναλυθεί αυτή η βλαπτική τους δράση.

i) Νικοτίνη.

Στα ξερά φύλλα του καπνού περιέχονται αιθέρια έλαια, ζάχαρο, λευκώματα και κυρίως η δηλητηριώδης ουσία νικοτίνη.

Στην χημική της σύσταση είναι ελαιώδης αζωτούχος οργανική ένωση και ανήκει στα αλκαλοειδή όπως η μορφίνη και η κοκαΐνη. Γι' αυτό και εθίζεται πολύ εύκολα και έτσι εξηγείται η δυσκολία των συστηματικών καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα.

Κατά την καύση αυτών των ξερών φύλλων του καπνού αποστάζει και αναμιγνύεται η νικοτίνη αναλλοίωτη με τα άλλα καυσαέρια μέσα

σε μικροσταγονίδια. Ας σημειωθεί εδώ ότι, το ποσό της νικοτίνης που περιέχεται στα φύλλα του καπνού ποικίλει ανάμεσα από 1% έως 3% του βάρους ανάλογα με την ποικιλία, την θέση των φύλλων στο στέλεχος του φυτού και ακόμα το έδαφος της περιοχής που καλλιεργείται.

Η νικοτίνη έχει σχετικά βραχυπρόθεσμη δράση και τα επίπεδά της μέσα στο αίμα πέφτουν γρήγορα (περίπου μισή ώρα μετά το τέλος του τσιγάρου). Έτσι δεν είναι σύμπτωση, που οι περισσότεροι καπνίζουν 20 περίπου τσιγάρα μέσα στις 16 ώρες που είναι ξύπνοι καθημερινώς.

Με την εισπνοή των καυσαερίων η νικοτίνη περνά μέσα από την τραχεία και τους βρόγχους και φτάνει στις πνευμονικές κυψελίδες. Μέσα από το τοίχωμα των κυψελίδων έρχεται στην κυκλοφορία και σε 6 μόνο δευτερόλεπτα από την πρώτη ρουφηξιά φτάνει στον εγκέφαλο και στα γαγγλιακά κύτταρα του συμπαθητικού και παρασυμπαθητικού συστήματος.

Με την δράση της στα επινεφρίδια προκαλεί την έκκριση κατεχολαμινών (αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης). Αυτές αυξάνουν τον ρυθμό των καρδιακών παλμών, προκαλούν αρρυθμίες και σύσπαση των αγγείων, προσωρινή αύξηση της πίεσεως του αίματος και της συγκολλητικότητας των αιμοπεταλίων που βοηθά στην δημιουργία θρόμβων.

Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα προκαλεί ανωμαλίες που οφείλονται στην ελαττωμένη αιμάτωση του μυοκαρδίου, λόγω της συσπάσεως των στεφανιαίων αρτηριών. Επίσης αυξάνει την συγκέντρωση λιπαρών οξέων στο αίμα και διευκολύνει τη δημιουργία αθηρωματικών αποθέσεων στο τοίχωμα των αρτηριών που στενεύουν και φράσσουν τον αυλό του αγγείου.

Επίσης με την δράση της στην υπόφυση, η νικοτίνη προκαλεί την έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης που περιορίζει προσωρινά την διούρηση.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η νικοτίνη είναι ισχυρό δηλητήριο που δρά στο κεντρικό νευρικό σύστημα, στο καρδιαγγειακό αλλά και στους αδένες με εσωτερική έκκριση όπως στην υπόφυση, στα επινεφρίδια, στο ήπαρ. Ακόμα εμποδίζει την δράση των φαρμάκων που χρησιμοποιούν οι πάσχοντες από στηθαγχική νόσο.

ii) Μονοξειδίο του άνθρακα (CO).

Το CO παράγεται κατά την ατελή καύση του άνθρακα που περιέχεται στις οργανικές ουσίες όταν η ποσότητα του O_2 ή του αέρα είναι ανεπαρκής. Είναι δηλητηριώδες αέριο που σχηματίζεται από την ακόρεστη ένωση ενός ατόμου άνθρακα και ενός ατόμου οξυγόνου. Κατά την πλήρη καύση, προσλαμβάνει ένα δεύτερο άτομο οξυγόνου και γίνεται διοξείδιο του άνθρακα.

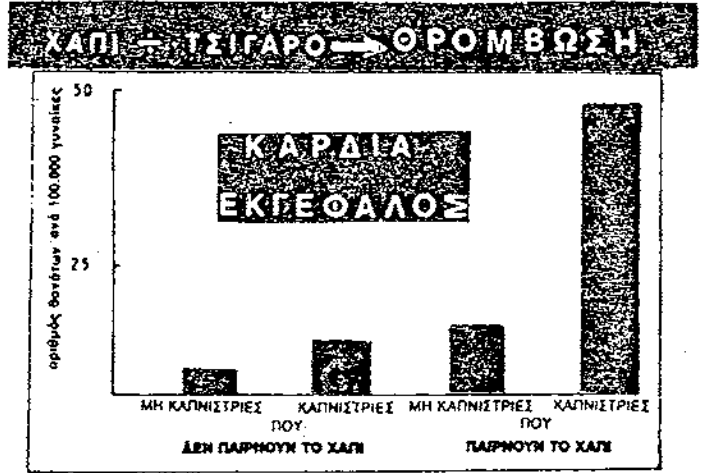
Με το κάπνισμα, το CO φθάνει στις πνευμονικές κυψελίδες και από εκεί με την ανταλλαγή των αερίων, περνά στο αίμα μαζί με την νικοτίνη. Επειδή τώρα έχει 230 φορές μεγαλύτερη συγγένεια και ικανότητα συνδέσεως με την σιδηρούχο αιμοσφαιρίνη, ενώνεται μ'αυτήν πολύ πιο εύκολα από ότι με το οξυγόνο και σχηματίζει σταθερή ένωση ανθρακυλαιμοσφαιρίνης. Αυτή εμποδίζει τα ερυθρά αιμοσφαίρια να πάρουν ανάλογο οξυγόνο και να σχηματίσουν οξυαιμοσφαιρίνη που είναι απαραίτητη για την οξυγόνωση των ιστών και των οργάνων του σώματος.

Ετσι στους συστηματικούς καπνιστές μειώνεται κατά 15 - 20% το οξυγόνο που μεταφέρεται στους ιστούς, με αποτέλεσμα την βραδεία και συνεχή δηλητηρίαση του οργανισμού από την παρουσία του CO της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης. Το CO αυξάνει την διαπερατότητα του τοιχώματος των αγγείων στην χοληστερίνη και διευκολύνει έμμεσα το σχηματισμό αθηρωματικών αλλοιώσεων στο τοίχωμα.

Διαπιστώθηκε ακόμα πως το επίπεδο της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης στο αίμα του συστηματικού καπνιστή έχει σχέση με την έκταση των τοιχωματικών αγγειακών αλλοιώσεων και την αντισταθμιστική αύξηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, γεγονός που αυξάνει αντίστοιχα την γλοιότητα του αίματος και φυσικά ευνοεί την θρόμβωση.

Ετσι η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα εισπνέονται μαζί και εισέρχονται στην κυκλοφορία, συνεργάζονται στην ανάπτυξη των βλαβών στις αρτηρίες και ακόμα ευνοούν το σχηματισμό και την συντήρηση του πεπτικού έλκους.

Τέλος μια σημαντική διαπίστωση είναι η κακή επίδραση αυτών των δυο δηλητηρίων και κυρίως του CO στην ανάπτυξη του εμβρύου, όταν η μέλλουσα μητέρα καπνίζει κατά την εγκυμοσύνη. Επίσης στις νέες που καπνίζουν και χρησιμοποιούν ταυτόχρονα αντισυλληπτικά παρατηρήθηκαν θρομβοεμβολικά επεισόδια και πτώση των οιστρογόνων.



Ο συνδυασμός καπνίσματος και αντισυλληπτικών αυξάνει τον κίνδυνο για έμφραγμα και εγκεφαλική θρόμβωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

α. Διακοπή του καπνίσματος - Στερητικό Σύνδρομο.

Εδώ γεννάται το εξής ερώτημα: Τι συμβαίνει όταν ο καπνιστής διακόψει το κάπνισμα και σταματήσει την αυτοδηλητήριαση του οργανισμού του;

Εκείνο που παρατηρήθηκε στους συστηματικούς καπνιστές είναι η εκδήλωση διαταραχών από το ΚΝΣ και το καρδιαγγειακό, όπως και άλλων υποκειμενικών και αντικειμενικών λειτουργικών φαινομένων. Όλα μαζί συνθέτουν την έννοια του "στερητικού συνδρόμου", που αναγκάζει τον συστηματικό καπνιστή που σταμάτησε το κάπνισμα, να το ξαναρχίσει.

Τα συνηθέστερα συμπτώματα από, την διακοπή του καπνίσματος στον συστηματικό καπνιστή είναι τα εξής: γίνεται ευερέθιστος, αισθάνεται κατάπτωση, έχει διαταραχές στον ύπνο, γαστρεντερικές ανωμαλίες, άγχος, δυσκολία στη συγκέντρωση και ψυχοκινητικές ανωμαλίες.

Το σύνδρομο αυτό μπορεί ν'αρχίσει μερικές μέρες ή και αρκετά μετά την διακοπή του καπνίσματος. Είναι επίσης δυνατόν να συνεχιστεί για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα, ανάλογα με την εξάρτηση του καπνιστή από την νικοτίνη.

Στα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να προστεθούν η επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, η πτώση της διαστολικής πίεσης, η ελάττωση της έκκρισης των κατεχολαμινών και η αύξηση του σωματικού βάρους. Αυτά τα δυσάρεστα συμπτώματα κλονίζουν την αντίσταση του καπνιστή να συνεχίσει την διακοπή του καπνίσματος. Βέβαια παίζει ξεχωριστό και καθοριστικό ρόλο, αν η διακοπή του καπνίσματος γίνεται από το άτομο με δυνατή θέληση ή όχι, γιατί η επιθυμία για το κάπνισμα είναι ισχυρή.

Στις γυναίκες η συμπτωματολογία του στερητικού συνδρόμου από την διακοπή του καπνίσματος είναι εντονότερη. Ακόμα η δυσκολία της συνέχισης της διακοπής είναι μεγαλύτερη, διότι μέσα στα δυσάρεστα συμπτώματα περιλαμβάνεται και το άγχος τους για αύξηση

του πάχους.

Όταν η διακοπή του καπνίσματος είναι μερική, είτε διαχρονικά κατά περιόδους, είτε με μείωση του αριθμού των τσιγάρων και της περιεκτικότητας σε νικοτίνη πίσσα, τότε τα συμπτώματα είναι ελαφρότερα. Αλλά ο καπνιστής ή η καπνίστρια εξακολουθούν να υφίστανται έστω και σε μικρότερο βαθμό την βλαβερή επίδραση των καυσαερίων του καπνού, ανεξάρτητα από το γεγονός ότι η μερική αυτή στέρση, οδηγεί εύκολα στην επιστροφή, στον αρχικό ρυθμό δηλαδή του καπνίσματος.

Από την άλλη πλευρά όμως, η πλήρης διακοπή του καπνίσματος προσφέρει μια σειρά ωφελημάτων όπως έδειξε των Βρετανών ερευνητών στους γιατρούς ηλικίας 34-64 ετών. Σ' αυτούς η διακοπή του καπνίσματος μείωσε σε μια δεκαετία την θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα κατά 38%, ενώ στους άλλους που συνέχισαν το κάπνισμα, η θνησιμότητα αυξήθηκε κατά 7%.

Ακόμα διαπιστώθηκε, ότι με την διακοπή του καπνίσματος προκλήθηκε ελάττωση του κινδύνου στεφανιαίας νόσου, του κινδύνου υποτροπής του καρδιακού εμφράγματος, των εγκεφαλικών επεισοδίων. Επίσης άλλων καταστάσεων που προέρχονται από αγγειακές βλάβες αθηρωματικής φύσεως, οι οποίες οφείλονται σε σκλήρυνση του τοιχώματος των τριχοειδών από την επίδραση της νικοτίνης και του διοξειδίου του άνθρακα.

Αυτές τις αλλοιώσεις, ο οργανισμός κατορθώνει να τις επανορθώσει μετά από μια διακοπή του καπνίσματος μερικών χρόνων, ενώ η βελτίωση της περιφερικής κυκλοφορίας αρχίζει ύστερα από μερικές εβδομάδες (περίπου 8-9 εβδομάδες).

Τέλος διαπιστώθηκε, ότι μέσα στους τρεις με τέσσερις μήνες μετά την διακοπή, παρατηρείται στον άνδρα βελτίωση στην πυκνότητα και κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

β. Σταματώντας και Ξαναρχίζοντας.

Είτε αποκαλούμε το κάπνισμα συνήθεια, εθισμό ή εξάρτηση, είναι φανερό ότι μερικοί καπνιστές αρνούνται να το κόψουν. Άλλοι

ισχυρίζονται, ότι θα επιθυμούσαν να το κόψουν, αλλά δυστυχώς δεν κάνουν καμία προσπάθεια. Άλλοι πάλι δοκίμασαν και απέτυχαν και άλλοι τα κατάφεραν για ένα διάστημα, αλλά μετά ξανάρχισαν.

Στις ΗΠΑ υπάρχουν πάνω από 30 εκατομμύρια πρώην καπνιστές. Σύμφωνα με στατιστικές που έγιναν πριν μια δεκαετία, το 60% περίπου των Αμερικανών γιατρών ήταν καπνιστές. Σήμερα ευτυχώς το ποσοστό αυτό μειώθηκε στα 21%. Αυτές όμως οι στατιστικές δεν εξαλείφουν το θλιβερό γεγονός, ότι εκείνοι που αποζητούν την βοήθεια των ειδικών, για να το κόψουν, έχουν λίγες πιθανότητες μακροπρόθεσμης επιτυχίας.

Στα περισσότερα προγράμματα καταστολής του καπνίσματος, ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων δείχνει, ότι οι περισσότεροι από τους μισούς καπνιστές, που κατάφεραν να το κόψουν, ξανάρχισαν το κάπνισμα μέσα σε έξι μήνες. Μέχρι να συμπληρωθεί ένας χρόνος μόνο το 25-35% από εκείνους που είχαν σταματήσει εξακολουθούν να μην καπνίζουν.

Αυτοί βέβαια που αποζητούν βοήθεια να κόψουν το τσιγάρο ίσως να μην αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα όλων των καπνιστών. Ορισμένοι ειδικοί πιστεύουν, ότι αυτοί είναι τα άτομα που καπνίζουν υπερβολικά. Άλλοι πάλι πιστεύουν, ότι είναι οι καπνιστές με τα σοβαρότερα προβλήματα. Οποια πάντως και να είναι η πραγματικότητα, για έναν τέτοιο καπνιστή, οι πιθανότητες να σταματήσει το κάπνισμα με μια και μόνη προσπάθεια, είναι λιγότερες από μια στις πέντε.

γ. Βοηθώντας τους καπνιστές να κόψουν το τσιγάρο.

Οι θεραπείες που προσφέρονται στους καπνιστές για να κόψουν αυτή την κακή τους συνήθεια ποικίλουν από την ύπνωση μέχρι την αποτρεπτική εξαρτημένη μάθηση. Περιλαμβάνουν ακόμα βελονισμό ή την χρήση άλλων τοξικών ουσιών, που υποκαθιστούν την δράση της νικοτίνης ή ανακουφίζουν τα συμπτώματα της αποστέρησης.

Παρόλο που η νικοτίνη παίζει σημαντικό ρόλο στην διαίωηση της συνήθειας του καπνίσματος, είναι δύσκολο να αποδείξει κανείς,

ότι τα φαρμακευτικά υποκατάστατα, που περιέχουν νικοτίνη όπως τσιγλές, αεροζόλ είναι πιο αποτελεσματικά στο να βοηθήσουν τον καπνιστή να κόψει το τσιγάρο από ότι οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι.

Το μεγάλο ποσοστό της υποτροπής στο κάπνισμα είναι ίσως αποτέλεσμα ενός συνδυασμού παραγόντων, όπως η μεγάλη διαθεσιμότητα των τσιγάρων ή ακόμα η παρουσία συγγενών και φίλων, που εξακολουθούν να καπνίζουν. Σε πολλούς ανθρώπους λείπει το τσιγάρο για τους ίδιους ακριβώς λόγους που τους έκαναν ν' αρχίσουν το κάπνισμα. Η δράση της τοξικής ουσίας δημιουργούσε μια ευχάριστη κατάσταση ερεθισμού ή χαλάρωσης, που τους βοηθούσε να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις και αντιξοότητες της ζωής.

Έτσι, ο πρώην καπνιστής δεν μόνο να αντιμετωπίσει την αρχική "εσωτερική ανάγκη του" για την δράση του καπνού, αλλά και μερικές από τις συνέπειες του καπνίσματος.

δ. Νοσολογικές συνέπειες του καπνίσματος.

Όπως κατά επανάληψη έχει λεχθεί με το κάπνισμα η νικοτίνη και το CO συνεργάζονται στην υποξυγόνωση των ιστών και οργάνων του σώματος με κύρια δράση:

1) Της νικοτίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα και τα επινεφρίδια που εκκρίνουν τις κατεχολαμίνες και προκαλούν σπασμό των αγγείων, αύξηση της συστολικής και διαστολικής πίεσης και διαταραχή του καρδιακού ρυθμού.

2) Του CO με την υποξυγόνωση του μυοκαρδίου και των άλλων ιστών και οργάνων. Κυρίως στο ήπαρ προκαλεί αύξηση της χοληστερίνης στο αίμα και διευκολύνει το σχηματισμό των αθηρωματικών αλλοιώσεων στο τοίχωμα μικρών και μεγάλων αρτηριακών κλάδων. Αποτέλεσμα αυτής της δράσης είναι η δημιουργία καρδιακής ανεπάρκειας, στεφανιαίας νόσου περιφερειακών αγγειοπαθειών.

Πολλές μελέτες σε διάφορες χώρες επαλήθευσαν τις υποψίες του 18^{ου} αιώνα ότι το κάπνισμα μπορεί να συμμετέχει στην αιτιολογία διαφόρων νοσημάτων. Τελικά τεκμηριώθηκε η σχέση αυτή του καπνίσματος με έναν μεγάλο αριθμό νοσημάτων.

Παρακάτω αναφέρονται μερικά από τα νοσήματα που έχουν σχέση με το κάπνισμα.

1) Καρδιαγγειακές παθήσεις (Αθηρωσκλήρυνση, στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου).

Το κάπνισμα φαίνεται να συνδέεται δοσολογικά με την αθηρωσκλήρυνση. Η σχέση με την στηθάγχη δεν έχει τεκμηριωθεί ακόμα. Αλλά πιστεύεται ότι σε ασθενείς που ήδη πάσχουν, το κάπνισμα προκαλεί επιδείνωση. Αντίθετα, το κάπνισμα θεωρείται σήμερα σημαντικός παράγοντας κινδύνου για το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Έχει υπολογιστεί ότι ένας καπνιστής, ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων και τα χρόνια που καπνίζει, έχει δύο με τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει έμφραγμα από έναν μη καπνιστή. Ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά σε εκείνους που διακόπτουν το κάπνισμα, ενώ είναι μικρότερος στους καπνιστές τσιγάρων μικρής περιεκτικότητας σε νικοτίνη. Σε γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά και ταυτόχρονα καπνίζουν ο κίνδυνος εμφράγματος μεγαλώνει σημαντικά, πιθανόν λόγω της συνεργικής δράσης αυτών των δυο παραγόντων.

2) Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. (Χρόνια βρογχίτιδα και πνευμονικό εμφύσημα).

Το κάπνισμα θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η οποία αποτελεί συχνή αιτία προσωρινής ή μόνιμης αναπηρίας ή και θανάτου στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Οι καπνιστές παρουσιάζουν θνησιμότητα μέχρι και δπλάσια από τους μη καπνιστές, ανάλογα με τον αριθμό τσιγάρων που έχουν καπνίσει.

3) Πεπτικό έλκος.

Η νόσος είναι 1.7 φορές συχνότερη στους καπνιστές απ' ότι στους μη καπνιστές. Η διακοπή του καπνίσματος όμως οδηγεί σε γρήγορη βελτίωση των συμπτωμάτων και επιταχύνει την επούλωση του έλκους.

4) Καρκίνος του πνεύμονα.

Το κάπνισμα θεωρείται ο σπουδαιότερος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του πνεύμονα, ο οποίος είναι 10 φορές συχνότερος στους καπνιστές απ' ότι στους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος αυξάνει όσο αυξάνει η ποσότητα και η διάρκεια του καπνίσματος και όσο

μικρότερη είναι η ηλικία ενάρξεως. Ελαττώνεται με την διακοπή του καπνίσματος (15 χρόνια μετά την διακοπή είναι μόνο δυο φορές μεγαλύτερος απο ότι στους μη καπνιστές). Ο κίνδυνος είναι μικρότερος σε καπνιστές τσιγάρων με φίλτρο, σε καπνιστές πούρων και πίπας και στους καπνιστές που δεν εισπνέουν τον καπνό.

Το κάπνισμα θεωρείται επίσης σημαντικός παράγοντας κινδύνου και για ορισμένους άλλους καρκίνους. Ο καπνιστής έχει 3-6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει καρκίνο του λάρυγγα από ότι ένας μη καπνιστής και αυτό σχετίζεται με τον αριθμό των τσιγάρων και τα χρόνια που καπνίζει. Ο κίνδυνος αυτός είναι ακόμα μεγαλύτερος αν το άτομο καταναλώνει αλκοόλ.

Ο κίνδυνος για καρκίνο της στοματικής κοιλότητας υπολογίζεται ότι είναι 4-7 φορές μεγαλύτερος, για καρκίνο του ρινοφάρυγγα 2 φορές μεγαλύτερος, για καρκίνο του οισοφάγου 2-6 φορές μεγαλύτερος. Επίσης το κάπνισμα σχετίζεται με τον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως, του παγκρέατος, του νεφρού και του ήπατος.

5) Κάπνισμα και εγκυμοσύνη.

Το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθυστερεί την ανάπτυξη του παιδιού. Γυναίκες που καπνίζουν κάνουν μικρότερα παιδιά και συχνότερα πρόωρα. Ορισμένοι μάλιστα ερευνητές πιστεύουν ότι οι αποβολές και οι γεννήσεις νεκρών εμβρύων είναι επίσης συχνότερες σε καπνίστριες.



Ε. Παθητικό κάπνισμα.

Οτι αναφέρθηκε μέχρι τώρα, αφορούσε στη βλαπτική επίδραση των καυσαερίων στους ίδιους τους καπνιστές και τα αποτελέσματα της διακοπής του καπνίσματος.

Υπάρχουν όμως και άτομα που ενώ δεν καπνίζουν, εισπνέουν τα καυσαέρια του καπνού, τόσο από το δευτερεύον ρεύμα του καίόμενου τσιγάρου, όσο και από τα εκπνεόμενα καυσαέρια των καπνιστών που μολύνουν και αυτά την ατμόσφαιρα. Τα άτομα αυτά αποτελούν την

κατηγορία των "παθητικών καπνιστών".

Τα συνηθέστερα συμπτώματα σε έναν παθητικό καπνιστή είναι ο ερεθισμός των ματιών, του ρινοφάρυγγα και της τραχείας, ο οποίος εκδηλώνεται με ξηρό βήχα και με πονοκέφαλο. Αυτά οφείλονται στην ακρολείνη και τις άλλες ερεθιστικές ουσίες του καπνού.

Συνήθως οι καπνιστές δεν εκτιμούν πόσο ενοχλητικό αλλά και πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα στους μη καπνιστές, που δηλητηριάζονται χωρίς να το θέλουν. Σ' αυτή την κατηγορία των παθητικών καπνιστών, δεν ανήκουν μόνο άτομα κάποιας ηλικίας που θα μπορούσαν να αντιδράσουν στην αντικοινωνική συμπεριφορά των καπνιστών, με το δικαίωμα της ελευθερίας να αναπνέουν καθαρό αέρα, όταν μάλιστα πάσχουν από κάποια χρόνια πνευμονική ή καρδιαγγειακή νόσο. Είναι επίσης η κατηγορία εκείνων που όχι μόνο δεν γνωρίζουν τον κίνδυνο του παθητικού καπνίσματος, αλλά δεν μπορούν να αντιδράσουν και να προστατεύσουν την υγεία τους. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν τα έμβρυα. Γίνονται και αυτά παθητικοί καπνιστές μέσα στην κοιλιά της μέλλουσας μητέρας, η οποία με το κάπνισμα τα δηλητηριάζει, διότι η νικοτίνη και κυρίως το μονοξείδιο του άνθρακα περνούν από την κυκλοφορία της μέσω του πλακούντα, στην κυκλοφορία του εμβρύου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την υποξυγόνωση των ιστών και των οργάνων του.

Ερευνες που έγιναν σε 8000 γυναίκες που κάπνιζαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, παρουσιάστηκαν αυτόματες αποβολές σε ένα σημαντικό ποσοστό. Είχαν πρόωρους τοκετούς ή γέννησαν νεκρά παιδιά ή με μειωμένο σωματικό βάρος κατά 200 γραμμάρια. Ακόμα γέννησαν παιδιά με χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης και γενικότερα παιδιά με μειωμένη ανοσολογική αντίσταση και με προδιάθεση για συχνές λοιμώξεις, εύκολα κρυολογήματα.

Επίσης παθητικοί καπνιστές είναι τα παιδιά, νεογέννητα, μικρά ή μεγάλα, που μένουν πολλές ώρες σε κλειστούς χώρους, όπου οι γονείς τους ή άλλα άτομα κάπνιζουν και ο εξαερισμός και η ανανέωση του αέρα σ' αυτούς τους χώρους, είναι ανεπαρκής ή και ανύπαρκτος.

Ακόμα πρέπει να υπερτονιστεί, ότι το κάπνισμα στις γυναίκες που βρίσκονται στην ηλικία της αναπαραγωγής, προκαλεί πτώση του επιπέδου των οιστρογόνων, διατάραξη της ωορρηξίας και επίσης

επιταχύνει την εμμηνόπαυση και αυξάνει τον κίνδυνο για οστεοπόρωση.

Όπως αναφέρθηκε, όταν το κάπνισμα στις γυναίκες συνδυάζεται με την χρήση αντισυλληπτικών, αυξάνει πάνω από το 4πλάσιο τα προβλήματα στο κυκλοφορικό σύστημα και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια στην καρδιά και τον εγκέφαλο, απ' ό,τι στις γυναίκες που καπνίζουν την ίδια ποσότητα, αλλά δεν λαμβάνουν αντισυλληπτικά. Αντίστοιχα ο κίνδυνος για τις καπνίστριες που κάνουν ταυτόχρονη χρήση αντισυλληπτικών είναι 40 φορές μεγαλύτερος από εκείνες, της ίδιας ηλικίας, που ούτε καπνίζουν ούτε χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια.

Γενικά, οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαίσθητες στις βλαβερές επιδράσεις των καυσαερίων του καπνού από τους άνδρες. Η μεγαλύτερη αυτή ευαισθησία εξηγείται σαν γενική προδιάθεση, καθώς ο γυναικείος οργανισμός αποβάλλει τις βλαβερές ουσίες δυσκολότερα από ότι ο οργανισμός των ανδρών.

στ. Κατασταλτικά του καπνίσματος.

"Το κόψιμο του τσιγάρου είναι πολύ εύκολο. Το 'χω κάνει χιλιάδες φορές". Μ' αυτά τα λόγια ο Μαρκ Τουαίν αγγίζει την καρδιά του προβλήματος στη θεραπεία της εξάρτησης απ' το τσιγάρο. Όταν ένας καπνιστής αποφασίζει, ότι είναι καιρός να σταματήσει, είναι σχετικά εύκολο να τον βοηθήσουμε να κόψει το τσιγάρο για λίγες εβδομάδες. Αλλά είναι πολύ πιο δύσκολο να τον εμποδίσουμε να ξαναρχίσει ύστερα από μήνες ή χρόνια. Πολλοί καπνιστές, αν είναι αρκετά αποφασισμένοι, μπορούν να το σταματήσουν μόνοι τους, υπάρχουν όμως και πολλοί που προσπάθησαν, αλλά δεν τα κατάφεραν. Γι αυτούς οι εναλλακτικές λύσεις ανήκουν σε δύο κατηγορίες:

1) Στις διαδικασίες αυτοβοήθειας

Οι διαδικασίες αυτοβοήθειας περιλαμβάνουν βιβλία, οπτικοακουστικά μέσα, τσιγάρα, διάφορα τεχνικά μέσα και προσφέρουν στον καπνιστή τεχνικές για να αναλύσει την συνήθεια

του και να την αποβάλλει συστηματικά. Ακόμα περιλαμβάνουν διάφορα φίλτρα και εξαρτήματα, που υποτίθεται ότι βοηθούν τον καπνιστή να αποκοπεί σταδιακά από το τσιγάρο.

ii) Θεραπευτικά προγράμματα.

Ο Τζέρομ Σβαρτς μετά από μια επισκόπηση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων της θεραπείας του καπνίσματος, κατέταξε τα οργανωμένα προγράμματα σε δέκα κατηγορίες:

Ατομική συμβουλευτική, εκπαιδευτικά προγράμματα, ομάδες, φάρμακα, ύπνωση, αποτρεπτική εξαρτημένη μάθηση, αυτοέλεγχο, μέσα μαζικής ενημέρωσης, κοινότητες και διάφορα άλλα.

Η ατομική συμβουλευτική γίνεται με το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια και φτάνει μέχρι την ατομική ψυχοθεραπεία. Ένα διαδομένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα είναι το "πενθήμερο πλάνο" όπου γίνονται διαλέξεις σε μεγάλες ομάδες. Οι συμμετέχοντες βλέπουν κατεστραμμένους απ' τον καπνό πνεύμονες, κάνουν ζεστά και κρύα ντους, σωματικές ασκήσεις και υποβάλλονται σε ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο, όπου αποφεύγονται ο καφές, το τσάι, η Coca Cola και τα οίνοπνευματώδη.

Τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της αποστέρωσης ή την δημιουργία απώθησης προς την γεύση του τσιγάρου δεν έχουν αποδειχθεί μέχρι τώρα ιδιαίτερα αποτελεσματικά. Η τελευταία εξέλιξη όμως με την τσίκλα νικοτίνης δίνει κάποια ελπίδα.

Ένας άλλος τρόπος με μεγάλη απήχηση είναι η ύπνωση.

Άλλες μέθοδοι θεραπείας που έχουν δοκιμαστεί περιλαμβάνουν την αποστροφή διαμέσου ηλεκτρικών σοκ, του βελονισμού, της γιόγκα, της άσκησης χαλάρωσης, της απροευσθητοποίησης και της αισθητηριακής αποστέρωσης. Όλες αυτές οι μέθοδοι έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα στο τέλος της θεραπείας, αλλά μετά από κάποιο χρόνο που γίνεται νέα αξιολόγηση, τα αποτελέσματα δεν είναι αρκετά ικανοποιητικά.

Σ. Αντικαπνιστικά προγράμματα.

Το κάπνισμα σ κ ο τ ώ ε ι
στη χώρα μας κάθε χρόνο
περίπου 15.000 άτομα,
όλας ηλικίας 40 άτομα
την ημέρα.



— ΔΗΛΗΤΗΡΙΟ —
ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ



ΟΙ ΝΕΟΙ
λένε **ΟΧΙ**
στο κάπνισμα

ΚΑΘΕ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΡΧΙΖΕΙ ΑΠΟ ΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ

Το 1974 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) καθόρισε τις κατευθυντήριες γραμμές για το σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας στον τομέα του καπνίσματος. Οι κυριότερες από τις συστάσεις αυτές ήταν:

(i) Η εκπαίδευση στο θέμα κάπνισμα και υγεία, αν και αποτελεί μια ανεξάρτητη δραστηριότητα, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν τμήμα της γενικότερης εκπαίδευσης σε θέματα υγείας.

(ii) Τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο από τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.

(iii) Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας θα πρέπει να αρχίζει από το σπίτι και το Δημοτικό σχολείο και να επαναλαμβάνεται σε διάφορα στάδια της υπόλοιπης εκπαίδευσης, έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων της.

(iv) Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων εκείνων που από την φύση του επαγγέλματός τους αναλαμβάνουν την ευθύνη της εκπαίδευσης του κοινού σε θέματα υγείας.

Τέτοιες κατηγορίες ατόμων, εκτός από τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και γενικά τους υγειονομικούς, είναι οι εκπαιδευτικοί,

οι γυμναστές, οι προπονητές και οι υπεύθυνοι οργανώσεων της νεολαίας.

(v) Οι υγειονομικές αρχές και οργανισμοί θα πρέπει να συνεργαστούν με τις εκπαιδευτικές για να ετοιμάσουν προγράμματα και διδακτικό υλικό σχετικά με τους κινδύνους από το κάπνισμα. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ενσωματωθούν στο γενικότερο πρόγραμμα εκπαίδευσης σε θέματα υγείας των σχολείων, πανεπιστημίων και άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.

(vi) Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην διδασκαλία αγωγής σε θέματα υγείας στις παιδαγωγικές σχολές και στη βελτίωση των γνώσεων και ικανοτήτων των εκπαιδευτικών στο θέμα αυτό.

(Το θέμα της αντιμετώπισης της επιδημίας που λέγεται κάπνισμα, αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολύμορφο πρόβλημα και όπως παρατηρούν πολλοί ερευνητές "εκείνο που φαίνεται περισσότερο σημαντικό για τον μελλοντικό σχεδιασμό της αγωγής υγείας, είναι να υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις του προβλήματος για ομάδες ατόμων με διαφορετικές συνθήκες έκθεσης, εκπαιδευτικής υποδομής και ωριμότητας".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΘΕΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

α. Συχνότητα του εμφράγματος.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μια από τις πιο συχνές νόσους που διαγιγνώσκονται σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς στις δυτικές χώρες. Στις ΗΠΑ συμβαίνουν κάθε χρόνο 1,3 εκατομμύρια εμφράγματα του μυοκαρδίου. Η θνησιμότητα στη διάρκεια του πρώτου έτους μετά από το έμφραγμα πλησιάζει το 50%, με τους μισούς θανάτους να συμβαίνουν πριν το προσβλημένο άτομο φθάσει στο νοσοκομείο. Κίνδυνο υπερβολικής θνησιμότητας διατρέχουν οι άρρωστοι που ανανήφουν από το έμφραγμα. Πράγματι, ο κατά ηλικία κίνδυνος θανάτου είναι 3,5 φορές αυξημένος ακόμα και 10 χρόνια μετά το έμφραγμα.

β. Ορισμός του εμφράγματος.

Εμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η ισχαιμική νέκρωση μιας εντοπισμένης περιοχής του μυοκαρδίου, που οφείλεται σε απότομη απόφραξη κλάδου της στεφανιαίας αρτηρίας εξαιτίας σχηματισμού θρόμβου ή υπενδοθηλιακής αιμορραγίας στο σημείο της αθηρωματικής στένωσης.

Κλινικώς, ο όρος έμφραγμα υποδηλώνει κλινική εικόνα η οποία χαρακτηρίζεται από έντονο άλγος στο κέντρο της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακος και η οποία επιπλέκεται συχνά από "shock" και καρδιακή ανεπάρκεια και πολλές φορές μάλιστα προκαλεί αιφνίδιο θάνατο. Τα περισσότερα εμφράγματα αφορούν την αριστερή κοιλία. Εμφραγμα δεξιάς κοιλίας ή των κόλπων είναι κατά κανόνα επέκταση βλάβης της αριστερής κοιλίας. Απόφραξη του πρόσθιου μεσοκοιλιακού κλάδου της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας προκαλεί πρόσθιο έμφραγμα με συμμετοχή του πρόσθιου τμήματος του

μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Απόφραξη της περισπώμενης αρτηρίας προκαλεί έμφραγμα του πλάγιου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας, ενώ απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας προκαλεί έμφραγμα του "κάτω ή οπίσθιου τοιχώματος της αριστεράς κοιλίας και με συμμετοχή του κάτω τμήματος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Παρόλο που υπονοείται συνήθως έμφραγμα αριστερής κοιλίας, όταν κάποιος αναφέρεται στον όρο έμφραγμα του μυοκαρδίου, εντούτοις το έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας δεν είναι σπάνιο και μάλιστα συνδέεται με το κατώτερο έμφραγμα του μυοκαρδίου από απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας.

γ. Θέση, έκταση και αίτια του εμφράγματος.

Το σημείο και η έκταση της νέκρωσης εξαρτάται από τον βαθμό απόφραξης της στεφανιαίας αρτηρίας, τη δυσαναλογία ανάμεσα στις ανάγκες του μυοκαρδίου και τη ροή που είναι αποτέλεσμα της ανατομικής κατανομής της στενώσεως μέσα στα στεφανιαία αγγεία, την επάρκεια της παράπλευρης κυκλοφορίας μεταξύ των γειτονικών στεφανιαίων αρτηριών και την ύπαρξη και έκταση παλιών εμφραγμάτων. Το έμφραγμα μπορεί να καταλαμβάνει όλο το πάχος του μυοκαρδίου, από το ενδοκάρδιο μέχρι το επικάρδιο (διατοιχωματικό έμφραγμα) ή μπορεί να περιορίζεται στο υπενδοκάρδιο (δηλαδή στο μη διατοιχωματικό υπενδοκάρδιο έμφραγμα).

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου, κατά την άποψη του Horie το 1978, συνήθως προκαλείται από ένα θρόμβο στη στεφανιαία αρτηρία πάνω από μια διαβρωτική αθηροσκληρωτική πλάκα στην κατανομή του οξέος εμφράγματος. Αυτό όμως έρχεται σε αντίθεση με την άποψη του Roberts το 1977, ο οποίος πιστεύει ότι στεφανιαία θρόμβωση είναι το επακόλουθο περισσότερο, παρά η αιτία στεφανιαίας απόφραξης.

Οξύ έμφραγμα μπορεί να συμβεί και από άλλες αιτίες όπως οξεία υπόταση. Συνήθως όμως επέρχεται απότομα και χωρίς αφορμή, ενώ μερικές φορές προκαλείται από έντονη σωματική άσκηση, συγκίνηση ή μετά από εγχείρηση. Κάτω από αυτές τις συνθήκες προκαλείται έγχυση άφθονων κατεχολαμινών και αύξηση της συχνότητας των καρδιακών συστολών.

Η βαρύτητα του εμφράγματος ποικίλλει. Άλλοτε είναι μεγάλη και ο ασθενής πεθαίνει αμέσως, σε λίγα λεπτά ή μετά από ώρες. Στο αντίθετο άκρο βαρύτητας είναι ελαφρό έμφραγμα, το οποίο δεν προκαλεί ποτέ ενοχλήματα και η διάγνωση γίνεται εκ των υστέρων ΗΚΓγραφικώς. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως η βαρύτητα είναι μέση. Ο ασθενής δεν πεθαίνει, παρουσιάζονται τα κλινικά συμπτώματα που θα αναφερθούν παρακάτω, και μέσα σε λίγες εβδομάδες ο γερκρωμένος μυϊκός ιστός αντικαθίσταται από ουλώδη ιστό. Η ουλή είναι συνήθως στερεά αλλά μπορεί, μερικές φορές, να μην είναι. Γι' αυτό και καθώς υποχωρεί σιγά-σιγά παράγει καρδιακό ανεύρισμα. Άλλοτε πάλι μετά το έμφραγμα η λειτουργική ικανότητα του καρδιακού μυός δεν παραμένει φυσιολογική και τότε επέρχεται καρδιακή ανεπάρκεια.

δ. Αποφροζόμενες αρτηρίες.

Συνιθέστερα αποφράσσεται η αριστερή πρόσθια κατιούσα αρτηρία και προκαλεί έμφραγμα στο πρόσθιο διαφραγματικό τμήμα της αριστερής κοιλίας. Λιγότερο συχνά, η απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας οδηγεί σε έμφραγμα του κατώτερου και οπίσθιου τμήματος της αριστερής κοιλίας. Η απόφραξη της αριστερής περισπώμενης αρτηρίας είναι σπανιότερη και προκαλεί προσθιοπλάγιο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Όταν συμβεί απόφραξη της αριστερής κύριας στεφανιαίας αρτηρίας, προκαλείται συνήθως εκτεταμένο έμφραγμα της αριστερής κοιλίας. Μείωση της στεφανιαίας ροής σε απόφραξη της στεφανιαίας αρτηρίας σημαίνει τουλάχιστον κατά 80% στένωση της αρτηρίας (γιατί όπως έχει δειχτεί, η στεφανιαία ροή του αίματος σε ηρεμία δεν μειώνεται αν η στένωση δεν υπερβεί το 75%).

ε. Προειδοποιητικές εκδηλώσεις.

Οι αναφορές για πρόδρομα συμπτώματα, όπως αδυναμία, δυσκολία στην αναπνοή και ακαθόριστη δυσφορία στο στήθος ημέρες ή εβδομάδες πριν από το σύμβαμα, στο 50-70% των ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, υποδεικνύουν ότι η επιβάρυνση της ισορροπίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οξυγόνου από το μυοκάρδιο, είναι ο συχνότερος μηχανισμός του εμφράγματος του μυοκαρδίου και η εισβολή δεν είναι τόσο "απρόσμενη" όσο είχε θεωρηθεί παλιά.

στ. Κλινικά Ευρήματα.

Ι. Συμπτώματα.

ι) Πόνος. Είναι το κλασικό κυρίαρχο χαρακτηριστικό στοιχείο του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, που αναγκάζει τον ασθενή να ζητήσει βοήθεια. Ποιοτικά μοιάζει με την στηθάγχη και περιγράφεται συνήθως σαν βάρος ή σφίξιμο ή μεγάλη πίεση στο στήθος. Η εντόπιση και η ακτινοβολία του πόνου μοιάζουν με την στηθάγχη, παρόλο που μπορεί να ακτινοβολεί σε μεγαλύτερη έκταση από την στηθάγχη σε προσπάθεια και ο ασθενής αντιλαμβάνεται, ότι η δυσφορία έχει αλλάξει ως προς την κατανομή της. Ο πόνος δεν ακτινοβολεί σε μεγαλύτερη έκταση μόνο προς την κάτω σιαγόνα και τα δόντια, τον λαιμό, την αριστερή ωμοπλάτη, ψηλά στην πλάτη ή προς τα κάτω στο αριστερό χέρι μέχρι τα δυο δάκτυλα που νευρώνονται από το ωλένιο νεύρο. Μπορεί επίσης να ακτινοβολεί προς την ανώτερη οπίσθια θωρακική περιοχή και ο ασθενής είναι δυνατόν να θεωρήσει ότι το πρόβλημα του είναι ορθοπεδικό. Ο πόνος είναι ισχυρότερος από της στηθάγχης σε προσπάθεια, δεν υποχωρεί με ανάπαυση,

αυξάνει σε ένταση γρήγορα αλλά όχι ακαριαία. Μπορεί ακόμα να παρουσιάζει παροξυσμούς και υφέσεις και να φτάνει στο μέγιστο της ισχύος του μέσα σε λίγα λεπτά. Η νιτρογλυκερίνη, που σε ασθενή με στηθάγχη είναι άμεσα αποτελεσματική, στο έμφραγμα δεν έχει κανένα αποτέλεσμα.

Αν και ο πόνος αποτελεί το συχνότερα εμφανιζόμενο ενόχλημα, εντούτοις αυτό δεν σημαίνει, ότι είναι πάντοτε παρόν. Ένα μικρό ποσοστό, που κυμαίνεται από 10-20% των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου δεν παρουσιάζουν άλγος. Η συχνότητα αυτών των σιωπηρών εμφραγμάτων είναι πιθανώς ακόμα υψηλότερη από αυτήν που υπολογίζεται, επειδή οι άρρωστοι χωρίς άλγος μπορεί να μην καταφεύγουν στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Η επίπτωση των ανώδυνων εμφραγμάτων είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και αυξάνεται με την ηλικία. Στους ηλικιωμένους, το έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να εμφανιστεί σαν δυσκολία αναπνοής αιφνίδιας έναρξης, η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε πνευμονικό οίδημα. Άλλες λιγότερο συχνές κλινικές εικόνες σε απουσία του πόνου είναι η αιφνίδια απώλεια της συνείδησης, η συγχυτική κατάσταση, το αίσθημα θπερβολικής αδυναμίας, η εμφάνιση αρρυθμίας ή απλά μια ανεξήγητη πτώση της αρτηριακής πίεσης.

11) Συστηματικές εκδηλώσεις. Μια έμμεση μέτρηση της ποσότητας του νεκρωμένου ιστού είναι το μέγεθος της αντίδρασης των διάφορων συστημάτων στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου που μαρτυρούν ο πυρετός, η ταχυκαρδία, η λευκοκυττάρωση και η αύξηση της ταχύτητας καθίζησης. Αυτά τα γενικά σημεία ιστικής νέκρωσης εμφανίζονται συνήθως 24-48 ώρες μετά την έναρξη του αρχικού πόνου και σχετίζονται με το μέγεθος του ιστού που έχει υποστεί νέκρωση.

Επειδή, όπως αναφέρθηκε, η νέκρωση εμφανίζεται 24-48 ώρες μετά την έναρξη του πόνου, η πορεία της θερμοκρασίας ακολουθεί αυτό το χρονικό διάστημα. Ο πυρετός που παρουσιάζεται με την έναρξη του πόνου ή συμβαίνει μετά από την πέμπτη ή έκτη ημέρα, πρέπει να υποψιάζεται κανείς για κάποια ανεξάρτητη αιτία πυρετού. Ασθενείς με πνευμονικό έμφρακτο, για παράδειγμα, μπορεί να έχουν πυρετό την ημέρα έναρξης του πόνου, ενώ ο πυρετός στο

οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου καθυστερεί.

iii) Ζάλη, δύσπνοια και υπόταση. Σε συνδιασμό με τον πόνο και την επίδρωση, ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται αδυναμία, τάση για λιποθυμία και ζάλη. Σε ταχεία έναρξη κοιλιακής ταχυκαρδίας ή μαρμαρυγής ή διαταραχής της κολποκοιλιακής αγωγιμότητας με κρίση Adams-Stokes είναι δυνατόν να επέλθει συγκοπή. Η συγκοπή και οι εκδηλώσεις εγκεφαλικού εμφράκτου είναι ίσως αποτέλεσμα μειωμένης καρδιακής παροχής και ελαττωμένης άρδευσης του εγκεφάλου από την καρωτίδα και τις άλλες εγκεφαλικές αρτηρίες.

Η παρουσία ή απουσία του πόνου είναι σημαντική στην εκτίμηση της σημασίας της υπότασης, ιδιαίτερα στην έναρξη του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Σε μερικά άτομα η αγγειοκινητική αντίδραση στον οξύ πόνο εκδηλώνεται με υπέρταση, αλλά σε άλλα προκαλείται απότομη μείωση της καρδιακής παροχής με αγγειοδιαστολή μυών και δέρματος, που προκαλεί υπόταση με ελλειπή άρδευση των ιστών. Το σύμπτωμα αυτό εκδηλώνεται με ψυχρό, υγρό, γαιώδες δέρμα, βαθιές εισπνοές, ταχυκαρδία και χαμηλή πίεση του αίματος. Αυτά τα σημεία δεν πρέπει να θεωρηθούν ένδειξη καρδιογενούς shock μέχρις ότου παρέλθει ο πόνος με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Κοιλιακές αρρυθμίες στις πρώτες ώρες ενός οξέος εμφράγματος μπορεί να προκαλέσουν υπόταση εξαιτίας του πόνου και του φόβου που προκαλεί το έμφραγμα.

iv) Ναυτία, έμετος, "δυσπεψία". Η ναυτία και ο έμετος δεν είναι σπάνια φαινόμενα. Μπορεί να οφείλονται σε ισχυρό πόνο, διέγερση του πνευμονογαστρικού ή απότομη πτώση της καρδιακής παροχής, με αποτέλεσμα γενική κυτταρική υποάρδευση. Η δυσφορία μπορεί να επεκτείνεται στο επιγάστριο, να συνδέεται με αισθήματα δυσπεψίας και τυμπανισμού και ο ασθενής να θεωρήσει ότι έχει οξεία δυσπεψία και να παίρνει αντιόξινα χωρίς αποτέλεσμα. Ίσως, εκ των υστέρων συνειδητοποιήσει ότι είχε αισθανθεί παρόμοια, ηπιότερη δυσφορία στο στέρνο ώρες ή και ημέρες προτού υποστεί το οξύ έμφραγμα.

II. Σημεία.

Τα σημεία στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να είναι ασήμαντα ή μπορεί, όταν ο ασθενής προσέλθει για πρώτη φορά, να βρίσκεται στα πρόθυρα θανάτου. Η κλινική εικόνα σχετίζεται με την έκταση και το μέγεθος του εμφράγματος, την παρουσία παλιού εμφράγματος, με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και την επάρκεια της παράπλευρης κυκλοφορίας.

i) Αρχικά σημεία. Τα αρχικά σημεία μπορεί να είναι σοβαρότερα από εκείνα που βρίσκονται 1-2 ώρες αργότερα. Ιδιαίτερα αν ο ασθενής είχε κοιλιακή αρρυθμία, μεγάλη βραδυκαρδία με ελλειπή παροχή ή αιφνίδια ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας, που παρέρχονται καθώς ενεργοποιούνται οι αντισταθμιστικοί αντανεκλαστικοί μηχανισμοί.

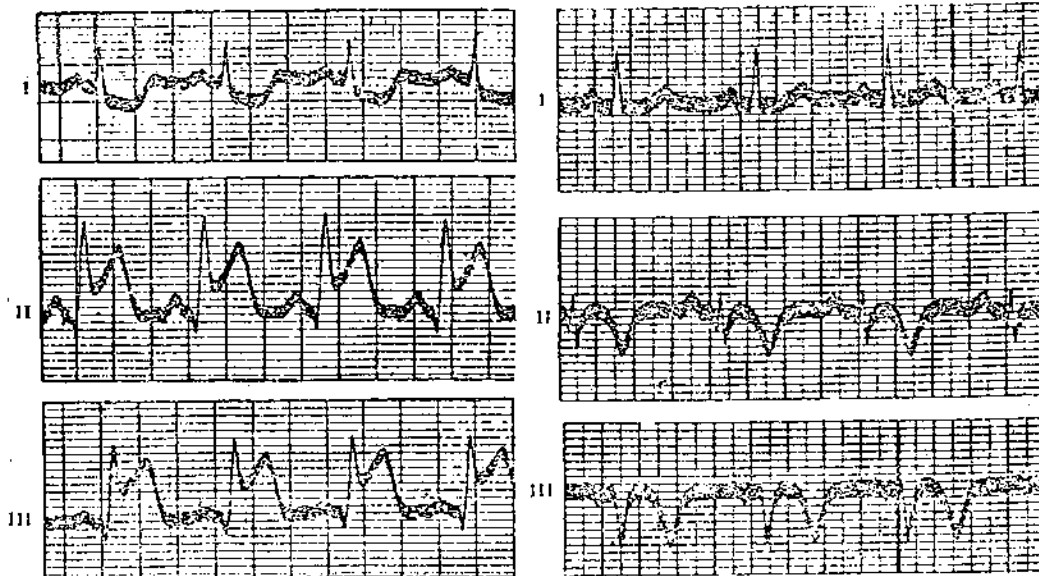
ii) Σημεία σε σοβαρότερες περιπτώσεις. Σε βαρύτερες περιπτώσεις το άτομο εμφανίζει εικόνα βαριά πάσχοντα, με σημαντική υπόταση και χαμηλή παροχή, ταχυκαρδία, ψυχρό, υγρό, ιδρωμένο δέρμα και γκρίζο χρώμα εξαιτίας περιφερικής κυάνωσης. Αν η άρδευση του εγκεφάλου είναι ελαττωμένη, ο ασθενής είναι δυνατό να βρίσκεται σε διανοητική έκπτωση και σύγχυση. Μπορεί να έχει είτε ταχυκαρδία είτε βραδυκαρδία, ανάλογα με το αν κυριαρχεί η αντίδραση των τασεΰποδοχέων στην χαμηλή παροχή ή αν η ελάττωση της άρδευσης του φλεβόκομβου ή των πνευμονογαστρικών αντανεκλαστικών προκαλεί κολπική βραδυκαρδία. Στην έναρξη του οξέος εμφράγματος, η θερμοκρασία είναι συνήθως φυσιολογική. Η εμφάνιση του πυρετού καθυστερεί 24 έως 72 ώρες και οφείλεται στη νέκρωση του μυοκαρδίου, που χρειάζεται αρκετό χρόνο για να εγκατασταθεί.

z. Εργαστηριακή διάγνωση.

Η εργαστηριακές δοκιμασίες που έχουν κάποια αξία στην επιβεβαίωση της διάγνωσης του εμφράγματος του μυοκαρδίου μπορεί να διαιρεθούν σε τρεις ομάδες:

i) Στους μη ειδικούς δείκτες νέκρωσης και φλεγμονής των ιστών. Η μη ειδική αντίδραση στη μυοκαρδιακή βλάβη συνοδεύεται από πολυμορφοκυρινική λευκοκυττάρωση, η οποία εμφανίζεται μέσα σε λίγες ώρες μετά από την έναρξη του άλγους. Επιμένει επί 3-7 ημέρες και συχνά φτάνει τα επίπεδα των 12000-15000 λευκοκυττάρων ανά mm³. Το μέγεθος της λευκοκυττάρωσης παρέχει κάποια πληροφόρηση γύρω από το μέγεθος του εμφράγματος (οι μεγαλύτεροι αριθμοί λευκών αιμοσφαιρίων συνοδεύονται από μεγαλύτερα εμφράγματα). Η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αυξάνει πιο αργά από όσο ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων, φθάνοντας στο μέγιστο την πρώτη εβδομάδα και παραμένοντας, μερικές φορές, αυξημένη επί 1 ή 2 εβδομάδες.

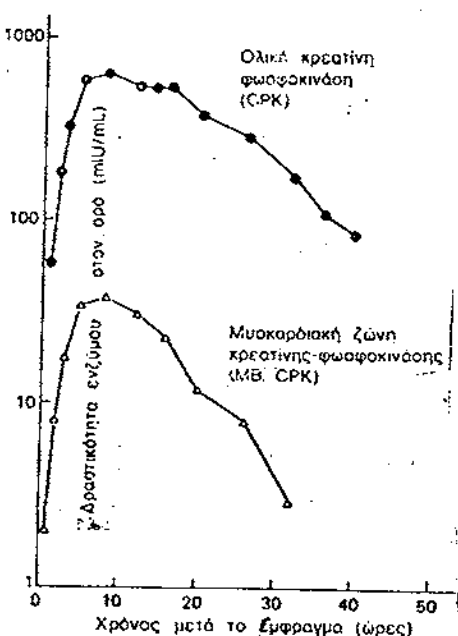
ii) Στα ηλεκτροκαρδιογράφημα. Αν και οι ηλεκτροκαρδιογραφικές /παθολογοανατομικές συσχετίσεις δεν είναι και τόσο εξαιρετες, εντούτοις



Πρόσφατον έμφραγμα του οπισθίου τοιχώματος. Ανύψωση του ST εις την II και III με πτώσιν αὐτοῦ εις την I ἀγωγὴν. Βαθὴ Q εις την III καὶ σαφὲς εις την II μὲ βαθύτατον, ἰσοσκελὲς ἀρνητικὸν T (στεφανιαίων T). Θετικὸν T εις την I. Ἀντίθετος φασὰ T_{III} πρὸς T_I.

το διατοιχωματικό έμφραγμα διαγιγνώσκεται όταν το ΗΚΓράφημα εμφανίζει βαθύ, ευρύ Q. Είναι χαρακτηριστικό της νέκρωσης. Συνήθως παραμένει μόνιμο, αλλά μερικές φορές εξαφανίζεται πλήρως. Υποδηλώνει τον λειτουργικό θάνατο των κυττάρων στην κεντρική ζώνη του εμφράγματος. Το μη διατοιχωματικό έμφραγμα λέγεται ότι υπάρχει, όταν το ΗΚΓ δείχνει υψηλή απόσπαση του S-T διαστήματος. Η απόσπαση αυτή υποδηλώνει βλάβη των κυττάρων στην περιοχή που περιβάλλει την κεντρική ζώνη νέκρωσης. Οι μεταβολές του S-T διαστήματος παραμένουν συνήθως για ώρες ή για λίγες ημέρες και σπάνια μέχρι δυο εβδομάδες. Ένα άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα του εμφράγματος είναι το αρνητικό έπαρμα T, το οποίο υποδηλώνει ισχαιμία των κυττάρων γύρω από την ζώνη της βλάβης. Το αρνητικό T άλλοτε παραμένει μόνιμα και άλλοτε αποκαθίσταται. Παρόλα αυτά όμως, αυτές οι αλλοιώσεις ποικίλλουν και δεν θα πρέπει να αποτελούν την μοναδική βάση για την διάγνωση του εμφράγματος.

iii) Στις μεταβολές των ενζύμων του ορού. Τα ένζυμα απελευθερώνονται σε μεγάλες ποσότητες στο αίμα από τον νεκρωμένο καρδιακό μυ μετά από κάποιο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ο ρυθμός απελευθέρωσης των ειδικών ενζύμων διαφέρει μετά από το έμφραγμα και το παροδικό πρότυπο απελευθέρωσης ενζύμων ενέχει διαγνωστική σημασία. Τα επίπεδα της SGOT και της φωσφοκινάσης της κρεατίνης (CK) αυξάνουν και μειώνονται γρήγορα, ενώ το επίπεδο της γαλακτικής αφυδρογονάσης (LDH) ανέρχεται αργότερα



και παραμένει αυξημένο επί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η SGOT χρησιμοποιείται ευρέως, αλλά έχει το εξής μειονέκτημα. Υπάρχει επίσης και στους σκελετικούς μυς, στο ήπαρ και στα ερυθρά αιμοσφαίρια και μπορεί να απελευθερωθεί από αυτές τις εξωκαρδιακές αποθήκες. Ενώ το ισοένζυμο MB της CK έχει ένα παραπάνω πλεονέκτημα από την SGOT, το οποίο συνίσταται στο ότι

δεν υπάρχει σε σημαντικές ποσότητες στους εξωκαρδιακούς ιστούς και είναι επομένως πιο ειδικό από την SGOT. Επειδή οι άνοδοι της συγκέντρωσης στον ορό της CK και SGOT είναι βραχείας ζωής, μπορεί να μην γίνουν αντιληπτές αν τα αρχικά δείγματα αίματος ληφθούν πάνω από 72 ώρες μετά από την δημιουργία του εμφράγματος. Τα ισοένζυμα MBCK είναι ιδιαίτερα χρήσιμα όταν έχει συμβεί βλάβη των σκελετικών μυών ή του εγκεφάλου, επειδή και οι δυο ιστοί περιέχουν μεγάλα ποσά του ενζύμου, αλλά καθόλου από το ισοένζυμο MB.

Στο έμφραγμα του μυοκαρδίου, το επίπεδο της LDH ανέρχεται την πρώτη ημέρα, φθάνει το μέγιστο ύψος κατά την 3^η ως 4^η ημέρα και επιστρέφει στο φυσιολογικό σε 14 ημέρες.

Ιδιαίτερη σημασία από την κλινική πλευρά έχει το γεγονός, ότι μια αύξηση στο διπλάσιο ή τριπλάσιο της CK μπορεί να συμβεί μετά από μια ενδομυϊκή ένεση. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένη διάγνωση εμφράγματος του μυοκαρδίου σε έναν άρρωστο στον οποίο έχει γίνει ενδομυϊκή ένεση ναρκωτικού φαρμάκου για την αντιμετώπιση θωρακικού άλγους μη καρδιακής προελεύσεως. Άλλες πιθανές αιτίες αύξησεως της ολικής CK που αξίζει να σημειωθούν είναι: 1) Η μυοπάθεια που σχετίζεται με τον χρόνια αλκοολισμό, 2) η θεραπεία με ηλοφιβράτη, 3) η ηλεκτρική καρδιοανάταξη, 4) ο καρδιακός καθητηριασμός, 5) υποθυρεοειδισμός, 6) η αποπληξία και 7) η χειρουργική επέμβαση. Οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις και η ηλεκτρική καρδιοανάταξη οδηγούν συχνά σε αύξηση των επιπέδων του ισοενζύμου MB στον ορό.

Χαρακτηριστικές άνοδοι συμβαίνουν στη συγκέντρωση των ενζύμων του ορού σε περισσότερο από τα 95% των ασθενών με κλινικά αποδεδειγμένο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Σε γενικές γραμμές τα επίπεδα των CK και SGOT δεν ανέρχονται στην ασταθή στηθάγχη, στην καρδίτιδα ρευματικής αιτιολογίας ή στην περικαρδίτιδα. Άλλες καταστάσεις, εκτός του εμφράγματος του μυοκαρδίου, που μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένη SGOT είναι: 1) Ανεπάρκεια δεξιάς κοιλίας με ηπατική συμφόρηση, 2) χορήγηση σαλικυλικών, οπιούχων ή αντιπηκτικών του τύπου κουμαρίνης, 3) πρωτοπαθείς νόσοι των μυών, συμπεριλαμβανομένης της μυϊκής δυστροφίας και του χειρουργικού τραύματος, 4) ενχειρήσεις καρδιάς, 5) οξεία παγκρεατίτιδα, 6)

εκτεταμένη βλάβη του Κ.Ν.Σ., 7) τοξιναιμία της κύησης, 8) αιμολυτική κρίση, 9) συνθλιπτικές βλάβες ή εγκαύματα, 10) έμφρακτο των νεφρών, του σπλήνα ή του εντέρου και 11) υποθυρεοειδισμός.

Αρκετές ραδιοϊσοτοπικές τεχνικές απεικόνισης έχουν μεγάλη διαγνωστική αξία του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Η σπινθηρογραφία του οξέος εμφράγματος (απεικόνιση θερμού σημείου) γίνεται με την βοήθεια ενός μέσου απεικόνισης που συσσωρεύεται σε μεγάλες ποσότητες στην περιοχή του εμφράγματος. Τα σπινθηρογραφήματα είναι συνήθως θετικά δυο με πέντε ημέρες μετά το έμφραγμα και ιδιαίτερα σε αρρώστους με διατοιχωματικά εμφράγματα. Αυτά βοηθούν στην εντόπιση των εμφραγμάτων και παρέχουν μέτρο του μεγέθους αυτών. Η απεικόνιση της αιματώσεως του μυοκαρδίου με θάλλιο, το οποίο προσλαμβάνεται και συγκεντρώνεται από το βιώσιμο μυοκάρδιο, αποκαλύπτει έλλειμμα (ψυχρό σημείο) στους περισσότερους ασθενείς λίγες ώρες μετά από την ανάπτυξη ενός διατοιχωματικού εμφράγματος. Αυτή η εντοπισμένη περιοχή μείωμένης ραδιενέργειας μπορεί να γεμίσει στην διάρκεια των επόμενων ωρών. Παρόλα αυτά όμως δεν είναι δυνατόν να διαφοροδιακριθούν τα οξέα εμφράγματα από τις χρόνιες ουλές. Η ραδιοϊσοτοπική κοιλιογραφία, αποδεικνύει συχνά την παρουσία διαταραχών κινητικότητας του τοιχώματος και μείωση της εξωθήσεως των κοιλιών σε αρρώστους με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Παρόλο που η τεχνική αυτή έχει κάποια αξία στην εκτίμηση των αιμοδυναμικών συνεπειών του εμφράγματος και προσφέρει κάποια βοήθει στην διάγνωση του εμφράγματος της δεξιάς κοιλίας, εντούτοις δεν είναι απόλυτα ειδική, επειδή αρκετές άλλες καρδιακές ανωμαλίες, εκτός του εμφράγματος, μεταβάλλουν το ραδιοϊσοτοπικό κοιλιογράφημα.

η. Στεφανιαία νόσος.

Η στεφανιαία νόσος και οι επιπλοκές της είναι σήμερα η κύρια αιτία θανάτου στον δυτικό κόσμο.

Ο όρος αρτηριοσκλήρυνση σημαίνει μια χρόνια πάθηση των αρτηριών που χαρακτηρίζεται από παθολογική πάχυνση των τοιχωμάτων των αρτηριών. Ανάλογα με τον τύπο της αρτηρίας και τον χιτώνα του τοιχώματος που εκφυλίζεται, διακρίνονται τρεις τύποι της νόσου που μπορεί να υπάρχουν ξεχωριστά.

Ο τύπος I ή αθηρωμάτωση του εσωτερικού χιτώνα, προσβάλλει τον εσωτερικό χιτώνα των αρτηριών και συνίσταται στην ανώμαλη πάχυνση και τον σχηματισμό πλάκων. Οι πλάκες αποτελούνται από λιπίδια. Η διεργασία αυτή προσβάλλει κυρίως τα μεγάλα αλλά και τα μεσαία αγγεία. Αρχίζει σε πολύ νεαρή ηλικία και υπάρχει σχεδόν παγκόσμια σε όλους τους ανθρώπους ηλικίας άνω των 20 ετών. Είναι η αιτία του μεγαλύτερου αριθμού των περιστατικών στεφανιαίας νόσου. Μπορεί όμως να ενισχυθεί ή να επιταχυνθεί από συνυπάρχουσα υπέρταση.

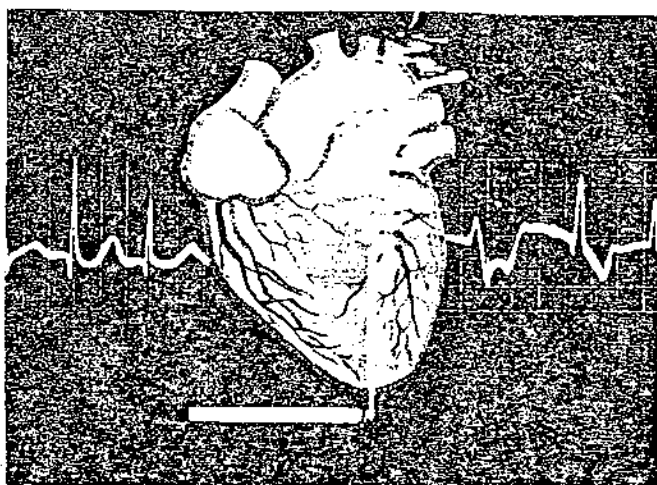
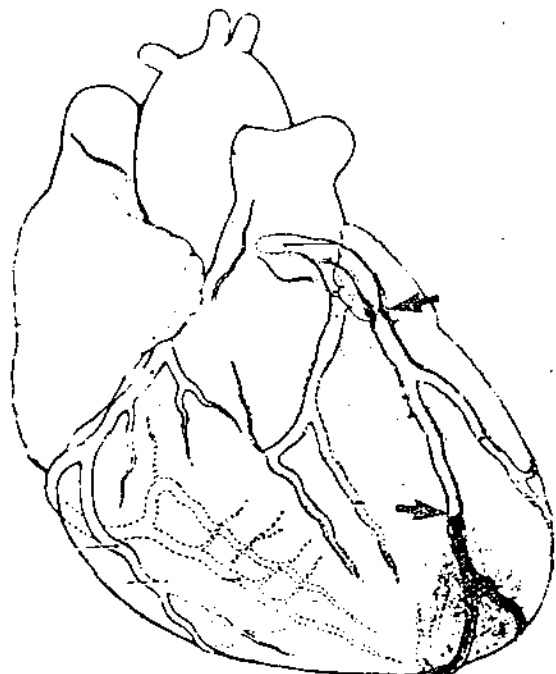
Ο τύπος II ή μέση σκλήρυνση, προσβάλλει τον μυϊκό (μέσο) χιτώνα της αρτηρίας, ο οποίος αβεστοποιείται και υπερτρέφεται. Η διεργασία προσβάλλει αρτηρίες μέσου μεγέθους, όπως είναι η βραχιόνια και η μηριαία.

Ο τύπος III ή αρτηριδιακή σκλήρυνση. Προσβάλλει τα αρτηρίδια και χαρακτηρίζεται από υπερτροφία του μυϊκού χιτώνα και πάχυνση του εσωτερικού χιτώνα. Παρατηρείται κυρίως σε αρρώστους με μακροχρόνια υπέρταση.

Η αθηρωματοσκληρυντική διεργασία προσβάλλει μεγάλου και μεσαίου μεγέθους αρτηρίες και οι αλλοιώσεις κυριαρχούν στις διακλαδώσεις. Περιορίζεται στην επικαρδιακή επιφάνεια.

Υπουλη στην εκδήλωση της μπορεί να υπάρχει χωρίς σημεία και συμπτώματα για πολλά χρόνια, ώσπου η διεργασία της νόσου να προκαλέσει ένα βαθμό απόφραξης που εμποδίζει την αιμάτωση του μυοκαρδίου. Αν η διεργασία απόφραξης είναι βαθμιαία, μπορεί να αναπτυχθεί διαστεφανιαία παράπλευρη κυκλοφορία και η παρουσία κλινικών εκδηλώσεων να αναβάλλεται ή να μην συμβεί ποτέ. Αντίθετα, αν μια αρτηρία αποφραχθεί μερικώς, ενώ δεν έχει

αναπτυχθεί ακόμα παράπλευρη κυκλοφορία, η απόφραξη μπορεί να παραβλάψει την αιματική ροή κάτω από συνθήκες αυξημένων αναγκών. Κατά συνέπεια, μπορεί να συμβούν συμπτώματα διαλείπουσας αγγειακής ανεπάρκειας (στηθάγχη).



Αλλοιώσεις του καρδιακού ρυθμού στο ΗΚΓ πριν και μετά το κάπνισμα του τσιγάρου.

Αθηρωματική στένωση του πρόσθιου κλάδου της στεφανιαίας αρτηρίας (άνω βέλος) με στηθαγχικό πόνο. Στο κάτω μέρος (κάτω βέλος) έχει γίνει πλήρης απόφραξη του κλάδου (έμφραγμα-μαύρη περιοχή).

Η στεφανιαία νόσος προσβάλλει το 5% των ανδρών ηλικίας 45-64 χρόνων και το 11% των ανδρών άνω των 65 χρόνων. Στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση ο αριθμός των περιστατικών στεφανιαίας νόσου πλησιάζει περίπου εκείνο των ανδρών. Μεσήλικες με αρτηριακή πίεση πάνω από 160/95mmHg παρουσιάζοθν ισχαιμική καρδιακή νόσο σε πενταπλάσια συχνότητα από ότι εκείνοι που η αρτηριακή τους πίεση είναι 140/90mmHg και κάτω.

Πιστεύεται, ότι το πάχος, η υπέρταση, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι υψηλές τιμές χοληστερίνης, η έλλειψη σωματικής άσκησης, οι διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων και οι διάφορες βιοχημικές ιδιότητες των αρτηριών αποτελούν τις πιθανές αιτίες της νόσου.

Η παρατήρηση, ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της υψηλής τιμής της

χοληστερίνης στο αίμα και της στεφανιαίας νόσου. έστρεψε την προσοχή των ερευνητών στα λιπίδια, στα οποία ανήκει και η χοληστερίνη. Άλλα λιπίδια εκτός της χοληστερίνης είναι τα τριγλυκερίδια, τα λιπαρά οξέα και φωσφολιπίδια. Κυκλοφορούν στο αίμα σαν λιποπρωτεΐνες, οι οποίες διακρίνονται σε:

Χυλομικρά: με κύριο λιπίδιο λίπη της δίαιτας.

Βήτα: με κύριο λιπίδιο τριγλυκερίδια.

Προβήτα: με κύριο λιπίδιο χοληστερίνη.

Άλφα: με κύριο λιπίδιο φωσφολιπίδια.

Υπάρχουν στατιστικά δεδομένα που δείχνουν αύξηση των θανάτων από στεφανιαία νόσο κατά 70%. Ευρήματα από πολυάριθμες μελέτες επιβεβαιώνουν απόλυτα την αναφορά της Αμερικανικής Εταιρίας Χειρουργών του 1983, ότι δηλαδή το κάπνισμα τσιγάρων, πρέπει να θεωρείται ο πλέον σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την στεφανιαία νόσο. Στις ίδιες μελέτες αναφέρεται ακόμη ότι οι καπνιστές 40 τσιγάρων την ημέρα έχουν αυξημένη συχνότητα κατά 33 φορές μεγαλύτερη και 3-4 φορές περισσότερες αρτηριοσκληρυντικές αλλοιώσεις των στεφανιαίων αγγείων, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.

Η θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο γενικά και οι αιφνίδιοι θάνατοι ειδικότερα, έχουν σχέση με το κάπνισμα. Η αναλογία των θανάτων από στεφανιαία νόσο, που επέρχονται ξαφνικά, αυξάνουν προοδευτικά, ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται. Συμφωνα με την Π.Ο.Υ., το 62% των θανάτων προέρχονται από καρδιοπάθειες. Από το ποσοστό αυτό τα 25-30% οφείλονται στην στεφανιαία νόσο από το κάπνισμα. Έτσι τα στεφανιαία επεισόδια είναι πιο συχνά στους καπνιστές και είναι περισσότερο πιθανό να καταλήγουν στον θάνατο.

Η στεφανιαία είναι συχνή επίσης στους διαβητικούς αρρώστους. Οι διαβητικοί έχουν μια αυξημένη τάση εκφύλισης του συνεκτικού ιστού, που με την σειρά του αυξάνει την τάση για σχηματισμό αθηρώματος.

Με την προϋπόθεση ότι διορθώνονται οι παράγοντες του υπερβολικού βάρους, του καπνίσματος και του επιπέδου χοληστερίνης στον ορό του αίματος, βρέθηκε ότι η κατανάλωση 1800 θερμίδων με κανονική δραστηριότητα, μειώνει κατά 50% τα επεισόδια

θανατηφόρων καρδιακών προσβολών.

Ενας άλλος παράγοντας που ενοχοποιείται για την εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου είναι ο τύπος της προσωπικότητας του ατόμου. Άτομα με επιθετικότητα, φιλοδοξία, ανταγωνιστικότητα και χρόνια αίσθηση έλλειψης χρόνου, είναι συνήθως επιρρεπή στην στεφανιαία νόσο.

Η πάθηση συνίσταται στην πάχυνση του τοιχώματος, την στένωση ή την απόφραξη ενός ή περισσότερων μικρών κλάδων των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση ή και την πλήρη διακοπή της αιματώσεως και πορσαγωγής οξυγόνου στην αντίστοιχη περιοχή του μυοκαρδίου.

Η στένωση μπορεί να είναι παροδική, όταν οφείλεται σε σπασμό ή να είναι μόνιμη όταν οφείλεται σε αθηρωμάτωση του τοιχώματος. Η οξεία και πλήρης απόφραξη οφείλεται σε συμβολή του αυλού του αλλοιωμένου αρτηριακού κλάδου συνήθως από κάποιο μικρό θρόμβο. Τέτοιες αλλοιώσεις βρέθηκαν στο 91% των καπνιστών που κάπνιζαν 30-40 τσιγάρα ημερησίως, ενώ στους καπνιστές 20 τσιγάρων το ποσοστό ήταν 40%.

Τα συμπτώματα της στένωσης εκφράζονται σαν στηθάγχη και εκδηλώνονται με αίσθημα συσφύξεως ή οπισθοστερνικού πόνου. Ο πόνος αυτός συχνά αντανακλά προς την κάτω σιαγόνα και σαν επώδυνο μούδιασμα στο αριστερό άνω άκρο. Αυτά τα συμπτώματα επαναλαμβάνονται σε μικρά ή μεγάλα χρονικά διαστήματα και οφείλονται στην ανεπαρκή πορσαγωγή αίματος και οξυγόνου στην περιοχή του αγγείου.

Όταν η στένωση του αυλού προχωρήσει με τον χρόνο σε πλήρη απόφραξη ή είναι οξεία, τότε η διακοπή της αιματώσεως και οξυγόνωσης της αντίστοιχης περιοχής είναι πλήρης. Σε αυτή την περίπτωση έχουμε το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Είναι ενδιαφέρον να αναφερθούν τα συμπεράσματα της έκθεσης του γενικού αρχιιάτρου των ΗΠΑ, Ε. Κοορ, που το 1983 έκανε έρευνα σε 100000 σε 25 πολιτείες της Αμερικής, με θέμα "Σχέση του καπνίσματος και της στεφανιαίας νόσου". Τα συμπεράσματα της έρευνας τονίζουν τα εξής:

1) Το κάπνισμα είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας κινδύνου στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου τόσο για τους άνδρες όσο

και για τις γυναίκες.

2) Ο κίνδυνος αυτός επηρεάζεται από διάφορες παραμέτρους. Τέτοιες είναι το βάθος εισπνοής των καυσαερίων του καπνού, τα χρόνια και ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζει το άτομο ημερησίως.

3) Το κάπνισμα δρα συνεργικά με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η υπερχοληστεριναιμία και η υπέρταση.

4) Η διακοπή του καπνίσματος έχει σαν αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας από την στεφανιαία νόσο.

5) Οι γυναίκες καπνίστριες που χρησιμοποιούν και αντισυλληπτικά, παρουσιάζουν 10πλάσια συχνότητα καρδιακών προσβολών.

ΧΡΟΝΙΑ ΠΟΥ ΧΑΝΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Αριθμός υπερστικών πυεθσκά	Χρόνια αναμενομένης ζωής	Σημερινή ηλικία								
		25	30	35	40	45	50	55	60	65
0	χρόνια υπολοί- πης ζωής	48,6	43,9	39,2	34,5	30,0	25,6	21,4	17,6	14,1
1-9	υπολοιπομένα χρόνια	44,0	39,3	34,7	30,2	25,9	21,8	17,9	14,5	11,3
	χαμένα χρόνια	4,6	4,6	4,5	4,3	4,1	3,8	3,5	3,1	2,8
10-19	υπολοιπομένα χρόνια	43,1	38,4	33,8	29,3	25,0	21,0	17,4	14,1	11,2
	χαμένα χρόνια	5,5	5,5	5,4	5,2	5,0	4,6	4,0	3,5	2,9
20-29	υπολοιπομένα χρόνια	42,4	37,8	33,2	28,7	24,4	20,5	17,0	13,7	11,0
	χαμένα χρόνια	6,2	6,1	6,0	5,8	5,6	5,1	4,4	3,9	3,1

6) Το κάπνισμα είναι ισχυρός προδιαθεσικός παράγοντας δημιουργίας περιφερικής αθηρωματικής αρτηριοσκλήρυνσης.

β. ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ (εγκεφαλικών και αγγείων των κάτω άκρων).

Οι στενώσεις από αθηρωματικές αλλοιώσεις, οι θρομβοεμβολικές αποφράξεις και οι ρήξεις αλλοιωμένου τοιχώματος των τριχοειδών ή των μεγαλύτερων αρτηριακών κλάδων, παρουσιάζονται και σε άλλους ιστούς και όργανα του σώματος με μια ποικιλία παθολογικών καταστάσεων. Τέτοιες είναι:

1) Τα εγκεφαλικά επεισόδια από αιμοραγίες και θρομβοεμβολικές αποφράξεις αρτηριακών κλάδων.

2) Οι αθηρωματική στένωση του αυλού των καρωτίδων μέσα από τις οποίες περνά το αίμα στον εγκέφαλο.

3) Η αύξηση της συστολικής και διαστολικής πίεσης από αθηρώματα.

4) Η στένωση των νεφρικών αρτηριών.

5) Η στένωση των λαγωνίων αρτηριών.

6) Η στένωση των αρτηριών των κάτω άκρων που εκδηλώνεται με πόνο κατά την βάδιση.

Τέτοιες αλλοιώσεις επίσης παρατηρούνται σε κλάδους της οφθαλμικής αρτηρίας με την εμφάνιση στενώσεων ή ενδοφθalmικών αιμορραγιών, οι οποίες προκαλούν ανωμαλίες στην όραση.

Τα κυριότερα αίτια των περιφερικών αγγειοπαθειικών διαταραχών είναι:

- 1) Αθηροσκλήρυνση
- 2) Θρόμβωση, εμβολή
- 3) Γενικευμένος ερυθματώδης λύκος
- 4) Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- 5) Αιμολυτική αναιμία από ψυχρές συγκολλητίνες
- 6) Πολυκυτταραιμία
- 7) Λευχαιμία
- 8) Παράλυση ή δυσχρηστία άκρου
- 9) Αυχενική σπονδύλωση
- 10) Κάπνισμα
- 11) Ψύχος- Κρυοπαγήματα
- 12) Υποθρεψία-καχεξία

Η κλινική εικόνα είναι χαρακτηριστική. Σε κρίσεις που προκαλούνται μετά από έκθεση στο ψύχος, τα δάκτυλα των χεριών γίνονται ωχρά, ψυχρά και αναισθητά. Μετά από λίγο χρονικό διάστημα τα δάκτυλα γίνονται κυανωτικά. Τέλος, η αναισθησία υποχωρεί και επανέρχεται το φυσιολογικό χρώμα. Σε βαριές περιπτώσεις συμβαίνει νέκρωση και γάγγραινα των άκρων των δακτύλων.

Για την θεραπεία τους επιβάλλεται η αποφυγή της έκθεσης στο ψύχος και η απαγόρευση του καπνίσματος. Σε βαριές περιπτώσεις με

έντονες τροφικές αλλοιώσεις και με γάγγραινα των δακτύλων γίνεται συμπαθεκτομία. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις επιχειρείται η καταπολέμηση της βασικής νόσου.

Στην ανάπτυξη της αγγειοπάθειας στους συστηματικούς καπνιστές συμβάλουν και άλλοι παράγοντες εκτός του καπνίσματος. Τέτοιοι είναι η κατάχρηση οινοπνεύματος, το πάχος, ο σακχαρώδης διαβήτης, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η αυξημένη αρτηριακή πίεση μαζί με τις υψηλές τιμές της χοληστερίνης στον ορό του αίματος.

1. Θεραπευτική αντιμετώπιση του εμφράγματος.

Με την απόκτηση εμπείρίας σε μονάδες παρακολούθησης νοσημάτων των στεφανιαίων αγγείων και με την εκτενή έρευνα πάμω στο έμφραγμα του μυοκαρδίου, στη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, η θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής έχει ουσιαστικά αλλάξει. Έχουν καθοριστεί δυο βασικές κατηγορίες επιπλοκών:

- 1) Οι ηλεκτρικές (αρρυθμίες) και
- 2) οι μηχανικές (ανεπέρκεια αντλίας).

Η κοιλιακή μαρμαρυγή είναι η συνηθέστερη μορφή θανάτου από αρρυθμίες στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η παρατήρηση ότι η κοιλιακή ταχυκαρδία ή οι κοιλιακές έκτακτες συστολές εμφανίζονταν ομοιόμορφα σε αρρώστους κατά την διάρκεια των πρώιμων φάσεων του εμφράγματος και η εντύπωση που δημιουργήσαν ότι αποτελούν προάγγελους της κοιλιακής μαρμαρυγής, οδήγησαν σε έναν θεραπευτικό σχεδιασμό που βασίζεται στην επιθετική καταστολή κάθε έκτοπης δραστηριότητας στις κοιλίες. Έγινε αντιληπτό, ότι η πιθανότητα θανάτου από αρρυθμία ήταν μεγαλύτερη στη διάρκεια της πρώιμης φάσης του εμφράγματος. Πράγματι το 65% των ανδρών κάτω από 50 ετών, που πέθαναν από έμφραγμα του μυοκαρδίου, υπέκυψαν μέσα στην πρώτη ώρα μετά την έναρξη των συμπτωμάτων και τα 85% υπέκυψαν μέσα στις πρώτες 24 ώρες. Πιστοποιήθηκε ακόμα ότι η

λιδοκαΐνη αποτελούσε φυλακτική θεραπεία της έκτοπης δραστηριότητας των κοιλιών στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Εγινε φανερό, ότι η κοιλιακή μαρμαρυγή θα μπορούσε να προληφθεί με επιθετική αντιαρρυθμική φαρμακοθεραπεία, με αποτέλεσμα η εστίαση της μέριμνας για τα στεφανιαία νοσήματα να μετατοπιστεί από την ανάνηψη στην πρόληψη.

Η μείωση της ενδονοσοκομειακής θνησιμότητας από έμφραγμα του μυοκαρδίου από 30 σε 15% είναι αποτέλεσμα της λήψης μέτρων, όπως η ταχεία μεταφορά ασθενών σε κέντρα που διαθέτουν μέσα ΗΚΓγραφικής παρακολούθησης και είναι επανδρωμένα με προσωπικό εξοικειωμένο με την αναγνώριση και την θεραπεία των κοιλιακών αρρυθμιών.

Συγχρόνως με την προληπτική αντιμετώπιση των κοιλιακών αρρυθμιών, η προσοχή στράφηκε και προς την άλλη κύρια επιπλοκή του εμφράγματος, δηλαδή την αντλητική ανεπάρκεια. Αν και έχουν σημειωθεί πρόοδοι στη θεραπεία της αντλητικής ανεπάρκειας, εντούτοις αυτή παραμένει η κύρια αιτία ενδονοσοκομειακών θανάτων από οξύ έμφραγμα.

Μια κλινική ταξινόμηση, που βασίζεται στην κατάσταση της καρδιακής αντλητικής λειτουργίας και η οποία προτάθηκε αρχικά από τον Killip, διαιρεί του αρρώστους σε τέσσερις ομάδες ως εξής:

Κατηγορία I, χωρίς σημεία πνευμονικής ή φλεβικής συμφόρησης.

Κατηγορία II, μέτρια καρδιακή ανεπάρκεια, όπως φαίνεται από τους υγρούς ρόγχους στις πνευμονικές βάσεις, ταχύπνοια ή σημεία ανεπάρκειας στη δεξιά πλευρά της καρδιάς, που περιλαμβάνει τη φλεβική και ηπατική συμφόρηση.

Κατηγορία III, βαρεία καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονικό οίδημα.

Κατηγορία IV, shock με συστολική πίεση μικρότερη από 90 mm Hg και ενδείξεις περιφερικής αγγειοσυστολής, εφίδρωση, περιφερική κυάνωση, διανοητική σύγχυση και μειωμένη παραγωγή ούρων.

Η αναμενόμενη νοσοκομειακή συχνότητα θνησιμότητας των ασθενών που υπάγονται σε αυτές τις κλινικές κατηγορίες έχει καθιερωθεί από έναν αριθμό ερευνητών ως εξής:

Κατηγορία I, 0-50%

Κατηγορία II, 10-20%

Κατηγορία III, 35-45%

Κατηγορία IV, 85-95%

1α. Γενική αντιμετώπιση των αρρυθμιών του εμφράγματος

Η κύρια θεραπευτική επιδίωξη στην αντιμετώπιση του αρρώστου με έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η πρόληψη του θανάτου από αρρυθμία και ο περιορισμός της μάζας του εμφραγματικού ιστού.

Όταν εμφανιστούν αρρυθμίες, μπορεί να αντιμετωπιστούν με επιτυχία, όταν υπάρχει διαθέσιμο εξασκημένο προσωπικό και κατάλληλος μηχανικός εξοπλισμός. Επειδή η θνησιμότητα από αρρυθμία είναι μεγάλη, είναι φανερό, ότι η αποτελεσματικότητα της μέριμνας των μονάδων εμφράγματος σχετίζεται άμεσα με την ταχύτητα, που ο ασθενής τίθεται κάτω από ιατρική παρακολούθηση.

Η μεγαλύτερη καθυστέρηση συνήθως δεν οφείλεται στην μεταφορά στο νοσοκομείο, αλλά γίνεται μεταξύ της έναρξης του άλγους και της απόφασης του αρρώστου να καλέσει βοήθεια. Η καθυστέρηση μπορεί να μειωθεί με την εκπαίδευση του κόσμου σχετικά με την σημασία του θωρακικού άλγους καθώς και την σημασία της πρώιμης προσφυγής στην ιατρική παρακολούθηση.

Ενας αποφρακτικός ή σχεδόν αποφρακτικός θρόμβος που υπέρκειται ή πρόσκειται σε αθηροσκληρωτική πλάκα μέσα σε μια στεφανιαία αρτηρία, φαίνεται ότι αποτελεί την αιτία των περισσότερων διατοιχωματικών εμφραγμάτων. Έτσι, η επαναιμάτωση της ισχαιμικής ζώνης μετά από διάλυση του θρόμβου με ένα θρομβολυτικό μέσο (στρεπτοκινάση, ουροκινάση) αποτελεί σωστό τρόπο περιορισμού του μεγέθους του εμφράγματος. Το ποσόν του μυοκαρδιακού ιστού, που νεκρώνεται λόγω αγγειακής απόφραξης, καθορίζεται και από άλλους παράγοντες εκτός από την θέση της απόφραξης. Το μέγεθος του εμφράγματος είναι γνωστό, ότι ποικίλλει με τον χρόνο και επηρεάζεται από τον αριθμό των θεραπευτικών παραγόντων που χρησιμοποιούνται σήμερα.

Ενας αριθμός κανόνων κοινής λογικής στη θεραπεία του οξέος εμφράγματος αξίζει ιδιαίτερης έμφασης. Πρώτα από όλα είναι επιτακτική ανάγκη να διατηρηθεί ικανοποιητικό ισοζύγιο μεταξύ της παροχής οξυγόνου στο μυοκάρδιο και των απαιτήσεων αυτού σε οξυγόνο, για να διασωθεί όσο το δυνατόν περισσότερη επαπειλούμενη ζώνη του μυοκαρδίου γύρω από το κέντρο του εμφράγματος.

Οι θεραπευτικές στρατηγικές που βοηθούν στην επίτευξη αυτού του σκοπού είναι η ανάπαυση, η αναλγησία, η χορήγηση ήπιων ηρεμιστικών και ένα ήσυχο περιβάλλον, με σκοπό να μειωθεί η ανησυχία και κατά συνέπεια η καρδιακή συχνότητα, η οποία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της κατανάλωσης οξυγόνου από το μυοκάρδιο.

Αν ο ασθενής έπαιρνε β-αδρενεργικούς αναστολείς τη στιγμή που άρχισαν να εμφανίζονται οι κλινικές εκδηλώσεις, τότε είναι λογικό να συνεχισθεί η χορήγηση αυτού του φαρμάκου. Αν όμως προκύψει κάποια ειδική αντένδειξη, όπως η ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας ή βραδυαρρυθμία. Φλεβοκομβική βραδυκαρδία (με καρδιακή συχνότητα κάτω των 45 παλμών ανά λεπτό), θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ανύψωση των ποδιών και ατροπίνη ή με ηλεκτρική βηματοδότηση. Παρόλα αυτά όμως, η χορήγηση ατροπίνης με την αύξηση της καρδιακής συχνότητας που προκύπτει σε αρρώστους με οξύ έμφραγμα φαίνεται, ότι δεν αποτελεί και τόσο συνετή πράξη. Οι άρρωστοι με οξύ έμφραγμα, που εμφανίζουν υπερδυναμική κατάσταση, δηλαδή ταχυκαρδία και αύξηση της αρτηριακής πίεσης, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά με ένα β-αδρενεργικό αναστολέα. Αρχικά είναι ασφαλής η ενδοφλέβια χορήγηση προπρανολόλης, εφόσον βέβαια δεν υπάρχουν αντενδείξεις, όπως καρδιακή ανεπάρκεια, κολποκοιλιακός αποκλεισμός ή άσθμα.

Όλες οι μορφές ταχυαρρυθμιών απαιτούν γρήγορη και άμεση θεραπεία. Φάρμακα που ασκούν θετική ινότροπη επίδραση, όπως οι γλυκοσίδες της δακτυλίτιδας και τα καρδιοδραστικά συμπαθομιμιακά, θα πρέπει να χορηγούνται μόνο όταν υπάρχουν ενδείξεις καρδιακής ανεπάρκειας.

Από τις διάφορες συμπαθομιμιακές αμίνες που υπάρχουν διαθέσιμες, τελευταία σε προτίμηση έρχεται η ισοπροτερενόλη με την χρονότροπη και αγγειοδιασταλτική δράση της. Η ντοπαμίνη και η ντοβονταμίνη, που ασκούν λιγότερη επίδραση στην καρδιακή συχνότητα και την αντίσταση των αγγείων της συστηματικής κυκλοφορίας, έρχονται πρώτες σε σειρά προτιμήσεως, όταν υπάρχει ανάγκη για ενίσχυση της καρδιακής συσταλτικότητας. Τα διουρητικά ενδείκνυνται σε παρουσία καρδιακής ανεπάρκειας και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται πριν από την χρήση των διεγερτικών μέτρων της καρδιάς, εκτός αν ο άρρωστος είναι υποτασικός.

Όλοι οι αρρώστοι θα πρέπει να εισπνέουν αέρα εμπλουτισμένο με οξυγόνο. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην διατήρηση της αρτηριακής οξυγόνωσης σε αρρώστους με υποξαιμία, όπως συμβαίνει σε αρρώστους με χρόνια πνευμονική νόσο, πνευμονία ή ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας. Η βαριά αναιμία, η οποία μπορεί να επεκτείνει την περιοχή της ισχαιμικής βλάβης, θα πρέπει να διορθώνεται με προσεκτική χορήγηση μόνο ερυθρών αιμοσφαιρίων συνοδευόμενη μερικές φορές από την χορήγηση διουρητικού. Συνοδές καταστάσεις, ιδιαίτερα οι λοιμώξεις με την ταχυκαρδία και τις αυξημένες απαιτήσεις του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, που τις συνοδεύουν, απαιτούν άμεση και προσεκτική αντιμετώπιση. Η συστολική αρτηριακή πίεση δεν πρέπει να αφήνεται να μειώνεται περισσότερο από 25-30 mm Hg από το συνηθισμένο επίπεδο πίεσης του αρρώστου.

ιβ. Θεραπευτική αντιμετώπιση του αρρώστου με οξύ εμφράγμα του μυοκαρδίου

Οι κύριες κατευθύνσεις της θεραπείας του εμφράγματος του μυοκαρδίου αποβλέπουν:

- 1) Στην ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και στην βελτίωση της γενικής του κατάστασης.
- 2) Στην καταπολέμηση του τυχόν υπάρχοντος shock και της καρδιακής ανεπάρκειας.
- 3) Στην ελάττωση του καρδιακού έργου μέχρι την επούλωση του εμφράγματος.
- 4) Στην καταπολέμηση των επικίνδυνων διαταραχών του ρυθμού και των άλλων επιπλοκών (θρομβώσεων, εμβολών).

Για την καταπολέμηση του άλγους και της γενικής δυσφορίας ενεργείται αμέσως ένεση μορφίνης. Από πολλούς συνδυάζεται με ατροπίνη, για την ελάττωση του τόνου του πνευμονογαστρικού, την άρση του αντανεκλαστικού σπασμού των στεφανιαίων αγγείων και την καταπολέμηση των εμέτων. Σε βαριές και επίγουσες καταστάσεις η μορφίνη μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλεβίως, βραδέως, αραιωμένη μέσα σε σακχαρούχο διάλυμα. Εάν το άλγος έχει παρέλθει, τότε δεν

συνιστάται η χορήγηση της μορφίνης, αλλά παράγωγα της θεοφυλλίνης, η παπαβερίνη και η λουμινάλη, τα οποία δρουν σαν αγγειοδιασταλτικά και κατευναστικά.

Εκτος από τα παραπάνω φάρμακα, τα τελευταία χρόνια, επικράτησε η εφαρμογή της αντιπηκτικής θεραπείας στο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αυτή αποβλέπει στην αναστολή της περαιτέρω επέκτασης της στεφανιαίας θρόμβωσης και στην πρόληψη των θρομβοεμβολικών επιπλοκών του εμφράγματος, οι οποίες ευθύνονται γαι ένα μεγάλο μέρος της θνησιμότητας από την νόσο αυτή. Επιπλέον έχει παρατηρηθεί ότι με τα αντιπηκτικά επιτυγχάνεται η βελτίωση της στεφανιαίας κυκλοφορίας, με αποτέλεσμα την υποχώρηση των υποκειμενικών ενοχλημάτων του ασθενούς. Η αντιπηκτική θεραπεία εφαρμόζεται από την στιγμή της εκδήλωσης της προσβολής με ένεση ηπαρίνης, η οποία αποσκοπεί στην αναστολή της επέκτασης του στεφανιαίου θρόμβου, δεδομένου ότι η ηπαρίνη δρα αμέσως. Οι ενέσεις της ηπαρίνης συνεχίζονται ανά 4-6 ώρες για 1-2 ημέρες, μέχρι να εκδηλωθεί η θεραπευτική δράση των κουμαρινικών αντιπηκτικών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της αντιπηκτικής θεραπείας αποτελεί η αυστηρή εργαστηριακή και κλινική παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της. Η χορήγησή της συνεχίζεται μέχρι της έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι και διακόπτεται βαθμιαία προς αποφυγή της αντιδραστικής αύξησης της πηκτικότητας του αίματος. Η θεραπεία αυτή έχει μειώσει σημαντικά τη θνησιμότητα της νόσου.

Το *collapsus*, εφόσον είναι ελαφρού βαθμού θα καταπολεμηθεί με την χορήγηση αναληπτικών φαρμάκων, όπως το *sympatol*, το *cardizol*, ή *neosynephrine*, η *paredrine*. Σε βαρύτερες μορφές, που ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση, συνήθως τα μέτρα αυτά δεν επαρκούν και τότε προσφεύγουμε σε συχνές και μικρές εγχύσεις σακχαρούχου διαλύματος. Σε μεγαλύτερη ανάγκη γίνονται μικροματαγγίσεις αίματος ή πλάσματος, οι οποίες πρέπει να γίνονται κάτω από αυστηρή παρακολούθηση, διότι μπορούν να επιβαρύνουν επικίνδυνα την ήδη βλαμμένη αριστερή κοιλία, με την αύξηση του όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος. Η ελαφρά πτώση της αρτηριακής πίεσης δεν χρειάζεται θεραπευτική αγωγή, διότι αποτελεί αντισταθμιστικό φαινόμενο του οργανισμού.

Τα εμφράγματα του μυοκαρδίου εντοπίζονται κατά κανόνα στο πρόσθιο ή στο οπίσθιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας και όταν είναι εκτεταμένα προκαλούν κάμψη της κοιλίας. Η εμφάνιση τότε της δύσπνοιας μαρτυρεί την βαρύτητα του εμφράγματος και καθιστά δύσκολη την πρόγνωση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ενδείκνυεται η κεντρική καρδιοτόνωση με ενδόφλέβια χορήγηση Ουαθαΐνη. Σε έλλειψη συμπτωμάτων καρδικής ανεπάρκειας η χορήγηση του φαρμάκου αυτού πρέπει να αποφεύγεται γιατί προκαλεί κινδύνους. Σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι δυνατή η χορήγηση μικρών δόσεων κινικαρδίνης, για την ελάττωση του κινδύνου μαρμαρυγής των κοιλιών, λόγω της υπερδιεγερσιμότητας αυτών από την ανοξαιμία.

Οι αρρυθμίες καταπολεμούνται αφενός με τη βελτίωση της στεφανιαίας κυκλοφορίας, αφετέρου με ειδικά φάρμακα ανάλογα με το είδος της αρρυθμίας. Η μαρμαρυγή των κόλπων παρέρχεται με την χορήγηση μικρών δόσεων κινιδίνης. Σε συνύπαρξη καρδιακής ανεπάρκειας χορηγείται και η δακτυλίτιδα. Στην ύπαρξη δύσπνοιας και κυάνωσης ενδείκνυται η χορήγηση οξυγόνου, το οποίο συνιστάται και στον πόνο, όταν αυτός δεν παρέρχεται με άλλα μέσα.

Η ανάπαυση αποτελεί ένα από τα βασικά θεραπευτικά μέτρα στο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Πρέπει να είναι απόλυτη κατά τις δυο πρώτες εβδομάδες λόγω των κινδύνων ρήξεως του νεκρωμένου τμήματος του μυοκαρδίου και της μαρμαρυγής των κοιλιών. Εξάλλου αποδείχτηκε ότι τα τοιχωματικά ανευρύσματα εμφανίζονται συχνότερα σε ασθενείς οι οποίοι σηκώνονται από το κρεβάτι πριν την παρέλευση δυο εβδομάδων από την προσβολή. Η απόλυτος ανάπαυση περιορίζεται σε δυο μόνο εβδομάδες, μετά τις οποίες προς αποφυγή των θρομβοεμβολικών επιπλοκών, αρχίζει η κινητοποίηση του ασθενούς, στην αρχή με παθητικές κινήσεις και κατόπιν ενεργητικές κινήσεις των κάτω άκρων. Μετά την τρίτη εβδομάδα και εφόσον η κατάσταση του ασθενούς εξελίσσεται ικανοποιητικά μπορεί αντί να παραμένει στο κρεβάτι να περνά μεγάλο μέρος της ημέρας καθισμένος σε αναπαυτική πολυθρόνα.

Η δίαιτά του κατά τις πρώτες ημέρες πρέπει να είναι ελαφρά και μικρής θερμιδικής απόδοσης για ελάττωση του καρδιακού έργου. Γι αυτό ενδείκνυται η δίαιτα του Karei. Δηλαδή 800 gr γάλα ημερησίως, το οποίο ως γνωστόν περιέχει λιγότερο από 1 gr NaCl.

Βαθμιαία προστίθεται στερεώτερη τροφή και αυξάνεται η θερμιδική απόδοση της δίαιτας. Σε συνήπαρξη συμπτωμάτων καρδιακής ανεπάρκειας επιβάλλεται η ανάλογος δίαιτα.

Ιδιαίτερη μέριμνα απαιτείται για την εξασφάλιση τακτικών κενώσεων του ασθενούς. Κατά τις πρώτες 2-3 μέρες είναι προτιμότερο να μην παρουσιάσει κένωση, το οποίο άλλωστε είναι συνηθισμένο από την δράση της χορηγούμενης μορφίνης. Κατά τις επόμενες ημέρες όμως πρέπει να εξασφαλίζεται η καθημερινή και ευχερής κένωση του εντέρου και σε ανάγκη μπορούν να χορηγηθούν υπακτικά.

Μετά την πάροδο 6 περίπου εβδομάδων από την προσβολή επιτρέπεται στον ασθενή να κινείται, στην αρχή μέσα στο δωμάτιό του και έπειτα να κάνει μικρούς περιπάτους. Συνιστάται η αποχή από την εργασία για ένα τρίμηνο και μετά ο ασθενής μπορεί να εργασθεί, εφόσον η εργασία του είναι ελαφρά και κατάλληλη για τις νέες συνθήκες της σωματικής του υγείας, η κατάστασή του ικανοποιητική και η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων φυσιολογική.

Μεγάλη σημασία για το μέλλον του ασθενούς έχει η έλλειψη στηθαγχικών παροξυσμών μετά την έγερσή του από το κρεβάτι. Η εμφάνιση αυτών των παροξυσμών παρατηρείται συνήθως κατά τους δυο πρώτους μήνες από την έγερση και αποτελεί επιβαρυντικό προγνωστικό σημείο.

Στη συνέχεια βασική επιδίωξη του θεράποντα γιατρού πρέπει να αποτελεί η ελάττωση του σωματικού βάρους του ασθενούς, διότι πρόκειται συνήθως για άτομα παχύσαρκα και με ανεπτυγμένο το μυϊκό σύστημα. Τα άτομα αυτά πρέπει να υποβάλλονται σε δίαιτα πτωχή σε λίπος και NaCl, πλούσια σε λεύκωμα και μικρής θερμιδικής απόδοσης, μέχρις ότου αποκτήσουν το ανάλογο προς το ανάστημά τους σωματικό βάρος. Έτσι, με λογικά περιορισμένο τρόπο ζωής και με καλή ιατρική παρακολούθηση τα άτομα αυτά μπορούν να επιζήσουν με το έμφραγμα για αρκετά χρόνια.

ιγ. Πρόληψη του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Δεν υπάρχουν γνωστές μέθοδοι πρόληψης του εμφράγματος του μυοκαρδίου εκτός από την πρόληψη της αθηροσκλήρυνσης των στεφανιαίων αρτηριών και την αποφυγή όσο το δυνατόν περισσότερων δυσμενών παραγόντων.

Ωστόσο τα περισσότερα εμφράγματα συμβαίνουν ξαφνικά και από έρευνες ενός αυστηρού ερωτηματολογίου αποκαλύπτεται ότι ο ασθενής ακόμα και την προηγούμενη μέρα του επεισοδίου δεν είχε λόγο να αναμένει κανένα δυσάρεστο καρδιακό γεγονός.

Μερικοί ασθενείς έχουν ιστορικό προοδευτικής κούρασης λόγω σκληρής εργασίας ή πολύωρης εργασίας, αλλά και πολλοί ασθενείς με στηθάγχη που δεν εμφάνισαν έμφραγμα του μυοκαρδίου έχουν το ίδιο ιστορικό. Μερικές φορές αναφέρουν μεγάλη σωματική προσπάθεια, που τους λαχάνιασε και τους κούρασε, αν και ο καρδιακός πόνος του εμφράγματος εμφανίστηκε 24-72 ώρες αργότερα. Άλλοι ασθενείς περιέγραψαν ασυνήθιστο συναισθηματικό στρες να προηγείται της κρίσης. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, στην ανάπτυξη μόνιμης ισχαιμίας συνετέλεσαν η ταχυκαρδία, η αυξημένη πίεση του αίματος, το αυξημένο έργο της καρδιάς και η πιθανή στεφανιαία αγγειοσύσπαση. Οι ασθενείς με στηθάγχη, που έχουν έκτακτες κοιλιακές συστολές, μπορεί να αναπτύξουν κοιλιακή ταχυκαρδία που προκαλεί παρατεταμένη βαριά ισχαιμία και να οδηγούν έτσι σε έμφραγμα. Αν αντιμετωπιστεί η αρρυθμία, τότε είναι δυνατόν να αποτραπεί και το έμφραγμα.

Σύμφωνα με την άποψη του Berylung πιστεύεται ότι οι β-αδρενεργικοί αναστολείς ελαττώνουν την πιθανότητα υποτροπής εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Στην Β. Αμερική και στην Ευρώπη όπου ο καιρός είναι ψυχρός τον χειμώνα με απότομες χιονοπτώσεις, είναι κοινό για μεσήλικες άνδρες να εκδηλώνουν έμφραγμα του μυοκαρδίου καθώς φτιαρίζουν το χιόνι έξω στον ψυχρό αέρα ή μετά από ένα βαρύ δείπνο ή νωρίς το πρωί.

Το στρες που οφείλεται στην βιασύνη, μπορεί να αποφευχθεί με τον κατάλληλο προγραμματισμό. Πρέπει να φροντίζει κανείς να

αφήνει κάποιο χρονικό περιθώριο πριν από τις κοινωνικές και επαγγελματικές του υποχρεώσεις, έτσι ώστε κάποιο απρόβλεπτο γεγονός να μην του δημιουργεί σωματική ή ψυχική καταπόνηση.

Αυτές οι εύλογες μέθοδοι, που προγραμματίζονται για την πρόληψη του εμφράγματος, είναι βοηθητικές και στην πρόληψη της στηθάγχης. Ωστόσο όμως, και με το καλύτερο οργανωμένο πρόγραμμα πρόληψης μπορεί να συμβεί έμφραγμα, οποιαδήποτε ώρα χωρίς εμφανή λόγο. Είναι αυτός ο απρόβλεπτος παράγοντας και η πιθανότητα να συμβεί ανά πάσα στιγμή αιφνίδιος θάνατος που καθιστούν την νόσο τόσο τρομερή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

α. Νοσηλευτική παρέμβαση στο έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η ιατρική αντιμετώπιση και η νοσηλευτική μεταχείριση του αρρώστου από έμφραγμα του μυοκαρδίου στοχεύουν στο να προσφέρουν βοήθεια στον άρρωστο για την αντιμετώπιση των νοσηλευτικών προβλημάτων και αποσκοπούν:

- i) Στην μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης καρδιακού shock και του οξέος πνευμονικού οιδήματος.
- ii) Στην ανακούφισή του από τον πόνο.
- iii) Στην πρόληψη, την έγκαιρη διαπίστωση και την αντιμετώπιση των επιπλοκών.
- iv) Στην πλήρη αποκατάσταση του αρρώστου.
- v) Στην μείωση του καρδιακού έργου και των παραγόντων που το εμποδίζουν. Βοήθεια για την επούλωση της νεκρωμένης περιοχής.
- vi) Στην ετοιμασία του αρρώστου για συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα, που θα συνεχίσει στο σπίτι και το νέο τρόπο ζωής.
- vii) Στην αναχαίτηση της εξέλιξης της αρτηριοσκλήρυνσης.

Στη συνέχεια συζητούνται νοσηλευτικές και θεραπευτικές δραστηριότητες, που αποσκοπούν στην προσέγγιση των στόχων της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η πιο κατάλληλη νοσηλευτική μονάδα για την νοσηλεία του αρρώστου με έμφραγμα, είναι η μονάδα εντατικής νοσηλείας εμφραγμάτων. Εκεί ο ασθενής συνδέεται με monitor, με το οποίο επιτυγχάνεται η καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς και των ζωτικών σημείων. Με την βοήθεια αυτού του μηχανήματος, γίνεται έγκαιρα αντιληπτή κάθε παρέκκλιση της λειτουργίας της καρδιάς από το φυσιολογικό.

Η συνεχής εκτίμηση της περιφερικής αιμάτωσης των ιστών, δίνει στοιχεία για τα πρώτα σημεία και συμπτώματα του shock.

Η πτώση της αρτηριακής πίεσης του αίματος, η μείωση του ποσού των ούρων κάτω των 25 ml, το κρύο και υγρό δέρμα που πιθανόν να συνοδεύεται από περιφερική κυάνωση, είναι σημεία εμφάνισης του

shock. Η αιτιολογία των συμπτωμάτων αυτών είναι η αγγειοσύσπαση, που προκαλεί η μείωση του κατά λεπτό όγκου αίματος και τα συμπτώματα αυτά συνήθως ακολουθούν η ανησυχία και η απάθεια, που είναι αποτέλεσμα της υποξείας των ιστών.

Η βοήθεια του αρρώστου σε αυτήν την περίπτωση είναι συνάρτηση της αύξησης του όγκου του αίματος. Επειδή επίσης υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης πνευμονικής συμφόρησης, επιβάλλεται η συνεχής εκτίμηση της φλεβικής πίεσης του αίματος. Στην περίπτωση που το shock οφείλεται σε μεγάλη σύσπαση των τριχοειδών, χορηγούνται αγγειοδιασταλτικά για την βελτίωση της αιμάτωσης των ιστών.

Όταν η φλεβική πίεση του αίματος είναι αυξημένη, γίνεται δακτυλισμός για την ενίσχυση της συστολής του μυοκαρδίου. Επίσης τοποθετείται στον άρρωστο μόνιμος καθετήρας, για την ακριβή παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας. Το ποσό των αποβαλλόμενων ούρων πρέπει να μετριέται με ακρίβεια κάθε 30 ή 60 λεπτά της ώρας. Πρέπει να γίνεται συχνός προσδιορισμός των αερίων του αίματος και διόρθωση της μεταβολικής οξέωσης, που πιθανόν να παρουσιαστεί.

Ο άρρωστος είναι τοποθετημένος σε υπτία θέση για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Πρέπει να αποφεύγεται κάθε περιττή μετακίνηση ή κόπος. Έτσι επιτυγχάνεται η μείωση των αναγκών της περιφερικής αιμάτωσης καθώς και η μείωση του έργου της καρδιάς στο κατώτερο δυνατό επίπεδο. Επίσης ο άρρωστος πρέπει να διατηρείται ζεστός και λαμβάνονται μέτρα για την μείωση του πόνου με την χορήγηση ισχυρών παυσίπων, όπως η μορφίνη. Ακόμη πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του άγχους, της ανησυχίας και να γίνονται προσπάθειες για την δημιουργία κλίματος αισιοδοξίας. Σε περίπτωση ανάγκης διατηρείται ανοικτή φλέβα, για την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων.

1) Ανακούφιση από τον πόνο. Στην περίπτωση που ο πόνος είναι έντονος, τότε δίνεται μορφίνη ενδομυϊκά. Αν ο πόνος είναι ελαφρότερος τότε χορηγούνται άλλα παυσίπονα. Πριν την χορήγηση της μορφίνης αλλά και μετά την λήψη της, συνίσταται η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Αυτό επιβάλλεται, διότι η μορφίνη έχει την τάση να μειώνει την αρτηριακή πίεση. Αν ο πόνος συνεχίζεται και ο άρρωστος παρουσιάζει άγχος και ανησυχία, τότε δημιουργούνται

υπόνοιες για υποξαιμία και αντιμετωπίζονται με την χορήγηση οξυγόνου.

ii) Ανάπαυση. Μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση αρρώστων με έμφραγμα του μυοκαρδίου έχει η ανάπαυση. Πρέπει να είναι φυσική και συναισθηματική, για την μείωση του καρδιακού έργου. Ακόμα πρέπει να είναι όσο γίνεται τέλεια και να συνεχίζεται μέχρις ότου σταθεροποιηθεί η κυκλοφορία του αίματος και επουλωθεί η περιοχή του εμφράγματος.

Για την ηρεμία και την ανάπαυση του αρρώστου, απαγορεύονται οι επισκέψεις. Τον επισκέπτονται μόνο στενοί συγγενείς και αγαπητά πρόσωπα, που ενημερώνονται για την ολιγόλεπτη επίσκεψή τους, κατά την οποία απαγορεύεται να δημιουργούν συζητήσεις που διεγείρουν ή κουράζουν τον άρρωστο.

Η ανάρρωση αλλά αναπαυτική θέση στο κρεβάτι, πρέπει να δίνεται στον άρρωστο, όταν δεν διατρέχει κίνδυνο του shock. Πότε ακριβώς θα σηκωθεί από το κρεβάτι, καθορίζεται από τον γιατρό και εφόσον η γενική εικόνα του αρρώστου το επιτρέπει. Εάν δεν υπάρχουν επιπλοκές, μπορεί να σηκωθεί την πέμπτη ημέρα.

Η νοσηλεύτρια ή ο νοσηλευτής καλούνται να οργανώσουν την νοσηλευτική τους φροντίδα με τέτοιο τρόπο ώστε να διαταράσσεται λιγότερο η ησυχία του αρρώστου. Σε περίπτωση που η φροντίδα του αρρώστου γίνεται κουραστική, τότε επιτρέπεται σ' αυτόν μια περίοδος ανάπαυσης κατά την διάρκεια της φροντίδας του.

Είναι επίσης απαραίτητο να γνωρίζει ο ασθενής, ότι η ψυχική και φυσική κόπωση δεν είναι οι μόνες αιτίες που αυξάνουν το έργο της καρδιάς. Άλλος επιβαρυντικός παράγοντας είναι η παχυσαρκία, που πρέπει να περιοριστεί συστηματικά. Ακόμα αυξάνουν την λειτουργία της καρδιάς η μεγάλη αρτηριακή πίεση του αίματος και η αναιμία, τα οποία πρέπει να ρυθμίζονται έγκαιρα. Επίσης επιβάλλεται η διακοπή του καπνίσματος, διότι δημιουργεί περιφερική σύσπαση των στεφανιαίων αγγείων, με αποτέλεσμα την πρόκληση ταχυκαρδίας.

Πρέπει επίσης να αποφεύγονται οι δύσπεπτες τροφές που αφήνουν υπολείμματα. Τα πρώτα 24ωρα η τροφή πρέπει να είναι υδαρής, στη συνέχεια να γίνεται πολτώδης και τέλος στερεή. Το πρόγραμμα ανάπαυσης και σταδιακής επιστροφής του αρρώστου στις φυσιολογικές

δραστηριότητες, πρέπει να προσαρμόζεται στη σοβαρότητα της κατάστασής του καθώς και στις ανάγκες του κάθε ατόμου.

iii) Πρόληψη των επιπλοκών. Η πρόγνωση της εξέλιξης του αρρώστου επηρεάζεται από τις ανεπιθύμητες επιπλοκές που είναι δυνατόν να εμφανιστούν τις δύο πρώτες εβδομάδες, όπως αρρυθμία, ρήξη μυοκαρδίου, κοιλιακή μαρμαρυγή, καρδιογενές shock, εμβολές, καρδιακή ανεπάρκεια.

Η αντίληψη των νοσηλευτών, ότι μπορεί να συμβούν τέτοιου είδους επιπλοκές, η γνώση των συμπτωμάτων των επιπλοκών αυτών, καθώς και τα σωστά μέτρα πρόληψής τους, βοηθούν στην παροχή σωστής νοσηλευτικής φροντίδας. Παρακάτω αναφέρονται συντόμως μερικές από τις πιο πιθανές επιπλοκές του εμφράγματος του μυοκαρδίου:

1) Αρρυθμία. Μεγάλο ποσοστό αρρώστων παρουσιάζει διαταραχή του ρυθμού του σφυγμού στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Συμβαίνει συχνά τις πρώτες ημέρες και είναι αποτέλεσμα της ηλεκτρικής αστάθειας, λόγω περιορισμένης οξυγόνωσης του μυοκαρδίου. Για να διαπιστωθεί με ακρίβεια η αρρυθμία είναι απαραίτητη η συχνή λήψη των σφυγμών του αρρώστου. Η νοσηλεύτρια καλείται να λαμβάνει τους σφυγμούς σε διάστημα χρόνου ενός λεπτού, σημειώνει κάθε μεταβολή του χαρακτήρα του σφυγμού και το αναφέρει εγκαίρως. Αν οι πρώτες αλλαγές του ρυθμού δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα, τότε μπορεί να καταλήξουν σε βαριάς μορφής αρρυθμία. Η ακριβής αξιολόγηση της αρρυθμίας γίνεται με ηλεκτροκαρδιογράφημα.

2) Συμφορητική ανεπάρκεια. Η επιπλοκή αυτή εμφανίζεται σε περίπτωση μεγάλης σε έκταση καταστροφής του μυοκαρδίου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την περιορισμένη εκκένωση των κοιλιών. Η νοσηλεύτρια πρέπει να παρακολουθεί τον άρρωστο για συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, δηλαδή ταχυκαρδία, δύπνοια, ορθόπνοια, οιδήματα. Επίσης πρέπει να παρακολουθεί την εξέλιξη της ανεπάρκειας για πνευμονικό οίδημα. Για την πρόληψη κατακράτησης υγρών, περιορίζεται το νάτριο.

3) Ρήξη του μυοκαρδίου. Πρόκειται για θανατηφόρα επιπλοκή και εμφανίζεται τις δυο πρώτες εβδομάδες μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Παρουσιάζεται συνήθως, σε ασθενείς με σοβαρή υπέρταση. Ο κίνδυνος της επιπλοκής μεγαλώνει όταν συνυπάρχουν

παράγοντες που αυξάνουν την συστολική αρτηριακή πίεση. Μερικοί από αυτούς, όπως ο έντονος βήχας, η προσπάθεια για κένωση του εντέρου, μπορούν να προληφθούν. Η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθά τον άρρωστο για την κένωση του εντερικού σωλήνα με την χορήγηση υπακτικών φαρμάκων. Επίσης μεγάλη προσοχή δίνεται ώστε να μην κρουολογήσει ο ασθενής και αν εμφανιστεί βήχας χορηγούνται αντιβηχικά φάρμακα.

4) Εμβολή από θρόμβο. Θρόμβος αίματος είναι δυνατόν να σχηματιστεί στο εσωτερικό τοίχωμα της αριστερής κοιλίας και να μετακινηθεί στην συνέχεια προς την μεγάλη κυκλοφορία. Άλλη πηγή εμβόλων για τον άρρωστο με έμφραγμα του μυοκαρδίου, αποτελούν οι φλέβες των ποδιών. Η ακινησία που είναι αναγκασμένος να παραμείνει ο ασθενής, καθώς και η μείωση της καρδιακής παροχής, επιβραδύνουν την ροή του αίματος στα φλεβικά αγγεία των κάτω άκρων και έτσι βοηθούν στον σχηματισμό θρόμβων. Ο σχηματισμός των θρόμβων μπορεί να προληφθεί με συστηματικές ασκήσεις που πρέπει να κάνει ο άρρωστος σε συχνά χρονικά διαστήματα.

Ακόμα η πρόληψη των θρομβοεμβολικών επιπλοκών μπορεί να επιτευχθεί με την χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων. Κατά την χορήγηση όμως των φαρμάκων αυτών, πρέπει να γίνεται:

α) Συχνός έλεγχος της πήκτικότητας του αίματος και

β) συχνή παρακολούθηση του ασθενούς για αιμορραγία (αιματοουρία, ρινορραγία, εκχυμώσεις).

Σε περίπτωση που ο ασθενής μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο παίρνει αντιπηκτικά φάρμακα, η νοσηλεύτρια υποχρεούται να του διδάξει τι πρέπει να παρακολουθεί.

iv) Αναχαίτηση της εξέλιξης της αθηρωσκλήρωσης. Εφόσον το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι αποτέλεσμα απόφραξης των στεφανιαίων αγγείων και εφόσον βασική αιτία αποτελούν οι αθηρωσκληρωτικές αλλοιώσεις, επιβάλλεται λοιπόν η αναχαίτηση της εξέλιξης των αλλοιώσεων αυτών.

Παράγοντες που συμβάλλουν στην δημιουργία αθηρωσκληρωτικών αλλοιώσεων των αγγείων, εκτός από την κληρονομική προδιάθεση, είναι ο μη ρυθμισμένος σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπέρταση, η αυξημένη χοληστερίνη, τα λίπη στις τροφές. Επειδή αυτοί οι παράγοντες μπορούν να ελεγχθούν, η νοσηλεύτρια πρέπει να

βοηθήσει τον άρρωστο να μάθει τις τροφές που πρέπει να αποφεύγει και να καταλάβει ότι πρέπει συνεχώς να ρυθμίζει τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα και την αυξημένη αρτηριακή πίεση.

ν) Αποκατάσταση. Βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να προλάβει τις αναπηρίες, που προκαλεί η ασθένεια και να βοηθήσει τον άρρωστο να καταλάβει, ότι ο περιορισμός των δραστηριοτήτων του είναι παροδικό μέτρο και ότι, καθώς θα βελτιώνεται η κατάστασή του, θα αποκτήσει και πάλι τις δραστηριότητες του. Γενικά η νοσηλεύτρια πρέπει να δημιουργήσει κλίμα αισιοδοξίας και εμπιστοσύνης, ώστε να επιτευχθεί η επαναφορά του αρρώστου στο φυσιολογικό επίπεδο δραστηριοτήτων. Επίσης πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος γι' αυτό που έχει συμβεί στην καρδιά του και για την θεραπεία του.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα προβλήματα του αρρώστου, οι νοσηλευτικές δραστηριότητες και τα αναμενόμενα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων αυτών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1) Ελλειπής οξυγόνωση των ιστών (shock, οξύ πνευμονικό οίδημα, πόνος)	α) Συχνή μέτρηση της συχνότητας του κορυφαίου και του κερκιδικού σφυγμού. β) Σημείωση του μεγέθους του μηριαίου σφυγμού. γ) Συχνή εκτίμηση της συχνότητας και του βάθους των αναπνοών. Οι συχνές και επιπόλαιες αναπνοές μπορεί να δείχνουν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονική εμβολή. δ) Συχνή λήψη της θερμοκρασίας και εκτίμηση του χρώματος του δέρματος.	Αποφυγή εκδήλωσης shock και συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
	<p>ε) Χορήγηση οξυγόνου</p> <p>στ) Ακρόαση της καρδιάς για καλπασμό, ήχο τριβής και φυσήματα.</p> <p>ζ) Μέτρηση του ποσού των ουρών (30 ml/ ώρα).</p>	<p>Μείωση της αναπνευστικής προσπάθειας και του καρδιακού πλμού, ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και προφύλαξη του μυοκαρδίου.</p>
<p>2) Πόνος, αγωνία</p>	<p>α) Χορήγηση αναλγητικών (μορφίνη ή meperidine)</p> <p>β) Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, του σφυγμού και της συχνότητας αναπνοής πριν από την χορήγηση ναρκωτικών. Κατεβάζουν την πίεση και μπορεί να συμβάλουν στην ανάπτυξη shock και αρρυθμιών.</p> <p>γ) Συζήτηση με τον άρρωστο για το περιβάλλον της μονάδος και τι προβλέπεται για τις επόμενες ημέρες.</p>	<p>Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και την αγωνία. Μείωση του έργου της πίεσης και της ροής και αποφυγή πρόκλησης αρρυθμίας.</p> <p>Μείωση της αγωνίας και βοήθεια του αρρώστου για κινητοποίηση των πηγών</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
	<p>δ) Λογική ενθάρρυνση του αρρώστου και επιβεβαίωση ότι η ζωή του μπορεί να είναι σχετικά κανονική μετά την ανάρρωσή του.</p> <p>ι) Πολλοί άρρωστοι χρησιμοποιούν μηχανισμό άρνησης κατά τα αρχικά στάδια του εμφράγματος.</p> <p>ii) Την τρίτη ημέρα στην μονάδα οι άρρωστοι συνήθως παρουσιάζουν κατάθλιψη εξαιτίας της ανάγκης για αλλαγή στον τρόπο ζωής και της απώλειας της υγείας και της ανεξαρτησίας τους</p>	<p>του για διαπραγμάτευση με την όλη κατάσταση</p> <p>Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στον άρρωστο.</p>
<p>3) Μεταβολές ισοζυγίων</p>	<p>α) Προσεκτική χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών για αποφυγή υπερφόρτωσης.</p> <p>β) Ακριβής μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>γ) Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων κατόπιν εντολής γιατρού.</p> <p>δ) καθημερινή μέτρηση του σωματικού βάρους του ασθενούς.</p>	<p>Διόρθωση ανισοζυγίου υγρών.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>4) Κίνδυνοι επιπλοκών.</p>	<p>Λήψη μέτρων για πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση επιπλοκών.</p> <p>α) Καρδιογενές shock Αγωγή του καρδιογενοῦς shock:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Διατήρηση ΑΠ 80-100 mm Hg. ii) Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. iii) Έλεγχος προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. iv) Βελτίωση περιφερικής αιμάτωσης. v) Τοποθέτηση καθετήρα Folley. vi) Έλεγχος ζωτικών σημείων. vii) Έλεγχος ούρων (30 cc/h) viii) Χορήγηση Levorhed, Ισοπροτερενόλη, αντιαρρυθμικά (διγοξίνη). ix) Ψυχολογική ενίσχυση. <p>β) Αρρυθμίες. Συμβαίνουν συχνά τις πρώτες ημέρες. Η μείωση της οξυγόνωσης του μυοκαρδίου προκαλεί ηλεκτρική αστάθεια, που είναι η αιτία εμφάνισης των αρρυθμιών.</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Εκτίμηση, πρόληψη και θεραπεία καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσουν μια αρρυθμία: συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική εμβολή, ανεπαρκής 	<p>Πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση επιπλοκών.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
	<p>πνευμονικός αερισμός, ηλεκτρολυτικές διαταραχές.</p> <p>ii) Συχνός προσδιορισμός αερίων του αρτηριακού αίματος.</p> <p>iii) Παρακολούθηση για κοιλιακή μαρμαρυγή, κοιλιακή ταχυκαρδία, κολποκοιλιακό αποκλεισμό και ασυστολία.</p> <p>iv) Αγωγή των αρρυθμιών με φάρμακα και καρδιακή βηματοδότηση.</p> <p>γ) Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου μειώνει την ικανότητα της αριστερής κοιλίας να προωθεί το αίμα, ελαττώνει τον κατά λεπτό όγκο του αίματος και προκαλεί αύξηση της τελικής κοιλιακής πίεσης με τις επακόλουθες αγγειακές επιπλοκές.</p> <p>i) Έλεγχος για εκτίμηση ταχυκαρδίας και καλπαστικού ρυθμού, για δύσπνοια, ορθόπνοια, οίδημα, ηπατομεγαλία.</p> <p>ii) Συχνή παρακολούθηση για εμφάνιση πνευμονικού οιδήματος: μεγάλου βαθμού δύσπνοια, αφρώδη και αιμόφυρτα πτύελα, ταχυκαρδία, διάταση των φλεβών του τραχήλου και διάχυτοι ρόγχοι.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>5) Μείωση των δραστηριοτήτων</p>	<p>α) Χρήση αντιεμβολικών καλτσών. Όταν χρησιμοποιούνται σωστά, μειώνουν τον όγκο της φλεβικής οδού στα πόδια και έτσι αυξάνουν την ροή του φλεβικού αίματος και το εμποδίζουν να λιμνάσει σε αυτά. Αν δεν τοποθετηθούν σωστά, εμποδίζεται η επιστροφή φλεβικού αίματος από τα πόδια.</p> <p>β) Ανάπαυση σε πολυθρόνα (μετά 24h), αν ο άρρωστος είναι ελεύθερος από πόνο, αρρυθμίες και shock.</p> <p>γ) Εναρξη παθητικών ασκήσεων. Αποφυγή ασκήσεων για μια τουλάχιστον ώρα μετά από το φαγητό.</p> <p>δ) Παρακολούθηση του σφυγμού και της απόκρισης του αρρώστου κατά και μετά την άσκηση.</p> <p>ε) Αποφυγή απότομης προσπάθειας.</p> <p>στ) Βαθμιαία αύξηση της φυσικής δραστηριότητας για να φτάσει στο επίπεδο δραστηριότητας για αυτοφροντίδα, όταν επιστρέψει στο σπίτι.</p>	<p>Πρόληψη των επιπλοκών.</p> <p>Μείωση του έργου της καρδιάς.</p> <p>Αποφυγή θρόμβωσης.</p> <p>Εξατομίκευση της δραστηριότητας.</p>
<p>6) Διατροφή</p>	<p>α) Δίαιτα υγρή, που προχωρεί σε ελαφριά, υποθερμιδική, για μείωση του έργου της καρδιάς, τις πρώτες ημέρες. Ο γαστρεντε-</p>	<p>Εμπόδιση της διάτασης και κόπωσης του γαστρεντερι-</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
	<p>ρικός φόρτος εμποδίζει τις αναπνευστικές κινήσεις και μειώνει την ανταλλαγή των αερίων.</p> <p>β)Μείωση του νατρίου αν υπάρχουν σημεία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.</p> <p>γ)Περιορισμός του καφέ και των αναψυκτικών cola.Ο καφές επηρεάζει τον καρδιακό ρυθμό και την συχνότητα, την στεφανιαία κυκλοφορία και την αρτηριακή πίεση.</p>	<p>κού σωλήνα.</p>
<p>7)Μείωση άνεσης του αρρώστου.</p>	<p>α) Εκτίμηση του βαθμού δυσχέρειας, αναγνώριση των παραγόντων που την προκαλούν.</p> <p>β)Χορήγηση θειικής μορφίνης για τον πόνο.</p> <p>γ)Άμεση μεταφορά του ασθενούς όταν είναι έτοιμος από την μονάδα στο τμήμα.</p> <p>δ)Βοήθεια του ασθενούς να καθίσει στο χείλος του κρεβατιού ή σε πολυθρόνα (μετά 24 ώρες), αν είναι ελεύθερος από πόνο, αρρυθμίες και shock.</p>	<p>Αύξηση άνεσης και δραστηριότητας του αρρώστου.</p>
<p>8)Αδυναμία αυτοεξηπηρέτησης.</p>	<p>Παρακίνηση του ασθενούς για συμμετοχή στην εφαρμογή της καθημερινής φροντίδας.</p>	<p>Κάλυψη των καθημερινών αναγκών με προσωπική συμμετοχή.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
9) Ερυθρότητα και ρωγμές στο δέρμα.	α) Παρατήρηση των μερών του σώματος που υπάρχουν οστέινες προεξοχές. β) Αλλαγή θέσεως στο κρεβάτι.	Πρόληψη των κατακλίσεων.
10) Ανάγκη μακροχρόνιας αποκατάστασης του αρρώστου.	α) Ενημέρωση σχετικά με την αποκατάσταση του ασθενούς στο άριστο φυσιολογικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο εργασίας. β) Βοήθεια για επανάκτηση εμπιστοσύνης και αυτοεκτίμησης. γ) Πληροφόρηση για την φύση της νόσου. δ) Πληροφόρηση του αρρώστου για το τι έχει συμβεί στην καρδιά του και ότι η επούλωση αρχίζει νωρίς, αλλά συμπληρώνεται μέσα σε 6-8 εβδομάδες.	Πλήρης γνώση της κατάστασης και σωστή αντιμετώπιση της από τον άρρωστο.

β. Θέση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού μετά την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Για την πρόληψη εμφάνισης νέου επεισοδίου εμφράγματος απαιτείται σωστή βοήθεια προς τον άρρωστο για την αποκατάστασή του. Αυτό επιτυγχάνεται με την επαναφορά των δραστηριοτήτων του αρρώστου στο φυσιολογικό επίπεδο και με την επανάκτηση της εμπιστοσύνης, που έχασε.

Στην πραγματοποίηση αυτών των επιδιώξεων, παίζει σημαντικό ρόλο η θέση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Και οι δυο παράγοντες πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένοι και ειδικευμένοι, στη θέση που διορίστηκαν.

Οι νοσηλευτές ειδικά, πρέπει να έχουν γνώσεις καρδιολογίας. Να γνωρίζουν την ανατομία, την φυσιολογία και την λειτουργία του καρδιακού συστήματος, ώστε να είναι ικανοί να αντιληφθούν την εμφάνιση μιας αρρυθμίας, κατά την διάρκεια, που ο ασθενής με έμφραγμα νοσηλεύεται σε μονάδα εμφραγμάτων. Να διακρίνονται για την μόρφωση και την ικανότητα τους να εμπνέουν εμπιστοσύνη στον άρρωστο και στην οικογένειά του. Να επικοινωνούν με τον άρρωστο με ηρεμία και να προσπαθούν να μεταβάλλουν τον ανήσυχο και βρισκόμενο σε ένταση ασθενή, σε ήρεμο και συνεργάσιμο στην νοσηλευτική φροντίδα. Πρέπει να εμπνέονται από υψηλό αίσθημα του καθήκοντος, από αξιοπρέπεια και ανωτερότητα στις επαγγελματικές και κοινωνικές τους σχέσεις, με σκοπό την τελειότητα και την πρόοδο του κλάδου τους.

Πρέπει να πλησιάζουν με αγάπη και στοργή τον άρρωστο, να τον ενημερώνουν γι' αυτό που έχει συμβεί στην καρδιά του και για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος. Να του εξηγήσουν ότι η θεραπεία της βλάβης, που έχει υποστεί η καρδιά του, θα ολοκληρωθεί μέσα σε 6-8 εβδομάδες.

Βασικό καθήκον τους είναι να προλάβουν τις αναπηρίες που προκαλεί η ασθένεια. Να εξηγήσουν στον ασθενή ότι ο περιορισμός των δραστηριοτήτων, που του επιβλήθει, είναι παροδικός και ότι καθώς θα βελτιώνεται η κατάστασή του, θα αυξάνονται και οι δραστηριότητές του. Επίσης είναι επιτακτική ανάγκη να βοηθήσουν

τον άρρωστο να αισθάνεται ασφάλεια για τον εαυτό του και να υιοθετήσει καινούργια φιλοσοφία για την ζωή.

Το ιατρικό προσωπικό με την σειρά του πρέπει να ενημερώνει τον άρρωστο για την εκτέλεση κάθε καινούργιας δραστηριότητας, που του επιτρέπεται. Να του δόσουν να καταλάβει ότι οι ενέργειες αυτές αυξάνονται βαθμιαία και ότι σταδιακά προσαρμόζεται σ' αυτές. Πρέπει να παρακολουθούν και να ελέγχουν την αντοχή του οργανισμού του για την εκτέλεση της δραστηριότητας. Η ίδια τακτική πρέπει να εφαρμόζεται και μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο. Πρέπει επίσης να τον ενημερώνουν για το θέμα της δουλειάς του. Να του εξηγήσουν ότι πρέπει να αλλάξουν οι συνθήκες εργασίας του και να μειωθούν οι ώρες απασχόλησης, για την αποφυγή της κόπωσης. Αυτή η κατάσταση απαιτεί την εγκατάσταση ενός νέου τρόπου ζωής.

Γι' αυτή την περίπτωση το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να εφοδιάζει τον άρρωστο με μια σειρά οδηγιών, που θα εφαρμόζει καθημερινά.

Οι οδηγίες περιλαμβάνουν τα εξής:

- 1) Να βαδίζει καθημερινά με προοδευτική αύξηση του χρόνου και της απόστασης που διανύει.
- 2) Να αναπαύεται πριν και μετά την άσκηση καθώς και μετά από κάθε γεύμα.
- 3) Να αποφεύγει τις ενέργειες εκείνες που αυξάνουν την ένταση στους μυς.
- 4) Να προσπαθεί κατά την διάρκεια ολοκληρης της ημέρας να κατανέμει τις δραστηριότητές του και να αναπαύεται μετά από αυτές.
- 5) Να αποφεύγει κάθε βιαστική εργασία.
- 6) Να διακόπτει κάθε ενέργεια που τον κάνει να αισθάνεται κόπωση.
- 7) Να ρυθμίζει το διαιτολόγιό του έτσι ώστε να μην επιβαρύνεται η λειτουργία της καρδιάς.
- 8) Να αυξάνει τον αριθμό των γευμάτων σε τέσσερα ημερησίως. Τα γεύματα αυτά πρέπει να είναι μικρά και ίσης ποσότητας.
- 9) Να τρώει ήρεμα και ποτέ βιαστικά.
- 10) Να τηρεί με ακρίβεια την περιεκτικότητα του διαιτολογίου και την ποσότητα τροφής σε κάθε γεύμα.

11) Να αποφεύγει τον καφέ και τα αναψυκτικά τύπου Cola.

Επίσης καθήκον του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να ενημερώνουν τον ασθενή για τα σημεία και τα συμπτώματα που πρέπει να προσέχει και τότε να ειδοποιεί τον γιατρό.

Στα συμπτώματα που πρέπει να δίνει ιδιαίτερη προσοχή είναι:

i) Αίσθημα πόνου ή πίεσης στον θώρακα που δεν υποχωρεί μετά την λήψη νιτρογλυκερίνης.

ii) Κόπωση.

iii) Επιπόλαια αναπνοή.

iv) Οίδημα στα πόδια.

v) Λιποθυμία.

vi) Αλλοίωση της συχνότητας του σφυγμού.

Πρέπει επίσης να ενημερώνουν τον ασθενή, να αποφεύγει την έκθεση στο ψύχος και να μην ξανακαπνίσει, εάν κάπνιζε φυσικά, προτού πάθει το πρώτο επεισόδιο.

Ταυτόχρονα με την ενημέρωση του αρρώστου, πρέπει να γίνεται ενημέρωση και της οικογενείας του. Καλό είναι να συνεργάζεται και να βοηθάει τον ασθενή στην εφαρμογή των οδηγιών που δίνει το προσωπικό του νοσοκομείου. Να ενθαρρύνει τον ασθενή για να βρει το θάρρος και το κουράγιο που του χρειάζεται, για να ζήσει με τον νέο τρόπο που του επιβάλλεται. Είναι ακόμη σωστό το νοσηλευτικό προσωπικό να ωθήσει την οικογένεια του εμφραγματία να έχει αριθμό επειγόντος τηλεφώνου σε άμεση διάθεση. Να τους διδάξει να μεταφέρουν αμέσως τον ασθενή σε μοναδα εντατικής παρακολούθησης, με την εμφάνιση του πρώτου σημείου που υποδηλώνει έμφραγμα. Τέλος να πείθουν τον εμφραγματία, ότι πρέπει να ελαττώνει το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από το πρώτο σύμπτωμα μέχρι να τηλεφωνήσει για ιατρική βοήθεια. Έτσι θα αποφευχθεί κάθε επιμέρους κίνδυνος.

Με την συνεργασία λοιπόν του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στη θεραπεία και πρόληψη του εμφράγματος, μπορεί να προληφθούν και να μειωθούν οι 15.000 θάνατοι, που σημειώνονται κάθε χρόνο στη χώρα μας. Οι άρτια καταρτισμένοι νοσηλευτές θα αισθάνονται μεγαλύτερη ικανοποίηση, διότι θα έχουν την ευκαιρία να προσφέρουν ολοκληρωμένη φροντίδα στον πάσχοντα με το πνεύμα της αγάπης προς τον συνάνθρωπό τους.

γ. Θέση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού στην πρόληψη του εμφράγματος

Επειδή το εμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μια ύπουλη ασθένεια και συνήθως δεν προειδοποιεί για την εμφάνιση του και επειδή οι θάνατοι καθημερινά αυξάνονται σ' όλο τον κόσμο, πρέπει να γίνει προσπάθεια για πρόληψη του εμφράγματος, με ενημέρωση του κοινού.

Το έργο της πρόληψης ανήκει στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Σκοπός της είναι να ενημερώνονται τα άτομα και να εφαρμόζουν ορισμένα περιοριστικά μέτρα, ώστε να μειώνουν τον κίνδυνο της εμφάνισης ενός εμφράγματος.

Η πρόληψη πρέπει να γίνεται σε όλα τα κοινωνικά στρώματα και να απευθύνεται σε όλες τις ηλικίες, αλλά ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Μπορεί να γίνεται με την μορφή ειδικών μαθημάτων, που θα δίνονται από γιατρούς και νοσηλευτές, είτε από την τηλεόραση, είτε με απευθείας επαφή με το κοινό.

Στα πλαίσια των ειδικών μαθημάτων μπορεί να περιλαμβάνονται διαλέξεις με προβολή διαφανειών, όπου θα προβάλλονται τα σημεία εντόπισης του εμφράγματος, τα ποσοστά θνησιμότητας από το έμφραγμα και μια σειρά περιοριστικών μέτρων, που μπορεί να αποτρέψουν τον κίνδυνο και να επιμηκύνουν την ζωή μας.

Τα μέτρα αυτά πρέπει να περιλαμβάνουν οδηγίες για την διατροφή, τον τρόπο ζωής, το κάπνισμα και γενικά κάθε επιβαρυντικό παράγοντα για την καλή λειτουργία της καρδιάς.

Γι' αυτό πρέπει να αποφεύγονται τροφές επιβαρυνμένες με λίπη, η συχνή κατανάλωση κρέατος, τα μπαχαρικά και οι σάλτσες που αυξάνουν την χοληστερίνη του αίματος και τα επίπεδα του σακχαρώδους διαβήτη και αυτά με την σειρά τους βοηθούν στην δημιουργία θρόμβων.

Καλόν είναι τα άτομα που έχουν υψηλά επίπεδα διαβήτη και χοληστερίνης να τηρούν τις οδηγίες που δίνονται από το ιατρικό προσωπικό, διότι είναι περισσότερο επιρρεπή στην εμφάνιση εμφράγματος.

Πρέπει επίσης να δίνεται προσοχή στον τρόπο ζωής. Να αποφεύγεται όσο το δυνατόν περισσότερο το άγχος, το στρες και η κόπωση. Είναι παράγοντες που επιβαρύνουν την καλή λειτουργία της καρδιάς. Να αποφεύγεται το ποτό, το ξενύχτι και γενικά ο άστατος ρυθμός ζωής, διότι ο οργανισμός αναγκάζεται να προσαρμοσθεί σ' αυτές τις καταστάσεις, καταναλώνοντας περισσότερο καρδιακό έργο, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαταραχών.

Ένα άλλο επιβαρυντικό στοιχείο, που πρέπει να αποφεύγεται, είναι το κάπνισμα. Προκαλεί υποξυγόνωση του μυοκαρδίου, με αποτέλεσμα την κατανάλωση μεγάλου καρδιακού έργου, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες του μυοκαρδίου σε οξυγόνο.

Ίσως με την τήρηση αυτών των μέτρων να μειωθούν σε μεγάλο ποσοστό οι θάνατοι από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Β .ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

α) ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ

Το δεύτερο μέρος της Πτυχιακής εργασίας μας, που έχει σαν θέμα "Κάπνισμα και έμφραγμα του μυοκαρδίου", περιλαμβάνει την έρευνα που κάναμε με το παραπάνω θέμα.

Το θέμα της έρευνας δόθηκε από την κυρία Μαρία Παπαδημητρίου, καθηγήτρια των Τ.Ε.Ι. Πατρών και ο σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να επιβεβαιωθούν τα συμπεράσματα για το κάπνισμα και τις σχέσεις του με το έμφραγμα, που αναφέρθηκαν στο γενικό μέρος της εργασίας.

Η έρευνα έγινε στην Μονάδα Εμφραγμάτων και στην Καρδιολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρων ο "Άγιος Ανδρέας" καθώς και στην Καρδιολογική κλινική του Νοσοκομείου Αθηνών "Ευαγγελισμός", κατά την διάρκεια του καλοκαιριού του 1990.

Στους εμφραγματίες δόθηκαν ερωτηματολόγια, που περιείχαν 45 ερωτήσεις από τέσσερεις κύκλους θεμάτων.

Ο πρώτος κύκλος περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με την οίκογενειακή κατάσταση, την καταγωγή, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασία και γενικά τον τρόπο ζωής των εμφραγματιών, για να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια σχέση των παραπάνω παραγόντων με την εμφάνιση του εμφράγματος.

Ο δεύτερος κύκλος των ερωτήσεων ήταν σχετικός με το κάπνισμα και τις επιδράσεις του στο έμφραγμα.

Ο τρίτος κύκλος των ερωτήσεων σχετιζονταν με το ποτό, για να διαπιστωθεί αν αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα στην εμφάνιση του εμφράγματος.

Τέλος ο τέταρτος κύκλος των ερωτήσεων ήταν σχετικός με την διατροφή, για να διερευνηθεί η επίδραση κυρίως του λίπους και του κρέατος στο έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Για την ομαδοποίηση των απαντήσεων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε Ηλεκτρονικός Υπολογιστής (Η/Υ), τύπου PC.

Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση κάθε ερωτηματολογίου γράφτηκαν με κατάλληλη μορφή σε ένα αρχείο δεδομένων. Το πρόγραμμα μέτραγε τις διαφορετικές απαντήσεις σε κάθε ερώτηση και τύπωνε στον εκτυπωτή, τόσο την συχνότητα της κάθε απάντησης, όσο και την επί τοις εκατό σχετική συχνότητα. Αφού έγινε αυτό για όλες τις ερωτήσεις φτιάχτηκαν οι πίνακες που ακολουθούν.

β) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας, για κάθε ερώτηση και μετά την ομαδοποίηση που έγινε με την βοήθεια Η/Υ, δίνονται στους πίνακες που ακολουθούν, μαζί με τα απαραίτητα σχόλια και συμπεράσματα.

Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες του δείγματος είναι κατά μέσο όρο 63 χρόνων.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

Απάντηση	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Άγαμος	7	9.09	2	5.41
β) Έγγαμος	63	81.02	29	78.38
γ) Διαζευγμένος	1	1.30	0	0.00
δ) Χήρος -α	6	7.79	7	18.92

Στο σύνολο των 115 ατόμων του δείγματος φαίνεται, ότι παντρεμένοι αποτελούν το 82% των ανδρών και το 78% των γυναικών. Το 9% και 5% των δυο φύλων είναι ανύπαντροι, ενώ το 19% των γυναικών και το 8% των ανδρών είναι χήροι και μόνο το 1% των ανδρών είναι χωρισμένοι, φαινόμενο που δεν παρατηρείται στις γυναίκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ II. Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το αν έχουν ή όχι παιδιά.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	65	84.41	29	76.31
β) Όχι	12	15.58	9	23.68

Στο σύνολο των 115 ατόμων του δείγματος φαίνεται, ότι το 84% των ανδρών και το 76% των γυναικών έχουν παιδιά, ενώ δεν έχουν το 15% των ανδρών και το 23% των γυναικών.

ΠΙΝΑΚΑΣ III. Κατανομή 94 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το φύλο των παιδιών.

Απάντησαν	65 Άνδρες		29 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
Αγόρια 1	23	35.30	10	34.50
" 2	14	21.50	5	17.20
" 3	7	10.80	1	3.40
" 4	3	4.60	5	17.20
Κορίτσια 1	22	33.80	11	37.90
" 2	15	23.10	9	31.00
" 3	6	9.20	1	3.40
" 4	1	1.50	1	3.40

Στον πίνακα III φαίνεται ότι το 68% των ανδρών και το 71% των γυναικών έχουν από ένα αγόρι και ένα κορίτσι. Το 44% των ανδρών και το 48% των γυναικών έχουν από δύο αγόρια και κορίτσια και τέλος το 26% των ανδρών και το 27% των γυναικών έχουν 3 ή 4 αγόρια και κορίτσια.

ΠΙΝΑΚΑΣ IV. Κατανομή 94 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το σύνολο των παιδιών.

Απάντησαν	65 Άνδρες		29 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
Παιδιά 1	11	16.70	2	6.90
"- 2	22	33.30	13	44.80
"- 3	9	13.60	3	10.30
"- 4	7	10.60	3	10.30
"- 5	2	3.00	3	10.30
"- 6	4	6.00	0	0.00
"- 7	3	3.00	1	3.40
"- 8	0	0.00	1	3.40

Στον πίνακα IV παρατηρείται, ότι το 33% των ανδρών και το 45% των γυναικών έχουν δυο παιδιά. Ένα παιδί έχουν το 15% των ανδρών και το 7% των γυναικών. Το 32% συνολικά των ανδρών έχουν από τρία μέχρι και έξι παιδιά, ενώ το 13% των γυναικών έχουν τρία μέχρι και οκτώ παιδιά.

ΠΙΝΑΚΑΣ V. Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με τις γραμματικές γνώσεις.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Αναλφάβητος	12	15.58	9	24.32
β) Απόφ. Δημοτικού	41	53.24	15	40.54
γ) Απόφ. Γυμνασίου	12	15.58	5	13.51
δ) Απόφ. Λυκείου	6	7.79	5	13.51
Ανωτέρας	2	2.60	2	5.41
ε) Πτυχίο				
Ανωτάτης	4	5.19	1	2.70

Στον πίνακα V σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος παρατηρείται, ότι το 53% των ανδρών και το 40% των γυναικών είναι απόφοιτοι δημοτικού σχολείου και μόνο το 10% αυτών είναι απόφοιτοι λυκείου ή ανώτερων σχολών.

ΠΙΝΑΚΑΣ VI. Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με την καταγωγή.

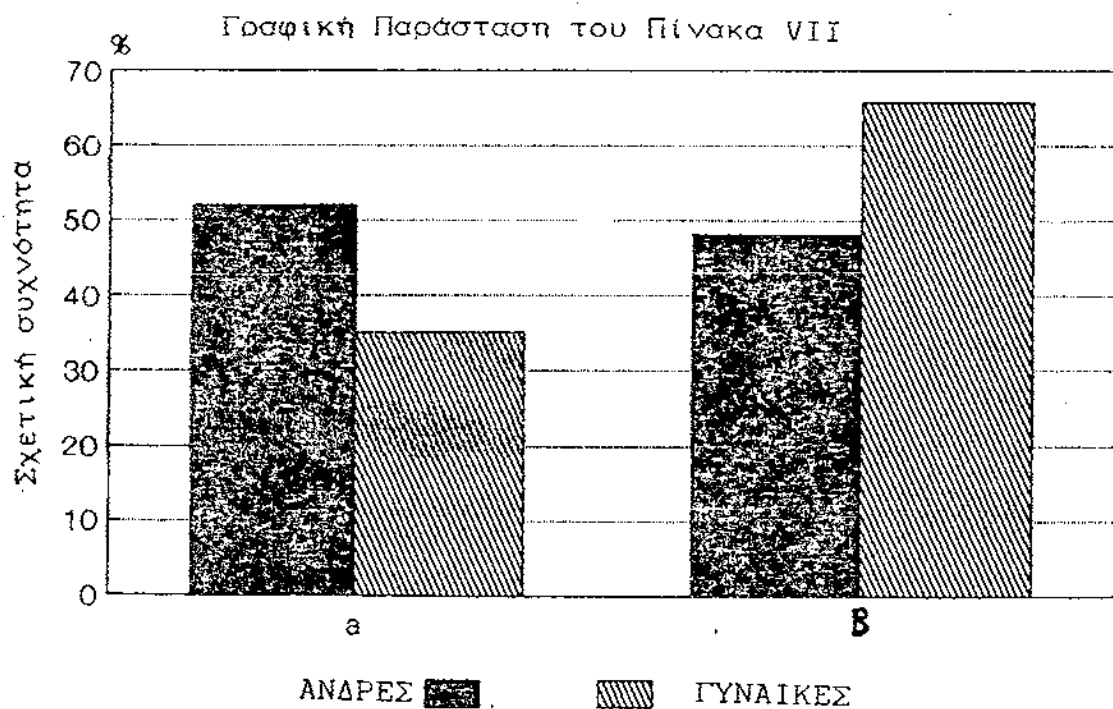
Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Χωριού	18	23.38	13	35.14
β) Κωμόπολης	3	3.90	3	7.89
γ) Πόλης	56	72.73	22	59.46

Στον πίνακα VI φαίνεται, ότι το 73% των ανδρών και το 59% των γυναικών είναι κάτοικοι πόλεων, ενώ το 27% των ανδρών και το 42% των γυναικών κατοικούν σε χωριά και μικρές κωμοπόλεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ VII. Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το αν καπνίζουν ή όχι.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	40	51.95	13	35.14
β) Όχι	37	48.05	25	65.78

Σχήμα 1



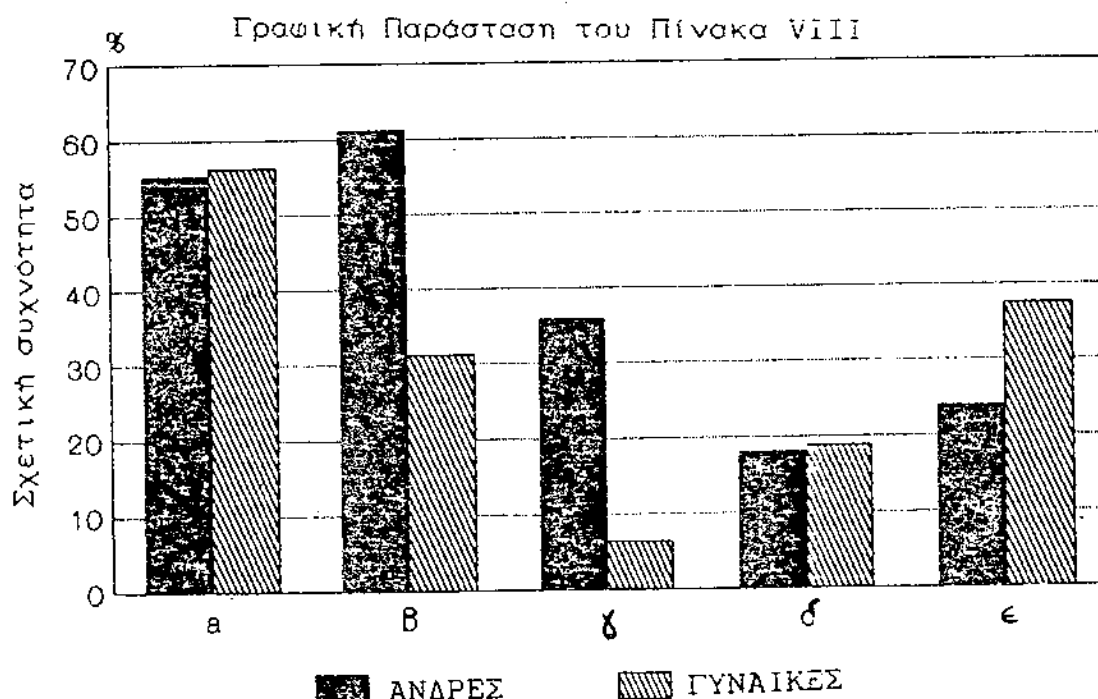
Στον πίνακα VII παρατηρείται ότι το 52% των ανδρών καπνίζουν, ενώ αντίθετα το 65% των γυναικών δεν καπνίζουν.

Στην ερώτηση "σε ποιά ηλικία άρχισαν το κάπνισμα", ο μέσος όρος για μεν τους άνδρες είναι 18.2. ενώ για τις γυναίκες καπνίστριες ο μέσος όρος είναι 25.8.

ΠΙΝΑΚΑΣ VIII. Κατανομή 83 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με τους λόγους που άρχισαν το κάπνισμα.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Παρέα	37	55.22	9	56.25
β) Περιέργεια	41	61.19	5	31.25
γ) Μίμηση	24	35.82	1	6.25
δ) Αντίδραση	12	17.91	3	18.75
ε) Άλλη αιτία	16	23.88	5	37.50

Σχήμα 2



Στον πίνακα VIII παρατηρείται, ότι 55% των ανδρών άρχισαν το κάπνισμα λόγω της παρέας, ένα ποσοστό 61% άρχισαν από περιέργεια και ένα μικρό ποσοστό 35% από μίμηση. Περίπου τα ίδια πρότυπα φαίνεται να ακολουθούν οι γυναίκες, των οποίων όμως το 37.50% άρχισαν το κάπνισμα για κάποια άλλη αιτία, εκτός από αυτές που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΧ. Κατανομή 63 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το ποσό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως.

Απάντηση	67 Άνδρες		16 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) 10	11	22.00	7	53.85
β) 15-20	20	40.00	5	38.85
γ) 20-40	19	19.00	1	7.69

Στον πίνακα ΙΧ παρατηρείται, ότι το 59% των ανδρών καπνίζουν 1-2 πακέτα τσιγάρα την ημέρα, ενώ το 54% των γυναικών καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα, αλλά το 46% αυτών καπνίζουν 1 πακέτο ημερησίως.

ΠΙΝΑΚΑΣ Χ. Κατανομή 101 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το αν γνωρίζουν τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία.

Απάντησαν	76 Άνδρες		25 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	48	63.16	18	72.00
β) Όχι	28	36.84	7	28.00

Στον πίνακα Χ παρατηρείται, ότι αμφότεροι άνδρες και γυναίκες, κατά 63% και 72% αντίστοιχα, γνωρίζουν τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΧΙ. Κατανομή 84 ατόμων με έμφραγμα με το αν έκαναν προσπάθεια να κόψουν ή να ελαττώσουν το κάπνισμα.

Απάντησαν	76 Άνδρες		25 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	52	75.36	10	66.67
β) Όχι	17	24.64	5	33.33

Στον πίνακα XI παρατηρείται, ότι το 75% των ανδρών και το 67% των γυναικών έκαναν προσπάθεια να κόψουν το κάπνισμα ή τουλάχιστον να το ελαττώσουν, ενώ το 24% των ανδρών και το 33% των γυναικών δεν έκαναν καμία προσπάθεια ούτε να το κόψουν αλλά ούτε να το ελαττώσουν.

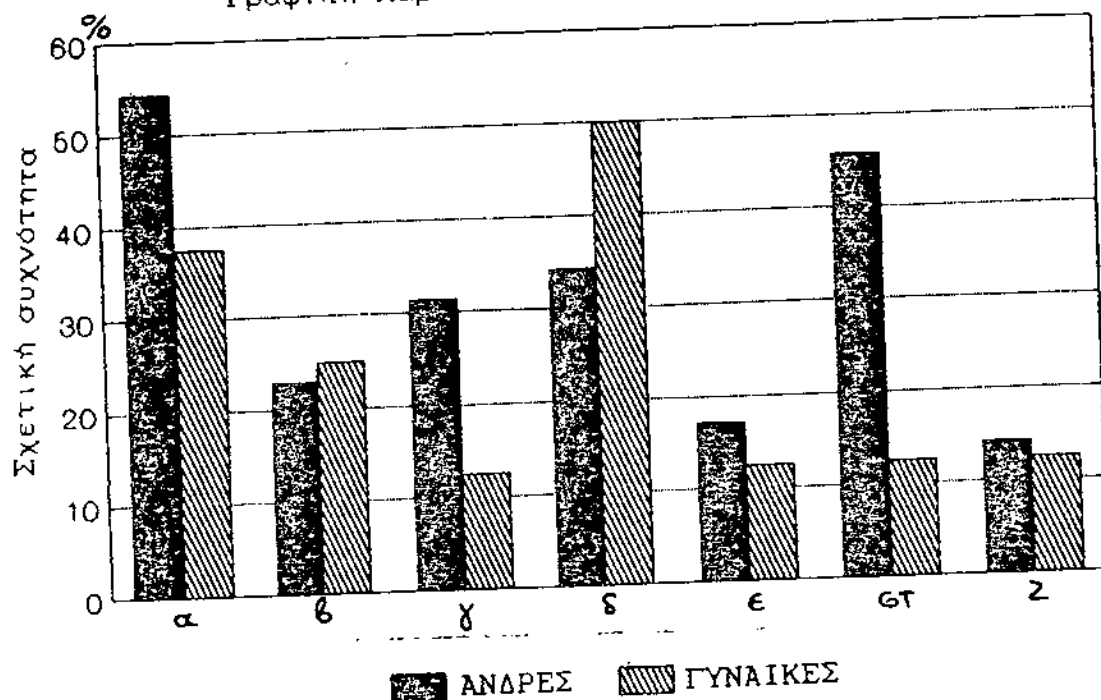
ΠΙΝΑΚΑΣ XII. Κατανομή 43 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με τους λόγους συνέχισης του καπνίσματος, εφόσον δεν έκαναν προσπάθεια να το κόψουν.

Απάντησαν	35 Άνδρες		8 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Συνήθεια	19	54.29	3	37.50
β) Συμπλ. προσωπικ.	8	22.86	2	25.00
γ) Επαγγελμ. λόγοι	11	31.43	1	12.50
δ) Οικογ. λόγοι	12	34.29	4	50.00
ε) Κοινων. λόγοι	6	17.14	1	12.50
στ) Ψυχολ. λόγοι	16	45.71	1	12.50
ζ) Άλλοι λόγοι	5	14.29	1	12.50

Στον πίνακα XII παρατηρείται, ότι το 54% των ανδρών συνεχίζουν το κάπνισμα λόγω συνήθειας, το 46% για ψυχολογικούς λόγους και το 34% αυτών λόγω οικογενειακών προβλημάτων. Στο 50% των γυναικών πρωτεύουσα αιτία της συνέχισης του καπνίσματος αποτελούν τα οικογενειακά προβλήματα, στο 37.50% η συνήθεια και στο 25% η συμπλήρωση της προσωπικότητας.

Σχήμα 3

Γραφική Παράσταση του Πίνακα XIII



ΠΙΝΑΚΑΣ XIII: Κατανομή 19 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με τους λόγους συνέχισης του καπνίσματος, εφόσον δεν έκαναν προσπάθεια να το κόψουν.

Απάντησαν	14 Άνδρες		5 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Μ' αρέσει	10	71.43	4	80.00
β) Συμπλήρωμα προσωπικότητας	3	21.43	1	20.00
γ) Αμέλεια	6	42.86	3	60.00
δ) Άλλοι λόγοι	1	7.14	1	20.00

Στο σύνολο των 115 ατόμων του δείγματος, που ρωτήθηκαν αν έχουν κάνει προσπάθεια να κόψουν το κάπνισμα, τα 19 από αυτά απάντησαν πως δεν κάνουν καμιά προσπάθεια να το κόψουν, αλλά συνεχίζουν να καπνίζουν.

Οι κυριότεροι λόγοι που προβάλλουν είναι ότι το κάπνισμα αποτελεί γι' αυτούς μια ευχάριστη συνήθεια -71% περίπου των ανδρών και 80% των γυναικών- και από αμέλεια -περίπου 43% των ανδρών και 60% των γυναικών-.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΧΙΥ: Κατανομή των απαντήσεων 97 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με την άποψη ότι το κάπνισμα ανακουφίζει από το άγχος, το στρες, την στεναχώρια.

Απάντησαν	71 Άνδρες		26 Γυναίκες	
	Συχνότης	Σχ. Συχνότης (%)	Συχνότης	Σχ. Συχνότης (%)
α) Ναι	31	43.66	9	34.62
β) Όχι	40	56.34	17	65.38

Παρατηρούμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό -44% για τους άνδρες και 35% για τις γυναίκες- θεωρούν ότι το κάπνισμα τους βοηθά να ανακουφίζονται από το στρες και τις στενοχώριες.

ΠΙΝΑΚΑΣ XV: Κατανομή 109 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση το αν κάπνιζαν.

Απάντησαν	71 Άνδρες		26 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	68	91.89	16	45.71
β) Όχι	6	8.11	19	54.29

Στον πίνακα XV παρατηρείται ότι το 92% των ανδρών κάπνιζαν και έπαθαν έμφραγμα, ενώ το 54% των γυναικών έπαθαν έμφραγμα, αν και δεν κάπνιζαν.

Στους 70 άνδρες εμφραγματίες που απάντησαν επί πόσο διάστημα κάπνιζαν, ο μέσος όρος του διαστήματος αυτού είναι 33.2 χρόνια. Ο αντίστοιχος μέσος χρόνος καπνίσματος για τις γυναίκες είναι 17.7 χρόνια.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΧVI: Κατανομή 85 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το ποσό των τσιγάρων που κάπνιζαν ημερησίως.

Απάντησαν	69 Άνδρες		16 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) 10	8	11.59	7	43.75
β) 10-15	21	30.43	6	37.50
γ) 20-30	29	42.03	2	12.50
δ) 40-60	11	15.94	2	12.50
ε) Με φίλτρο	41	59.42	13	81.25
στ) Χωρίς φίλτρο	43	62.32	2	12.50
ζ) Άλλο	2	2.90	0	0.00

Στον πίνακα ΧVI φαίνεται ότι το 42% των ανδρών που έπαθαν έμφραγμα κάπνιζαν δυο πακέτα την ημέρα και με φίλτρο το 59% αυτών. Το 44% περίπου των γυναικών κάπνιζαν 10 τσιγάρα ημερησίως με φίλτρο κατά 81%. Επίσης ένα μικρό ποσοστό 3% των ανδρών κάπνιζαν κάτι άλλο εκτός από τσιγάρο, όπως πούρο, πίπα, κλπ.

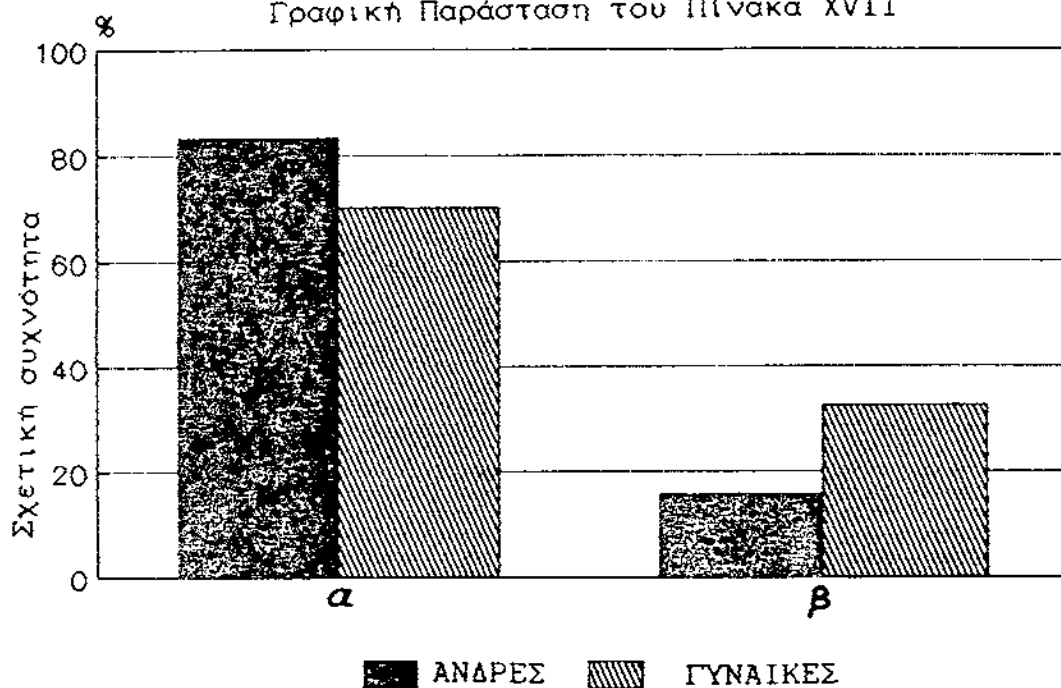
ΠΙΝΑΚΑΣ ΧVII: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το αν έπιναν.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	65	83.33	26	70.27
β) Όχι	12	15.58	12	31.57

Στον πίνακα XVII παρατηρείται ότι αυτοί που έπαθαν έμφραγμα εκτός του ότι κάπνιζαν συγχρόνως έπιναν, κατά 83% οι άνδρες και 70% οι γυναίκες.

Σχήμα 4

Γραφική Παράσταση του Πίνακα XVII



ΠΙΝΑΚΑΣ XVII: Κατανομή 91 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με την ποσότητα του ποτού.

Απάντησαν	65 Άνδρες		26 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) 1 ποτήρι	5	7.69	7	26.92
β) 3 ποτήρια	30	46.15	14	53.85
γ) 5 ποτήρια	19	29.23	4	15.38
δ) Πολλά	11	16.92	1	3.85

Στον πίνακα XVIII φαίνεται ότι το 46% των ανδρών και το 54% περίπου των γυναικών έπιναν τρία ποτήρια την ημέρα. Ακολουθούν πέντε ποτήρια για το 29% των ανδρών και τα πολλά ποτήρια το 17% αυτών. Το 54% των γυναικών πίνουν τρία ποτήρια και ακολουθεί το 42% που πίνουν από 1-5 ποτήρια.

ΠΙΝΑΚΑΣ XIX: Κατανομή 91 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το είδος των ποτών.

Απάντησαν	65 Άνδρες		26 Γυναίκες	
	Συχνότης	Σχ. Συχνότης (%)	Συχνότης	Σχ. Συχνότης (%)
α) Κρασί	55	84.61	20	76.92
β) Μπύρα	15	23.07	8	30.77
γ) Ούζο	31	47.69	2	7.69
δ) Εισαγόμενα	14	21.53	5	19.23

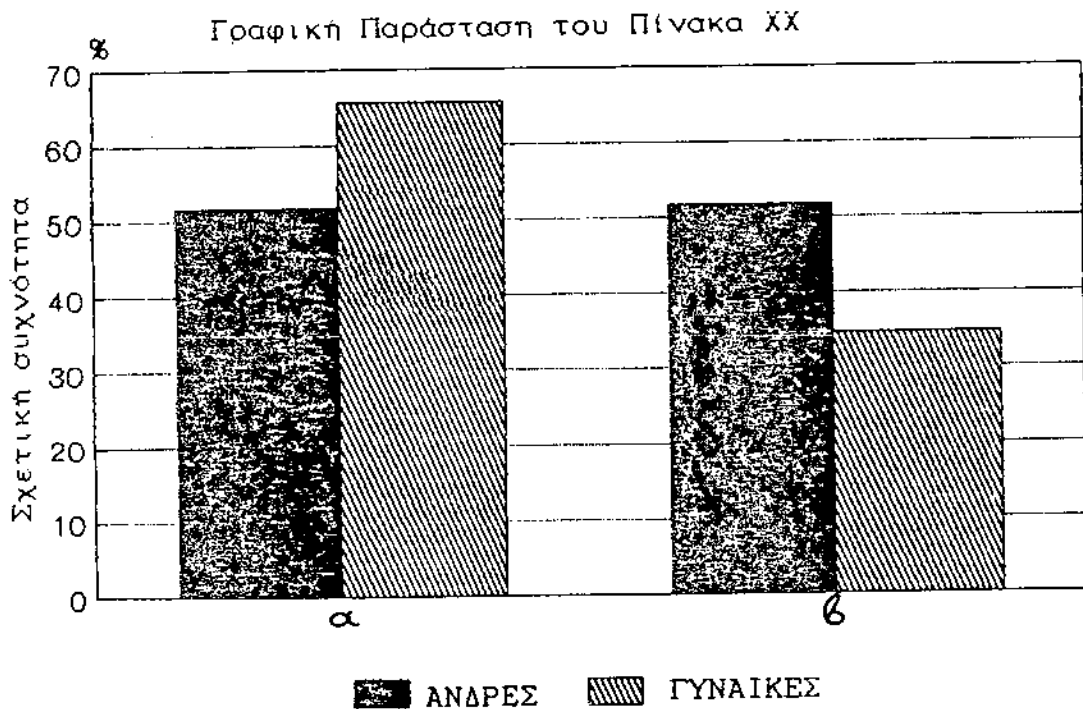
Στον πίνακα XIX φαίνεται ότι το 85% των ανδρών και 77% των γυναικών προτιμούν κρασί, ακολουθεί το ούζο για το 48% των ανδρών και μόνο για το 8% των γυναικών. Μπύρα και εισαγόμενα προτιμούν κατά 50% οι γυναίκες και 44% οι άνδρες.

Στο σύνολο των 115 ατόμων που ρωτήθηκαν για πόσο διάστημα έπιναν απάντησαν 65 άνδρες στους οποίους ο μέσος όρος του χρονικού διαστήματος είναι 29.6 χρόνια. Αντίστοιχα στις 25 γυναίκες ο μέσος όρος χρόνων που έπιναν είναι 21.2.

ΠΙΝΑΚΑΣ XX: Κατανομή 94 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με τον τρόπο ζωής.

Απάντησαν	62 Άνδρες		32 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
Συνηθίζετε να ξενυχτάτε λόγω επαγγέλματος	31	51.67	21	65.63
ή διασκέδασης:	31	51.67	11	34.38

Σχήμα 5.



Στον πίνακα XX παρατηρείται ότι οι μισοί άνδρες ξενυχτούν

λόγω επαγγέλματος και οι άλλοι μισοί λόγω διασκέδασης. Το 66% των γυναικών ξεφυχτούν λόγω εργασίας και μόνο το 34% για διασκέδαση.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΧΧΙ: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το αν εργάζονται ή όχι.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
Εργάζεσθε	30	38.46	18	50.00
ή είστε συνταξιούχος	47	61.03	20	52.63

Στον πίνακα ΧΧΙ φαίνεται ότι το 61% των ανδρών και το 53% σχεδόν των γυναικών του δείγματος είναι συνταξιούχοι. Το υπόλοιπο ποσοστό αυτών είναι εν ενεργεία.

Στο σύνολο των 115 ατόμων του δείγματος που ρωτήθηκαν σε ποιά ηλικία άρχισαν να εργάζονται, απάντησαν 66 άνδρες στους οποίους ο μέσος όρος του χρονικού διαστήματος είναι 14.9 χρόνια. Αντίστοιχα στις 29 γυναίκες ο μέσος χρονικός όρος είναι 17.0 χρόνια.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXII: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το είδος του επαγγέλματος τους.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ιδιωτ. ή Δημ. Υπαλ.	18	23.37	8	21.60
β) Ελευθ. επαγγελματ	21	27.27	6	15.78
γ) Αγρότης-τισσα	22	28.57	12	32.40
δ) Εργάτης-τρια	16	20.77	4	10.80
ε) Οικιακά	0	0.00	8	21.60

Στον πίνακα XXII παρατηρείται ότι το 28% των ανδρών και το 32% του δείγματος είναι αγρότες. Ακολουθούν για μεν τους άνδρες οι ελεύθεροι επαγγελματίες κατά 27%, οι ιδιωτικοί και δημόσιοι υπάλληλοι κατά 23% και οι εργάτες κατά 21%. Στις γυναίκες δεύτερα στη σειρά σε ποσοστό έρχονται τα οικιακά και οι δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι με 21% και ακολουθούν οι ελεύθερες επαγγελματίες και οι εργάτριες με 27%.

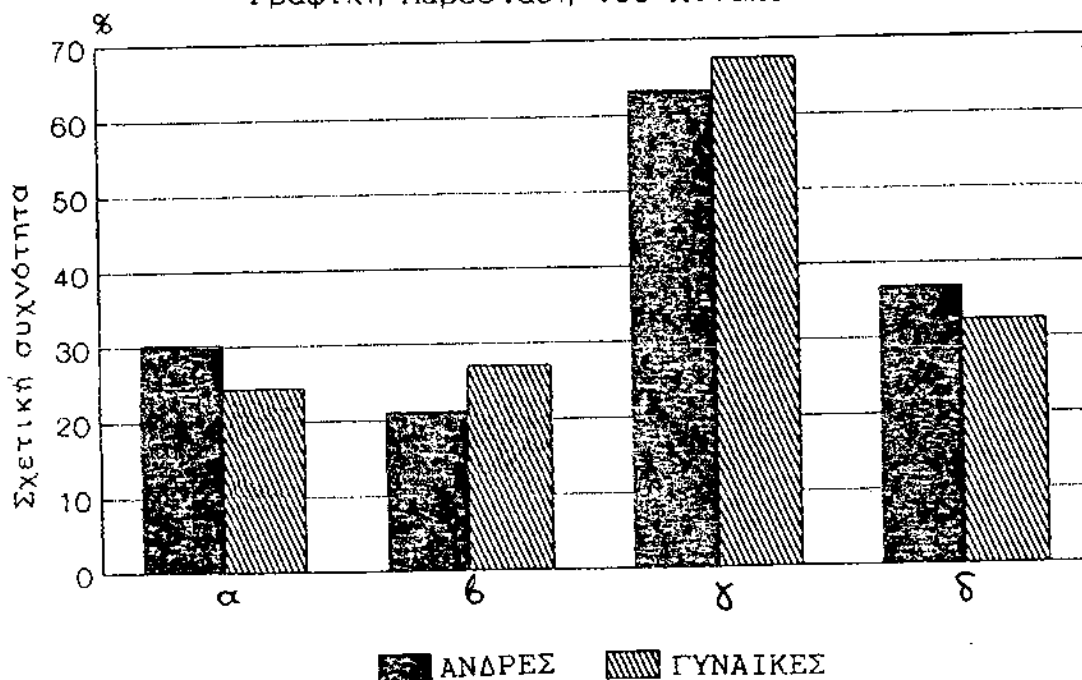
Στα 115 άτομα του δείγματος που ρωτήθηκαν πόσες ώρες εργάζονται απάντησαν 77 άνδρες στους οποίους ο μέσος όρος των ωρών εργασίας είναι 11.8 ώρες/24ώρο. Αντίστοιχα στις 38 γυναίκες ο μέσος όρος είναι 11.5 ώρες/24ώρο.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXIII: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με την ποιότητα της εργασίας τους.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Καθιστική	23	30.26	9	24.32
β) Ορθοστατική	16	21.05	10	27.03
γ) Κινητική	48	63.16	25	67.57
δ) Ενταση με άγχος	28	36.84	12	32.43

Σχήμα 6

Γραφική Παράσταση του Πίνακα XXIII



Στον πίνακα XXIII παρατηρείται ότι η εργασία των εμφραγματιών του δείγματος είναι κυρίως κινητική για άνδρες και γυναίκες -63%

και 67%- . Ακολουθεί η εντατική εργασία με άγχος με 37% για τους άνδρες και 32% για τις γυναίκες και έπονται η καθιστική και ορθοστατική εργασίες με 51% και για τα δυο φύλλα.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXIV: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το αν έχουν ή όχι αυτοκίνητο.

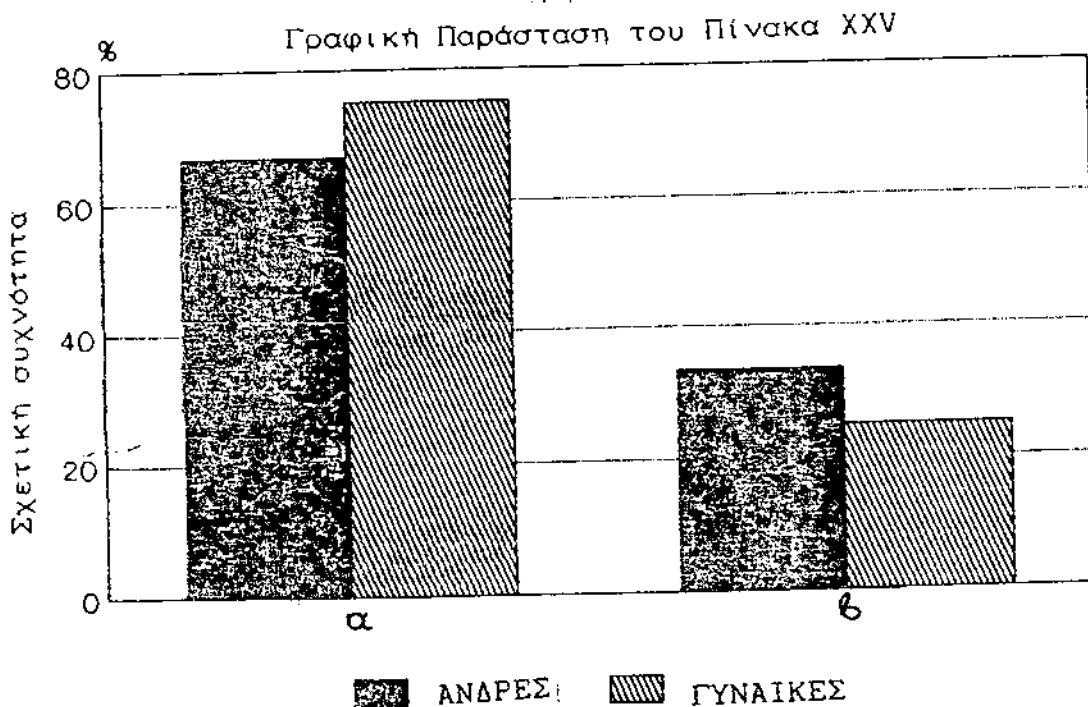
Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	26	33.76	9	23.68
β) Όχι	51	65.38	29	76.31

Στον πίνακα XXIV παρατηρείται ότι το 65% των ανδρών και το 76% των γυναικών του δείγματος, δεν διαθέτουν αυτοκίνητο.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXV: Κατανομή 111 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το αν βαδίζουν ή όχι λόγω αυτοκινήτου.

Απάντησαν	75 Άνδρες		36 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
Βαδίζετε συχνά ή λόγω του αυτοκινήτου δεν βαδίζετε;	50	66.67	27	75.00
	25	33.33	9	25.00

Σχήμα 7

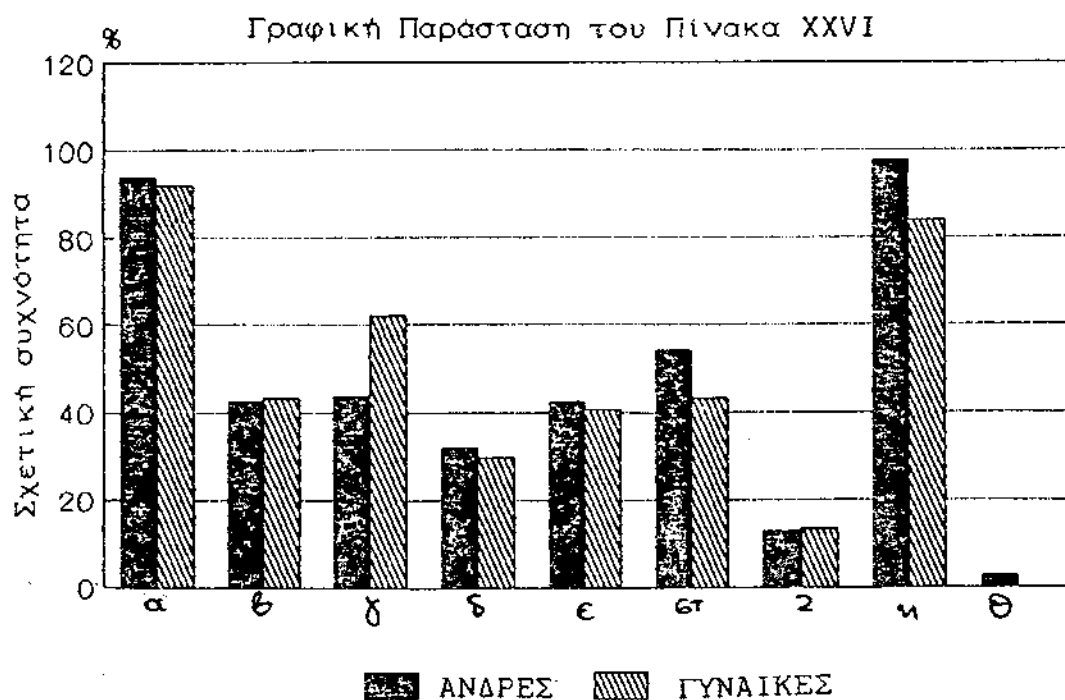


Στον πίνακα XXV φαίνεται ότι το 67% των ανδρών και το 75% των γυναικών του δείγματος βαδίζουν, γιατί δεν έχουν αυτοκίνητο.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXVI: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με την διατροφή.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Κρέας	73	93.59	34	91.89
β) Οσπρία	33	42.31	16	43.24
γ) Λαχανικά	34	43.59	23	62.16
δ) Ζυμαρικά	25	32.05	11	29.73
ε) Λίπη	33	42.31	15	40.54
στ) Καρικεύματα	42	53.85	16	43.24
ζ) Τροφές με συντηρητικά	10	12.82	5	13.51
η) Μαγειρευμένες	76	97.43	31	83.78
θ) Αμαγειρευτές	2	2.56	0	0.00

Σχήμα θ

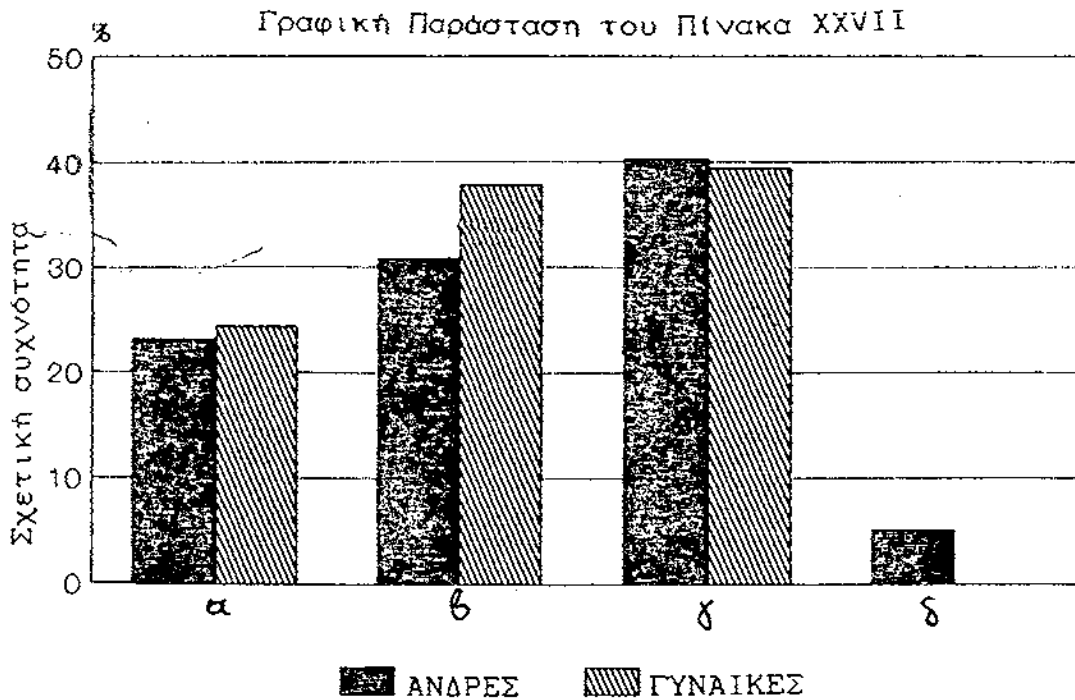


Στον πίνακα XXVI φαίνεται ότι το 97% των ανδρών και το 84% των γυναικών του δείγματος συνηθίζουν να τρώνε μαγειρευμένες τροφές, με πρώτη προτίμηση το κρέας κατά 93% και 92% αντίστοιχα. Ακολουθούν τα λίπη και τα καρικεύματα, τα λαχανικά και τα όσπρια, στα οποία δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση οι γυναίκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXVII: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με την εβδομαδιαία κατανάλωση κρέατος.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Κάθε μέρα	18	23.08	9	24.32
β) Δυο φορές	24	30.77	14	37.84
γ) Τρεις φορές	31	40.25	15	39.47
δ) Καθόλου	4	5.13	0	0.00

Σχήμα 9



Στον πίνακα XXVII παρατηρείται ότι το 40% των ανδρών και των γυναικών του δείγματος τρώνε τρεις φορές την εβδομάδα κρέας και μόνο το 5% των ανδρών δεν τρώει καθόλου.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXVIII: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το αν είχαν ενοχλήσεις για να κάνουν διαγνωστικές εξετάσεις.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	25	32.05	13	35.14
β) Όχι	52	67.53	25	65.78

Στον πίνακα XXVIII παρατηρείται ότι το 68% των ανδρών και το 66% του δείγματος δεν είχαν ενοχλήματα για να τους παρακινήσουν να κάνουν διαγνωστικές εξετάσεις, διότι το έμφραγμα θεωρείται ύπουλη ασθένεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXIX: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το αν έχουν ή όχι κολληστέρνιη.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	21	26.92	11	28.94
β) Όχι	36	46.75	14	37.84
γ) Δεν ξέρω	20	25.64	13	35.14

Στον πίνακα XXIX παρατηρείται ότι το 27% των ανδρών και το 29% των γυναικών του δείγματος γνωρίζουν ότι έχουν χοληστερίνη. Αντίθετα το υπόλοιπο 72% και των δυο φύλλων δεν έχουν ή δεν ξέρουν αν έχουν χοληστερίνη.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXX: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το αν έκαναν εξετάσεις για σακχαρώδη διαβήτη.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	32	41.02	21	56.76
β) Όχι	41	52.56	14	37.84
γ) Δεν ξέρω	6	7.79	3	7.89

Στον πίνακα XXX φαίνεται, ότι το 41% των ανδρών και το 57% περίπου των γυναικών του δείγματος πάσχουν από διαβήτη, ο οποίος θεωρείται κοινή ασθένεια. Τα υπόλοιπα 60% και 46% των εμφράγματιών δεν ξέρουν ή δεν έχουν σακχαρώδη διαβήτη, εφόσον δεν κάνουν συχνά διαγνωστικές εξετάσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΧΧΧΙ: Κατανομή 84 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με τα επίπεδα του σακχαρώδη διαβήτη.

Απάντησαν	55 Άνδρες		29 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Φυσιολογικά	41	74.55	13	44.83
β) Υψηλά	11	20.00	14	48.28
γ) Πολύ υψηλά	3	5.45	2	6.90

Στον πίνακα ΧΧΧΙ φαίνεται ότι στο 74% των ανδρών και στο 45% των γυναικών του δείγματος τα επίπεδα του διαβήτη είναι φυσιολογικά. Υψηλά και πολύ υψηλά παρουσιάζονται τα επίπεδα στο 25% των ανδρών και στο 55% των γυναικών, οι οποίες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά από τους άνδρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΧΧΧΙΙ: Κατανομή 40 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με τον τρόπο αντιμετώπισης του διαβήτη και της χοληστερίνης.

Απάντησαν	40 Άνδρες		19 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Δίαιτα	19	90.48	18	94.74
β) Φάρμακα	9	42.86	12	63.16
γ) Μείωση καπνίσμ.	8	38.10	1	5.26
δ) Συχνές εξετάσεις	9	42.86	13	68.42
ε) Αδιαφόρησα	0	0.00	0	0.00

Στον πίνακα XXXII παρατηρείται ότι το 90% των ανδρών και το 95% περίπου των γυναικών του δείγματος, αντιμετώπισαν τις παραπάνω παραμέτρους κυρίως με δίαιτα. Τα υπόλοιπα ποσοστά των ασθενών χρησιμοποίησαν άλλες μεθόδους, όπως φάρμακα, μείωσαν το κάπνισμα, έκαναν εξετάσεις, αλλά ευτυχώς κανείς δεν αδιαφόρησε.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXXIII: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με τις απαντήσεις τους για την ενημέρωση των επιπτώσεων του κρέατος και των λιπών στο έμφραγμα.

Απάντησαν	40 Άνδρες		19 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	20	25.97	11	28.94
β) Όχι	50	64.93	23	60.52
γ) Αδιαφόρησα	7	9.09	4	10.52

Στον πίνακα XXXIII φαίνεται, ότι το 65% των ανδρών και το 60% των γυναικών δεν γνωρίζουν την επικινδυνότητα του κρέατος και των λιπών στην υγεία τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXXIV: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με τις απαντήσεις τους για την ενημέρωση των επιπτώσεων του καπνίσματος στο έμφραγμα.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	43	55.84	21	55.26
β) Όχι	25	32.47	4	10.52
γ) Αδιαφόρησα	9	11.68	13	34.21

Στον πίνακα XXXIV παρατηρείται, ότι το 56% των ανδρών και το 55% των γυναικών του δείγματος γνωρίζουν για τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία τους. Όμως υπάρχει ένα ποσοστό 12% των ανδρών και 34% των γυναικών που αδιαφορούν και συνεχίζουν το κάπνισμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXXV: Κατανομή 115 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με τα αίτια εμφάνισης του εμφράγματος.

Απάντησαν	77 Άνδρες		38 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Άγχος-Στεναχώρια	44	55.69	18	47.36
β) Κάπνισμα	18	22.78	2	5.26
γ) Παθολογικά αίτια	8	10.12	4	10.52
δ) Κούραση	13	16.45	8	21.05
ε) Κληρονομικότητα	0	0.00	5	13.15
στ) Άλλη αιτία	5	6.32	0	0.00
ζ) Δεν ξέρω	14	17.72	1	2.63

Στον πίνακα XXXV παρατηρείται, ότι το 55% των ανδρών όπως και το 47% των γυναικών του δείγματος πιστεύουν πως κύρια αιτία που τους παρουσιάστηκε το έμφραγμα είναι το άγχος και η στεναχώρια. Ακολουθούν το κάπνισμα για το 23% και το 5% των δυο φύλων αντίστοιχα, η κούραση, η κληρονομικότητα, οι διάφορες παθήσεις. Υπάρχει όμως ένα μικρό ποσοστό του δείγματος που δεν γνωρίζει την αιτία πρόκλησης του εμφράγματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXXVI: Κατανομή 92 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με τις αποφάσεις τους για το κάπνισμα.

Απάντησαν	70 Άνδρες		22 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Να κόψετε το κάπνισμα	58	82.85	13	59.09
β) Να το ελαττώσετε	3	4.28	0	0.00
γ) Να το συνεχίσετε αδιαφορώντας για τις συνέπειες.	1	1.42	1	4.55
δ) Δεν ξέρετε	8	11.42	8	36.36

Στον πίνακα XXXVI παρατηρείται, ότι αποφάσισαν να κόψουν το κάπνισμα το 83% περίπου των ανδρών και το 59% των γυναικών του δείγματος. Υπάρχει όμως ένα ποσοστό των γυναικών -36%- που δεν έχει αποφασίσει ακόμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXXVII: Κατανομή 96 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με το αν ήθελαν να γνωρίζουν ή όχι τις επιδράσεις του καπνίσματος πριν πάθουν το έμφραγμα.

Απάντησαν	72 Άνδρες		24 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	69	95.83	15	62.50
β) Όχι	3	4.17	9	37.50

Στον πίνακα XXXVII παρατηρείται ότι, το 96% σχεδόν των ανδρών και το 62% των γυναικών του δείγματος θα ήθελαν να γνωρίζουν για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην πάθησή τους, πριν ακόμα αρχίσουν να καπνίζουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ XXXVIII: Κατανομή 96 ατόμων με έμφραγμα σε σχέση με τις αποφάσεις τους για το κάπνισμα αν γνώριζαν τις συνέπειες.

Απάντησαν	70 Άνδρες		22 Γυναίκες	
	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)	Συχνότητα	Σχ. Συχνότητα (%)
α) Ναι	51	70.83	4	16.66
β) Όχι	12	16.66	5	20.83
γ) Αδιάφορο	9	12.50	15	62.50

Στον πίνακα XXXVIII παρατηρείται, ότι το 71% των ανδρών του δείγματος θα διέκοπαν το κάπνισμα αν γνώριζαν τι επιδράσεις έχει στο έμφραγμα. Δυστυχώς όμως το 62% των γυναικών απάντησαν πως δεν ενδιαφέρονται, που σημαίνει πως θα συνεχίσουν να καπνίζουν, άσχετα με τις συνέπειες.

Στο ερώτημα που τέθηκε στους 115 εμφραγματίες του δείγματος τι συνιστούν στους νεότερους. Διαπιστώνεται ότι όλοι συμφωνούν και προτείνουν στα νέα άτομα να μην καπνίζουν και αν ήδη το άρχισαν είναι ακόμα καιρός να το σταματήσουν.

γ) ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ερευνητική μας εργασία άρχισε από τις 10-5-90 και τελείωσε στις 15-8-90. Επισκευθήκαμε την καρδιολογική κλινική και την μονάδα εμφραγμάτων του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών "Άγιος Ανδρέας", όπου προσπαθήσαμε να πλησιάσουμε με ιδιαίτερο τρόπο τους ασθενείς που είχαν εισαχθεί εκείνη την χρονική περίοδο, με καρδιολογικά προβλήματα, να συζητήσουμε μαζί τους και ταυτόχρονα να κάνουμε ερωτήσεις σχετικές με το ερωτηματολόγιό μας. Διαπιστώσαμε με μεγάλη μας χαρά, ότι οι ασθενείς αυτοί απάντησαν πρόθυμα στα διάφορα ερωτήματα και όσο προχώρούσε η συζήτησή μας, οι ασθενείς ένιωθαν περισσότερο οικεία μαζί μας και άρχιζαν να αποκαλύπτουν μυστικά που μέχρι τότε δεν είχαν εκμυστηρευτεί ποτέ.

Βέβαια το ίδιο δεν συνέβει στο νοσοκομείο "Ευαγγελισμός" των Αθηνών που επισκευθήκαμε. Εκεί χρειάστηκε μια ολόκληρη μέρα για να πάρουμε άδεια και να επισκευθούμε τους ασθενείς της καρδιολογικής κλινικής. Και αφού πλέον μας δόθηκε η άδεια, αντιμετωπίσαμε προβλήματα από τους ίδιους τους ασθενείς, οι οποίοι μας θεώρησαν δημοσιογράφους και αρνούνταν να απαντήσουν στα ερωτήματά μας. Προσπαθήσαμε να τους εξηγήσουμε τον λόγο για τον οποίο κάναμε αυτή την έρευνα και αφού πείστηκαν, άρχισαν να δίνουν τις απαντήσεις τους. Διαπιστώσαμε και εκεί, ότι πλησιάζοντας τον ασθενή και δείχνοντας ενδιαφέρον στο πρόβλημά του, αισθανόταν καλύτερα και σιγά-σιγά μπορούσε να αποκαλύψει τα μυστικά του. Αυτό μας έδωσε ιδιαίτερη χαρά και ικανοποίηση για το έργο που αναλάβαμε. Τελειώνοντας τις ερωτήσεις μας τους ευχηθήκαμε καλή ανάρρωση και αυτοί μας ανταπέδωσαν τις ευχές για καλή πρόοδο και καλή σταδιοδρομία στην ζωή μας.

Τα άτομα στα οποία απευθυνθήκαμε, είχαν εισαχθεί στις καρδιολογικές κλινικές με διάφορα καρδιολογικά προβλήματα, αλλά επειδή το αντικείμενο του ερωτηματολογίου μας αναφέρεται ειδικά στο έμφραγμα του μυοκαρδίου, γι' αυτό και εμείς ελέγχοντας τις καρτέλες νοσηλείας των ασθενών, φροντίσαμε να πλησιάσουμε τους ασθενείς που παρουσίαζαν έμφραγμα.

Βρήκαμε αρκετούς τέτοιους ασθενείς, αλλά τελικά απάντησαν στα ερωτήματά μας μόνο 115 άτομα. Από αυτά 77 ήταν άνδρες και τα υπόλοιπα 38 γυναίκες. Κατάγονταν από διάφορα μέρη της Ελλάδος, αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό προέρχονταν από περιοχές της Πελοποννήσου, όπως Πύργο, Αμαλιάδα, χωριά του νομού Αχαΐας, περιοχές της Αιτωλοακαρνανίας. Οι υπόλοιποι κατάγονταν από νησιά όπως την Κέρκυρα, την Ρόδο, την Πάρο, την Κρήτη. Επίσης από περιοχές της Αλεξανδρούπολης, της Καστοριάς, της Αμφιλοχίας.

Ξεκινώντας την συζήτησή μας, τους ενημερώσαμε ότι κάναμε μια έρευνα σχετικά με το κάπνισμα και τις επιπτώσεις του στο έμφραγμα του μυοκαρδίου και τους ζητήσαμε να απαντήσουν στα ερωτήματα που θα τους υποβάλαμε.

Το πρώτο ερώτημα αφορούσε την προσωπική τους ζωή, αν δηλαδή ήταν παντρεμένοι, χωρισμένοι ή χήροι. Το μεγαλύτερο ποσοστό και των δύο φύλλων διαπιστώσαμε ότι ήταν παντρεμένοι και ελάχιστοι από αυτούς ήταν άγαμοι. Ακόμη πιο λίγοι ήταν χωρισμένοι ή χήροι.

Προχωρώντας στην οικογενειακή κατάσταση του κάθε ασθενή, παρατηρήσαμε ότι το 78% των ασθενών είχαν κυρίως δυο παιδιά, αγόρια ή κορίτσια και μόνο ένα μικρό ποσοστό δεν απέκτησαν παιδιά. Αυτό που μας έκανε ιδιαίτερη εντύπωση ήταν το γεγονός, ότι ένα ελάχιστο ποσοστό των γυναικών είχαν αποκτήσει επτά ή και οκτώ παιδιά.

Στην συνέχεια του ερωτηματολογίου ζητούσαμε να μάθουμε τις γραμματικές τους γνώσεις. Εκεί διαπιστώσαμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς ήταν απόφοιτοι κάποιας τάξης του δημοτικού σχολείου ή ολοκλήρου του δημοτικού. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι πολλοί από αυτούς δεν πρόλαβαν να τελειώσουν το σχολείο ή ήταν αγράμματοι. Διότι όπως μας εξήγησαν, στα χρόνια εκείνα που έπρεπε να πηγαίνουν σχολείο, οι καταστάσεις στην χώρα μας ήταν ανώμαλες και υπήρχαν σοβαρά προβλήματα. Οι γονείς τους ήταν επίσης αγράμματοι, είχαν ανάγκη από πολλά εργατικά χέρια στις αγροτικές τους ασχολίες, όπου ανάμεσα σ'αυτά υπολόγιζαν και τα παιδιά τους. Έτσι αναγκάζονταν να εγκαταλείπουν τα σχολεία και να βοηθούν τους γονείς τους. Αυτός φαίνεται να είναι ο λόγος που το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Ανάμεσα στους ερωτηθέντες ασθενείς μας, συναντήσαμε ανθρώπους μορφωμένους, οι οποίοι ήταν απόφοιτοι γυμνασίου ή λυκείου ή κάποιας ανώτατης σχολής, όπως Νομική, Βιομηχανική σχολή, Πάντειο, Νοσηλευτική.

Συνεχίζοντας τις ερωτήσεις μας θελήσαμε να κάνουμε μια σύγκριση μεταξύ της καταγωγής των ασθενών και με το αν καπνίζουν ή όχι. Έτσι διαπιστώσαμε ότι το 73% των ανδρών και το 59% των γυναικών προέρχονταν από τις πόλεις και ότι οι άνδρες καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες.

Αυτό άλλωστε θα περίμενε κανείς, γιατί ο τρόπος ζωής του σημερινού ανθρώπου, δηλαδή το άγχος, το στρες, το κάπνισμα, η κακή διατροφή, οι καταχρήσεις, οδηγούν τους άνδρες, που όπως είναι παγκοσμίως αποδεδειγμένο, να παθαίνουν καρδιοπάθειες σε νεώτερη ηλικία από ότι οι γυναίκες. Και αυτό ίσως συμβαίνει διότι οι γυναίκες στην Ελλάδα άρχισαν να καπνίζουν σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια.

Αντίθετα στα χωριά και στις κωμοπόλεις ο άνθρωπος ζει μέσα στη φύση, διακατέχεται από λιγότερο άγχος και στρες απ' ότι ο άνθρωπος στις πόλεις, δεν είναι αναγκασμένος να καταφεύγει σαν λύση των προβλημάτων του στο κάπνισμα. Ακόμη επειδή ζουν σε κλειστή κοινωνία, όπου θεωρείται το κάπνισμα ντροπή, βλέπουμε ότι οι γυναίκες των περιοχών αυτών καπνίζουν λιγότερο ή σχεδόν καθόλου.

Ρωτώντας τους στη συνέχεια σε ποιά ηλικία άρχισαν το κάπνισμα, οι 71 άνδρες που απάντησαν δήλωσαν πως άρχισαν να καπνίζουν στην ηλικία των 18 χρόνων τους, ενώ οι 17 γυναίκες σε ηλικία περίπου 25 ετών.

Στην ερώτησή μας για ποιους λόγους άρχισαν το κάπνισμα, βλέπουμε ότι τα κυριώτερα αίτια του καπνίσματος είναι η περιέργεια και η παρέα και για τους άνδρες και για τις γυναίκες. Μάλιστα η παρέα αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες, διότι αντιπροσωπεύει μια μικρή κοινωνία, που διέπεται από δικούς της κανόνες και στην οποία δεν γίνεται κάποιος δεκτός, αν δεν προσαρμοστεί σε αυτήν.

Ακόμη και η μίμηση παίζει κάποιον σημαντικό ρόλο και στους άνδρες και στις γυναίκες, γιτί βλέπουμε ότι επηρεάζονται από τον

κινηματογράφο και την τηλεόραση σε μεγάλο βαθμό. Εδώ χαρακτηριστικά ένας ασθενής είπε πως άρχισε να καπνίζει, επειδή έβλεπε στην οθόνη τον ηθοποιό Μπόγκαρντ να καπνίζει έχοντας το τσιγάρο στραβά στο στόμα του. Ακόμα άνδρες και γυναίκες καπνίζουν από αντίδραση, που σημαίνει ότι ίσως κάποιος τους είπε να μην καπνίζουν, αλλά αυτοί από αντίδραση άρχισαν το κάπνισμα.

Στην παρακάτω ερώτησή μας σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, παρατηρήσαμε ότι παρόλο που και οι άνδρες και οι γυναίκες γνώριζαν τις κακές και καταστροφικές επιδράσεις του καπνίσματος, ένα μεγάλο ποσοστό των ανδρών κάπνιζαν τουλάχιστον δυό πακέτα την ημέρα και ένα άλλο ποσοστό των γυναικών, επίσης μεγάλο, κάπνιζε 10-15 τσιγάρα ημερησίως.

Στην ερώτησή μας που αναφέρεται στο αν έχουν κάνει προσπάθεια να κόψουν το κάπνισμα ή τουλάχιστον να το ελαττώσουν, βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών έχουν κάνει κάποια προσπάθεια να το κόψουν, αλλά παρόλα αυτά συνεχίζουν να καπνίζουν.

Οι λόγοι της συνέχισης του καπνίσματος για μεν τους άνδρες είναι η συνήθεια. Είναι πράγματι η συνήθεια, αλλά μπορεί ακόμα να οφείλεται στην νικοτίνη, η οποία προκαλεί εξάρτηση και εθισμό.

Οι επαγγελματικοί λόγοι, ίσως το στρες τη δουλειάς, οι ανάγκες της ζωής που τους αναγκάζουν να βρουν μια διέξοδο, ίσως οι ψυχολογικοί λόγοι και οι οικογενειακοί να έχουν σχέση με τους λόγους συνέχισης του καπνίσματος.

Στις γυναίκες συμβαίνει το αντίθετο. Θεωρούν σαν πρωταρχική αιτία τους οικογενειακούς λόγους και μετά την συνήθεια. Ίσως αυτό σημαίνει ότι προσπαθούν να αποφύγουν το πραγματικό αίτιο που καπνίζουν και βάζουν τους οικογενειακούς λόγους.

Στην απόφασή τους να μην κόψουν το τσιγάρο ή να το ελαττώσουν, η κυριώτερη αιτία της συνέχισης του καπνίσματος και στα δύο φύλλα είναι η ευχάριστη συνήθεια, ότι δηλαδή τους αρέσει. Η αμέλεια έρχεται σαν δεύτερος λόγος, που σημαίνει ότι άνδρες και γυναίκες αδιαφορούν για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία τους. Η συμπλήρωση της προσωπικότητας για τους άνδρες σημαίνει ότι παρουσιάζουν κάποια ανασφάλεια έναντι των γυναικών, οι οποίες δικαιολογούν άλλους λόγους άσχετους με αυτούς που

υπάρχουν στο ερωτηματολόγιό μας.

Στην ερώτησή μας εάν πιστεύουν πως με το κάπνισμα ανακουφίζονται από τη στεναχώρια, το άγχος, το στρες, διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, θεωρούν ότι το κάπνισμα δεν τους ανακουφίζει από το τρίπτυχο της εποχής μας, που λέγεται άγχος, στρες, στεναχώρια. Ένα άλλο σημαντικό ποσοστό εξακολουθούν να πιστεύουν ότι το κάπνισμα τους βοηθά να ανακουφίζονται από τα προβλήματά τους. Ίσως αυτό το ποσοστό θα έπρεπε να ήταν μικρότερο, εάν υπήρχε σωστή διαφώτιση και γνώση πάνω στο θέμα αυτό.

Η επόμενη ερώτηση έχει σχέση με την ηλικία εμφάνισης του εμφράγματος, όπου βλέπουμε ότι ο μέσος όρος για τους άνδρες είναι η ηλικία των 58 ετών, ενώ για τις γυναίκες είναι τα 56 χρόνια.

Στις ακόλουθες ερωτήσεις "πόσο διάστημα" και "πόσα τσιγάρα καπνίζαν ημερησίως", βλέπουμε ότι οι άνδρες κάπνιζαν 20-30 τσιγάρα, κυρίως άφιλτρα, την ημέρα και έπαθαν έμφραγμα. Αντίθετα οι γυναίκες, λιγότερες από τους άνδρες, κάπνιζαν λιγότερο από τους άνδρες, μέχρι 10 τσιγάρα την ημέρα με φίλτρο και πάλι έπαθαν έμφραγμα.

Επίσης μια άλλη παράμετρος που υποβοηθά στις καρδιπάθειες είναι και η χρήση ποτού. Εδώ βλέπουμε ότι πάνω από το 80% των ανδρών για 29 σχεδόν χρόνια και περίπου το 70% των γυναικών για 21 χρόνια, έπιναν κυρίως 3-5 ποτήρια κρασί ή ούζο την ημέρα, ενώ μόνο το 16% των ανδρών δεν έπιναν, όπως επίσης και το 39% των γυναικών. Αυτό βεβαίως μπορεί να θεωρηθεί σαν μη αξιόπιστο, διότι ένα σημαντικό ποσοστό των γυναικών προέρχονταν από μικρές κωμοπόλεις και χωριά, όπου η οινοποσία όπως και το κάπνισμα θεωρούνται ντροπή.

Η επόμενη ερώτηση αφορά τον τρόπο εργασίας των ασθενών μας και κατά πόσο το ξενύχτι θεωρείται επιβαρυντικός παράγοντας στις καρδιοπάθειες. Έτσι από τις απαντήσεις τους διαπιστώνουμε ότι, οι μισοί άνδρες ξενυχτούσαν λόγω εργασίας και οι άλλοι μισοί για διασκέδαση, ενώ οι γυναίκες ξενυχτούσαν κυρίως για επαγγελματικούς λόγους. Εδώ πάλι επανερχόμαστε στον τόπο καταγωγής, όπου έχουμε επανειλημμένως διαπιστώσει ότι πολλές γυναίκες του δείγματός μας προέρχονται από κλειστές κοινωνίες των

μικρών χωριών, όπου ο τρόπος ζωής τους είναι περιορισμένος, ελέγχεται και κατακρίνεται από τους ίδιους ανθρώπους της κοινωνίας αυτής. Έτσι είναι εύλογο η γυναίκα του χωριού να μην διασκεδάζει. Αντίθετα η γυναίκα της πόλης είναι αναγκασμένη να δουλεύει όπως και ο άνδρας σε βιομηχανίες, σε εργοστάσια, σε δημόσιες υπηρεσίες, όπου νυχτερινή βάρδια είναι απαραίτητη και καθορισμένη από τους εργατικούς νόμους.

Όσον αφορά την διασκέδαση, μόνο το 34% των γυναικών βλέπουμε ότι ξενυχτούν σε συνδυασμό με την διασκέδαση. Ίσως αυτό το αποτέλεσμα θα περίμενε κανείς, αφού η γυναίκα στην Ελλάδα διασκεδάζει τα τελευταία χρόνια και κυρίως στις πόλεις.

Οι επόμενες σχετίζονται με την εργασία των ασθενών μας. Εδώ βλέπουμε ότι πάνω από το 60% των ανδρών είναι συνταξιούχοι και το υπόλοιπο ποσοστό αυτών είναι εν ενεργεία. Αρχισαν να δουλεύουν γύρω στα 14 χρόνια τους, γεγονός που σημαίνει, ότι οι ανάγκες της ζωής τους ανάγκασαν να μπουν στην βιοπάλη σε μικρή ηλικία, για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες αυτές. Ίσως σ' αυτό να έπαιξαν ρόλο η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό τους επίπεδο. Όπως είδαμε στις απαντήσεις του δείγματος, το 29% αυτών είναι αγρότες και εργάζονται τουλάχιστον 12 ώρες την ημέρα στις διάφορες αγροτικές ασχολίες. Αυτό δεικνύει ότι η εργασία τους είναι έντονη, δηλαδή σκληρή δουλειά, κυριευμένη από άγχος, κινητική, ορθοστατική. Το ίδιο συμβαίνει με τους ελεύθερους επαγγελματίες και τους απλούς εργάτες. Δουλεύουν πάνω από 12 ώρες την ημέρα και η δουλειά τους είναι έντονη, αγχώδης, τους δημιουργεί έντονο στρες και κούραση.

Από την άλλη μεριά όμως έχουμε τους δημόσιους και ιδιωτικούς υπάλληλους, οι οποίοι έχουν καθορισμένο ωράριο εργασίας, η δουλειά τους είναι κυρίως καθιστική. Διεκπαιρώνεται κάτω από άνετες συνθήκες, αλλά μερικές φορές συνδυάζεται και αυτή με άγχος και στρες.

Όσον αφορά τις γυναίκες εμφραγματίες του δείγματος, βλέπουμε ότι οι μισές εργάζονται ακόμα. Οι άλλες μισές είναι συνταξιούχες, αλλά εξακολουθούν να εργάζονται ακόμα, αφού ένα μεγάλο ποσοστό αυτών ασχολούνται με τα οικιακά και ένα 32% είναι αγρότισσες. Αρχισαν να δουλεύουν γύρω στα 17 χρόνια τους και παρατηρείται ότι

εργάζονται ίδιες ώρες με τους άνδρες. Η εργασία των γυναικών αυτών είναι εντατική, σκληρή δουλειά με άγχος. Διότι πρέπει ταυτόχρονα με τις αγροτικές ασχολίες να διεκπαιρέσουν και τις δουλειές του σπιτιού. Έχουν να φροντίσουν για την καθαριότητα των μελών της οικογένειας και του ίδιου του σπιτιού, για το φαγητό της ημέρας και τις άλλες τυχόν υποχρεώσεις τους.

Ενώ όπως οι άνδρες δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι, έτσι και γυναίκες του τομέα αυτού εργάζονται στις διάφορες υπηρεσίες 8 ώρες την ημέρα. Η εργασία τους είναι καθιστική, δίχως έντονη κόπωση, αλλά ίσως κάποτε - κάποτε να συνδυάζεται και αυτή με άγχος και ένταση.

Το ίδιο όμως δεν συμβαίνει με τις εργάτριες, οι οποίες δουλεύουν μεν θωρο, αλλά η εργασία τους είναι ορθοστατική, κινητική, αγχώδης. Πολλές φορές είναι αναγκασμένες να ξενυχτούν λόγω του ωραρίου και επιπλέον να ανταπεξέρχονται στις ανάγκες της οικογένειάς τους.

Γεγονός είναι ότι και οι τρεις ομάδες των ανθρώπων δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τον σωστό τρόπο εξάσκησης. Δηλαδή τόσο η καθιστική δουλειά, που έχει σαν αποτέλεσμα την συσσώρευση λίπους στους ιστούς και το χάσιμο της ελαστικότητας των μυών, καθώς και η κινητική εργασία, συνδυασμένη πάντα με ένταση, κόπωση και άγχος, που γινόταν δηλαδή κάτω από μη φυσιολογικές συνθήκες, κατέληξαν να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα.

Στις επόμενες ερωτήσεις αν οι ασθενείς διαθέτουν αυτοκίνητο ή όχι. Βλέπουμε ότι τα 2/3 των ανδρών και των γυναικών δεν έχουν αυτοκίνητο και μόνο το 1/3 αυτών έχουν. Αυτό φανερώνει ότι εκ των πραγμάτων είναι αναγκασμένοι να βαδίζουν, να βοσκονται σε συνεχή κίνηση και να μην χρησιμοποιούν ανά πάσα στιγμή το αυτοκίνητο για την εκτέλεση κάθε εργασίας τους. Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα το αυτοκίνητο κυριαρχεί στη ζωή μας, σ' όλες σχεδόν τις εκδηλώσεις μας, μας έχει κάνει υπόδουλους του σε τέτοιο βαθμό που φτάσαμε στο σημείο να εξαρτώμαστε από αυτό. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι οι ασθενείς του δείγματός μας, είναι "εναντίον" του αυτοκινήτου, αλλά ίσως η μεγάλη ηλικία τους και ίσως η οικονομική τους κατάσταση να μην τους επιτρέπει να διαθέτουν αυτοκίνητο.

Στη συνέχεια τους ρωτήσαμε για τον τρόπο διατροφής τους. Εδώ

Διαπιστώσαμε πως όλοι οι καρδιοπαθείς ασθενείς του δείγματός μας σηνίθιζαν να τρώνε τροφές μαγειρευμένες. Δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση στο κρέας, στα καρικεύματα, στα λίπη, στα όσπρια. Στα λαχανικά δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση οι γυναίκες, οι οποίες από την φύση τους πιο συντηρητικές και προσεκτικές, αλλά ίσως και πιο θρησκόληπτες συνηθίζουν να τρώνε τρεις φορές την εβδομάδα τουλάχιστον όσπρια και λαχανικά. Βέβαια δεν σημαίνει πως δεν τρώνε καθόλου κρέας, αφού σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας βλέπουμε να τρώνε δυο και τρεις φορές την εβδομάδα, όπως κάνουν και οι άνδρες.

Αυτό βασίζεται στο γεγονός, ότι ο τρόπος ζωής μας, μας οδηγεί δυστυχώς στην εύκολη λύση, με το να τρώμε ως επί το πλείστον κρέας απ' ότι τα υπόλοιπα φαγητά.

Κατόπιν αναφερθήκαμε στο αν είχαν ενοχλήματα με την καρδιά τους και αν αυτό το γεγονός τους ανάγκασε να κάνουν διαγνωστικές εξετάσεις. Ετσι διαπιστώσαμε ότι μόνο το 1/3 των ανδρών είχε και το ίδιο συνέβαινε με τις γυναίκες.

Αυτό μπορούμε να το αποδώσουμε στο ότι ο κακός τρόπος διαβίωσης, με την κατάχρηση του καπνίσματος, του οινοπνεύματος, του ξενυχτιού και της κακής διατροφής, ταλαιπωρούν την καρδιά, που όπως μαρτυρούν και οι ίδιοι οι ασθενείς ελάχιστες φορές μα προειδοποιεί για το πρόβλημα της καρδιάς.

Στην ακόλουθη ερώτησή μας εάν οι ασθενείς του δείγματος έχουν χοληστερίνη και αν έκαναν εξετάσεις για σακχαρώδη διαβήτη, βλέπουμε ότι και οι άνδρες και οι γυναίκες έχουν χοληστερίνη αλλά οι περισσότεροι δεν το γνωρίζουν, διότι σπάνια έκαναν εξετάσεις. Όταν τυχαία γίνονταν εξετάσεις, φανέρωναν έναν άλλο εξίσου επιβαρυντικό παράγοντα για τις καρδιοπάθειες, τον σακχαρώδη διαβήτη, που τα περισσότερα από τα άτομα αυτά είχαν.

Όσο αφορά για τα επίπεδα του διαβήτη παρατηρούμε ότι στα 2/3 των ανδρών και στο 1/3 σχεδόν των γυναικών τα επίπεδα ήταν φυσιολογικά. Αυτό το συμπέρασμα θεωρείται μάλλον ανειλικρινές, αφού για τα άτομα αυτά τα επίπεδα του διαβήτη θεωρούνταν υποκειμενικά σαν φυσιολογικά, ενώ ήταν πάνω από 180. Τα υπόλοιπα 2/3 των γυναικών και το 1/3 των ανδρών βλέπουμε ότι παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα διαβήτη.

Υποβάλλοντάς τους το ερώτημα ποιά μέθοδο ακολούθησαν για την αντιμετώπιση της χοληστερίνης και του σακχαρώδη διαβήτη, διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών έκαναν δίαιτα, απέφευγαν όλες τις επιβαρυντικές τροφές για την καλή λειτουργία της καρδιάς και έπαιρναν φάρμακα. Έτσι φαίνεται να έκαναν και οι γυναίκες του δείγματος, αλλά αυτές πιο συντηρητικές και σώφρονες έκαναν πιο συχνά εξετάσεις. Αν όμως συγκρίνουμε τον τρόπο διατροφής τους από τις προηγούμενες απαντήσεις, διαπιστώνουμε ότι δεν έκαναν στην πραγματικότητα δίαιτα, εφόσον όλα αυτά που έτρωγαν, ήταν ενάντια του σακχαρώδη διαβήτη και της χοληστερίνης.

Στις ακόλουθες ερωτήσεις για το αν οι εμφραγματίες του δείγματος γνώριζαν για τις επιπτώσεις του κρέατος, των λιπών και του καπνίσματος στην καρδιά, βλέπουμε ότι τα 2/3 των ανδρών και των γυναικών δεν γνώριζαν ότι τα λίπη και η συχνή χρήση του κρέατος έχουν βλαβερές συνέπειες στη σωστή λειτουργία της καρδιάς. Το 1/3 αυτών που γνώριζαν τις επιπτώσεις αυτές, εξακολουθούσαν την ίδια τακτική όπως και πριν. Ένα πολύ μικρό ποσοστό αδιαφορούσε, όπως αδιαφορούσε για τις πολλαπλές και καταστροφικές συνέπειες του καπνίσματος στην καρδιά.

Σχετικά με το κάπνισμα βλέπουμε πως ένα μεγάλο ποσοστό ανδρών και γυναικών, έχουν μεν επίγνωση της καταστροφής του τσιγάρου στην καρδιά και στ' άλλα συστήματα του οργανισμού, αλλά αυτοί εξακολουθούσαν την ίδια τακτική. Σ' αυτό το σημείο θα έπρεπε να τονιστεί ο ρόλος της διαφήμισης για το κάπνισμα. Βλέπουμε στον κινηματογράφο, στην τηλεόραση και πάνω στα πακέτα των τσιγάρων να αναγράφεται ότι το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία. Είναι πράγματι ειρωνικό απ' την μια πλευρά το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας να προειδοποιεί και να προσπαθεί να αποτρέψει το κοινό από τον κίνδυνο που διατρέχει καπνίζοντας και εμείς από την άλλη να αδιαφορούμε. Ίσως τα πράγματα να είχαν μεγαλύτερη σοβαρότητα και υπευθυνότητα, αν γίνονταν περισσότερα προγράμματα για την ενημέρωση του κοινού. Αν οι διάφοροι αντικαπνιστικοί σύλλογοι προβάλλονταν περισσότερο, ώστε να γίνονται γνωστοί στους ανθρώπους και αν γενικότερα τα κράτη έπαιρναν πιο δραστικά μέτρα.

Κατόπιν θέσαμε το ερώτημα της αιτίας που προκάλεσε το έμφραγμα. Ένα μεγάλο ποσοστό ανδρών και γυναικών θεώρησαν σαν

αιτία το άγχος, τη στεναχώρια, την κούραση της δουλειάς. Σύμφωνα με τις παραπάνω απαντήσεις πράγματι διαπιστώνουμε ότι το άγχος, το στρες, η στεναχώρια των διάφορων επαγγελματικών, οικογενειακών και ψυχολογικών προβλημάτων, οι ανάγκες της ζωής, η καταπίεση που ασκείται στον άνθρωπο να ανταπεξέλθει στις αντιξοότητες και στα βάσανα, συμβάλλουν ή επιβαρύνουν μια καρδιοπάθεια.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας και με τις υποκειμενικές απαντήσεις των ασθενών του δείγματος παρατηρούμε ότι το κάπνισμα δεν αποτελεί αιτία εμφάνισης του εμφράγματος. Ίσως η άγνοια του κόσμου πάνω στο θέμα αυτό να είναι η αιτία που θεωρούν άλλες αιτίες πρωταρχικές, παρά το κάπνισμα. Υπήρξαν άτομα που αιτιολόγησαν την κληρονομικότητα σαν αιτία εμφάνισης του εμφράγματος. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία μας η κληρονομικότητα και άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως η μόλυνση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση αποτελούν αιτίες πρόκλησης του εμφράγματος.

Επίσης ένα άλλο μικρό ποσοστό δεν ήξερε την πραγματική αιτία ή τουλάχιστον δεν ήθελε να την φανερώσει. Εδώ μπορεί να έπαιξε ρόλο η ψυχολογία των ασθενών. Πολλοί πιστεύουν ότι στην πραγματικότητα δεν έχουν τίποτα το παθολογικό, άλλοι πάλι αποφεύγουν την αλήθεια και επαναπαύονται με ψευδαισθήσεις, ελπίζοντας ότι σύντομα η υγεία τους θα καλυτερέψει.

Η συνέχεια αποτελεί το συμπέρασμα του ερωτηματολογίου μας. Θέτοντας το ερώτημα τι σκοπεύουν να κάνουν στο μέλλον, διπιστώνουμε ότι τα 2/3 ανδρών και γυναικών που καπνίζουν, αποφασίζουν να κόψουν το κάπνισμα. Αυτή η απάντηση μπορεί να θεωρηθεί ανειλικρινής, διότι το υπόλοιπο 1/3 απάντησαν ότι θα το ελαττώσουν, άλλοι ότι δεν ξέρουν τι πρόκειται να κάνουν και άλλοι ότι αδιαφορούν για τις συνέπειες.

Αυτό δείχνει μάλλον ότι οι ασθενείς δεν είχαν συνηθειοποιήσει την σοβαρότητα της κατάστασής τους ή ότι ο εθισμός του τσιγάρου ήταν τόσο μεγάλου βαθμού, ώστε η εξάρτησή του τους απαγόρευε να σκεφτούν λογικά και να πάρουν σωστές αποφάσεις.

Μια άλλη κρίσιμη ερώτηση του ερωτηματολογίου επιβεβαιώνει αυτό που αναφέραμε για διαφώτιση, ενημέρωση και σωστά ληπτέα μέτρα για την αποφυγή του καπνίσματος. Διότι στο ερώτημα εάν οι

εμφραγματίες ήθελαν να γνωρίζουν τις συνέπειες του καπνίσματος πριν πάθουν έμφραγμα, διαπιστώνουμε ότι όλοι σχεδόν οι άνδρες και το 2/3 των γυναικών συμφώνησαν ότι αν ήξεραν τι κακό κάνει το τσιγάρο στην καρδιά, δεν θα το δοκίμαζαν αλλά ούτε θα το συνέχιζαν. Οι απαντήσεις όμως αυτές αντιφάσκουν με τις προηγούμενες που απέδειξαν ότι παρόλο που γνώριζαν τις συνέπειες του καπνίσματος στο έμφραγμα, αυτοί εξακολουθούσαν την ίδια τακτική.

Πρέπει και πάλι να τονίσουμε την σημασία της ενημέρωσης και της διαφώτισης του κοινού και ότι πρέπει να παίρνονται σωστότερα μέτρα, ώστε να σταματήσουν οι θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα, από έμφραγμα του μυοκαρδίου και άλλες καρδιοπάθειες. Αν πράγματι γινόταν σωστή εκμετάλευση των μέσων μαζικής ενημέρωσης για την διαφώτιση του κοινού, τότε τα 2/3 των ανδρών του δείγματος θα σταματούσε το κάπνισμα, εν αντιθέση με τα 2/3 των γυναικών που είναι αδιάφορες για τις συνέπειες.

Ίσως η χειραφέτηση της γυναίκας, το ρεύμα της μόδας, η ανάγκη για συμπλήρωση της προσωπικότητας και ο αγώνας να μην μειωνεκτεί έναντι τιν άνδρα, να είναι οι λόγοι που την παρουσιάζουν αδιάφορη μπρος στο καυτό θέμα του τσιγάρου και του καρκίνου. Ενώ οι άνδρες εδώ φαίνονται πιο σώφρονες και συντηρητικοί, οι γυναίκες αδιαφορούν και αυτό φαίνεται από τα στατιστικά συμπεράσματα των τελευταίων χρόνων, που αποδεικνύουν περισσότερους καρκίνους του πνεύμονα στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες.

Τέλος προτείνουμε στους ασθενείς μας να υποδείξουν κάτι στους άλλους και κυρίως στους νέους. Όλοι σχεδόν είπαν: "Να μην καπνίζουν". Τα νιάτα είναι όμορφα και ζωντανά και είναι κρίμα να γκρεμίζονται τόσο σύντομα από την απόλαυση μιας στιγμής που λέγεται τσιγάρο. Άλλοι τόνισαν ότι είναι ντροπή να καπνίζει η γυναίκα. Ο ρόλος αυτός δεν της ταιριάζει, εφόσον ο θεός την προίκισε με ένα σωρό άλλα χαρίσματα και ομορφιές. Σίγουρα το τσιγάρο δεν της ταιριάζει, αντίθετα μάλιστα την μειώνει και της καταστρέφει την ομορφιά και την θυληκότητα. Άλλοι απάντησαν "ας κάνουν όπως τους φωτίσει ο θεός". Τα νιάτα λίγο-πολύ διαβάζουν, ενημερώνονται, συζητούν μεταξύ τους και επομένως είναι εύκολο να καταλάβουν τι είναι καλό και τι δεν είναι για την υγεία τους.

Εμείς απο την σκοπιά μας συμφωνήσαμε με τους μεγαλύτερους.

δ) ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Για την μείωση του καπνίσματος και κατά συνέπεια την μείωση των θανάτων από καρδιοπάθειες προτείνουμε:

1) Αγώνας κατά του καπνίσματος από τον καπνιστή μας. Κάθε άνθρωπος, μεγάλος ή μικρός, ας ζει στην ύπαιθρο ή στην πόλη, άνδρας ή γυναίκα, μέσα στο γραφείο, στο καφενείο ή στο σπίτι πρέπει να συνηθίσει να μεταδίδει όσο πιο συχνά μπορεί γνώσεις ή συνθήματα σχετικά με τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος.

2) Η γενική αντιμετώπιση του πληθυσμού στην Ελλάδα πρέπει να είναι λίγο πιο δραστήρια. Πρέπει να αυξηθούν τα νομοθετικά μέτρα, να επεκταθεί η απαγόρευση του καπνίσματος σε κάθε δημόσιο χώρο, στα μέσα συγκοινωνίας, τελείως στις πτήσεις εσωτερικού εφόσον όλες είναι κάτω της μιας ώρας, τράπεζες, υπουργεία, κλπ.

3) Σωστή ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού για τις βλαβερές ουσίες του καπνού, προβάλλοντας στην τηλεόραση, στον κινηματογράφο, στο ραδιόφωνο διαφημιστικά μηνύματα, αφίσσες έτσι ώστε να προβληματίζονται για το καλό της υγείας του.

4) Κάθε κράτος να προσπαθήσει να εφαρμόσει προγράμματα και τρόπους που θα περιορίσουν το κάπνισμα, ιδρύοντας αντικαπνιστικούς συλλόγους.

5) Να ιδρυθούν περισσότεροι Αντικαπνιστικοί Σύλλογοι και εταιρίες στην Ελλάδα, να προβάλλονται περισσότερο στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, να μοιράζουν διαφημιστικά φυλλάδια στο κοινό, να οργανώνουν συνεντεύξεις ώστε να γίνονται γνωστές οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία.

6) Να μεταβληθεί μεθοδικά αλλά και γοργά η καλλιέργεια καπνού στην Ελλάδα.

7) Να δοθούν κίνητρα απ' την πλευρά του κράτους στις καπνοπαραγωγικές περιοχές για την ανάπτυξη άλλων ειδών καλλιέργειας, εφόσον είναι πολλά τα καλλιεργήσιμα είδη που μακροπρόθεσμα, αλλά και στο άμεσο μέλλον μπορεί να αποδώσουν πολύ περισσότερα χρήματα στους γεωργούς και να μην βλάπτουν την υγεία τους.

8) Να γίνονται ειδικά μαθήματα από επιτροπές ειδικών (γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, υγειονομολόγοι, νοσηλευτές κλπ) σε θέματα υγείας στα παιδιά του δημοτικού σχολείου και να επαναλαμβάνονται σε διάφορα στάδια της υπόλοιπης εκπαίδευσης, ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μαθημάτων αυτών.

9) Ενεργή συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στον αντικαπνιστικό αγώνα με παραδόσεις ειδικών μαθημάτων στα σχολεία. Με συνεχή διαφώτιση και ενημέρωση του κοινού τόσο στον χώρο εργασίας τους όσο και στους χώρους που τυχόν βρεθούν.

10) Σεβασμός στα δικαιώματα των μη καπνιστών και περιορισμός του καπνίσματος στους κλειστούς χώρους για την μείωση των προβλημάτων στους παθητικούς καπνιστές.

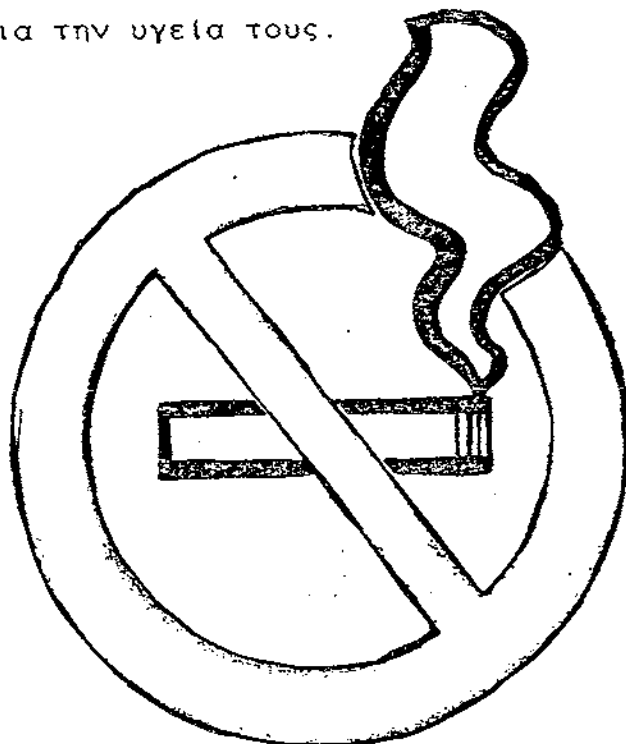
11) Αποφυγή του καπνίσματος από έγκυες γυναίκες, ώστε να μην μεταδίδονται οι βλαβερές ουσίες του καπνού στο έμβρυο.

12) Περιορισμός των εισαγόμενων καπνών στην Ελλάδα, ώστε να μειωθεί η επεξεργασία και η κατανάλωσή τους.

13) Αύξηση των φόρων στα τσιγάρα και παντελής απαγόρευση της διαφήμισης, ώστε να μειωθεί η κατανάλωσή τους.

14) Προσπάθεια από τους ίδιους τους καπνιστές για διακοπή του καπνίσματος, λαμβάνοντας υπόψιν τους τον κίνδυνο που διατρέχουν.

15) Τήρηση των μέτρων που παίρνει το κράτος από τους ίδιους τους καπνιστές για την υγεία τους.



ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Ε) ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνά μας έγινε μεταξύ 77 ανδρών και 38 γυναικών εμφραγματιών, στο Γ. Ν. Πατρών "Άγιος Ανδρέας" και στην Αθήνα στο Νοσοκομείο "Ευαγγελισμός", το καλοκαίρι του 1990.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, που το θέμα της είναι: "Κάπνισμα και έμφραγμα του μυοκαρδίου", παρατηρούμε, ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς ήταν παντρεμένοι, με δύο τουλάχιστον παιδιά, ζούσαν σε μεγάλες πόλεις και ήταν χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Το ποσοστό των καπνιστών ήταν μεγαλύτερο μεταξύ των ανδρών παρά μεταξύ των γυναικών. Οι περισσότεροι άνδρες και γυναίκες ξεκίνησαν το κάπνισμα όταν ήταν 18 έως 25 ετών από περιέργεια, από παρέα ή από μίμηση. Οι περισσότεροι άνδρες καπνίζουν τουλάχιστον δυο πακέτα τσιγάρα την ημέρα ενώ οι γυναίκες μόνο δέκα τσιγάρα. Όμως ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς πιστεύουν πως το κάπνισμα δεν ανακουφίζει από το άγχος και την στεναχώρια.

Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών, όσο ήταν νεώτεροι έπιναν και ξενυχτούσαν λόγω διασκέδασης ή λόγω του επαγγέλματός τους, που ήταν έντονα και κινητικά. Τώρα όμως που οι περισσότεροι ασθενείς είναι συνταξιούχοι φροντίζουν να περπατάν, για να μην χάνουν την ζωτικότητά τους.

Η διατροφή τους περιείχε πολύ κρέας, λίπη αλλά ευτυχώς οι περισσότερες γυναίκες προτιμούσαν εκτός από αυτά, τα όσπρια και τα λαχανικά. Δυστυχώς όμως, οι περισσότεροι δεν γνώριζαν ότι είχαν χοληστερίνη και σακχαρώδη διαβήτη, διότι δεν έκαναν συχνές εξετάσεις και επειδή δεν γνωρίζουν την επίδραση των λιπών και του κρέατος σ' αυτές τις καταστάσεις.

Τέλος οι περισσότεροι ασθενείς δίνουν σαν αιτία του εμφράγματος το άγχος, την κούραση και το κάπνισμα διότι γνωρίζουν την επίδραση του καπνίσματος στην πάθησή τους.

Όλοι φυσικά δήλωσαν ότι σκοπεύουν να κόψουν το κάπνισμα και προτρέπουν τους νέους να μην καπνίζουν.

στ) SUMMARY

Our research was done among seventy seven men and thirty eight women, who suffered from myocardial infraction, in the General Hospital of Patras "AGIOS ANDREAS" and in Athens In the hospital "Evangelismos", in summer 1990.

According to the results of this research, which has title "smoking and myocardial infraction", most of the sick people were married, they had at least two children, they lived in several big cities of Greece and they were low educated.

The percentage of smokers was bigger among the men than the women. Most of men and women began smoking, when they were eighteen or twenty-five years old, from curiosity or because their friends did so or from imitation. Most of men smoke at least twenty cigarettes a day, while women smoke only ten cigarettes a day. However, a considerable percentage of them believe that smoking doesn't relieve from stress and several problems.

We notice also, that a considerable percentage of sick people, when they were younger, they used to drink and nights to stay out late, because of amusement and because of their professions, which were kinetic and with a lot of stress. However now, most of sick people are pensioners, they think that is right for them to walk, so that they don't lose their vitality.

Their feeding included a lot of meat and fat, but fortunately most of women preferred to eat vegetables and pulses too. Unfortunately most of sick people didn't know that they suffered from cholesterol and diabetes, because they didn't often check up themselves and because they didn't know the influence of meat and fat in such conditions.

Finally, most of sick people thought that the cause of infraction was the stress, the fatigue and the smoking, because they knew the influence of smoking in myocardial infraction.

Naturally, almost all declared that they try to stop smoking and they incited young people not to smoke.

z) ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Αν και καθημερινά διαδίδονται οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και οι περισσότεροι άνθρωποι συμφωνούν, ότι το κάπνισμα βλάπτει και ότι, συχνά, προκαλεί αρρώστια και θάνατο, παρόλα αυτά ο αριθμός των καπνιστών αυξάνεται.

Ας προσπαθήσουμε λοιπόν να βρούμε ουσιαστικές λύσεις και να κατανοήσουμε γιατί το τσιγάρο προσφέρει "κάποια κρυφή ικανοποίηση", όπως ισχυρίζονται πολλοί καπνιστές.

Αν το κατορθώσουμε, τότε ίσως μπορέσουμε να βρούμε έναν λιγότερο καταστροφικό τρόπο για να αντιλήσουμε την ευχαρίστηση, που μας προσφέρει το τσιγάρο σήμερα.

Τελειώνοντας, προτείνουμε σε καπνιστές και μη τα εξής:

-Όσοι καπνίζετε σταματήστε το κάπνισμα όσο είναι καιρός και όσοι δεν καπνίζετε μην το αρχίσετε!

-Αρνηθείτε κάθε προσφορά!

-Έχετε πολλά κακά να προλάβετε και πολλά καλά να κερδίσετε!

-Δεν έχετε τίποτα να χάσετε!



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ: <<ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ>>

Ηλικία: Φύλο: Άνδρας
Γυναίκα

1. α) Άγαμος
β) Έγγαμος
γ) Διαζευγμένος
δ) Χήρος-α

2. Έχετε παιδιά;

ΝΑΙ 1 2 3 4 ΟΧΙ

Αγόρια

Κορίτσια

3. Ποιές είναι οι γραμματικές γνώσεις σας

α) Αναφάβητος

β) Απόφοιτος Δημοτικού 1,2,3,4,5,6

γ) Απόφοιτος Γυμνασίου 1, 2, 3

δ) Απόφοιτος Λυκείου 1,2,3

Ανωτέρα

ε) Πτυχίο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης
Ανωτάτη

4. Σε ποιά μέρος γεννηθήκατε;

5. Είστε κάτοικος:

α) Χωριού Που ανήκει; (Νομός)

β) Κωμόπολης

γ) Πόλης

6. Που μένετε;

7. Καπνίζετε;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

8. Σε ποια ηλικία αρχίσατε το κάπνισμα;

9. Γιατί αρχίσατε το κάπνισμα;

α) Παρέα

β) Περιέργεια

γ) Μίμηση

δ) Αντίδραση

ε) Άλλη αιτία

10. Πόσα τριγάρα καπνίζετε;

α) 10

β) 15-20

γ) 20-40

11. Έχετε επίγνωση των συνεπειών του κάπνισματος στην υγεία;

α) Ναι

β) Όχι

12. Έχετε κάνει προσπάθεια να το κόψετε ή τουλάχιστον να το ελαττώσετε;

α) Ναι

β) Όχι

13. Αν ναι, γιατί συνεχίζετε το κάπνισμα;

α) Συνήθεια

- β) Συμπλήρωση προσωπικότητας
- γ) Επαγγελματικοί λόγοι
- δ) Οικογενειακοί λόγοι
- ε) Κοινωνικοί λόγοι
- στ) Ψυχολογικοί λόγοι
- ζ) Άλλοι λόγοι

14. Αν όχι, γιατί πάλι συνεχίζετε το κάπνισμα;

- α) Μ'αρέσει (ευχάριστη συνήθεια)
- β) Συμπλήρωση προσωπικότητας
- γ) Αμέλεια
- δ) Άλλοι λόγοι

15. Πιστεύετε ότι με το κάπνισμα ανακουφίζεσθε από στεναχώρια, άγχος, στρες;

- α) Ναι
- β) Όχι

16. Σε ποια ηλικία παρουσιάστηκε το έμφραγμα;

17. Καπνίζατε:

- α) Ναι
- β) Όχι

18. Πόσο διάστημα καπνίζατε;

19. Πόσα τσιγάρα καπνίζατε ημερησίως;

- α) 10
- β) 10-15
- γ) 20-30
- δ) 40-60

Με φίλτρο , Χωρίς φίλτρο , Άλλο

20. Πίνετε;

α) Ναι

β) Όχι

21. Πόσα πίνετε;

α) 1 ποτήρι

β) 3 ποτήρια

γ) 5 ποτήρια

δ) Πολλά

22. Τι είδους ποτών πίνετε;

α) Κρασί

β) Μπύρα

γ) Ούζο

δ) Εισαγόμενα

23. Για πόσο διάστημα πίνετε;

24. Συνηθίζετε να ξενυχτάτε λόγω επαγγέλματος ή λόγω
διασκέδασης;

25. Εργάζεσθε , ή είστε συνταξιούχος

26. Από ποιά ηλικία αρχίσατε να εργάζεσθε;

27. Ποιό είναι το επάγγελμά σας;

28. Πόσες ώρες εργάζεσθε στη δουλειά σας;

29. Η εργασία σας είναι:

- α) Καθιστική
- β) Ορθοστατική
- γ) Κινητική
- δ) Έντονη με άγχος

30. Έχετε αυτοκίνητο;

- α) Ναι
- β) Όχι

31. Βαδίζετε συχνά ή λόγω του αυτοκινήτου δεν βαδίζετε,

32. Συνηθίζετε να τρώτε

- α) Κρέας
- β) Όσπρια
- γ) λαχανικά
- δ) Ζυμαρικά
- ε) Λίπη
- στ) Καρικεύματα
- ζ) Τροφές με συντηρητικά
- η) μαγειρευμένες
- θ) Αμαγείρευτες

33. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώγατε κρέας;

- α) Κάθε μέρα
- β) Δύο φορές
- γ) Τρεις φορές
- δ) Καθόλου

34. Είχατε ποτέ ενοχλήματα που σας οδήγησαν να κάνετε εξετάσεις;

α) Ναι

β) Όχι

35. Είχατε ποτέ χοληστερίνη;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν ξέρω

36. Κάνατε ποτέ γενικές εξετάσεις αίματος και ούρων, για να διαπιστώσετε αν είχατε σακχαρώδη διαβήτη;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν ξέρω

37. Ποιά ήταν τα επίπεδα του σακχαρώδη διαβήτη;

α) Φυσιολογικά

β) Υψηλά

γ) Πολύ υψηλά

38. Ποιά τρόπο ακολουθήσατε για την αντιμετώπισή τους;

α) Δίαιτα

β) Φάρμακα

γ) Μείωση καπνίσματος

δ) Συχνές εξετάσεις

ε) Αδιαφόρησα

39. Είχατε ενημερωθεί για τις επιπτώσεις του κρέατος και των λιπών στο έμφραγμα;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Αδιαφόρησα

40. Είχατε ενημερωθεί για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμφραγμα;

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Αδιαφόρουσα

41. Ποιά νομίζετε ότι ήταν η αιτία που πάθατε το έμφραγμα;

42. Τώρα τι σκοπεύετε να κάνετε;

- α) Να κόψετε το κάπνισμα
- β) Να το ελαττώσετε
- γ) Να το συνεχίσετε αδιαφορώντας για τις συνέπειες
- δ) Δεν ξέρετε

43. Θα θέλατε να γνωρίζατε πριν πάθετε το έμφραγμα τις συνέπειες του καπνίσματος.

- α) Ναι
- β) Όχι

44. Αν τις γνωρίζατε θα το σταματούσατε;

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Αδιάφορο

45. Τι συνιστάτε στους άλλους;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γαρδίκας Κ.Δ.: Ειδική Νοσολογία, Έκδοση Τρίτη, Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981
- Γκούμας - Κωτσιόπουλος: Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, "Ο ενήλικας και το περιβάλλον", Τόμος Τρίτος, Εκδόσεις "ΔΟΜΙΚΗ" Ο.Ε., Αθήνα 1988.
- Doll R. and Hill A,B: Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. A second report on the mortality of British Doctors. Brit. Med. J. 1956
- Doll R., Jones F. and Pygott: Effect of smoking on the production and maintenance of gastric and duodenal ulcers 1958
- Jerame Jaffe, Robert Peterson, Ray Hodson: "Ο κύκλος της ζωής. Ναρκωτικά-Τσιγάρο-Αλκοόλη". Εκδόσεις Αθ. Ψυχογιός, Αθήνα 1981.
- Ιωαννίδης Π.: "Το κάπνισμα. Μύθοι και πραγματικότητα" Εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα 1986.
- Λιόνη Γ., Χρήστου Δ.: Στοιχεία Προληπτικής Ιατρικής, Εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα 1981.
- Μαλαργινού Μ.Α-Κωνσταντινίδου Σ.Φ: Νοσηλευτική Παιολογική - Χειρουργική, Έκδοση Ενάτη, Τόμος Β', Μέρος 1^ο, Έκδοση Ιεραποστολικής Ενώσεων Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
- Ντόζη Ι.-Βασιλειάδου: Φαρμακολογία, Εκδόσεις Αφων κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1985.
- Ποντίφικας Γρ.: "Μάθετε για το κάπνισμα. Η άγνοια σκοτώνει". Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1988.
- Rogot E.: Smoking and general mortality among U.S. veterans. D.H.E.W, Public Health Service, National Institutes of Health and Lung Institute, 1974
- Σαχίνη Α.-Καρδάση, Πάνου Μ.: Παιολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Πρωτότυπη

έκδοση, Τόμος 2^{ος} Μέρος Α', Εκδόσεις Βήτα. Medical Arts, 1985.

Sokolow M, McIlroy M, Β: Κλινική καρδιολογία, Έκδοση Τρίτη, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 1985.

Τριχοπούλου Α.-Τριχόπουλος Δ.: Προληπτική Ιατρική, Αγωγή Υγείας, Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγιεινή, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνας, Αθήνα 1986.

Τσαμπούλης Θ. Ν.: Ειδική Νοσολογία, Έκδοσις Δευτέρα, Αθήνα 1956.

Hammond E. C: The effects of smoking. SCI Amer. 1962.

Hammond E and Garfinkel L.: Changes on cigarette smoking. 1964.

Harrison: Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Β', Έκδοση 10^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνας, Αθήνα 1988

Heyden S, M.D.: Preventive Cardiology, Results from Intervention studies. Department Community and Family Medicine. Duke University Medical Center, Durham, N.C. 1978

Hughson W.G., Maun J. I. and Garrot A.: Intermittent claudication prevalence and risk factors, Brit. Med. J. 1978.

