

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.
ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :
ΜΑΚΡΗ ΜΑΡΙΑ - ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΦΡΙΝΤΖΗΛΑ ΕΛΕΝΗ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΡΟΜΠΟΛΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ**

ΠΑΤΡΑ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.:

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ.....	18
4.1. Παθοφυσιολογία.....	20
4.2. Παράγοντες κινδύνου.....	22
4.2.1. Ηλικία και Φύλο.....	22
4.2.2. Οικογενειακό ιστορικό.....	23
4.2.3. Μεσογειακή Δίαιτα.....	23
4.2.4. Χοληστερόλη.....	24
4.2.5. Κάπνισμα.....	24
4.2.6. Στρες.....	24
4.2.7. Υπέρταση.....	25
4.2.8. Διαβήτης.....	26
4.3. Παθολογική Ανατομική του εμφράγματος.....	26
4.4. Κλινική Εικόνα.....	27
4.4.1. Οπισθοστερνικός πόνος.....	28
4.4.2. Ηλεκτροκαρδιογράφημα.....	29
4.5. Ανατομική κατανομή του εμφράγματος.....	31
4.5.1. Προσθιοδιαφραγματικό έμφραγμα.....	31
4.5.2. Προσθιοπλάγιο έμφραγμα.....	31
4.5.3. Υψηλό προσθιοπλάγιο έμφραγμα.....	32
4.5.4. Διαφραγματικό ή έμφραγμα του κάτω τοιχώματος.....	32

4.5.5. Οπίσθιο έμφραγμα.....	33
4.5.6. Διαφραγματικό (κάτω τοιχώματος) και οπίσθιο έμφραγμα.....	33
4.5.7. Διαφραγματικό (κάτω τοιχώματος) και πλάγιο έμφραγμα.....	33
4.5.8. Έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας.....	33
4.5.9. Κολπικό έμφραγμα.....	34
4.6. Βιοχημικές και αιματολογικές μεταβολές.....	34
4.6.1. Λευκοκυττάρωση.....	34
4.6.2. Ένζυμα του ορού.....	34
4.6.3. Υπεργλυκαιμία.....	34
4.6.4. Αύξηση κατεχολαμινών.....	34
4.6.5. Υποκαλιαιμία ή/και υπομαγνησισαιμία.....	35
4.7. Διαφορική Διάγνωση.....	35
4.7.1. Οξεία περικαρδίτιδα.....	35
4.7.2. Διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής.....	35
4.7.3. Οξεία Πνευμονική Εμβολή.....	36
4.7.4. Άλλες παθήσεις.....	36
4.8. Διάγνωση.....	36
4.9. Θεραπεία.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	48
---------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΟΕΜ.....	52
6.1. Επιστροφή στη φυσιολογική ζωή.....	53
6.2. Οδήγηση.....	53
6.3. Σεξουαλική δραστηριότητα.....	53
6.4. Εργασία.....	53
6.5. Διακοπές.....	54
6.6. Άγχος και κατάθλιψη.....	54
6.7. Αναγνωρίζοντας το πρόβλημα.....	54
6.8. Η άσκηση του εμφραγματία.....	55
6.9. Λήψη φαρμάκων στο σπίτι.....	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ.....	57
7.1. Ιστορική αναδρομή.....	58
7.2. Ορισμός – Στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	59
7.3. Συστατικά Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	61

7.3.1. Πρόληψη – κοινωνική φροντίδα.....	61
7.3.2. Προαγωγή υγείας.....	61
7.3.3. Άσκηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	61
7.4. Σκοποί και στόχοι Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.....	62
7.5. Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.....	64
7.5.1. Νοσηλευτική φροντίδα - Θεραπευτικό Ποιοτικό Περιβάλλον.....	65
7.6. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου – θεραπευτικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	70
7.7. Το Κριτήριο της Ποιότητας.....	75
7.8. Προϋποθέσεις Ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας.....	76
7.9. Νομοθετικό πλαίσιο της ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	79
7.10. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα και τα προβλήματα της.....	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο	
ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	86
8.1. Ο ρόλος της ΠΦΥ στην παροχή υπηρεσιών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.....	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο	
ΙΣΤΟΡΙΚΑ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	91
Περιστατικό 1 ^ο	91
Περιστατικό 2 ^ο	95
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	100

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μια ασθένεια της σύγχρονης εποχής που ταλανίζει τις δυτικές κοινωνίες είναι το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Έμφραγμα είναι η νέκρωση του καρδιακού τοιχώματος, του λεγόμενου μυοκαρδίου, που προκαλείται όταν δημιουργείται αποφρακτικός θρόμβος μέσα στην αρτηρία που τροφοδοτεί το μυοκάρδιο με αίμα. Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και η ασταθής στηθάγχη ανήκουν στα λεγόμενα οξέα στεφανιαία σύνδρομα, τα οποία είναι σοβαρά και αιφνίδια κλινικά περιστατικά.

Μέσα στις στεφανιαίες αρτηρίες μπορεί να σχηματιστούν αθηρωματικές (λιπώδεις) πλάκες. Όταν η αθηρωματική πλάκα σπάσει, τότε απελευθερώνεται ένα εξαιρετικά θρομβογόνο περιεχόμενο, το οποίο αφού έρθει σε επαφή με το αίμα σχηματίζει τελικά θρόμβο, με αποτέλεσμα να φράζει εντελώς τη ροή του αίματος.

Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι: πολύ έντονος πόνος στο κέντρο του θώρακα και μπορεί να αντανακλά στην πλάτη, ναυτία, εμετός, λαχάνιασμα, εφίδρωση, αρρυθμία, τάση για λιποθυμία ή λιποθυμία.

Η διάγνωση του εμφράγματος γίνεται με ηλεκτροκαρδιογράφημα και επιβεβαιώνεται με ειδικές αιματολογικές εξετάσεις. Η αντιμετώπισή του είναι πιο αποτελεσματική τις πρώτες τρεις με έξι ώρες μετά την καρδιακή προσβολή. Η θεραπεία που ακολουθείται είναι είτε φαρμακευτική αγωγή, η οποία περιλαμβάνει θρομβολυτικά και αναλγητικά φάρμακα, είτε αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αρτηριών (μπαλονάκι) για την άμεση διάνοιξη της πληγείσας αρτηρίας.

Για την πρόληψη του εμφράγματος θα πρέπει να ακολουθείται υγιεινός τρόπος ζωής που να περιλαμβάνει καλή διατροφή, άσκηση, διακοπή του καπνίσματος, ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης, του σακχαρώδους διαβήτη και της υπερλιπιδαιμίας και περιορισμό της κατανάλωσης αλκοόλ. Πέραν αυτού, μπορεί να λαμβάνονται προληπτικά ορισμένα φάρμακα. Τα άτομα που έχουν υποστεί καρδιακή προσβολή πρέπει να ελέγχουν ακόμα πιο σχολαστικά τους παράγοντες κινδύνου και να παρακολουθούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα.¹⁻¹⁰

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM) αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας παγκόσμια.

Επιδημιολογικά δεδομένα αναφέρουν ότι σήμερα στην Ελλάδα εμφανίζονται περί τα 20.000 νέα εμφράγματα ετησίως με αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών 3,5/1.

Με τον όρο Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου εννοούμε το τελικό επακόλουθο, όταν αποφραχθεί από έναν θρόμβο μια άρρωστη στεφανιαία αρτηρία

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του OEM είναι: Ηλικία και Φύλο, Οικογενειακό ιστορικό, Μεσογειακή Δίαιτα, Χοληστερόλη, Κάπνισμα, Στρες, Υπέρταση, Διαβήτης.

Η πρόληψη βασίζεται στο γεγονός ότι κάποιος απ' τους παράγοντες κινδύνου μπορεί να προληφθεί κάνοντας τις σωστές εξετάσεις και ακολουθώντας υγιεινό τρόπο ζωής.

Αν η πρόληψη όμως αποτύχει τότε ακολουθείται η φαρμακευτική αγωγή, η αγγειοπλαστική και τέλος η διαιτητική αγωγή.

Σημαντικό ρόλο παίζει κι ο νοσηλευτής γιατί με την φροντίδα που παρέχει βοηθά τον άρρωστο τόσο κατά την εισαγωγή του στη μονάδα οξέων εμφραγμάτων και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του σ' αυτή όσο και κατά την έξοδο από την μονάδα οξέων εμφραγμάτων.

Επίσης είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζει ο ασθενείς με OEM όλα τα υγειονομικά μέτρα που θα πρέπει να ακολουθήσει για να συνεχίσει να ζει χωρίς προβλήματα.

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η μελέτη των δεδομένων που αφορούν το OEM σχετικά με την παθογένεια, τη θεραπεία αλλά και τη συμβολή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην αντιμετώπιση του OEM.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας παγκόσμια. Μετά από την οξεία απόφραξη στεφανιαίας αρτηρίας ακολουθεί προοδευτικά η νέκρωση του μυοκαρδίου, με αποτέλεσμα την εγκατάσταση μόνιμης ιστικής βλάβης. Η έγκαιρη αποκατάσταση της στεφανιαίας ροής με θρομβολυτική θεραπεία ή πρωτογενή αγγειοπλαστική όπου αυτή ενδείκνυται, μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς και αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόληψης των επιπλοκών του ΟΕΜ.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η αποτελεσματικότητα της θρομβολυτικής θεραπείας εξαρτάται άμεσα από το χρόνο έναρξής της, σε σχέση με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων του ΟΕΜ. Το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών είναι πολύ υψηλό όταν η αγωγή αρχίσει εντός μίας ώρας από το καρδιακό επεισόδιο και μειώνεται δραματικά όταν παρέλθει το εξάωρο. Για να είναι αποτελεσματική η θρομβόλυση θα πρέπει να χορηγείται σε διάστημα όχι >2 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, το ποσοστό επιβίωσης φθάνει στο 50% εάν η θρομβολυτική θεραπεία αρχίσει εντός μίας ώρας και μειώνεται στο 28% εάν αυτή αρχίσει 3 ώρες μετά από την έναρξη των συμπτωμάτων του ΟΕΜ.

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η μελέτη των δεδομένων που αφορούν το ΟΕΜ σχετικά με την παθογένεια, τη θεραπεία αλλά και τη συμβολή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην αντιμετώπιση του ΟΕΜ.^{1-3,8-10}

Η παρούσα πτυχιακή εργασία περιλαμβάνει:

Στο πρώτο κεφάλαιο τα επιδημιολογικά δεδομένα του εμφράγματος του μυοκαρδίου, στο δεύτερο κεφάλαιο την ανατομία του κυκλοφοριακού συστήματος, στο τρίτο αναλύεται η φυσιολογία της καρδιάς. Στο τέταρτο κεφάλαιο παραθέτουμε το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου δηλαδή η παθοφυσιολογία, οι παράγοντες κινδύνου, η παθολογική ανατομική του εμφράγματος, η κλινική εικόνα, η ανατομική κατανομή του εμφράγματος, οι βιοχημικές και αιματολογικές μεταβολές, διαφορική διάγνωση και θεραπεία. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά της νοσηλευτικής φροντίδας. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η προαγωγή υγείας ατόμου με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Στο έβδομο κεφάλαιο αναλύεται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Ιστορική αναδρομή, Ορισμός – Στόχοι Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας) και το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου οι θεραπευτικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Στο όγδοο κεφάλαιο παραθέτουμε η αγωγή υγείας των ατόμων με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται δύο νοσηλευτικά ιστορικά ασθενών με ΟΕΜ καθώς και νοσηλευτική διεργασία των επιπλοκών που εμφάνισαν από τη νόσο. Τέλος ακολουθούν κάποια συμπεράσματα και

προτάσεις, περίληψη της εργασίας καθώς και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για την συγγραφή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αποτελεί τη σοβαρότερη εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Υπολογίζεται ότι σήμερα στην Ελλάδα εμφανίζονται περί τα 20.000 νέα εμφράγματα ετησίως με αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών 3,5/1. Η συχνότητα εμφάνισης του εμφράγματος στους άνδρες αυξάνεται με γρήγορο ρυθμό από την ηλικία των 40 ετών, κορυφώνεται στην ηλικία των 70 ετών και κατόπιν μειώνεται. Στις γυναίκες αντίθετα, η αύξηση αρχίζει από την ηλικία των 55 ετών.

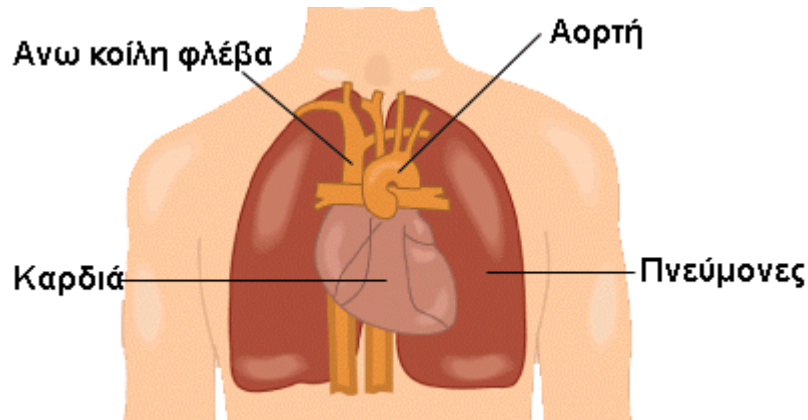
Περίπου το 25% των ασθενών που υφίστανται οξύ έμφραγμα του (OEM) πεθαίνουν αιφνιδίως, πριν προλάβουν να φτάσουν στο νοσοκομείο.

Γενικά η ενδονοσοκομειακή θνητότητα από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αγγίζει το 10%, ενώ οι επιζώντες εμφανίζουν σημαντικό κίνδυνο μελλοντικών συμβάντων. Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου που παρουσιάζουν επιπλοκές (δύσπνοια στηθάγχη με ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές, καρδιακή ανακοπή ή εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία μετά το πρώτο 48ωρο) ή έχουν σημαντική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας θα πρέπει να προωθούνται γρήγορα για στεφανιογραφία και πιθανή επεμβατική αντιμετώπιση (αγγειοπλαστική με μπαλονάκι ή εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης-by pass) σε αντίθεση με τους ασθενείς χωρίς επιπλοκές που, εξ ορισμού, θεωρούνται χαμηλού κινδύνου και πρέπει να υποβάλλονται σε αναίμακτο έλεγχο της καρδιακής λειτουργίας.¹¹⁻¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ

Η καρδιά, είναι το κεντρικό όργανο της κυκλοφορίας. Είναι ένα κοιλομυώδες όργανο, που δέχεται το αίμα που προέρχεται από τις φλέβες και το ωθεί προς τις αρτηρίες.



Εικόνα 1. Η θέση της καρδιάς μέσα στο ανθρώπινο σώμα

Η καρδιά είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο που βρίσκεται στο θωρακικό τοίχωμα ανάμεσα στους πνεύμονες σε σχήμα ανεστραμμένου κώνου με βάση προς τα πάνω και εμπρός που στρέφεται έτσι ώστε η δεξιά καρδιά να βρίσκεται προς τα εμπρός (Εικ. 1). Το χρώμα της είναι βαθύ κόκκινο και διακόπτεται από κίτρινες ραβδώσεις, που οφείλονται στη συσσώρευση λίπους.

Διακρίνονται τρεις επιφάνειες: η πρόσθια, η κάτω και η οπίσθια επιφάνεια. Στην πρόσθια επιφάνεια, η καρδιά καλύπτεται από το στέρνο και τους χόνδρους της 3^{ης}, 4^{ης} και 5^{ης} πλευράς. Τα 2/3 της καρδιάς περίπου βρίσκονται αριστερά της μέσης γραμμής. Η κάτω επιφάνεια επικάθεται στο διάφραγμα. Η κορυφή της καρδιάς αντιστοιχεί στο 5^ο μεσοπλευρίο διάστημα.

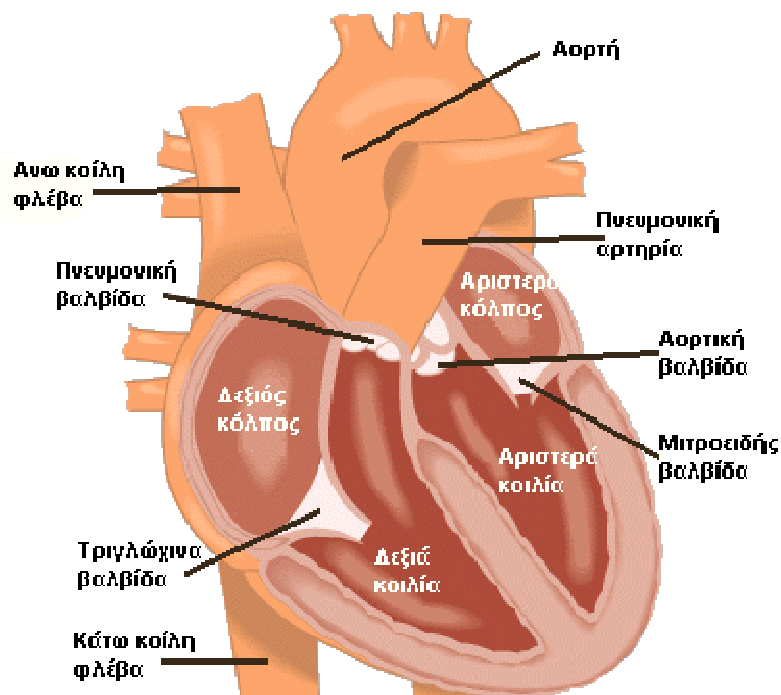
Το μέγεθος της καρδιάς εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο, την ποσότητα του επικάρδιου λίπους, καθώς επίσης από το έργο που αυτή έχει να επιτελέσει. Κατά μέσο όρο έχει μήκος 98 χιλιοστά, πλάτος 105 χιλιοστά, περιφέρεια 230 χιλιοστά και βάρος 275 γραμμάρια.

Το τοίχωμα της καρδιάς αποτελείται από τρεις στοιβάδες: το περικάρδιο, το μυοκάρδιο και το ενδοκάρδιο.^{11,14}

1. **Το περικάρδιο** είναι μία μεμβράνη πολύ λεπτή και καλύπτει εξωτερικά το μυοκάρδιο. Το περικάρδιο σχηματίζει δύο πέταλα, το έξω ή περίτονο

και το έσω ή περισπλάχνιο. Ανάμεσα στα δύο πέταλα υπάρχει η περικαρδιακή κοιλότητα που περιέχει λίγο ορώδες υγρό. το περικαρδιακό, το οποίο διευκολύνει τις κινήσεις της καρδιάς.

2. **Το μυοκάρδιο** είναι το μέσο στρώμα της καρδιάς και αποτελεί το κύριο τοίχωμά της. Αποτελείται από γραμμωτές μυϊκές ίνες. Οι μυϊκές ίνες έρχονται σε επαφή μεταξύ τους με τους εμβόλιμους δίσκους (ή ενδιάμεσα διαφράγματα), οι οποίοι τις συνδέουν ισχυρά, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται η μετάδοση της συστολής από τη μία ίνα στην άλλη. Οι μυοκαρδιακές ίνες διατηρούν την ανατομική τους ανεξαρτησία.



Εικόνα 2. Ανατομία της καρδιάς

Το μυοκάρδιο αποτελείται από δύο είδη μυοκαρδίου (ή μυοκαρδιακών ινών): το ερεθισματοαγωγό μυοκάρδιο ή σύστημα παραγωγής και αγωγής της διέγερσης που αποτελείται από τον φλεβόκομβο, τον κόλπο κοιλιακό κόμβο, το δεμάτιο του Hiss και τις ίνες Purkinje και από το συσταλτό μυοκάρδιο.

3. **Το ενδοκάρδιο** καλύπτει το μυοκάρδιο από το εσωτερικό της καρδιάς. Ο εσωτερικός μυς χωρίζεται σε τέσσερις κοιλότητες: οι επάνω κοιλότητες ονομάζονται κόλποι (δεξιός και αριστερός) και χωρίζονται μεταξύ τους από το μεσοκολπικό διάφραγμα. Στον δεξιό κόλπο καταλήγουν η άνω και

κάτω κοίλη φλέβα, που προέρχεται από την περιφέρεια. Στον αριστερό κόλπο καταλήγουν οι τέσσερις φλέβες που λέγονται πνευμονικές και επαναφέρουν στην καρδιά το αίμα που έχει οξυγονωθεί στους πνεύμονες (Εικ. 2).

Οι δύο κάτω κοιλότητες είναι οι κοιλίες που χωρίζονται από το μέσο κοιλιακό διάφραγμα. Από τις κοιλίες εκφύονται δύο μεγάλα αγγεία, η αορτή από την αριστερή κοιλία και η πνευμονική αρτηρία από την δεξιά κοιλία. Στην έκφυση αυτών υπάρχουν δύο βαλβίδες που ρυθμίζουν τη διέλευση του αίματος από τις κοιλίες και ονομάζονται μηνοειδής ή αορτική βαλβίδα (αριστερά) και πνευμονική βαλβίδα (δεξιά).

Οι κόλποι και οι κοιλίες επικοινωνούν μεταξύ τους μέσω των κολποκοιλιακών στομιών όπου υπάρχουν δύο βαλβίδες, η μιτροειδής μεταξύ αριστερού κόλπου και αριστερής κοιλίας και η τριγλώχινια μεταξύ δεξιού κόλπου και δεξιάς κοιλίας.

Η αιμάτωση της καρδιάς εξυπηρετείται σχεδόν αποκλειστικά από τα στεφανιαία αγγεία. Οι κύριες στεφανιαίες αρτηρίες βρίσκονται στην επιφάνεια της καρδιάς, ενώ οι μικρές αρτηρίες διεισδύουν μέσα στη μάζα του μυοκαρδίου. Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι δύο, η αριστερή στεφανιαία και η δεξιά, οι οποίες βρίσκονται ακριβώς πίσω από το φύλλο της αορτικής βαλβίδας.^{11,14}

Η αριστερή στεφανιαία αρτηρία διαιρείται σε δύο κλάδους:

- Την αριστερή πρόσθια κατιούσα, η οποία αιματώνει το αριστερό μυοκάρδιο, το πρόσθιο κολποκοιλιακό διάφραγμα και τον πρόσθιο θηλοειδή μυ και
- Την περισπωμένη στεφανιαία αρτηρία, η οποία αιματώνει το πλάγιο και πίσω τμήμα της αριστερής καρδιάς και πολλούς μικρούς επιχειλίους κλάδους.

Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία αιματώνει το δεξιό μυοκάρδιο, μέρος του διαφράγματος και τον φλεβόκομβο σε πάνω από τα μισά άτομα και τον κολποκοιλιακό κόμβο σε όλα τα άτομα. Όταν η δεξιά στεφανιαία αρτηρία παρέχει την κύρια αιματική προμήθεια στην οπίσθια αριστερή κοιλία, η κυκλοφορία θεωρείται «επικρατούσα δεξιά». Στην περίπτωση που η περισπωμένη στεφανιαία αιματώνει την οπίσθια αριστερή κοιλία και φτάνει μέχρι την διακοιλιακή αύλακα, τότε η κυκλοφορία θεωρείται «επικρατούσα αριστερή».

Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι πολύ στενές και δέχονται μεγάλες δυνάμεις όταν η καρδιά συστέλλεται. Η ροή μέσα στις στεφανιαίες αρτηρίες, σε αντίθεση με τις άλλες αρτηρίες, είναι μεγαλύτερη κατά τη χάλαση της καρδιάς ή τη διαστολική φάση του καρδιακού κύκλου.

Τα αιμοφόρα αγγεία μεταφέρουν αίμα σε όλα τα σημεία του σώματος και χωρίζονται σε:

- **Αρτηρίες:** Οι αρτηρίες διώχνουν το αίμα από την καρδιά προς την περιφέρεια του σώματος. Τα τοιχώματά τους είναι ισχυρά γιατί το αίμα ωθείται με μεγάλη πίεση.

Οι αρτηρίες αποτελούνται από 4 στρώματα:

- Ø Εξωτερικό ινώδες περίβλημα
- Ø Ισχυρό μυϊκό
- Ø Ελαστικό ιστό
- Ø Λεπτή μεμβρανώδη εσωτερική επένδυση

- **Φλέβες:** Μεταφέρουν το αίμα από τους ιστούς προς την καρδιά. Τα τοιχώματά τους είναι λιγότερο ισχυρά γιατί η πίεση του αίματος δεν είναι μεγάλη.

Αποτελούνται από 3 στρώματα:

- Ø Ινώδες εξωτερικό
- Ø Λεπτό μυϊκό
- Ø Μεμβρανώδη εσωτερική επένδυση
- Ø Τριχοειδή: Μικροσκοπικές-λεπτοτοιχωματικές απολήξεις των μικρότερων αρτηριών, μεταφέρουν το αίμα σε κάθε κύτταρο του σώματος.^{11,14}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Το αίμα κυκλοφορεί διαρκώς μέσα στο κυκλοφορικό σύστημα. Με την κίνηση αυτή επιτυγχάνεται η μεταφορά οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών στους ιστούς, καθώς και η μεταφορά των προϊόντων του μεταβολισμού στα απεκκριτικά όργανα.

Η καρδιά και τα αγγεία κατέχουν τον πρωταγωνιστικό ρόλο στο κυκλοφορικό σύστημα. Η καρδιά εξωθεί το αίμα με πίεση στα αγγεία και δέχεται το επιστρεφόμενο σε αυτή αίμα.

Η κυκλοφορία του αίματος διαιρείται στην περιφερική, μεγάλη ή συστηματική κυκλοφορία και στην πνευμονική ή μικρή κυκλοφορία. Η πρώτη ξεκινά από την αριστερή κοιλία της καρδιάς απ' όπου το αίμα μέσω της αορτής και των αρτηριών εφοδιάζουν με οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες τα κύτταρα του σώματος. Στη συνέχεια το αίμα μέσω των φλεβών φτάνει στην άνω και κάτω κοίλη φλέβα οι οποίες καταλήγουν στο δεξιό κόλπο.

Από τη δεξιά κοιλία ξεκινά η πνευμονική κυκλοφορία, όπου μέσω της πνευμονικής αρτηρίας το αίμα μεταφέρεται στους πνεύμονες. Εδώ γίνεται η ανταλλαγή οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα μεταξύ των τριχοειδών αγγείων της πνευμονικής αρτηρίας και του αέρα των κυψελίδων. Το οξυγονωμένο αίμα επιστρέφει στον αριστερό κόλπο με τις πνευμονικές φλέβες.

Η ρυθμική λειτουργία της καρδιάς (χάλαση, σύσπαση) και η αποτελεσματική κυκλοφορία του αίματος στα αγγεία δεν εξαρτώνται από τη βούληση του ατόμου αλλά από την δραστηριότητα ενός εξειδικευμένου συστήματος που βρίσκεται στην καρδιά και ονομάζεται σύστημα παραγωγής και αγωγής της διέγερσης.

Το σύστημα παραγωγής και αγωγής της διέγερσης είναι ένα σύστημα που κατά κάποιον τρόπο «διατάζει» τις μυοκαρδιακές ίνες να συσταλούν.^{12,13,15}

Το σύστημα αυτό αποτελείται από τα παρακάτω επιμέρους τμήματα:

- **Το φλεβόκομβο ή κόμβο του Keith-Flack** ο οποίος βρίσκεται στο τοίχωμα του δεξιού κόλπου προς τα δεξιά της άνω κοίλης φλέβας. Ο φλεβόκομβος μπορεί να χαρακτηριστεί και ως ο φυσικός βηματοδότης της καρδιάς διότι κάτω από φυσιολογικές συνθήκες ξεκινά από αυτόν το αρχικό ερέθισμα που θα αποτελέσει το έναυσμα για την έναρξη της συστολής.
- **Τις διακομβικές οδούς ή συνδέσεις.** Είναι ίνες του φλεβόκομβου οι οποίες σαν πρόσθια οδός (του Bachman), σαν οπίσθια οδός (του Thorel) και σαν μέση οδός (του Wenckenbach) συνδέουν το φλεβόκομβο με τον

κολποκοιλιακό κόμβο.

- **Τον κολποκοιλιακό κόμβο ή κόμβο του Aschoff-Tawara** που βρίσκεται στο δεξιό κόλπο πάνω από την τριγλώχινια βαλβίδα και δεξιά του μεσοκολπικού διαφράγματος. Φεύγοντας η διέγερση από τον φλεβόκομβο εξαπλώνεται στους κόλπους και φτάνει στον κολποκοιλιακό κόμβο όπου καθυστερεί μερικά δέκατα του δευτερολέπτου μέχρι να περάσει και να πάει στις κοιλίες. Όλα τα ερεθίσματα που παράγονται από τον φλεβόκομβο και εξαπλώνονται στους κόλπους περνούν στις κοιλίες μόνο μέσω του κολποκοιλιακού κόμβου (φυσιολογικά). Είναι αυτονόητος ο ρόλος ύπαρξης αυτής της μοναδικής οδού. Αρκεί κανείς να φανταστεί τι θα γινόταν αν υπήρχαν πολλοί οδοί διέλευσης των ερεθισμάτων προς τις κοιλίες. Η σύσπαση των κοιλιών θα ήταν ανομοιόμορφη οπότε η καρδιά δεν θα μπορούσε να λειτουργήσει ως αντλία.
- **Το δεμάτιο του Hiss ή κοινό κόλπο κοιλιακό δεμάτιο** που πορεύεται οριζόντια και προς τα αριστερά από τον κολποκοιλιακό κόμβο, διαπερνά το μεσοκοιλιακό διάφραγμα και χωρίζεται σε δύο τμήματα, το δεξιό και το αριστερό σκέλος του δεματίου του Hiss. Το αριστερό σκέλος αφού περάσει από την αριστερή πλευρά του μεσοκοιλιακού διαφράγματος διαιρείται σε δύο μεγάλα στελέχη, το πρόσθιο άνω στέλεχος που πορεύεται υπενδοκαρδιακά στο πρόσθιο και άνω τμήμα του διαφραγματικού χείλους του αριστερού κοιλιακού τοιχώματος και το οπίσθιο κάτω στέλεχος το οποίο πορεύεται υπενδοκαρδιακά στο οπίσθιο και κάτω τμήμα του διαφραγματικού χείλους του αριστερού κοιλιακού τοιχώματος. Από τα σκέλη του δεματίου του Hiss θα μεταφερθεί η διέγερση στις κοιλίες.
- **Τις ίνες του Purkinje** οι οποίες είναι οι τελικές απολήξεις των σκελών. Οι ίνες αυτές προχωρούν κάθετα προς την επιφάνεια της καρδιάς, από το ενδοκάρδιο προς το επικάρδιο.
- **Τα τριτεύοντα κέντρα κοιλιών.** Είναι εξειδικευμένες ίνες του μυοκαρδίου των κοιλιών που υπό ορισμένες συνθήκες μπορεί να γίνουν βηματοδοτικά κέντρα και ν' αναλάβουν την βηματοδότηση της καρδιάς.

Γνωρίζοντας το σύστημα παραγωγής και αγωγής διεγέρσεως μπορεί κανείς να διαπιστώσει για άλλη μια φορά την αυτονομία της καρδιάς, η οποία εξακολουθεί να λειτουργεί και χωρίς τις επιδράσεις από το νευρικό σύστημα. Ωστόσο η λειτουργία της επηρεάζεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Η

καρδιά νευρώνεται από τα πνευμονογαστρικά νεύρα (παρασυμπαθητικό) και τα αυχενικά νεύρα (συμπαθητικό). Οι ίνες των πνευμονογαστρικών νεύρων βρίσκονται κυρίως στον φλεβόκομβο, στις κολπικές μυϊκές ίνες και στον κολποκοιλιακό κόμβο. Επεκτείνονται βέβαια και στο κοιλιακό μυοκάρδιο, αλλά η πυκνότητά τους είναι μικρή. Οι ίνες των αυχενικών νεύρων νευρώνουν όλες τις περιοχές των κόλπων και των κοιλιών. Το νευρικό σύστημα δρα στην καρδιά μέσω των νευροδιαβιβαστών, την ακετυλοχολίνη για το παρασυμπαθητικό και νορ-αδρεναλίνη για το συμπαθητικό.

Η διέγερση του παρασυμπαθητικού οδηγεί σε:

1. Μείωση της κολπικής και πιθανά της κοιλιακής συστολής.
2. Μείωση του ρυθμού πυροδότησης του φλεβόκομβου
3. Μείωση της ταχύτητας αγωγής των ερεθισμάτων μέσω του κολποκοιλιακού κόμβου.

Η διέγερση του συμπαθητικού προκαλεί τα ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα:

1. Αύξηση της καρδιακής συστολής.
2. Αύξηση του ρυθμού πυροδότησης του φλεβόκομβου
3. Αύξηση της ταχύτητας αγωγής των ερεθισμάτων μέσω του κόλπου κοιλιακού κόμβου.

Πριν ολοκληρωθεί το κεφάλαιο που αφορά τη φυσιολογία της καρδιάς γίνεται περιληπτική αναφορά στον καρδιακό κύκλο, έτσι ώστε να γίνει πιο κατανοητή η λειτουργία της καρδιάς.

Ο καρδιακός κύκλος είναι οι φάσεις συστολής και διαστολής της καρδιάς. Πριν αρχίσει ο καρδιακός κύκλος, η καρδιά βρίσκεται στη φάση της διαστολής (χάλαση): οι κόλποι και οι κοιλίες σε διαστολή, οι κολποκοιλιακές βαλβίδες είναι ανοιχτές και οι μηννοειδείς βαλβίδες κλειστές. Έτσι το αίμα περνά από τους κόλπους στις κοιλίες.

Ο καρδιακός κύκλος αρχίζει με τη διέγερση των κόλπων οι οποίοι συστέλλονται ταυτόχρονα λόγω του κοινού τους βηματοδότη (φλεβόκομβος) και στέλνουν υπό πίεση στις κοιλίες το εναπομείναν αίμα κατά τη διαστολή τους. Αμέσως κλείνουν οι κολποκοιλιακές βαλβίδες και η διέγερση μέσω του κολποκοιλιακού κόμβου εξαπλώνεται στις κοιλίες. Κατά τη συστολή των κοιλιών οι μεγάλες πιέσεις που δημιουργούνται προκαλούν τη διάνοιξη των μηννοειδών βαλβίδων και έτσι το αίμα περνά στα μεγάλα αγγεία (αορτή και πνευμονική αρτηρία). Στη συνέχεια ακολουθεί η χάλαση των κοιλιών και η πτώση των πιέσεων στις κοιλίες που οδηγούν στη σύγκληση των μηννοειδών βαλβίδων.

Ενώ ολοκληρώνεται ο καρδιακός κύκλος, με τη διέγερση των κόλπων από το φλεβόκομβο ξεκινά ένας νέος κύκλος.

Η διάρκεια του καρδιακού σε τυπική καρδιακή συχνότητα (75 χτύποι / λεπτό), είναι ο χρόνος της διαστολής 0,483sec και ο χρόνος της συστολής 0.32sec.

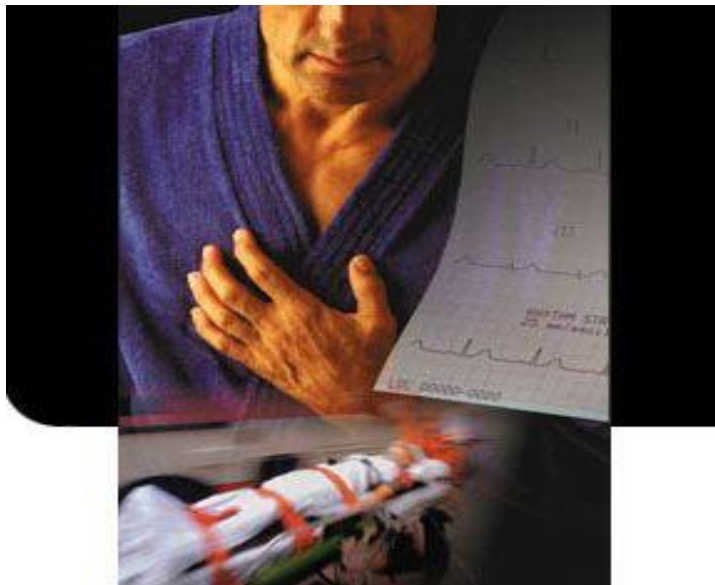
Η διάρκεια της κάθε μιας από τις τέσσερις φάσεις είναι:

- Ψ Κολπική συστολή 0,1sec
- Ψ Κολπική διαστολή 0,762sec
- Ψ Κοιλιακή συστολή 0,376sec
- Ψ Κοιλιακή διαστολή 0,483sec ^{12,13,15}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

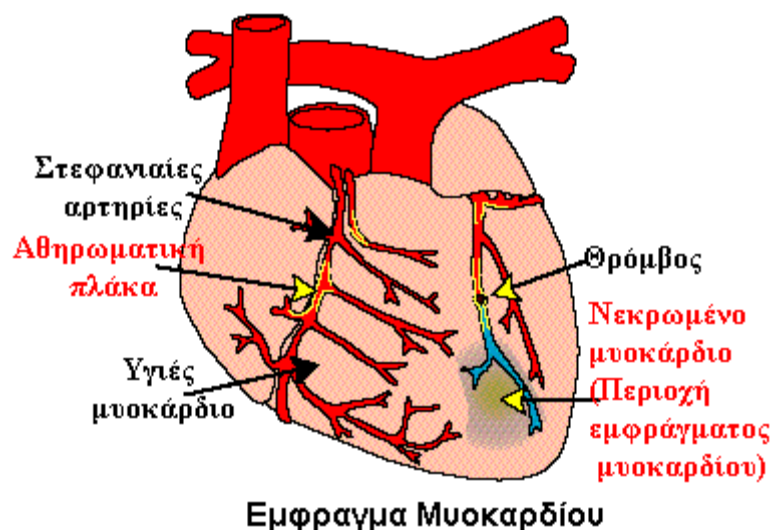
Το έμφραγμα είναι το τελικό επακόλουθο, όταν αποφραχθεί από έναν θρόμβο μια άρρωστη στεφανιαία αρτηρία. Το τμήμα του καρδιακού μυός (ή μυοκαρδίου) που αιματωνόταν από αυτή την αρτηρία, σταματά ξαφνικά να εφοδιάζεται με αίμα και οξυγόνο, με επακόλουθο να αναπτύσσεται πόνος, ο οποίος εντείνεται καθώς περνούν τα λεπτά. Εάν ο θρόμβος δεν διαλυθεί μόνος του (κάτι που σπανίως γίνεται), το τμήμα αυτό του μυοκαρδίου νεκρώνεται μέσα σε 5-10 λεπτά - και αυτό είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η ακριβής έκταση του εμφράγματος και του νεκρωμένου μυοκαρδίου εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Ο πρώτος είναι το μέγεθος της αρτηρίας: όσο μεγαλύτερη είναι η αρτηρία που αποφράχθηκε, τόσο μεγαλύτερη είναι και η βλάβη. Ο δεύτερος παράγοντας είναι η κατάσταση των άλλων στεφανιαίων αρτηριών: η βλάβη είναι μεγαλύτερη, όταν έχουν πρόβλημα και άλλες στεφανιαίες αρτηρίες. Τέλος, η έκταση του εμφράγματος εξαρτάται και από το αν έχουν αναπτυχθεί βοηθητικά αγγεία στο μυοκάρδιο.



Εικόνα 3. Προκάρδιο άλγος

Αν έχουν αναπτυχθεί βοηθητικά αγγεία για να τροφοδοτήσουν με αίμα την απειλούμενη περιοχή του μυοκαρδίου, η βλάβη μετά το έμφραγμα θα είναι πολύ μικρότερη. Η τακτική άσκηση διεγείρει ικανοποιητικά την ανάπτυξη

βοηθητικών αγγείων - και αυτός είναι ένας από τους λόγους που αποτελεί τόσο σημαντικό τμήμα των θεραπευτικών προγραμμάτων για πάσχοντες από στεφανιαία νόσο. Πέρα από τον πόνο, η βλάβη στο μυοκάρδιο έχει ως επακόλουθο να μην μπορεί πλέον η καρδιά να πάλλεται αποτελεσματικά, με συνέπεια να μειώνεται η αρτηριακή πίεση, οδηγώντας σε απώλεια των αισθήσεων και εφίδρωση ή ναυτία. Το άλλο σημαντικό πρόβλημα στα πρώιμα στάδια είναι ότι η νέκρωση του μυοκαρδίου προκαλεί καρδιακές αρρυθμίες. Οι αρρυθμίες αυτές μπορεί να απειλήσουν τη ζωή και να οδηγήσουν στην επανομαζόμενη ανακοπή της καρδιάς. Εφ' όσον οι αρρυθμίες είναι τόσο επικίνδυνες, έχει ζωτική σημασία να παρακολουθείται στενά η καρδιακή λειτουργία τις πρώτες 48 ώρες περίπου μετά το έμφραγμα - κάτι που συνήθως γίνεται στο νοσοκομείο σε μία Μονάδα Εμφραγμάτων. Ευτυχώς, οι αρρυθμίες σπανίως εκδηλώνονται όταν περάσουν 2-3 ημέρες, και τότε οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να μεταφερθούν σε θαλάμους, για να αναρρώσουν πριν επιστρέψουν στο σπίτι.¹⁻¹⁰



Εικόνα 4. Έμφραγμα μυοκαρδίου

Ύστερα από ένα έμφραγμα, ο οργανισμός αρχίζει αμέσως να επιδιορθώνει τις βλάβες. Ειδικά κύτταρα αφαιρούν τα νεκρωμένα κύτταρα του καρδιακού μυός και αρχίζει να δημιουργείται ουλώδης ή ινώδης ιστός – μια διαδικασία που ολοκληρώνεται σε 6-8 εβδομάδες. Ο ουλώδης ιστός είναι πολύ γερός, αλλά δυστυχώς το τμήμα του καρδιακού μυός που έχει νεκρωθεί δεν μπορεί να αντικατασταθεί, με επακόλουθο να παρατηρείται αναπόφευκτη εξασθένηση της καρδιάς. Για τους περισσότερους ασθενείς με μικρό έμφραγμα, η εξασθένηση αυτή δεν επηρεάζει ιδιαίτερα τη συνολική αποδοτικότητα της

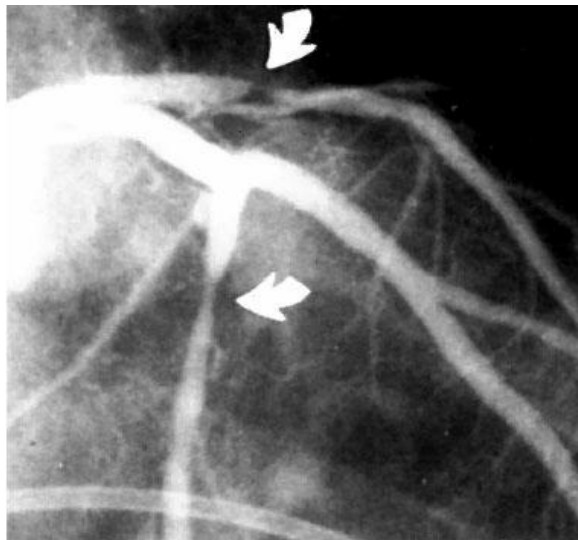
καρδιάς ως αντλίας. Αν, ωστόσο, έχει υποστεί βλάβη μεγάλο τμήμα του καρδιακού μυός, η καρδιά διογκώνεται και δεν μπορεί πλέον να ωθεί αποτελεσματικά το αίμα. Σε τέτοια περίπτωση, ο ασθενής έχει καρδιακή ανεπάρκεια.

Το έμφραγμα εμφανίζεται περισσότερο κατά τις πρωινές ώρες, ιδίως από τις 07.00 έως τις 10.00 και πολύ λιγότερο τις βραδινές και νυκτερινές ώρες. Το κύριο σύμπτωμα του οξέος εμφράγματος είναι το κλασικό σθηθαγγικό ενόχλημα (Εικ. 3), το οποίο διαρκεί περισσότερο από 20 λεπτά, είναι πιο δυνατό και δεν υποχωρεί με την ανάπαυση και τη λήψη υπογλώσσσιων δισκίων νιτρογλυκερίνης.

Ο πόνος της μερικές φορές εμφανίζεται σε κατάσταση ηρεμίας χωρίς να έχει προηγηθεί κόπωση. Επισημαίνεται ότι το 30% των μη θανατηφόρων εμφραγμάτων δεν γίνονται αντιληπτά, είτε γιατί δεν συνοδεύονται από συμπτώματα, είτε γιατί τα συμπτώματα είναι άτυπα. Σιωπηλά (χωρίς συμπτώματα) εμφράγματα συμβαίνουν συχνότερα σε διαβητικούς, σε υπέρτασικούς και σε ηλικιωμένους ασθενείς.¹⁻¹⁰

4.1. Παθοφυσιολογία

Η στεφανιαία νόσος και η εκδήλωση εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι αποτέλεσμα της ανάπτυξης αθηρωματικών πλακών στο τοίχωμα των στεφανιαίων αγγείων.



Εικόνα 5. Στεφανιογραφία – Απεικόνιση αθηρωματικής πλάκας

Το τοίχωμα μιας αρτηρίας αποτελείται από διάφορα στρώματα. Η εσωτερική επένδυση ή το εσωτερικό στρώμα (ενδοθήλιο) είναι συνήθως ομαλή και συνεχής. Η αρτηριοσκλήρωση αρχίζει όταν τραυματίζεται το ενδοθήλιο.

Κατόπιν ορισμένα λευκοκύτταρα του αίματος αποκαλούμενα μονοκύτταρα ενεργοποιούνται και κινούνται από το αίμα και μέσω του τραυματισμένου ενδοθηλίου μιας αρτηρίας στο τοίχωμα αυτής. Μέσα στο τοίχωμα μετασχηματίζονται σε αφρώδη κύτταρα, τα οποία είναι κύτταρα που συλλέγουν τα λιπαρά υλικά, κυρίως χοληστερόλη. Ταυτόχρονα, τα λεία μυϊκά κύτταρα κινούνται από το μέσο χιτώνα προς το ενδοθήλιο και εκεί πολλαπλασιάζονται. Επίσης συνδετικός και ελαστικός ιστός συσσωρεύεται κάτω από το ενδοθήλιο, όπως επίσης και συντρίμια κυττάρων, κρύσταλλοι χοληστερόλης και ασβέστιο. Αυτή η συσσώρευση των αφρωδών κυττάρων, των λείων μυϊκών κυττάρων, και άλλων υλικών διαμορφώνει μια ετερόκλητη συσσώρευση αποκαλούμενη αθήρωμα ή αθηρωσκληρυντική πλάκα. Καθώς η πλάκα μεγαλώνει από τη συνεχή εναπόθεση των ανωτέρω υλικών, παχύνεται και καταλαμβάνει το εσωτερικό της αρτηρίας. Αυτό δημιουργεί τοπικά στένωση της αρτηρίας που εμποδίζει την ομαλή ροή του αίματος.

Καθώς τα αθηρώματα μεγαλώνουν, προκαλούν πάχυνση του τοιχώματος των αρτηριών και προοδευτικά μειώνεται η ποσότητα του αίματος που μπορεί να διέρχεται από αυτές. Η διαδικασία αυτή μπορεί να επηρεάσει κάθε όργανο του σώματος με σοβαρές συνέπειες για την υγεία. Έτσι, τα αθηρώματα των αρτηριών του εγκεφάλου οδηγούν σε εγκεφαλικό, των αρτηριών των κάτω άκρων σε γάγγραινα και των στεφανιαίων αρτηριών σε έμφραγμα. Η διαδικασία σκλήρυνσεως των αρτηριών δεν είναι η ίδια σε όλες τις αρτηρίες του σώματος και οι διαφοροποιήσεις μπορεί να είναι ιδιαίτερες στις στεφανιαίες αρτηρίες. Η στένωση μπορεί να επηρεάσει μία μόνο στεφανιαία αρτηρία ή τμήμα αυτής ή μπορεί να επηρεάσει μία στεφανιαία αρτηρία καθ' όλο το μήκος της - στοιχεία πολύ σημαντικά για τον καθορισμό της κατάλληλης θεραπείας.

Οι άνθρωποι με έναν ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν αθηρωματικές πλάκες και κατά συνέπεια στεφανιαία νόσο και έμφραγμα μυοκαρδίου. Εντούτοις, δεν παθαίνουν έμφραγμα όλοι όσοι έχουν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξή του. Οι πιθανότητες όμως, είναι περισσότερες. Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου χωρίζονται σ' αυτούς για τους οποίους μπορεί να γίνει κάτι (τροποποιήσιμοι) και σ' εκείνους για τους οποίους δεν μπορεί να γίνει τίποτα (μη τροποποιήσιμοι) (Πίν. 1). Όσο περισσότερους τέτοιους παράγοντες έχει κανείς, ο κίνδυνος ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου πολλαπλασιάζεται. Οι παράγοντες κινδύνου δεν έχουν ίση αξία. Μερικοί, όπως το κάπνισμα, μπορεί να επηρεάσουν πολύ περισσότερο τις πιθανότητες αναπτύξεως στεφανιαίας νόσου. Έτσι, λ.χ., ένας καπνιστής με αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα και υψηλή αρτηριακή πίεση έχει πολύ περισσότερες πιθανότητες στεφανιαίας νόσου απ' όσες αν είχε μόνον έναν από αυτούς τους παράγοντες. Εντούτοις, η

υψηλή χοληστερόλη μόνη της σε κάποιον που δεν έχει άλλους παράγοντες κινδύνου, σημαίνει ότι ο κίνδυνος αυξάνεται λίγο περισσότερο από τον μέσο όρο.¹⁻¹⁰

Τροποποιήσιμοι παράγοντες		Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες	
1.	Χοληστερόλη	1.	Φύλο
2.	Αρτηριακή υπέρταση	2.	Οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας νόσου
3.	Σακχαρώδης διαβήτης	3.	Ηλικία
4.	Κάπνισμα		
5.	Παχυσαρκία		
6.	Περιορισμένη φυσική δραστηριότητα		
7.	Προσωπικότητα		

Πίνακας 1: Τροποποιήσιμοι και μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

4.2. Παράγοντες κινδύνου

4.2.1. Ηλικία και Φύλο

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

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

ορμονοθεραπεία, ορισμένα στοιχεία δείχνουν πως οι ορμόνες μπορεί να τις προστατεύουν από το έμφραγμα.¹⁶⁻²²

4.2.2. Οικογενειακό ιστορικό

Οι γιατροί μιλούν για θετικό οικογενειακό ιστορικό, όταν ένας ή περισσότεροι στενοί συγγενείς (λ.χ., γονείς, αδέρφια ή παιδιά) έπασχαν από στεφανιαία νόσο σε πρώιμη ηλικία. Αν ο πατέρας ενός ατόμου έπαθε έμφραγμα πριν από τα 60 έτη ή η μητέρα του πριν από τα 65, αυξάνεται ο κίνδυνος για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου και στο ίδιο το άτομο. Αν, βέβαια, οι γονείς του έζησαν έως μια ηλικία κατά την οποία τα εμφράγματα είναι πολύ συχνά, ο παράγοντας αυτός δεν είναι τόσο σημαντικός. Το ίδιο ισχύει για τα αδέρφια, αν και στις πολύ μεγάλες οικογένειες το γεγονός ότι ένα μέλος έπαθε έμφραγμα μπορεί απλώς να είναι τυχαίο. Η στεφανιαία νόσος «οικογενειακή υπόθεση»; Τμήμα της εξηγήσεως κρύβεται στα γονίδια που κληρονομούνται από τους γονείς, τα οποία κάνουν πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη υψηλής χοληστερόλης ή αυξημένης αρτηριακής πίεσεως ή διαβήτη. Ένα άλλο τμήμα είναι το ότι σε πολλές οικογένειες όλα τα μέλη ζουν με τον ίδιο τρόπο - όλοι καταναλώνουν τα ίδια τρόφιμα και, αν καπνίζουν οι γονείς, συχνά καπνίζουν και τα παιδιά τους.

Αν η στεφανιαία νόσος φαίνεται να καταδυναστεύει την οικογένεια, καλό είναι να γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα τσεκ-απ στον γιατρό, ώστε τα άτομα να είναι βέβαια ότι δεν θα αναπτύξουν αυξημένη χοληστερόλη, υπέρταση ή άλλα προβλήματα, τα οποία μπορούν να αντιμετωπισθούν, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος που διατρέχουν.¹⁶⁻²²

4.2.3. Μεσογειακή Δίαιτα

Η σχέση της υγιεινής διατροφής στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη των ασθενειών, είναι πλέον επιστημονικά αποδεδειγμένη. Αποδεδειγμένη όμως, είναι και η ανωτερότητα της μεσογειακής διατροφής έναντι της διατροφής δυτικού τύπου, η οποία ευθύνεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι η στεφανιαία νόσος αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας παγκόσμια, το οποίο παρουσιάζει συνεχή αυξητική τάση και η διατροφή είναι αλληλένδετη με αυτό.

Τροφές πλούσιες σε κεκορεσμένα λιπαρά, συντηρητικά, αυξημένη λήψη υδατανθράκων, άλατος, ζάχαρης, σε συνδυασμό με την καθιστική ζωή, το άγχος των μεγαλουπόλεων, της παχυσαρκίας και του καπνίσματος, αποτελούν μεγάλο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρδιοπαθειών.

Η θετική επίδραση στην υγεία των παραδοσιακών διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων και άλλων λαών της Μεσογείου, συνέβαλε στην παραδοχή ότι η μεσογειακή διατροφή αποτελεί πρότυπο υγιεινής διατροφής.¹⁶⁻²²

4.2.4. Χοληστερόλη

Το γενετικό υλικό καθορίζει εν μέρει τα επίπεδα της χοληστερόλης. Μερικές οικογένειες φέρουν γονίδια που αυξάνουν τα επίπεδα διαφόρων λιπιδίων του αίματος. Η κατάσταση αυτή αποκαλείται από τους ειδικούς οικογενής υπερλιπιδαιμία. Ωστόσο, η διατροφή επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των επιπέδων χοληστερόλης. Όσο περισσότερα λίπη (κυρίως ζωικής προέλευσης) καταναλώνει κάποιος, τόσο υψηλότερη είναι η χοληστερόλη και τόσο υψηλότερος ο κίνδυνος ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου.¹⁶⁻²²

4.2.5. Κάπνισμα

Το κάπνισμα τσιγάρων σχετίζεται στενά με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Οι χημικές ουσίες των τσιγάρων περνούν στην κυκλοφορία του αίματος από τους πνεύμονες και φθάνουν σε όλο το σώμα, επηρεάζοντας κάθε κύτταρο. Οι ουσίες αυτές προκαλούν προσωρινή στένωση των αγγείων και κάνουν πιο κολλώδη τα αιμοπετάλια, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες σχηματισμού θρόμβων. Όσοι καπνίζουν πούρα ή πίπα δεν αντιμετωπίζουν τόσο υψηλό κίνδυνο όσο οι καπνιστές τσιγάρων, αλλά και πάλι έχουν περισσότερες πιθανότητες, απ' όσες οι μη καπνιστές, να αναπτύξουν στεφανιαία νόσο. Η ποσότητα του καπνίσματος επίσης παίζει ρόλο. Ο κίνδυνος αυξάνεται κλιμακωτά μεταξύ των ελαφρών (λιγότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα), των μέσων (10-20 τσιγάρα ημερησίως) και των μανιωδών (περισσότερα από 20 τσιγάρα ημερησίως) καπνιστών. Ο λόγος για τον οποίο οι γιατροί υπερτονίζουν την ανάγκη για διακοπή του καπνίσματος είναι ότι πρόκειται για τον μοναδικό παράγοντα κινδύνου που μπορεί να ελεγχθεί πλήρως. Τα οφέλη της διακοπής γίνονται ορατά άμεσα.¹⁶⁻²²

4.2.6. Στρες

Το στρες φαίνεται ότι συμβάλλει στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Έχει τεκμηριωθεί ότι ορισμένοι παράγοντες, όπως η αιφνίδια απρόσμενη άσκηση και οι ακραίες συναισθηματικές εμπειρίες, μπορεί να επιφέρουν ένα έμφραγμα, αλλά πρόκειται για σχετικά σπάνια φαινόμενα. Οι ειδικοί πιστεύουν ακόμα ότι ορισμένοι τύποι προσωπικότητας σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο αναπτύξεως στεφανιαίας νόσου από τους άλλους. Η σύγχρονη τεχνολογία δίνει τη δυνατότητα να γίνουν μέσα σε μία ώρα όσα οι προηγούμενες γενιές θα χρειάζονταν ημέρες για να διεκπεραιώσουν. Η πίεση που νιώθει κανείς όταν αναλαμβάνει περισσότερα απ' όσα μπορεί να χειριστεί και όταν θέτει ελάχιστα

ρεαλιστικούς στόχους, δημιούργησε την ιδέα της τύπου A προσωπικότητας - του αεικίνητου ανθρώπου (συνήθως άνδρα), που δυσκολεύεται να χαλαρώσει, που απορροφάται από τη δουλειά του εις βάρος των προσωπικών του σχέσεων και ο οποίος κινδυνεύει, τελικά, να καταρρεύσει. Ο άνθρωπος αυτός θεωρείται ότι έχει διπλάσιες πιθανότητες ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου σε σχέση με τον συνάδελφό του, που έχει τύπου B προσωπικότητα. Η θεωρία που συσχετίζει τη στεφανιαία νόσο και τη στρεσογόνο προσωπικότητα ήταν κάποτε της μόδας, και πολλές προσπάθειες έγιναν για να πεισθούν οι εργασιομανείς να χαλαρώσουν. Η σύγχρονη έρευνα, όμως, δεν κατόρθωσε να επιβεβαιώσει τα παλαιότερα ευρήματα και το να προσπαθεί κάποιος να αλλάξει σημαντικά την προσωπικότητά του πιθανώς δεν θα τον ωφελήσει ιδιαίτερα - αν και κάθε σημαντική αρρώστια είναι μια ευκαιρία για να τεθούν εκ νέου οι προτεραιότητες της ζωής.¹⁶⁻¹⁹

4.2.7. Υπέρταση

Ο όρος «αρτηριακή πίεση» περιγράφει στην πραγματικότητα την πίεση μέσα στις αρτηρίες που μεταφέρουν αίμα από την καρδιά στο υπόλοιπο σώμα. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση (ή υπέρταση) δημιουργεί προβλήματα στην καρδιά και στην κυκλοφορία του αίματος, και οι περισσότεροι ξέρουν ότι προκαλεί εγκεφαλικά επεισόδια. Εντούτοις, σε ορισμένες χώρες - όπως στη Μεγάλη Βρετανία - η υπέρταση είναι υπεύθυνη για περισσότερα εμφράγματα απ' όσα εγκεφαλικά, πιθανώς λόγω των αυξημένων επιπέδων χοληστερόλης που έχουν οι κάτοικοί τους. Η θεραπεία της υπερτάσεως μειώνει τόσο τον κίνδυνο αναπτύξεως εμφράγματος όσο και τον κίνδυνο εγκεφαλικού. Η αρτηριακή πίεση μετράται στο χέρι. Με κάθε κτύπο της καρδιάς αυξάνεται (συστολική πίεση), ενώ μεταξύ δύο παλμών μειώνεται (διαστολική πίεση). Η πίεση μετράται σε χιλιοστά της στήλης υδραργύρου (mmHg). Η αρτηριακή πίεση του μέσου υγιούς ατόμου είναι περίπου 120/70 σε κατάσταση ηρεμίας. Η πίεση 140/90 σε κατάσταση ηρεμίας είναι οριακή, ενώ η πίεση 150/100 σε κατάσταση ηρεμίας είναι σαφέστατα αυξημένη. Η υπέρταση αποτελεί σύνηθες φαινόμενο σε όλο τον κόσμο, αλλά είναι εξαιρετικά συχνή στους μιγάδες της Καραϊβικής και στους μαύρους Αμερικανούς. Είναι επίσης πολύ συχνή σε όλες τις χώρες της Δύσης - στη Μεγάλη Βρετανία, λ.χ., το 25% των κατοίκων ηλικίας άνω των 50 ετών έχουν υπέρταση. Η αιτία της υπερτάσεως των περισσότερων ασθενών δεν είναι γνωστή. Η υπέρταση τείνει να αποτελεί οικογενειακή υπόθεση και παρατηρείται σε πάσχοντες από νεφροπάθεια. Δυστυχώς, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν προκαλεί συμπτώματα, και γι' αυτό καλό είναι να ελέγχεται η πίεση από καιρού εις καιρόν, μην τυχόν έχει αυξηθεί. Η αυξημένη πίεση μέσα στις αρτηρίες βλάπτει τα τοιχώματά τους και επιταχύνει την ανάπτυξη αθηρώματος. Η καρδιά πρέπει να εργάζεται πιο σκληρά για να ωθεί αίμα με

υψηλότερη πίεση, αλλά είναι αναγκασμένη να το κάνει αυτό δίχως επαρκή παροχή οξυγόνου. Έτσι αυξάνονται ακόμα περισσότερο οι πιθανότητες ενός ασθενούς να αναπτύξει στηθάγχη ή να πάθει έμφραγμα. Η υπέρταση αυξάνει επίσης τον κίνδυνο εγκεφαλικού, λόγω των βλαβών που προκαλεί στα αιμοφόρα αγγεία του εγκεφάλου.¹⁶⁻¹⁹

4.2.8. Διαβήτης

Ο διαβήτης είναι μια συχνή κατάσταση που προσβάλλει περισσότερο από το 3% των ανθρώπων. Προκαλείται από ανεπάρκεια ή ανθεκτικότητα στην ορμόνη ινσουλίνη, η οποία είναι σημαντική για τον έλεγχο του μεταβολισμού της γλυκόζης. Ο διαβήτης μπορεί να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών. Όσο νεώτερος είναι ο ασθενής τόσο πιθανότερο είναι να χρειάζεται εγχύσεις ινσουλίνης, για να ελέγξει τον διαβήτη του. Πολλοί ασθενείς, ωστόσο, αναπτύσσουν διαβήτη στη μέση ή στην τρίτη ηλικία και, όταν συμβεί αυτό, τα συμπτώματά τους είναι λιγότερα και μπορεί να τεθούν υπό έλεγχο με κατάλληλη διατροφή και φάρμακα σε μορφή δισκίων. Ο στόχος της θεραπείας είναι να διατηρηθούν τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα όσο το δυνατόν πιο κοντά στα φυσιολογικά όρια. Παρ' όλα αυτά, ο διαβήτης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης διαφόρων διαταραχών του κυκλοφορικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένης της στεφανιαίας νόσου. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τις γυναίκες, διότι ο διαβήτης φαίνεται ότι αντιμάχεται την προστατευτική δράση των οιστρογόνων (των γυναικείων ορμονών του φύλου) και γι' αυτό οι γυναίκες με διαβήτη που αναπτύσσουν στεφανιαία νόσο είναι όσες και οι άνδρες ασθενείς. Η καλή ρύθμιση του διαβήτη με κατάλληλη διατροφή, φάρμακα ή ινσουλίνη, μειώνει τη συχνότητα των καρδιολογικών και των κυκλοφορικών προβλημάτων. Η πλημμελής ρύθμιση, αντιθέτως, μπορεί να οδηγήσει σε πολύ υψηλά επίπεδα λιπιδίων του αίματος, συμπεριλαμβανομένης της υψηλής χοληστερόλης, και οι ασθενείς με διαβήτη ενδέχεται να χρειασθούν πρόσθετα φάρμακα για τον έλεγχο και αυτού του προβλήματος.

Εκτός των παραπάνω υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και οι οποίοι μπορούν να ελεγχθούν, ώστε να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου. Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται ενοχές για τη στεφανιαία νόσο τους. Αυτό δεν είναι δίκαιο· απλώς, για τους παράγοντες που οδηγούν στη στεφανιαία νόσο είναι γνωστά πολύ περισσότερα πράγματα απ' όσα για οποιαδήποτε άλλη σοβαρή ασθένεια.¹⁶⁻¹⁹

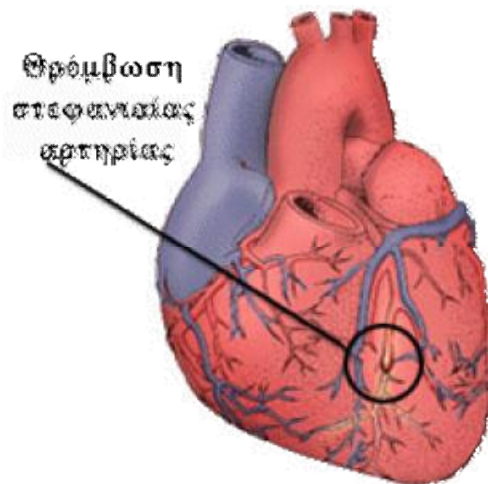
4.3. Παθολογική Ανατομική του εμφράγματος

Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου:

Ψ Το διατοιχωματικό έμφραγμα

Ψ Το υπενδοκάρδιο έμφραγμα.

Το διατοιχωματικό έμφραγμα του μυοκαρδίου σχετίζεται με αθηροσκλήρυνση που αφορά μία μείζονα στεφανιαία αρτηρία (Εικ. 6). Μπορεί να υποδιαιρεθεί σε πρόσθιο, κατώτερο (διαφραγματικό) ή οπίσθιο, ιδιαίτερα με βάση την ηλεκτροκαρδιογραφική μορφολογία. Έμφραγμα μπορεί να υποστεί και η δεξιά κοιλία.



Εικόνα 6. Θρόμβωση στεφανιαίας αρτηρίας

Το υπενδοκάρδιο έμφραγμα αφορά μικρές περιοχές, ιδιαίτερα το υπενδοκάρδιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας, το μεσοκοιλιακό διάφραγμα και τους θηλοειδείς μύς. Οι παράγοντες που καθορίζουν το πότε θα προκληθεί διατοιχωματικό και πότε υπενδοκάρδιο έμφραγμα είναι άγνωστοι.

Μπορεί να συμβεί επίσης κολπικό έμφραγμα το οποίο όμως γενικά δεν επηρεάζει τη θεραπεία ή την πρόγνωση.

4.4. Κλινική Εικόνα

Η διάγνωση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου στηρίζεται κυρίως στο ιστορικό, την κλινική εικόνα, το ΗΚΓ και τα ένζυμα ορού.

Η εγκατάσταση ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου γίνεται με μια ή περισσότερες κρίσεις, στις οποίες συνηθέστερα επικρατεί ο πόνος. Όταν οι κρίσεις είναι περισσότερες, η ολοκλήρωση του εμφράγματος συχνά γίνεται σε λίγες ημέρες και όχι την πρώτη ημέρα, όπως συμβαίνει κατά κανόνα εάν το οξύ έμφραγμα εγκατασταθεί με μια κρίση.^{1,2,23-28}

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου φαίνονται στον πίνακα 2.

Συμπτώματα οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου	
I	εντονότατος πόνος στο κέντρο του θώρακα
I	ναυτία
I	εμετός
I	λαχάνιασμα
I	εφίδρωση
I	αρρυθμία
I	τάση για λιποθυμία
I	λιποθυμία

***Πίνακας 2:** Συμπτώματα του οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου*

4.4.1. Οπισθοστερνικός πόνος

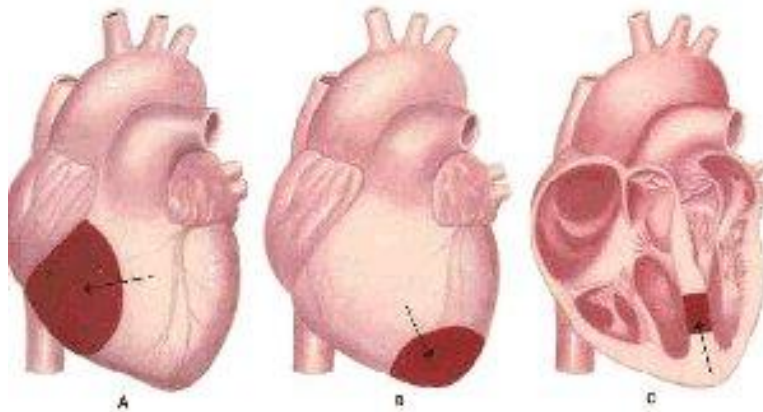
Γενικά το έμφραγμα του μυοκαρδίου χαρακτηρίζεται από έντονο οπισθοστερνικό πόνο. Ο πόνος εισβάλλει αιφνίδια, χωρίς να είναι δυνατό να πιστοποιηθεί η αιτία η οποία το προκάλεσε. Εντοπίζεται συνηθέστερα πίσω από το στήρνο, στο κάτω τρίτο του, πολλές φορές στη περιοχή του στομάχου (Εικ. 7). Τότε είναι εύκολη η σύγχυση με μια πάθηση της κοιλιάς.



***Εικόνα 7.** Οπισθοστερνικός πόνος*

Ο πόνος επεκτείνεται, όπως και στη περίπτωση της στηθάγχης, στον ώμο και στην εσωτερική πλευρά του βραχίονα και του αντιβραχιονίου και φθάνει ως

τα δάκτυλα του αριστερού άνω άκρου. Λιγότερο συχνά διακλαδίζεται και στους δύο ωμούς, ή μόνο στον δεξιό ώμο, προς τον τράχηλο και τη κάτω γνάθο. Ο άρρωστος τον αισθάνεται συνήθως σαν ένα αφόρητο βάρος ή σαν ένα σφίξιμο ιδιαίτερα οδυνηρό. Μερικές φορές, εξ άλλου, ο πόνος τού εμφράγματος εκδηλώνεται σαν αίσθημα φλογώσεως (κάψιμο). Δύο χαρακτηριστικά του πόνου πρέπει να υπογραμμισθούν: η μεγάλη ένταση, η οποία συχνά ξεπερνά την ήδη φοβερή ένταση του πόνου της στηθάγχης. Η διάρκεια του πόνου μπορεί να είναι μερικές ώρες στις ελαφρές περιπτώσεις και 12 - 24 ώρες, ίσως και παραπάνω, σε περιπτώσεις βαριές. Η μακρά διάρκεια του πόνου προκαλεί συχνά αντανακλαστικά φαινόμενα, όπως είναι κυρίως ο εμετός, οι εφιδρώσεις, ο μετεωρισμός. Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις κατά τις οποίες ο πόνος είναι ήπιος και άλλες, που ο πόνος λείπει εντελώς (Εικ. 8).^{1,2,23-28}



Εικόνα 8. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου εντοπίζεται σε διαφορετικές περιοχές της καρδιάς

Στις πιο σοβαρές μορφές το έμφραγμα συνοδεύεται και από καρδιακό shock που χαρακτηρίζεται από δέρμα ψυχρό και ιδρωμένο με χρώμα γαιώδες, από σφυγμό συχνό και νηματοειδή και από βαριά γενική κατάσταση. Ο άρρωστος παρουσιάζει ολιγουρία και τέλος ανουρία.

Σε έναν ορισμένο αριθμό αρρώστων μπορεί να παρατηρηθούν παροδική περικαρδίτις, δύσπνοια, κοιλιακό άλγος και προκάρδιοι παλμοί.

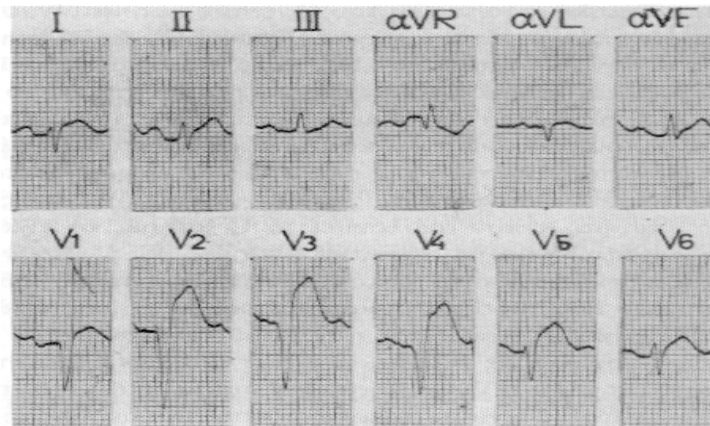
Μία ελαφρά ανύψωση του πυρετού, γύρω στους 38° C περίπου, μπορεί να εμφανιστεί τις πρώτες 2 - 3 ημέρες της νόσου και υποχωρεί αυτόματα.

4.4.2. Ηλεκτροκαρδιογράφημα

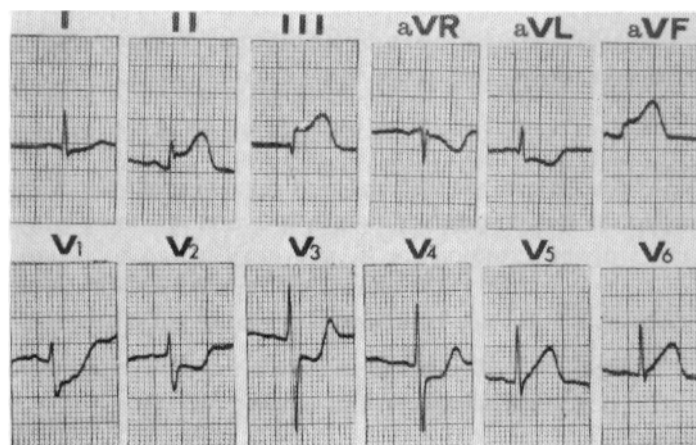
Το ηλεκτροκαρδιογράφημα μαζί με τα ένζυμα του ορού αποτελούν τις δύο πρώτες παρακλινικές μεθόδους για τη διάγνωση του εμφράγματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις αρκεί ένα απλό ηλεκτροκαρδιογράφημα για να θέσει την διάγνωση του εμφράγματος.^{1,2,23,24}

Κατά τις πρώτες ώρες του εμφράγματος η προσβληθείσα περιοχή του μυοκαρδίου συνήθως περιλαμβάνει τρεις ζώνες: την κεντρική της νέκρωσης, τη μεσαία της βλάβης και την περιφερική της ισχαιμίας. Απ' αυτές τις ζώνες λαμβάνεται η ολοκληρωμένη ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (Εικ. 9, Εικ. 10).

Ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές σύμφωνα με τη θέση του εμφράγματος



Εικόνα 9. Οξεία φάση προσθίου εμφράγματος του μυοκαρδίου με μεγάλη ανάσπαση του τμήματος ST, το οποίο συγχωνεύεται με το έπαρμα T, στις απαγωγές V₁-V₆. Παρατηρείται σύμπλεγμα νεκρώσεως QS στις V₁-V₄. Ο ηλεκτρικός άξονας στρέφεται προς τα δεξιά, + 120° (ψηλό R στην III, ισοδιασικό σύμπλεγμα RS στη II), πιθανότατα συνεπεία αριστερού οπίσθιου ημισκελικού αποκλεισμού



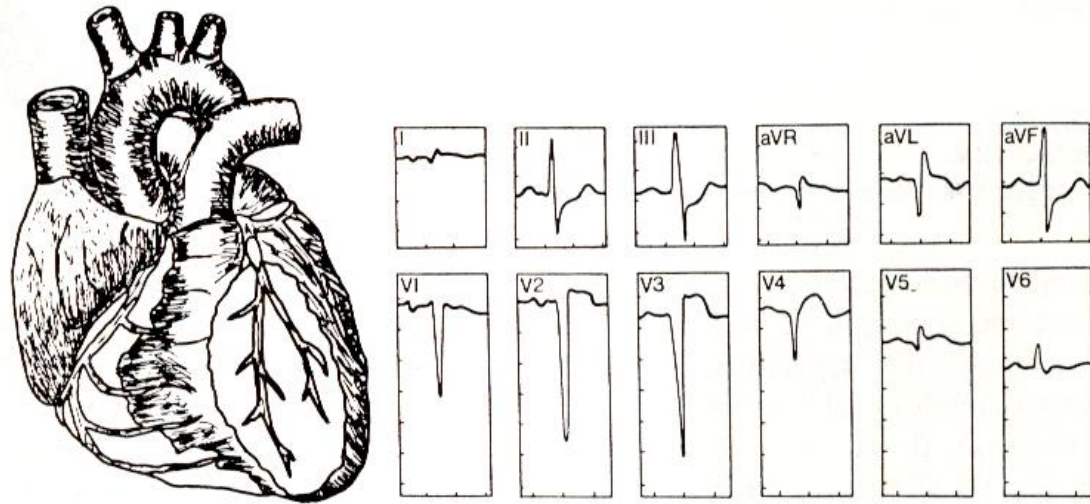
Εικόνα 10. Πρόσφατο έμφραγμα του κατωτέρου τοιχώματος του μυοκαρδίου. Ανάσπαση του ST που μεταβαίνει σε ψηλό θετικό T στις II, III, aVF και κατοπτρική εικόνα με κατάσπαση του ST στις V₁-V₄

Παρουσιάζεται ανάσπαση του ST διαστήματος τις πρώτες ώρες η οποία με την πάροδο του χρόνου υποχωρεί και εμφανίζονται κύματα Q και απουσιάζουν κύματα R, αυτή η εικόνα μπορεί να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα.^{1,2,23,24}

4.5. Ανατομική κατανομή του εμφράγματος

4.5.1. Προσθιοδιαφραγματικό έμφραγμα

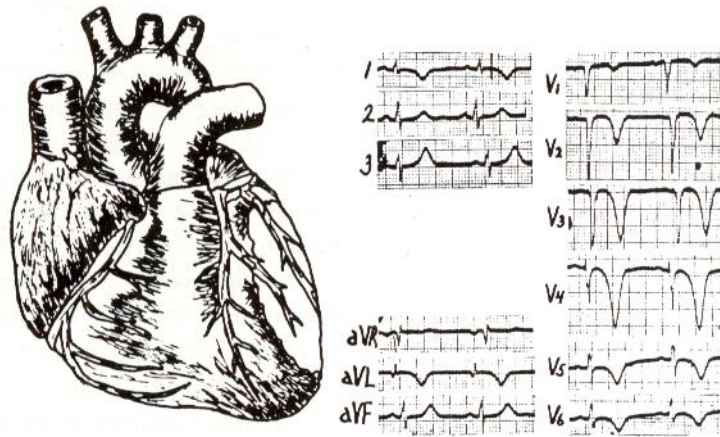
Χαρακτηρίζεται από την παρουσία συμπλέγματος QS ή κυμάτων Q ή χαμηλής προόδου των κυμάτων R στις απαγωγές V1 V4 (Εικ. 11).



Εικόνα 11. Η απόφραξη του αριστερού πρόσθιου κατιόντα κλάδου προκαλεί προσθιοδιαφραγματικό έμφραγμα

4.5.2. Προσθιοπλάγιο έμφραγμα

Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές παρατηρούνται στις απαγωγές I, aVL, V₅-V₆ (είναι δυνατόν να παρατηρηθούν μεταβολές σε όλες τις προκάρδιες απαγωγές) (Εικ. 12).^{1,2,23,24}



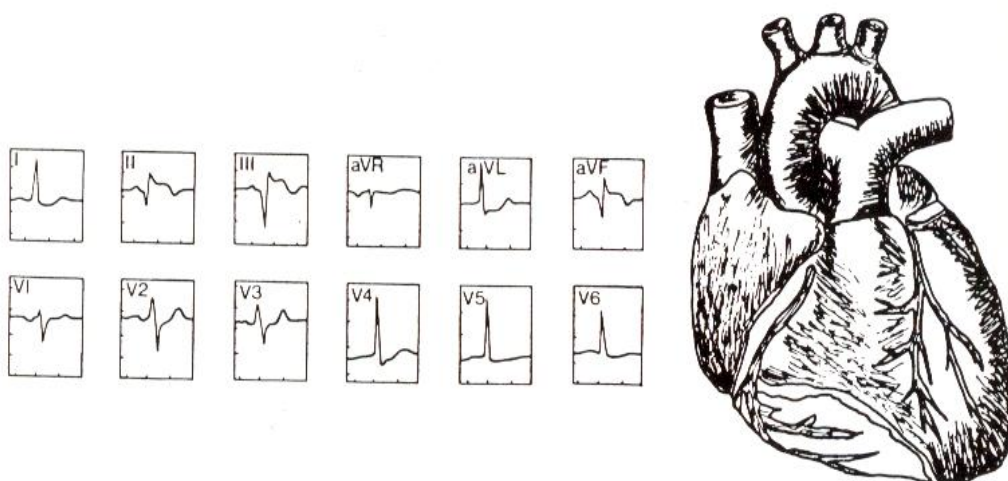
Εικόνα 12. Η απόφραξη της περισπόμενης αρτηρίας ή του επιχείλιου κλάδου της ή της πρώτης διαγωνίου του αριστερού κατιόντα κλάδου, προκαλούν προσθιοπλάγιο έμφραγμα.

4.5.3. Υψηλό προσθιοπλάγιο έμφραγμα

Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές περιορίζονται στις απαγωγές I & aVL.

4.5.4. Διαφραγματικό ή έμφραγμα του κάτω τοιχώματος

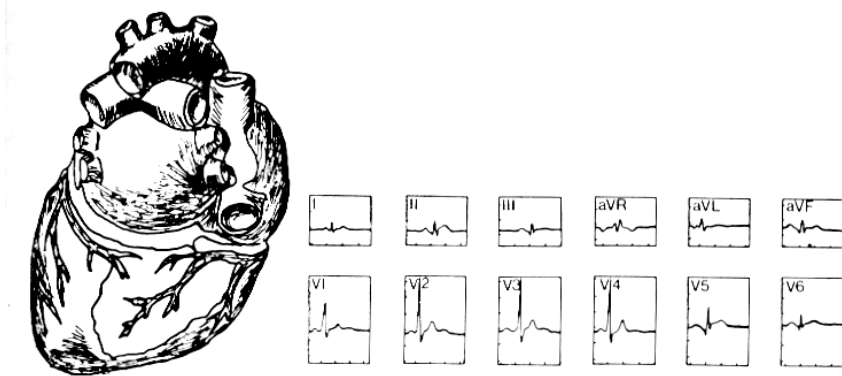
Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές παρατηρούνται στις απαγωγές II, III, aVF (Εικ. 13)



Εικόνα 13. Η απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας προκαλεί έμφραγμα του κάτω τοιχώματος

4.5.5. Οπίσθιο έμφραγμα

Παρουσιάζονται υψηλά κύματα R και θετικά κύματα Τα στις απαγωγές V1-V4 (Εικ. 14).^{1,2,23,24}



Εικόνα 14. Η απόφραξη του τελικού τμήματος της περισπωμένης αρτηρίας ή του οπίσθιου κατιόντα κλάδου της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, προκαλούν έμφραγμα του οπίσθιου τοιχώματος

4.5.6. Διαφραγματικό (κάτω τοιχώματος) και οπίσθιο έμφραγμα

Το έμφραγμα αυτό περιλαμβάνει το διαφραγματικό και το οπίσθιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας. Παρουσιάζονται συγχρόνως κύματα Q στις απαγωγές II, III, aVF και υψηλά κύματα R, με θετικά κύματα Τα στις προκάρδιες απαγωγές V₁-V₄.

4.5.7. Διαφραγματικό (κάτω τοιχώματος) και πλάγιο έμφραγμα

Εμφανίζονται ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές χαρακτηριστικές του εμφράγματος του κάτω και του προσθιοπλάγιου τοιχώματος. Ανωμαλίες των κυμάτων Q & T παρατηρούνται στις απαγωγές II, III, aVF, V₅-V₆. Στις απαγωγές V₅-V₆ μπορεί να παρουσιασθούν μόνο αρνητικά κύματα T.

4.5.8. Έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας

Ηλεκτροκαρδιογραφική διάγνωση του εμφράγματος της δεξιάς κοιλίας είναι δυνατή σε λίγες μόνο περιπτώσεις. Χαρακτηρίζεται από ανύψωση του τμήματος ST στις V₄R (V₄ στο δεξιό ημιθώρακιο).

4.5.9. Κολπικό έμφραγμα

Η διάγνωση γίνεται από την κατάσπαση ή ανάσπαση του διαστήματος PR, από τη μεταβολή του κύματος P και από την εμφάνιση κολπικών αρρυθμιών.^{1,2,23,24}

4.6. Βιοχημικές και αιματολογικές μεταβολές

4.6.1. Λευκοκυττάρωση

Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων αυξάνει τις πρώτες 12-36 ώρες από 10.000-15.000 ή και 20.000. Αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων από την 1^η ή 3^η ημέρα. Διαρκεί έως να επουλωθεί το έμφραγμα.

4.6.2. Ένζυμα του ορού

Από το μυοκάρδιο που υφίσταται νέκρωση απελευθερώνονται ένζυμα. Έτσι στο περιφερικό αίμα μπορεί να ανευρεθεί αύξηση των ένζυμων του μυοκαρδίου. Τα ένζυμα που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι η καρδιακή τροπονίνη, κρεατινοφωσφοκινάση (CPK) και ιδιαίτερα το μυοκαρδιακό κλάσμα MB, η οξαλοξική (SGOT) και γλουταμινική (SGPT) τρανσαμινάση και η γαλακτική δεϋδρογενάση(LDH). Η καρδιακή τροπονίνη και η καρδιακή CPK είναι το πιο ευαίσθητο και ειδικό ένζυμο για τη διάγνωση του εμφράγματος. Συνήθως αυξάνονται 6-8 ώρες μετά από την αρχή των συμπτωμάτων.^{10,16,29,30}

4.6.3. Υπεργλυκαιμία

Συμβαίνει σε ασθενείς με λανθάνοντα ή έκδηλο σακχαρώδη διαβήτη που ρυθμίζεται με αντιδιαβητική αγωγή.

4.6.4. Αύξηση κατεχολαμινών

Αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης κατά τις πρώτες ημέρες του εμφράγματος και επάνοδος αυτών στο φυσιολογικό κατά την 3^η εβδομάδα. Επίσης αυξάνει η αγγειοσυσπαστική ενδοθηλίνη.

4.6.5. Υποκαλιαιμία ή/και υπομαγνησισαιμία

Για την οποία επιβάλλεται η χορήγηση χλωριούχου καλίου ή και μαγνησίου, διότι παρουσία αυτών στο μυοκάρδιο, που ήδη εμφανίζει ηλεκτρική αστάθεια από την οξεία εμφραγματική προσβολή, ευαισθητοποιείται περισσότερο προς έκλυση κοιλιακών αρρυθμιών.

Τέλος, στους νέους και μέσης ηλικίας ασθενείς, κατά την πρώτη ημέρα του οξέος εμφράγματος συνίσταται εξέταση της χοληστερόλης και των άλλων λιπιδίων του αίματος. Η διαπίστωση υπερχοληστερολαιμίας αποτελεί προγνωστικό σημείο και θα πρέπει να θεραπεύεται με δίαιτα και φάρμακα. Μετά την παρέλευση των πρώτων 24 ωρών του οξέος εμφράγματος, η χοληστερόλη αίματος ελαττώνεται και παραμένει σε σχετικά χαμηλές τιμές κατά τις επόμενες 2-3 εβδομάδες.^{10,16,29,30}

4.7. Διαφορική Διάγνωση

Παθήσεις που παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα είναι:

4.7.1. Οξεία περικαρδίτιδα

Παρουσιάζει προκάρδιο άλγος που επιτείνεται με τη βαθιά εισπνοή, το βήχα ή την αλλαγή της θέσης. Πυρετός και περικαρδιακός ήχος τριβής είναι χαρακτηριστικά της οξείας περικαρδίτιδας. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις είναι διάχυτες και περιορίζονται στη μεταβολή του τμήματος ST και αργότερα των κυμάτων Tα, ενώ μεταβολές του συμπλέγματος QRS δεν παρατηρούνται, εκτός από ελάττωση του ύψους των κυμάτων R, που οφείλεται στην παρουσία περικαρδιακού υγρού.

4.7.2. Διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής

Παρουσιάζεται με την εισβολή έντονου διαξιφιστικού άλγους στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα, με αντανάκλαση στην οπίσθια επιφάνεια αυτού. Άλλα χαρακτηριστικά ευρήματα είναι η συνυπάρχουσα υπέρταση και η διαφορά πίεσης μεταξύ των δύο άνω άκρων. Η διάγνωση γίνεται με την αορτογραφία.

4.7.3. Οξεία Πνευμονική Εμβολή

Προκαλεί έντονο θωρακικό άλγος, δύσπνοια και σημαντική ελάττωση του PO₂. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις περιλαμβάνουν κύματα S στις απαγωγές I & V₆ και κύματα Q στις απαγωγές II, III, aVF. Η διάγνωση γίνεται με την πνευμονική αγγειογραφία και το σπινθηρογράφημα πνευμόνων.

Άλλες καταστάσεις που προκαλούν σύγχυση με το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου είναι η οξεία αγγώδης συνδρομή, ο κωλικός χοληδόχου, ο αυτόματος πνευμονοθώρακας, η ρήξη οισοφάγου, η διάτρηση δωδεκαδακτυλικού ή γαστρικού έλκους, η νεκρωτική παγκρεατίτιδα και οι παθήσεις της αυχενικής ή θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

4.7.4. Άλλες παθήσεις

Άλλες παθήσεις που παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα με τη στεφανιαία νόσος είναι:

- Παθήσεις πνευμοθώρακα
- Έρπης ζωστήρας
- Παθήσεις πεπτικού έλκους
- Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
- Μυϊκή θλάση.^{10,16,29,30}

4.8. Διάγνωση

Όταν η διάγνωση είναι "στεφανιαία νόσος", ο γιατρός μπορεί να μιλάει για μονό-, διπλό- ή τριπλοαγγειακή νόσο, αναλόγως με το αν η σκλήρυνση αφορά τους δύο βασικούς κλάδους της αριστεράς στεφανιαίας αρτηρίας και τη δεξιά ή όχι. Σε γενικές γραμμές, αν το πρόβλημα είναι μόνο αγγειακό ή διπλοαγγειακό μπορεί να αντιμετωπισθεί με φάρμακα ή αγγειοπλαστική, ενώ αν είναι τριπλοαγγειακό (άρα, αφορά όλα τα βασικά στεφανιαία αγγεία) χρειάζεται εγχείρηση στεφανιαίας παρακάμψεως.²⁹⁻³¹

4.9. Θεραπεία

A. Φαρμακευτική Αντιμετώπιση

Αν ο θάνατος δεν επέλθει τις πρώτες ώρες ξαφνικά από αρρυθμία ή οξύ πνευμονικό οίδημα, υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος μιας μοιραίας έκβασης στο αμέσως προσεχές διάστημα. Πιο συχνά όμως το έμφραγμα τείνει να επουλωθεί.

Ο άρρωστος πρέπει να μεταφερθεί γρήγορα σε νοσοκομείο, όπου εισάγεται σε μονάδα εμφραγμάτων όπου τίθεται για λίγες μέρες σε ανάπαυση.

Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος (Εικ. 15) και της αρτηριακής πίεσεως.



Εικόνα 15. Συνεχής παρακολούθηση του ασθενή

Δίνεται η ενδεδειγμένη θεραπεία που συνίσταται σε:

- ÿ Χορήγηση οξυγόνου
- ÿ Αντιμετώπιση του πόνου
- ÿ Μορφίνη. Χορηγείται ως παυσίπονο αν η συστολική πίεση είναι μεγαλύτερη από 100 mmHg και δεν υπάρχει βραδυκαρδία με αριθμό σφίξεων μικρότερο από 50/λεπτό. Οι παρενέργειες που αναμένονται από την Morphine είναι η υπόταση και οι έμετοι. Σε υπόταση αρκεί η ανύψωση των κάτω άκρων. Επί εμέτων δίνεται 1 amp. Primperan ΕΦ.³⁰⁻³⁵
- Πεθιδίνη. Είναι χρήσιμη αν ο πόνος συνοδεύεται και από βραδυκαρδία διότι η πεθιδίνη αυξάνει την καρδιακή συχνότητα.
- Ασπιρίνη. Χορηγείται άμεσα ασπιρίνη σε δόση 160-325 mg. Η χορήγηση ασπιρίνης μειώνει τη θνητότητα κατά 23%, αναστέλλει το σχηματισμό θρόμβων. Η χορήγηση της ασπιρίνης συνεχίζεται σε δόση 100mg ημερησίως.

- **Θρομβόλυση.** Στην αρχική φάση η ισχαιμία του μυοκαρδίου είναι «επανορθώσιμη», δηλαδή με την αποκατάσταση της αιμάτωσης η ισχαιμία παρέρχεται. Ανεπανόρθωτη νέκρωση αρχίζει στο υπενδοκάρδιο της αριστερής κοιλίας σε 20 λεπτά και προχωρεί σταδιακά προς το επικάρδιο. Η νέκρωση συνήθως ολοκληρώνεται μέσα σε 2-4 ώρες, ανάλογα με το βαθμό της ισχαιμίας, αλλά μπορεί να προχωρήσει βραδέως σε ασθενείς με υφολική στεφανιαία στένωση ή όταν προϋπάρχει παράπλευρη κυκλοφορία στην περιοχή της ισχαιμικής ζώνης. Ο μόνος τρόπος αναστολής της προϊούσας νέκρωσης είναι η επαναιμάτωση πριν από την ολοκλήρωση της νέκρωσης. Έτσι ένα τμήμα του μυοκαρδίου που κινδυνεύει μπορεί να σωθεί.

Στην κλινική πράξη η θρομβόλυση στο σημείο της στεφανιαίας απόφραξης, με την ενδοφλέβια χρησιμοποίηση ινωδολυτικών παραγόντων, αποτελεί την ταχύτερη και τη λιγότερο δαπανηρή μέθοδο αποκατάστασης της αιμάτωσης κατά τη διάρκεια του OEM. Η στρεπτοκινάση και ο ενεργοποιητής του ιστικού πλασμινογόνου ή rt-PA αποτελούν τις συνηθέστερες ινωδολυτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται σήμερα. Η θρομβολυση πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν ταχύτερα μετά την εισβολή του πόνου για να είναι αποτελεσματική. Το κρίσιμο χρονικό διάστημα που πρέπει να δοθεί είναι οι 6 πρώτες ώρες.³⁰⁻³⁵

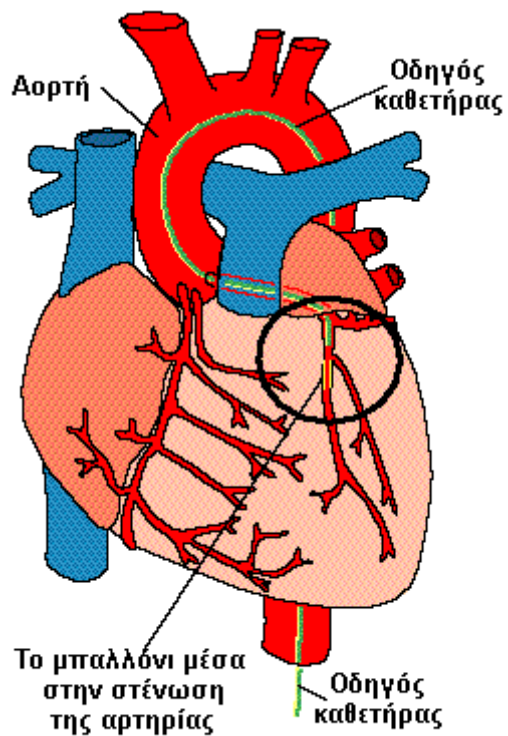
Θρομβολυτικά φάρμακα: STREPTASE (Στρεπτοκινάση): 4 φιαλίδια των 250000 μονάδων διαλύονται σε 250cc NaCl-0,9% και δίνονται ΕΦ σε διάστημα 30 λεπτών. (Εάν έχει γίνει προηγούμενη θρομβόλυση τούς τελευταίους 12 μήνες με στρεπτοκινάση τότε πιθανά να μη δράσει εξαιτίας παραμονής αντισωμάτων. Το ίδιο ισχύει και για το Eminase (Πλασμινογόνο+Στρεπτοκινάση): 1 amp. ΕΦ σε διάστημα 5 λεπτών. ACTILYCE (Ενεργοποιητής πλασμινογόνου): 1amp=50mg διαλύεται σε 50 cc απεσταγμένο νερό. Δίνεται σε 2 λεπτά ΕΦ. Στη συνέχεια διαλύεται και δεύτερη amp και δίνεται έπειτα από 30 λεπτά με τον ίδιο τρόπο. Είναι προτιμότερο το Actyllice αν ο άρρωστος έχει καρδιογενές shock. Ενδέχεται μετά τη θρομβόλυση να παρουσιαστούν αρρυθμίες επαναιμάτωσης εξαιτίας απελευθέρωσης τοξικών ριζών από την νεκρωτική περιοχή, αλλά το συνολικό όφελος από τη θρομβόλυση στατιστικά υπερτερεί.

Αντενδείξεις θρομβόλυσης: Μη ελεγχόμενη υπέρταση, ιστορικό αιμορραγικού εγκεφαλικού επεισοδίου, ενεργό πεπτικό έλκος, ηπατοπάθεια, νευροχειρουργική επέμβαση ή οσφυονωτιαία παρακέντηση το τελευταίο δίμηνο, κάκωση ή επέμβαση χειρουργική το τελευταίο 10ήμερο, ενδοκρανιακό νεόπλασμα ή ανεύρυσμα.³⁰⁻³⁵

- **Νιτρώδη**
Αν ο άρρωστος δεν έχει χαμηλή πίεση, (συστολική μικρότερη από 100 mmHg), τότε θα πρέπει να του χορηγηθεί ΕΦ νιτρογλυκερίνη. Εκείνο που χρειάζεται παρακολούθηση είναι η συστολική πίεση διότι μετά τη χορήγηση των νιτρωδών είναι πιθανό να μειωθεί. Αν γίνει μικρότερη από 100 mmHg τότε εύκολα μπορεί να αντιμετωπιστεί με την απλή ανύψωση των ποδών του ασθενή και με την ελάττωση της δόσης.
Αν ο άρρωστος έχει αρκετά υψηλή ΑΠ και οξεία καρδιακή κάμψη τότε οπωσδήποτε πρέπει να του δοθούν νιτρώδη.
- **Ηπαρίνη**
Στην αρχή ενδοφλέβια και μετά υποδόρια.
Αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης. Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα ωφελούν και μπορούν να χορηγούνται από την πρώτη ημέρα του εμφράγματος εφόσον φυσικά η συστολική πίεση δεν είναι μικρότερη από 100 mmHg. Οι δόσεις πρέπει να είναι ολίγο μικρότερες από αυτές που δίνονται σε υπέρταση.
- **Χορήγηση χλωριούχου καλίου και θεικό Mg**
Σε υποκαλιαιμία χορηγείται χλωριούχο κάλιο 2-4g την ημέρα σε στάγδην έγχυση ΕΦ. Σε σοβαρή υποκαλιαιμία αυξάνεται η δόση. Σε υπομαγνησιαιμία χορηγείται θεικό Mg.
- **Οι αναστολείς των β-αδρενεργών υποδοχέων** μειώνουν τη θνητότητα κατά τις πρώτες ώρες και ημέρες του εμφράγματος καθώς και τα πρώτα 2 έτη μετά το έμφραγμα. Περιορίζουν την έκταση του εμφράγματος και ελαττώνουν το ποσοστό του επανεμφράγματος.
- **Αναστολείς του ασβεστίου.** Χορηγούνται όταν τα νιτρώδη δεν είναι αποτελεσματικά ή υπάρχουν αντενδείξεις χορήγησης αναστολέων των β-αδρενεργών υποδοχέων.
- **Ξυλοκαΐνη.** Αποτελεί το φάρμακο εκλογής στο οξύ έμφραγμα για τη θεραπεία των κοιλιακών έκτοπων συστολών και αρρυθμιών, συμπεριλαμβανομένης της κοιλιακής ταχυκαρδίας και κοιλιακής μαρμαρυγής.
- **Χρησιμοποίηση ενδοαορτικής αντλίας.** Σε περιπτώσεις με καρδιογενές shock που δεν ανετάχθησαν με τη φαρμακευτική αγωγή.
- **Αγγειοπλαστική.** Είναι η διάταση της στενωμένης αρτηρίας με ειδικό μπαλόνι.³⁰⁻³⁵

Οι επιπλοκές του εμφράγματος αντιμετωπίζονται ως εξής:

B. Η τεχνική της αγγειοπλαστικής



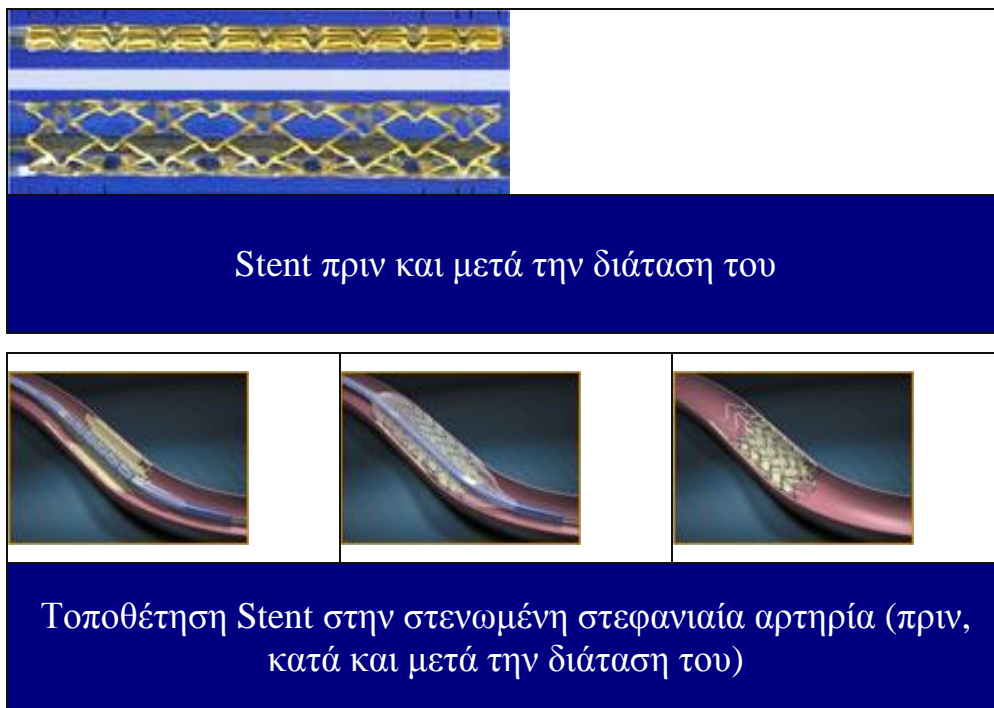
Το μπαλόνι μέσα στην στένωση της αρτηρίας



Το μπαλόνι μέσα στην στένωση της αρτηρίας φουσκωμένο

Εικόνα 16. Η τεχνική της αγγειοπλαστικής

Αφού έχει προηγηθεί στεφανιογραφία και εκτίμηση των στεφανιαίων στενώσεων καθετηριάζεται η προς διάνοιξη στεφανιαία αρτηρία. Οδηγό σύρμα τοποθετείται μέσα στην στένωση. Πάνω από το σύρμα διέρχεται καθετήρας που στην άκρη του φέρει επίμηκες μπαλόνι το οποίο τοποθετείται μέσα στην στένωση. Εν συνεχεία το μπαλόνι διατείνεται με εμφύσηση αέρα. Εάν η διάνοιξη της αρτηρίας δεν είναι ικανοποιητική συρμάτινος νάρθηκας (τα γνωστά stent) (Εικ. 17) τοποθετείται στην στένωση.³³⁻³⁸



Εικόνα 17. Συρμάτινος νάρθηκας (Stent)

Αγγειοπλαστική θα κάνουν οι ασθενείς, με οξύ έμφραγμα, με μετεμφραγματική στηθάγχη, παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου και θετική δοκιμασία κόπωσης, σοβαρή σταθερή στηθάγχη, ασταθή στηθάγχη που δεν απαντά στην φαρμακευτική αγωγή, στενώσεις σε αορτοστεφανιαία μοσχεύματα.

Επιπλοκές: Οξεία επαναστένωση της αρτηρίας, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, ρήξη της στεφανιαίας αρτηρίας, θρομβοεμβολικά επεισόδια, και σπάνια θάνατος.

Βηματοδότηση: Τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη σε εμφάνιση βραδυκαρδίας ή κολλοκοιλιακού αποκλεισμού.³⁶⁻³⁸

Η πρόγνωση του μετεμφραγματικού ασθενούς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο εξαρτάται από τη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας την υπολειπόμενη ισχαιμία και την ύπαρξη αρρυθμιών, που ενοχοποιούνται για

αιφνίδιο θάνατο και οφείλονται στην ηλεκτρική αστάθεια του πάσχοντος μυοκαρδίου.

Αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει ότι όταν το κλάσμα εξώθησης (ΚΕ), που μετρά την ικανότητα της καρδιάς να εξωθεί το αίμα προς την αορτή, δεν υπερβαίνει το 40% (φυσική τιμή > 50%) αυξάνεται δραματικά η μετεμφραγματική θνητότητα. Το κλάσμα εξώθησης που αποτελεί αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη, μπορεί να υπολογισθεί υπερηχογραφικά.

Η δοκιμασία κόπωσης σε κυλιόμενο τάπητα αποτελεί την απλούστερη μέθοδο για εκτίμηση της υπολειπόμενης ισχαιμίας. Άλλες μέθοδοι είναι το σπινθηρογράφημα αιμάτωσης και οι διάφορες φαρμακολογικές δοκιμασίες φόρτισης, που συνδυάζονται με σπινθηρογράφημα ή με υπερηχογράφημα.

Ο χρόνος διενέργειας της δοκιμασίας κόπωσης έχει γίνει αντικείμενο διχογνωμίας. Η υπομέγιστη δοκιμασία κόπωσης την 5η ως 7η ημέρα νοσηλείας, σε ασθενείς με ανεπίπλεκτο έμφραγμα μυοκαρδίου έχει μικρή προγνωστική αξία όταν το ΚΕ της αριστερής κοιλίας είναι μεγαλύτερο από 40% δηλαδή σε ασθενείς με καλή καρδιακή λειτουργικότητα.

Οποσδήποτε αυτοί οι ασθενείς επίσης αναγνωρίζονται από τη μέγιστη δοκιμασία κόπωσης που γίνεται αργότερα δηλαδή την 3η-4η μετεμφραγματική εβδομάδα, υπό πλήρη φαρμακευτική αγωγή. Αυτή είναι η πλέον αποτελεσματική στρατηγική στην αντιμετώπιση τόσο των ασθενών με ανεπίπλεκτο έμφραγμα.³⁶⁻³⁸

Εμετοί-Ναυτία

Είναι πολύ συχνά στους εμφραγματίες. Υποχωρούν συνήθως με τη χορήγηση Primperan (Μετοκλοπραμίδη) ΕΦ.

Φλεβοκομβική βραδυκαρδία

Αποτελεί τη συχνότερη αρρυθμία ως επιπλοκή του οξέως μυοκαρδιακού εμφράγματος, ιδίως του κατωτέρου. Θα αντιμετωπιστεί μόνο εάν η ΑΠ είναι μικρότερη από 100mmHg η συνοδεύεται από έκτακτες κοιλιακές συστολές. Η αντιμετώπιση γίνεται με ΕΦ ατροπίνη. Η ύπαρξη έκτακτων κοιλιακών συστολών που συνοδεύουν τη βραδυκαρδία αποτελεί ξεχωριστή ένδειξη για τη χορήγηση ατροπίνης μέχρι οι σφίξεις να αυξηθούν πάνω από 80/λεπτό. Τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη σε μεγάλη βραδυκαρδία.³⁶⁻³⁸

Κολπική μαρμαρυγή-Κολπικός πτερυγισμός

Εάν υπάρχει υπόταση η καρδιακή ανεπάρκεια: Ηλεκτρική ανάταξη με 50 Joules αρχικά. Εάν δεν υπάρχουν τα παραπάνω και επίσης δεν υπάρχει

βραδυαρρυθμία η υπόταση τότε έχει ένδειξη η χορήγηση Angoron (αμιοδαρόνης).

Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία

Αδενοσίνη ή αμιοδαρόνη (Angoron) όπως παραπάνω. Εάν η παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία συνοδεύεται από shock η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια είναι προτιμότερη η συγχρονισμένη ηλεκτρική ανάταξη με 50 Joules

Κολποκοιλιακός αποκλεισμός

Χορήγηση ατροπίνης. Σε 2ου βαθμού Mobitz-II και σε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό ο τεχνητός βηματοδότης είναι απαραίτητος. Εάν δεν υπάρχει διαθέσιμος βηματοδότης ή προβλέπεται ότι θα υπάρξει μεγάλη καθυστέρηση στο να είναι διαθέσιμος και ο άρρωστος έχει υπόταση, συγκοπτική κρίση ή στηθάγχη και η ατροπίνη δεν είχε αποτέλεσμα τότε χορηγείται η ισοπροτερενόλη (Isuprel).³⁶⁻³⁸

Έκτακτες κοιλιακές συστολές

Αντιμετωπίζονται με λιδοκαΐνη

Κοιλιακή ταχυκαρδία

Αντιμετωπίζεται με λιδοκαΐνη (που χρησιμοποιείται επίσης για την τοπική αναισθησία σε συρραφές τραυμάτων).

Κοιλιακή μαρμαρυγή

Η αρχική απινίδωση γίνεται με 200 joules. Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση κατά τα γνωστά.

Καρδιακή ανεπάρκεια

Lasix (Φουροσεμίδη): Χορηγείται σε δόση 1-2 amp. ΕΦ. Χορήγηση O₂. Σε πνευμονικό οίδημα με υπέρταση: Χορήγηση νιτρωδών. Χορήγηση Inotrex εάν η κάμψη είναι πολύ βαριά με χαμηλή πίεση.³⁶⁻³⁸

Καρδιογενής καταπληξία(Shock)

Αρχικά χορηγείται διάλυμα Ringer ταχύτατα ΕΦ ενώ ταυτόχρονα και τα δύο κάτω άκρα του αρρώστου ανυψώνονται. Εάν μετά από χορήγηση 1000cc-2000cc η πίεση εξακολουθεί να είναι χαμηλή τότε αρχίζει η χορήγηση δοβουταμίνης (Inotrex) ή ντοπαμίνης.

Έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας

Χαρακτηριστική είναι η διάταση των σφαγίτιδων και τα οιδήματα που εμφανίζονται αιφνίδια στα κάτω άκρα χωρίς υγρούς στους πνεύμονες. Απαιτείται η χορήγηση μεγάλου όγκου διαλύματος NaCl-0,9% ΕΦ + Inotrex.

Ρήξη καρδιακού τοιχώματος

Ρήξη του μεσοκοιλιακού διαφράγματος ή του ελεύθερου τοιχώματος της αριστεράς κοιλίας. Παρουσιάζεται στο 1-2% του συνόλου των εμφραγμάτων κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως. Οι ρήξεις του ελεύθερου τοιχώματος είναι περίπου 5 φορές συχνότερες από τις ρήξεις του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και οδηγούν σε αιμοπερικάρδιο και περικαρδιακό επιπωματισμό. Οι περισσότερες είναι μοιραίες. Ρήξεις του μεσοκοιλιακού διαφράγματος οδηγούν σε οξεία διαφυγή εξ' αριστερών προς τα δεξιά με μάλλον ευνοϊκότερη πρόγνωση, ανάλογα με το μέγεθος της διαφυγής.³⁶⁻³⁸

Περικαρδίτιδα

Επιπλέκει το 20% των διατοιχωματικών εμφραγμάτων από την πρώτη ημέρα ως την έκτη εβδομάδα. Ο πόνος που παράγει επηρεάζεται από τις αναπνευστικές κινήσεις και αντανακλά συχνά προς τον αριστερό ώμο.

Η θεραπεία στηρίζεται στην ασπιρίνη. Τα κορτικοειδή παρεμβαίνουν στην επούλωση της νέκρωσης και θα πρέπει να θεωρούνται έσχατη επιλογή.

Η ρήξη της καρδιάς αφορά ηλικιωμένα άτομα, γυναίκες, υπερτασικούς και πρωτοεμφράγματα.³⁶⁻³⁸

Γ. Διαιτητική αγωγή

ΑΠΕΦΥΓΕΤΕ(αποφυγή)	ΔΙΑΛΕΞΤΕ (επιλογή)	ΕΛΑΤΤΩΣΤΕ (ελάττωση)
ΨΑΡΙΑ-ΚΡΕΑΤΑ	Ψάρια πουλερικά χωρίς το	Παχιά μέρη βοδινού,

		<p>δέρμα τους, άπαχα μέρη βοδινού, αρνίσιου, χοιρινού, ή μοσχαρίσιου κρέατος.</p> <p>αρνίσιου, χοιρινού κρέατος, εντόσθια, κονσέρβες κρέατος, λουκάνικα, σάντουιτς με λουκάνικα και ζαμπόν, μπέικον, τυριά, πάπια, ψάρια τηγανισμένα, σαρδέλες, αυγοτάραχο, οστρακοειδή, γαρίδες, αστακούς, καβούρια</p>
ΓΑΛΑΤΑ ΚΑΙ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟ-ΠΡΟΪΟΝΤΑ	<p>ΚΑΙ Αποβουτυρωμένο γάλα (υγρό, σε σκόνη ή εβαπορέ), ημιαποβουτυρωμένο γάλα, άπαχο 1 ή 0% λιπαρά ή χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά γιαούρτι, χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά τυριά (2% λιπαρά), ανθότυρο, γρανίτα.</p>	<p>Φυσικό πλήρες γάλα, κανονικό, εβαπορέ, συμπυκνωμένο, κρέμα γάλακτος, σαντιγί, απομιμήσεις γαλακτοκομικών προϊόντων, τις περισσότερες κρέμες που δεν προέρχονται από γάλα, βούτυρο γάλακτος, πλήρες λιπαρών γιαούρτι, όλα τα λιπαρά τυριά (40% λίπος) σε μορφή κρέμας, όλα τα φυσικά τυριά π.χ. φέτα, μανούρι, κασέρι, διάφορα είδη γραβιέρας, παρμεζάνα, γκούντα, blue-cheese, rokfort, ένταμ, παγωτό.</p>
ΑΥΓΑ	<p>Το ασπράδι του αυγού (2 ασπράδια είναι ισοδύναμα με 1 ολόκληρο αυγό), υποκατάστατο αυγού.</p>	<p>Κρόκος αυγού.</p>
ΦΡΟΥΤΑ ΚΑΙ ΛΑΧΑΝΙΚΑ	<p>Φρέσκα ή κατεψυγμένα, κονσέρβες ή ξηραμένα, φρούτα και λαχανικά, βραστές πατάτες.</p>	<p>Λαχανικά παρασκευασμένα σε βούτυρο, φρούτα με κρέμα σαντιγί, κομπόστες φρούτων,</p>

		αβοκάντο.
ΨΩΜΙΑ ΚΑΙ ΣΙΤΗΡΑ	Σπιτικό ψωμί ψημένο με ακόρεστα έλαια, κέικ, κράκερ με χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά.	Ψωμί του εμπορίου, πίτες, κέικ, κουλουράκια με ξηρούς καρπούς, μπισκότα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, κράκερ υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά.
ΟΣΠΡΙΑ ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ	Μη αποφλοιωμένα δημητριακά, μη αποφλοιωμένο ρύζι ζυμαρικά, φασόλια, ρεβίθια, φακή.	Ψωμιά που τα αυγά είναι το κύριο συστατικό τους, κρουασάν, μπατόν σαλέ, μπριός.
ΡΟΦΗΜΑΤΑ	Τσάι, καφές, χυμοί φρούτων, ψημένο κακάο, μύρα με χαμηλή περιεκτικότητα σε οινόπνευμα.	Σοκολάτα, ιρλανδικός καφές, οιοπνευματώδη, αεριούχα ποτά.
ΛΙΠΗ ΚΑΙ ΕΛΑΙΑ	Ακόρεστα φυτικά έλαια: ελαιόλαδο, ηλιέλαιο, καλαμποκέλαιο, σησαμέλαιο, λάδι σόγιας,	Βούτυρο, καρυδέλαιο, φοινικέλαιο, υδρογονωμένα λίπη και έλαια (μαργαρίνες), χοιρινό λίπος.
ΞΗΡΟΙ ΚΑΡΠΟΙ	Σπόροι, κάστανα.	Ινδική καρύδα, ξηροί καρποί.
ΔΙΑΦΟΡΑ	Μαγιονέζα με λίγες θερμίδες, ντρέσιγκς που παρασκευάζονται από ακόρεστα έλαια που αναφέρονται πιο πάνω, χορταρικά, καρυκεύματα	Σάλτσες, κρέμες ή σάλτσες τυριών, μαγιονέζες.

Πίνακας 3. Συνιστώμενη Δίαιτα για την μείωση της Χοληστερόλης στο αίμα

Προσοχή

Μεγάλη σημασία έχει το είδος του λίπους που καταναλώνεται.

Οι ιδανικές αναλογίες είναι:

Το 50% του συνόλου των λιπών να είναι μονοακόρεστα λίπη (δηλ. ελαιόλαδο), το 25% πολυακόρεστα λίπη (δηλ. σογιέλαιο, καλαμποκέλαιο, ηλιέλαιο, βαμβακέλαιο) και μόνο το υπόλοιπο 25% κορεσμένα λίπη (συνήθως τροφές ζωικής προελεύσεως όπως κρέας και γαλακτοκομικά προϊόντα).³⁹⁻⁴¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να συμπεριλάβει τα παρακάτω:

1. Εισαγωγή του αρρώστου σε μονάδα οξέων εμφραγμάτων και σύνδεσή του με μόνιτορ. Φλεβοκέντιση για εξασφάλιση φλεβικής γραμμής και έναρξη βραδείας ενδοφλέβιας χορήγησης.
2. Συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου μέσω του μόνιτορ για έγκαιρη διαπίστωση αρρυθμιών.
3. Συνεχής εκτίμηση περιφερικής αιματικής άρδευσης των ιστών
 - Μέτρηση κερκιδικού και κορυφαίου σφυγμού
 - Σημείωση μεγέθους μηριαίου σφυγμού
 - Εκτίμηση συχνότητας και βάθους αναπνοών
 - Εκτίμηση θερμοκρασίας και χρώματος δέρματος
 - Ακρόαση της καρδιάς για καλπασμό, ήχο τριβής και φυσήματα.
 - Εκτίμηση φλεβών τραχήλου.
 - Εκτίμηση για μεταβολές της διανοητικής κατάστασης του αρρώστου.
 - Μέτρηση ποσού ούρων.⁴²⁻⁴⁶
4. Προετοιμασία αρρώστου για θρομβολυτική θεραπεία, αν γίνει, και φροντίδα κατά τη διάρκειά της.
 - Εξήγηση της θεραπείας στον άρρωστο και παροχή πληροφοριών για την όλη διαδικασία.
 - Παρακολούθηση καρδιακού ρυθμού για κάθε αρρυθμία που μπορεί να προκληθεί λόγω της επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου.
 - Παρακολούθηση χρόνου προθρομβίνης για πρόληψη συστηματικής αιμορραγίας, αν χορηγείται στρεπτοκινάση.
5. Χρησιμοποίηση συνεχούς αιμοδυναμικής καταγραφής.
6. Πλήρη θεραπευτική ανάπαυση για μείωση του έργου της καρδιάς στο κατώτερο δυνατό επίπεδο.
7. Χορήγηση οξυγόνου με ρινική κάνουλα ή μάσκα.
8. Απαλλαγή του αρρώστου από τον πόνο και την αγωνία.⁴²⁻⁴⁶
 - Χορήγηση αναλγητικών

- Μέτρηση αρτηριακής πίεσης και συχνότητας αναπνοής πριν τη χορήγηση ναρκωτικών.
- Συζήτηση και ενθάρρυνση του αρρώστου για εγκαθίδρυση θετικής στάσης απέναντι στην αρρώστια του. Οι πιο πολλοί έχουν αρνητική συμπεριφορά κατά τα αρχικά στάδια του εμφράγματος.

Συνήθως προκαλείται κατάθλιψη κατά την τρίτη περίπου ημέρα στη στεφανιαία μονάδα. Ο άρρωστος λυπάται για απώλειες όπως της υγείας του ή της ανεξαρτησίας του.

- Εκτίμηση του αρρώστου για χρησιμοποίηση δυσπροσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης
- Εμπλοκή της οικογένειας σε υποστήριξη και εκπαίδευση. Πολλές φορές τα μέλη της οικογένειας είναι πιθανό να αισθάνεται περισσότερο άγχος από τον ίδιο τον άρρωστο.

9. Δίαιτα ανάλογα με την κατάσταση του κυκλοφορικού συστήματος του αρρώστου. Υγρή, που προχωρεί προς την ελαφριά, για μείωση του έργου της καρδιάς. Μείωση νατρίου, περιορισμός καφέ, και αναψυκτικών τύπου cola.

10. Εξατομίκευση δραστηριότητας.

- Χρήση αντιεμβολικών καλτσών
- Χρήση μαλακτικών των κοπράνων
- Ανάπαυση σε πολυθρόνα αν ο άρρωστος είναι ελεύθερος από πόνο, αρρυθμίες ή σοκ.
- Έναρξη παθητικών ασκήσεων για την αποφυγή θρόμβωσης με ταυτόχρονη παρακολούθηση σφυγμού.
- Αποφυγή απότομης προσπάθειας.
- Βαθμιαία αύξηση φυσικής δραστηριότητας έτσι ώστε να φτάσει σε επίπεδο αυτοσυντήρησης όταν επιστρέψει σπίτι.
- Μεταφορά σε καρδιολογικό τμήμα.⁴²⁻⁴⁶

11. Λήψη μέτρων για πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών.

- Καρδιογενές shock.
- Αρρυθμίες. Συμβαίνουν συχνά τις πρώτες μέρες. Η μείωση της οξυγόνωσης του μυοκαρδίου προκαλεί ηλεκτρική αστάθεια, που είναι αιτία εμφάνισης αρρυθμιών.
- Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Το έμφραγμα μυοκαρδίου μειώνει την ικανότητα της αριστερής κοιλίας να προωθεί το αίμα, ελαττώνει τον κατά λεπτό όγκο αίματος και προκαλεί αύξηση της τελικής κοιλιακής πίεσης, με τις επακόλουθες πνευματικές αγγειακές επιπλοκές.

Άλλες επιπλοκές:

- Ρήξη θηλοειδούς μυός, κοιλιακό ανεύρυσμα, κοιλιακή ρήξη και βλάβη του κοιλιακού διαφράγματος.
- Εγκεφαλική και περιφερική εμβολή και πνευματική εμβολή.⁴²⁻⁴⁶

12. Ετοιμασία του αρρώστου για χειρουργική επέμβαση μυοκαρδιακής επαναγγείωσης, αν ενδείκνυται.

13. *Σχεδιασμός, οργάνωση και εφαρμογή προγράμματος διδασκαλίας του αρρώστου, που γίνεται για:*

- Αποκατάσταση του αρρώστου σε άριστο ψυχικό, φυσικό, κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο
- Βοήθεια για επανάκτηση εμπιστοσύνης και αυτοεκτίμησης
- Αναχαίτιση της αθηροσκληρωτικής διεργασίας
- Πληροφόρηση αρρώστου για το τι έχει συμβεί στην καρδιά του και για το ότι η επούλωση αρχίζει νωρίς, αλλά συμπληρώνεται μέσα σε 6 - 8 εβδομάδες.
- Επιβαλλόμενες αλλαγές στον τρόπο ζωής του αρρώστου.
- Δοκιμασία κόπωσης πρέπει να γίνει μετά την πλήρη επούλωση του μυοκαρδίου, για να προσδιοριστεί ο βαθμός της λειτουργικής απώλειας και να σχεδιαστεί πρόγραμμα αποκατάστασης του αρρώστου.
- Πρόγραμμα άσκησης για βελτίωση της καρδιαγγειακής λειτουργικής ικανότητας.
- Οι φυσικοί περιορισμοί είναι συνήθως μόνο παροδικοί. Συνήθως ακολουθούνται οι πιο κάτω κατευθυντήριες γραμμές, ώσπου να επαναξιολογηθεί ο άρρωστος μετά την πλήρη μυοκαρδιακή επούλωση.
- Βάδιση καθημερινή, με πολύ αργή αύξηση απόστασης και χρόνου.
- Αποφυγή κάθε ενέργειας που εκτείνει τους μυς (ισομετρικές ασκήσεις, ανύψωση, σπρώξιμο, ώθηση βαριών αντικειμένων)
- Ανάπαυση μετά το γεύμα και πριν από άσκηση.
- Κατανομή των δραστηριοτήτων μέσα σε όλη τη μέρα, για εναλλαγή τους με ανάπαυση
- Σταμάτημα αμέσως μόλις αισθανθεί κόπωση
- Αποφυγή βιασύνης.
- Αποφυγή εργασίας με τους βραχίονες πάνω από το επίπεδο των ώμων
- Βράχυνση ωρών εργασίας, όταν πρωτοεπιστρέψει στη δουλειά του⁴²⁻⁴⁶

14. *Το διαιτολόγιο:*

- Τρία ως τέσσερα μικρά, ίσης ποσότητας γεύματα την ημέρα
 - Αποφυγή βιασύνης στη λήψη του γεύματος
 - Περιορισμός καφέ (εκτός αν ο γιατρός δώσει άλλη εντολή)
 - Προσκόλληση στο διαιτολόγιο που καταρτίστηκε γι' αυτόν (με τις τροποποιήσεις σε θερμίδες, λίπη και νάτριο).
15. Αποφυγή ακραίων θερμοκρασιών και βάδισης ενάντια στον άνεμο.
- Άμεσο σταμάτημα αν αισθανθεί βράχυνση αναπνοής
 - Λήψη νιτρογλυκερίνης και ανάπαυση αν αισθανθεί πόνο
 - Ανάλυση σεξουαλικών σχέσεων μετά από συμβουλή του γιατρού, συνήθως μετά από την εκτίμηση της αντοχής στη δοκιμασία κόπωσης. Η σεξουαλική δραστηριότητα πρέπει να αποφεύγεται μετά από φαγητό, λήψη αλκοόλ ή κόπωση.^{42,43}
16. Μετά την έξοδο από την εντατική
- Εάν η κατάσταση του άρρωστου σταθεροποιηθεί εξέρχεται την 3-4η ημέρα στο κοινό θάλαμο νοσηλείας που παραμένει για 3-4 ημέρες ακόμη. Εξέρχεται από το νοσοκομείο την 7-10η ημέρα από την εισαγωγή του, αφού υποβληθεί σε πρώιμη δοκιμασία κόπωσης για να ελεγχθεί εάν ανήκει σε κατηγορία υψηλού ή χαμηλού κινδύνου.
- Εάν η δοκιμασία είναι αρνητική (χαμηλού κινδύνου) εξέρχεται ακολουθώντας φαρμακευτική αγωγή.
- Εάν η δοκιμασία είναι θετική (υψηλού κινδύνου) γίνεται στεφανιογραφία με σκοπό την αγγειοπλαστική (μπαλονάκι) ή την εγχείρηση για την διάνοιξη της υπεύθυνης αρτηρίας.^{42,43}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Η αποκατάσταση ύστερα από ένα έμφραγμα είναι πολύ διαφορετική απ' ό,τι στο παρελθόν. Όταν ο πόνος και η γενικευμένη αδυναμία υποχωρήσουν - αυτό συνήθως είναι υπόθεση λίγων ημερών - η έμφαση δίνεται στο να ανακτήσει ο ασθενής τους φυσιολογικούς ρυθμούς της ζωής του μέσα σε 6-8 εβδομάδες. Σε πολλές χώρες του κόσμου, τα μεγάλα νοσοκομεία έχουν υπηρεσίες καρδιολογικής αποκαταστάσεως.

Οι στόχοι της καρδιολογικής αποκαταστάσεως είναι:

1. Εκπαίδευση. Κατανόηση των αιτιών του προβλήματος και των τρόπων βελτιώσεως της καταστάσεως του ασθενούς.
2. Άσκηση. Παροχή ειδικού προγράμματος ασκήσεως, που θα επιτρέψει στον ασθενή να επιστρέψει στις φυσιολογικές δραστηριότητές του.
3. Πρόληψη. Τα βήματα που πρέπει να κάνει ο ασθενής, για να αποφύγει μελλοντικό έμφραγμα.

Το πρόγραμμα αποκαταστάσεως συνήθως αρχίζει στο νοσοκομείο, όταν μια νοσοκόμα επισκέπτεται τον ασθενή και απαντά σε ερωτήματα που προβληματίζουν τον ίδιο και την οικογένειά του. Η νοσοκόμα δίνει κάποιες οδηγίες για το τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει ο ασθενής όταν φύγει από το νοσοκομείο. Το πρόγραμμα ασκήσεως αρχίζει συνήθως 2-4 εβδομάδες αργότερα και γίνεται με επίβλεψη από έναν φυσιοθεραπευτή στο γυμναστήριο του νοσοκομείου. Πιθανότατα θα υπάρχει μια ομάδα 10-15 ατόμων που ακολουθούν το πρόγραμμα, γεγονός που αποτελεί καλή ευκαιρία για να συζητήσουν οι ασθενείς μεταξύ τους και να μοιραστούν τις εμπειρίες τους. Στα μάτια των ασθενών που τώρα αρχίζουν ένα πρόγραμμα αλλά φοβούνται να ασκηθούν, η εικόνα των άλλων ασθενών που κοντεύουν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα και ασκούνται γεμάτοι ενέργεια είναι συχνά παρήγορη.^{1,3}

Για πολλούς μεσήλικους αυτό το πρόγραμμα ενδέχεται να είναι η πρώτη συστηματική άσκηση που θα κάνουν στη ζωή τους και γι' αυτό τους φαίνεται ξένη στην αρχή. Οι περισσότεροι ασθενείς, όμως, διαπιστώνουν ότι καθώς περνάει ο καιρός η άσκηση γίνεται ολοένα και πιο εύκολη και είναι πιθανόν, όταν ολοκληρώσουν το πρόγραμμα, να αισθάνονται καλύτερα παρά ποτέ. Οι συνεδρίες της αποκαταστάσεως συνήθως διαρκούν 1-2 ώρες και πραγματοποιούνται δύο φορές την εβδομάδα επί 6-8 εβδομάδες. Πέρα από την άσκηση, συνήθως διατίθεται χρόνος για συζήτηση γύρω από τα αίτια του εμφράγματος και τον τρόπο προλήψεώς του. Μπορεί επίσης να γίνονται επισκέψεις από έναν φαρμακοποιό, έναν διαιτολόγο και έναν καρδιολόγο, οι

οποίοι απαντούν στα ερωτήματα που ενδεχομένως έχουν οι ασθενείς ή οι συγγενείς τους γύρω από την ασθένειά τους.^{1,3}

6.1. Επιστροφή στη φυσιολογική ζωή

Τις πρώτες εβδομάδες ή μήνες ύστερα από ένα έμφραγμα, είναι πιθανόν να φοβάται ο ασθενής να ασχοληθεί με τις καθημερινές δραστηριότητές του, όπως την εργασία ή το σεξ.

6.2. Οδήγηση

Συνήθως δεν επιτρέπεται στον ασθενή να οδηγήσει τον πρώτο μήνα ύστερα από ένα έμφραγμα. Σε πολλές χώρες του κόσμου η απαγόρευση ισχύει δια νόμου - σε αρκετές περιπτώσεις, μάλιστα, οι οδηγοί είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν τις ασφαλιστικές εταιρείες για την κατάστασή τους. Η νομοθεσία που αφορά τους ανθρώπους που οδηγούν επαγγελματικά (όπως τους οδηγούς λεωφορείων ή τους οδηγούς φορτηγών) διαφέρει από χώρα σε χώρα.^{1,3}

6.3. Σεξουαλική δραστηριότητα

Ύστερα από ένα έμφραγμα, οι ασθενείς προβληματίζονται για το θέμα του σεξ. Στην αρχή, βεβαίως, δεν έχουν ιδιαίτερη όρεξη γι' αυτό, αλλά είναι φυσιολογικό να αρχίσουν πάλι τη σεξουαλική τους ζωή έπειτα από 3-4 εβδομάδες. Πρέπει, πάντως, να αποφεύγονται οι υπερβολές έως ότου αναρρώσουν πλήρως, κάτι που φυσιολογικά συμβαίνει 6-8 εβδομάδες μετά το έμφραγμα. Μερικά από τα φάρμακα που χορηγούν οι γιατροί, εξάλλου, μπορεί να μειώσουν την ερωτική επιθυμία. Αν αισθάνεται ο ασθενής ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει και σ' αυτόν, θα πρέπει να το συζητήσει με τον γιατρό του.^{1,3}

6.4. Εργασία

Δύο έως τρεις μήνες μετά το έμφραγμα, οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να επιστρέψουν στην εργασία τους. Για όσους ασκούν ένα επάγγελμα που δεν έχει ιδιαίτερες σωματικές απαιτήσεις ούτε περιλαμβάνει έντονη σωματική καταπόνηση, οι δύο μήνες μακριά από την εργασία μπορεί να είναι αρκετοί. Όσοι, όμως, ακολουθούν βαριά χειρωνακτική εργασία, μπορεί να χρειασθούν περισσότερη αναρρωτική άδεια, καθώς και ειδικές ασκήσεις ώστε να ανακτήσουν τη σωματική τους ευρωστία.

6.5. Διακοπές

Για τους 2-3 πρώτους μήνες ύστερα από ένα έμφραγμα είναι ίσως ασφαλέστερο να μην ταξιδέψει ο ασθενής στο εξωτερικό. Αργότερα μπορεί πιθανότατα να ταξιδέψει όπου θέλει, υπό την προϋπόθεση ότι έχει αναρρώσει πλήρως. Σε περίπτωση αμφιβολίας, συζητάει τα σχέδιά του με τον γιατρό του. Πρέπει πάντοτε ο ασθενής να έχει εξασφαλίσει ότι θα έχει πλήρη ιατρική κάλυψη στο ταξίδι του και ότι η ασφάλειά του δεν εξαιρεί τα καρδιολογικά προβλήματα! Αν παίρνει φάρμακα, θα πρέπει να φροντίσει να πάρει μαζί του αρκετά για να του φθάσουν σε όλο το ταξίδι, καθώς και να τα μεταφέρει στις χειραποσκευές του.^{6,8}

6.6. Άγχος και κατάθλιψη

Όλοι ανησυχούν ύστερα από ένα έμφραγμα και, παρά τις θετικές συμβουλές από τους γιατρούς, τις νοσοκόμες και τους συγγενείς τους, πολλοί ασθενείς δεν μπορούν να απαλλαγούν απ' αυτήν την ανησυχία. Ο κύριος φόβος είναι μήπως συμβεί ένα δεύτερο έμφραγμα, και όλα όσα συμπεριλαμβάνει. Είναι φυσιολογικό ο ασθενής να ανησυχεί για τον εαυτό του και για την οικογένειά του, ακόμα και αν δυσκολεύετε να περιγράψει με λόγια τους φόβους του. Το έμφραγμα μπορεί να επιφέρει αληθινό πλήγμα στην αυτοπεποίθηση, ιδίως αν ποτέ άλλοτε δεν αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα υγείας και είναι σχετικά εύκολα να αναπτύξει, τελικά, κατάθλιψη.

6.7. Αναγνωρίζοντας το πρόβλημα

Η κατάθλιψη είναι μια απολύτως αληθινή και θεραπεύσιμη ασθένεια.

Μπορεί κανείς να πάσχει από αυτήν, αν παρουσιάζει αρκετά από τα συμπτώματα που ακολουθούν:

- Θλίψη ή ευσυγκινησία.
- Απώλεια της απολαύσεως ή του ενδιαφέροντος στην εργασία και τα χόμπι
- Απώλεια του ενδιαφέροντος για το σεξ.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Υπεραπασχόληση με την υγεία του.
- Μειωμένη ικανότητα συγκεντρώσεως.
- Διαταραχές ύπνου (αϋπνία ή πολύ πρωινή έγερση).
- Συνεχή κόπωση.^{6,8}

Στην κατάθλιψη, τα επίπεδα των χημικών ουσιών που μεταδίδουν μηνύματα στον εγκέφαλο είναι αφύσικα χαμηλά και η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά μπορεί να τα επαναφέρει στο φυσιολογικό. Τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν εθισμό, σε αντίθεση με τα ηρεμιστικά, και θα μπορεί ο ασθενής να διακόψει τη λήψη τους όταν αναρρώσει πλήρως από την κατάθλιψη. Οι περισσότεροι άνθρωποι τα παίρνουν επί 3-6 μήνες το λιγότερο. Κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά το έμφραγμα είναι τόσα πολλά αυτά που συμβαίνουν και τόσα πολλά αυτά που πρέπει να σκεφθεί ο ασθενής, ώστε είναι πιθανόν να μην αντιληφθεί την κατάθλιψή του. Εντούτοις, όταν η ζωή του αρχίζει να ανακτά τους φυσιολογικούς της ρυθμούς, μπορεί να έχει περισσότερο χρόνο για να σκεφθεί το μέλλον - και τότε είναι που μπορεί να εμφανισθούν προβλήματα.

Η πιο συνήθης αντίδραση είναι η οξυθυμία, ακόμα και σε ανθρώπους που παλαιότερα ήσαν πράοι. Οι σύντροφοι των ασθενών συχνά παραπονούνται ότι οι ασθενείς γίνονται έξω φρενών με το παραμικρό. Τα προβλήματα αυτά συνήθως αμβλύνονται όταν και αν επιστρέψει ο ασθενής στην εργασία του, και η ζωή αρχίζει να κυλά πάλι ομαλά, αλλά ορισμένοι ασθενείς εξακολουθούν να είναι οξύθυμοι για πολύ καιρό. Το σημαντικό με το άγχος και την κατάθλιψη είναι να συνειδητοποιήσει ο ασθενής ότι πρόκειται για συχνά φαινόμενα που μπορούν να αντιμετωπισθούν. Πολλές φορές, η συζήτηση όσων αισθάνεται με άτομα που έχουν περάσει τα ίδια είναι ό,τι χρειάζεται.^{6,8}

6.8. Η άσκηση του εμφραγματία

Ένα καλό είδος άσκησης είναι το βάδισμα με κανονικό ζωηρό βήμα, χωρίς διακοπή, υπό κανονικές συνθήκες θερμοκρασίας και υγρασίας. Συνιστάται προοδευτική αύξηση της διάρκειας και της ταχύτητας του βαδίσματος, έτσι ώστε αρχίζοντας από 500 μέτρα σε 5-10 λεπτά τις πρώτες μέρες, να φθάσει ο εμφραγματίας να περπατά τουλάχιστον 4-5 χιλιόμετρα σε μία ώρα, ύστερα από 2-3 μήνες. Πρέπει να τονιστεί ότι δεν ισχύουν τα ίδια για όλους τους εμφραγματίες, αλλά η όλη αποκατάσταση θα γίνεται υπό στενή καρδιολογική παρακολούθηση. Εάν στις καθημερινές του δραστηριότητες και στο βάδισμα δεν υπάρχουν ενοχλήματα τύπου στηθάγχης τότε θα μπορεί να έχει φυσιολογική σεξουαλική ζωή.

6.9. Λήψη φαρμάκων στο σπίτι

Κατά την πρώτη εβδομάδα στο νοσοκομείο θα χορηγηθούν στον ασθενή μία σειρά φαρμάκων, ορισμένα εκ των οποίων αντιμετωπίζουν τις επιπλοκές και άλλα μειώνουν τον κίνδυνο αναπτύξεως περαιτέρω προβλημάτων τις επόμενες εβδομάδες και μήνες. Υπάρχει, πλέον, ευρύ φάσμα φαρμάκων που μπορούν να

χορηγηθούν σε ασθενείς με έμφραγμα ως φαρμακευτική αγωγή για το σπίτι - ο γιατρός θα αποφασίσει ποιο απ' όλα θα ωφελήσει τον ασθενή περισσότερο. Δεν θα πρέπει ο ασθενής να εκπλαγεί, αν γνωρίζει κάποιον άλλον ασθενή ο οποίος ακολουθεί διαφορετική αγωγή, διότι τα φάρμακα πρέπει να ταιριάζουν στις ανάγκες κάθε ασθενούς ξεχωριστά.^{6,8}

Ασπιρίνη. Είναι το πιο συχνά χορηγούμενο φάρμακο, αλλά μερικοί άνθρωποι δεν μπορούν να την πάρουν, συνήθως διότι αντιμετωπίζουν προβλήματα με το στομάχι τους. Ο κύριος στόχος της είναι να μειώσει τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων - των κυττάρων του αίματος που ενώνονται μεταξύ τους για να δημιουργηθούν οι θρόμβοι.

Βήτα-αναστολείς. Τα φάρμακα αυτά εμποδίζουν τη δράση της αδρεναλίνης σε συγκεκριμένους υποδοχείς των κυττάρων της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων. Με αυτόν τον τρόπο μειώνουν τον κίνδυνο αναπτύξεως νέου εμφράγματος και έτσι ελαττώνουν τη θνησιμότητα. Η χορήγησή τους είναι πλέον ρουτίνα σε ασθενείς που έχουν πάθει έμφραγμα, αλλά ορισμένοι ασθενείς δεν μπορούν να τα λάβουν διότι, λ.χ., έχουν άσθμα, βρογχίτιδα ή καρδιακή ανεπάρκεια.

Αναστολείς του ACE. Τα φάρμακα αυτά υπήρξαν σημαντική εξέλιξη στη θεραπεία των καρδιολογικών προβλημάτων. Οι αναστολείς του ACE (ενζύμου μετατροπής της αγγειοτασίνης) μειώνουν την ποσότητα της αγγειοτασίνης που κυκλοφορεί στο αίμα. Η αγγειοτασίνη βοηθάει τα αιμοφόρα αγγεία να συστέλλονται και κάνει το σώμα να κατακρατά περισσότερο αλάτι και νερό απ' όσο είναι φυσιολογικό. Οι αναστολείς του ACE μειώνουν τα επίπεδα της αγγειοτασίνης και έχουν ελαττώσει τον αριθμό των ανθρώπων που αναπτύσσουν έμφραγμα και καρδιακή ανεπάρκεια.

Στατίνες. Πρόκειται για ισχυρά, νέα φάρμακα, τα οποία μειώνουν τα επίπεδα χοληστερόλης. Δρουν ελαττώνοντας την ποσότητα της χοληστερόλης που παράγει το σώμα (κυρίως το ήπαρ) και συμβάλλουν στην πρόληψη της περαιτέρω στενώσεως των στεφανιαίων αρτηριών.

Τρινιτρική γλυκερίνη. Είναι ένα από τα πιο σημαντικά φάρμακα που ο ασθενής θα λάβει στο σπίτι, είτε σε μορφή σπρέι είτε σε μορφή υπογλώσσιου δισκίου. Το φάρμακο αυτό χρησιμοποιείται εάν αναπτύξει περαιτέρω πόνο στο στήθος, έπειτα από την έξοδό του από το νοσοκομείο.^{6,8}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα υγείας βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες στην κοινότητα, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να διασφαλίσουν, σε κάθε βήμα της ανάπτυξης τους, στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και του αυτοπροσδιορισμού.

Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου είναι κεντρική λειτουργία και κύριος στόχος, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας.

Είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου ο πληθυσμός ζει και εργάζεται, και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας για τη φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας η ευρύτερη έννοια της υγείας δηλώνει την πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, εργασίας και κοινωνικής δράσης δημιουργεί νέα δεδομένα για τον σημερινό άνθρωπο. Έτσι, ποιότητα ζωής, ευ ζην, θετική στάση, είναι έννοιες που σήμερα αποκτούν νέες διαστάσεις.

Είναι απαίτηση των καιρών η επιβεβαίωση των νέων θεραπειών, να γίνεται όχι μόνο με τη μέτρηση του κόστους προς το όφελος, αλλά κυρίως με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς για την γενική του κατάσταση. Ο καθορισμός της ποιότητας ζωής των ασθενών, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην επιλογή θεραπευτικών σχημάτων και τη δημιουργία νέων φαρμακευτικών και τεχνολογικών βοηθημάτων. Από την άλλη πλευρά, η εκτίμηση των νέων συστημάτων υγείας δημιουργεί την ανάγκη για μελέτη της έκβασης που θα στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα.

Για τη σωστή εκτίμηση της υγείας ενός ασθενούς, θα πρέπει να επιδιώκουμε και τη γνώμη του ασθενούς και όχι μόνο τους κλασικούς δείκτες, θνησιμότητα και νοσηρότητα. Οι δείκτες θνησιμότητα και νοσηρότητα είναι ανεπαρκείς, αφού δίνουν πολύ μικρή εικόνα της υγείας, ιδιαίτερα όταν μελετούμε την κατάσταση του ασθενούς σε χρόνιες νόσους.

7.1. Ιστορική αναδρομή

Μετά το τέλος του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου το γνωστικό αντικείμενο της ιατρικής επιστήμης άλλαξε σημαντικά. Οι μεγάλες ανακαλύψεις στο χώρο της υγείας συνέβαλαν σε αυξημένες ανάγκες για περισσότερο προσωπικό, νέα νοσοκομεία, υψηλή τεχνολογία κ.λ.π. Παρ' όλες όμως τις τεράστιες δαπάνες που καταλάωναν τα κράτη στον τομέα της υγείας, φάνηκε μετά τη δεκαετία 1960-1970 ότι η κατάσταση υγείας των λαών δεν παρουσίαζε αισθητή βελτίωση. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις τα αποτελέσματα ήταν αντίθετα. Είχαν πια επισημανθεί στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου τα συμπτώματα μιας καινοφανούς υγειονομικής κρίσης, που χαρακτηρίζονταν από ιατρική αναποτελεσματικότητα απέναντι στη νεοδιαμορφωμένη νοσολογία, από προοδευτική μειωμένη απόδοση των ραγδαία αυξανόμενων δαπανών για την υγεία και από παροξυνόμενη κρίση εμπιστοσύνης στις σχέσεις γιατρών με το κοινωνικό σύνολο.^{47,48}

Μελέτες για τη διαπίστωση των αιτιών που εμπόδιζαν την περαιτέρω βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας και την αύξηση των δαπανών για την υγεία έδειξαν ότι:

- α) Με δεδομένο το σημερινό επίπεδο προσφοράς υπηρεσιών υγείας, περαιτέρω αύξηση του αριθμού των γιατρών και των άλλων συντελεστών παραγωγής θα έχει ως αποτέλεσμα την παροχή υπηρεσιών σε ολοένα και λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις.
- β) Με δεδομένη την τάση προσφοράς να δημιουργεί τη δική της ζήτηση θα παρουσιάζονται συνεχώς λιγότερο σοβαρά προβλήματα υγείας τα οποία θα απευθύνονται σε αυξημένη προσφορά.
- γ) Οι περισσότερες από τις πιο αποτελεσματικές ιατρικές επεμβάσεις, όπως οι εμβολιασμοί και η αντιμετώπιση των βακτηριακών λοιμώξεων, είναι σχετικά φτηνές και δεν επηρεάζονται από την αύξηση στη συνολική προσφορά υγείας. Οι περισσότερες όμως, από τις δαπανηρές τεχνικές όπως οι μεταμοσχεύσεις οργάνων, δεν προβλέπεται να παίξουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της θνησιμότητας, τουλάχιστον στο προβλεπόμενο μέλλον.
- δ) Το μεγαλύτερο ποσό για την υγεία διατίθετο στο θεραπευτικό τομέα ο οποίος ήταν επικεντρωμένος στα μεγάλα αστικά κέντρα ενώ οι

περισσότερες ανάγκες υγείας απαιτούσαν προληπτικές υπηρεσίες σε κοινοτικό επίπεδο.

- ε) Η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει κοινωνική βάση και ο σημαντικότερος παράγοντας για την υγεία είναι η αρμονική συμβίωση του ανθρώπου με το κοινωνικό περιβάλλον.
- στ) Οι ταχύτεροι ρυθμοί των μεταβολών που λαμβάνουν χώρα σε οικονομικό επίπεδο και η εκρηκτική ανάπτυξη της επιστημονικής γνώσης έχει ως αποτέλεσμα σήμερα να ξοδεύονται περισσότερα σε διαδικασίες και βιοτεχνολογία σχετιζόμενη με θεραπείες ενώ δεν έχει αναπτυχθεί καθόλου η φροντίδα.^{47,48}

7.2. Ορισμός – Στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Διεθνής Συνδιάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) επιβεβαιώνει με έμφαση ότι η υγεία που είναι η πλήρης σωματική ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας, είναι βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένας από τους διεθνώς πιο σημαντικούς κοινωνικούς στόχους, για την πραγματοποίηση του οποίου απαιτείται η δραστηριοποίηση, εκτός από τον τομέα των υπηρεσιών υγείας και πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων.^{49,50}

Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία περιλαμβάνει την πρόληψη, καθορίστηκε το 1978 με την διακήρυξη της "Άλμα-Ατα: Ουσιαστική υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά σωστές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία που προσφέρεται σε όλα τα άτομα και όλες τις οικογένειες μιας κοινότητας με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που ανταποκρίνεται στις οικονομικές δυνατότητες της κοινότητας και της χώρας σε κάθε στάδιο ανάπτυξης, σύμφωνα με πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει ως στόχο να:

1. αντανακλά και διαμορφώνεται ανάλογα με τις οικονομικές συνθήκες, τα κοινωνικά πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και των κοινοτήτων της και βασίζεται στην εφαρμογή των συναφών αποτελεσμάτων της κοινωνικής, βιοιατρικής έρευνας καθώς και της έρευνας των υπηρεσιών υγείας και της εμπειρίας της δημόσιας υγείας.⁴⁹⁻⁵²

2. απαντά στα κύρια προβλήματα υγείας στην κοινότητα, παρέχοντας αντίστοιχα υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
3. περιλαμβάνει τουλάχιστον: εκπαίδευση σχετική με τα βασικά προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους, εξασφάλιση της παροχής τροφίμων και προαγωγή της κατάλληλης διατροφής, παροχή επαρκούς και ασφαλούς πόσιμου νερού και βασικής υγιεινής των αποβλήτων, φροντίδα για την υγεία μητέρας και παιδιού καθώς και οικογενειακό προγραμματισμό, εμβολιασμό για τις κυριότερες μεταδοτικές ασθένειες, πρόληψη και έλεγχο των ασθενειών που ενδημούν σε τοπικό επίπεδο, κατάλληλη θεραπεία των κοινών νοσημάτων και τραυματισμών καθώς και παροχή των απαραίτητων φαρμάκων.
4. εμπλέκει, εκτός από τον τομέα της υγείας, όλους τις σχετικές δομές και τομείς της ανάπτυξης σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, και συγκεκριμένα τους τομείς αγροτικών καλλιεργειών, κτηνοτροφίας, τροφίμων, βιομηχανίας, εκπαίδευσης, κατοικίας, δημοσίων έργων, επικοινωνίας κλπ, και απαιτεί τη συντονισμένη δραστηριότητα όλων αυτών των τομέων.
5. προϋποθέτει και προάγει την μέγιστη δυνατή αυτοδυναμία και συμμετοχή σε συλλογικό και ατομικό επίπεδο στο σχεδιασμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, χρησιμοποιώντας στο μέγιστο δυνατό όλους τους διαθέσιμους τοπικούς, εθνικούς ή άλλους πόρους. Προς την κατεύθυνση αυτή αναπτύσσει την ικανότητα της κοινότητας να συμμετέχει με κατάλληλη εκπαίδευση.
6. θα πρέπει να υποστηρίζεται από ενσωματωμένα, λειτουργικά και αλληλοϋποστηριζόμενα συστήματα παραπομπών, που θα οδηγούν σε προοδευτική βελτίωση της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας για όλους, και θα δίνουν προτεραιότητα σε αυτούς με τη μεγαλύτερη ανάγκη.
7. βασίζεται, σε τοπικό επίπεδο και στα ζητήματα παραπομπών, στους λειτουργούς υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται κατά περίπτωση γιατροί, νοσηλευτές, μαίες, βοηθητικό προσωπικό και άτομα από την κοινότητα (community workers), καθώς και παραδοσιακούς θεραπευτές ανάλογα με τις ανάγκες, που έχουν κατάλληλα εκπαιδευτεί σε τεχνικές και κοινωνικές δεξιότητες για να λειτουργούν ως ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις εκφρασμένες ανάγκες της κοινότητας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ασκείται μέσα από τα Κέντρα Υγείας και περιλαμβάνει τακτική φροντίδα στο σπίτι όπου χρειαζόταν,

παρακολούθηση χρόνιων προβλημάτων, προγράμματα άσκησης ηλικιωμένων, προληπτική εξέταση των παιδιών στο σχολείο, ενημέρωση για υγιεινή διατροφή.⁴⁹⁻⁵²

7.3. Συστατικά Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Π.Φ.Υ. δεν ασχολείται μόνο με την περίθαλψη, δηλαδή τη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση απλών νοσημάτων σε τοπικό επίπεδο, αλλά μέσα από τη συνεχή και συνεπή παρουσία μέσα στον πληθυσμό είναι επιφορτισμένη και με ζητήματα όπως:

- Πρόληψη
- Κοινωνική φροντίδα
- Προαγωγή υγείας

7.3.1. Πρόληψη – κοινωνική φροντίδα

Με τον όρο «πρόληψη» εννοούμε την αποφυγή της ασθένειας με τη δημιουργία συνθηκών υγιεινής διαβίωσης, τόσο σε επίπεδο υποδομών, όσο και σε επίπεδο ατομικής συμπεριφοράς, πχ. εμβολιασμοί, προσυμπτωματικός έλεγχος, κ.ά.

Η έννοια της κοινωνικής φροντίδας εστιάζει στην προστασία υπερηλίκων, ατόμων με ειδικές ανάγκες κτλ. από ειδικά υγειονομικά στελέχη και κοινωνικούς λειτουργούς κάτω απ' την καθοδήγηση του γενικού ιατρού.^{49,50}

7.3.2. Προαγωγή υγείας

Η προαγωγή υγείας: περιλαμβάνει ως έννοια τις δράσεις που σκοπό έχουν «την πρόωση της φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ποιοτικής ισορροπίας της θετικής υγείας και ταυτόχρονα την πρόληψη της φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής κακής υγείας».

Η προαγωγή υγείας δηλαδή επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση της συνολικής υγείας μέσω προγραμμάτων αγωγής υγείας, νομοθετικών, οργανωτικών και οικονομικών μεταβολών κ.ά.. Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου, τα προγράμματα προαγωγής υγείας οφείλουν να εστιάζουν στη βελτίωση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του κοινωνικού συνόλου (βελτίωση του

φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, υιοθέτηση υγιεινών προτύπων διαβίωσης κλπ.) και των υπηρεσιών υγείας.^{49,50}

7.3.3. Άσκηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει την διάγνωση και θεραπεία νόσων για τα οποία δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο, παρέχεται σε τοπικό επίπεδο και είναι εύκολα προσβάσιμη από τους κατοίκους μιας περιοχής. Αυτό το επίπεδο (οφείλει να) καλύπτει τον πληθυσμό και σε θέματα φροντίδας υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις μη αστικές περιοχές παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στα οποία και πραγματοποιείται το 12,5% περίπου του συνόλου των επισκέψεων στις μονάδες της ΠΦΥ.

Στις λοιπές περιοχές η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ (38,8%) και άλλων ασφαλιστικών ταμείων (2,5%), τους ιδιώτες ιατρούς (34,4%), τα εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ (11,2%).^{49,50}

7.4. Σκοποί και στόχοι Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Ο κυριότερος σκοπός των περισσότερων νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους αρρώστους. Ορισμένοι ερευνητές εκλαμβάνουν το πρωταρχικό αυτό σκοπό σα διαδικασία νοσηλευτικών παρεμβάσεων και πράξεων, δηλαδή το ότι γίνεται για τον άρρωστο. Άλλοι ότι ισοδυναμεί με τα αποτελέσματα, τι έμαθε ο άρρωστος. Η θεώρηση των σκοπών εξαρτάται από τις θεωρίες της νοσηλευτικής και τη φιλοσοφία που κυριαρχούν στη νοσηλευτική υπηρεσία.⁵³

Άλλοι σκοποί δημιουργούνται από τη σύνθεση της νοσηλευτικής και της διοίκησης. Διοικητικές αξίες και μέθοδοι όπως οι σχετικές με την οικονομία και την αποτελεσματικότητα υπεισέρχονται στη νοσηλευτική διοίκηση. Αυτοί οι σκοποί είναι αποφασιστικοί για την επίτευξη των νοσηλευτικών στόχων. Ενώ ένας προϊστάμενος επιχείρησης αποβλέπει σε άμεσο οικονομικό κέρδος ακόμα και στη κατώτερη βαθμίδα, το αντίθετο απαιτείται από την νοσηλευτική.

Στη νοσηλευτική, η διοικητική ικανότητα και η οικονομία, προσπαθούν μαζί όσο το δυνατόν να επιτύχουν τους νοσηλευτικούς σκοπούς σε ποσοτικές ή ποιοτικές παρεχόμενες υπηρεσίες. Αν και οι σκοποί αυτοί είναι αποφασιστικοί και σημαντικοί σε μία κοινωνία που γνωρίζει τους περιορισμούς στους πόρους και τις πηγές της, ο διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας, καλείται να βρει τρόπους κάλυψης των νοσηλευτικών σκοπών με μεγαλύτερη

αποτελεσματικότητα. Επίσης πρέπει να αναγνωρίζει ότι η υγεία ή η νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί μια κοινωνική αξία. Δεν μπορεί να προωθηθεί σαν κάτι το απόλυτο. Πρέπει να προωθείται αναλογικά και σε σχέση με άλλες κοινωνικές αξίες και ανάγκες.⁵³

Δεν είναι δυνατόν όμως να συζητά κανείς για σκοπούς, χωρίς να λαμβάνει υπόψη τα εμπόδια που υπάρχουν για τη πραγμάτωση τους. Αν ο διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας μονομερώς αποβλέπει στην πραγματοποίηση των αντικειμενικών σκοπών και αγνοεί τα πιεστικά προβλήματα, οπωσδήποτε θα συναντά δυσκολίες στη βελτίωση της υπηρεσίας ή του τμήματος. Αν καταναλίσκει όλο το χρόνο στη λύση τρεχόντων προβλημάτων, «να σβήνει φωτιές», η νοσηλευτική υπηρεσία δεν πρόκειται ποτέ να προοδεύσει και να ξεπεράσει την αρχική της φάση.

Επομένως, η ισορροπία μεταξύ μελλοντικής κατεύθυνσης και αντιμετώπισης των παρόντων προβλημάτων είναι το κλειδί κάθε επιτυχημένης και αποτελεσματικής διοίκησης.^{53,54}

Ο σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας περιλαμβάνει τις ακόλουθες έννοιες:

- Παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στους αρρώστους.
- Πρόβλεψη και υποστήριξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Πρόβλεψη και υποστήριξη ερευνητικών προσπαθειών.⁵³

Μερικά παραδείγματα:

- Σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι να παρέχει ποιοτική νοσηλεία σε όλους τους αρρώστους που εισάγονται στο νοσοκομείο (επιθυμητή οργάνωση).
- Σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα σε κάθε άρρωστο με τη μέθοδο αντιμετώπισης των προβλημάτων του (επιθυμητή μέθοδος).
- Σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι να εξασφαλίσει για τον κάθε άρρωστο ικανοποιητική ανάρρωση και διατήρηση της υγείας του στο δυνατότερο εφικτό βαθμό (επιθυμητά αποτελέσματα).

Σκοποί νοσηλευτικής υπηρεσίας:

- Παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας ανώτερης ποιότητας στα άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο στα εξωτερικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και σε εκείνα που δέχονται φροντίδα υγείας στο σπίτι, σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης.
- Η εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου για κάλυψη επειγόντων περιστατικών.
- Η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων με ανάλογο σε αριθμό και παραδεκτή σύνθεση επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού (δύο

νοσηλευτές προς ένα βοηθό) για κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών αρρώστων σε 24ωρη βάση.

- Η άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης νοσηλευτικών τομέων, καθώς και ο προγραμματισμός και έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τα τεθέντα κριτήρια ποιότητας και ασφάλειας.
- Η λειτουργία προγραμμάτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων.
- Η υποστήριξη εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων για απόκτηση εμπειριών μάθησης φοιτητών, σπουδαστών και μαθητών Σκοπός. Αξιολόγηση του τύπου προγραμμάτων στελέχωσης κάθε περιοχής νοσηλευτικής φροντίδας.
 - i. Συμπλήρωση και εφαρμογή της μεθόδου ταξινόμησης ασθενών σε όλες τις κλινικές νοσηλευτικές μονάδες.
 - ii. Χρησιμοποίηση στοιχείων και πληροφοριών για σύγκριση μεταξύ ωρών που διατέθηκαν και ωρών που απαιτούνται για τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, προκειμένου να γίνει προσαρμογή του προγράμματος στελέχωσης.⁵³

7.5. Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας

Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί τον κύριο άξονα οργάνωσης μιας βάσης εξαρτημένων μεταβλητών, οι οποίες και αφορίζουν αυτή την φροντίδα μέσα από ένα πρότυπο οργάνωσης, διαχείρισης και αποτελεσματικότητας των οποιοδήποτε παροχών. Η ποιότητα στην καθημερινή πρακτική προσδιορίζεται από την εφαρμογή αποδεκτών πρωτοκόλλων εργασίας και τη διάσταση που εκλαμβάνει ο ασθενής, η οποία μετριέται με την εξερεύνηση των στοιχείων ικανοποίησης.⁵⁵

Οι κατευθυντήριες αρχές της ποιότητας στη φροντίδα υγείας βασίζονται στα δικαιώματα των ασθενών, στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, στην αλληλεγγύη, στην ελευθερία επιλογής.

Η ποιότητα φροντίδας ασθενών χωρίζεται σε τρεις διαστάσεις:

- την σωματική ευεξία,
- την ψυχική ευεξία,
- την κοινωνική ευεξία.

Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος, το επίπεδο σωματικής λειτουργίας.

Στη ψυχική ευεξία μελετάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στη

συνολική ικανοποίηση, αλλά και στο άγχος, στην κατάθλιψη, στην ικανότητα προσαρμογής.

Η κοινωνική ευεξία αντανακλά, το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον (φίλους– οικογένεια).⁵⁵

Σύμφωνα με τις αρχές της ηθικής ο νοσηλευτής οφείλει να:

- Ενεργεί με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς
- Είναι υπεύθυνος και λογοδοτεί για τη ζωή του ατόμου που φροντίζει
- Σέβεται την προσωπικότητα και τις επιθυμίες του ατόμου που περιθάλπτει
- Παρέχει ιατρική φροντίδα εξίσου σε όσους την έχουν ανάγκη
- Είναι έντιμος και αξιόπιστος

7.5.1. Νοσηλευτική φροντίδα - Θεραπευτικό Ποιοτικό περιβάλλον

Θεραπευτικό περιβάλλον είναι το περιβάλλον που δίνει άνεση και ελευθερία στον άρρωστο για έκφραση των συναισθημάτων και επιθυμιών του και τον βοηθεί στην ανάπτυξη υγιών τρόπων συμπεριφοράς. Μέσα στο θεραπευτικό περιβάλλον ο άρρωστος μπορεί να αναπτύξει αυτοκατανόηση και να δοκιμάσει αισθήματα αυτοεκτίμησης, εμπιστοσύνης, ασφάλειας, ηθικής ενίσχυσης, ψυχικής άνεσης και προστασίας, ανάλογα με τις ατομικές τους ανάγκες.

Σκοπός του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι να συντελέσει ώστε η ενδονοσοκομειακή παραμονή να ασκήσει θεραπευτική επίδραση στον άρρωστο, να υποστηρίξει την παραπέρα ψυχολογική του ανάπτυξη για μεγιστοποίηση του δυναμικού υγείας που διαθέτει και για αρμονική επικοινωνία και συνεργασία με τους γύρω του.

Το θεραπευτικό περιβάλλον προσαρμόζεται στις ανάγκες του συγκεκριμένου αρρώστου. Στελεγχώνεται με προσωπικό εκπαιδευμένο για να παρέχει υποστήριξη και να δείχνει κατανόηση και προσωπική προσοχή. Όλα τα μέλη του περιβάλλοντος συμβάλλουν στον προγραμματισμό και τη λειτουργία του. Η ιεραρχία υποτονίζεται καθώς όλα τα πρόσωπα θεωρούνται εξίσου σημαντικά και αξιόλογα μέλη της θεραπευτικής κοινότητας. Οι άρρωστοι αναλαμβάνουν περισσότερη ευθύνη, οι κοινωνικές διαφορές αμβλύνονται και η επικοινωνία είναι πιο ανοικτή.⁵⁵

Η θεραπεία του περιβάλλοντος οποιαδήποτε θεωρητική ή κλινική προσέγγιση κι αν χρησιμοποιεί, στηρίζεται σε τρεις κοινές υποθέσεις, ότι:

1. Άρρωστοι και προσωπικό ασκούν σημαντική αλληλεπίδραση και συνεπώς ο καθένας είναι ένα σύστημα επικοινωνίας

2. Οι ψυχικές λειτουργίες π.χ. συναισθήματα, μηχανισμοί άμυνας κ.ά. βιώνονται και από τους αρρώστους και από το προσωπικό, αλλά με διαφορές βαθμού και συχνότητας
3. Η διεργασία της θεραπείας του περιβάλλοντος είναι δυναμική και συνεχής και απαιτείται προσοχή και εγρήγορση ώστε να προκύπτει θεραπευτικό αποτέλεσμα, παρά τις τυχόν ενδιάμεσες αρνητικές επιδράσεις.

Για τη σωστή νοσηλευτική φροντίδα, ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί κάθε περίπτωση συστηματικά για την εκπλήρωση σαφών θεραπευτικών σκοπών. Γι' αυτό κάθε στιγμή της ημέρας και της νύκτας θεωρείται σημαντικός θεραπευτικός χρόνος και:

- Αναθέτει ευθύνες - όσες μπορεί να αναλάβει - στον άρρωστο για τη συμπεριφορά του και τον ενθαρρύνει ότι θα τα καταφέρει
- Διατηρεί υποστηρικτική ατμόσφαιρα για τις προσπάθειες που κάνει ο άρρωστος στη δοκιμή νέων τρόπων συμπεριφοράς και στο να είναι υπόλογος για τις επιλογές του
- Ανέχεται σε μεγάλο βαθμό τις παρεκκλίσεις που εκδηλώνει ο άρρωστος από τη θεωρούμενη κατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά με πλατιά όρια
- Δίνει στον άρρωστο ευκαιρίες να λύνει προβλήματα της καθημερινής ζωής και να εκπληρώνει ρόλους, στους οποίους απέτυχε στο παρελθόν, με άμεση ενημέρωση (feedback) πόσο καλά τα καταφέρνει
- Φροντίζει και για το φυσικό περιβάλλον να είναι ευρύχωρο και επαρκώς εξοπλισμένο, ώστε να μπορούν να ενεργοποιούνται οι άρρωστοι προς την εκπλήρωση σκοπών μάθησης.⁵⁵

Στα πλαίσια του θεραπευτικού περιβάλλοντος οι νοσηλευτές είναι:

1. Ειλικρινείς στην επικοινωνία με τον άρρωστο
2. Πρόθυμοι να αναλαμβάνουν τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους
3. Ικανοί να ανέχονται το άγχος και την απογοήτευση χωρίς να γίνονται άκαμπτα αμυντικοί
4. Έτοιμοι να ζητούν και να χρησιμοποιούν τη βοήθεια και την υποστήριξη των άλλων που έχουν περισσότερη γνώση και πείρα
5. Εύκολοι να αναγνωρίζουν ότι ο αυτοσεβασμός έχει άμεση σχέση με την ικανότητα του ατόμου να σέβεται και να κατανοεί τους άλλους
6. Πρότυπα της επιθυμητής αναμενόμενης συμπεριφοράς
7. Χειριστές του δυναμικού του περιβάλλοντος και των διαφορών που προκύπτουν
8. Ηγέτες στην οργάνωση, λειτουργία και αξιολόγηση των διαφόρων δραστηριοτήτων
9. Παράγοντες αλλαγής της ανθρώπινης συμπεριφοράς.⁵⁵

Η φιλοσοφία του θεραπευτικού περιβάλλοντος περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και τις επόμενες αρχές:

- Η ανάπτυξη της προσωπικότητας προέρχεται από ριζοκίνδυνες προσπάθειες και από μάθηση που αποκτάται από λάθη και παθήματα
- Χαρά και ικανοποίηση αισθάνεται το άτομο όταν εκπληρώνει προσωπικούς σκοπούς χωρίς μεγάλο κόστος για το ίδιο ή τους άλλους
- Είναι πιο χρήσιμο για την υγεία να μάθει κανείς να μιλά για τα συναισθήματα που δοκιμάζει, παρά να ενεργεί υπό την επίδρασή τους παρορμητικά και ασυνείδητα
- Τα άτομα είναι υπεύθυνα να εξετάζουν τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς τους στους άλλους
- Αυτονομία και κοινωνική απομόνωση δεν είναι ταυτόσημες έννοιες
- Εξάρτηση και διαπροσωπική εγγύτητα δεν είναι ίδιες έννοιες
- Το αίσθημα της αυτοαξίας ενός ατόμου πρέπει να βασίζεται σε τρέχουσες θετικές ψυχολογικές εμπειρίες και διαπροσωπικές σχέσεις μάλλον, παρά σε εμπειρίες του μακρινού παρελθόντος.⁵⁵

Τα στοιχεία της νοσηλευτικής ποιοτικής φροντίδας περιλαμβάνουν:

Το φυσικό περιβάλλον

Αυτό αποτελείται από το χώρο και τον εξοπλισμό. Είναι ανάγκη να διαθέτει προσωπικό χώρο και δυνατότητα μοναχικότητας για κάθε άρρωστο, χώρους για ψυχαγωγική δραστηριότητα και κοινωνική επαφή, τραπεζαρία και βοηθητικούς χώρους. Να εξασφαλίζει ακόμη τη σωματική και ψυχολογική προστασία και ασφάλεια για όλους. Ένα ιδιαίτερο ήσυχο δωμάτιο ή μια απομόνωση χρειάζεται ώστε να επιτρέπει στους αρρώστους να εκδηλώνουν τα διαταραγμένα συναισθήματά τους μέσα σε ασφαλείς και ελεγχόμενες συνθήκες. Επίσης απαραίτητο είναι και ένα δωμάτιο - γραφείο συνεργασίας των νοσηλευτών. Η κοινωνικότητα καλλιεργείται αν υπάρχει ένα σαλόνι ή αίθουσα με πιάνο, έπιπλα και περιοδικά, κουζίνα και ψυγείο με αναψυκτικά και εύκολη πρόσβαση προς αυλή με κήπο ή πάρκο.

Πρόγραμμα και κανόνες λειτουργίας

Η αποτελεσματικότητα της ενδονοσοκομειακής θεραπείας σχετίζεται σ' ένα βαθμό με τα πράγματα που οι άρρωστοι πρέπει να κάνουν. Κάθε θεραπευτικό περιβάλλον έχει κανόνες και τυπικές δραστηριότητες, που λειτουργούν για να διατηρούν κάποια κοινωνική τάξη και να προάγουν την ομαδική συνοχή. Το σύστημα αυτοδιοίκησης από τους αρρώστους παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα.

Προσφέρει:

- Ένα μέσο να γίνει η ζωή στο ψυχιατρικό τμήμα όμοια με τη ζωή έξω στην κοινωνία

- Έναν τρόπο ελέγχου της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς με την ομαδική πίεση και επιβολή
- Ομαδική υποστήριξη για τους πολύ διαταραγμένους αρρώστους
- Ευκαιρία να καταλάβουν οι άρρωστοι το διοικητικό μηχανισμό και να συμβάλλουν στην οργάνωσή του
- Ένα τρόπο αύξησης της αυτοεκτίμησης των αρρώστων
- Διέξοδο για να εκφράζουν οι άρρωστοι τις ενοχλήσεις και αντιδράσεις τους
- Διάυλο επικοινωνίας μεταξύ αρρώστων και προσωπικού.

Με την εκτόνωση των εντάσεων και την ελεύθερη ανταλλαγή ιδεών και συναισθημάτων αυξάνει το ηθικό και το πνεύμα συνεργασίας αρρώστων και προσωπικού.⁵⁵

Πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας

Κάθε άρρωστος έχει εξατομικευμένο πρόγραμμα νοσηλείας ανάλογο με τις ανάγκες και τα προβλήματά του, τα συμπτώματα και τη θεραπευτική του αγωγή καθώς και τις υγιείς θετικές δυνάμεις του.

Τοποθέτηση ορίων

Οι συνέπειες της μη ανάληψης ευθύνης από τον άρρωστο για τη συμπεριφορά του πρέπει να είναι διευκρινισμένες. Π.χ. κάποιος που σπάζει συνέχεια ηλεκτρικές λάμπες πρέπει να τις πληρώνει ή να τις αντικαθιστά. Στο θεραπευτικό περιβάλλον οι άρρωστοι ενισχύονται και εκπαιδεύονται να εκτονώνουν τις εντάσεις τους με την ομιλία και όχι με ενστικτώδεις παρορμητικές πράξεις. Οι καθορισμένες αμοιβές και επιπτώσεις για τις διάφορες μορφές συμπεριφοράς διευκολύνουν τη μάθηση επιθυμητών υγιών τρόπων αυτοέκφρασης και συμπεριφοράς και τη διατήρηση της κοινωνικής τάξης.

Η τοποθέτηση θεραπευτικών ορίων είναι νοσηλευτική παρέμβαση που απαιτεί από τον νοσηλευτή και τη νοσηλεύτρια κατανόηση του αρρώστου, αυτοκατανόηση ως προς τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους, ευαισθησία για την επίδραση των διαφόρων προσεγγίσεων στον άρρωστο. Όλες αυτές οι ικανότητες πρέπει να κινητοποιούνται στην αντιμετώπιση του άγχους, της παλινδρόμησης, της επιθετικότητας ή της απελπισίας του αρρώστου, με κύριο νοσηλευτικό σκοπό την προστασία του από σωματική βλάβη και ψυχικό τραυματισμό.⁵⁵

Θεραπευτικές νοσηλευτικές στάσεις προς τον άρρωστο

Οι πρότυπες νοσηλευτικές στάσεις που συνιστώνται σαν θεραπευτικές είναι: επιείκεια, ενεργητική φιλικότητα, παθητική φιλικότητα, συναισθηματική ουδετερότητα, αξιοπρεπής παρακολούθηση και ευγενική σταθερότητα.

Η επιείκεια εκδηλώνεται με την ελαστικότητα στον χειρισμό των δυσκολιών του αρρώστου να προσαρμοσθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Χωρίς αλλαγές στις γραπτές οδηγίες για τα προφυλακτικά μέτρα και όρια σε κάθε άρρωστο, ο νοσηλευτής και η νοσηλεύτρια κατά την κρίση τους επιτρέπουν κάποια διαφοροποίηση στη διαίτα, στις δραστηριότητες και στα μη ουσιώδη φάρμακα. Επίσης εκπληρώνουν αβλαβείς προτιμήσεις του έστω κι αν προκαλούν κάποια ενόχληση.

Στην ενεργητική φιλικότητα οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες παίρνουν την πρωτοβουλία και δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον ή θαλπωρή στον άρρωστο, πάντοτε προσαρμοσμένα στις θεραπευτικές του ανάγκες.

Στην παθητική φιλικότητα εξάλλου, ο νοσηλευτής λέει καθαρά ότι είναι διαθέσιμος για να βοηθήσει τον άρρωστο και διατηρεί επαφή μαζί του, αλλά δεν παίρνει την πρωτοβουλία να εκδηλώσει ιδιαίτερη προσοχή. Αν όμως την πάρει ο άρρωστος την πρωτοβουλία να ζητήσει κάποια προσοχή, τότε ο νοσηλευτής δείχνει ενεργητική φιλικότητα.

Συναισθηματική ουδετερότητα είναι η στάση κατά την οποία ο νοσηλευτής δεν αντιδρά ανοικτά συναισθηματικά στις παρεκκλίσεις, στην έκδηλη δυσφορία ή σε σκόπιμους ελιγμούς (μανούβρες) του αρρώστου. Αποφεύγεται ακόμη και η προσωπική ενθάρρυνση του αρρώστου. Η άγρυπνη παρακολούθηση βάσει γραπτής οδηγίας ή νοσηλευτικής απόφασης εφαρμόζεται φανερά ή καλυμμένα, όταν το απαιτεί η κατάσταση του αρρώστου. Συνήθως όλοι οι άρρωστοι παρακολουθούνται και πάντα με αξιοπρέπεια και ευγένεια.

Η ευγενική σταθερότητα απαιτεί από τον νοσηλευτή και τη νοσηλεύτρια να μεταβιβάζουν στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας, ότι γνωρίζουν ακριβώς τι πρέπει να γίνει και ότι περιμένουν να εφαρμοσθούν αυτά που ζητούν. Ευγενική σταθερότητα χρειάζεται και κατά την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων, όταν την επιβάλλει η κατάσταση του αρρώστου για το συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα και ύστερα από γραπτή οδηγία.⁵⁵

Αναφέρονται και μερικές θεραπευτικές στάσεις σε ειδικές περιπτώσεις:

- ✓ Όταν ο άρρωστος προβάλλει αιτήματα
 - Ø Ικανοποίηση, αν κρίνεται κατάλληλο το αίτημα
 - Ø Βοήθεια, ώστε να αποφασίζει ο ίδιος
 - Ø Διαφοροποίηση ή υποκατάσταση αυτού που ζητά
- ✓ Όταν ο νοσηλευτής προβάλλει αιτήματα στον άρρωστο
 - Ø Να μη ζητά τίποτε κατά το δυνατόν
 - Ø Να παρουσιάζει το αίτημα σαν προνόμιο
 - Ø Ενίσχυση ενδιαφέροντος
 - Ø Σχετικά με προνόμια και περιορισμούς (απαγορεύσεις)
 - Ø Παράβλεψη της κακής χρήσης των προνομίων
 - Ø Ενθάρρυνση της χρήσης προνομίων
 - ° Αναφορά στον ψυχίατρο

Άρρωστοι που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ωφεληθούν από τη νοσηλευτική ποιοτική φροντίδα είναι:

- Όσοι εκδηλώνουν επιθετική ή καταστρεπτική συμπεριφορά και χρειάζονται το περιβάλλον για εξωτερικό έλεγχο
- Όσοι παρουσιάζουν ελλείμματα στις λειτουργίες του εγώ, π.χ. στην επαφή με την πραγματικότητα και τη λύση προβλημάτων και είναι τόσο αποδιοργανωμένοι ώστε χρειάζονται συνεχή υποστήριξη και φροντίδα
- Όσοι βρίσκονται σε κρίσιμη ψυχολογική κατάσταση που αποτελεί ένδειξη ή απομάκρυνσή τους από το συνηθισμένο περιβάλλον τους και η νοσηλεία τους σε ειδικό προστατευτικό περιβάλλον.

Γενικά, το θεραπευτικό ποιοτικό περιβάλλον μεγιστοποιεί την εξατομίκευση της ψυχιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας, εμπνέει το αίσθημα της ασφάλειας, δίνει ευκαιρίες στους αρρώστους να αναλαμβάνουν ευθύνες για τον εαυτό τους και για τους συνασθενείς τους καθώς και να ασχολούνται ώστε να μη παλινδρομούν, καλλιεργεί τις κοινωνικές τους δεξιότητες και τους προωθεί στην ανάρρωση.

Η δημιουργία και διατήρηση του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι ανεξάρτητη νοσηλευτική δραστηριότητα, η οποία αποτελεί και δείκτη εκτίμησης της ποιότητας της θεραπευτικής νοσηλευτικής φροντίδας του ψυχικά αρρώστου.⁵⁵

7.6. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου - θεραπευτικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Άμεση θεραπευτική και νοσηλευτική αντιμετώπιση. Έρχεται συνήθως από το τμήμα εισαγωγής ή από το τμήμα επειγόντων καρδιολογικών περιστατικών, μεταφερόμενος από τον τραυματιοφορέα και συνοδευόμενος από τους οικείους του.

Ο νοσηλευτής τον πλησιάζει και ευγενώς τον καλοσωρίζει στη μονάδα. Πρώτος του στόχος είναι να καθησυχάσει τον αρρωστο που διακατέχεται από φόβο και έντονη ανασφάλεια από το ξένο περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται αλλά κυρίως από την ιδέα του θανάτου. Δίχως περιττές κινήσεις τον τακτοποιεί στο κρεβάτι σε ημικαθιστή θέση αν η κατάστασή του το επιτρέπει (απουσία σοκ). Με αυξημένη παρατηρητικότητα κάνει μια σύντομη αξιολόγηση της γενικής του κατάστασης, τον συνδέει με το καρδιοσκόπιο, αξιολογεί το ΗΚΓ, παίρνει τα ζωτικά σημεία, τα οποία καταγράφει σε ειδικό δελτίο αξιολόγησης και ενημερώνει το γιατρό. Παρακολουθεί το χρώμα, τη θερμοκρασία του δέρματος,

ελέγχει για εφίδρωση, δυσφορία, κόπωση ή και άλλα σημεία που δεν μπορεί ίσως να προσδιορίσει ο ασθενής.

Σύμφωνα με την περιγραφή του αρρώστου, ο νοσηλευτής αξιολογεί την εντόπιση, την αντανάκλαση και τη διάρκεια του πόνου. Για την ένταση χρησιμοποιεί την κλίμακα 0-10 και ανάλογα αν διαπιστώσει πόνο χορηγεί αναλγητικό, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Χορηγεί O₂ με μάσκα ή ρινικό καθετήρα ανάλογα με την προτίμηση του αρρώστου και τον καθησυχάζει ενθαρρύνοντας τον.

Αν ο ασθενής έλθει στη μονάδα χωρίς ορό, ο νοσηλευτής εκτελεί φλεβοκέντηση, τοποθετεί φλεβοκαθετήρα και εφαρμόζει ορό γλυκοζε 5% για τη διατήρηση ανοιχτής φλεβικής γραμμής αλλά και την άμεση αντιμετώπιση τυχόν επιλοκών όπως αρρυθμία ή οξύ πνευμονικό οίδημα. Αφού τακτοποιήσει τον ασθενή ενημερώνει τους συγγενείς για τους κανόνες λειτουργίας της μονάδας (ώρες επισκεπτηρίου κλπ) ενώ παράλληλα τους καθησυχάζει.^{23,43}

Σύνδεση του ασθενούς με το καρδιοσκόπιο. Οι περισσότεροι θάνατοι συμβαίνουν τις πρώτες ώρες μετά από ένα OEM οφείλονται σε καρδιακές αρρυθμίες. Γι' αυτό τις πρώτες 48-72 ώρες ο ασθενής συνδέεται με καρδιοσκόπιο για την έγκαιρη ανακάλυψη και άμεση αντιμετώπιση των αρρυθμιών και μείωση της θνητότητας.

Γίνεται ευπρεπισμός του θώρακα, καθαρίζεται καλά το δέρμα, τοποθετούνται τα ηλεκτρόδια σύμφωνα με τις οδηγίες του set ηλεκτροδίων και συνδέεται ο ασθενής με το καρδιοσκόπιο. Καλύτερη απαγωγή παρακολούθησης είναι η η MCL1, που παρουσιάζει εικόνα όμοια με την απαγωγή V1 κανονικού ΗΚΓ 12 απαγωγών, όπου η μορφολογία του επάρματος και του QRS συμπλέγματος είναι πιο ευκρινής. Καλή ΗΚΓ εικόνα επιτυγχάνεται, όταν τοποθετούνται ηλεκτρόδια που περιέχουν κρέμα ή γέλη επαφής.

Ο νοσηλευτής αφού εφαρμόσει τα ηλεκτρόδια τα συνδέει με το καρδιοσκόπιο παρακλίνιας μονάδας, που είναι συνδεδεμένη με την οθόνη του κεντρικού σταθμού παρακολούθησης και τον καταγραφικό ηλεκτροκαρδιογράφο. Οριοθετεί το σύστημα συναγερμού στα όρια χαμηλής και υψηλής συχνότητα, ανοίγει την παρακλίνια μονάδα, παρακολουθεί και αξιολογεί το ΗΚΓ (καρδιακή συχνότητα και ρυθμό). Καταγράφει μικρό τεμάχιο του ΗΚΓ, το διαβάζει και το συρράπτει στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου, που αποτελεί αποδεικτικό σημείο της καρδιακής του λειτουργίας κατά την ώρα εισαγωγής του στη μονάδα και ενημερώνει το γιατρό. Η καταγραφή του ΗΚΓ επαναλαμβάνεται κάθε 3 ώρες και όποτε άλλοτε θεωρηθεί αναγκαία. Πλήρες ΗΚΓ γίνεται κάθε πρωί και όποτε άλλοτε απαιτείται λεπτομερή ανάλυση όλων των απαγωγών. Ο νοσηλευτής, ενώ συνδέει τον ασθενή με το καρδιοσκόπιο, τον προσανατολίζει στο χώρο της μονάδας και του εξηγεί το σκοπό της ενέργειας αυτής. Τον πληροφορεί ότι θα παραμείνει στο κρεβάτι, ίσως και στη μονάδα (για 3-4 μέρες), όσο χρειαστεί και θα εξυπηρετείται από τους νοσηλευτές. Στη

συνέχεια θα μεταφερθεί σε κανονικό δωμάτιο στο καρδιολογικό τμήμα, όπου θα μπορεί να παραμένουν οι δικοί του για περισσότερο χρόνο.^{23,43}

Σε μερικά συστήματα καρδιοσκοπίων ενσωματώνονται ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως σύστημα συναγερμού, που δείχνει ότι κάποιο ηλεκτρόδιο έχει μετατοπιστεί ταινία μνήμης ώστε κάθε ηλεκτρική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει σε αρρυθμία να καταγράφεται συνέχεια ΗΚΓ σε μια μαγνητοταινία.

Όταν παρουσιαστεί αρρυθμία αυτόματα καταγράφεται το ΗΚΓ των προηγούμενων 20-30 δευτερολέπτων. Άλλες αλλαγές του ΗΚΓ εκτός από τις αλλαγές του ρυθμού, πυροδοτούν το σύστημα συναγερμού ή καταγράφονται σε μαγνητοταινία. Όπως για παράδειγμα διεύρυνση του QRS λόγω αποκλεισμού του δεματίου του HIS ή κοιλιακές έκτακτες συστολές.

Κάθε σύστημα καρδιοσκοπίων έχει τα δικά του πλεονεκτήματα, εκείνο όμως που χρειάζεται για τους περισσότερους ασθενείς είναι ένα απλό σύστημα καρδιοσκοπίων, που θα συνδυάζεται με το άγρυπνο βλέμμα των νοσηλευτών.

Η συνεχής και προσεκτική παρακολούθηση του ΗΚΓ είναι ένα από τα σημαντικότερα καθήκοντα των νοσηλευτών στη μονάδα. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των αρρυθμιών αποτελεί την απαρχή της καλής νοσηλευτικής φροντίδας. Το έργο αυτό είναι υπεύθυνο και πολύ κουραστικό, απαιτεί συνεχή προσήλωση γι' αυτό ποτέ δεν πρέπει να γίνεται από 1 μόνο νοσηλεύτη για όλο το οχτάωρο, αλλά από όλους εναλλάξ.^{23,43}

Αξιολόγηση του πόνου. Η αξιολόγηση του πόνου αποτελεί θεμελιώδη νοσηλευτική ενέργεια, έχει άμεση σχέση με την ανακούφιση του αρρώστου από αυτόν και τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής του φροντίδας. Ο νοσηλευτής ζητά από τον ασθενή να του προσδιορίσει το είδος του πόνου αν εντοπίζεται ή είναι διάχυτος. Ο ασθενής τον εντοπίζει τρίβοντας με το χέρι του το πρόσθιο τμήμα του θώρακα.

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί την κλίμακα (κατά προτίμηση την αριθμητική) και εξηγεί στον ασθενή πως μπορεί να ποσοτικοποιεί το μέγεθος του πόνου του. Του ζητάει να βαθμολογήσει στην κλίμακα 0-10 την ένταση του πόνου του και του εξηγεί ότι όπου 0 σημαίνει απουσία πόνου και όπου 10 πόνος ανυπόφορος. Με τη μέθοδο αυτή ο νοσηλευτής αξιολογεί κάθε φορά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και τη συγκρίνει με μεταγενέστερες μετρήσεις.

Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο: Η ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο ιδίως στην οξεία φάση είναι ζωτικής σημασίας. Ο πόνος εκτός του ότι εξαντλεί τον ασθενή, δημιουργεί άγχος, αγωνία και ανησυχία, αυξάνει το καρδιακό έργο, επιδεινώνει την ισχαιμία και την έκταση του εμφράγματος, οπότε συντελεί στην εμφάνιση των επικίνδυνων αρρυθμιών και την τάση για shock.

Ο νοσηλευτής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία χορηγεί αναλγητικό. Στην οξεία φάση χορηγείται συνήθως διάλυμα μορφίνης ΕΦ σε φυσιολογικό ορό και σε πυκνότητα 1mg/ml. Προτιμάται ενδοφλέβια γιατί δρα μέσα σε λίγα λεπτά, ανακουφίζει άμεσα από τον πόνο και αποφεύγεται η αύξηση της CPK από τις ενδομυϊκές ενέσεις. Η μορφίνη χορηγούμενη ενδοφλέβια, εγχύεται αργά και σε μικρές δόσεις 2-3 mg. Από μελέτες έχει αποδειχτεί ότι η αιχμή της δράσης της ΕΦ επιτυγχάνεται μετά από 20 λεπτά ενώ ενδομυϊκώς μετά από 45 λεπτά. Παράλληλα όμως με την αναλγητική της ιδιότητα μειώνει και τις αρτηριακές αντιστάσεις και το φλεβικό τόνο, με αποτέλεσμα φλεβοδιαστολή, ελάττωση της φλεβικής επιστροφής, βραδυκαρδία και πτώση της αρτηριακής πίεσης. Καταστέλλει το κέντρο της αναπνοής μέσω του ΚΝΣ, αυξάνει το εύρος των αναπνοών μειώνοντας τη συχνότητα (βραδύπνοια), αυξάνει το PaCO₂ και μειώνει το PaO₂. επιπλέον προκαλεί ναυτία στο 20%-30%, εμέτους στο 5%-15%, και ζάλη στο 10%-30% των περιπτώσεων.

Ο νοσηλευτής χορηγεί μορφίνη κάτω από τη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και της γενικής κατάστασης του αρρώστου, αν παρατηρήσει βραδυκαρδία χορηγεί ταυτόχρονα και ατροπίνη. Σε ναυτία χορηγεί μαζί και αντιεμετικό metoclopramide. Υπόταση (ΣΑΠ<100mm/Hg) εκτός από την επίδραση μορφίνης μπορεί να σημαίνει και επικείμενο shock. Ο ασθενής τακτοποιεί με προσοχή και σιγά-σιγά σε θέση Trendelenburg με ελαφρά ανύψωση των κάτω άκρων, αν όμως η θέση αυτή δεν είναι ανεκτή τοποθετείται σε ύπτια θέση με ένα μαξιλάρι. Υπόταση παρατηρείται κυρίως κατά τη διάρκεια του πόνου, που συμβιβάζεται με την ισχαιμία του μυοκαρδίου

Άλλα φάρμακα που μπορεί να χορηγηθούν για τη μείωση του πόνου είναι η NTG υπογλώσσια ή ΕΦ στον ορό, νιτρώδη μεγάλης διάρκειας, β' αναστολείς και ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου. Ο νοσηλευτής χορηγεί το φάρμακο που αναγράφεται στις ιατρικές οδηγίες με τις ανάλογες προφυλάξεις και παρακολουθεί το ΗΚΓ, τα ζωτικά σημεία και τη γενική κατάσταση του αρρώστου. Αξιολογεί τις αντιδράσεις και τα αποτελέσματα, γράφει τις παρατηρήσεις του στο δελτίο αξιολόγησης των νοσηλευτικών παρατηρήσεων για την ενημέρωση των νοσηλευτών και των γιατρών της μονάδας.

Ο ασθενής παραμένει σε πλήρη ανάπαυση τα 2-3 πρώτα 24ωρα. Με την ανάπαυση μειώνεται το καρδιακό έργο και οι ανάγκες του μυοκαρδίου σε O₂, περιορίζεται η ισχαιμία και ανακουφίζεται ο ασθενής από τον πόνο. Παράλληλα με τη χορήγηση του αναλγητικού ο νοσηλευτής φροντίζει τη διατήρηση του ασθενούς σε αναπαυτική θέση, χορηγεί O₂ και προάγει την ηρεμία και την ανάπαυση του.²³⁻⁴³

Οξυγονοθεραπεία. Χορηγείται O₂ σε μικρές δόσεις 2-3 λίτρα λεπτό με μάσκα ή ρινικό καθετήρα ανάλογα με την προτίμηση του ασθενούς αλλά και τη γενική του κατάσταση. Σε διαταραχή του καρδιακού ρυθμού χορηγείται

οπωσδήποτε O₂ γιατί η υποξία επιτείνει τις αρρυθμίες και μπορεί να οδηγήσει σε κοιλιακή μαρμαρυγή.

Σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χορηγείται O₂ 25%-30% με μάσκα Venturi γιατί μπορεί να ρυθμιστεί η ποσότητα του O₂. Στις περιπτώσεις αυτές χορηγείται συνέχεια και σε μικρή ποσότητα και με βάση ιατρική οδηγία, μειώνεται προοδευτικά μέχρι να διακοπεί τελείως. Γίνεται έλεγχος των αερίων συχνά και παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα αναπνευστικής ανεπάρκειας.^{23,43}

Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Επειδή τις πρώτες 24 ώρες ο ασθενής δεν μπορεί να πάρει τροφή ή ακόμα και υγρά για την κάλυψη των αναγκών του οργανισμού, χορηγούνται ΕΦ υγρά και ηλεκτρολύτες. Το ποσόν καθορίζεται ανάλογα με το ποσόν των αποβαλλόμενων υγρών (ιδρώτας, ούρα, έμετο) και τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Ο νοσηλευτής ρυθμίζει τη ροή των υγρών, ώστε να είναι σταθερή σε όλο το 24ωρο για την πρόληψη των επιπλοκών από υπερφόρτωση ή έλλειμμα υγρών. Και αν ακόμα η ΕΦ χορήγηση υγρών δεν είναι αναγκαία, διατηρείται η φλεβική γραμμή ανοικτή για τη χορήγηση φαρμάκων αν χρειαστεί. Ο νοσηλευτής, εκτός από την ισομερή κατανομή των υγρών, φροντίζει το σημείο εισαγωγής του φλεβοκαθετήρα να διατηρείται στεγνό και καθαρό για την πρόληψη μόλυνσης και παρακολουθεί για σημεία θρομβοφλεβίτιδας.

Έλεγχος ζωτικών σημείων. Τις πρώτες ώρες μετρώνται και αναγράφονται τα ζωτικά σημεία στο δελτίο αξιολόγησης κάθε 15' ή 30', ανάλογα με τη γενική κατάσταση του αρρώστου και το είδος της θεραπείας (π.χ. θρομβόλυση). Στη συνέχεια αφού σταθεροποιηθούν, ελέγχονται ανά ώρα για 2 ώρες κατόπιν κάθε τρεις ώρες.

Ο νοσηλευτής ελέγχει τις σφύξεις κεντρικά με το στηθοσκόπιο και περιφερικά με την ψηλάφιση σε ολόκληρο το λεπτό. Παρακολουθεί τη συχνότητα και το εύρος των αναπνοών, ταχύπνοια πιθανόν να είναι πρόδρομο σημείο καρδιακής ανεπάρκειας, που μπορεί να οδηγήσει σε οξύ πνευμονικό οίδημα. Εκδηλώνεται με ακαθόριστη ανησυχία, επιπόλαιο μεταλλικό βήχα, που προοδευτικά γίνεται παραγωγικός με αφρώδη πτύελα, που γρήγορα μεταβάλλονται σε ροδόχροα και ο άρρωστος πνίγεται κυριολεκτικά στα εκκρίματα των βρόγχων του. Ακροαστικά ακούγονται υγροί ρόγχοι στις βάσεις των πνευμόνων του που επεκτείνονται και στους δύο πνεύμονες μέχρι την υποκλείδια χώρα.

Παρακολουθείται η αρτηριακή πίεση είτε με σφυγμομανόμετρο ή από αρτηριακή γραμμή συνδεδεμένη με monitor. Η θερμοκρασία ελέγχεται κάθε 3 ώρες. Παρατηρείται συνήθως μικρή πυρετική κίνηση 37,5-38°C το δεύτερο με τρίτο 24ωρο που έχει διάρκεια 2-3 ημερών και μετά υποχωρεί. Σε παράταση της υψηλής θερμοκρασίας αναζητώνται άλλα αίτια, όπως θρομβοφλεβίτιδα,

λοιμώξη του αναπνευστικού ή ουρολοιμώξη. Επί υψηλής θερμοκρασίας χορηγούνται αντιπυρετικά και αντιμετωπίζεται η λοίμωξη με αντιβιοτικά.

Άλλοι αιμοδυναμικοί παράμετροι. Με την τοποθέτηση καθετήρα Swan-Ganz μετράται η πίεση της πνευμονικής αρτηρίας και η πίεση ενσφήνωσης πνευμονικών τριχοειδών, βάση της οποίας ρυθμίζεται το ποσόν των χορηγούμενων υγρών.^{23,43}

7.7. Το Κριτήριο της Ποιότητας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα στη νοσοκομειακή περίθαλψη, αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη κριτήρια που επιχειρεί να εξασφαλίσει κάθε υγειονομικός οργανισμός και σύστημα υγείας. Το κριτήριο αυτό φαίνεται να μην αποτελεί προτεραιότητα στο δικό μας υγειονομικό σύστημα, γιατί τόσο από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας και των ενώσεων τους όσο και από την πλευρά της πολιτείας, δεν έχουν αναπτυχθεί κατάλληλα τεχνικά εργαλεία μέτρησης της. Εθνικά συστήματα και πρότυπα ποιότητας, που θα περιελάμβαναν καθιερωμένους ιατρικούς ελέγχους, επιθεωρήσεις μεταξύ των συναδέλφων και ιατρικές οδηγίες ή διασφάλιση της ποιότητας, δε φαίνεται ότι θα εισαχθούν σύντομα στο ελληνικό σύστημα υγείας και ιδιαίτερα στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Με την έννοια αυτή, το επιστημονικό προϊόν και το υγειονομικό αποτέλεσμα στο χώρο των νοσοκομείων (δημόσιων και ιδιωτικών) αποτελεί ένα «μαύρο κουτί», αφού πρέπει να αξιολογηθεί μόνο από τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του. Τα θεσμικά όργανα που είναι επιφορτισμένα με τη διευθέτηση των σχετικών ζητημάτων, δείχνουν μάλλον προκλητική αδιαφορία, ακόμη και όταν διαπιστώνουν ότι σε συγκεκριμένη επιστημονική περιοχή στη χώρα μας δε δικαιολογείται ο αριθμός των επεμβάσεων στη βάση επιδημιολογικών και διεθνών συγκρίσεων. Αυτό, βεβαίως, δε σημαίνει ότι δεν υπάρχουν μεμονωμένες προσπάθειες πεφωτισμένων ιατρικών λειτουργών, που πασχίζουν για την ποιότητα και εφαρμόζουν ιατρικά πρωτόκολλα από μόνοι τους, χωρίς κανείς να ενδιαφερθεί για το έργο τους.

Έναντι της παραπάνω αρνητικής εξέλιξης του υγειονομικού μας συστήματος, η οποία βαρύνει κατά κύριο λόγο τα θεσμικά ιατρικά όργανα και, βεβαίως, στην πολιτεία που έχει την τελική ευθύνη, η απαρχή και η υλοποίηση των διαδικασιών της ποιότητας είναι εφικτό να προέλθει από το μάνατζμεντ των οργανισμών (νοσοκομείων) με την καθιέρωση του θεσμού «διερεύνηση της γνώμης των ασθενών». Η διερεύνηση της γνώμης των ασθενών μπορεί να ποσοτικοποιηθεί και να καθιερωθεί σε κάθε οργανισμό υγείας (δημόσιο ή ιδιωτικό). Εργαλεία ποσοτικοποίησης και μέτρησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών αποτελούν ερωτηματολόγια ικανοποίησης, τα οποία

απευθύνονται στους ασθενείς και επιχειρούν, μ' έναν δομημένο τρόπο, να αποτυπώσουν τη γνώμη τους για μια σειρά από εκδοχές της φροντίδας που λαμβάνουν ως χρήστες των υπηρεσιών.

Μ' άλλα λόγια, μετρώντας την ικανοποίηση των ασθενών, τοποθετούμε τον ασθενή στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των παρεχομένων φροντίδων. Οι τελευταίες, μπορεί να περιλαμβάνουν όχι μόνο ιατρικές, νοσηλευτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες, αλλά και υπηρεσίες που σχετίζονται με τις δυνατότητες της πρόσβασης στο νοσοκομείο, της πληροφόρησης για την ασθένεια και τις εναλλακτικές επιλογές, τη συναισθηματική υποστήριξη, τη συνέχεια της φροντίδας και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο κ.λπ.⁵⁵

7.8. Προϋποθέσεις Ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας

Ο πολυδιάστατο ρόλος και το εύρος των αρμοδιοτήτων του νοσηλευτού απαιτούν σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις, κλινικές δεξιότητες και θετικές στάσεις έναντι του ψυχικά αρρώστου και της φροντίδας του. Η πιο σημαντική όμως προϋπόθεση είναι η προσωπική καλλιέργεια και η ακεραιότητα του χαρακτήρα του νοσηλευτού. Κι αυτό επειδή συνεχώς καλείται να κάνει θεραπευτική χρήση όχι οργάνων ή μηχανημάτων ή τυποποιημένων τεχνικών (cliches) αλλά του εαυτού του δηλαδή της προσωπικότητά τους. Νοσηλεύει αρρώστους με εκδηλώσεις περίεργης, απροσάρμοστης, παθολογικής ή και κοινωνικά απαράδεκτης συμπεριφοράς, η οποία θέτει σε δοκιμασία τις στάσεις, τις προσδοκίες, ακόμη και τις αξίες του και τον δυσκολεύει στην εκπλήρωση του επαγγελματικού ρόλου.

Βέβαια, η νοσηλευτική ως επιστήμη σπουδάζετε. Αλλά η παρεχόμενη νοσηλευτική ποιότητα ή «γεννιέται» ή γίνεται. Όποιοι από μας δεν γεννηθήκαμε, πρέπει να γίνουμε. Τονίζεται διεθνώς, ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την ποιότητα εκείνων που την προσφέρουν. Η προσωπικότητα του νοσηλευτού είναι σπουδαιότερη από οσοδήποτε νοσηλευτικό έργο κι αν παράγει. Αυτός ασκεί το έργο του ως πρόσωπο, όχι ως απλός ειδικευμένος επιστήμονας. Το έργο του επηρεάζεται από την προσωπικότητα και την πείρα της ζωής του. Από τις ιδέες, τις πεποιθήσεις, τα συναισθήματα, τα προβλήματα της ζωής του. Από τα πλαίσια αναφοράς, τα ιδανικά, τον πνευματικό του προσανατολισμό.

Επομένως, για να επιτυγχάνει στη νοσηλεία του αρρώστου, η προσωπικότητα του νοσηλευτού πρέπει να είναι ακέραη, άρτια, ώριμη, υγιής, καλλιεργημένη, πολιτισμένη, χαριτωμένη, φωτισμένη, κι ακόμη δημιουργική και ηρωική. Το έργο του νοσηλευτού είναι κατ' εξοχή έργο καρδιάς και μάλιστα μεγάλης καρδιάς. Η καρδιά του συμπονάει, συμπάσχει, συμμερίζεται, αγρυπνεί,

προνοεί, προλαμβάνει, χωρεί και οικονομεί τους πάντες, αντέχει τον κόπο και τις αντιξοότητες, υπομένει, ελπίζει, χαίρεται».⁵⁵

Ο νοσηλευτής για να ασκεί αποτελεσματικά ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να σέβεται τον άρρωστο ως πρόσωπο με αξία και αξιοπρέπεια. Πολλοί άρρωστοι δείχνουν με τη συμπεριφορά τους ότι έχασαν τον αυτόσεβασμό τους. Μερικοί κυκλοφορούν με ατημέλητη εμφάνιση, «ζητιανεύουν» επίμονα κάτι, κλαίνε, προσπαθούν να κάνουν κακό στον εαυτό τους. Μια σχέση με τον νοσηλευτή, στην οποία δοκιμάζουν αίσθημα αξιοπρέπειας και δέχονται μηνύματα σεβασμού, είναι ανεκτίμητης αξίας.

Ο νοσηλευτής μεταβιβάζει τον σεβασμό του προς τους αρρώστους όταν:

- Διαθέτει χρόνο και προσοχή για να τους ακούσει
- Δεν αμφισβητεί ως μη αληθινή την εμπειρία τους ότι υποφέρουν, ότι αισθάνονται άχρηστοι και απελπισμένοι
- Προστατεύει την αξιοπρέπειά τους κατά τις σωματικές εξετάσεις, νοσηλείες και θεραπείες και όταν είναι πολύ εκνευρισμένοι δεν επιτρέπει να εκτεθούν
- Ελαχιστοποιεί τις περιστάσεις που ταπεινώνουν τους αρρώστους και αντικειμενοποιούν την ταυτότητά τους και τους επιτρέπει όσο είναι δυνατό να κάμνουν τις δικές τους επιλογές και να ρυθμίζουν τις υποθέσεις τους
- Συζητά με ειλικρίνεια μαζί τους για τη φαρμακευτική θεραπεία, τα pronόμια ή τους περιορισμούς, τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο κ.ά. Ακόμη κι όταν η αλήθεια είναι δύσκολη στο χειρισμό της, τη συζητεί με ταυτόχρονη ψυχολογική υποστήριξη και ενστάλαξη ελπίδας.
- Είναι διαθέσιμος και έτοιμος να βοηθήσει τους αρρώστους οποιαδήποτε ώρα, ημέρα ή νύκτα, να διατηρηθεί το περιβάλλον τους θεραπευτικό, να συνδράμει στην εκπλήρωση των βασικών τους αναγκών, να συλλέξει και μεταβιβάσει αρμοδίως σημαντικά δεδομένα για τους αρρώστους, που θα επηρεάσουν τις αποφάσεις για τη φροντίδα και θεραπεία τους.
- Συμπεριφέρεται με φυσικότητα, χωρίς προσποίηση, ούτε ψυχρότητα και ακαμψία. Κάθε νοσηλευτής είναι μοναδικό πρόσωπο και ασκεί το επάγγελμά του με ένα διαφορετικό προσωπικό στυλ. Μεταβιβάζει το ενδιαφέρον του με διάφορους τρόπους, π.χ. με τήρηση των υποσχέσεών του, με συνέπεια στην συμφωνημένη ώρα της συνάντησης, με ένα θερμό χαιρετισμό, με τη συντρόφευση του αρρώστου όταν το χρειάζεται.
- Είναι αισιόδοξος και ελπίζει ότι κάθε ψυχικά άρρωστος έχει ένα έμφυτο δυναμικό για ανάπτυξη και αλλαγή και μπορεί να μετακινηθεί προς ένα καλύτερο επίπεδο λειτουργίας ύστερα από συστηματική νοσηλευτική βοήθεια. Μ' αυτή την πεποίθηση ο νοσηλευτής προσπαθεί να βοηθήσει

- και τον χρόνιο ακόμη άρρωστο να μάθει και να εκτελεί τη στοιχειώδη φροντίδα του εαυτού του.
- Αποδέχεται τους αρρώστους όπως είναι χωρίς κριτική και απόρριψη της συμπεριφοράς τους, ούτε υπαγορεύσεις τι πρέπει να κάνουν ή να λένε ή να αισθάνονται. Η θεραπευτική εργασία αποβλέπει στην βοήθεια των αρρώστων, μέσα σε κλίμα αποδοχής, να εξετάζουν, να κατανοούν και να διορθώνουν τους τρόπους, με τους οποίους αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους, χωρίς να αισθάνονται την ανάγκη να τους καλύπτουν ή να τους παραποιούν για να αποφύγουν την αρνητική κριτική ή την τιμωρία.
 - Δείχνει ευαισθησία και θερμό ενδιαφέρον, προσωπική μέριμνα και συμμετοχή στη συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου, χωρίς ταύτιση, ούτε οίκτο, ούτε απαραίτητη συμφωνία, με διατήρηση πλήρους αυτοσυνειδησίας και με αντικειμενικότητα. Η ευαισθησία του νοσηλευτού έναντι των αρρώστων τον βοηθεί να αντιλαμβάνεται και να διακρίνει τις δυσκολίες τους κι αυτές ακόμη που οι ίδιοι δεν μπορούν να εκφράσουν. Δεν παραιτείται αλλά επιμένει προσφέροντας βοήθεια έστω κι αν οι βελτιώσεις είναι ανεπαίσθητες και βραδείες και όχι δραματικές και άμεσες. Οι άρρωστοι διαισθάνονται, αναγνωρίζουν τη στάση αυτή του νοσηλευτού και δοκιμάζουν το πιο πολύτιμο αίσθημα ότι κατανοεί και ενδιαφέρεται γι' αυτούς.
 - Εργάζεται με υπευθυνότητα. Η ανάγκη για αίσθημα προσωπικής ευθύνης - επαγγελματική ακεραιότητα - είναι μεγαλύτερη στην άσκηση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας / ψυχιατρικής νοσηλευτικής, παρά σε οποιοδήποτε άλλο τομέα φροντίδας της υγείας. Και τούτο επειδή οι ψυχικά άρρωστοι είναι πιο αδύνατοι και ανυπεράσπιστοι παρά άλλοι άρρωστοι. Επειδή η αρρώστια επηρεάζει αρνητικά τη σκέψη τους και τις ομαλές σχέσεις με τους άλλους. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι υπεύθυνος για το μέγεθος, την ορθότητα και την ποιότητα της προσπάθειας που κάνει χάριν των αρρώστων. Η Replau¹⁵ γράφει: «Η προσωπική ευθύνη είναι μια στάση - ένα προσόν της καρδιάς και του νου των νοσηλευτών, που είναι ικανοί και αποφασισμένοι να προσφέρουν σε κάθε άρρωστο την καλύτερη δυνατή βοήθεια για τη λύση των προβλημάτων του». Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας αισθάνεται ευθύνη να ελέγχει συνειδητά την προσωπική του συμπεριφορά και εργασία, να βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ψυχικά αρρώστους, να εκσυγχρονίζει τις γνώσεις του με ισόβια επιμόρφωση και να προστατεύει τα δικαιώματα των αρρώστων και των οικογενειών τους.⁵⁵

Τα προσόντα του νοσηλευτού για άσκηση ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας υγείας, είναι:

- Αγάπη άνευ όρων προς τον ψυχικά πάσχοντα
- Θερμό ενδιαφέρον, ευαισθησία, φιλοστοργία
- Συμπόνια, αντικειμενικότητα
- Κατανοούσα ακρόαση
- Ποτέ βιασύνη
- Ανοχή απογοητεύσεων
- Αυτοκατανόηση, αυτοσυνειδησία
- Αίσθημα ψυχικής ασφάλειας και δύναμης
- Σεβασμός προς τον ψυχικά άρρωστο
- Ενσυνείδητη κατεύθυνση της προσωπικής συμπεριφοράς
- Θετική χρήση της ίδιας προσωπικότητας
- Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο
- Αποδοχή, δεκτικότητα, όχι κριτική στάση
- Δεξιότητα διατήρησης θεραπευτικού περιβάλλοντος
- Γενναιότητα, ανδρεία, ηρωισμός
- Ευγένεια, λεπτότητα, αξιοπρέπεια
- Προσήγεια, προσιτότητα
- Εχεμύθεια
- Ψυχική υγεία, συναισθηματική σταθερότητα
- Πίστη και αγάπη στο έργο του νοσηλευτού ψυχικής υγείας
- Αίσθημα ευθύνης, συναίσθημα του χρέους.⁵⁵

7.9. Νομοθετικό πλαίσιο της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Ο βασικός σκοπός κάθε συστήματος υγείας, στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους, είναι η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση η βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Το ελληνικό σύστημα υγείας με τις ακόλουθες νομοθετικές ρυθμίσεις επεδίωξε την αναβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.⁵⁶

Σύμφωνος με τις αρχές της διακήρυξης της Alma-Ata, ήταν ο νόμος 1397/1983 πλαίσιο για την ΠΦΥ, ο οποίος είχε στόχους την καθολικότητα στην ασφαλιστική κάλυψη, την ισότητα της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, την ανάπτυξη όλων των βαθμίδων περίθαλψης από το ΕΣΥ και την ποιοτική και ποσοτική αύξηση των επενδύσεων και του ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο τομέα. Από τους παραπάνω στόχους κάποιοι επιτεύχθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό [θεσμοθέτηση νέων ιατρικών ειδικοτήτων, επιτροπή ΠΦΥ, δημιουργία 400 Κέντρων Υγείας (ΚΥ)] ενώ άλλοι δεν ικανοποιήθηκαν καθόλου (κάρτα υγείας, μείωση ποσοστού χρηματοδότησης της ΠΦΥ).⁵⁷

Στο νόμο 1579/217/ΤΑ/23-12-85 άρθρο 1312 αναφέρεται ότι η σύσταση στα νοσοκομεία και ο τρόπος λειτουργίας των μονάδων, που κρίνονται

αναγκαίες για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, νοσηλείας, εκπαίδευσης, έρευνας και θα ρυθμιστούν με υπουργικές αποφάσεις.

Ο νόμος 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας, πήρε το θεσμό της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών του ΕΣΥ, και αναφερόταν στην κατ' οίκον νοσηλεία, τον οικογενειακό ιατρό, τη συμμετοχή του ιδιώτη ιατρού στην ΠΦΥ, καθώς και άλλες ρυθμίσεις.⁵⁸

Ο νόμος 2519/1997 ο οποίος δεν υλοποιήθηκε, λαμβάνοντας υπόψη το πόρισμα της έκθεσης της Ειδικής Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνομόνων, κάνει λόγο για την ανάπτυξη «δικτύων» στην ΠΦΥ για την αγωγή υγείας και την πρόληψη.⁵⁹

Ο νόμος 3235/2004 αποτελεί μια αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της ΠΦΥ, η οποία επιχειρεί να εξορθολογήσει και να προσδώσει ένα πλουραλιστικό χαρακτήρα αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αξιοποιώντας τις υφιστάμενες υποδομές τόσο των μονάδων ΠΦΥ του ΕΣΥ όσο και των πολυιατρείων και των τοπικών ιατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών. Αφετηριακή του θέση αποτελεί ότι το κράτος οφείλει να είναι εγγυητής μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας παράλληλα τη συνέχειά τους.⁶⁰

Ο νόμος 3235/2004 είναι σαφώς προσανατολισμένος στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών:

- Τη συνέχεια της φροντίδας, επιτρέποντας τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο το ιατρό ή την ομάδα υγείας στη διάρκεια του χρόνου.
- Της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας καθώς και των μειζόνων παραγόντων κινδύνου, στο ιδιαίτερο κοινωνικό, πολιτιστικό και ψυχολογικό περιβάλλον του ασθενούς.
- Του προσανατολισμού στον ασθενή και την οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης κίνησης των ασθενών μέσα στο σύστημα.

Η εφαρμογή του παραπάνω νόμου αποτελεί μια πρόκληση για το ελληνικό σύστημα υγείας δεδομένου ότι εξακολουθούν να υφίστανται λόγοι που σχετίζονται με την παρακώλυση της εφαρμογής και προηγούμενων νομοθεσιών.

Διαπιστώνουμε ότι την τελευταία εικοσαετία η «αχίλλειος πτέρνα» του Εθνικού Συστήματος Υγείας εξακολουθεί να παραμένει η ανυπαρξία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, στα πλαίσια των ελληνικών χαρακτηριστικών της δημόσιας διοίκησης. Η εξασφάλιση των προϋποθέσεων για τη δημιουργία αυτού του ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ

επιβάλλεται να αποτελέσει βασική προτεραιότητα της πολιτικής για την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ.

7.10. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα και τα προβλήματά της

Η παρουσίαση του οργανωτικού και διοικητικού πλαισίου της ΠΦΥ στην Ελλάδα, που λειτουργεί υπό το ανωτέρω νομοθετικό πλαίσιο, καταδεικνύει, στην ουσία, τα προβλήματα του τομέα.

Συγκεκριμένα:

1. Μια πλειάδα οργανωτικών σχηματισμών και φορέων διαθέτει σήμερα η Ελλάδα για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Κάθε ένας συνιστά ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας, με δικό του οργανωτικο-διοικητικό πρότυπο, με διαφορετικές συνθήκες εργασίας, ξεχωριστό εποπτεύοντα φορέα (υπουργείο), διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης και ανισότητες σε επίπεδο εισφορών και παροχών.⁶¹⁻⁶³

Συγκεκριμένα, ΠΦΥ παρέχεται από:

- (α) το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μέσω των 201 Κέντρων Υγείας, των 1478 Περιφερειακών τους Ιατρείων και των πρωινών και απογευματινών Εξωτερικών Ιατρείων 132 νοσοκομείων. Στις υπηρεσίες αυτές έχουν πρόσβαση όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες καθώς και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών,
- (β) τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ). Υπηρεσίες παρέχονται από τα 350 πολυιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων, συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία ιδιώτες ιατρούς καθώς και συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα. Πρόσβαση έχουν οι ασφαλισμένοι των ταμείων. Το ΙΚΑ διαθέτει ένα ευρύ φάσμα δομών και υπηρεσιών ΠΦΥ, συχνά καινοτόμων, όπως Οικογενειακού Προγραμματισμού, Προστασίας Μάνας και Παιδιού, κέντρα παιδοψυχικής υγιεινής και προληπτικής ιατρικής,
- (γ) την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Στη χώρα μας λειτουργούν 663 ΚΑΠΗ, 791 προγράμματα «Βοήθειας στο σπίτι» και Δημοτικά Ιατρεία τα οποία παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα και περίθαλψη και άλλοτε μόνο προνοιακές υπηρεσίες,
- (δ) τον ιδιωτικό τομέα (ιδιώτες ιατροί, διαγνωστικά κέντρα και ιατρεία), ο οποίος ανταγωνίζεται έντονα το δημόσιο σύστημα προσφέροντας υψηλή τεχνολογία και ξενοδοχειακού τύπου συνθήκες,

(ε) τις μη κυβερνητικές-μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, οι οποίες εξυπηρετούν το γενικό πληθυσμό (ΕΕΣ) ή μετανάστες και πρόσφυγες στα πολυϊατρεία τους (Γιατροί Χωρίς Σύνορα, Γιατροί του Κόσμου).

Πρόκειται, λοιπόν, για ένα πολυκερματισμένο και άναρχα αναπτυσσόμενο τομέα παροχής υπηρεσιών. Άμεση συνέπεια της πολυδιάσπασης και κατάτμησής του είναι η παντελής απουσία κεντρικού επιτελικού σχεδιασμού και η έλλειψη συντονισμού στην ανάπτυξη, την παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών. Ανάλογες δυσκολίες υπάρχουν και στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ενιαίας πολιτικής στην ΠΦΥ [68] [69].

2. Εξετάζοντας τις συνολικές δαπάνες και την κατά κεφαλήν δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων για την πρωτοβάθμια περίθαλψη διαπιστώνουμε σημαντικές ανισότητες μεταξύ των ταμείων (που χαρακτηρίζει κάποια ως «ευγενή»). Μελέτη αναφέρει ότι ασφαλιστικά ταμεία με μεγάλο αριθμό συνταξιούχων (π.χ. ΟΠΑΔ) παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό δαπανών σε σύγκριση με ταμεία που δεν έχουν συνταξιούχους (π.χ. ΟΑΕΕ) [68].

Επίσης, ταμεία με μεγάλο αριθμό συμβεβλημένων ιατρών σε σχέση με τις ανάγκες και η ελευθερία επιλογής των ασφαλισμένων τους (όπως ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου) παρουσιάζουν αυξημένες κατά κεφαλή δαπάνες στην πρωτοβάθμια και φαρμακευτική περίθαλψη σε σύγκριση με τις δαπάνες του ΙΚΑ που διαθέτει δικά του πολυϊατρεία και μισθωτούς ιατρούς. Η ένδεια καταρτισμένων στελεχών (ιατρών και νοσηλευτών) στην πρωτοβάθμια φροντίδα είχε ως αποτέλεσμα τη στελέχωση των ΚΥ με επαγγελματίες ιατρο-κεντρικής αντίληψης, κατάρτισης και εμπειρίας.

Αποτέλεσμα είναι το περιεχόμενο της ΠΦΥ συχνά να συρρικνώνεται στην απλή συνταγογραφία.^{62,64}

3. Η γεωγραφική ανισοκατανομή ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία αποδεικνύεται με την ελλιπή στελέχωση των δομών στην περιφέρεια σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές, παρακωλύει το βασικό στόχο της προσφοράς φροντίδας στο χώρο διαμονής και εργασίας των πολιτών. Η κάλυψη των θέσεων των ΚΥ σε ιατρικό προσωπικό για το 2000 δεν ξεπερνούσε το 47% κατά μέσο όρο στο σύνολο της χώρας. Η κάλυψη στην Αττική ήταν 74%, ενώ η κάλυψη των θέσεων στα νησιά δεν ξεπερνούσε το 31%. Ανάλογα ήταν τα ποσοστά και στις άλλες κατηγορίες προσωπικού. Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του ελληνικού συστήματος υγείας διαφαίνεται και από το γεγονός ότι αυτός απορροφά το 49,2% του ιατρικού προσωπικού και το 90% του νοσηλευτικού για το έτος 2000. Αναφέρεται ότι το 2003 οι γενικοί ιατροί στη χώρα μας ήταν 1100–1200, ενώ οι ανάγκες ξεπερνούσαν τις 7000. Η αναλογία νοσηλευτών σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα είναι 4/1000 κατοίκους στα αστικά κέντρα και 2,15–3/1000 στην περιφέρεια, ενώ τα ποσοστά στην ΕΕ είναι 8,2/1000 κατοίκους.

4. Η απουσία του οικογενειακού ιατρού και η έλλειψη συστήματος παραπομπών σε ανώτερες και υψηλού κόστους μορφές περίθαλψης, έχουν ως αποτέλεσμα την άσκοπη, ανεξέλεγκτη και χωρίς περιορισμούς περιπλάνηση του χρήστη-ασθενή στα διάφορα τμήματα του υγειονομικού συστήματος (από το ΕΣΥ στο ΙΚΑ και στη συνέχεια στον ιδιωτικό τομέα). Αποτέλεσμα είναι αφενός η διάσπαση της συνέχειας στη φροντίδα που παρέχεται με συνέπειες στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και αφετέρου παρενέργειες στην αποδοτική χρήση των πόρων και τη συνολική αποδοτικότητα του υγειονομικού τομέα. Παραδόξως, ο οικογενειακός παθολόγος του ΙΚΑ δεν θυμίζει καθόλου τον οικογενειακό ιατρό των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Παρέχει τις υπηρεσίες του απονευρωμένος και αποκομμένος από το υπόλοιπο σύστημα του ΙΚΑ αλλά και έξω από κάθε έλεγχο.
5. Οι σοβαρές ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής και η αδυναμία ανταπόκρισης του δημόσιου τομέα στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης παρά τη μεγάλη τεχνολογική πρόοδο, έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών σε βασικές υπηρεσίες ή τον έμμεσο προσανατολισμό των χρηστών στον ιδιωτικό τομέα.
6. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, προάγει την αναγκαστική προσφυγή στα εξωτερικά ιατρεία του εφημερεύοντος νοσοκομείου ή σε ιδιώτες ιατρούς.
7. Η έλλειψη ΚΥ αστικού τύπου υπερφορτώνει τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για την παροχή ΠΦΥ και τα αποπροσανατολίζει από τον κύριο στόχο τους, δηλαδή την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ συγχρόνως επιτείνει την άνιση κατανομή και πρόσβαση στην ΠΦΥ και διασπά τη συνέχεια στη φροντίδα.
8. Οι ιδιαίτερα χαμηλοί μισθοί του προσωπικού και η έλλειψη κινήτρων για τη στελέχωση των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φροντίδας απομακρυσμένων περιοχών και μη, συχνά ενθαρρύνουν τη μείωση της παραγωγικότητας, τον αυθαίρετο περιορισμό του ωραρίου και την προσφυγή σε παράνομες συναλλαγές.
9. Η έντονη δυσαρέσκεια των χρηστών επικεντρώνεται αφενός στη χαμηλή ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες λόγω δυσκολιών πρόσβασης, χαμηλής ποιότητας, μεγάλο χρόνο αναμονής και αφετέρου στην καταβολή πρόσθετων δαπανών από ίδιες πηγές τη στιγμή της συναλλαγής, καθώς το σύνολο των ίδιων δαπανών και παραπληρωμών αγγίζει το 40% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Έρευνα αναφέρει ότι 4 στους 10 ασφαλισμένους του ΙΚΑ δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ενώ 8 στους 10 θα προτιμούσαν ένα άλλο ταμείο

ασφάλισης όπως του ΟΠΑΔ, των τραπεζικών υπαλλήλων, της ΔΕΗ ή του ΟΤΕ.

10. Το όλο σύστημα χαρακτηρίζεται από χαμηλή αξιοπιστία, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναζητούν τη «δεύτερη γνώμη» σε άλλο ιατρό του συστήματος ή σε ιδιώτη, γεγονός που δημιουργεί επιπρόσθετες δαπάνες και υπερφόρτωση του συστήματος ή/και ακυρώνει το χαρακτήρα της δωρεάν περίθαλψης. Μελέτη αναφέρει ότι ποσοστό 40% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ προσέφυγαν σε ιδιώτη ιατρό λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης και 20% για την αναζήτηση δεύτερης γνώμης. Η χώρα μας διαθέτει ένα δείκτη επισκέψεων κατά έτος, που είναι από τους υψηλότερους διεθνώς.
11. Η επιβεβλημένη συγκρότηση ομάδας στην ΠΦΥ και η διατομεακή της συνεργασία, με κοινό στόχο την ολοκληρωμένη προσέγγιση του χρήστη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του, όπως επιβάλλει το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, είναι ουσιαστικά ανύπαρκτη. Η απουσία ομαδικής προσέγγισης αλλά και η διακοπή της συνέχειας της φροντίδας διαπιστώνονται μέσα στο επίπεδο της ΠΦΥ αλλά και της συνεργασίας της με τα αλλά επίπεδα περίθαλψης (π.χ. ενημερωτικό σημείωμα).
12. Η ανυπαρξία αποτελεσματικού ελέγχου της συνταγογραφίας και των παραπομπών σε ιδιωτικά κυρίως κέντρα για υψηλού κόστους εξετάσεις, προκαλεί την αδικαιολόγητη οικονομική επιβάρυνση των ταμείων για φάρμακα και εξετάσεις, των οποίων η σκοπιμότητα και αποτελεσματικότητα συχνά αμφισβητείται.
13. Η παροχή ΠΦΥ σημαίνει την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Με την παρούσα μορφή του συστήματος οι φορείς έχουν περιορισθεί στη συνταγογραφία και τον ιατρικό έλεγχο, ενώ η αγωγή υγείας και η πρόληψη παρέχονται αποσπασματικά ή απουσιάζουν τελείως.
14. Η έλλειψη μηχανοργάνωσης και αξιοποίησης της σύγχρονης τεχνολογίας από τις υπάρχουσες δομές για την καλύτερη εξυπηρέτηση των χρηστών και την παροχή ολοκληρωμένης συνεχούς φροντίδας είναι ένα ακόμη χαρακτηριστικό-πρόβλημα του ελληνικού συστήματος της ΠΦΥ.
15. Ο κατακερματισμός στην παροχή και την ευθύνη διακρίνει και την οδοντιατρική φροντίδα, βασικό συστατικό της ΠΦΥ. Ανισότητες παρατηρούνται στο είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην κατανομή των οδοντιάτρων μεταξύ των φορέων παροχής ΠΦΥ και τη γεωγραφική τους κάλυψη, τη συμμετοχή και την ελευθερία επιλογής του δικαιούχου.
16. Η μεγάλη εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή εξωνοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιδιωτικά ιατρεία, ιατρικός πλουραλισμός, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών) και επένδυση σε ιατρική τεχνολογία σε συνδυασμό με την αδυναμία παρακολούθησης των τεχνολογικών εξελίξεων από το δημόσιο τομέα, εκθέτουν την ΠΦΥ σε

φαινόμενα πλασματικής ζήτησης και υπερκατανάλωσης υπηρεσιών, επιβαρύνουν οικονομικά τον οικογενειακό και δημόσιο προϋπολογισμό και καταστρατηγούν το χαρακτήρα της δωρεάν υγείας.

17. Ανάλογα είναι και τα προβλήματα της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας στη διάθεση εξειδικευμένου προσωπικού, υλικοτεχνικής υποδομής, δικτύων επικοινωνίας και πληροφοριακών συστημάτων, τις μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες και την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα.
18. Ο πολυκερματισμός διακρίνει και τον τομέα της χρηματοδότησης των φορέων της ΠΦΥ, της ανταμοιβής του προσωπικού και τη συμμετοχή του χρήστη.

Οι παραπάνω αναφορές αποτελούν μόνο μερικά από τα βασικά χαρακτηριστικά και συγχρόνως προβληματικά στοιχεία στην παροχή της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Η αναφορά τους κρίνεται επιβεβλημένη προκειμένου να προσεγγισθούν θέματα αξιολόγησης αλλά και η πρόταση ενός νέου μοντέλου.⁶¹⁻⁶⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Οι ασθενής θα πρέπει να μάθουν τα υγειονομιαίτητικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνουν:

- Να λαμβάνουν ελαφρύ φαγητό.
- Περιορισμός του αλατιού στην αρχή από το τραπέζι και αργότερα κατά το μαγείρεμα του φαγητού

Τροφές πλούσιες σε αλάτι

1. Αλάτι, σόδα, αντιόξινα (πλην του Maalox).
2. Ψωμί, μακαρόνια, μπισκότα.
3. Γάλα, τυρί, γιαούρτι.
4. Καπνιστά κρέατα και ψάρια, αλλαντικά.
5. Έτοιμοι ζωμοί κρέατος, μύρα, Pepsi-Cola.
6. Κάθε κονσέρβα.
7. Όλες σχεδόν οι σάλτσες και τουρσιά κλπ. τού εμπορίου.
8. Ξηροί καρποί, σοκολάτα.^{69,70}

Τροφές πτωχές σε αλάτι

1. Νωπά φρούτα, λαχανικά.
 2. Ζελέ, σταφίδες.
 3. Τσάι, καφές, φυσικοί χυμοί, Coca-Cola.
- Συνήθης ημερήσια διατροφή: 10 gm αλάτι. Αν απαλειφθεί το αλάτι τού τραπέζιού: 3-6 gm.

Αν απαλειφθεί όλο το αλάτι από το μαγείρεμα: 2-4 gm,

- Αποφυγή έντονης κόπωσης, και συγκίνησης.
- Οι παχύσαρκοι ασθενείς θα πρέπει να μειώσουν το βάρος τους. Θα πρέπει να ζυγίζονται καθημερινά και να συμβουλευονται τον γιατρό τους σε κάθε περίπτωση αύξησης του βάρους του πάνω από 1.5- 2 κιλά σε μια εβδομάδα.^{69,70}
- Υπολιπιδαιμική δίαιτα.
- Έλεγχος και σωστή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσεως.
- Η κατανάλωση αλκοόλ θα πρέπει να αποφεύγεται.
- Το κάπνισμα θα πρέπει επίσης να απαγορευθεί.
- Άσκηση
- Τι πρέπει να προσέχουν οι καρδιοπαθείς το καλοκαίρι:

Η πολύ ζέστη μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα που μπορεί να κυμαίνονται από αδυναμία, εξάντληση, κράμπες, και το πιο σοβαρό τη

θερμοπληξία. Τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, οι καρδιοπαθείς, τα άτομα με αναπνευστικά προβλήματα, οι αλκοολικοί, καθώς και τα άτομα που λαμβάνουν ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων είναι ομάδες ψηλού κινδύνου και κινδυνεύουν περισσότερο από την υπερβολική ζέστη. Τα άτομα με υψηλή αρτηριακή πίεση, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια θα πρέπει να επισκέπτονται το γιατρό τους ο οποίος θα αναπροσαρμόζει τη δοσολογία των φαρμάκων τους. Οι υπερτασικοί το καλοκαίρι χρειάζονται μικρότερες δόσεις φαρμάκων γιατί η πίεση μειώνεται με τη ζέστη.^{69,70}

Στους πάσχοντες από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια λόγω του ότι λαμβάνουν φάρμακα όπως διουρητικά, αγγειοδιασταλτικά, πρέπει να εξατομικεύεται η δόση γιατί υπάρχει ο κίνδυνος της υπονατρημίας, υποκαλιαιμίας, και ελάττωσης του όγκου αίματος.

Όσον αφορά στη θερμοπληξία, θα πρέπει να λάβει κανείς υπόψη ότι οι παράγοντες που προδιαθέτουν γι' αυτήν είναι η παχυσαρκία, ο αλκοολισμός, η μυϊκή εργασία, ο ελαττωμένος αερισμός του περιβάλλοντος, οι καρδιοπάθειες, η υγρασία. Όταν η υγρασία είναι αυξημένη ο ιδρώτας εξατμίζεται αργά και έτσι δεν απελευθερώνεται η θερμότητα γρήγορα από το σώμα. Πρόδρομα συμπτώματα της θερμοπληξίας είναι η δίψα, αδυναμία, η ζάλη, ο ίλιγγος, ο πονοκέφαλος, η ναυτία που αποτελούν τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της παρατεταμένης έκθεσης στη ζέστη. Όψιμα ο ασθενής παρουσιάζει απώλεια των αισθήσεων, σύγχυση, σπασμούς, λήθαργο και κώμα. Ο καρδιακός παλμός αυξάνεται και το δέρμα είναι ερυθρό λόγω της αγγειοδιαστολής με παρουσία εφίδρωσης.^{69,70}

Όταν το σώμα σταματήσει να ελέγχει τη θερμοκρασία του σταματά και η εφίδρωση. Η άμεση θεραπευτική αγωγή σκοπό έχει την ελάττωση της θερμοκρασίας και την επαναλειτουργία της ομαλής λειτουργίας του κυκλοφοριακού συστήματος. Για την ελάττωση της θερμοκρασίας συνιστώνται ψυχρά και υγρά επιθέματα, χρήση ανεμιστήρων, δημιουργία ψυχρού και ξηρού περιβάλλοντος, παγοκύστες σε όλο το σώμα και ψυχρά λουτρά.

Όσον αφορά στους καρδιοπαθείς που θα βρεθούν στη θάλασσα ή στο βουνό οι πιο κάτω συμβουλές είναι χρήσιμες: Εάν βρεθούν στη θάλασσα πρέπει να μην κολυμπούν εφόσον έχουν φάει έστω και ελαφρά. Πρέπει να μην αισθάνονται κανένα καρδιακό ενόχλημα και η είσοδος στη θάλασσα να είναι βαθμηδόν ρίχνοντας σιγά – σιγά νερό σε όλο το σώμα. Οι πρωινές ώρες ή η απογευματινές να προτιμώνται.^{69,70}

Οι καρδιοπαθείς που θα βρεθούν στο βουνό πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι εάν το υψόμετρο είναι μέχρι τα 2000μ. δεν δημιουργείται πρόβλημα. Πιθανόν λίγη δύσπνοια, ταχυπαλμία, λίγη κόπωση τα οποία υποχωρούν με τον εγκλιματισμό σε 5-6 μέρες. Εάν όμως το υψόμετρο είναι 2000–3500 μ. (μέτριο υψόμετρο) ή μεγαλύτερο (>3500μ.), τότε μπορεί να προκληθεί πονοκέφαλος, ζάλη, ταχυπαλμία, πνευμονικό οίδημα. Σε μεγάλο υψόμετρο υπάρχει μείωση του οξυγόνου και μείωση της ατμοσφαιρικής πίεσης. Η μείωση της

ατμοσφαιρικής πίεσης αυξάνει την αρτηριακή πίεση και η μείωση του οξυγόνου αναγκάζει τον οργανισμό να κάνει συχνότερες, βαθύτερες αναπνοές, με αύξηση της καρδιακής συχνότητας. Παρόλα αυτά, ο οργανισμός δεν οξυγονώνεται καλά.

Οι ομάδες ψηλού κινδύνου πρέπει να αποφεύγουν τις άσκοπες μετακινήσεις ιδίως τις ώρες που ο ήλιος είναι δυνατός (11 π.μ. – 3μ.μ.), να μένουν σε χώρους που είναι κλιματιζόμενοι και αν πρέπει να μετακινηθούν να φοράνε ανοικτόχρωμα ρούχα και καπέλο.

Όσον αφορά στη διατροφή, το καλοκαίρι θα πρέπει να αλλαχθούν από όλους οι διατροφικές συνήθειες ώστε να μην επιβαρύνεται ο οργανισμός από τις ψηλές θερμοκρασίες. Κατά την περίοδο του καλοκαιριού είναι καλό να καταναλώνονται πολλά φρούτα, λαχανικά, σαλάτες και πολύ νερό, τουλάχιστο 8-10 ποτήρια. Τα αλκοολούχα ποτά πρέπει να αποφεύγονται γιατί προκαλούν εφίδρωση, έχουν διουρητικές ιδιότητες και έχουν πολλές θερμίδες (1 gr αλκοόλης δίνει 7 Kcal). Τα φρούτα δίνουν γλυκόζη και βοηθούν τον οργανισμό στη διατήρηση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας. Τα λαχανικά είναι πλούσια σε βιταμίνες, νερό, μέταλλα και φυτικές ίνες.^{69,70}

8.1. Ο ρόλος της ΠΦΥ στην παροχή υπηρεσιών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού

Η διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του συστήματος υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η ανάδειξη της σημασίας της Πρόληψης και της Αγωγής Υγείας σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη για την αντιμετώπιση της ασθένειας και τη βελτίωση ή διατήρηση της υγείας του μέσα από συντονισμένη διατομεακή δράση, αναδείχθηκαν και αποτέλεσαν στη συνέχεια την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών.^{64,65}

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής του ασθενούς, με τα οποία έχει την πρώτη του επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιο επαγγελματία υγείας όπως ιατρό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, μαία, κοινωνικό λειτουργό. Ο τόπος και τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και παροχής των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να είναι το ιατρείο, το κέντρο υγείας, η πολυκλινική ή το πολυϊατρείο, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται μπορεί να κυμαίνεται από 500 έως 5000 άτομα.⁶⁶

Σήμερα, η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει την αναγκαιότητα της ΠΦΥ ως επίκεντρο του όλου συστήματος υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται

αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση-επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια). Ο ρόλος τους είναι να αποτελούν ένα είδος «φίλτρου» (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέχονται πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ' επέκταση τον περιορισμό των δαπανών.^{64,67}

Η ΠΦΥ ασχολείται με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας βασιζόμενη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η έννοιά της υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής.⁶⁵

Συγκεκριμένα, στην ΠΦΥ λαμβάνουν χώρα ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες που έχουν σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των προβλημάτων χωρίς να απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Το τελευταίο λαμβάνει ένα τελείως διαφορετικό ρόλο, να αποτελεί συμπλήρωμα της ΠΦΥ για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων περιπτώσεων και όταν η βαρύτητα της νόσου δεν επιτρέπει τη νοσηλεία στο σπίτι ή σε μονάδες ΠΦΥ.^{66,67}

Οι προληπτικές δραστηριότητες μέσα από την ΠΦΥ διακρίνονται σε αυτές που σχετίζονται με μέτρα για το περιβάλλον και σκοπό έχουν τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και κατ' επέκταση τη μείωση της νοσηρότητας, και σε ατομικά μέτρα που έχουν σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Την αύξηση του επιπέδου συνειδητότητας του πληθυσμού, την ετοιμότητα και αποφασιστικότητα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, έρχεται να καλύψει η έννοια της Αγωγής Υγείας, που σχετίζεται στενά με την ΠΦΥ, με την προσδοκία της επίλυσης σημαντικών προβλημάτων υγείας.

Ο σημαντικός ρόλος της ΠΦΥ στην αποκατάσταση του ατόμου μετά την ύφεση της οξείας νόσου έγκειται σε παρεμβάσεις που έχουν σκοπό να καλύψουν όλες τις ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες ανάγκες του μέχρι την ένταξή του ως ενεργό μέλος στο κοινωνικό σύνολο.

Ο ρόλος της ΠΦΥ στη αναγνώριση και φροντίδα των ατόμων με ψυχική νόσο είναι αδιαμφισβήτητη τόσο στην έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή

τους σε ειδικούς όσο και στην παραμονή και φροντίδα αυτών των ατόμων στο σπίτι, στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον.

Σύμφωνα με μελέτη της ΠΟΥ, η ανάπτυξη της ΠΦΥ σχετίζεται με τη βελτίωση της έκβασης της υγείας, της περιγεννητικής θνησιμότητας, της θνησιμότητας από άλλες αιτίες (π.χ. ατυχήματα) ή την ειδική με τη νόσο θνητότητα (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστικά). Αυτή η σχέση είναι σημαντική για τον έλεγχο καθοριστικών παραγόντων για την υγεία σε μακροεπίπεδο (ποσοστό ηλικιωμένων, ΑΕΠ κατά κεφαλή, ποσοστό ιατρών ανά 1000 κατοίκους) καθώς και σε μικροεπίπεδο (ΜΟ εξωνοσοκομειακών επισκέψεων, κατά κεφαλήν εισόδημα, κατανάλωση αλκοόλ και καπνού). Αναφέρεται ακόμη ότι αυξημένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ σχετίζεται θετικά με την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών και μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία. Προσανατολισμένα στην ΠΦΥ συστήματα υγείας, ακόμη και σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, αναφέρεται να είναι περισσότερο δίκαια, προσιτά και προσβάσιμα υπέρ των φτωχών. Η εφαρμογή του θεσμού των γενικών ιατρών σχετίζεται θετικά με τη μείωση του κόστους και την αυξημένη ικανοποίηση των χρηστών, χωρίς αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, χαρακτηριστικά της ΠΦΥ όπως η γεωγραφική κάλυψη, η μακροχρονιότητα, ο συντονισμός και ο προσανατολισμός προς την κοινότητα, σχετίζονται με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.⁶⁸

Η βιβλιογραφία που σχετίζεται με την άμεση σχέση της ΠΦΥ με την ποιότητα και την αποδοτικότητα, είναι περιορισμένη. Όμως, αναφέρεται ότι οι γενικοί-οικογενειακοί ιατροί προάγουν τη συνέχεια και περιεκτική-πολυσήμαντη φροντίδα, συμβάλουν στη μείωση των εισαγωγών νοσηλείας, μειώνουν τη χρήση εξειδικευμένων και επειγουσών υπηρεσιών και κατ' επέκταση βελτιώνουν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.

Βέβαια, για να γευτούν τα κράτη τα οφέλη της ΠΦΥ, οφείλουν να ικανοποιούν βασικές προϋποθέσεις, όπως υψηλή προσπελασιμότητα, ύπαρξη μηχανισμών ελέγχου και διαχείρισης, συνεργασία με τις άλλες μορφές περίθαλψης και διατομεακή συνεργασία εντός της ομάδας ΠΦΥ, πλήρη δράση του οικογενειακού ιατρού.

Σύμφωνα με το νέο αυτό πρίσμα της ενίσχυσης της ΠΦΥ που προτείνει η ΠΟΥ, θα πρέπει να κατευθυνθούν οι πολιτικές υγείας των κρατών. Η δομή του εκάστοτε συστήματος υγείας σχετίζεται άμεσα με τις υγειονομικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και πολιτικές συνθήκες της χώρας που εφαρμόζεται. Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη και η διαμόρφωση της δομής του συστήματος υγείας έγινε αποσπασματικά και είναι παράλληλη με την πορεία και ανάπτυξη του ελληνικού κράτους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΑ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1^ο

Εισήλθε στο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ο Α.Π. 62 ετών, άνδρας με έντονο οπισθοστερνικό πόνο. Υποβλήθηκε σε εργαστηριακές εξετάσεις όπου το ηλεκτροκαρδιογράφημα έδειξε ανύψωση του ST και στεφανιογραφία η οποία έδειξε στένωση δύο κλάδων της στεφανιαίας αρτηρίας, οι οποίες οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι ο άνδρας αυτός είχε υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και ο ασθενής υποβλήθηκε σε αγγειοπλαστική. Μετά την επέμβαση ο ασθενής μεταφέρθηκε στην καρδιολογική κλινική για την ανάρρωσή του.

Ο ασθενής είναι χρόνιος καπνιστής και εδώ και 5 χρόνια πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Το ιστορικό του έδειξε ότι και ο πατέρας του ασθενή έπασχε από καρδιακή ανεπάρκεια.

Κατά την παραμονή του στο τμήμα εμφάνισε κάποιες επιπλοκές.

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u>
1)Επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας (αφυδάτωση).	Επαναφορά της νεφρικής λειτουργίας.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει έλεγχος του ισοζυγίου υγρών (προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων). 2. Λήψη αρτηριακής πίεσης. 3. Χορήγηση υγρών IV και υγρής μορφής φαγητό per os. 4. Παρακολούθηση του αρρώστου. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η νοσηλεύτρια έκανε έλεγχο του ισοζυγίου υγρού και ήταν θετικό. 2. Η αρτηριακή πίεση ήταν χαμηλή 100/65. 3. Η νοσηλεύτρια μετά από εντολή του θεράποντος ιατρού χορήγησε 1000cc N/S για 24 ώρες και υγρής μορφής φαγητό (σούπα). 4. Συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς και ωριαία μέτρηση υγρών. 	Το επόμενο 24ωρο η αφυδάτωση είχε υποχωρήσει.

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u>
2)Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια.	Επαναφορά φυσιολογικής λειτουργίας της καρδιάς.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο σε 1 ώρα. 2. Λήψη ζωτικών σημείων(αρτηριακήπίεση, σάκχαρις). 3. Μέτρηση ισοζυγίου υγρών. 4. Βελτίωση της αναπνευστικής ικανότητας του ασθενούς άμεσα. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγησε η νοσηλεύτρια μετά από εντολή γιατρού ισχυρό αναλγητικό (πεθιδίνη) μία δόση εφάπαξ για ανακούφιση από τον πόνο. 2. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και σφίξεων έδειξε φυσιολογικές τιμές. 3. Υπήρξε αυξημένος όγκος υγρών (αυξημένη διούρηση, 1000cc/h. Μετά από εντολή του γιατρού χορηγήθηκαν διουρητικά (Lasix) 6ml IV. 4. Λόγω της δυσκολίας στην αναπνοή χορηγήθηκε O₂. 	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο. Μειώθηκε ο όγκος υγρών και η δυσκολία στην αναπνοή βελτιώθηκε.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2^ο

Εισήλθε στη μονάδα εμφραγμάτων Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ο Δ.Κ. ασθενής, 56 ετών με δυσκολία στην αναπνοή και αυξημένη πυρετική κίνηση. Μετά τη λήψη του ιστορικού του ασθενούς φάνηκε ότι ο ασθενής είχε υποστεί πριν 5 μήνες οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση διάνοιξης στεφανιαίας αρτηρίας. Υποβλήθηκε σε εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες δεν έδειξαν τίποτα το ανησυχητικό. Η είσοδος του στη μονάδα εμφραγμάτων έγινε για προληπτικούς λόγους και λόγω του ιστορικού με προηγούμενο έμφραγμα του μυοκαρδίου αλλά και για την αντιμετώπιση του πυρετού και της δυσκολίας της αναπνοης.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
1.Δυσκολία στην αναπνοή.	Επαναφορά φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας.	<ol style="list-style-type: none"> 1.Εκτίμηση συχνότητας και βάθους αναπνοών. 2.Μέτρηση αρτηριακής πίεσης. 3.Παρακολούθηση ηλεκτροκαρδιογραφήματος. 4.Τοποθέτηση του ασθενή σε αναπνευστική θέση. 5.Χορήγηση O₂ με οδηγίες ιατρού. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Βαθιές και με δυσκολία αναπνοές, 10/min. 2.Η αρτηριακή πίεση ήταν Κ.Φ. 120/90mm/Hg. 3.Υπήρξε συχνή παρακολούθηση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος από τα monitor ήταν φυσιολογικό. 4.Η νοσηλεύτρια τοποθέτησε σε αναπνευστική θέση (ημικαθιστή) για ανακούφιση του ασθενή. 5.Χορηγήθηκε από την νοσηλεύτρια μετά από εντολή του γιατρού O₂ 8l/min σε πυκνότητα 100% με μάσκα ventouri. 	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από το αίσθημα δυσκολίας στην αναπνοή μετά από 2 ημέρες.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
2.Πυρετική δεκαδική κίνηση 38°C.	Ο ασθενής να είναι απύρετος.	<ol style="list-style-type: none"> 1.Μέτρηση της θερμοκρασίας του ασθενή. 2.Χορήγηση αντιπυρετικών για τη μείωση του πυρετού. 3. Εφαρμογή τεχνικών για την μείωση της θερμοκρασίας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Μετά από μέτρηση η θερμοκρασία του ασθενή ήταν 38°C. 2.Μετά από εντολή γιατρού δόθηκε αντιπυρετικό (Aprotel 6ml) σε 100cc N/S 0,9% εφάπαξ. 3.Η νοσηλεύτρια προσέχει ο ασθενής να είναι ελαφριά ντυμένος και με ελαφριά σκεπάσματα. Η θερμοκρασία του δωματίου να είναι σε φυσιολογικά επίπεδα. Και λουτρό επί κλίνης αν αυτό κρίνεται αναγκαίο. Τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων στο μέτωπο. 4.Συνεχή παρακολούθηση της θερμοκρασίας του ασθενούς. 	Μετά από 6 ώρες είχε υποχωρήσει ο πυρετός σε φυσιολογικά επίπεδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Α' βάρθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα είναι ένας θεσμός ο οποίος με το πέρασμα των ετών παρουσιάζει τη σημαντική ανάγκη εδραίωσής του. Γίνεται αντιληπτό από όλους ότι η προσφορά της στην προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας των ατόμων είναι αδιαμφισβήτητη. Εξ' άλλου είναι γνωστό ότι «το προλαμβάνειν βέλτιον εστί του θεραπεύειν»

Ένας από τους βασικούς στόχους που πρέπει να υλοποιηθούν ώστε η Α' βάρθμια νοσηλευτική περίθαλψη να είναι πιο αποτελεσματική στη λειτουργία της, είναι η δημιουργία υπηρεσίας από τα νοσοκομεία που θα ενημερώνει τα κέντρα υγείας για τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική ή στη Μονάδα Εντατικής Προστασίας Καρδιοπαθών και ανήκουν στην περιφέρειά τους (αποστολή ιατρικού, νοσηλευτικού φακέλου, είδος αγωγής που ακολουθείται, επιβαρυντικοί παράγοντες που επηρεάζουν το OEM).

Για να επιτευχθεί αυτό το κέντρο Υγείας πρέπει να διαθέτει μηχανογραφημένες υπηρεσίες ώστε να είναι σε θέση να συνδέεται με τα Β' βάρθμια και Γ' βάρθμια νοσηλευτικά ιδρύματα και να λαμβάνει τις πληροφορίες που τους αποστέλλονται από αυτά.

Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο να αναφερθούμε στην οργάνωση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας ως φορέα απασχόλησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας.

1. Απαιτείται Στελέχωση του Κέντρου Υγείας από ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στις βασικές ειδικότητες, ώστε να παρέχεται επιστημονική νοσηλευτική φροντίδα.
2. Παράλληλα απαραίτητη κρίνεται η ανάπτυξη και η αναβάθμιση των εργαστηρίων παρακλινικών εξετάσεων που διαθέτουν τα Κέντρα υγείας.
3. Σημαντική είναι επίσης η δημιουργία οργανωμένου αρχείου ασθενών που ανήκουν στην υγειονομική περιφέρειά του.
4. Τέλος κρίνεται αναγκαία η υποστήριξη προγραμμάτων Α' βάρθμιας Φροντίδας Υγείας και έλεγχος αυτών από τα Κέντρα υγείας. (Κ.Η.Φ.Η., Κ.Α.Π.Η, Πρόγραμμα Βοήθειας Στο Σπίτι κλπ).

Τα προγράμματα κοινωνικής μέριμνας λειτουργούν με ευθύνη του δήμου (Κ.Η.Φ.Η, Πρόγραμμα Βοήθειας Στο Σπίτι) και έχουν την υποστήριξη της τοπικής αυτοδιοίκησης για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Οι ομάδες αυτές που είναι επανδρωμένες με μη ειδικευμένο προσωπικό θα πρέπει:

1. Να γίνουν μόνιμος θεσμός ενταγμένος στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
2. Να αναβαθμιστεί ο ρόλος τους με εμπλουτισμό των ομάδων τους από εξειδικευμένο προσωπικό (νοσηλευτές πανεπιστημιακής, τεχνολογικής εκπαίδευσης) ώστε εκτός από την ολοκληρωμένη νοσηλευτική περίθαλψη που θα παρέχει, να μπορεί να συγκεντρώνει στοιχεία για επιδημιολογική μελέτη στην ομάδα πληθυσμού που παρεμβαίνει.

Απαραίτητη επίσης θεωρείται η εδραίωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στην ευθύνη του οποίου θα υπάγεται μια συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, στην οποία εκτός από παρεμβατικό θα έχει και συμβουλευτικό έργο.

Τέλος πιστεύουμε πολύ στην αναγκαιότητα δημιουργίας ανεξάρτητης νοσηλευτικής ομάδας με σκοπό:

- την παρέμβαση
- την εκπαίδευση
- την παρακολούθηση συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού.

Η κατηγοριοποίηση των ασθενών και ο διαχωρισμός σε ομάδες θα γίνεται από τα κέντρα υγείας και θα ανατίθενται στη νοσηλευτική ομάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γουδέβενος Ι., Στεφανιαία Νόσος, Ιατρική Σχολή Πανεπ. Ιωαννίνων, 2003
2. Θεοχάρης Αθ., Στεφανιαία Νόσος, Αθήνα, 2003
3. Λουρίδα Γ., Στεφανιαία Νόσος, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1993
4. Πιτσαβός Χ, Σακχαρώδης Διαβήτης και Στεφανιαία Νόσος, Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, 2001
5. Μπουντούλας Χ., Γκέλερης Π., Στεφανιαία νόσος, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1990
6. Καζάκος Κ., Καρδιαγγειακές παθήσεις στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Γλυκιά Ζωή, (29), 16-17, 2001.
7. British Heart Foundation, Coronary Haert Disease Statistics, 1998.
8. Liebson P.R., Amsterdam E.A., πρόληψη στεφανιαίας νόσου. Πρωτοβάθμια πρόληψη, Review of Cardiology 14, 5-6, 1999.
9. Αναστασάκης Α., Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος, η τεχνολογία και η κοινωνία Στους ρυθμούς της καρδιάς 7(70), 17-18.
10. Βασματζίδης Π., Όταν η καρδιά ανοίγει την πόρτα στην κατάθλιψη, Στους ρυθμούς της καρδιάς, 11(117), 5-6, 2002.
11. Τούτουζα Π., Καρδιολογία, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1999
12. Τούτουζας Π., Μπουντούλας Χ., Καρδιακές Παθήσεις, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1992
13. Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, Η Καρδιά, Αθήνα, 1996
14. Κακλαμάνης Ν., Καμάς Α., Η ανατομική του ανθρώπου, Εκδόσεις M-EDITION, Αθήνα, 1998
15. Πλέσσας Σ., Κανέλλος Ε., Φυσιολογία του ανθρώπου 1, Εκδόσεις ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΤΥΠΟΣ, Αθήνα, 1997
16. Σκούμας Ι, Σωστή και σταθερή απώλεια βάρους η καλύτερη θεραπεία για τη νόσο της παχυσαρκίας, Στους ρυθμούς της καρδιάς, 2001
17. Κανδύλας Ι., Η ζωή μας χωρίς τριγλυκερίδια, στους ρυθμούς της καρδιάς, 1999
18. Ψωμαδάκη Ζ., Στεφανιαία Νόσος οι μεταβλητοί και μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου, Στους ρυθμούς της καρδιάς, 1996
19. Αντωνακούδης Χ., Δίαιτα για την υποστροφή της αρτηριοσκλήρωσης, Στους ρυθμούς της καρδιάς, 1998
20. Βλαχόπουλος Χ., 1^ο διεθνές συμπόσιο για την υπερχοληστεριναιμία και άλλους παράγοντες κινδύνου, στους ρυθμούς της καρδιάς 7(69),10, 1998.
21. Δηλαβέρης Π., Οργανικά νιτρώδη: δεύτερη εκατονταετηρίδα στην πρόληψη της στηθάγχης. Στους ρυθμούς της καρδιάς 7(79), 175, 1998.
22. Δημοσθενόπουλος Χ., Ασβέστιο: στεριώνει τα θεμέλια της ζωής, Ε-Ιατρικά (33), 26-30, 2002.

- 23.Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997
- 24.Διαμαντόπουλος Ε., Ανδρεάδης Ε., Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της αρτηριακής υπέρτασης με στόχο τη μείωση του ολικού καρδιαγγειακού κινδύνου, Νοσοκομειακά Χρονικά, 2001
- 25.Κορομάντζου Μ., Το ελαιόλαδο προστατεύει, Μ' ενδιαφέρει (14), 62, 2002.
- 26.Κρανίδης Α., Οι ιδιαιτερότητες της στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες Στους ρυθμούς της καρδιάς 11 9119), 35-36.
- 27.Μανωλάς Ι., Ορμόνες και υπέρταση Στους ρυθμούς της καρδιάς, 7910), 1998.
- 28.Μπουντούλας Χ., Γκέλερης Π., Στεφανιαία νόσος, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1990.
- 29.Ζαχαρούλης Α., Στεφανιαία Νόσος Πρόληψη και Αντιμετώπιση, Αθήνα, 2002.
- 30.Κόκκινος Δ., Καρδιολογική θεραπευτική, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 2001
- 31.Χλωρογιάννης Ι., Από τη διάγνωση μέχρι την εγχείρηση by-pass, Στους ρυθμούς της καρδιάς.
- 32.Τούτουζας Π., Θεραπεία της στεφανιαίας νόσου, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 1991
- 33.Παπαευθυμίου Οδ., Καραγιάννης Σ., Υπάρχει σχέση μεταξύ φαλάκρας στους άνδρες και προσβολής από καρδιακή νόσο;, Μ' ενδιαφέρει 14, 24-25, 2000.
- 34.Παρίσης Ι., Καρράς Σ., Όσα οι γυναίκες μπορούν να κάνουν για την καρδιά τους, Στους ρυθμούς της καρδιάς, 8(83),33-34, 1999.
- 35.Σκούμας Ι., Ελαιόλαδο ακρογωνιαίος λίθος της μεσογειακής διαίτας, Στους ρυθμούς της καρδιάς 8(86), 93, 1999.
- 36.Τζίφος Β., Αγγειοπλαστική και stent για τη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου, Στους ρυθμούς της καρδιάς.
- 37.Φαρμάκης Δ., Αγγειογένεση καινούρια θεραπεία για την στεφανιαία νόσο, Στους ρυθμούς της καρδιάς, 1998.
- 38.Κουνατιάδης Π., Αξιολόγηση των διαφόρων τεχνικών στον καθορισμό της πρόγνωσης ασθενών με στεφανιαία νόσο, ελληνική Καρδιολογική επιθεώρηση, 1998
- 39.Κόκκινος Δ., - Κολοβού Γ., Τα Λιπίδια στην Κλινική Πράξη, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2000
- 40.Καφάτος Α., Γνωρίστε την καρδιά σας, Πώς να έχετε εγκάρδιες σχέσεις με την καρδιά σας, Becel, 3
- 41.Μακαρίου Ν., Το ζην, το ευ ζην και το καπνίζεις, Στους ρυθμούς της καρδιάς, 1999

- 42.Ραγιά Α., Βασική Νοσηλευτική θεωρίες και δεοντολογικές αρχές, Εκδόσεις Γραφικές Τέχνες, Αθήνα, 1998
- 43.Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000
- 44.Χαντάνης Σ., Διάγνωση της Σ.Ν. σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη, Γλυκιά Ζωή (29), 13-17, 2001.
- 45.Χειμώνας Η., Υπερχοληστεριναιμία και λοιποί παράγοντες κινδύνου στον Ελληνικό πληθυσμό, Στους ρυθμούς της καρδιάς 8(82),22 1999.
- 46.Χούλης Ν., Ασπίδα που προστατεύει από πολλές ασθένειες – Βιταμίνη Ε, ε-Ιατρικά (1), 40-41, 2002.
- 47.Αγγελόπουλος Μ. Χάρης, (2000), «Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις». Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- 48.Αλεξιάδης Δ., Σιγάλας Ι., (2001) Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (Τόμος Δ), «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές», Αθήνα
- 49.Τριχόπουλος, Δ., Καλαποθάκη, Β., Πετρίδου, Ε.(2001),Προληπτική Ιατρική και δημόσια υγεία. Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα
- 50.Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, (2000), Η Προαγωγή της Ψυχικής & Συναισθηματικής Υγείας στο σχολείο – Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς, Katherine Weare & Gay Gray, επιμέλεια Κ. Σώκου, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα
- 51.Nies A. M., McEwen C. M., (2001) «Κοινωνική Νοσηλευτική. Προάγοντας την υγείας των πληθυσμών», Τόμος Ι, 3^η έκδοση, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα
- 52.Wistow G., (2005) *Developing Social Care: the past, the present, the future*, London
- 53.Β.Α. Λανάρα (2004) Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο. Αθήνα 2004. Β' έκδοση
- 54.Ανδριώτη Δ. (1994) Οι ανθρώπινοι πόροι στον Υγειονομικό τομέα. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα
- 55.Κυριόπουλος Γ. Ισότητα ή ελευθερία στην αγορά υπηρεσιών υγείας: το πραγματικό πολιτικό δίλημμα και ο ενιαίος φορέας υγείας. Στο: Κυριόπουλος Γ, Συσσούρας Α (Επιμ.) *Ενιαίος φορέας Υγείας: αναγκαιότητα ή αυταπάτη*, Αθήνα, Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, 1997:19–48
- 56.Δικαίος Κ. Πολιτική Υγείας. Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική*. Τόμος Β. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, 1999:17–96
- 57.Νόμος 1397/1983. (ΦΕΚ 143Α) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»

- 58.Νόμος 2071/92. (ΦΕΚ 123Α) «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας»
- 59.Νόμος 2519/1997. (ΦΕΚ 165/Α/1997) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»
- 60.Νόμος 3235/2004. (ΦΕΚ 53Α) « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»
- 61.Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Φαρατσέλη Ο, Λιαρόπουλος Λ. Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα. Στο: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής (Επιμ.) *Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Πειραιάς, 2005:23–44
- 62.Ζηλίδης Χ. Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας: η μεταρρύθμιση 2000–2004. *Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας*, Αθήνα, 2005
- 63.Tountas Y, Karnaki P, Pavi E. Reforming the reform: the Greek national health system in transition. *Health Pol* 2002, 62:15–29
- 64.Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
- 65.Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π., Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2005
- 66.Ιωαννίδης Ε, Μάντης Π. Υγεία και περίθαλψη. Στο: Ιωαννίδης Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντης Π (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές*. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Α, 1999:15–58
- 67.Δικαίος Κ. Πολιτική Υγείας. Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική*. Τόμος Β. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, 1999:17–96
- 68.Atun R. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* London, WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN), 2004
- 69.Κυριακίδου Ε., Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα, 2000
- 70.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Σουρτζή Π. *Κοινωνική Νοσηλευτική*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2005