

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

" ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΩΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ "

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ

ΤΣΙΑΡΔΑΚΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΜΠΑΡΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ	438 6'
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περιεχόμενα
Πρόλογος
Εισαγωγή

Σελίδες
I
II
III

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

Στεφανιαία Νόσος - Κάπνισμα
Παθοφυσιολογικός μηχανισμός καπνίσματος στις καρδιαγγειακές παθήσεις
Βλαπτικές ουσίες και μηχανισμοί του Καπνίσματος στη Στεφανιαία Νόσο
Λιποπρωτεΐνες - παθογένεια της αθηρωμάτωσης

I
7
8
11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Διεθνείς επιδημιολογικές και στατιστικές μελέτες καπνίσματος σε σχέση με Σ.Ν.

17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Πρόληψη.
Πρωτογενής πρόληψη.
α. Αποφυγή έναρξης καπνίσματος στους νέους.
β. Αμεση και σταδιακή παύση του καπνίσματος.
Δευτερογενής πρόληψη Σ.Ν.

22
24
24
27
31

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

Εντατική Νοσηλευτική φροντίδα Σ.Ν.
Ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών και ο ρόλος της νοσηλεύτριας.
Διεργασία της νοσηλευτικής φροντίδας στεφανιαίου ασθενούς.
1η Κλινική περίπτωση (Στηθάγχη)
2η Κλινική περίπτωση (μυοκαρδιακό έμφραγμα)

33
35
37
39
42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Συμπεράσματα - Προτάσεις
Αφίσες - σκίτσα - γελοιογραφίες
Χαρακτήριση
Ευχαριστήρια

59
61
75
76

Βιβλιογραφία.

77

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Στην εποχή μας, εποχή του καταναλωτισμού, της αφθονίας και του άγχους, μέσα στα κοινά και πολυσυζητημένα προβλήματα της ατομικής και κοινωνικής ζωής, αναφέρεται όλο και πιό συχνά ο όρος "στεφανιαία νόσος".

Κάποιος συγγενής, κάποιος φίλος, κάποιος γνωστός μπορεί να έχει περάσει τη δοκιμασία της νόσου αυτής, ακόμη χειρότερα μπορεί να έχει αφήσει μια πικρή και ανεξίτηλη τραγική ανάμνηση, όταν έχει σφραγισθεί με θάνατο αγαπημένου προσώπου. Και πρόκειται στις μέρες μας συνήθως για νέους ή μεσήλικες στην ακμή της δράσεώς τους, στην υψηλότερη βαθμίδα των ευθυνών τους, σε χρονικές περιόδους, όπου η οικογένεια και η κοινωνία τους χρειάζεται περισσότερο.

✓ Στην Ελλάδα κάθε χρόνο 9.500 άτομα (6.000 άνδρες και 3.500 γυναίκες) πεθαίνουν απο ισχαιμική καρδιοπάθεια. Στις Η.Π.Α. τα άτομα που πάσχουν απο στεφανιαία νόσο φτάνουν το 1.000.000 κάθε χρόνο. Ποσοστά εντυπωσιακά, αν τα συγκρίνουμε με τον αριθμό των θανάτων απο αρρώστιες που θεωρούνται σαν κοινωνικές μαστιγες. ✓ Είναι η αρρώστια, που συνδέεται πιό άμεσα με το ρυθμό της εποχής μας, με τον πολιτισμό μας, που με την υπέρμετρη υλιστική του ανάπτυξη, ώθησε τον άνθρωπο σε παρεκτροπές, για τις οποίες σήμερα πληρώνει υψηλό τίμημα. ✓ Ο καθηγητής Λενέγκρ, έφτασε στο σημείο να πεί: "Δημιουργούνται όλες οι προϋποθέσεις για να γίνουμε όλοι ή σχεδόν όλοι υποψήφιοι λίγο-πολύ για στεφανιαία νόσο". ✓ Και βέβαια μιά από τις σημαντικότερες προϋποθέσεις που επιταχύνουν δυστυχώς το δρόμο για την εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου είναι το κάπνισμα.

Από τα παραπάνω, εύκολα μπορούμε να βγάλουμε το συμπέρασμα ότι ένα μεγάλο μέρος της νόσου αυτής μπορεί κάλλιστα να προληφθεί και να αντιμετωπισθεί ριζικά. Προϋπόθεση της επιτυχίας αυτής, είναι η διεύρυνση της διαφώτισης και η ευαισθητοποίηση του ευρέος κοινού, περισσότερο στην πρόληψη παρά στη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου. Προς την κατεύθυνση της πρόληψης σημαντικό ρόλο θα διαδραματίσουν οι κοινές προσπάθειες και ενέργειες των γιατρών, των νοσηλευτών και όλων των άλλων επιστημόνων, που έδωσαν ιερό όρκο να υπηρετούν τον ανθρώπινο πόνο.

" Η υγεία του λαού είναι το θεμέλιο,
πάνω στο οποίο οικοδομείται η
ευτυχία και η δύναμη κάθε κράτους "

"Βενιαμίν Ντισραέλι"

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αγωνία που προκαλεί η αύξηση των θανάτων από την στεφανιαία νόσο, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων ατόμων, οδήγησε σε επιδημιολογικές και πειραματικές μελέτες, με σκοπό την ανεύρεση του αιτίου που την προκαλεί. Σε μία πρόσφατη ανακοίνωση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τονίζεται ότι η ανθρωπότητα δεν απειλείται από τις παθήσεις, αλλά από τις αιτίες που τις προκαλούν. Κι αυτές οι αιτίες βρίσκονται μέσα στις διαδικασίες του σύγχρονου πολιτισμού. Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για τις καρδιαγγειακές παθήσεις (και που ονομάζονται και "ενδείξεις κινδύνου") είναι συχνότεροι στις προηγούμενες βιομηχανικά κοινωνίες, στις λεγόμενες καταναλωτικές κοινωνίες και σπανιότερα στους φτωχούς λαούς.

Η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου, όπως δείχνουν πρόσφατες στατιστικές, βρίσκεται σε συνεχή άνοδο, με στοιχεία που δεικνύουν ότι αυτή έγινε πέντε φορές συχνότερη την τελευταία δεκαετία. Οι λόγοι της αύξησής αυτής φαίνεται να έχουν τριπλή προέλευση:

- α. Τη βελτίωση των διαγνωστικών μέσων.
- β. Την αύξηση του μέσου όρου ζωής, με συνέπεια να γίνονται πιά αντιληπτά τα αποτελέσματα της αθηροσκλήρυνσης και τέλος,
- γ. Την άνοδο του βιοτικού επιπέδου. Οι συνθήκες της και κυρίως η σύνθεση της διατροφής του σύγχρονου ανθρώπου, ευνοούν την αύξηση της συχνότητας της στεφανιαίας νόσου.

Διάφορες μελέτες και έρευνες των καρδιαγγειακών παθήσεων δεικνύουν ότι η πρόληψη της ισχαιμικής νόσου της καρδιάς έχει άμεση σχέση με τη αποφυγή ωρισμένων καταχρήσεων και συνηθειών οι περισσότερες των οποίων σήμερα ενδημούν στους κόλπους της λεγόμενης "καταναλωτικής κοινωνίας". Μεταξύ αυτών εντάσσεται και το κάπνισμα. Το κάπνισμα επιδρά δυσμενώς πάνω στα αγγεία με άμεση δράση στο ενδοθήλιο αυτών προκαλώντας σοβαρές τοιχωματικές βλάβες σ' αυτά και γενικά σ' ολόκληρο το κυκλοφοριακό σύστημα, αρτηριακό, φλεβικό, λεμφικό και τριχοειδών. Η κατανόηση του ρόλου του καπνίσματος, ο έλεγχος και η πρόληψή του μπορεί να έχει συνέπεια την ελάττωση της συχνότητας προσβολής από τη στεφανιαία νόσο.

Ο ρόλος της Νοσηλευτικής επιστήμης είναι καθοριστικός στον τομέα της πρόληψης. Έχοντας σκοπό την καταστολή του κινδύνου της εμφάνισης της νόσου, απομακρύνει όλους τους προδιαθεσιακούς παράγοντες όσο το δυνατόν περισσότερο με τη σωστή διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του ατόμου στην οικογένεια, στην ομάδα, στην κοινότητα με τα οποία έρχεται σε επαφή. Σημαντική επίσης είναι η προσφορά του νοσηλευτικού τομέα στην Πρωτογενή και Δευτερογενή Πρόληψη, για την άρση των αιτιών της στεφανιαίας νόσου.

Με τον όρο Πρωτογενή Πρόληψη εννοούμε όλα τα μέτρα που λαμβάνονται από τις

υγειονομικές υπηρεσίες, με σκοπό την αποφυγή της νόσησης απο στεφανιαία νόσο, ή τουλάχιστον την επιβράδυνση της εξέλιξής της, σε τρόπο που η κλινική εκδήλωση της νόσου αναβάλλεται, ελαχιστοποιείται ή αναστέλλεται. Δευτερογενής πρόληψη σημαίνει εφαρμογή μέτρων κατά την εμφάνιση συμπτωμάτων και σημείων της στεφανιαίας νόσου, με σκοπό την αντιμετώπιση αυτών, καθώς και την αναβολή, ελαχιστοποίηση ή πρόληψη της εξέλιξης των βλαβών και των επιπλοκών αυτής.

- Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ -

[Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Α Ι , Ι Ι , Ι Ι Ι]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Στεφανιαία νόσος - Κάπνισμα

Όλα τα λάθη μας η καρδιά μας τα πληρώνει. Αυτό επιβεβαιώνεται περισσότερο στο θέμα του καπνίσματος. Η καρδιά μας μόλις αντιληφθεί τον καπνό επιταχύνει τους κτύπους της. Ένας καπνιστής 10 σιγαρέτων την ημέρα αναγκάζει την καρδιά του να χτυπήσει 10.000 φορές περίπου περισσότερο. Η καρδιά μας είναι ευαίσθητη απέναντι στον καπνό, καίγεται, δεν μπορεί να τον ανεχθεί, κάνει ό,τι μπορεί να τον αποφύγει. Δεν μπορεί όμως να κάνει τίποτα. Είναι υποχρεωμένη να υπομένει, όσο μπορεί, και όσο το μυαλό δεν καταλαβαίνει, το σήμα κινδύνου που εκπέμπει με τους αυξημένους αγωνιώδεις κτύπους της ελαττώνεται. Στο τέλος αναγκάζεται να σταματήσει τη λειτουργία της από πρόκληση στεφανιαίας νόσου.

Λέγοντας Στεφανιαία νόσο εννοούμε βασικά την αρτηριοσκληρωτική στένωση του αυλού των στεφανιαίων αρτηριών, λόγω της οποίας δεν παρέχεται αρκετή ποσότητα αίματος -και κατά συνέπεια οξυγόνου- για την κάλυψη των μεταβολικών αναγκών του μυοκαρδίου με αποτέλεσμα την εμφάνιση ισχαιμικού πόνου.

Την ισχαιμία αυτή του μυοκαρδίου εκτός από το κάπνισμα υποβοηθούν επίσης:

- Η αυξημένη Α.Π.
- Ο σακχαρώδης διαβήτης
- Η υπερχοληστεριναιμία
- Η αύξηση του ουρικού οξέος
- Ο μηχανικός αποκλεισμός, καθιστική ζωή
- Η καταναλωτική κοινωνία, υπερκατανάλωση τροφής.

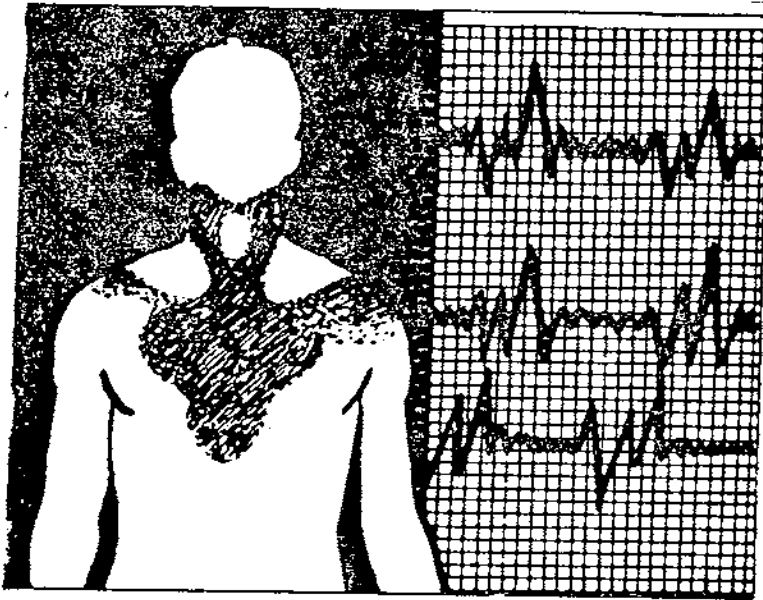
Η Στεφανιαία νόσος εκδηλώνεται:

- Με την Στηθάγχη
- Το Εμφραγμα
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Τον αιφνίδιο θάνατο.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου (ισχαιμικής καρδιοπάθειας) είναι ο ισχαιμικός πόνος, ναυτία, εμετός, εφιδρώσεις και τα σημεία από τη λειτουργική μειονεκτικότητα του μυοκαρδίου.

Η Στηθάγχη αποτελεί κλινικό σύνδρομο, χαρακτηριζόμενο από παροξυσμούς σπασμωδικού καυστικού ή πιεστικού πόνου συνήθως οπισθοστερνικής εντοπίσεως. Για να παρουσιαστεί μια στηθαγχική κρίση πρέπει να αυξηθούν οι απαιτήσεις του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, όπως:

- σωματική κόπωση (αύξηση καρδιακής συχνότητας, συσταλτικότητας, αρτηριακής πίεσης).
- Ψυχική συγκίνηση (έκκριση κατεχολαμινών με ταχυκαρδία και αυξημένη συσταλτικότητα).
- Ψύχος (αύξηση αρτηριακής πίεσης).



Η περιοχή εξόπλισης των πόνων στη στήθιχη.

Σπανιότερα η στηθαγχική κρίση εκλύεται απο σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών.

Παθολογοανατομικά στους στηθαγχικούς ασθενείς βρίσκεται αθηροσκληρώση σε μεγάλο μέρος του στεφανιαίου δικτύου, μερικές φορές δε οργανωμένοι θρόμβοι που προκαλούν στένωση και απόφραξη των αρτηριών. Παθολογοανατομικά η στηθάγχη οφείλεται σε παροδική στεφανιαία ανεπάρκεια λόγω:

α. μείωσης της ροής αίματος ένεκα αυξημένου καρδιακού έργου.

β. λόγω μείωσης της περιεκτικότητας του αίματος σε O_2 .

Συμβάλλουν πολλές φορές και τα προϊόντα μεταβολισμού, τα οποία αθροίζονται στην ισχαιμική περιοχή.

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

Σπανιότερα η απόφραξη οφείλεται σε υπερπλασία των ενδοθηλιακών πλακών ή σε αιμορραγία μέσα στην ίδια την πλάκα. Εμφραγμα μπορεί να συμβεί και όταν δεν υπάρχει τέλεια απόφραξη, άν η στεφανιαία αιματική ροή μειωθεί παροδικά, όπως στο μεταχειρητικό ή τραυματικό SHOCK ή σε γαστρεντερική αιμορραγία ή σε υπέρταση οποιασδήποτε αιτιολογίας.

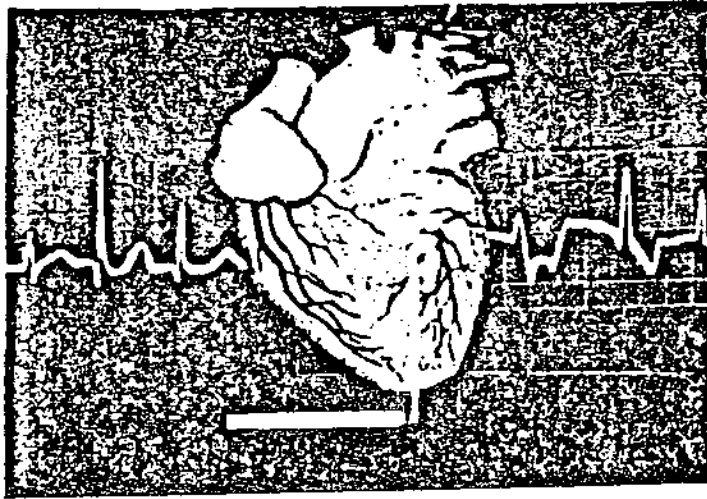
Η εντόπιση και η έκταση του εμφράγματος εξαρτώνται απο την ανατομική διανομή του αγγείου, το μέγεθος της παρούσας και προηγούμενων αποφράξεων και την επάρκεια της παράπλευρης κυκλοφορίας.

Η θρόμβωση συμβαίνει συχνότερα στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας, με αποτέλεσμα το έμφραγμα του πρόσθιου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας. Η απόφραξη της αριστερής περισπώμενης αρτηρίας προκαλεί προσθιοπλάγιο έμφραγμα. Η δεξιά στεφανιαία θρόμβωση οδηγεί στο έμφραγμα του πίσω και κάτω τμήματος του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας.

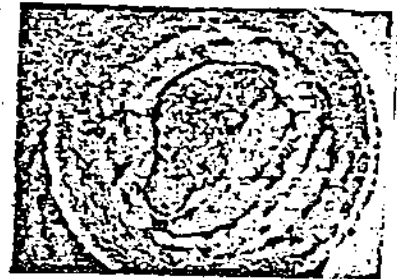
Ο προειδοποιητικός πόνος προηγείται του εμφράγματος του μυοκαρδίου για ώρες ημέρες ή και μερικές εβδομάδες. Ο προειδοποιητικός πόνος είναι: μεταβαλλόμενος τύπος πόνου στηθάγχης, απότομη εμφάνιση έτυπης στηθάγχης ή ασυνήθης δυσπεψία, που την αισθάνεται ο άρρωστος στο θώρακα.

Ο πόνος του εμφράγματος μπορεί να αρχίσει κατά τη διάρκεια ανάπαυσης (ακόμα και ύπνου) ή δραστηριότητας. Είναι όμοιος με εκείνον της στηθάγχης όσον αφορά την εντόπιση και την ακτινοβολία. Είναι όμως πιό έντονος, δεν υποχωρεί με την ανάπαυση και τη λήψη αγγειοδιασταλτικών και αυξάνεται σε ένταση γρήγορα ή κατά κύματα μέχρι το μέγιστο σημείο. Διαρκεί για ώρες, αν δεν αντιμετωπιστεί με χορήγηση ναρκωτικών.

Στο 5-15% των περιπτώσεων απουσιάζει ο πόνος ή είναι πού μικρής έντασης και επισκιάζεται απο τις άμεσες επιπλοκές, κυρίως του αξέος πνευματικού οιδήματος, της γρήγορα αναπτυσσόμενης καρδιακής ανεπάρκειας, της μεγάλης αδυναμίας, του SHOCK, της λιποθυμίας ή της εγκεφαλικής θρόμβωσης.

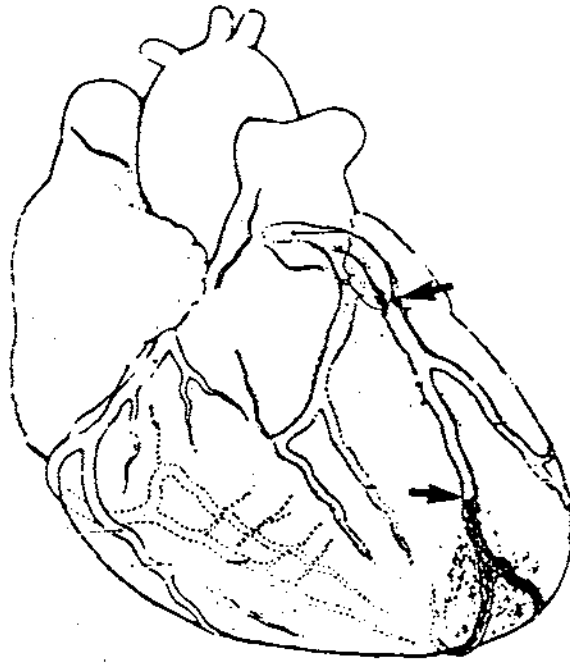


Αλλοιώσεις του καρδιακού ρυθμού στο ΗΚΓ πριν και μετά το κάπνισμα του τσιγάρου.



Εγκάρσια τομή μίας αρτηρίας. Η κρέμ ούσια που βρίσκεται μέσα στον κόκκινο με της αρτηρίας είναι συσσωρευμένη χοληστερόλη. Η τρύπα της αρτηρίας έχει ήδη αρχίσει να στενεύει εξ αιτίας της συσσωρευμένης χοληστερόλης.

Εγκάρσια τομή μίας αρτηρίας που μας δείχνει προχωρημένο σχηματισμό από συσσώρευση χοληστερόλης. Η κρέμ περιοχή είναι χοληστερόλη. Παρατηρήστε τον κόκκινο θρόμβο που έχει φράξει την αρτηρία.



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

Καρδιακή ανακοπή είναι η κλινική κατάσταση που προκαλείται λόγω αδυναμίας της καρδιάς να προωθήσει το αίμα μέσα στα αγγεία εξαιτίας της διακοπής των συστολών (ασυστολία) είτε μαρμαρυγής των κοιλιών. Την καρδιακή ανακοπή ακολουθεί και αναπνευστική ανακοπή.

Τα αίτια της καρδιακής ανακοπής μπορεί να είναι:

1. Από το αναπνευστικό: ασφυξία, ανοξία, υπερκαπνία.
2. Από το κυκλοφοριακό: άμεσος μηχανικός ή ηλεκτρικός ερεθισμός της καρδιάς, ελάττωση του ΚΛΟΑ, αναιμία.
3. Μεταβολικά : υπερκαλιαιμία, υποκαλιαιμία, οξέωση.
4. Φαρμακολογικά : μεγάλη δόση αναισθητικών ασύμβατα φάρμακα, μεγάλη δόση αδρεναλίνης, δακτυλίτιδας, προκαΐνης, κινιδίνης, χλωριούχου ασβεστίου, υδραργυριών, διουρητικών, ενδοφλέβια.
5. Νευροψυχολογικά : αυξημένα σπλάχνο-σπλαχνικά αντανακλαστικά του παρασυμπαθητικού, φόβος, διέγερση, εινευρισμός, ανησυχία, συγκινησιακές καταστάσεις.

Τα κύρια διαγνωστικά σημεία της καρδιακής ανακοπής είναι η απουσία σφύξεων των μεγάλων αγγείων, η αδυναμία λήψης αρτηριακής πίεσης και η διαστολή της κόρης.

Παθολογοφυσιολογικός μηχανισμός καπνίσματος στις καρδιαγγειακές παθήσεις

Γεγονός είναι ότι το κάπνισμα αφορά όλες τις επιδημιολογικές μελέτες σχεδόν κάθε ερευνητέου νοσήματος. Και τούτο είναι πράγματι σκόπιμο, καθόσον υποβάλλει σαφώς τους καπνιστές σε συγκεκριμένες και ποικίλες νοσολογικές συνέπειες, ανάμεσα στις οποίες προεξέχει και η στεφανιαία νόσος.

Συνοπτικά το κάπνισμα :

- Αυξάνει τις απαιτήσεις του μυοκαρδίου σε οξυγόνο (O_2)
- αυξάνει το καρδιακό έργο.
- Αυξάνει την αρτηριακή πίεση (Α.Π.) την ώρα του καπνίσματος.
- Προκαλεί αρρυθμίες.
- Ελαττώνει την ουδό της κοιλιακής μαρμαρυγής.
- Αυξάνει την συσσώρευση των αιμοπεταλίων και επιταχύνει το ρυθμό της πήξης.
- Προκαλεί σύσπαση του τοιχώματος των αγγείων.
- Αυξάνει τις LDL (LOW DENSITY LIPOPROTEIN) αθηρωματογόνες.
- Ελαττώνει τις HDL (HIGH DENSITY LIPOPROTEIN) καρδιοπροστατευτικές.
- Αυξάνει τα ελεύθερα λιπαρά οξέα και λιποειδή του πλάσματος.
- Μειώνει την παροχή O_2 στους ιστούς.
- Αυξάνει τις κατεχολαμίνες.

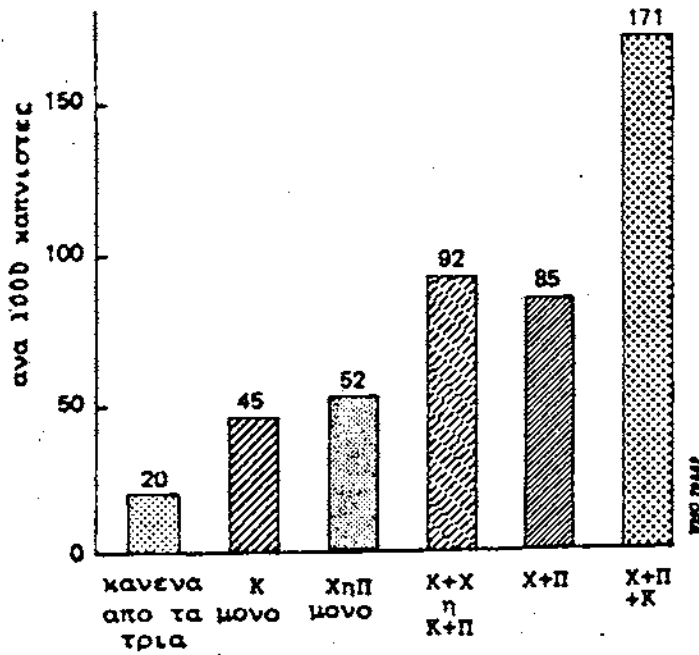
Βλαπτικές ουσίες και μηχανισμοί του καπνίσματος
στη Στεφανιαία Νόσο

Οι προσλαμβανόμενες κατά το κάπνισμα ουσίες ανήκουν σε δύο αδρές κατηγορίες: τα διάφορα (οργανικά κυρίως) συστατικά του τσιγάρου και τα διάφορα προϊόντα πυρολύσεως.

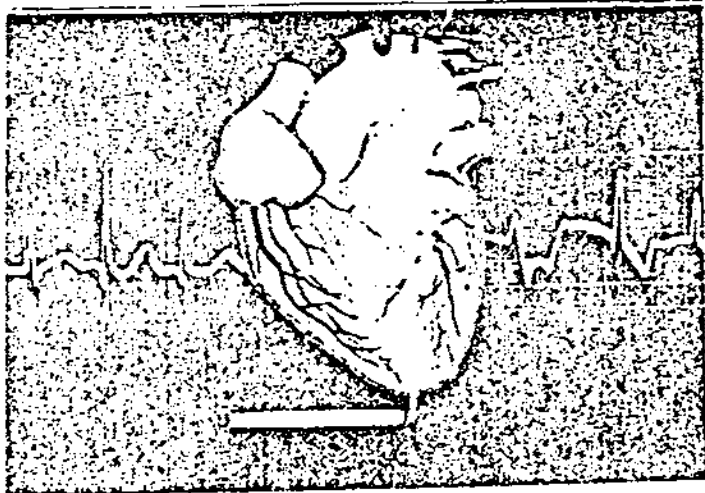
Η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα (CO), είναι τα κυριότερα στοιχεία του καπνού, που ευθύνονται βασικά για τα συμπτώματα που προκαλεί το κάπνισμα. Κατά την εισπνοή των καυσαερίων με το κάπνισμα, το CO και η νικοτίνη περνούν μέσα από την τραχεία και τους βρόγχους και φθάνουν στις πνευμονικές κυψελίδες και από εκεί με την ανταλλαγή των αερίων περνούν στο αίμα.

Η νικοτίνη δρα στα επινεφρίδια και προκαλεί την έκκριση κατεχολαμινών (αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης) οι οποίες αυξάνουν το ρυθμό των καρδιακών παλμών, προκαλούν ελάττωση του μυοκαρδιακού ουδού για αρρυθμίες, με αποτέλεσμα τη συχνότερη εμφάνιση κοιλιακών εκτάτων συστολών, κοιλιακής ταχυκαρδίας ή κοιλιακής μαρμαρυγής. Επίσης οι κατεχολαμίνες προκαλούν σύσπαση των αγγείων, προσωρινή αύξηση της πίεσεως του αίματος και της συγκολλητικότητας των αιμοπεταλίων που βοηθά στη δημιουργία θρόμβων. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) η νικοτίνη προκαλεί ανωμαλίες που οφείλονται στην ελαττωμένη λόγω συσπάσεως των στεφανιαίων αρτηριών, αιμάτωση του μυοκαρδίου. Η νικοτίνη αυξάνει επίσης τη συγκέντρωση λιπαρών οξέων στο αίμα και διευκολύνει τη δημιουργία αθηρωματικών αποθέσεων στο τοίχωμα των αρτηριών, που στενεύουν και φράζουν τον αυλό του αγγείου.

Όσον αφορά το CO, επειδή έχει περί τις 230 φορές μεγαλύτερη συγγένεια και ικανότητα συνδέσεως με τη σιδηρούχο αιμοσφαιρίνη, ενώνεται μ' αυτήν πολύ πιο εύκολα απ' ότι με το οξυγόνο και σχηματίζει σταθερή ένωση ανθρακυλαιμοσφαιρίνης, η οποία εμποδίζει τα ερυθρά αιμοσφαίρια να πάρουν ανάλογο οξυγόνο και να σχηματίσουν οξυαιμοσφαιρίνη που είναι απαραίτητη για την οξυγόνωση των ιστών και οργάνων του σώματος. Έτσι στους συστηματικούς καπνιστές μειώνεται κατά 15-20% περίπου το οξυγόνο που μεταφέρεται στους ιστούς με αποτέλεσμα τη βραδεία και συνεχή δηλητηρίαση του οργανισμού από την παρουσία του CO της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης. Σε στεφανιαίους ασθενείς η μειωμένη λόγω ανθρακυλαιμοσφαιρίνης παροχή οξυγόνου στο μυοκάρδιο, συχνά προκαλεί πρόωμη εμφάνιση στηθαγχικού πόνου και πρόωμη κατάσπαση του ST κατά την δοκιμασία κοπώσεως. Ακόμη το CO αυξάνει τη διαπερατότητα του τοιχώματος των αγγείων στην ενδογενή αδιάλυτη χοληστερίνη, η οποία διευκολύνει έμμεσα το σχηματισμό αθηρωματικών αλλοιώσεων στο τοίχωμα. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι το της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης στο αίμα του καπνιστή έχει θετική ομοσχέτιση με την έκταση των τοιχωματικών αγγειακών αλλοιώσεων και την αντισταθμιστική αύξηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, γεγονός που αυξάνει αντίστοιχα τη γλοιότητα του αίματος και ευνοεί τη θρόμβωση.



Συχνότητα καρδιακής προσβολής σε σχέση με το κάπνισμα (Κ), τη χοληστερίνη (Χ) και τη διαστολική πίεση (Π) σε άνδρες ηλικίας 35-59 ετών. Ο κίνδυνος αυξάνει με το κάπνισμα και τη συμμετοχή του ενός ή και των δύο άλλων παραγόντων. Πηγή: *Circulation* 42(6) 1970.



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

Τέλος έχει αποδειχτεί η καλύτερη πρόγνωση που έχει ο ασθενής με τις μετρίου βαθμού στενωτικές βλάβες των στεφανιαίων, εάν διακόψει το τσιγάρο μετά την προσβολή, συγκριτικά με το μη καπνιστή, ο οποίος παθαίνει το έμφραγμα του μυοκαρδίου συνήθως απο μεγάλου βαθμού ανατομικές αλλοιώσεις.

Λιποπρωτεΐνες - παθογένεια της αθηρωμάτωσης

Στην αθηρωμάτωση προκαλούνται ιστολογικές αλλοιώσεις στο τοίχωμα των αρτηριών κυρίως στον έσω αλλά και μέρος του μέσου χιτώνα αυτών. Αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις προηγμένες χώρες. Ένας από τους σοβαρότερους προδιαθεσικούς παράγοντες για την αθηρωμάτωση είναι το κάπνισμα.

Είπαμε ότι το κάπνισμα αυξάνει τις LDL λιποπρωτεΐνες και ελαττώνει τις HDL (χαμηλής πυκνότητας και υψηλής πυκνότητας). Το απαραίτητο και αφθονότερο συστατικό των αθηρωματοδών αλλοιώσεων είναι τα λιπίδια και κυρίως η χοληστερόλη. Τα λιπίδια του αίματος είναι: α) χοληστερίνη (ελεύθερη και εστεροποιημένη) β) τριγλυκερίδια γ) φωσφολιπίδια και δ) τα ελεύθερα λιπαρά οξέα. Τα λιπίδια είναι ουσίες χρήσιμες και απαραίτητες στον οργανισμό. Όταν τα επιπεδά τους ανέλθουν στο αίμα έχουμε δυσμενείς επιπτώσεις στο αρτηριακό τοίχωμα. Η χοληστερίνη και τα άλλα λιπίδια είναι δυσδιάλυτα στο πλάσμα και για να γίνουν ευδιάλυτα ενσωματώνονται μέσα σε μακρομόρια που αποτελούνται από λιπιδικό και πρωτεϊνικό μέρος και καλούνται λιποπρωτεΐνες. Οι λιποπρωτεΐνες έχουν υψηλή βιολογική αποστολή διότι αποτελούν τα οχήματα που μεταφέρουν τα τόσο χρήσιμα βιολογικά λιπίδια από τα όργανα της συνθέσεως στα όργανα του καταβολισμού ή της χρησιμοποίησής τους. Οι λιποπρωτεΐνες διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες με βάση τις φυσικοχημικές τους ιδιότητες. Με βάση το ειδικό βάρος διακρίνονται: 1) σε λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας HDL, 2) χαμηλής πυκνότητας LDL, 3) πολύ χαμηλής πυκνότητας V.LDL και 4) τα χυλομορικά. Η μείωση της υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών HDL με τη δράση του καπνίσματος είναι ίσως μεγαλύτερης σημασίας απ' ότι μία αύξηση των λιποπρωτεϊνών χαμηλής πυκνότητας LDL στην παθογένεση της αθηροσκλήρωσης.

Η HDL αυξάνει την απορρόφηση της χοληστερόλης από τους περιφερικούς ιστούς περιλαμβανομένου του αρτηριακού τοιχώματος (δράση οδοκαθαριστή) και τη μεταφέρει στο ήπαρ, όπου μεταβολίζεται και απεκκρίνεται. Η χοληστερόλη του αθηρώματος προέρχεται από τη χοληστερίνη του πλάσματος, ενώ η χοληστερόλη του αρτηριακού τοιχώματος συντίθεται φυσιολογικά. Η μείωση της HDL μπορεί να διαταράξει την κάθαρση της χοληστερόλης από το αρτηριακό τοίχωμα και να οδηγήσει σε διαταραχή της ισορροπίας ανάμεσα στη διήθηση της χοληστερόλης στο πλάσμα και την καθαρσή της, προκαλώντας έτσι αυξημένη εναπόθεση χοληστερόλης. Η HDL αφού προσλαμβάνει την χοληστερίνη από τους ιστούς, όχι μόνο δεν προκαλεί αθηρωμάτωση, αλλά είναι καρδιοπροστατευτικός παράγων. Αντίθετα η LDL είναι πλούσια σε χοληστερόλη, διότι είναι ο κύριος φορέας χοληστερόλης στο πλάσμα. Το κάπνισμα ελαττώνει τις καρδιοπροστατευτικές λιποπρωτεΐνες και αυξάνει τις αθηρωματογόνες LDL, αυξάνοντάς τους και το ρυθμό εισόδου τους μέσα στο αγγειακό τοίχωμα.

- 12 -
ΔΥΟ ΚΑΚΟΙ
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ



LDL χοληστερόλη
(υψηλή)



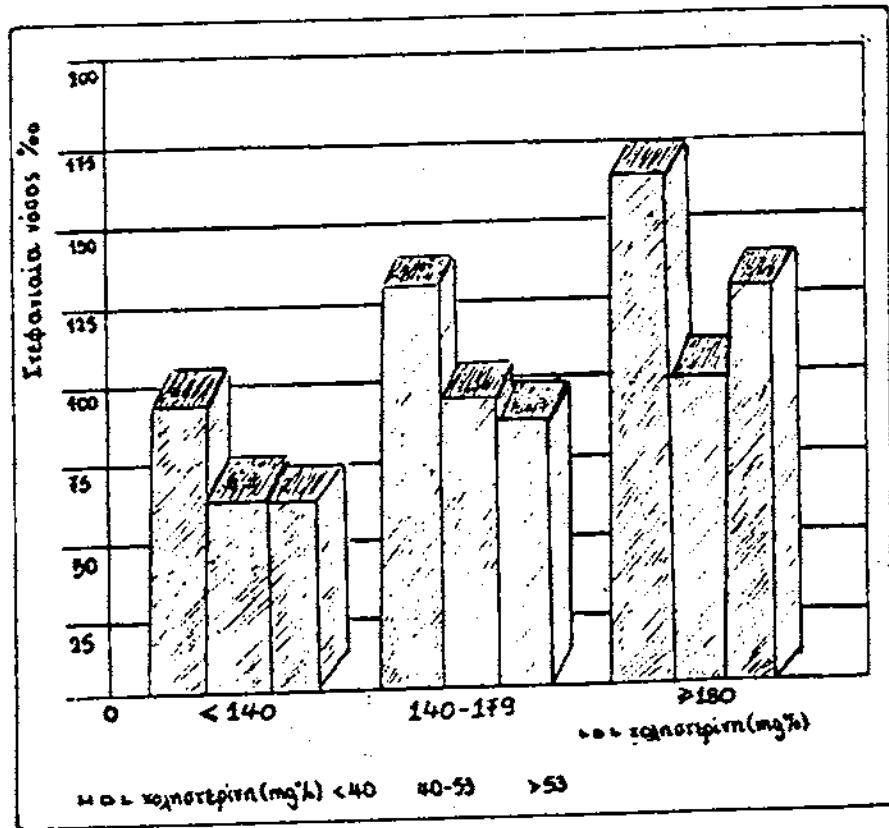
HDL χοληστερόλη
(χαμηλή)



VLDL τριγλυκερίδια
(υψηλά)

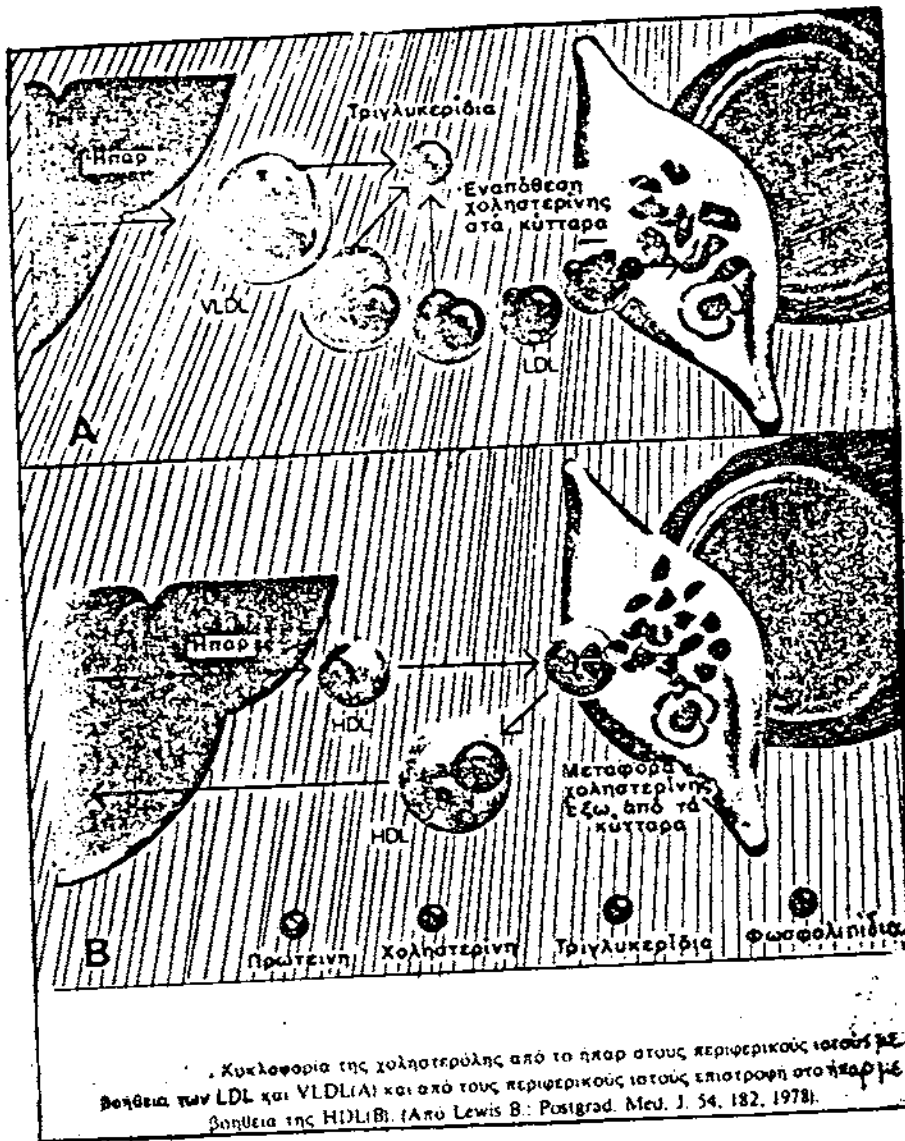


HDL χοληστερόλη
(χαμηλή)

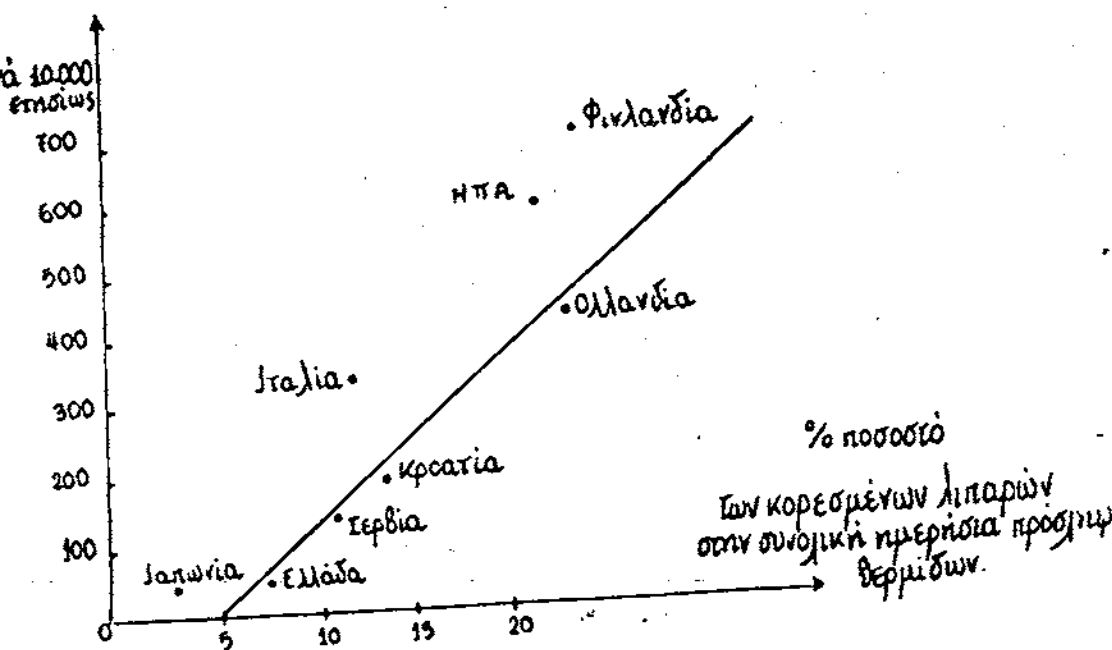


Υψηλή LDL χοληστερίνη (= π. αθηρογόνος)
Χαμηλή HDL χοληστερίνη (= π. προστατευτική)

- Συχνότητα στεφανιαίας νόσου f με τα επίπεδα χοληστερίνης (LDL-HDL)
Ανδρες 50-59 ετών, Cooperative Lipoprotein
Phenotyping Study, 1977.



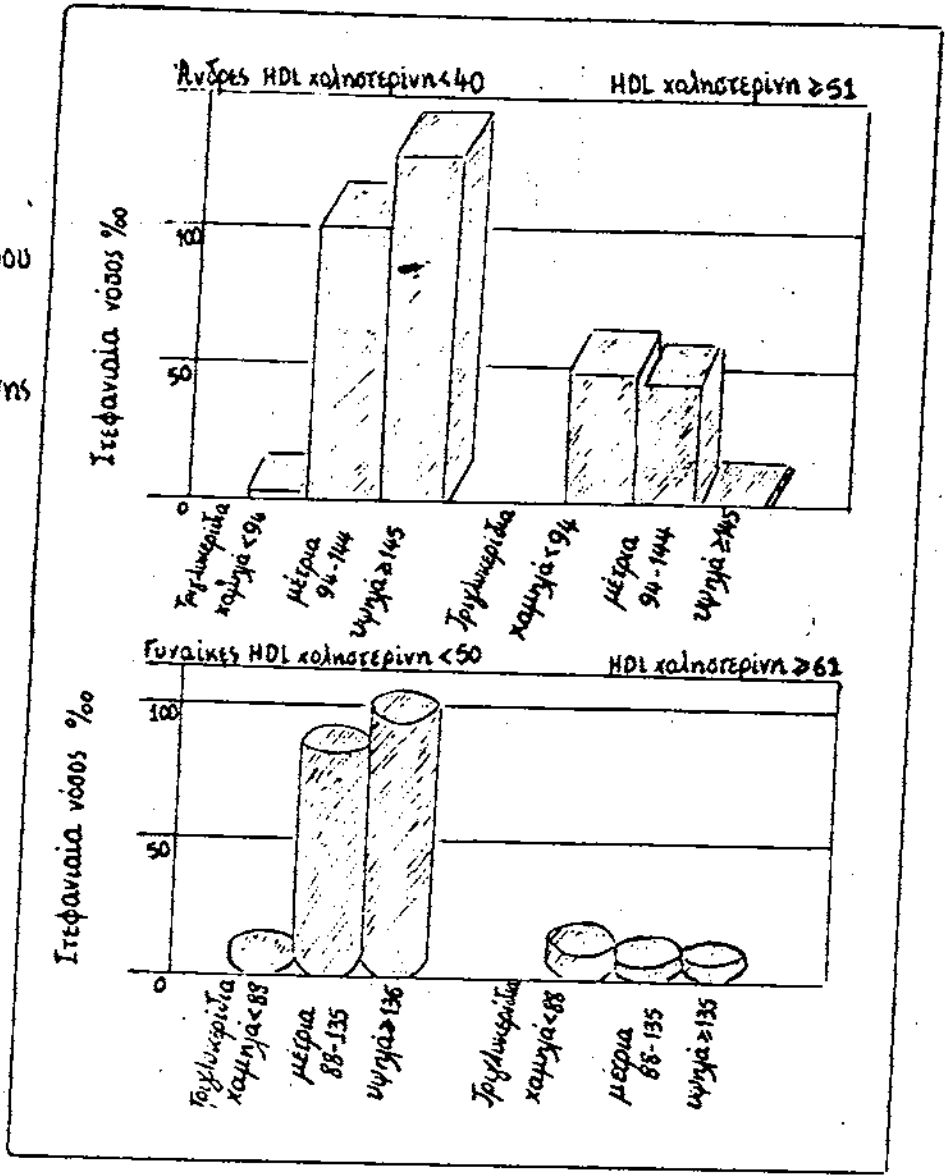
Θάνατοι από στεφανιαία νόσο ανά 10.000 ετησίως



Σχέση μεταξύ κατανάλωσης κορεσμένων λιπαρών - θανάτων από στεφανιαία.

Υψηλή VLDL τριγλυκερίδια (= αθηρογόνα)
 Υψηλή HDL κοχλοστερίνη (= η προστατευτική)

• Συχνότητα στεφανιαίας νόσου
 με τα επίπεδα HDL κοχλοστερίνης
 και τριγλυκερίδιων.
 (Framingham study
 1977)



Το CO είναι παράγοντας βλάβης του ενδοθηλίου. Στο σημείο της βλάβης παρατηρείται συσσώρευση αιμοπεταλίων και δημιουργία αιμοπεταλικού θρόμβου. Προϊόντα έκκρισης των αιμοπεταλίων όπως αδρεναλίνη, πρωτεϊνικές ουσίες, προσταγλανδίνες και LDL που κυκλοφορούν στο πλάσμα, έρχονται σε επαφή με τις ενδοθηλιακές στοιβάδες του αγγείου. Στο μέσο χιτώνα είναι γραμμοειδώς διατεταγμένα τα λεία μυϊκά κύτταρα, που κάτω από την επίδραση των παραπάνω ουσιών αρχίζουν να μεταναστεύουν από τον μέσο προς τον έσω χιτώνα όπου και πολλαπλασιάζονται. Συντελείται παράλληλα και η "μετάλλαξη" των κυττάρων αυτών με τη συσσώρευση μέσα στο κυτταρόπλάσμα τους λιπιδίων και ιδίως εστέρων της χοληστερίνης. Φυσιολογικά στο κυτταρόπλάσμα των λείων μυϊκών κυττάρων δεν υπάρχουν συσσωρευμένοι εστέρες της χοληστερίνης, διότι τόσο οι εξωγενείς προελεύσεως εστέρες χοληστερίνης LDL όσο και οι ενδογενείς εστέρες υδρολύονται αμέσως με τα λυσοσώματα του λείου μυϊκού κυττάρου με την επίδραση του ενζύμου χοληστερολεστερ-υδρολάση. Η LDL όταν βρίσκεται σε μεγάλες ποσότητες στο πλάσμα, ένα μέρος της διέρχεται τον ηθμό των ενδοθηλιακών κυττάρων και έρχεται σε απευθείας επαφή με τα λεία μυϊκά κύτταρα του μέσου χιτώνα. Τα λεία μυϊκά κύτταρα διογκώνονται, απωθούν τα υπερκείμενα του έσω χιτώνα κύτταρα και προβάλλουν μέσα στον αυλό των αγγείων σχηματίζοντας την αθηρωματική πλάκα. Πάνω σ' αυτή την αθηρωματική πλάκα εναποτίθενται άλατα-ασβέστιο, νεκρούνται τα κύτταρα και απελευθερώνουν τοξικές ουσίες, εξελκώνονται και δημιουργούνται στη συνέχεια μια σειρά από άλλες δοκιμασίες.

Διεθνείς επιδημιολογικές και στατιστικές μελέτες
καπνίσματος σε σχέση με Σ.Ν.

7

Η γενική χειρουργική ονόμασε το κάπνισμα τον πιο αναπόφευκτο παράγοντα κινδύνου της καρδιαγγειακής νόσου. Η πιθανότητα ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου σε άνδρες καπνιστές είναι περίπου 2.14 φορές μεγαλύτερη απ' ό,τι στους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος που διατρέχουν οι καπνιστές πούρων και πίπας είναι ίσως μικρότερος απ' αυτόν των καπνιστών τσιγάρων, αλλά τουλάχιστον σε μια μελέτη ο κίνδυνος ήταν ακόμη μεγαλύτερος απ' αυτόν των μη καπνιστών.

Πρίν όμως αναφερθούμε αναλυτικά σε αποτελέσματα διεθνών ερευνών και μελετών, αξίζει να δούμε επιγραμματικά πως ιστορικά επιβεβαιώνεται η σχέση καπνίσματος και Στεφανιαίας Νόσου.

- Ο BEAU το 1826 παρατήρησε στηθαγχική κρίση από το κάπνισμα.
- Ο HUCHARD το 1899-1903 δημιούργησε τον όρο "στηθάγχη εκ καπνού".

Το θέμα ξαναπέκτησε το ενδιαφέρον το 1954 όταν ο GETTER και WHITE διεπίστωσαν ότι από 90 περιπτώσεις εμφράγματος του μυοκαρδίου οι 81 ήταν καπνιστές. Στη συνέχεια ακολούθησε μια σειρά από επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες, από τις οποίες προέκυψαν σαφείς ενδείξεις για τη σχέση του καπνίσματος και στεφανιαίας νόσου.

Νεότερες μελέτες στην Αμερική απέδειξαν ότι:

1. Περίπου 50 εκατομμύρια Αμερικανοί καπνίζουν σε κανονική βάση.
2. Ο αριθμός των ενηλίκων καπνιστών και η κατά κεφαλήν κατανάλωση τσιγάρων έχει μειωθεί τα τελευταία 10 χρόνια και
3. Ο αριθμός κοριτσιών στην εφηβεία που αρχίζει το κάπνισμα έχει αυξηθεί.

Η πιθανότητα μυοκαρδιακής ανακοπής και θνησιμότητα λόγω καρδιακής παθήσεως αυξάνουν σταδιακά με τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζει κανείς και η πιθανότητα ξαφνικού θανάτου είναι μεγαλύτερη στους καπνιστές από τους μη καπνιστές. Όσοι έχουν σταματήσει να καπνίζουν διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο, τόσο για μυοκαρδιακή ανακοπή, όσο και για τη στεφανιαία νόσο απ' αυτούς που συνεχίζουν να καπνίζουν.

Μελέτες από το Λουερμπак, έδειξαν ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της στεφανιαίας αθηροσκληρώσεως, ακόμη και σε ασυμπτωματικά άτομα. Η περιφερική αγγειακή νόσος φαίνεται να επιβαρύνεται ιδιαίτερα απ' το κάπνισμα πιθανότατα λόγω μείωσης στην τροφοδότηση του οξυγόνου που διανέμεται στους ιστούς, που οφείλεται στον αποκλεισμό της αιμοσφαιρίνης από το μονοξειδίο του άνθρακα.

Το κάπνισμα επειδή μειώνει την HDL αυξάνει τον κίνδυνο μυοκαρδιακής ανακοπής και στεφανιαίας νόσου σε γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά από το στόμα. Ο κίνδυνος εγκεφαλικής αγγειακής νόσου αυξάνεται περίπου $1\frac{1}{2}$ φορές στους καπνιστές.

Χωρίς αμφιβολία, ο πιο σημαντικός παράγοντας στην μύηση των εφήβων στο κάπνισμα είναι η πίεση της αναζήτησης (της εξερεύνησης). Οι μελέτες του Σχάουτερ υποδεικνύουν ότι η νικοτίνη προκαλεί εθισμό στους καπνιστές. Πρόσφατα ένα είδος τσιγάρων που περιέχει νικοτίνη έχει αποδειχθεί ότι βοηθάει τους καπνιστές να ικανοποιήσουν την ανάγκη τους γι' αυτή, αλλά η αποτελεσματικότητά της απομένει να εγκαθιδρυθεί σε μακροχρόνιες έρευνες.

Κατά μέσο όρο 50 έως 150 MG νικοτίνης απορροφούνται από τους πνεύμονες και τον στοματικό βλεννογόνο με κάθε ρουφηξιά καπνού ή περίπου 1 ή 2 MG ανά τσιγάρο. Ένας εθισμένος καπνιστής χρειάζεται μια "δόση" νικοτίνης περίπου κάθε 20 ή 30 λεπτά, όσο είναι ξύπνιος, για να αποφύγει την εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης. Διάφορες μέθοδοι αλλαγής στη συμπεριφορά και ψυχολογικής προσέγγισης έχουν δοκιμαστεί στην προσπάθεια να σταματήσει το κάπνισμα ένας εθισμένος καπνιστής.

Μερικές απ' αυτές στη μελέτη MRFIT αφορούν άτομα, άλλες ομαδικές εργασίες με συζύγους, ενώ άλλες περιέχουν εκπαιδευτικές τεχνικές και αλλαγές στη συμπεριφορά. Στη μελέτη MRFIT, 36% των ατόμων που αρχικά κάπνιζαν πάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα παρέμειναν χωρίς τσιγάρα σε μια μελέτη επαλήθευσης 4 χρόνων.

Ανάμεσα στους συμμετέχοντες στη μελέτη Φράμιγκχαμ που σταμάτησαν το κάπνισμα για δύο χρόνια, παρουσιάστηκε μια μείωση στη μυοκαρδιακή ανακοπή.

Ανδρες ηλικίας 45-54 ετών που σταμάτησαν το κάπνισμα είχαν στο μισό τον κίνδυνο στεφανιαίων φαινομένων σε σύγκριση μ' αυτούς που κάπνιζαν πάνω από 18 χρόνια. Σε μια μελέτη Βρετανών γιατρών από τους DOLL και PETO, ο αριθμός θνησιμότητας μειώθηκε κατά 5 χρόνια, αφότου το κάπνισμα διακόπηκε, παρόλο που ο αριθμός θνησιμότητας στους πρώην καπνιστές δεν ήταν ποτέ τόσο ικανοποιητικά μηδαμινός όσο αυτός ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ.

Άτομα που κάπνιζαν πάνω από 25 τσιγάρα την ημέρα, έχουν χαμηλότερα επίπεδα HDL κι υψηλότερα επίπεδα VLDL, χοληστερόλης, και τριγλυκεριδίων απ' τους μη καπνιστές, τους πρώην καπνιστές κι αυτούς που καπνίζουν λιγότερα από 25 τσιγάρα την ημέρα. Δεν σημειώθηκαν διαφορές σ' αυτούς που κάπνιζαν λιγότερα από 25 τσιγάρα την ημέρα. Επιπρόσθετα, ασθενείς που πάσχουν από μυοκαρδιακή ανακοπή και έχουν κανονικά αρτηριογράμματα, συχνά έχουν το κάπνισμα σαν το μοναδικό παράγοντα κινδύνου. Παρόλα αυτά, σε πληθυσμούς που ακολουθούν δίαιτες χαμηλές σε κορεσμένα λίπη και χοληστερόλη, η απόδειξη γι' αυξημένο ανεξάρτητο κίνδυνο απ' τον καπνό είναι φτωχή (ελλειπής).

Ο KELLY και οι συνεργάτες του μελέτησαν μια ομάδα 2.955 ασθενών που είχαν μυοκαρδιακή ανακοπή και τους παρακολούθησαν για 1 χρόνο ή μέχρι το θάνατό τους.

Ενώ οι ερευνητές ανέφεραν μια μειωμένη αναλογία θνησιμότητας στους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές σ'ένα μήνα, 6 μήνες και 1 χρόνο, το γεγονός ήταν, ότι οι καπνιστές ήταν κατά μέσο όρο δέκα χρόνια νεότεροι από τους μη καπνιστές. Η προσαρμογή στην ηλικία εξαφάνισε τη διαφορά στους δείκτες θνησιμότητας στους 6 και 12 μήνες. Ο JUGDUTT και οι συνεργάτες του σε παρατηρήσεις τους σε νέες γυναίκες υπέθεσαν ότι το κάπνισμα τσιγάρων έχει επισπεύσει το σπασμό από μία αποδέσμευση νορεπινεφρίνης, που προκαλείται από τη νικοτίνη και μια μείωση στην αναλογία της προστακυκλίνης στην θρομβοξάνη A_2 . Ανακοπή παρατηρήθηκε ουσιαστικά σε μία ασθενή στην οποία μία ασήμαντη αλλοίωση υπήρχε ήδη. Αυτή η ασθενής χρησιμοποιούσε επίσης αντισυλληπτικά από το στόμα, τα οποία σε συνδυασμό με την νορεπινεφρίνη και θρομβοξάνη A_2 αυξάνουν τη συγκέντρωση αιμοπεταλίων και τη σύστασή τους, τα οποία είναι πιθανόν να προκαλέσουν σπασμό. Προτάθηκε ότι ο συνδυασμός καπνίσματος τσιγάρων και λήψης οιστρογόνων, θα μπορούσε να προκαλέσει μια ακολουθία συγκέντρωσης αιμοπεταλίων, αγγειοσυσπασσης και θρόμβωσης, που οδηγούν σε μυοκαρδιακή ανακοπή σε μια νέα γυναίκα με κανονικές στεφανιαίες αρτηρίες.

Ο Κάουφμαν και οι συνεργάτες του εκτίμησαν τα συστατικά του καπνού του τσιγάρου σε σχέση με τον κίνδυνο της μυοκαρδιακής ανακοπής σε νεαρούς άνδρες. Αυτοί οι ερευνητές σύγκριναν 502 περιπτώσεις με 835 νοσοκομειακούς ελέγχους μεταξύ ηλικιών 30 και 54. Ο κίνδυνος μυοκαρδιακής ανακοπής αυξήθηκε κατά 28 με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίστηκαν. Ο κίνδυνος παρόλα αυτά, δεν διέφερε με την ποσότητα νικοτίνης ή το μονοξειδίο του άνθρακα στο τσιγάρο. Ο Κάουφμαν και οι συνεργάτες του ερμήνευσαν αυτά τ'αποτελέσματα σαν ενδείξεις, ότι οι άνδρες που κάπνιζαν τσιγάρα που περιείχαν λιγότερη πίσσα και νικοτίνη και λιγότερο μονοξειδίο του άνθρακα, δεν έχουν ανάλογη ελάττωση του κινδύνου της καρδιακής ανακοπής. Ο κίνδυνος σ'αυτά τα άτομα ήταν όσο υψηλός ήταν για αυτούς που κάπνιζαν τσιγάρα που περιείχαν μεγαλύτερες ποσότητες νικοτίνης και μονοξειδίου του άνθρακα. Έτσι τα πιά καινούργια τσιγάρα δεν φαίνονται να προσφέρουν καμιά προστασία εναντίον της στεφανιαίας νόσου.

Οι συγγραφείς δεν πιστεύουν ότι τα τσιγάρα με λιγότερη νικοτίνη και πίσσα και περισσότερο αποτελεσματικά φίλτρα, είναι πιά ασφαλή από τα συνηθισμένα τσιγάρα. Στη μελέτη του Φράμιγκχαμ, οι καπνιστές που χρησιμοποίησαν φιλτραρισμένα τσιγάρα, πιθανότατα είχαν μία ακόμη υψηλότερη επίπτωση στην στεφανιαία νόσο, από ότι οι καπνιστές τσιγάρων χωρίς φίλτρο. Οι καπνιστές επίσης πιστεύουν ότι αυτοί οι καπνιστές που μετάπεσαν σε τσιγάρα με λιγότερη νικοτίνη, πιθανότατα εισέπνευσαν πιο βαθιά, πήραν μεγαλύτερες ρουφηξιές και ίσως κάπνισαν τα τσιγάρα περισσότερο για να αποζημιωθούν για το χαμηλότερο επίπεδο της νικοτίνης. Επίσης, μελέτες από τον Γουόλντ, δεν έδειξαν ότι η παράδοση του μονοξειδίου του άνθρακα ελαττώθηκε με τη χρησιμοποίηση φιλτραρισμένων τσιγάρων. Έτσι οι συγγραφείς δεν συνηγορούν στη χρήση τσιγάρων χαμηλής πίσσας και μειωμένης νικοτίνης.

Η παύση του καπνίσματος έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με μια πτώση στον καρδιοαγγειακό θάνατο. Παρά την ενθαρρυντική πτώση στο ποσοστό του κόσμου που καπνίζει, ένας μεγάλος αριθμός Αμερικανών πολιτών συνεχίζει να καπνίζει και αντιπροσωπεύει έναν αξιόλογο αριθμό ασθενών, την οποία ο καρδιακός κίνδυνος θα μπορούσε θεαματικά να μειωθεί με μια παρέμβαση. Η πιθανότητα της μυοκαρδιακής ανακοπής, έχει ρητά ελαχιστοποιηθεί οι ασθενείς που παύουν τη χρήση καπνού. Η ελάττωση του κινδύνου παρουσιάζεται σχετικά νωρίς και μπορεί να φτάσει στο 50%, 12 μήνες μετά το σταμάτημα του καπνίσματος. Μέγιστα μέτρα δημόσιας υγιεινής έχουν παρθεί για να προστατέψουν τον μη καπνιστή απ' την παθητική εισπνοή για να ενθαρρύνουν την κατανάλωση, μειώνοντας τη διαφήμιση των τσιγάρων και αυξάνοντας τους έμμεσους φόρους (πίνακας).

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ CHD ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

<u>ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ</u>	<u>ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ</u>
Μη καπνιστές	58
Καπνιστές πίπας και πούρου μόνο	71
Καπνιστές τσιγάρων	
0,5 πακέτο περίπου μέρα	104
1 " " "	120
Περισσότερο απο 1 πακέτο μέρα	183

Είναι επιτακτικό για ασθενείς με χρόνια καρδιακή αρτηριακή νόσο που είναι καπνιστές τσιγάρων, να πάψουν αυτή την τακτική. Ανάμεσα σε ασθενείς με αγγειογραφικά αποδειγμένα αγγειακή αρτηριακή νόσο, οι καπνιστές έχουν θνησιμότητα 5 χρόνια υψηλότερη και σχετικό κίνδυνο ανακοπής ή ξαφνικού θανάτου απ' αυτούς που έχουν παρατήσει το κάπνισμα.

Οι περιστασιακοί καπνιστές που επιζούν μιας εξωνοσοκομειακής καρδιακής προσβολής έχουν μικρότερη πιθανότητα απο επαναλαμβανόμενη προσβολή σε 3 χρόνια, αν σταματήσουν το κάπνισμα, απ' ότι οι ασθενείς που το συνεχίζουν. Φαίνεται ότι υπάρχει μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου μυοκαρδιακής ανακοπής και του καπνίσματος, κι αυτός ο κίνδυνος φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται την ημέρα, παρά με τη διάρκεια του καπνίσματος. Αυτές οι παρατηρήσεις υποδεικνύουν ότι το κάπνισμα τσιγάρων μπορεί να ενοχοποιηθεί για αιμοδυναμικά φαινόμενα διαφορετικά απο την ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης. Πραγματικά, ενώ το κάπνισμα μπορεί ν' αυξήσει την μυοκαρδιακή απαίτηση για O_2 και την 24ωρη δαπάνη ενέργειας (σε ποσοστό 10% κατά προσέγγιση), μπορεί επίσης να προκαλέσει ελάττωση στην αγγειακή αιματική

ροή εξαιτίας μιας α-αδρενεργικής μεσολαβητικής ενέργειας στον αγγειακό αρτηριακό τόνο.

Επιπρόσθετα, το κάπνισμα φαίνεται να αναμιγνύεται στην αποτελεσματικότητα των αντιστηθαγχικών φαρμάκων. Η βελτίωση της αντοχής στην άσκηση και η μείωση της στηθάγχης, σημειώθηκαν, όταν οι καπνιστές σταμάτησαν να καπνίζουν κατά την διάρκεια της θεραπείας με β-αναστολείς και νιφεδιπίνη. Το ενεργητικό και μαζί το παθητικό κάπνισμα, η εισπνοή του νέφους, η ανάβαση σε υψηλό υψόμετρο, όλα μειώνουν το δρόμο για στηθάγχη και η αποφυγή τους αντιπροσωπεύει μια σημαντική σκοπιά της θεραπείας.

Η νοσηρότητα και θνησιμότητα που προκαλείται από τον καπνό είναι αναφερόμενα μεγαλύτερη από οποιοδήποτε άλλο τοξικό υλικό στο περιβάλλον. Στις Η.Π.Α. 30% κατά προσέγγιση των γυναικών καπνίζουν στη διάρκεια της σύλληψης. Περίπου $1\frac{1}{4}$ των Αμερικανών γυναικών που κάπνιζαν πριν τη σύλληψη, σταμάτησαν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της κυοφορίας και άλλο $1\frac{1}{3}$ φανερά ελάττωσαν τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μαιευτικές επιπλοκές απ' το κάπνισμα τοποθέτησαν την έγκυο καρδιακή ασθενή σε φανερά αυξημένο κίνδυνο για προδρομικό πλακούντα και πρόωρη αποκόλληση πλακούντα. Η χρήση καπνού από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα πρόκλησης καρδιαγγειακών ανωμαλιών του εμβρύου, που θα του δημιουργήσουν σοβαρά προβλήματα κατά την αναπτυξή του.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

Π Ρ Ο Λ Η Ψ Η

Στην Ευρώπη τα νοσήματα του κυκλοφοριακού συστήματος αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου και τη βασική αιτία ανικανότητας μεταξύ των ατόμων. Οι τελευταίες μελέτες έχουν αυξήσει τις γνώσεις γύρω από την πιθανότητα αιτίας τους με την έννοια της πρόληψης.

Πρόληψη σημαίνει έγκαιρη ανακάλυψη και αντιμετώπιση προβλημάτων για να αποτραπεί ή μειωθεί στο ελάχιστο η πιθανότητα ανικανότητας και βλάβης.

Στον ευρύτερο τομέα της προληπτικής ιατρικής η προσπάθεια για τον περιορισμό και την διακοπή του καπνίσματος, κατέχει δικαιολογημένα την πρώτη θέση στην παγκόσμια κλίμακα.

Η Βόρεια Κορελία, επαρχία της Φιλανδίας, το 1971 είχε την μεγαλύτερη στον κόσμο θνητότητα από στεφανιαία νόσο. Τότε αποφασίστηκε και έγινε δεκτή η σύσταση ενός προγράμματος υγειοδιδασκτικής αγωγής με συμβουλές σε κάθε κάτοικο της επαρχίας για διακοπή του καπνίσματος, διατροφή με λιγότερα λίπη και περισσότερα λαχανικά, αποφυγή της παχυσαρκίας και έλεγχο της αρτηριακής πίεσης. Το 1979 η θνητότητα από στεφανιαία νόσο, είχε βελτιωθεί κατά 24% στους άνδρες και 51% στις γυναίκες, ποσοστά μεγαλύτερα από εκείνα της γενικής βελτίωσης που παρατηρήθηκε σ' όλη την Φιλανδία.

Στις Η.Π.Α. από το 1968 σημειώθηκε ελάττωση στεφανιαίας νόσου κατά 30% περίπου. Είναι βεβαιωμένο ότι οι μορφωμένοι άνθρωποι στις Η.Π.Α. ακολουθούν σε μεγαλύτερο ποσοστό το πρόγραμμα υγιεινής διατροφής, διακοπής του καπνίσματος, ελέγχου της αρτηριακής πίεσης και καθημερινής σωματικής άσκησης. Στην Πολωνία όμως όπως συμβαίνει και σ' άλλες ανατολικές χώρες, παρουσιάζεται αύξηση των θανάτων από στεφανιαία νόσο, αντίθετα από τις Η.Π.Α. και την Αυστραλία. Επίσης η Μεγάλη Βρετανία και η Σουηδία παρουσιάζουν κι αυτές αυξημένο αριθμό θανάτων. Είναι γεγονός ότι όλες οι αναφερθείσες χώρες και άλλες με υψηλό δείκτη θνητότητας στην στεφανιαία νόσο, στις οποίες περιλαμβάνεται και η Ελλάδα, θα πρέπει να εντείνουν τις προσπάθειες για ουσιαστική βελτίωση και προσέγγιση της κατάστασης που επικρατεί στην Ιαπωνία, όπου ο σχετικός δείκτης θνητότητας από στεφανιαία νόσο παραμένει σταθερά χαμηλός.

Σήμερα πιστεύεται, ότι η στεφανιαία νόσος δεν είναι αναπόφευκτη συνέπεια της ηλικίας και του εκβιομηχανισμού. Μπορεί να προληφθεί κατά το μεγαλύτερο ποσοστό σε χώρες που έχουν υψηλή επίπτωση. Ο προσωπικός ρόλος των ατόμων υγειονομικών υπηρεσιών είναι ζωτικός στον τομέα της πρόληψης. Δίνουν το παράδειγμα και πρωτοστατούν στην ενημέρωση του κοινού για τροποποίηση της ζωής και της συμπεριφοράς του. Όμως ο προσωπικός ρόλος του Νοσηλεύτη-τριας στην

πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, πρωτοστατεί των ρόλων που διαδραματίζουν τα άλλα άτομα των υγειονομικών υπηρεσιών. Η Νοσηλεύτρια είναι αυτή που θα διαπαιδαγωγήσει τους υγιείς και θα στείλει στο γιατρό καρδιολόγο αυτούς που είναι υποψήφιοι για τη στεφανιαία νόσο χωρίς να το συνειδητοποιούν οι ίδιοι. Ακόμη και η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που θα μπορέσει να απλοποιήσει τις επιστημονικές τυχόν δοσμένες συμβουλές, θα επιμείνει και θα επανέλθει αμέτρητες φορές ίσως μέχρι να πεισθεί ν' αλλάξει συμπεριφορά ένα άτομο για να αποφύγει τον κίνδυνο που διατρέχει από την στεφανιαία νόσο.

Οι Νοσηλευτές είναι αυτοί που βασικά έχουν όλη την κλίμακα του συμβουλευτικού έργου κοντά σε υγιείς ανθρώπους. Δεν έχει σημασία ποιά θα είναι τα τεχνικά μέσα που θα χρησιμοποιήσουν -αυτά αλλάζουν σύμφωνα με τις δυνατότητες κάθε εποχής- σημασία έχει η πίστη στο έργο της διαπαιδαγώγησης. Το έργο τους και οι προσπάθειές τους πρέπει να υποστηρίζονται από τους άλλους για να έχουν αποτελέσματα, που ίσως αυτοί οι ίδιοι δεν θα μπορέσουν να δούν ποτέ. Γιατί το αποτέλεσμα στη διαπαιδαγώγηση, γενικότερα στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας είναι συμβολή πολλών παραγόντων είναι αποτέλεσμα που παρουσιάζεται μετά από πολλά χρόνια, είναι αποτέλεσμα που δεν καταμετράται με αριθμούς. Γιατί δεν θα μπορέσουν ποτέ ο νοσηλευτής και η νοσηλεύτρια να αποδείξουν πόσα από τα παιδιά, τους εφήβους ή ανηλίκους που διαπαιδαγώγησαν για τους προδιαθεσιακούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου, δεν θα νοσήσουν ποτέ από την ασθένεια αυτή. Γι' αυτό το έργο της διαπαιδαγώγησης είναι δύσκολο, απογοητευτικό και αδύνατο σχεδόν να υπερασπίσει την αναγκαιότητα ύπαρξής του με αριθμούς, όταν αναφέρεται σε υγιείς ανθρώπους.

Επίσης η Νοσηλεύτρια και ο Νοσηλευτής θα πρέπει να καταβάλλουν κάθε προσπάθεια διαπαιδαγώγησης και στο χώρο του Νοσοκομείου. Εδώ προκειμένου να προλάβουν δυσμενή εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου, οπλισμένοι με επιστημονικές γνώσεις και κλινικές εμπειρίες, εμπνεόμενοι από αγάπη, κατανόηση, συμπάθεια και πνεύμα προσφοράς και θυσίας, νοσηλεύουν τον πάσχοντα, κάνουν ταυτόχρονα και πρόληψη στη φάση αυτή, ώστε να αποφευχθούν επιπλοκές και αναπηρίες. Στη μετακλινική φάση της νόσου πρέπει να γίνεται διαπαιδαγώγηση του στεφανιαίου ασθενή για τη σωστή επανένταξή του στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον, ενώ το άτομο συμβουλευεται για έναν υγιεινό τρόπο διαβίωσης μακριά από τους προδιαθεσιακούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου, ώστε να προστατευθεί ο ασθενής στο μέγιστο δυνατό από την πιθανότητα μιάς νέας υποτροπής της ασθένειας.

Ο Νοσηλευτής και η νοσηλεύτρια επομένως, λόγω του ρόλου τους από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, είναι εκείνοι που βρίσκονται κοντά στους ανθρώπους σαν μέλη κι αυτοί της οικογένειας και εξ' αυτού μπορούν με τη γνώση, τη γενική και ειδική, την ευαισθησία, την ευσυνειδησία και τη διάθεση να βοηθήσουν για την καλύτερευση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων, υγιών και ασθενών προς αποφυγή της στεφανιαίας νόσου.

Π Ρ Ω Τ Ο Γ Ε Ν Η Σ Π Ρ Ο Λ Η Ψ Η

(Λήψη προληπτικών μέτρων για την αποφυγή ενάρξεως και προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος).

Η πρωτογενής πρόληψη της στεφανιαίας νόσου και η βελτίωση της υγείας του ατόμου είναι στόχοι πάντοτε παρόντες σ'όλες τις εκδηλώσεις, δραστηριότητες και ερευνητικές μελέτες της Νοσηλευτικής.

Η πρωτογενής πρόληψη της στεφανιαίας νόσου περιλαμβάνει την παρεμπόδιση της εμφάνισης και ανάπτυξης της ασθένειας και εξαρτάται σε συνάρτηση πάντοτε με τον παράγοντα κάπνισμα: απο την κατανόηση και τον έλεγχο του καπνίσματος.

α. Αποφυγή έναρξης του καπνίσματος στους νέους.

Η προσπάθεια καταπολέμησης της νόσου του καπνίσματος σε καθαρό ιατρικό επίπεδο είναι βέβαιο ότι αποδίδει καρπούς. Σε ορισμένες μάλιστα επαγγελματικές ομάδες, όπως την ιατρική, η πλήρης ενημέρωση και πρακτική αντιμετώπιση του καπνίσματος, έφτασε στο σημείο να περιορίσει σημαντικά τον αριθμό των νέων που αρχίζουν το κάπνισμα, έτσι ώστε στους πρωτοετείς φοιτητές το ποσοστό των καπνιστών στις Η.Π.Α. να είναι πολύ χαμηλό. Εν τούτοις το αποτέλεσμα ακόμη και στις προηγμένες χώρες δεν μπορεί να θεωρηθεί ικανοποιητικό. Παρατηρείται αύξηση του αριθμού των κοριτσιών που αρχίζουν το κάπνισμα και υψηλός επιπολασμός του καπνίσματος σε μεγάλες επιδημιολογικές ομάδες.

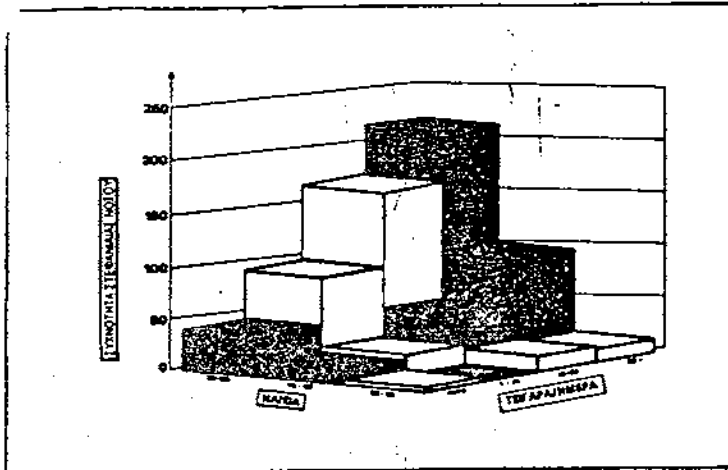
Στην Ελλάδα, ένα μεγάλο ποσοστό της νεολαίας καπνίζει, και μάλιστα το ποσοστό αυτό αυξάνει συνεχώς. Τούτο πρέπει να μας ανησυχεί ιδιαίτερα, διότι όσο πιο νέος αρχίζει κανείς το κάπνισμα, τόσο πιο μεγάλες θα είναι οι βλάβες στην υγεία του και τόσο πιο γρήγορα θα εκδηλωθούν αυτές. Σε μια σημαντική μελέτη που έγινε στο Γυμνάσιο και Λύκειο της Κάτω Αχαΐας με θέμα "Κάπνισμα και Ναρκωτικά", σε συνεργασία του Κέντρου Υγείας Κάτω Αχαΐας με το τμήμα Επισκεπτριών Υγείας και τον Υγειονομικό Διαφωτιστή κύριο Ιωάννη Δετοράκη, του Εργαστηρίου Υγιεινής του Πανεπιστημίου Πάτρας το 1988, διεπιστώθηκαν τα εξής: Απάντησαν: 178 μαθητές Λυκείου στις ερωτήσεις που τους τέθηκαν, δηλαδή: 118 κορίτσια και 60 αγόρια. Στην πρώτη ερώτηση, εάν καπνίζουν οι γονείς τους, ποσοστό 55% των παιδιών απάντησαν θετικά και ποσοστό 44% αρνητικά. Στην ερώτηση, εάν έχουν δοκιμάσει τσιγάρο, ποσοστό 64% των παιδιών απάντησε θετικά και 35% αρνητικά. Στην ερώτηση, εάν καπνίζουν, θετικά απάντησε ποσοστό παιδιών 16% και αρνητικά ποσοστό παιδιών 83%. Στην ερώτηση, εάν τα παιδιά γνωρίζουν τους κινδύνους απο το κάπνισμα, απάντησε θετικά ποσοστό 85%, αρνητικά το 1,68%, δεν έδωσε καμιά απάντηση ποσοστό 12%. Τέλος, στην ερώτηση, πότε άρχισαν το κάπνισμα, τα κορίτσια απάντησαν: Ποσοστό 5% σε ηλικία 9 ετών, ποσοστό 10% σε ηλικία 12 ετών, ποσοστό 5% σε ηλικία 13 ετών, ποσοστό 20% σε ηλικία 14 ετών, ποσοστό 30% σε ηλικία 15 ετών, ποσοστό 15% σε ηλικία 16 ετών και ποσοστό 15% σε ηλικία 17 ετών. Τα αγόρια στην ίδια ερώτηση, δηλαδή πότε άρχισαν το

κάπνισμα, απάντησαν: ποσοστό 10% σε ηλικία 14 ετών, ποσοστό 20% σε ηλικία 15 ετών, ποσοστό 60% σε ηλικία 16 ετών και ποσοστό 10% σε ηλικία 17 ετών.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, απαιτείται να ληφθούν τα κατάλληλα προστατευτικά μέτρα και να ανευρεθεί πέρα του ιατρικού και ένα κοινωνικό μέσο που θα αρχίσει μία εκστρατεία εναντίον του καπνίσματος και θα έχει ως αντικείμενο τους νέους. Το μέσο αυτό θα πρέπει να είναι εν μέρει η συστηματική εκπαίδευση στο σχολείο και το πανεπιστήμιο, στο στρατό και την εκκλησία, στην τηλεόραση και τον τύπο, όπου εδώ θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο η προσφορά της Νοσηλεύτριας, μέσα απο τη διαφώτιση και τη διαπαιδαγώγηση στους νέους, πάνω στις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία και στην ζωή τους. Το Υπουργείο Υγείας και η Αντικαπνιστική Εταιρεία μαζί με όλους τους Αντικαπνιστικούς συλλόγους θα πρέπει να συνεχίσουν και να εντείνουν τις αντικαπνιστικές τους προσπάθειες. Ακόμη, η προσπάθεια πρέπει να συμπληρώνεται με αυστηρά μέτρα προστασίας των μη καπνιστών, στις οποίους θα πρέπει να εξασφαλίζονται χώροι όπου θα μπορούν να εργάζονται, να φυγαγωγούνται, να ταξιδεύουν, να συζητούν ή να αναπαύονται, χωρίς τις αναθυμιάσεις του καπνίσματος άλλων ατόμων.

Τα τελευταία χρόνια στα προηγμένα κράτη για την προστασία των μη καπνιστών αυξάνουν τις θέσεις αυτών στα αεροπλάνα, ενώ στις Η.Π.Α. και αλλού, πολλά εστιατόρια και δημόσια κέντρα, διαθέτουν για τους καπνιστές ξεχωριστούς χώρους και η εξυπηρέτηση δεν είναι πάντοτε του αυτού επιπέδου με εκείνη των μη καπνιστών. Επίσης, για τον περιορισμό του καπνίσματος, πολλές χώρες επιβάλλουν και περιοδική αύξηση της φορολογίας των τσιγάρων, ιδιαίτερα εκείνων με μεγαλύτερα ποσοστά πίσσας και νικοτίνης και απαγόρευσαν τη διαφήμιση των τσιγάρων απο το ραδιόφωνο και την τηλεόραση. Τέλος, εφάρμοσαν και το μέτρο της ευνοϊκότερης μεταχείρισης των μη καπνιστών σε περιπτώσεις διορισμών, μισθοδοσίας, προαγωγών, μείωσης των ασφαλίσεων της ζωής κ.τ.λ.

Στην Ελλάδα, όπως είναι γνωστό, η έντονη αντικαπνιστική προσπάθεια άρχισε να αποδίδει καρπούς και αμβλύνεται τα τελευταία χρόνια. Σχετικά πρόσφατα, ιδρύθηκε στην Ελλάδα η Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, ένας ιδιωτικός, μη κερδοσκοπικός Οργανισμός, με σκοπό τον περιορισμό μέχρι πλήρους εξαλείφειας του καπνίσματος στη χώρα μας. Στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων υπάρχει άλλωστε Διεύθυνση Προστασίας και Αγωγής Υγείας, με σκοπό μεταξύ άλλων την ενημέρωση του κοινού για την βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στην υγεία. Μεταξύ του Υπουργείου και της Εταιρείας υπάρχει συνεργασία. Σήμερα και στην χώρα μας απογορεύεται η διαφήμιση των τσιγάρων απο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ραδιόφωνο, τηλεόραση), ενώ στον ημερήσιο και περιοδικό τύπο κάτω απο κάθε διαφημιστική αφίσα τσιγάρου αναγράφεται με μεγάλα γράμματα η προειδοποίηση του Υπουργείου Υγείας "Το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία". Η ίδια προειδοποίηση αναγράφεται και πάνω σε κάθε πακέτο τσιγάρων. Επίσης το Υπουργείο Υγείας, η Αντικαπνιστική Εταιρεία και πολλοί



ΟΛΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΑΝΑ 100.000 ΑΤΟΜΑ/ΕΤΗ, ΜΕΤΑΞΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΣΙΓΑΡΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ.
N.E.J.M. - Vol. 317 - Nov. 19. 1987

ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ

ΑΡΙΘ. ΤΣΙΓΑΡΩΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΕ ΣΥΝΟΛΟ 1000 ΑΤΟΜ.	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ				ΤΑΞΗ			ΠΕΡΙΟΧΗ		
		ΑΝΤ.	ΓΥΝ.	15-24	25-34	35-44	45-64	ΑΝΩ.	ΜΕΣ.	ΚΑΤ.	ΑΘ.	ΘΕΣ.	ΕΠΑΡ.
ΕΩΣ 10 ΤΣΙΓΑΡΑ	14%	9	20	18	16	16	8	13	14	14	14	20	12
11-12 ΤΣΙΓΑΡΑ	19%	27	10	19	21	19	16	22	19	17	21	16	16
21-30 ΤΣΙΓΑΡΑ	5%	7	2	3	6	6	5	3	6	5	6	6	3
31-40 ΤΣΙΓΑΡΑ	6%	10	1	3	13	5	3	9	6	5	5	4	7
40 ΤΣΙΓΑΡΑ + ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΩ	2%	3	0	2	1	5	1	0	3	1	2	2	2
	55%	45	66	56	44	50	67	54	52	59	52	52	61

Θνησιμότητα σε πληθυσμό 100.000 ατόμων.

Μη καπνιστές	3,4
Καπνιστές κάτω των 10 τσιγάρων την ημέρα	51,4
» μεταξύ 10-20 » » »	59,3
» » 20-40 » » »	143,9
» πάνω των 40 » » »	217,3

αντικαπνιστικοί σύλλογοι που έχουν συσταθεί τα τελευταία χρόνια σε πολλές πόλεις της Ελλάδας, εκδίδουν ενημερωτικά έντυπα πάνω στις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος, αφίσες και αυτοκόλλητα, σήματα με αντικαπνιστικά μηνύματα.

β. Αμεση και σταδιακή παύση του καπνίσματος.

Η διακοπή του καπνίσματος, αποκτεί μια επίμονη, μακροχρόνια προσπάθεια, που αρχίζει με την πλήρη ενημέρωση του κοινού, για τη σοβαρή επίπτωση του καπνίσματος στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και σε πολλές άλλες ασθένειες, που συνήθως οδηγούν στο θάνατο ή σε κάποια σοβαρή αναπηρία. Στη συνέχεια η ενημέρωση για την αρνητική επίδραση του καπνίσματος στη ζωή και στην υγεία του ατόμου γίνεται πιό συγκεκριμένη για τον κάθε καπνιστή. Ο τελευταίος θα πρέπει να πεισθεί ότι διακόπτοντας το κάπνισμα, πρώτον, απαλλάσσεται απο συμπτώματα που οφείλονται στην κακή αυτή συνήθεια και που δεν είναι υπερβολικό να χαρακτηρίσουμε τη συνήθεια του καπνίσματος ως σοβαρή ασθένεια και δεύτερον, μεταπηδά σε μια πληθυσμιακή ομάδα με σαφώς μικρότερη πιθανότητα να πεθάνει απο στεφανιαία ή άλλη νόσο.

Η συνειδοποίηση της ασθένειας "κάπνισμα" είναι αναγκαία, ώστε ο καπνιστής να πάρει την απόφαση να το σταματήσει και εδώ επιβάλλεται μακρά συνεργασία του γιατρού, του νοσηλευτού και του ασθενούς. Με κατάλληλη ανάκριση, ο καπνιστής απομονώνει τα ασθενή σημεία που τον οδηγούν στο τσιγάρο, όπως επίσης ξεκαθαρίζει υγιείς δυνάμεις που έχει μέσα του, οι οποίες τον βοήθησαν στο παρελθόν για ένα διάστημα να μην καπνίζει ή μπορεί να τον βοηθήσουν, εάν η προσπάθεια της διακοπής γίνει για πρώτη φορά. Δεν είναι πραγματικά δύσκολο να δει ο καπνιστής ότι η φιλία που κέρδισε ή η μεγαλύτερη διαύγεια σε πνευματική εργασία με βοηθό το τσιγάρο είναι απλώς εντυπώσεις, διότι τα ίδια επιτυγχάνονται και χωρίς το κάπνισμα. Όπως επίσης είναι δυνατόν να ομολογήσει ότι δεν του ήταν ιδιαίτερα δύσκολο στο παρελθόν, να διακόψει το κάπνισμα.

Η έρευνα έχει δείξει ότι ευκολότερα σταματούν το τσιγάρο εκείνοι που καπνίζουν λιγότερο. Αρκετοί καπνιστές παύουν απότομα και χωρίς υποτροπή το κάπνισμα. Όμως σε πολλές περιπτώσεις ο γιατρός και η νοσηλεύτρια θα ικανοποιηθούν με την προσδευτική ελάττωση του καπνίσματος. Επισημαίνεται, ότι δεν είναι δυνατόν να αναμένει κανείς απ' όλους τους ασθενείς να μην καπνίζουν μετά την πρώτη συζήτηση και συνήθως χρειάζονται πολλές συζητήσεις για την επιτυχία. Είναι ευνόητο ότι ο γιατρός και η νοσηλεύτρια καλούνται να θεραπεύσουν με τη δύναμη του λόγου μια απο τις σοβαρότερες και θανατηφόρες συνήθειες. Θα πρέπει να αφιερώνεται πολύς χρόνος σε κάθε επίσκεψη για το πρόβλημα του καπνίσματος, γιατί η διακοπή του καπνίσματος θα οδηγήσει σε σημαντική ελάττωση της ετήσιας θνητότητας απο στεφανιαία νόσο.

Μετά την διακοπή του καπνίσματος, τα περισσότερα προβλήματα παρουσιάζονται

ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Βοηθάμε στην προστασία της υγείας, της άνεσης και της ασφάλειας κάθε ανθρώπου όταν επιμένουμε στα ακόλουθα δικαιώματά μας.

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ Ν' ΑΝΑΠΝΕΟΥΜΕ ΚΑΘΑΡΟ ΑΕΡΑ

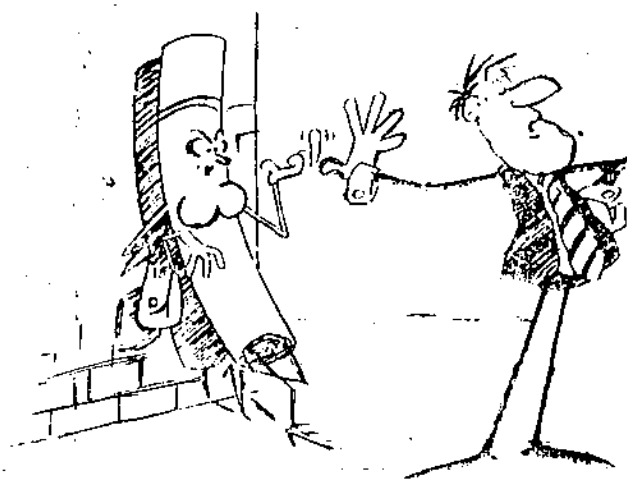
Έχουμε το δικαίωμα ν' αναπνέουμε καθαρό αέρα, αμόλυντο από το βλαβερό και ερεθιστικό καπνό του τσιγάρου. Αυτό το δικαίωμα ως φυσικό, είναι επικρατέστερο έναντι του επίκτητου δικαιώματος των καπνιστών

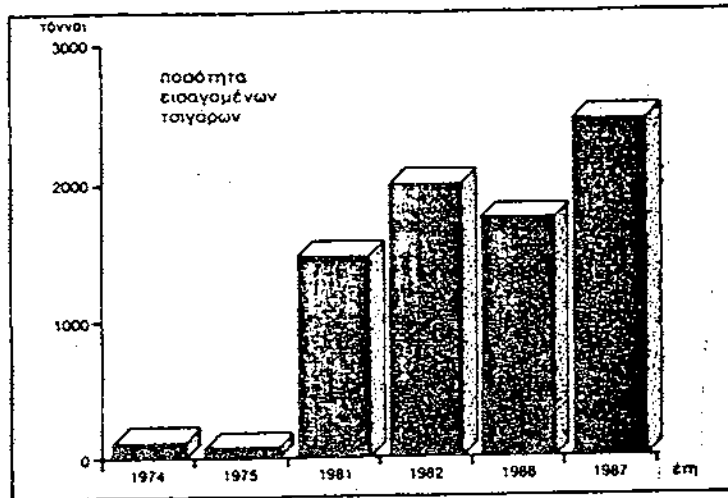
ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΔΙΑΜΑΡΤΥΡΟΜΑΣΤΕ

Έχουμε το δικαίωμα να εκφράζουμε —σταθερά αλλά ευγενικά— τη διασφορία μας και την αντίθεσή μας προς τον καπνό του τσιγάρου και επιβάλλεται να εξωτερικεύουμε τις αντιρρήσεις μας, όταν οι καπνιστές καπνίζουν εκεί που δεν επιτρέπεται.

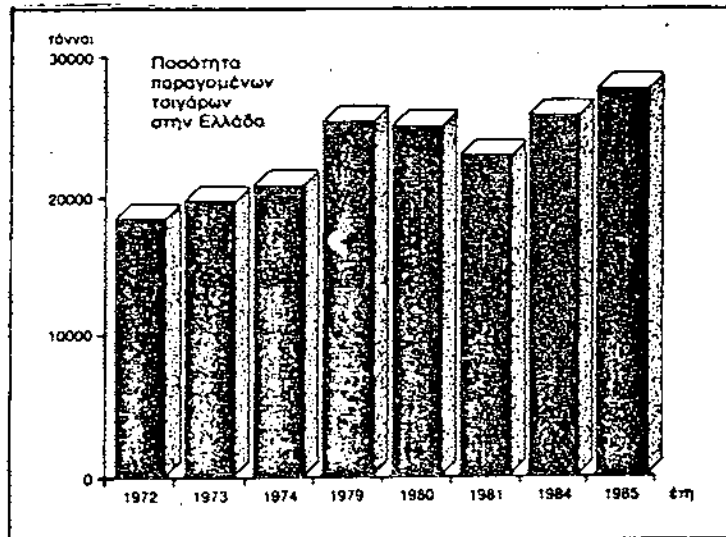
ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΕΝΕΡΓΟΥΜΕ

Έχουμε το δικαίωμα να ενεργούμε μέσω νομικών οδών, κοινωνικών πιέσεων και άλλων εννόμων διαδικασιών—ατομικά ή συλλογικά— με σκοπό να αποτρέψουμε ή να αποθαρρύνουμε τους καπνιστές να μολύνουν το άμεσο περιβάλλον, διαβίωσης και εργασίας, καθώς και τους δημόσιους χώρους.





ΠΟΣΟΤΗ ΕΙΣΑΓΟΜΕΝΩΝ ΤΣΙΓΑΡΩΝ
(ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ)



ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΑΡΑΓΟΜΕΝΩΝ ΤΣΙΓΑΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (Στ. Γαλ. Στατ. Υπηρε.)

Γενική θνησιμότητα κυπνιστών ανά 100.000 ατόμων.

Τσιγάρων	78,6
Πίπας	28,9
Πούρων	11,4

(Έρευνα Hammond-Horn)

κατά τους πρώτους 2-3 μήνες. Στο διάστημα αυτό, κατά το οποίο συμβαίνουν και οι περισσότερες υποτροπές του καπνίσματος, επιβάλλεται στενή παρακολούθηση και ενίσχυση του ασθενούς. Μετά το πρώτο τρίμηνο, η κατάσταση συνήθως είναι αρκετά σταθεροποιημένη και η ιατρική παρακολούθηση συνίσταται να γίνεται κατ'αραιότερα χρονικά διαστήματα.

Εάν η προσπάθεια για τη θεραπεία του καπνίσματος έφθασε μόνο στην ελάττωσή του, ο γιατρός θα πρέπει να θεωρήσει αυτή τη βελτίωση σαν ικανοποιητικό αποτέλεσμα και να ενημερώσει τον ασθενή για τις καλύτερες προοπτικές που διαγράφονται από πλευράς νοσηρότητας και θνητότητας της στεφανιαίας νόσου. Είναι γενικά παραδεκτό, ότι με λιγότερο κάπνισμα περιορίζεται η πιθανότητα ενός επεισοδίου ή του θανάτου από στεφανιαία νόσο.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία διακοπής του καπνίσματος σε μεγάλες μάζες των ιστορικών επαγγελματιών αλλά και γενικότερα του πληθυσμού ανδρών μέσης ή μεγάλης ηλικίας συνηγορούν από την ισχύ του "μπορώ να διακόψω το κάπνισμα εάν το αποφασίσω" σε αντικατάσταση του αρνητικού "δεν μπορώ να το διακόψω". Πάντοτε υπάρχει ένας τρόπος εκτός από το κάπνισμα για να προσπεράσει κανείς μια δύσκολη ψυχική κατάσταση, π.χ. το θυμό, τη στεναχώρια, τον εκνευρισμό κ.τ.λ.

Επίσης η προσπάθεια πρέπει να στρέφεται προς το περιβάλλον, όπου δημιουργούνται συνθήκες απαγορευτικές ή ανασταλτικές του καπνίσματος. Η παρακολούθηση του συνεδρίου στις αίθουσες του οποίου απαγορεύεται το κάπνισμα, γίνεται χωρίς γογγυσμό από πολλούς καπνιστές, οι οποίοι συγχρόνως ενισχύονται στην προσπάθεια της διακοπής ή της μείωσης. Το ίδιο συμβαίνει όταν ο καπνιστής βρίσκεται σε χώρο του εστιατορίου, του τρένου, του αεροπλάνου κ.τ.λ. που δεν επιτρέπεται το κάπνισμα.

Μιά άλλη συνθήκη, αναγκαία για την επιτυχία στην προσπάθεια παύσης του καπνίσματος είναι η συνεχής και η σταθερή υποστήριξη από τον ή τη σύζυγο και γενικότερα το οικογενειακό περιβάλλον. Είναι ουσιώδες τ'άλλα μέλη της οικογένειας να μην καπνίζουν, όπως επίσης πολύ ενθαρρυντικό για τον ασθενή είναι, εάν μεταξύ των φίλων και συνεργατών δεν υπάρχει κανένας καπνιστής.

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ.

Όταν η στεφανιαία νόσος προσβάλλει τελικά το άτομο, πρέπει αυτο να βοηθηθεί ψυχικά και σωματικά κατά τη νοσηλεία του στη Μονάδα Στεφανιαίων Νοσημάτων, αλλά και κατά την παραμονή του στο Νοσοκομείο και κατά την επιστροφή του στο σπίτι.

Η νοσηλεύτρια με την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα υψηλής ποιότητας θα συμβάλλει πολύ στην πρόληψη επιπλοκών και αναπηριών της ήδη εκδηλωθείσας νόσου, θα προσπαθήσει να ικανοποιήσει τις φυσικές ανάγκες του ασθενούς ως και τις συναισθηματικές και ψυχικές, ώστε η πορεία της νόσου να είναι ομαλότερη και η αποκατάσταση ταχύτερη και θα προετοιμάσει τον ασθενή να αποδεχθεί χειρουργική επέμβαση, αν αυτή είναι αναπόφευκτη για τη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου και τη διατήρηση του εμφραγματία στη ζωή. Επίσης, θα βοηθήσει τον ασθενή για σταδιακή δραστηριότητα μετά απο την εμφάνιση της νόσου και θα συμμετάσχει στη διαμόρφωση επιμέρους προγραμμάτων για δοκιμασίες κοπώσεως, για την εκπαίδευση του σ' ένα καλύτερο τρόπο ζωής με λιγότερα ψυχολογικά STRESS και περισσότερο σωματική άσκηση, μακριά απο τους προδιαθεσιακούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου, που θα επιδράσουν αρνητικά στην κατάσταση του ήδη νοσούντος ασθενή, αν δεν προληφθούν έγκαιρα.

- ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ -

[ΚΕΦΑΛΑΙΑ Ι, ΙΙ]

Εντατική Νοσηλευτική φροντίδα Σ.Ν.

Η μονάδα οξέως εμφράγματος είναι το αυτοτελές τμήμα της καρδιολογικής κλινικής, στο οποίο συνηπάρχει η εξελιγμένη τεχνολογία με την εντατική νοσηλευτική φροντίδα· έχει δημιουργηθεί ειδικά για την πρόληψη του αιφνιδίου θανάτου και των άλλων επιπλοκών του οξέως εμφράγματος και για τον περιορισμό των σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων που προέρχονται από το γεγονός αυτό. Από τις Νοσηλεύτριες, που αποτελούν το πιο σημαντικό στοιχείο της μονάδας, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η επιτυχία της λειτουργίας της.

Η Νοσηλεύτρια της μονάδας έχει ευρείες θεωρητικές γνώσεις και κλινική εμπειρία, λαμβάνει σημαντικές αποφάσεις, είναι ικανή να χειρίζεται όργανα υψηλής τεχνολογίας και παρέχει νοσηλεία υψηλής ποιότητας. Επιπλέον, η νοσηλεύτρια καλείται να υποστηρίξει ψυχολογικά τους ασθενείς της και τις οικογενειές τους, δημιουργώντας το κατάλληλο κλίμα γύρω τους και αναζητώντας τους τρόπους που θα τους βοηθήσουν να ξεπεράσουν τον φόβο στο οξύ στάδιο και θα τους προετοιμάσουν για να αντιμετωπίσουν σωστά τη μετέπειτα κατάσταση.

Εκτός από την υψηλού επιπέδου νοσηλευτική φροντίδα που παρέχει στους ασθενείς, η Νοσηλεύτρια της μονάδας επωμίζεται και άλλα ειδικά καθήκοντα που η εκπλήρωσή τους προϋποθέτει σημαντικές γνώσεις που αποκτώνται μετά από ειδική εκπαίδευση και με την αφοσίωση και υπευθυνότητα κατά την διάρκεια της εργασίας της.

Οι Νοσηλεύτριες της μονάδας στα περισσότερα Νοσοκομεία είναι εξουσιοδοτημένες για την ενδοφλέβια χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, όπως ξυλοκαΐνης και ατροπίνης και για την ηλεκτρική απινίδωση ασθενών που εμφανίζουν αρρυθμίες, οι οποίες θέτουν σε άμεσο κίνδυνο την ζωή τους. Εκτός από την παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού από τα ECG MONITORS και τον έλεγχο των αρρυθμιών, εξίσου σημαντική και αναγκαία είναι η παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας με την κλινική εξέταση των ασθενών από τη Νοσηλεύτρια. Η καταγραφή των αναπνοών, της αρτηριακής πίεσης και όλων των άλλων ζωτικών λειτουργιών των ασθενών θα οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας και η γρηγορότερη αντιμετώπισή της. Η Νοσηλεύτρια της μονάδας πρέπει να γνωρίζει επίσης τις μεθόδους των αιμοδυναμικών μετρήσεων. Η εισαγωγή των καθετήρων στους ασθενείς γίνεται από τους γιατρούς, οι καταγραφές των πιέσεων όμως και οι μετρήσεις τους γίνονται από τις Νοσηλεύτριες, οι οποίες θα πρέπει να είναι ικανές να ερμηνεύουν τα αιμοδυναμικά ευρήματα και να τροποποιούν το δεδομένο πρόγραμμα της θεραπείας ανάλογα με τα ευρήματα αυτά. Η τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη σε ασθενείς με υψηλού βαθμού

κολποκοιλιακού αποκλεισμού και κίνδυνο κοιλιακής ασυστολίας ή χαμηλής καρδιακής παροχής, γίνεται από το γιατρό με τη βοήθεια της Νοσηλεύτριας, η οποία όμως μετά την τοποθέτηση του βηματοδότη θα πρέπει να είναι ικανή να ελέγχει τη λειτουργία του και να διακρίνει τις περιπτώσεις εκείνες, στις οποίες ο βηματοδότης δυσλειτουργεί, αφού το αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας μπορεί να είναι μοιραίο για τη ζωή του ασθενούς. Επίσης οι Νοσηλεύτριες θα πρέπει να τυγχάνουν άριστης εκπαίδευσης, υψηλής θεωρητικής κατάρτισης και επαρκούς εμπειρίας στο αντικείμενο, ώστε με την ευθύνη του γιατρού της μονάδας να εκτελούν καρδιοπνευμονική ανάληψη στις περιπτώσεις αιφνιδίου θανάτου.

Ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών και ο ρόλος
της Νοσηλεύτριας.

Αρχικά μετά την εγκαθίδρυση της καρδιολογικής μονάδας, το κύριο έργο της Νοσηλεύτριας ήταν η παρακολούθηση των ECG MONITORS για τη διακρίβωση και την άμεση αντιμετώπιση των επικίνδυνων για τη ζωή αρρυθμιών. Γρήγορα όμως έγινε αντιληπτό, ότι οι αρρυθμίες και γενικότερα η εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου δεν εξαρτώνται μόνο από την ένταση της βλάβης του μυοκαρδίου, αλλά επηρεάζεται σημαντικά από την προσωπικότητα και ιδιοσυγκρασία των ασθενών, όπως και από την ικανότητα της Νοσηλεύτριας να διατηρήσει το ηθικό τους σε υψηλό επίπεδο κατά τη νοσηλεία τους στη μονάδα.

Οι Νοσηλεύτριες οι οποίες βρίσκονται όλο το 24ωρο συνεχώς κοντά στους ασθενείς, τους επηρεάζουν σημαντικά, γι' αυτό μπορούν να αναλάβουν σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογική τους υποστήριξη. Ασθενείς που ρωτήθηκαν, ανέφεραν ότι οι Νοσηλεύτριες αποτελούσαν τον πιο σπουδαίο παράγοντα της μονάδας και οι υπηρεσίες που τους προσέφεραν στη διάρκεια της νοσηλείας τους εκεί ήταν πραγματικά ανεκτίμητες.

Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο, εκτός από το σωματικό υφίστανται επιπρόσθετα και ψυχικό τραύμα με την αιφνίδια και πολλές φορές μη αναμενόμενη απομάκρυνση από τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Η εισαγωγή τους σε ειδική μονάδα που θα τη θεωρούν τόπο νοσηλείας βαριά ασθενών, τα άγνωστα που τους περιβάλλουν, η σύνδεσή τους με μηχανήματα που απεικονίζουν παράξενες και ανάλυπτες γι' αυτούς εικόνες, ο περιορισμός τους στο κρεβάτι και οι συνεχείς ενοχλήσεις που τους προκαλούν οι συχνές εξετάσεις των γιατρών και των νοσηλευτών, ακόμη και κατά τη διάρκεια του ύπνου τους είναι επαρκείς αιτίες για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών. Έτσι δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη το γεγονός, ότι το άγχος και η κατάθλιψη είναι κοινές αντιδράσεις των ασθενών με στεφανιαία νόσο, αντιδράσεις που δεν είναι καθόλου άμοιρες για την αυξημένη συχνότητα θανάτων στη μονάδα στεφανιαίας νόσου.

Στην γενικότερη προσπάθεια για την ενθάρρυνση των ασθενών αυτών θα συμβάλλει η νοσηλεύτρια με την συνεχή παρουσία της, με την κατανόηση, το ενδιαφέρον και την ευγένειά της και με τη γρήγορη προσέλευσή της, όταν καλείται από τους ασθενείς. Εάν η νοσηλεύτρια εξηγήσει απλά στους ασθενείς τους σκοπούς της μονάδας, είναι δυνατό να μετατρέψει το αρχικό συναίσθημα του φόβου σε συναίσθημα ασφάλειας. Η επίδειξη των ECG MONITORS και εξήγηση της παράξενης για τους ασθενείς εικόνας του ΗΚΓφήμματος, θα μειώσει σημαντικά το φόβο τους. Ο φόβος των ασθενών θα ελαττωθεί ακόμη περισσότερο, όταν κατανοήσουν, ότι οι συνεχείς μετρήσεις της αρτηριακής

πίεσεως και των άλλων ζωτικών σημείων είναι καθορισμένες μετρήσεις για όλους τους ασθενείς και δεν γίνονται μόνο στους βαριά ασθενείς και σ' εκείνους που παρουσιάζουν επιπλοκές.

Επίσης την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με στεφανιαία νόσο θα βοηθήσει η συζήτηση του προγράμματος των δραστηριοτήτων τους αμέσως μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο και την επανοδό στις εργασίες τους. Η συζήτηση αυτή θα πρέπει να αρχίζει την ημέρα της εισαγωγής τους στο Νοσοκομείο, ενώ παράλληλα θα πρέπει να γίνει προσπάθεια για να κατασταθούν κατανοητές και οι συνέπειες από τη στεφανιαία νόσο πάντοτε όμως με αισιόδοξη προοπτική. Η αντιμετώπιση όμως των ασθενών δεν μπορεί να είναι ομοιόμορφη· αντίθετα θα πρέπει να εξαρτάται από το χαρακτήρα τους, αφού και οι αντιδράσεις τους στην αρρώστια και το STRESS διαφέρουν.

Στην επικοινωνία της Νοσηλεύτριας με τους ασθενείς μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά και οι συγγενείς τους. Η ανάπτυξη ουσιαστικών σχέσεων μεταξύ των συγγενών και της νοσηλεύτριας αμέσως μετά την εισαγωγή του ασθενούς στη μονάδα έχει ιδιαίτερη βαρύτητα. Η συχνή επικοινωνία και η συνεχής και ακριβής ενημέρωση των συγγενών για την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς τους είναι μεγάλης σημασίας, γιατί μειώνει την ανησυχία τους και συμβάλλει στην άμβλυνση και άλλων συναισθηματικών αντιδράσεων που πολύ συχνά αναπτύσσονται στους συγγενείς των ασθενών, όπως του φόβου, της ενοχής, της μοναξιάς, της δυσπιστίας και της κατάθλιψης.

Τέλος, η προετοιμασία του ασθενούς και της οικογένειάς του για την έξοδό του από τη μονάδα της στεφανιαίας νόσου και τη μεταφορά του σε γενικό παθολογικό τμήμα της κλινικής είναι απολύτως αναγκαία. Παρά το γεγονός, ότι η μεταφορά αυτή αποτελεί ένα σταθερό σημείο προόδου στην εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου, συνοδεύεται συχνά από ανησυχία, που εκδηλώνεται με αυξημένη καρδιακή συχνότητα και αρτηριακή πίεση, στηθάγχη και αρρυθμίες. Η ψυχολογική αυτή υποστήριξη του ασθενούς σχετικά με τη μεταφορά του εκτός της μονάδας θα πρέπει να συνεχιστεί και από τη νοσηλεύτρια του τμήματος που θα τον δεχτεί.

Διεργασία της νοσηλευτικής φροντίδας στεφανιαίου
ασθενούς.

Η διεργασία της νοσηλευτικής φροντίδας ασθενούς με στεφανιαία νόσο περιλαμβάνει την αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων, τον καθορισμό των αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής φροντίδας, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων και τέλος την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας σε σχέση προς τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια μέθοδος, η οποία φέρνει τη Νοσηλεύτρια πολύ κοντά στον ασθενή. Γιατί η αναγνώριση των νοσηλευτικών προβλημάτων του στεφανιαίου ασθενούς και ο καθορισμός των αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής φροντίδας είναι υπεύθυνο έργο, που οδηγεί τη Νοσηλεύτρια να συγκεντρώνει την προσοχή της όχι στις νοσηλείες αλλά στον ασθενή και τα προβλήματά του, τα φανερά, τα λανθάνοντα ή επικείμενα προβλήματα και εκείνα που ο ίδιος δεν γνωρίζει, πάντα στα πλαίσια της ολικής θεώρησής του ως προσώπου.

Επίσης το πρόγραμμα της νοσηλείας, που ακολουθεί την αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων και τον καθορισμό των αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής φροντίδας, καταστρώνεται από τη Νοσηλεύτρια και θα πρέπει να είναι τόσο εξατομικευμένο, ώστε να μην μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακριβώς το ίδιο για κανέναν άλλον ασθενή με στεφανιαία νόσο. Τα προβλήματα και οι ανάγκες του στεφανιαίου ασθενή κατά τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας κατανέμονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: υψηλής, μέσης και χαμηλής προτεραιότητας. Υψηλής προτεραιότητας θεωρούνται τα προβλήματα που απειλούν τη ζωή και επομένως χρειάζονται άμεση νοσηλευτική αντιμετώπιση, π.χ. καρδιακή ανακοπή, κοιλιακή ταχυκαρδία, πνευμονικό σίδημα, καρδιογενές SHOCK. Μέσης προτεραιότητας προβλήματα χαρακτηρίζονται εκείνα που δεν απειλούν τη ζωή του ασθενούς αν και μπορούν να προκαλέσουν ανθυγιεινές ή και καταστρεπτικές σωματικές ή ψυχολογικές αλλαγές, π.χ. η ακινησία μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές επιπλοκές, αλλά όχι άμεσα απειλητικές για τη ζωή, όπως κατακλίσεις, μη καλή λειτουργία του εντερικού σωλήνα, μελαγχολία κ.τ.λ. Χαμηλής προτεραιότητας προβλήματα κρίνονται όσα μπορεί να αντιμετωπίσει ο ίδιος ο ασθενής με ελάχιστη βοήθεια και καθοδήγηση από τη Νοσηλεύτρια όπως π.χ. η ξηρότητα του στόματος. Οι Νοσηλεύτριες δεν θα πρέπει να λησμονούν, ότι το πρόγραμμα νοσηλείας δεν είναι αυτοσκοπός, αλλά μέσο παροχής ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας. Αλλωστε και το καλύτερο πρόγραμμα νοσηλείας, αποδεικνύεται άχρηστο, όταν δεν επισφραγίζεται με την εφαρμογή.

Η Νοσηλεύτρια προχωρεί στην εκτέλεση του προγράμματος νοσηλείας για το συγκεκριμένο ασθενή, ενώ ταυτόχρονα συνεχίζει να συλλέγει και να εκτιμά νέα στοιχεία, να σχεδιάζει και να αξιολογεί νέες ενέργειες. Η εφαρμογή του προγράμματος εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας επιτυγχάνει την ολική φροντίδα του ασθενούς διότι λαμβάνει υπόψη τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές, πολιτιστικές, οικονομικές και αποκαταστατικές ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς και συμβάλλει στη μερική ή πλήρη βελτίωση της υγείας. Τέλος, η νοσηλεύτρια προχωρεί στην τελική φάση της νοσηλευτικής διεργασίας, η οποία περιλαμβάνει την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας και της προόδου του ασθενούς προς την ανάρρωση, με βάση πάντα τους αντικειμενικούς σκοπούς της νοσηλείας του συγκεκριμένου στεφανιαίου ασθενή. Ακόμη, επισημαίνει και τα σημεία εκείνα, όπου η φροντίδα χρειάζεται αναθεώρηση και αναπροσαρμογή. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας επιτυγχάνεται με την παρατήρηση του ασθενούς, την επικοινωνία με τον ίδιο, με την οικογενειά του και με την νοσηλευτική ομάδα, καθώς και με αντικειμενικές μετρήσεις και εξετάσεις, όπως είναι η λήψη ζωτικών σημείων κ.τ.λ. Οι τιμές βέβαια των μετρήσεων αυτών χρειάζονται σωστή νοσηλευτική ερμηνεία προκειμένου να θεωρηθούν κριτήρια εκτιμήσεως.

Τον κύριο λόγο στη φροντίδα του στεφανιαίου ασθενούς, στη μονάδα των στεφανιαίων νοσημάτων, κατέχουν οι νοσηλεύτριες, από τις οποίες εξαρτάται και η σωστή λειτουργία της μονάδας προς όφελος πάντα των ασθενών. Οι Νοσηλεύτριες που ασχολούνται με τη νοσηλευτική φροντίδα του εμφραγματία στη μονάδα εντατικής θεραπείας, μέσα από τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, είναι νοσηλεύτριες τριετούς φοιτήσεως, οι οποίες έχουν την ευθύνη όλων των σταδίων της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας στον πάσχοντα. Οι νοσηλεύτριες αυτές έχουν επιστημονικές γνώσεις, κλινική πείρα, διαπροσωπικές δεξιότητες, καλλιεργημένη παρατηρητικότητα και κριτικό πνεύμα για τη διάκριση και κατανόηση των σημείων και συμπτωμάτων που σημαίνουν παρέκκλιση από τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού και συμπεριφορά, καθώς και των συνεπειών αυτών στον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Οι νοσηλεύτριες εφαρμόζουν επιτυχώς τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, έχοντας σα σκοπό να δώσουν ζωή στα χρόνια του ασθενούς και όχι χρόνια στη ζωή αυτού. Επίσης πιστεύουμε, ότι η παρουσίαση ενός περιπατητικού θα βοηθήσει να γίνει περισσότερο κατανοητή η νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενή με στεφανιαία νόσο, θα εκθέσουμε παρακάτω νοσηλευτική περίπτωση.

1η Κλινική περίπτωση
(Στηθάγχη)

Το πρωί της 28ης Μαΐου του 1991 εισήλθε στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης καρδιοπαθών (ΜΕΠΚ) ασθενής, ετών 52, με φορείο, συνοδευομένη από νοσοκόμο. Η ασθενής έφερε ορρό DEXTROSE 5% CC. Τα συμπτώματα που παρουσίασε κατά την εισαγωγή της ήταν: έντονος προκάρδιος πόνος με αντανάκλαση προς τον τράχηλο και την κάτω γνάθο, άνω άκρα, ωμοπλάτη και υπογάστριο. Στα Ε.Ι. μετά των παραπάνω συμπτωμάτων, τη λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος και ιστορικού υγείας, διεγνώσθη στηθαναγκική κρίση. Σύμφωνα με το ιστορικό υγείας προέκυψαν τα εξής στοιχεία: Η ασθενής ήταν έγγαμη, μητέρα 2 παιδιών, συνταξιούχος ΙΚΑ και μόνιμος κάτοικος Χαλκίδος.

Η ασθενής παρουσίαζε κατά καιρούς στηθαγχικές κρίσεις μικρής έντασης, οι οποίες αντιμετοπιζόνταν εντός νοσοκομείου ικανοποιητικά με την ανάπαυση και τη λήψη δισκίων νιτρογλυκερίνης.

Κατά την τωρινή εισαγωγή της στο νοσοκομείο, έφερε μαζί της εργαστηριακές εξετάσεις που έδειχναν αυξημένη την τιμή της χοληστερίνης στα 400MG|100ML. Κατά τη λήψη των ζωτικών σημείων της ασθενούς στα Ε.Ι. του νοσοκομείου, διαπιστώθηκε ότι η αρτηριακή της πίεση ήταν 130|90 MMHG. και παρουσίαζε μικρή ταχυσφυγμία. Από ερωτήσεις που τέθηκαν στην ασθενή και στους οικείους της διαπιστώθηκε επίσης ότι έπαιρνε μόνο αντιστηθαγχικά φάρμακα.

Σε ερώτηση περιγραφής του επεισοδίου, οι συνοδοί και η ασθενής δήλωσε ότι η παρούσα κατάσταση οφείλονταν σε έντονο συγκινησιακό STRESS. Όταν η ασθενής μεταφέρθηκε από τα Ε.Ι. του Νοσοκομείου στη ΜΕΠΚ η νοσηλεύτρια, την καλωσόρισε, τη βοήθησε να τοποθετηθεί σε αναπαυτική θέση και την έθεσε σε συνεχή ΗΚΓ παρακολούθηση. Κατόπιν μέτρησης Α.Π. η οποία ήταν 120|80 MMHG, της χορηγήθηκε υπογλωσίως δισκίων νιτρογλυκερίνης γι δεύτερη φορά. (Το πρώτο είχε χορηγηθεί στο χώρο των εξωτερικών ιατρείων). Η νοσηλεύτρια με τη συνεχή παρακολούθηση της ασθενούς έθεσε τους αντικειμενικούς σκοπούς της νοσηλευτικής παρέμβασης και μετά προέβη στην υλοποίησή τους.

Σ Χ Ε Δ Ι Α Γ Ρ Α Μ Μ Α Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Γ Ι Κ Η Σ Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Σ

Αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων της ασθενούς

Καθορισμός αντιμειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας

Προγραμματισμός και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων

Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας

Έντονο προκάρδιο άγχος, με αντανάκλαση προς τον τράχηλο και την κάτω γνάθο, άνω αιρα μπροιάτη και υπογαστρίο.

Αντιμετώπιση του προκάρδιου άγχους.

-Τοποθέτηση της ασθενούς σε αναπαυτική θέση επί κλίνης (συνήθως θέση FAWLER) και σε ήπιο περιβάλλον
-Χορηγήθηκαν διασταλτικά των στεφανιαίων όπως νιτρογλυκερίνης (υπογλωσίως), κατόπιν λήψης των ζωτικών σημείων.

Μείωση του άγχους εντός 3 ωρών και μετά τις πρώτες 24 Η η ασθενής δεν νοιώσε με την αλλαγή της θέσης της επί κλίνης

Μεγάλου βαθμού αγωνία η οποία επιδεινώθηκε απο την υποξία του μυοκαρδίου.

Μείωση της αγωνίας της ασθενούς.

-Αντιμετώπιση του προκάρδιου άγχους με νιτρογλυκερίνη.
-Παραμονή κοντά στην ασθενή και τόνωση του ηθικού της.
-Χορηγήθηκαν κατευναστικά και ηρεμιστικά για πρόληψη επεισοδίων που οφείλονται στην μεγάλη αγωνία της ασθενούς.
- Χορηγήθηκε O₂ για μικρά διαστήματα για την αντιμετώπιση της υποξίας.

Η Νοσηλεύτρια μετά την λήψη των παραπάνω μέτρων για την αντιμετώπιση της στηθαγχικής κρίσης της ασθενούς, ανέλαβε καθήκοντα διδασκαλίας, έτσι ώστε η ασθενής να καταλάβει, να αποδεχθεί και να εφαρμόσει μέτρα που βοηθούν στη μείωση της συχνότητας των στηθαγχικών ενοχλημάτων, στη ανακούφιση απ'αυτά και στην παράταση της ζωής της.

Συγκεκριμένα η νοσηλεύτρια υλοποίησε τα ανωτέρω με:

- Την ενημέρωση της αρρώστου να αποφεύγει συνθήκες που προκαλούν στηθαγχική κρίση, δηλαδή
 - Οι δραστηριότητές της να μην προκαλούν αίσθημα δυσχέρειας στο θώρακα, βράχυση της αναπνοής και κόπωση.
 - Να αποφεύγει απότομη προσπάθεια, βάδισμα ενάντια στον άνεμο, γιατί πιθανό να προκαλέσουν στηθαγχικό πόνο.
 - Να αποφεύγει τα μεγάλα γεύματα.
 - Να αναπαύεται για μια τουλάχιστο ώρα μετά το φαγητό.
 - Να διατηρεί ιδεώδες σωματικό βάρος για την ελάττωση του έργου της καρδιάς.
 - Να μην εκτίθεται σε πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή θερμοκρασία περιβάλλοντος, να αποφεύγει παραμονή σε υψόμετρο και καταστάσεις που δημιουργούν ένταση.
 - Να ντύνεται ζεστά το χειμώνα.
 - Να διακόψει το κάπνισμα. Κατά το κάπνισμα το άτομο εισπνέει CO το μειώνει την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει O₂ και έτσι επιβαρύνεται η μυοκαρδιακή υποξία.
 - Να χρησιμοποιεί τα φάρμακα που της καθόρισε ο γιατρός και να έχει πάντοτε μαζί της δισκία νιτρογλυκερίνης, τα οποία να διατηρεί σε σκοτεινό φιαλίδιο, καλά κλεισμένο γιατί μειώνεται η ενέργειά τους απο την υψηλή θερμοκρασία, την υγρασία, το φως, τον αέρα και τον χρόνο.
 - Να παίρνει νιτρογλυκερίνη προληπτικά πριν απο δραστηριότητες που ξέρει ότι της προκαλούν στηθαγχικό πόνο.
 - Σε περίπτωση αναιμίας ή υπερτάσεως πρέπει να κάνει θεραπεία.

Μετά το πέρας του πρώτου 24ωρου η ασθενής δεν παρουσίαζε στηθαγχικά ενοχλήματα και απο την Μονάδα οδηγήθηκε στην καρδιολογική κλινική. Ήταν ιδιαίτερα ευγνώμων για τη σημαντική βοήθεια που της προσεφέρθη εντός της Μονάδας απο το Νοσηλευτικό προσωπικό και το ηθικό της πηγαίνοντας στην κλινική ήταν αρκετά ανεβασμένο. Στην κλινική παρέμεινε για χρονικό διάστημα 3 ημερών χωρίς να παρουσιάσει κανένα στηθαγχικό ενόχλημα. Πιστεύω ότι με την όλη βοήθεια που της προσεφέρθη, το μεγαλύτερο όφελος το απεκόμησε στις ώρες της διδασκαλίας για λήψη μέτρων προς αποφυγή επανεμφάνισης στηθαγχικής κρίσης.

2η Κλινική περίπτωση
(μυοκαρδιακό έμφραγμα)

Το απόγευμα της 24ης Απριλίου του 1991, εισήλθε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Καρδιοπαθών του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού Αθηνών, ασθενής 61 ετών, με φορείο, συνοδευόμενος από νοσοκόμο. Ο ασθενής έφερε ορρό DEXTROSE 5% 1000 CC. Τα συμπτώματα που παρουσίασε κατά την εισαγωγή του ήταν δύσπνοια με έντονο προκάρδιο πόνο. Στα εξωτερικά ιατρεία έγινε ήδη η διάγνωση οξείας μυοκαρδιακού εμφράγματος. Του προσφέρθηκαν οι πρώτες βοήθειες (άρχισε βραδεία ενδοφλέβια χορήγηση ορρού DEXTROSE 5% για διατήρηση ανοιχτής φλέβας, ώστε να είναι δυνατή η ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων και χορηγήθηκε ισχυρό αναλγητικό (PETHIDINE)). Επίσης, έγινε λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος και επάρθη ιστορικό υγείας του ασθενούς. Σύμφωνα με αυτό προέκυψαν τα εξής στοιχεία: Ο ασθενής ήταν έγγαμος, πατέρας δύο παιδιών, συνταξιούχος εκπαιδευτικός, μόνιμος κάτοικος της θήβας. Παλαιότερα είχε νοσηλευτεί και πάλι στο ίδιο νοσοκομείο, στην Καρδιολογική Μονάδα λόγω, καρδιολογικών προβλημάτων. Συγκεκριμένα, ο ασθενής πριν 10 μήνες παρουσίασε στηθαγχική κρίση, η οποία αντιμετωπίστηκε με συντηρητική θεραπεία σε χρονικό διάστημα 7 ημερών, εντός της Κλινικής. Ο θεράπων γιατρός με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας (στη διαφώτιση και στη διαπαιδαγώγηση του ασθενούς) εκείνη την περίοδο του είχαν συστήσει ένα καλύτερο τρόπο διαβίωσης, που αυτό σήμαινε αποχή από το κάπνισμα, απώλεια του σωματικού βάρους υγιεινή διατροφή, αποφυγή συγκινησιακού STRESS και φυσική δραστηριότητα σε επίπεδο τέτοιο που να μην προκαλεί βράχυνση της αναπνοής, αίσθημα δυσχέρειας στο θώρακα και κόπωση. Ο ασθενής όμως, όπως δήλωσαν η σύζυγός του και ο γιός του που τον συνόδευαν, δεν ακολούθησε τις ιατρικές εντολές που του δόθηκαν. Δηλαδή συνέχισε το κάπνισμα (με μία ασήμαντη μείωση του αριθμού των τσιγάρων που κάπνιζε ημερησίως πριν την εμφάνιση της στηθαγχικής κρίσης), δεν ακολούθησε τις συμβουλές για σωματική άσκηση και υγιεινή διατροφή και δεν προσπάθησε να μειώσει το σωματικό του βάρος. Επίσης, πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις του ασθενούς, τις οποίες έφερε μαζί του κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, έδειχναν αυξημένη την τιμή της χοληστερίνης στα 350MG|100 ML και των τριγλυκεριδίων στα 450MG|100ML. Ακόμη κατά τη λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου διαπιστώθηκε ότι η συστολική αρτηριακή πίεσή του ήταν 100MMHG και παρουσίαζε μικρή ταχυσφυγμία. Από τις ερωτήσεις που τέθηκαν στον ασθενή και στους συνοδούς του διαπιστώθηκε, ότι έπαιρνε μόνο αντιστηθαγχικά φάρμακα, δηλαδή νιτρώδη (PHERSORDIL) και αντιαρρυθμικά (INDERAL), ενώ για τη ρύθμιση των

επιπέδων της χοληστερίνης και των τριγλυκεριδίων, ο θεράπων ιατρός είχε συστήσει από τότε που ο ασθενής νοσηλευόταν για τις στηθαγχικές κρίσεις να γίνεται με υγιεινή διατροφή.

Όταν από τους συνοδούς και τον ίδιο τον ασθενή ζητήθηκε να περιγράψουν το επεισόδιο και τα μέτρα που τυχόν πάρθηκαν μέχρι να έρθει ο πάσχοντας στο νοσοκομείο, ο ασθενής δήλωσε: Ξημερώνοντας, αισθάνθηκε έναν έντονο διαξιφιστικό πόνο στο στήθος, οποίος συνοδευόταν από άγχος και έντονη εφίδρωση. Ο ασθενής πήρε υπογλώσσιο δισκίο νιτρογλυκερίνης και ο πόνος υποχώρησε κάπως. Όμως εξακολούθησε να υπάρχει με μειωμένη ένταση μέχρι τις 10 π.μ. της ίδιας ημέρας, όταν στις 2 μ.μ. της 24ης Απριλίου του 1991 εμφανίστηκε νέο επεισόδιο με πολύ έντονα τα παραπάνω συμπτώματα, γι' αυτό και ο ασθενής μεταφέρθηκε επείγοντως από τους δικούς του στο νοσοκομείο.

Όταν ο ασθενής, όπως ειπώθηκε και παραπάνω, μεταφέρθηκε από τα Ε.Ι. του Νοσοκομείου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Καρδιοπαθών, η νοσηλεύτρια τον πλησίασε, τον καλωσόρισε και με την βοήθεια του νοσοκόμου και μιάς άλλης νοσηλεύτριας, τον μετέφεραν από το φορείο στο κρεβάτι του, τον τακτοποίησαν σε ημικαθεστηκνία αναπαυτική θέση για τη διευκόλυνση της αναπνοής και του χορηγήθηκε O_2 λόγω του ότι ο ασθενής παρουσίαζε δύσπνοια. Επίσης, ο ασθενής συνδέθηκε με καρδιοσκόπιο (MONITOR) για τη συνεχή παρακολούθηση της καρδιακής του λειτουργίας και την έγκαιρη αντιμετώπιση αρρυθμιών, ενώ άρχισε η ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και των επιπλοκών του εμφράγματος, όπως: αναλγητικά (PETHIDINE, μορφίνη, MEPERIDINE) αντιεμετικά, αντιπυρετικά, ηρεμηστικά, αντιπηκτικά, θρομβολυτικά, υπακτικά, αντιαρρυθμικά κ.τ.λ.

Η νοσηλεύτρια με τη συνεχή παρατήρηση, τη λήψη των ζωτικών σημείων, την επικοινωνία της με τον ασθενή και την ιατρική διάγνωση, έκανε αξιολόγηση των άμεσων νοσηλευτικών αναγκών, έθεσε τους αντικειμενικούς σκοπούς της νοσηλευτικής παρέμβασης και μετά προέβη στον προγραμματισμό και την εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων και ενεργειών και τέλος αξιολόγησε τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ κατά την παροχή της εξατομικευμένης φροντίδας στον πάσχοντα, η νοσηλεύτρια ασχολήθηκε με την ψυχολογική υποστήριξη αυτού.

Στη συνέχεια, θα αναφερθούν τα προβλήματα του εμφραγματία και η συμβολή της Νοσηλεύτριας κατά την αντιμετώπισή τους. Τα προβλήματα αυτά που απαιτούσαν άμεση νοσηλευτική παρέμβαση, θα παρακολουθήσουμε στο διάγραμμα που ακολουθεί.

Αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενούς	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας
<p>- Εντονος προκάρδιος πόνος διαπιστώθηκε κατά την παρατήρηση του ασθενούς και την επικοινωνία μαζί του.</p>	<p>- Άμεση καταστολή του πόνου, λόγω του ότι διεγείρεται το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα να αυξάνεται το έργο της καρδιάς και να δίνεται το έντασμα για πρόκληση επιπλοκών.</p>	<p>-Προηγήθηκε μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, του σφυγμού και της συχνότητας της αναπνοής πριν απο τη χορήγηση των νιτρικών και ναρκοτικών αναλγητικών φαρμάκων, διότι αυτά κατεβάζουν την πίεση, δημιουργούν προβλήματα στην αναπνοή και μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρδιογενούς SHOCK και αρρυθμιών.</p> <p>-Χορηγήθηκε υπογλωσίως ένα δισκίο νιτρογλυκερίνης και στη συνέχεια έγινε ενδομυϊκή ένεση 50 MG πενιδίνης, βάση ιατρικών ενταλών.</p> <p>-Χορηγήθηκε κάθε 2 ώρες 3 MG μορφίνης ενδοφλέβια, αραιωμένη με φυσιολογικό ορό και δισκίο νιτρογλυκερίνης κάθε 4 ώρες υπογλωσίως.</p>	<p>Εσημειώθηκε προοδευτική μείωση του πόνου και μετά 48 ώρες επιτεύχθηκε πλήρη καταστολή αυτού.</p>
<p>Έλλιπή αξιολόγηση των ιατρικών όρων (πιθανό λόγω χαμηλής των ναρκοτικών).</p>	<p>-Περιορισμός στο ελάχιστο του καρδιακού έργου με αποτέλεσμα την μείωση της ανάγκης του ισχαιμικού και κατεστραμένου μυοκαρδίου σε O₂.</p>	<p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικίβωτο κλίμα αναπελευκτική θέση (θέση Fowler), για να επιτευχθεί μείωση της επιστροφής του</p>	<p>Παρατηρήθηκε βελτίωση της αναπελευκτικής λειτουργίας του πύθοντα, μετά</p>

αναληγνικών φαρμάκων) και λόγω της εμφανιζόμενης φριστερής καρδιακής ανεπάρκειας, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται δυσχέρεια στην ανταλλαγή των αερίων στους πνεύμονες και να εμφανίζεται έντονη δύσπνοια.

-Αποκατάσταση και διατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας.

φλεβικού αίματος στην καρδιά και να αυξηθεί η ζωτική χωρητικότητα των πνευμόνων.

-Χρηγήθηκε συνεχώς στον πάσχοντα οξυγόνο (O₂) στα 3 λίτρα με ρινικό καθετήρα, για βελτίωση της οξυγόνωσης των ιστών.

-Η χρήση μορφίνης στον πάσχοντα για την αντιμετώπιση του άγχους, ανέβαλε και στη μείωση της αγωνίας και του πανικού και κατά συνέπεια στη μείωση του αναπνευστικού έργου. Επίσης η χρήση της μορφίνης δημιούργησε μια μικρή περιφερική φλεβική διαστολή, με αποτέλεσμα την μείωση του όγκου του φλεβικού αίματος που επιστρέφει στην καρδιά.

- φόβος, άγχος, αγωνία και έντονη ανηυχία παρατηρήθηκε στον ασθενή κατά την επίκοινωνία μαζί του, εξαιτίας του ισχυρού θρομβικού άγχους και της έντονης δύσπνοιας.

-Μείωση του άγχους, του φόβου και της αγωνίας του ασθενούς, διότι η αναλασθηματική ένταση αυξάνει το έργο της καρδιάς.

-Επιτεύχθηκε η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς με τη συνεχή παρουσία της νοσηλεύτριας και την ενισχυτική της αμιλία.

-Χρηγήθηκε πρεμιστικό φάρμακο 10MG DIAZEPAN ενδοφλέβια (STEDON) κατόπιν ιατρικής εντολής.

- Ο ασθενής δήλωσε ότι δεν φοβάται και ότι έχει εμπιστοσύνη στην θεραπευτική ομάδα.

- Πιστεύω ότι θα γίνει καλά και ότι η ζωή του

αξιολόγηση νοσηλευτικών
προβλημάτων του ασθενούς

καυρήματος αντικαταρσικών
σισπών νοσηλευτικής φροντίδας

προληπτικού και εφαρμογή
των νοσηλευτικών πράξεων

αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
της νοσηλευτικής φροντίδας

-Συντονίστηκαν οι νοσηλευτικές φροντίδες έτσι ώστε ο ασθενής να ηρεμεί παραμένοντας ανενόχλητος στα ενδύματά των νοσηλευτικών ενεργειών.
-Ελήφθη μέριμνα για την σχετική ελάττωση των αιθηρηρισμών ερεθισμάτων του ασθενούς (οπτικών και ακουστικών) και εδόθησαν απλές εξηγήσεις σ' αυτόν για τη νοσηλεία και θεραπεία του, ώστε να ελαττωθεί ο φόβος του. Ενώ δημιουργήθηκε στον ασθενή ένα αίσθημα ασφαλείας με την αντιμετώπιση του πόνου, που συχνά συνοδεύεται από αίσθημα θανάτου, απραξίας και υπερδιέγερσης.

θα συνεχίσει να έχει νόημα και σκοπό, ενώ δήλωσε ότι τώρα πλέον ήταν ήρεμος και αισιόδοξος.

-Επισημάνθηκαν οι εμετός και η ναυτία του ισχυρού θραυτικού άγχους και της απότομης πτώσης της καρδιακής παροχής, η οποία προκάλεσε γενική κυτταρική υποξείωση. Επομένως ήταν αδύνατη η λήψη υγρών από το στόμα.

-Εξουδετέρωση της ναυτίας και του εμετού. Αποκατάσταση και διατήρηση του ισοζυγίου του ύδατος και των ηλεκτρολυτών.

-Χορηγήθηκε αντιεμετικό φάρμακο ενδοφλέβιως 10MG PROMPERAN.
-Ο ασθενής δεν έπαιρνε τίποτα από το στόμα, ενώ γινόταν σχολαστική περιποίηση αυτού.
-Χορηγήθηκε ενδοφλέβια DEXTROSE 5% 2000 CC το πρώτο 24ωρο και 1500 CC το δεύτερο 24ωρο. Επίσης χορηγήθηκαν και ηλεκτρολύτες στον πάσχοντα.
-Ρυθμίσαμε η ροή του αρμού σε 20 σταγόνες, έτσι ώστε το ποσό των υγρών να είναι σταθερό καθ' όλο το 24ωρο.

- Τελικά σημειώθηκε σημαντική ελάττωση της ναυτίας και του εμέτου και άρση του ισοζυγίου του ύδατος και των ηλεκτρολυτών.

<p>αξιολόγηση νοσηλευτικών προγραμμάτων και εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>προγραμματισμός και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων</p>	<p>σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>προβλημάτων του ασθενούς</p>	<p>- κατά την αμολογία του ασθενούς και της αντιμεμιενικής παρατηρήσεως, διαπιστώθηκε, ότι σημειώθηκε βελτίωση του βαθμού της ξηρότητας του στόματός του.</p>	<p>- Έγινον συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με διάλυση ΗΕΧΑΛΕΝ και επάλειψη των χειλιών με γλυκερίνη.</p>	<p>- Ελάττωση της ξηρότητας του στόματος του πάσχοντα.</p>	<p>- Ξηρότητα του στόματος, λόγω μη λήψεως υγρών και λόγω λήψεως νιτροδών φαρμάκων.</p>
<p>αξιολόγηση νοσηλευτικών προγραμμάτων και εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>προγραμματισμός και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων</p>	<p>σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>προβλημάτων του ασθενούς</p>	<p>- Ο ασθενής παρουσίασε πολύ βραδεία βελτίωση της ορέξεώς του. Χρειάστηκαν 4 ημέρες για να αρχίσει να τρώει κανονικά, αλλά μικρά γεύματα. - Τελικά, έφτασε στο σημείο να τρώει μόνος του. - Ο ίδιος είπε ότι ήταν ευχαριστημένος και ήλπιζε ότι θα γίνει καλά.</p>	<p>- Όταν ο ασθενής άρχισε να λαμβάνει τροφή απο το στόμα, το τέταρτο 24ωρο, με πολύ δυσκολία έπαιρνε μόνο γάλα και χυμό νωπών φρούτων. - Την έκτη μέρα προστέθηκε στη δίαιτα του ασθενούς σούπα και τέλος κρέας, μοσχάρι βραστό ή ψητό κατά την προτίμησή του. - Η συμπαράσταση και η βοήθεια του ασθενούς κατά το γεύμα γινόνταν επιμελώς.</p>	<p>- Κύριο μέλημα ήταν η βελτίωση της ορέξεως του ασθενούς και η διατήρηση σχετικά καλής θρέψης.</p>	<p>- Η αναρέξια είναι ένα άλλο σύμπτωμα που εμφανίσθηκε στον εμφραγματία.</p>
<p>αξιολόγηση νοσηλευτικών προγραμμάτων και εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>προγραμματισμός και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων</p>	<p>σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>προβλημάτων του ασθενούς</p>	<p>- Τελικά παρατηρήθηκε ελάττωση της πυρετικής κίνησης και αντιμετώπιση σπικων οστεολεσιατικών οι επιδράσεις</p>	<p>- Η Νοσηλεύτρια παρακολούθησε το ανέβασμα της θερμοκρασίας του ασθενούς σε τριήμερο διάστημα και διατηρούσε διάγραμμα.</p>	<p>- Αντιμετώπιση του πυρετού και των επιδράσεων.</p>	<p>- Πυρετός και επίδραση εξαιτίας της πυρετικής κίνησης, του άλγους, του φόβου και της αγωνίας του πάσχοντα</p>

- Χρήγησε αντιπυρετικά φάρμακα στον πάσχοντα κατά την ιατρικής εντολής, καθώς και υγρά ενδοφλέβια προς αποφυγή αφυδάτωσης αυτού.
- Η Νοσηλεύτρια ανακάλυψε τον ασθενή από τον πυρετό και τις εφιδρώσεις, με ανάλογα νοσηλευτικά μέτρα, όπως εξασφάλιση άρρακτου περιβάλλοντος, τοποθέτηση κρύων κμπρεσών στον πάσχοντα και συχνή αλλαγή των ιδρωμένων ρούχων του.
- Η Νοσηλεύτρια έλαβε κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα για την αντιμετώπιση του θηροαιμικού άγχους του πάσχοντα και την τόνωση του ηθικού του.
- Προσπάτησε τον πάσχοντα από τα ρεύματα του αέρα.

-Η συνεχή παραμονή του ασθενούς επί κλίνης ήταν ένα άλλο πρόβλημά του, το οποίο χρειάζονταν ιδιαίτερη μέριμνα και φροντίδα.

-Η διατήρηση της ατομικής υγιεινής του ασθενούς, η πρόληψη των κατακλίσεων, των θρομβοεμβολιτικών επιπλοκών και της υποστατικής πνευμονίας ήταν απαραίτητη, καθώς και η καλή λειτουργία του εντέρου.

-Επειδή το δέρμα του μεσήλικα ασθενούς ήταν λεπτό και εύθραστο, ο κίνδυνος των κατακλίσεων ήταν αυξημένος και γι' αυτό γινόταν επιμελής καθαριότητα του δέρματος επί κλίνης.
-Η Νοσηλεύτρια περιποιούνταν τα σημεία πιέσεως (κόκκινα, γλατούς, πέρνες) και βοηθούσε τον ασθενή για συχνή αλλαγή στην θέση του επί κλίνης, προς αποφυγή των κατακλίσεων.

- Από την κλινική παρακολούθηση η Νοσηλεύτρια διαπίστωσε, ότι το δέρμα του ασθενούς, διατηρήθηκε σε καλή κατάσταση.
- Ο ασθενής δήλωσε ότι τον ανακούφιζε η καθαριότητα και τον έκανε

και των θρομβοεμβολιγικών επιπλοκών
 - Η ασθενής εκτελούσε ενεργητικές κινήσεις των κάτω άκρων, μάμψεις και εκτάσεις των κνημών και των δακτύλων με τη βοήθεια της Νοσηλεύτριας ενώ γινόταν ενδιάμεσα διδασκαλογία και υπενθύμιση, διότι ο ασθενής ξεχνούσε να κάνει τις ασκήσεις. Επίσης στον ασθενή εφαρμόστηκαν αντιεμβολιγές κάλτσες.
 Με τα μέτρα αυτά ενισχύθηκε η φλεβική κυκλοφορία των ποδιών, όπου η ροή με την τέλεια ανάπαυση του ασθενούς, μάλλον επιβραδύνεται και έτσι ο ενδοαγγειακός σχηματισμός των θρόμβων εμφανίζεται συχνά.

- Χρηγήθηκαν στον πόσχοντα αντιπηκτικά φάρμακα για αναχαίτηση των παραγόντων για το σχηματισμό θρόμβων, περιορίζοντας τον κίνδυνο δημιουργίας αυτών στα πόδια ή στο κατεστραμένο τοίχωμα της καρδιάς ή κάπου αλλού.

Η δόση του αντιπηκτικού ρυθμιζόταν

να είναι αισιδοξος.
 - Δεν εμφάνισε ερυθρότητα ούτε καταλίψεις.
 - Δεν παρουσίασε θρομβορλεβίτιδα ή εμβολή.
 - Δεν παραπονέθηκε για πόνο στην κνήμη ή τα ημιθώρακια και ούτε αντικειμενικώς βρέθηκαν άλλα σημεία φλεγμασίας.

προβλημάτων του ασθενούς

σκοπιών νοσηλευτικής φροντίδας

των νοσηλευτικών πράξεων

της νοσηλευτικής φροντίδας

με βάση την ιπικτιμότητα του αίματος, καθημερινά.

-Η Νοσηλεύτρια συμβούλεψε τον πάχοντα να παίρνει βαθιές εισπνοές και εκπνοές κατά διαστήματα, για την καλύτερη έκπτυξη των πνευμόνων.

-Χρησιμοποιήθηκαν, κατά την ιατρικής εντολής, μελακτικά των κοπρώνων και υπαικτικά φάρμακα για να διευκολυνθεί η μένωση του εντερικού σωλήνα. Διότι η προσπάθεια για μένωση του εντερικού σωλήνα προκαλεί απότομη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, αυξάνει την ένταση της οριστερής κοιλίας και ενισχύει τον κίνδυνο ρήξεως του μυοκαρδίου.

- Δεν παρουσιάστηκε, όπως διαπιστώθηκε από την ακτινογραφία θώρακος και από την σκάρωση των πνευμόνων του πάχοντα υποστατική πνευμονία.
- Διαπιστώθηκε ικανοποιητική λειτουργία του εντερικού σωλήνα του ασθενούς.

Η Νοσηλεύτρια έλαβε κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα για την έγκαιρη διαπίστωση και την αντιμετώπιση των επιπλοκών του αξέως μυοκαρδιακού εμφράγματος.

- Η ασθενής παρουσίασε διαταραχή του καρδιακού ρυθμού (αρρυθμία) η οποία έγινε αντιληπτή από τη λήψη των ζυπτικών σημείων (άρτηριακή πίεση και

-Έγκαιρη διαπίστωση και αναγνώριση του τύπου της αρρυθμίας μέσα από την ΗΚΓ φική παρακολούθηση και αντιμετώπιση της αρρυθμίας (ειδικότερα των εκτόκτων κοιλιακών συστολών).

-Ο ασθενής συνδέθηκε με MONITOR, στο τη στιγμή της εισαγωγής του στη μονάδα στεφανιαίων νοσημάτων και έτσι ήταν δυνατή η συνεχή καταγραφή του ΗΚΓ φήματος του, το οποίο βοήθησε στην αναγνώριση του τύπου αρρυθμίας.

- Ελαττώθηκε ο αριθμός των εκτόκτων κοιλιακών συστολών και ύστερα από δύο 24ωρα, αποκαταστάθηκε ο φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός.

Αξιολόγηση νοσηλευτικών
προβλημάτων του ασθενούς

Καθορισμός αντικειμενικών
σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας

πρωτοβάθμιος και εφευρημα
των νοσηλευτικών πράξεων

εξολογήσει των αποτελεσμάτων
της νοσηλευτικής φροντίδας

σφύξεις) και από την παρακολού-
θηση του ΗΚΓ ήματος στο MONITOR.

-Ενημερώθηκε ο γιατρός για την αρρυθμία που παρουσίαζε ο πάσχοντας και βίαιη ιατρικών οδηγιών του δόθηκαν 80 MG XYLLOCALINE 2% ενδοφλεβίως και στη συνέχεια στάγδην XYLLOCALINE 2%, 2 FL των 50 CC, εντός του αρμού των 1000 CC DEXTROSE 5%.
- Η νοσηλεύτρια παρακολούθησε στενά τον πάσχοντα για εντοπισμό κοιλιακής ταχυαρρυθίας, κοιλιακής μαρμαρυγής, κοιλιοκοιλιακού αποκλεισμού και ασυστολίας, αλλά και για τα αποτελέσματα του αντιαρρυθμικού φαρμάκου (XYLLOCALINE) που χορηγήθηκε και τις τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες (αύχληση, σπασμούς, υπόταση, διαταραχές στον καρδιακό ρυθμό κ.τ.λ.), που σπάνια εμφανίζονται από τη χορήγησή του.
- Η νοσηλεύτρια είχε ετοιμάσει ό,τι χρειαζόταν για τεχνική βηματοδότηση του πάσχοντα, σε περίπτωση που ο γιατρός την έκρινε αναγκαία.

- Η XYLLOCALINE έφερε το αναμενόμενο επιθυμητό αποτέλεσμα και δεν σημειώθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγησή της. Δηλαδή δεν εμφανίστηκαν κοιλιακές αρρυθμίες στον ασθενή ούτε κοιλιοκοιλιακός αποκλεισμός.

- Δεν χρειάστηκε να γίνει τοποθέτηση βηματοδότη στον πάσχοντα.

Ο ασθενής παρουσίασε συμπτώματα και σημεία φριστερής καρδιακής διαλειτουργίας. Δηλαδή στον πάσχοντα εμφανίστηκε αρχόμενο πνευμονικό οίδημα με ταχύπνοια, βήχα, αύξηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης στα 15 CM H₂O και της πίεσης των πνευμονικών τριχοειδών στα 18 MMHG και αρχόμενο καρδιογενές SHOCK, το οποίο ενδηλώθηκε με πτώση αρτηριακής πίεσης του αίματος, με μείωση του ποσού των ούρων σε επίπεδο κάτω των 25 ML (που αποτελούσε και το κυριότερο πρόβλημα του ασθενούς) και σφυγμό συχνό και νηματοειδή.

-Έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση του αρχόμενου πνευμονικού οιδήματος και του καρδιογενούς SHOCK. Η βοήθεια του ασθενούς ήταν συνάφηση της αύξησης του όγκου του αίματος του, ενώ παράλληλα ο κίνδυνος δραματικής εξέλιξης του ήδη αρχόμενου πνευμονικού οιδήματος, επέβαλε τη συνεχή εκτίμηση της φλεβικής πίεσης του αίματος, τη συνεχή αξιολόγηση των ήδη εμφανιζόμενων πρώτων σημείων της πνευμονικής συμμόρφωσης και την αντιμετώπιση αυτών.

-Διατηρήθηκε στον πάσχοντα ανοιχτή φλέβα με βραδεία ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, για να είναι εφικτή η ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων, κατά την αντιμετώπιση του αρχόμενου πνευμονικού οιδήματος και του καρδιογενούς SHOCK.
-Αποφελύθηκε κάθε περιτιτή μετακίνηση του πάσχοντα ή κόπωση, για την μείωση των αναγών της περιφερικής αιματώσεως και τη μείωση του έργου της καρδιάς στο κατώτερο δυνατό επίπεδο.
-Επίσης ο ασθενής διατηρήθηκε ζεστός και πάφηκαν μέτρα για την μείωση του πόνου του με ισχυρά παυσίπονα, για τον περιορισμό του άγχους του, της ανηυχίας του και για τη δημιουργία κλίματος αισιοδοξίας με στόχο την μείωση του αναπνευστικού έργου.
-Επειδή η αρτηριακή πίεση του πάσχοντα ήταν μικρότερη των 100 MMHG και υπήρχαν σαφείς ενδείξεις αρχόμενης πνευμονικής συμμόρφωσης, χορηγήθηκε ενδοφλεβίως φάρμακο με θηπινή

- Τελικά οι προσπάθειες του γιατρού και της νοσηλεύτριας για την ανάρτηση του αρχόμενου πνευμονικού οιδήματος και του αρχόμενου καρδιογενούς SHOCK ήταν θετικές κι αυτό οφειλόταν στην έγκαιρη διαπίστωση της φριστερής καρδιακής διαλειτουργίας και στην έγκαιρη αντιμετώπιση αυτής.

προβλημάτων του ασθενούς

σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας

των νοσηλευτικών πράξεων

ινότροπο δράση, το οποίο αυξάνει τη συστατικότητα του μυοκαρδίου, βελτιώνει την καρδιακή παροχή και μειώνει την πίεση των πνευμονικών τριχοειδών, όπως η ντοπαμίνη σε δόση των 5 mg/kg/min.
 -Επίσης η χορήγηση αγγειοδιασταλτικού φαρμάκου βελτίωσε την όλη κατάσταση, δηλαδή καλύπτει την αιματική άρδευση των ιστών και μείωσε την κεντρική φλεβική πίεση και την πίεση των πνευμονικών τριχοειδών, όπως το νιτροπρωστακό νάτριο.
 -Έγινε και δοκιμασιές στον πάσχοντα, για καρδιοτόνωση αυτού και ο οποίος είναι ιδιαίτερα ενεργητικός στο καρδιογενές SHOCK, όταν η κεντρική φλεβική πίεση και η πίεση των πνευμονικών τριχοειδών αγγείων είναι υψηλή.

προβλημάτων του ασθενούς	σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας	των νοσηλευτικών πράξεων	της νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Το πιο σημαντικό πρόβλημα του ασθενούς ήταν η απουσία διαυφάνειας, που φαινόταν στο αρχόμενο καρδιογενές SHOX.</p>	<p>-Καθρίστηκε η εφαρμογή επιβοηθητικών νοσηλευτικών μέτρων για τη διαπίστωση ή τον αποκλεισμό τυχόν επισχέσεως των ούρων.</p>	<p>-Για την εκκένωση του σκόπου αυτού ετέθημε θερμοφάρα στο υπογάστριο και έμεινε ο ασθενής μόνος του χωρίς όμως να έχει δικαιρήσει. -Εφαρμόστηκε καθετήρας κύστεως από το γιατρό με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας και διαπιστώθηκε, ότι ο ασθενής δεν έχει ούρα στην κύστη. -Χρητήθηκε διουρητικό φάρμακο φουρασεμίδη 500 MG ενδοφλέβια (LASIX) σε 4 δόσεις το πρώτο 24ωρο και 600 MG το δεύτερο 24ωρο.</p>	<p>- Οι ενέργειες οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές απέδειξαν κατάσταση ανουρίας.</p>
<p>- Ο ασθενής παρουσίασε ανουρία εξαιτίας του αρχόμενου καρδιογενούς SHOX, το οποίο προκάλεσε ελάττωση της αιματινής ροής στους νεφρούς και κατά συνέπεια μείωση της σπειραματικής διήθησης σε τέτοιο βαθμό, που να μην μπορεί να απαλλάξει</p>	<p>-Η Νοσηλεύτρια συνεργάστηκε με το γιατρό για την αντιμετώπιση της ανουρίας, την πρόληψη της νεφρικής ανεπάρκειας και την αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας.</p>	<p>-Κατόπιν ιατρικής εντολής εφαρμόστηκαν περιτομικές πλύσεις για τη διάλυση των χημικών ανιχνών που δημιουργήσε η ανουρία και για την πρόληψη ενόχλησης συμπτωμάτων οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, όπως οιδήματα της αρτηριακής πίεσεως κ.τ.λ., ενώ ήδη είχαν ληφθεί τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα για</p>	<p>- Επικελεύθηκε προσευτινή βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας, μέχρι πλήρους αποκαταστάσεως ύστερα από τέσσερα 24ωρα. - Το ποσό των ούρων ήταν 450 CC το πρώτο 24ωρο, 850 CC το δεύτερο, 950 CC το τρίτο και 1200 CC το τέταρτο 24ωρο.</p>

τον οργανισμό από τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού, με αποτέλεσμα την αύξησή τους στο αίμα και την πρόκληση διαταραχών τόσο των υγρών και ηλεκτρολυτών, όσο και της οξυοξυγονικής ισορροπίας.

την αντιμετώπιση του κύριου αιτίου της αναπνοής.

- Έγινε ενημέρωση και τόνωση του ασθενούς ενημερώθηκε ο πάχοντας για την διαδικασία τον σκοπό των πλύσεων και για το χρονικό διάστημα της θεραπείας, το οποίο θα ήταν περίπου στις 36 έως 72 ώρες. Αλλά επειδή τα επίπεδα της ουρίας, της κρεατινίνης, του καλίου κ.τ.λ. παρέμειναν υψηλά, χρειάστηκαν 96 ώρες περιτοναϊκής κάθαρσης.

- Η Νοσηλεύτρια συνεργάστηκε με το γιατρό και τον ασθενή για την παρακέντηση και την εισαγωγή του καθετήρα των περιτοναϊκών πλύσεων.

- Τηρήθηκε το πρόγραμμα θεραπείας, όπως παραγγέλθηκε από το γιατρό. Ο άριστος ρυθμός διύλισης ήταν περίπου 2,5 LT/H. Έγινε θέρμανση του υγρού διύλισης στους 37°C πριν από τη χρήση του στην περιτοναϊκή κοιλότητα και προστέθηκε σ' αυτό η παρίνη και αντιβιοτικά. Η εισαγωγή του διαλύματος έγινε σε καθαρισμένο

προβλημάτων του ασθενούς

σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας

των νοσηλευτικών πράξεων

της νοσηλευτικής φροντίδας

Χρονικό διάστημα από τον γιατρό (10-20 ΜΠΝ)
και το υγρό παρέμεινε στην κοιλότητα
20-30 ΜΠΝ. ενώ παρακολούθησε το χρώμα
του υγρού που παραχέτευθηκε από την
περιτοναϊκή κοιλότητα, το οποίο φυσιολο-
γικά είναι διαυγές και ελαφρά κίτρινο.
Πρέπει να σημειωθεί, ότι δόθηκε μεγάλη
προσοχή στην ασηψία και αντισepsία κατά
τη χορήγηση των υγρών της περιτοναϊκής
πλύσεως και έγινε μέτρηση και αναγραφή των
εισαγόμενων και αποβαλλόμενων υγρών των
πλύσεων σε ειδικό φύλο.
- Γινόταν παρακολούθηση των ζυτιμών
σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα και
καθημερινή ζύγιση του ασθενούς, εργαστη-
ριακός έλεγχος των ούρων, του αίματος και
προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών.

Όταν η κατάσταση του ασθενούς βελτιώθηκε σημαντικά, προγραμματίστηκε η έγερσή του από την κλίνη κατόπιν ιατρικής εντολής.

-Σκοπός της εγέρσεως ήταν η ενίσχυση της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου.
-Η βελτίωση της αναπνοής και της κυκλοφορίας.
-Η διευκόλυνση της λειτουργίας του εντέρου και της κύστεως.

- Μήνη ζυγτικών σημείων γινόνταν προ και μετά την έγερση, για την πρόληψη και την έγκαιρη αναγνώριση παθολογιών σημείων.
- Προσδευτική έγερση.
- Βοήθεια του πάσχοντα κατά την έγερση.
- Τοποθέτηση του ασθενούς σε πολυθρόνα στραμμένη προς το διάδρομο, για την αύξηση των οπτικών ερεθισμάτων.

- Τα ζυγτικά σημεία ήταν φυσιολογικά προ και μετά την έγερση.
- Ο ασθενής εξέφρασε την ικανοποίησή και την πίστη του, ότι αισθάνεται καλά.

Την 12η μέρα αποφασίστηκε από τον γιατρό, ο οποίος στήριχθηκε στις παρατηρήσεις της νοσηλεύτριας σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς η μεταφορά αυτού σε κανονικό καρδιολογικό νοσηλευτικό τμήμα.

-Προετοιμασία του ασθενούς να αποδεχθεί την μεταφορά του στο καρδιολογικό τμήμα σαν δείγμα αναρρώσεως.

- Ενημερώθηκε ο ασθενής για την μεταφορά του στο καρδιολογικό τμήμα.
- Έγινε επεξήγηση ότι η μεταφορά σημαίνει βελτίωση της υγείας του και πρόδοος.
- Εξασφαλίστηκε μεταφορικό μέσο (φορείο) και νοσηλεύτριας για την μεταφορά του πάσχοντα από την μονάδα στο τμήμα.

- Ο ασθενής εξερχόμενος της μονάδας εντατικής θεραπείας, είχε αυξηνημένο: "θα προτιμούσα εδώ να τελειώσει η νοσηλεία μου και από εδώ να πάω στο σπίτι μου. Δεν πειράζει όμως. Εσείς προγραμματίζεται το καλύτερο για μένα.
Σας ευχαριστώ.
Θα σας θυμάμαι με ευγνωμοσύνη".

Η Νοσηλεύτρια καθ' όλη τη διάρκεια της ετοιμασίας, βρισκόταν συνεχώς κοντά στον πάσχοντα και τον βοηθούσε, ενώ με ενθαρρυντικές ευχές για πλήρη ανάρρωση, τον συνόδευσε μέχρι έξω από την πόρτα της Μονάδας και του υποσχέθηκε, ότι θα τον επισκεφθεί στο θάλαμο του καρδιολογικού τμήματος.

Καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς στη μονάδα, κύριως παράγοντας αξιολόγητης, ήταν αυτός ο ίδιος ο ασθενής. Η Νοσηλεύτρια αξιολογούσε όσα εικείνος έλεγε ή υποδείκνυε με σημαία και συμπτώματα, ανασθερούσε τα γραπτά σημεία της παρεχόμενης φροντίδας και μελετούσε τα αποτελέσματα αυτής, βάση των τεθέντων σμοτών. Ανάλογα με τα αποτελέσματα και νέα προβλήματα, γινόταν η τροποποίηση ή η αναπροσαρμογή του προγράμματος νοσηλείας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Από τα αποτελέσματα των στατιστικών και επιδημιολογικών ερευνών καθώς και των ιατρικών συμπερασμάτων που αναφέρθηκαν σε άλλα κεφάλαια αυτής της εργασίας, είναι φανερό ότι οι προδιαθεσικοί παράγοντες και κυρίως το κάπνισμα, παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Γι' αυτό το λόγο είναι αναγκαία και σκόπιμη η πρόληψη και η αντιμετώπιση του παράγοντος "κάπνισμα".

Επιβάλλεται να ξεκινήσει μια οργανωμένη αντικαπνιστική εκστρατεία, στην οποία σημαντικό ρόλο θα διαδραματίσει ο Νοσηλευτής-τρια, όταν εφαρμόσουν και επιβάλλουν τα μέτρα πρόληψης κατά του καπνίσματος πρώτα στους ίδιους τους εαυτούς τους και έπειτα να προσπαθήσουν να τα μεταδώσουν και στους άλλους. Είναι δυνατόν μιά νοσηλεύτρια φανατική καπνίστρια να καταφέρει να εξηγήσει και να πείσει κάποιον για τη βλαπτική επίδραση του καπνίσματος και για την αναγκαιότητα να μη γίνει συνήθεια και εξάρτηση. Η εκστρατεία αυτή θα έχει ως αντικείμενο τις τρεις μεγάλες κοινωνικές τάξεις ηλικίας.

- Τα παιδιά της σχολικής ηλικίας.
- Τους νέους και τις νέες της μετασχολικής ηλικίας και
- Τους ενήλικες, άνδρες και γυναίκες.

Στα παιδιά της σχολικής ηλικίας, η ενημέρωση δεν πρέπει να έχει το χαρακτήρα της αστυνομικής απαγόρευσης και παρακολούθησης, ούτε και τη δημιουργία φόβου, άγχους και αγωνίας αλλά την έννοια της σωστής ενημερωτικής διδασκαλίας σαν περιεχόμενο μαθήματος που θα αποτελέσει μέρος του προγράμματος της μαθητικής τους ζωής.

Στους νέους και τις νέες της μετασχολικής ηλικίας, η προσπάθεια εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων στην κοινωνική αυτή τάξη συνιστά ορισμένες δυσκολίες και τούτο γιατί οι νέοι στην ηλικία αυτή δεν αποτελούν ομοιογενή και συγκεντρωμένη πληθυσμιακή ομάδα, αλλά ένα διασπαρμένο κοινωνικό σύνολο με διαφορετικά χαρακτηριστικά και επαγγελματική απασχόληση. Η πληροφόρηση εδώ εντάσσεται στο γενικό αποσπασματικό πρόγραμμα της ενημέρωσης για τους μεγάλους, με τα διάφορα μέσα μαζικής πληροφόρησης, εκτός αν αποτελούν χωριστές οργανωμένες ομοειδείς τάξεις, όπως είναι οι στρατιώτες, οι εργαζόμενοι σε εργοστάσια, σε δημόσιες ή ιδιωτικές υπηρεσίες κ.τ.λ., που μπορεί να υποχρεωθούν σε παρακολούθηση σχετικών ομιλιών, στις οποίες θα τονίζονται κυρίως οι επιπτώσεις στη μετέπειτα ώριμη ηλικία, γιατί οι

νέοι ως γνωστό, μεταθέτουν τις επιπτώσεις αυτές στο απώτερο μέλλον για τους άλλους και όχι για τους ίδιους.

Επίσης, στους ενήλικες, το πρόγραμμα θα πρέπει να αποβλέπει κυρίως στη διακοπή του καπνίσματος και στην αύξηση του αριθμού των μη καπνιστών, καθώς και στο αναφαίρετο δικαίωμα τούτων να αναπνέουν καθαρότερο αέρα. Θα πρέπει επίσης να δίνεται μεγάλη έμφαση στις υποχρεώσεις που έχουν για την οικογενειά τους και τις τραγικές επιπτώσεις απο πρόωρα γηράτειά ή απο πρόωρο θάνατο με αιτία το κάπνισμα, και οτι απο τους ίδιους εξαρτάται, όπως έχει πεί ο WYNDER "να πεθάνουν νέοι όσο γίνεται αργότερα". Διαφορετικά με το χρόνο, το κάπνισμα γίνεται βρόγχος στο λαιμό, που πνίγει τον καπνιστή και συντομεύει τη ζωή του πάνω από 6 χρόνια.

Μιά καλύτερη ζωή

Τώρα που σταμάτησες το κάπνισμα, αρχίζεις μια νέα ζωή, χωρίς τα βλαβερά στοιχεία του καπνού. Αρχίζεις μια αληθινά καλύτερη ζωή.

Τώρα αισθάνεσαι πολύ όμορφα, γιατί δεν είσαι πιά σκλάβος του τσιγάρου, αλλά ένα ελεύθερο πουλί.

Τώρα καταλαβαίνεις τι σημαίνει αναπνοή, άρωμα και γεύση.

Τώρα δεν μυρίζεις "τσιγαρίλα" και δεν ενοχλείς τους άλλους με το κάπνισμα.

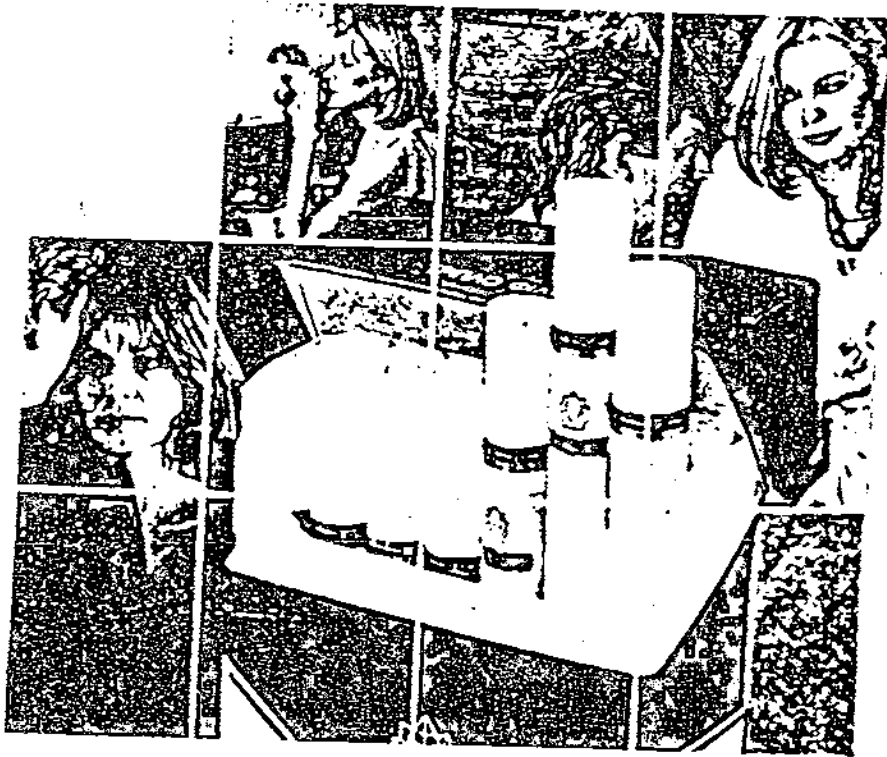
Τώρα είσαι ένα καλό παράδειγμα για τους άλλους και ιδιαίτερα για τα παιδιά.

Τώρα θα ζήσεις καλύτερα και περισσότερα χρόνια. Η ζωή θα είναι όμορφη, μα πάρα πολύ όμορφη, κι όλοι οι άλλοι θα σε ζηλεύουν γιατί έμαθες να ζεις καλύτερα.

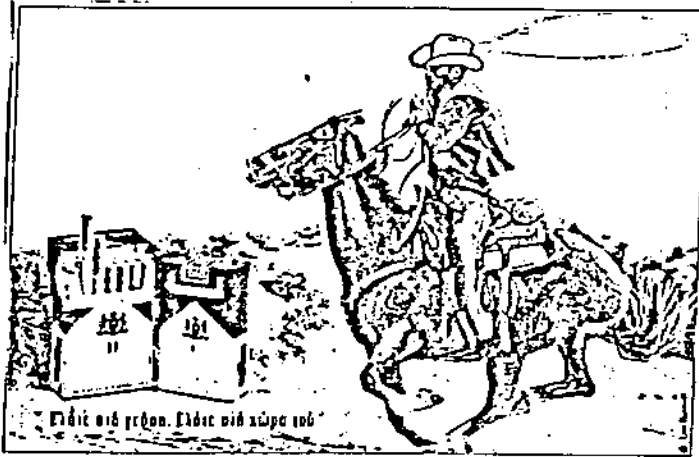
Τώρα που ζεις καλύτερα, πες το και στους φίλους σου, για να κάνουν ότι έκανες κι εσύ.



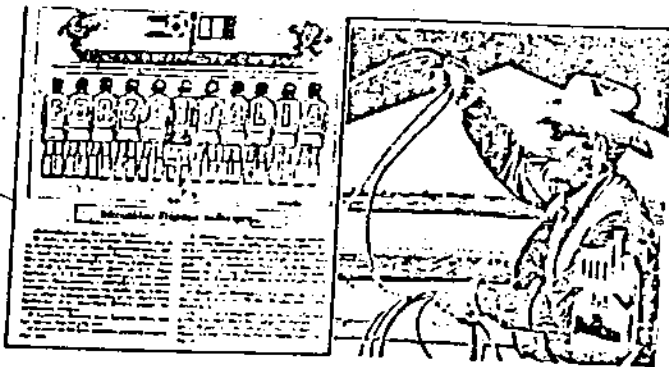
Διαφήμιση. Σπόρ, νέοι, τοιγάρα. Το αντιφατικό τριπτυχο που προσπαθούν να μας κάνουν να θεωρούμε φυσιολογικό.



Διαφήμιση. Τρία τοιγάρα και βλέμμα γεμάτο σημασία, γεμάτο υπονοούμενα. Πότε θ' απαγορευτούν όλα αυτά;



Να η «αθώ»
διαφήμιση,
στην οποία
αφιερώνουμε
αρκετές
παραγράφους
του κειμένου.



Δίπλα στο Μουντιάλ, το τσιγάρο. Μια στέλειωτη εκστρατεία για να συνδιάσουν οι νέοι
ότι «αθλητισμός και κόπνιομα» πάνε μαζί και δεν είναι αντίθετες έννοιες.



Προσέξτε έκφραση! Και αυτό για να
ρουφήξει δηλητήρια! Το βλέπει σαν
τοιγάρο κι όχι σα χαροδρέπανο



Πιστέψτε με, δεν είναι σκηνοθετημένη! Κλείνει τα
μάτια να πάρει τη ρουφηξιά και δεν βλέπει τίποτ'
άλλο. Να γιατί μιλάμε για «ναρκαμανείς» του κοπνού.



... Χαρακτηριστικός βήχας καπνιστή από χρόνια βρογ-
χιτίδα.

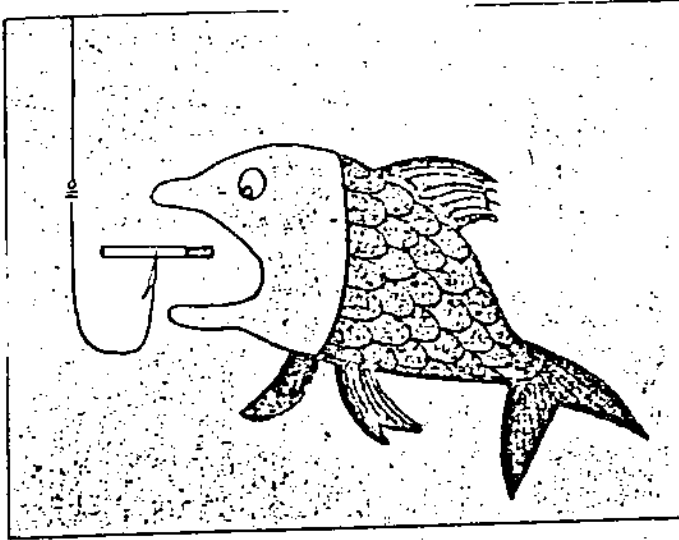




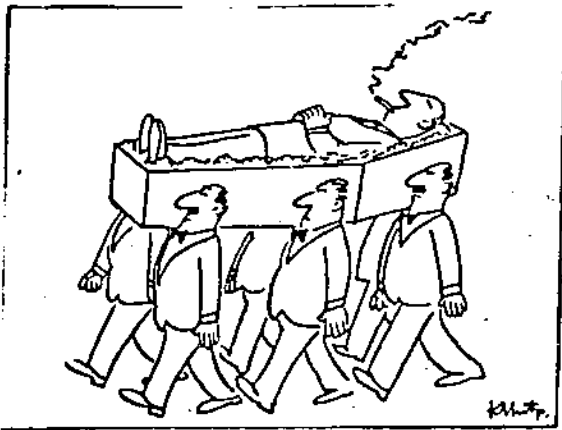
Διευκρινήσεις... Όταν μέσα στο κείμενο μιλάμε για «κόψιμο» δεν εννοούμε βέβαια αυτό...



Δική μας «επέμβαση» στο εξώφυλλο του θαυμάσιου βιβλίου του Κώστα Μητρόπουλου, απ' όπου δανειστήκαμε πολλά αντικαπνιστικά σκίτσα.



ΕΣΥ, θα τσιμπήσεις; Ή τσιμπήσες κι'όλας;



Για -άτι τέτοιες εικό-
νες ήγħκε το απόφθεγ-
μα ότι: «Μια εικόνα
λέει πιο πολλά από χί-
λιες λέξεις».



Βέβαια 33 τσιγάρα είναι λίγο υπερβολικά. Αλλά
ποιός δεν υπερβάλλει την αντοχή του οργανι-
σμού του όταν τον ποτίζει με γα εκατοντά-
δες δηλητήρια του καπνού;



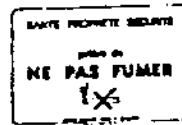
Κάπως έτσι αρχίζει η μέρα των καπνιστών. Καλημέρα... βήχα.

Συμβολικός τρόπος «κοψίματος». Το νόημα είναι ότι αν βοηθήσετε αυτούς που αγαπάτε, θα μπορέσετε μαζί να το πετύχετε.

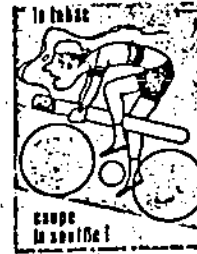




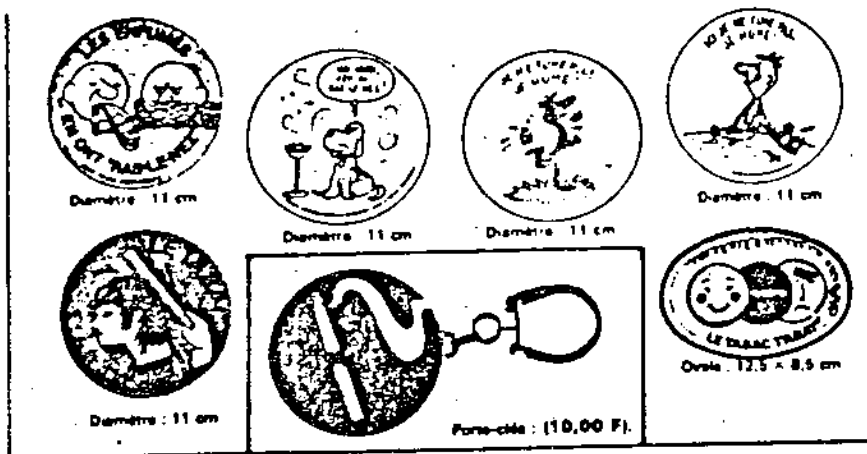
1. Η μάνα καπνίζει, το έμβρυο δηλητηριάζεται.
2. Τα οινόπνευμα και ο καπνός μαρμαίνονται την ομορφιά σας.
3. Το τσιγάρο «κόβει» την αναπνοή, το οινόπνευμα «κόβει» τα πόδια.
4. Έκοψα το τσιγάρο και μείωσα το αλκοόλ. Τώρα ζω καλύτερα.



1. Το κάπνισμα είναι να μπάνεις σε επικίνδυνες καταστάσεις, ανώφελα.
 2. Υγεία - Καθαριότητα - ασφάλεια: Παράκληση να ΜΗ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ.
 3. Το κάπνισμα είναι να σκορπίζεις λεφτά και υγεία.
- Σημ: Για τους Γάλλους τρεις λέξεις που τελειώνουν σε «té» όπως santé, propriété, sécurité φέρνουν αμέσως στο νου το αντίστοιχο τρίπτυχο της Γαλλικής επανάστασης (Liberté - égalité - fraternité = ελευθερία - ισότητα - αδελφoσύνη).

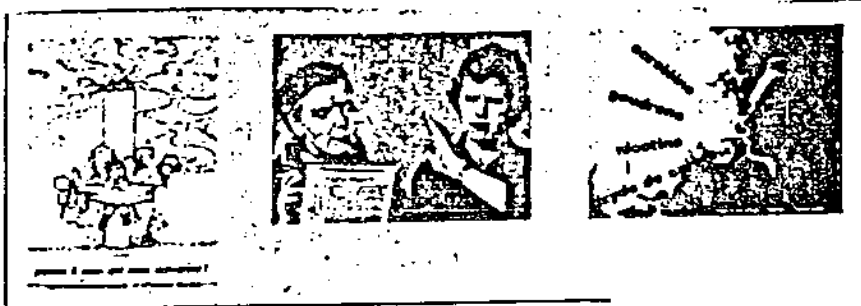


1. Αλυσσοθεμένος απ' τον καπνό.
2. Χωρίς λόγια (εννοεί ότι όποιος χρησιμοποιεί τσιγάρο, σε κάποια στιγμή της ζωής του θα 'το πληρώσει ακριβά)
3. Δεν καπνίζω, έχω γερή ανάσα.
4. Το τσιγάρο κόβει την ανάσα.



Διάφορα αυτοκόλλητα με αντικαπνιστικά συνθήματα.

1. Οι καπνιστές έχουν χαλασμένη όσφρηση.
2. Κι εγώ έχω χαλασμένη όσφρηση.
3. Δεν καπνίζω πιά. Έχω όσφρηση!
4. Εδώ δεν καπνίζω. Έχω όσφρηση!
5. Το τσιγάρο σε χτυπάει.
6. Κλειδοθήκη, με απαγόρευση καπνίσματος.
7. Το τσιγάρο σε χτυπάει. (Στα Γαλλικά ακούγεται ομοιοκαταληκτικά «λε ταμπό, τ'αμπό»).



Τρεις φωτογραφίες από γαλλικό αντικαπνιστικό φυλλάδιο

1. Σκεφτείτε τους ανθρώπους που σας περιβάλλουν.
2. Χωρίς λόγια.
3. Ακρολεϊνη, πίσσες, νικοτίνη, μονοξειδίο του άνθρακα (μερικά από τα περιεχόμενα του τσιγάρου και του καπνού)

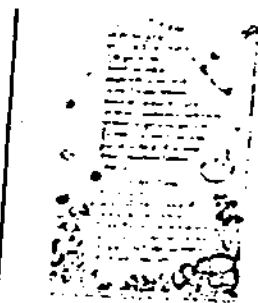
Dépilants



Du paquet au cendrier, six raisons de ne pas fumer... en voiture (Format : 13,5 x 21)



La «mauvaise action du tabac» sur la peau, les cheveux, les mains, la bouche et la voix. (Format 10 x 21)



Carte bristol (Format 16 x 22)

1. Ένα καλό αυτοκίνητο δεν ... καπνίζει. Ένας καλός οδηγός πολύ περισσότερο.
2. Ομορφιά, γλυκιά μου φροντίδα. Η απείσι επιδραση του καπνού στο δέρμα, στις τρίχες, στα χέρια, στο στόμα και στη φωνή.
3. Αντικαπνιστικό ποίημα.



Δεν καπνίζω πλέον, η καρδιά μου χτυπάει πιο αργά.

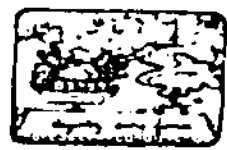
Δεν καπνίζω, έχω γερή ανάσα.



L : 15,5 cm, l. : 9,8 cm

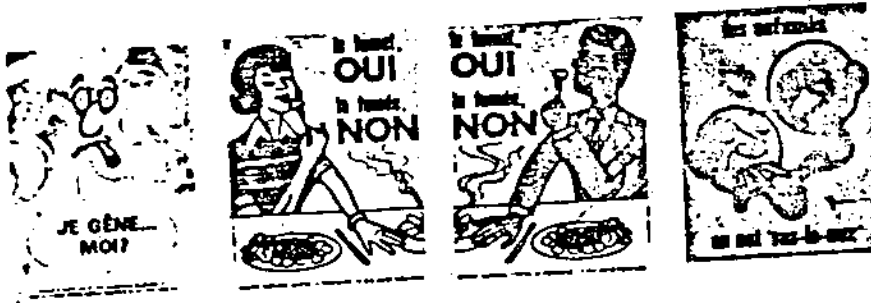


Diamètre à précision à la commande
● à l'unifé : 9,5 ou 14 cm
● par planche de 15 4 cm



L : 13 cm, l. : 8,3 cm

1. Η μασοχβολιά του καπνού μ' αρέσει. Η μυρωδιά του ταγάρου όχι. Σας συνιστούμε να μη καπνίζετε.
2. Απογορευτικό του καπνίσματος.
3. Απολαύστε τις γεύσεις χωρίς ταγαροκαπνό.

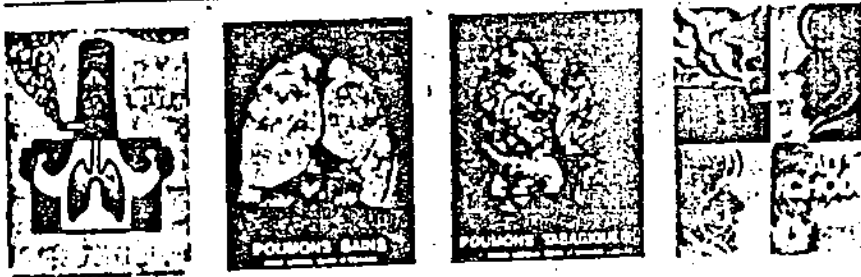


1. Ενοχλούμαι;
- 2 και 3. Στα καπνιστά ναι, στο κάπνισμα όχι.
4. Οι καπνιστές έχουν αχρηστέψει την όσφρησή τους.

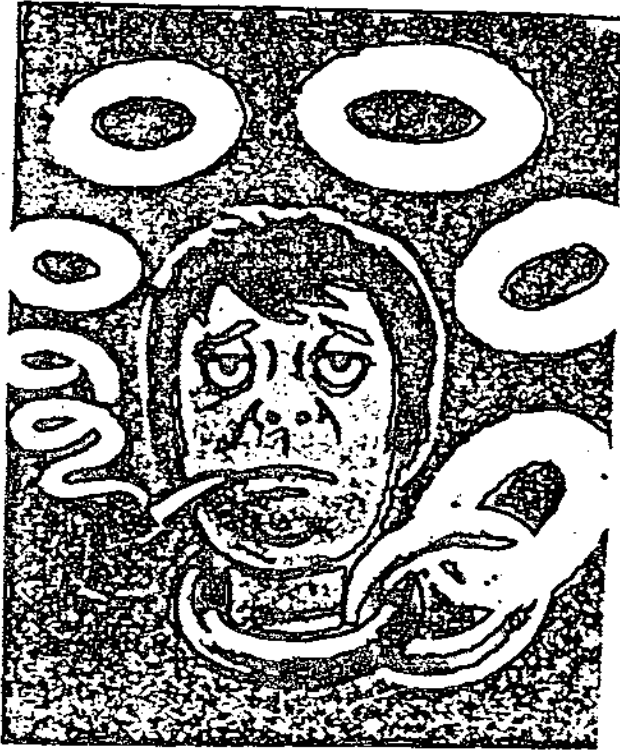


1. Μηντε χωρίς να καπνίζετε.
2. Δεν καπνίζω, έχω γερή ανάσα.
3. Ευχαριστώ, δεν καπνίζω.
4. Έχετε την ευγένεια να μη καπνίζετε; Ευχαριστώ. (Υγεία - ασφάλεια - καθαριότητα).

Affiches illustrées format 30 X 40 cm - Prix: 1,50 F

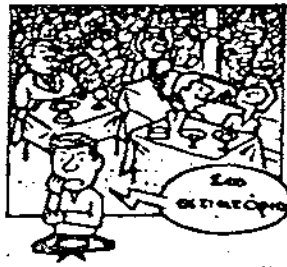
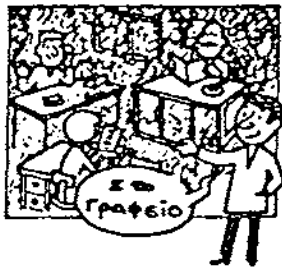


1. Ο καπνός φεύγει, οι πίσσες μένουν.
2. Πνευμόνια υγιή.
3. Πνευμόνια καπνιστή.
4. Κάνε την επιλογή σου.



Σχηματική παράσταση συστηματικού καπνιστή.

Cela ne peut plus durer!

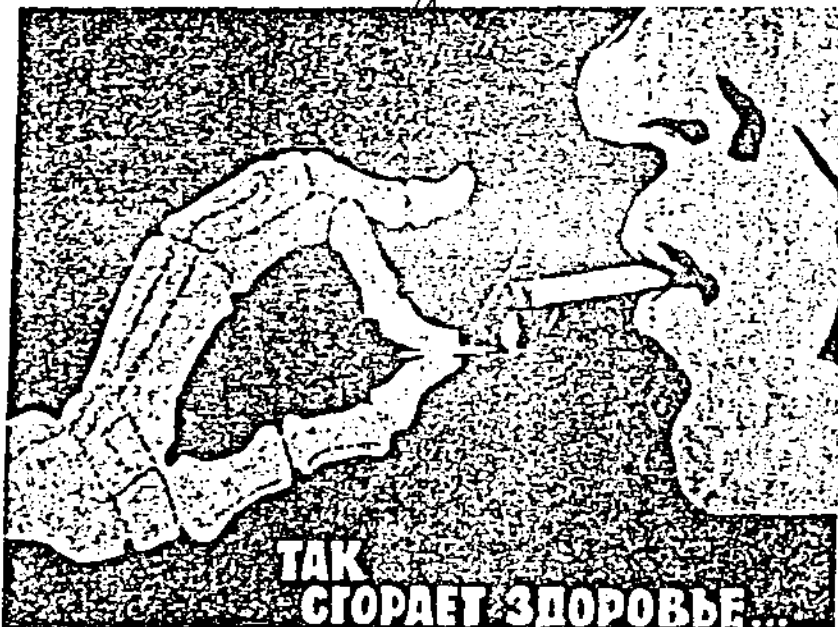


Sur un air plus de paroles de Monsieur Piquette, NITTELAND, Président de la République...
 Un autre exemple de cette liberté absolue que la liberté de profaner les lieux, des rues...
 toujours, dans le pays que d'habitants les hommes dans les lieux publics. Le droit de se...
 d'aller et de revenir sans être arrêté.

En attendant un autre dans Les Brèves de Mitterrand sur le thème "L'ÉTAT D'ÉMERGENCE"
 C'est bien évident le contraire. Le droit de venir dans les lieux publics de se voir...
 d'être dans les lieux de son pays. Il est, en fait, le droit de se voir...
 et de venir dans un lieu de son pays, en fait, le droit de se voir dans son pays.

le droit de fumer ne donne pas celui d'enfumer.

Πάνω σειρά: «Αυτό δεν μπορεί να κρατήσει άλλο».
 Κάτω σειρά: «Το δικαίωμα του να καπνίζεις, δεν σου δίνει τη δυνατότητα να ντουμανιάξεις τον κόσμο».
 Στα ψιλά γράμματα ο Πρόεδρος Φρανσουά Μιτεράν λέει: «Η ελευθερία των καπνιστών σταματάει εκεί που αρχίζει η ελευθερία των μη καπνιστών».



Ρωσική αντικαπνιστική αφίσα: «Έτσι βάζετε φωτιά στην υγεία σας»



Σουηδική αντικαπνιστική αφίσα:
«Σταματήστε τώρα το κάπνισμα»

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ

Φτάνοντας στο τέλος αυτής της πτυχιακής εργασίας επιθυμώ να εκφράσω την εκτίμησή μου και τα θερμά μου ευχαριστήρια σ' όλους τους καθηγητές μου που όλα αυτά τα χρόνια μου μετέδωσαν πολύτιμες γνώσεις της Νοσηλευτικής Επιστήμης και ιδιαίτερα στους εισηγητές μου, τον ιατρό Ειδικό Καρδιολόγο-Παθολόγο κο Νικόλαο Κούνη και την Νοσηλεύτρια, Καθηγήτρια εφαρμογών του ΤΕΙ Πάτρας κα Μπαρτσαλάκη.

Επίσης ευχαριστώ τους ανθρώπους της Μονάδας Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών του Νοσοκομείου Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού για τη βοήθεια και συμπαράστασή τους στο επίπονο έργο της συλλογής στοιχείων αυτής της εργασίας.

Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Η

Αν υπήρχε σωστή ενημέρωση του κοινού για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και απο το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό δινόταν το κατάλληλο παράδειγμα για το κάπνισμα, θα είχε μειωθεί κατά πολύ. Τι να υποθέσει και ο ασθενής όταν βλέπει να εξετάζεται ή να του παρέχονται οι πρώτες βοήθειες με το τσιγάρο στο στόμα. Πιστεύω πως αυτό είναι αρνητικό

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.: Ειδική Νοσολογία, Επίτομος, Έκδοση 3, Εκδόσεις Παριζιάνος Γρ., Αθήνα 1981.
- FRIEDBEG G.: Καρδιολογία, Μετάφραση Δημητριάδης Κ., Τόμος 1, Έκδοση 2, Εκδόσεις Κοβάνης, Αθήνα 1975.
- ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ Α.: Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Τόμος 1, Έκδοση 2, Εκδόσεις Μαυρομάτη Δ., Αθήνα 1988.
- ΚΑΡΑΒΗΣ Γ.: Προληπτική Ιατρική. Θεωρία και Πράξη, Επίτομος Έκδοση 2, Εκδόσεις Πύρινος Κόσμος, Αθήνα 1987.
- KEAD B.: Σύγχρονη Παθολογία, Μετάφραση Αγουρίδης Ν., Τόμος 1, Έκδοση 2, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
- ΚΛΙΜΟΝ Α., ΛΙΡΟΒΕΪΣΚΙ Β.: Πώς να αποφύγετε το έμφραγμα, Μετάφραση Σεκλεζιώτης Α., Αθλητάκης Κ., Μαύρος Α., Επίτομος, Έκδοση 2, Εκδόσεις Καπόπουλος, Αθήνα 1981.
- ΚΟΙΔΑΚΗΣ Α.: Οι προδιαθεσικοί παράγοντες της Στεφανιαίας Νόσου, Ιατρική, Τόμος 14, Τεύχος 4, Εκδόσεις Βήτα, σελίς 11-15, Ιούλιος, Αθήνα 1978.
- ΚΟΚΚΙΝΟΣ Δ.: Καρδιολογική Θεραπευτική, Επίτομος, Έκδοση 2, Εκδόσεις Παριζιάνος Γρ., Αθήνα 1980.
- ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ Μ.: Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Θεραπεία και αποκατάσταση, Επίτομος, Έκδοση 1, Εκδόσεις Παριζιάνος Γρ., Αθήνα 1987.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: Νοσηλευτική Παθολογική και Χειρουργική, Τόμος 2/Μέρος 1, Έκδοση 9, Εκδόσεις Η Ταβιθά, Αθήνα 1987.
- ΜΠΟΥΝΤΟΥΛΑΣ Χ., ΓΚΕΛΕΡΗΣ Π.: Στεφανιαία Νόσος, Επίτομος, Έκδοση 1, Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1985.
- ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Ν.: Ισχαιμική καρδιοπάθεια. Έμφραγμα-Στηθάγχη, Επίτομος, Έκδοση 1, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1981.
- ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Ν.: Κλινική Καρδιολογία, Επίτομος, Έκδοση 1, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
- ΠΕΤΣΙΝΗΣ Κ.: Πώς να κόψεις το τσιγάρο, Επίτομος, Έκδοση 2, Εκδόσεις: Οργανισμός Εκλεκτών Εκδόσεων, Αθήνα 1978.

- ΠΟΝΤΙΦΗΚΑΣ Γ.: Μάθετε για το κάπνισμα. Η άγνοια σκοτώνει, Επίτομος, Έκδοση 1, Εκδόσεις Παριζιάνος Γρ., Αθήνα 1988.
- ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π.: Θεραπεία της Στεφανιαίας Νόσου, Επίτομος, Έκδοση 1, Εκδόσεις Παριζιάνος Γρ., Αθήνα 1987.
- ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π.: Καρδιολογία, Επίτομος, Έκδοση 1, Εκδόσεις Παριζιάνος, Αθήνα 1987.
- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α., ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.: Προληπτική Ιατρική, Επίτομος, Έκδοση 1, Εκδόσεις Παριζιάνος Γρ., Αθήνα 1986.
- WILLIAM B. KANNEL.: "New perspectives on Cardiovascular risk factors" C.V. Mosby Company, American Heart Journal, Volume 114, Number 1, Part 2, pages 215-216, New Jersey, July 1987.
- ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΟΥ Ε.: Η πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων και ο νοσηλευτικός ρόλος, Εισηγήση στο 15ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτικής, "Πρακτικά 88", 14-18 Ιουνίου, Αθήνα 1988.