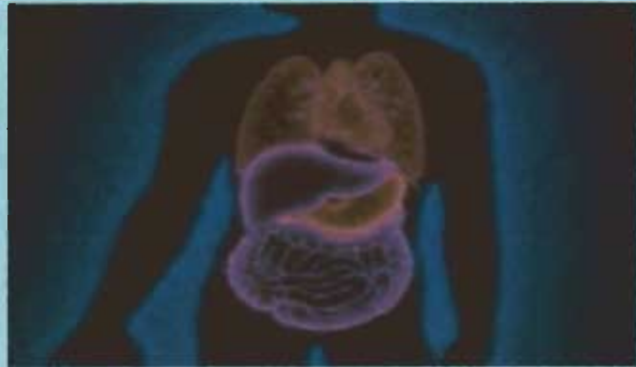


ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΙΣ ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ  
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ»



Υπεύθυνη καθηγήτρια:  
Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

Σπουδάστρια:  
Γρηγοροπούλου Χριστίνα

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4729
----------------------	------

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

σελ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....ix

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ..... iix

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1.1 Ορισμοί.....1

1.1.1 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας..... 1

1.1.2 Εντατική θεραπεία.....1

1.2 Είδη Μ.Ε.Θ..... 1

1.2.1 Ειδικές Μ.Ε.Θ.....2

1.3 Σκοπός των Μ.Ε.Θ..... 2

1.4 Ενδείξεις και αντενδείξεις εισαγωγής.....3

1.4.1 Ενδείξεις εισαγωγής.....3

1.4.2 Αντενδείξεις εισαγωγή..... 4

1.5 Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα μονάδων..... 4

1.5.1 Πλεονεκτήματα μονάδων..... 4

1.5.2 Μειονεκτήματα μονάδων..... 5

1.6 Κατασκευαστικές αρχές των Μ.Ε.Θ..... 6

1.7 Προγραμματισμός των χώρων..... 6

1.8 Προϋποθέσεις αποτελεσματικής λειτουργίας των  
Μ.Ε.Θ..... 10

1.9 Οργανωτική δομή των Μ.Ε.Θ..... 11

1.9.1 Προσωπικό..... 11

1.9.2 Προϋποθέσεις επιλογής του νοσηλευτικού Προσωπικού..... 13

1.10	Επάνδρωση του προσωπικού των Μ.Ε.Θ .....	14
------	--	----

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

2.1	Μαρτυρίες.....	17
2.2	Κατηγορίες «βασανιστηρίων» με βάση τα κριτήρια της Διεθνούς Αμνηστίας.....	18
2.3	Η ανάγκη επικοινωνίας του ασθενή στη Μ.Ε.Θ .....	22
2.4	Επισκεπτήριο ασθενών στη Μ.Ε.Θ.....	24

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ

3.1	Υποστήριξη της ζωής των βαρέως πασχόντων.....	27
3.1.1	Στόχοι θρεπτικής υποστήριξης.....	27
3.2.1	Τρόποι διατροφής του βαρέως πάσχοντα .....	28
3.2	Πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων στη Μ.Ε.Θ.....	31
3.2.1	Εισαγωγή .....	31
3.2.2	Ορισμός.....	31
3.2.3	Παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη κατακλίσεων.....	31
3.2.4	Προληπτικά μέτρα σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων.....	33
3.2.5	Στάδια κατακλίσεων.....	34
3.2.6	Αντιμετώπιση – θεραπεία κατακλίσεων.....	35
3.2.7	Αντιμετώπιση κατακλίσεων ανάλογα με τα στάδια .....	36
3.2.8	Γενικές παρατηρήσεις για όλα τα στάδια.....	38
3.3	Λοιμώξεις στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	39

3.3.1 Συνήθεις λοιμώξεις στη Μ.Ε.Θ .....	39
--	----

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

##### ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ

4.1 Εισαγωγή .....	47
4.2 Προσωπικό.....	50
4.3 Ο ρόλος της εκπαιδευμένης νοσηλεύτριας στη Μ.Ε.Π.Κ.....	50
4.3.1 Εισαγωγή του ασθενή.....	52
4.3.2 Καθημερινή εργασία της νοσηλεύτριας στην μονάδα.....	54
4.3.3 Αντιμετώπιση επείγουσών περιπτώσεων.....	58
4.4 Αποτελέσματα της εισαγωγής του ασθενή στη Μ.Ε.Π.Κ.....	72

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

##### ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

5.1 Εισαγωγή.....	74
5.2 Ορισμός.....	74
5.3 Γενικά περι μονάδας.....	74
5.3.1 Εξοπλισμός.....	74
5.4 Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.....	76
5.4.1 Ορισμός.....	76
5.4.2 Νοσηλευτική παρέμβαση.....	76
5.5 Οξύ πνευμονικό οίδημα.....	82
5.5.1 Ορισμός.....	82
5.5.2 Αίτια.....	82
5.5.3 Κλινική εικόνα.....	83
5.5.4 Νοσηλευτική παρέμβαση.....	83
6.1 Χαρακτηριστικά των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού.....	86
6.2 Ειδικές ανάγκες και προβλήματα των αρρώστων που	

υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση στη Μ.Τ.Ν.....	86
6.3 Νοσηλευτική παρέμβαση.....	87
6.4 Η ψυχολογία του νοσηλευτή στη Μ.Τ.Ν.....	89
6.4.1 Παράγοντες που προκαλούν stress.....	89
6.5 Η σημασία της αντισηψίας στη Μ.Τ.Ν.....	90

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΕΝΟΣ ΜΕΛΛΟΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΦΙΛΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥ.....	93
--	----

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

8.1 Γενικές έννοιες Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	98
8.2 Παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων.....	98
8.2.1 Α΄ Κλινική περίπτωση.....	98
8.2.2 Β΄ Κλινική περίπτωση.....	108
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	118
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	110
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	113

\* \* \*

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια των Μ.Ε.Θ βασίζεται στην υπόθεση, ότι ενώ υπάρχει πληθώρα νοσημάτων, ο μηχανισμός του θάνατο περιορίζεται, κατ' ομοίομορφο μάλλον τρόπο σε μικρό αριθμό διαδοχικών γεγονότων στα μπορούμε να επέμβουμε. Σε κάθε Νοσοκομείο υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι διανύουν μια σοβαρή και οξεία φάση της ασθένειάς τους και έχουν ανάγκη νοσηλείας υψηλού ποιοτικού επιπέδου.

Επιδέξιας και εξατομικευμένης νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας, και επίμονη παρακολούθηση από σωστά προετοιμασμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Για τους παραπάνω λόγους, οι ασθενείς αυτοί Νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας των Νοσοκομείων.

Η εξέλιξη της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ) άρχισε μόλις το 1960. Από τότε έχουν γίνει πάρα πολύ σημαντικοί πρόοδοι στον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης της Μ.Ε.Θ. καθώς και στην προσφερόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Σήμερα ο αριθμός των αρρώστων έχει αυξηθεί επίσης υπάρχει τεράστια πρόοδος εξοπλισμό των Μ.Ε.Θ τόσο από ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και από υπερσύγχρονα μηχανήματα.

Κατά την τελευταία δεκαετία αποδείχθηκε ότι σε κατάλληλο χώρο ενός Νοσοκομείου, η συγκέντρωση εξειδικευμένου Ιατρικού και ειδικώς εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού και του απαραίτητου τεχνητού εξοπλισμού της ενισχύσεως των ζωτικών λειτουργιών του οργανισμού, έδωσε άριστα αποτελέσματα και ελάττωσε σημαντικά τη θνησιμότητα των βαρέως πασχόντων ασθενών.

Η εντατική ιατρική είναι μια ειδικότητα θεαματική και επιθετική που άνοιξε καινούργιους ορίζοντες γνώσης, έκανε δυνατές θεραπευτικές μεθόδους που μέχρι πριν λίγες δεκαετίες ήταν αδιανόητες και πράγματι σώζει ζωές. Παράλληλα ο χώρος αυτός αποτελεί ένα πεδίο όπου αβίαστα συμβιώνουν η υψηλή τεχνολογία, η έντονη συναισθηματική φόρτιση και πολλές φορές μια ατμόσφαιρα εφιαλτική.

Στον κλειστό περιβάλλον μιας Μ.Ε.Θ όλοι και όλα δουλεύουν 24 ώρες το 24ωρο, για να συνεχίσουν οι πολύχρωμες καμπύλες των monitors να απλώνονται σταθερά στην οθόνη και τα αριθμητικά στοιχεία των ζωτικών παραμέτρων να παραμένουν εντός των φυσιολογικών ορίων.

Μέσα στον χώρο της Μ.Ε.Θ, με την προηγούμενη τεχνολογία και της αναμφισβήτητες επιτυχίες, κινείται και παρέχει τις υπηρεσίες του ο νοσηλευτής της Εντατικής Φροντίδας. Ίσως είναι ο μόνος που του δίνονται οι περισσότερες ευκαιρίες να απαλύνει την παγερότητα της τεχνολογίας και της μηχανής και να αποθέσει όλα αυτά τα στοιχεία πάνω στον άρρωστο και στις ανάγκες του, μεταλλάσσοντάς τα σε ενδιαφέρον, αγωνία για το αποτέλεσμα και φροντίδα.

\*

\*

\*



# ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

**Μ.Ε.Π.Κ:** Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης  
Καρδιοπαθών

**Μ.Ε.Θ :** Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

**Μ.Τ.Ν :** Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

**Η.Κ.Γ :** Ηλεκτροκαρδιογράφημα

**Κ.Ν.Σ :** Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

**Η.Π.Α :** Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

**Κ.Π.Α :** Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση

**Κ.Φ.Π :** Κεντρική Φλεβική Πίεση

**Ο.Ε.Μ :** Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου

**Ο.Π.Δ:** Ολική παρεντερική διατροφή

**Ε.Μ :** Έμφραγμα Μυοκαρδίου

**Α.Π :** Αρτηριακή Πίεση

**Τ.Ν :** Τεχνητός Νεφρός

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- ΟΡΙΣΜΟΙ
- ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
- ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ΕΙΔΗ Μ.Ε.Θ
- ΣΚΟΠΟΣ Μ.Ε.Θ
- ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ
- ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ – ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΔΩΝ
- ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Μ.Ε.Θ
- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ
- ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ
- ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ
- ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
- ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
- ΕΠΑΝΔΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ**

**1.1.1 Μονάδα εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ)**, είναι ο χώρος εκείνος, στον οποίο παρέχεται ενδονοσοκομειακή εντατική ιατρική θεραπεία και νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που αποδεδειγμένα βρίσκονται σε κατάσταση μέγιστου κινδύνου.<sup>1</sup>

**1.1.2 Εντατική θεραπεία** σημαίνει εξάντληση όλων των θεραπευτικών δυνατοτήτων για παροδική υποκατάσταση διαταραγμένων ή ανασταλμένων ζωτικών λειτουργιών, με σκοπό την επαναφορά των λειτουργιών αυτών ώστε να είναι αυτόνομα συμβατές με τη ζωή.<sup>1</sup>

Στην κρίσιμη φάση, η βασική πάθηση είναι δευτερεύουσας σημασίας και η θεραπευτική και νοσηλευτική αντιμετώπιση συγκεντρώνεται στις ζωτικά απαραίτητες λειτουργίες (αναπνοή / κυκλοφορία / ομοιόσταση). Αυτό είναι αναγκαίο γιατί ανεξάρτητα από την αιτιολογία της βασικής πάθησης που μπορεί να είναι χειρουργική, παθολογική ή άλλης φύσης, οι επιπλοκές που έχουν επιπτώσεις στις ζωτικές λειτουργίες βαδίζουν πάνω σε συγκεκριμένα, σχεδόν τα ίδια, πρότυπα.<sup>1,2</sup>

Επίσης, οι επιπλοκές αυτές απαιτούν πολυδύναμη μεν αλλά μη ειδική, όσον αφορά τη βασική πάθηση, 24ωρη παρακολούθηση και αντιμετώπιση των ζωτικών λειτουργιών. Ως εκ τούτου απαιτείται η συνεχής επιτόπια παρουσία ειδικευμένης σ' αυτά τα προβλήματα ομάδας ιατρών και νοσηλευτών, καθώς και η δυνατότητα χρησιμοποίησης υψηλής τεχνολογίας ιατρικού εξοπλισμού. Γι'αυτούς τους λόγους, οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν την πιο προχωρημένη μορφή των μονάδων Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής.<sup>1</sup>

### **1.2 ΕΙΔΗ Μ.Ε.Θ**

Υπάρχουν αρκετά είδη μονάδων εντατικής θεραπείας όπως:

- ◆ Χειρουργικής και ειδικοτήτων
- ◆ Αναπνευστική

- ◆ Θάλαμος ανανήψεως από την αναισθησία

- ◆ Καρδιολογική

- ◆ Μονάδα τεχνητού νεφρού<sup>2,7</sup>

1.2.1 Ειδικές Μ.Ε.Θ: Εκτός από τις γενικές Μ.Ε.Θ, που αντιμετωπίζουν κάθε είδους παθολογικό ή χειρουργικό περιστατικό, υπάρχουν και Ειδικές Μονάδες, ανάλογα με τις επιμέρους ειδικεύσεις του νοσοκομείου, οι οποίες αφορούν:<sup>1</sup>

- ◆ Οξείες καρδιολογικές καταστάσεις (μονάδες Στεφανιαίων)

- ◆ Βαριά εγκαύματα

- ◆ Νευρολογικά νοσήματα

- ◆ Λευχαιμίες / Απλαστικές αναιμίες, κ.λ.π.

- ◆ Μεταμοσχεύσεις

- ◆ Αποσυμπίεση

- ◆ Παίδων

- ◆ Νεογνών

- ◆ Κινητές μονάδες Α΄ ΒΟΗΘΕΙΩΝ

Η δημιουργία τέτοιων μονάδων δεν σημαίνει ότι οι κατά τόπους Μ.Ε.Θ δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν ήπιες περιπτώσεις (εκτός από παιδιά νεογνά) των παραπάνω κατηγοριών. Αντίθετα μάλιστα, μέχρι ενός σημείου, είναι σκόπιμο να το κάνουν για να μην υπερφορτώνονται τα Ειδικά Κέντρα.<sup>1</sup> Εξαιρέση αποτελούν οι μονάδες για παιδιά και νεογνά, που διαφέρουν από αυτές των ενηλίκων λόγω των ιδιαίτερων απαιτήσεών τους σε ιατρικό / νοσηλευτικό προσωπικό και σε εξοπλισμό.<sup>2</sup>

### 1.3 ΣΚΟΠΟΣ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ

Είναι η άμεση αντίληψη, στάθμιση και θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών της λειτουργίας των συστημάτων του αρρώστου, που επιτυγχάνεται δια της συνεχούς παρατηρήσεως και άμεσης αντικειμενικής

εξέτασης των αρρώστων και συγχρόνως με την παρακολούθηση και ερμηνεία όλων των εμμέσως από ηλεκτρονικών και μη, συσκευών, ελεγχόμενων παραμέτρων. Με τα παραπάνω δεδομένα επιτυγχάνεται η διάσωση της ζωής του πάσχοντος και η μείωση του χρόνου της σοβαρής περιόδου της ασθένειάς του.<sup>3</sup>

### **1.4 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ**

#### **1.4.1 Ενδείξεις εισαγωγής.**

Οι κυριότερες ενδείξεις εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ είναι:

- **Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια (ανεξάρτητα αιτιολογίας)**
- **Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια**
- **Κώματα κάθε είδους (από νευρολογικές, ενδοκρινολογικές, μεταβολικές ή άλλες αιτίες)**
- **Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις**
- **Πολυτραυματίες – πολυκαταγματίες**
- **Shock κάθε προέλευσης**
- **Δυνητικά θανατηφόρες αρρυθμίες**
- **Μετεγχειρητικές επιπλοκές (διαταραχές πήξης, περιτονίτιδα)**
- **Σήψη**
- **Οξεία νεφρική ανεπάρκεια**
- **Βαριές διαταραχές ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας**
- **Εγκαύματα**
- **Βαριές μορφές εκλαμψίας**
- **Βαριές μορφές εμβολής**
- **Καρδιοχειρουργικοί ασθενείς (πρώτα 24ωρα)**
- **Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου**

- Ανακοπή και αναζωογόνηση
- Οξείες δηλητηριάσεις
- Status epilepticus
- Κάθε παθολογική ή χειρουργική κατάσταση που αποτελεί απειλή για την ζωή του ασθενούς (π.χ. βαριές διαταραχές στη ρύθμιση της θερμοκρασίας, τέτανος κ.λ.π.)<sup>1</sup>

**1.4.2 Αντενδείξεις εισαγωγής:** Για ορισμένες κατηγορίες ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση, η διατήρηση της ζωής με κάθε μέσο μετατρέπει τη Μ.Ε.Θ σε χώρο βασανισμού, με αποτέλεσμα να στερείται ο ασθενής το δικαίωμα ενός ανώδυνου και αξιοπρεπούς θανάτου, χωρίς παράλληλα να του εξασφαλίζονται οι προοπτικές για μίαν ανεκτή ζωή. Αυτές οι περιπτώσεις είναι φανερό ότι δεν πρέπει να διακομίζονται στη Μ.Ε.Θ.

**Ενδεικτικά παραδείγματα αποτελούν:**

- Τα τελικά στάδια χρόνιας αναπνευστικής ανεπάρκειας
- Οι καρκινοπάθειες στα τελικά στάδια
- Ο εγκεφαλικός θάνατος (εκτός από περιπτώσεις που οι ασθενείς πρόκειται γίνουν δότες οργάνων για μεταμοσχεύσεις).

Σε περίπτωση συμφόρησης της Μ.Ε.Θ, εκτός από τα παραπάνω, λαμβάνεται υπόψη και η ηλικία των ασθενών προκειμένου να ιεραρχηθούν οι εισαγωγές.<sup>1</sup>

**1.5 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ- ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΔΩΝ**

**1.5.1 Πλεονεκτήματα:**

Οι Μ.Ε.Θ είναι τμήματα τα οποία:

- Σώζουν ζωές, που με την συμβατική θεραπευτική αντιμετώπιση θα ήταν καταδικασμένες.
- Παρέχουν άμεση και διαρκή περίθαλψη από ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- Παρέχουν πολύπλευρη και πολυδύναμη νοσηλεία σε σφαιρική του

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

---

ασθενούς.

- Συγκεντρώνουν όλους τους προβληματικούς ασθενείς και διευκολύνουν το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου.
- Παρέχουν εξαιρετικές συνθήκες εκπαίδευσης για γιατρούς και νοσηλευτές.
- Κάνουν καθημερινή πράξη πολύπλοκες νοσηλευτικές και θεραπευτικές μεθόδους.
- Προωθούν την εφαρμοσμένη και ελεγχόμενη κλινική έρευνα και εκπαίδευση.
- Μεταφράζουν εργαστηριακά και πειραματικά ευρήματα σε άμεση θεραπευτική πράξη.
- Συγκεντρώνουν και συγχρόνως μπορούν να αποσβέσουν, λόγω συνεχούς και όχι ευκαιριακής χρήσης, ακριβό τεχνικό εξοπλισμό.<sup>1</sup>

### **1.5.2 Μειονεκτήματα:**

Οι περισσότερες από τις μονάδες αυτές παρουσιάζουν τα εξής μειονεκτήματα

- Πτώση της ποιότητας νοσηλείας των άλλων τμημάτων από την απουσία του ερεθίσματος που προσφέρει ο προβληματικός ασθενής.
- Βαριές συνθήκες εργασίας του προσωπικού.
- Τάση για «υπερθεραπεία» του ασθενούς.
- Υποκατάσταση της έννοιας της επιβίωσης του ασθενούς με εκείνη της τεχνικά και φυσικά δυνατής.
- Κίνδυνος διασποράς λοιμώξεων.
- Υψηλό κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας, γιατί οι μονάδες αυτές απαιτούν:
  - x υπεύθυνη, συνεχή και κατ' αποκλειστικότητα ιατρική παρουσία.
  - x ελάχιστη σχέση συνεχούς 24ωρης παρουσίας νοσηλευτών ανά κρεβάτι 1:1 έως 1:3.

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- × εκπαιδευτικό πρόγραμμα για νοσηλευτές και γιατρούς συστηματικό, συνεχές και υψηλού επιπέδου.
- × συνεχή παρουσία ή κάλυψη από παρασκευαστές και τεχνικούς.
- × πολλούς βοηθητικούς χώρους.
- × πολυδάπανο τεχνικό εξοπλισμό για προωθημένη διερεύνηση αντιμετώπιση του προβληματικού ασθενούς(π.χ. αναπνευστική βοήθεια, αιμοδυναμικό monitoring κ.λ.π.).
- × εργαστηριακή αυτονομία στις βασικές εξετάσεις.<sup>1</sup>

### **1.6 ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Μ.Ε.Θ**

**Μέγεθος Μ.Ε.Θ:** ως ελάχιστος αναγκαίος χώρος μιας Μ.Ε.Θ τα 30 m<sup>2</sup> μικτού χώρου ανά κρεβάτι, αριθμός που όμως πρέπει να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε νοσοκομείου.

**Θέση Μ.Ε.Θ στο νοσοκομείο:** οι διάφορες μονάδες είναι σκόπιμο να βρίσκονται στη μεγαλύτερη δυνατή οριζόντια γειννίαση μεταξύ τους και ταυτόχρονα κοντά στα χειρουργεία.

Όταν όμως αυτό δεν είναι εφικτό, πρέπει να εξασφαλίζεται η απρόσκοπτη και κατ' αποκλειστικότητα οριζόντια και κάθετη επικοινωνία τους. Η διάταξη αυτή, πέρα από την προφανή της αναγκαιότητα, έχει το μεγάλο προτέρημα της οικονομίας τεχνικό εξοπλισμό και στη γενικότερη υποδομή, καθώς ορισμένα μηχανήματα (π.χ. ακτινολογικά, αερίων αίματος, κ.λ.π.) μπορούν να χρησιμοποιούνται από περισσότερες μονάδες.<sup>1,6</sup>

### **1.7 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ**

Όσον αφορά τους χώρους της Μ.Ε.Θ. σε γενικά πλαίσια είναι:<sup>4</sup>

1. Θάλαμος ελέγχου νοσηλευτών
2. Δωμάτια ασθενών.
3. Φαρμακείο / μηχανήματα διασώσεως / ειδικός εξοπλισμός.
4. Αποθήκη καθαρού υλικού.



5. Αποθήκη μη καθαρού υλικού.
6. Γραφείο και δωμάτιο ιατρών.
7. Δωμάτιο ξεκούρασης του προσωπικού.
8. Αίθουσα συντήρησης, απολύμανσης και αποστείρωσης μηχανημάτων.
9. Γραφείο προϊσταμένης.
10. Αίθουσα αναμονής συγγενών.
11. Εργαστήριο.
- 1. Θάλαμος ελέγχου νοσηλευτών**

Όλοι οι ασθενείς πρέπει να είναι θεατοί από τον κεντρικό σταθμό των αδελφών. Η κατ' ευθείαν οπτική παρακολούθηση των ασθενών αποτελεί τον πυρήνα της Νοσηλευτικής.<sup>3</sup>

**Ο θάλαμος ελέγχου των νοσηλευτών πρέπει να περιλαμβάνει:**

- ✦ Εντοιχισμένη ντουλάπα με συρτάρια και ράφια.
- ✦ Πίνακα ανακοινώσεων και τηλέφωνα.
- ✦ Σύστημα επείγοντων κλήσεων (οπτικό-ακουστικό).
- ✦ Τηλεοπτική οθόνη καρδιογραφήματος.
- ✦ Συσκευή παρακολουθήσεως καρδιακής συχνότητας.
- ✦ Συσκευή παρακολουθήσεως αρτηριακής και φλεβικής πίεσης.
- ✦ Συσκευή απνιδισμού (απνιδωτής / βηματοδότης / ηλεκτροκαρδιογράφος).
- ✦ Συσκευή εναποθήκευσης πληροφοριών.

## **2. Δωμάτια ασθενών**

Οι διαστάσεις των δωματίων πρέπει να είναι τουλάχιστον 4Χ4 για να εξασφαλίζεται η σωστή τοποθέτηση του εξοπλισμού και η εύκολη μετακίνηση του προσωπικού. Τα δωμάτια των ασθενών σε μια Μ.Ε.Θ πρέπει να είναι ατομικά. Ο ανοικτός χώρος με κουρτίνες ή παραβάν δεν εξασφαλίζει ησυχία και ηρεμία, παράγοντες που επηρεάζουν βασικά το γενικό θεραπευτικό

πρόγραμμα.

Πρέπει να εξασφαλίζεται ατομικά δωμάτια για τον κάθε ασθενή στο οποίο θα παραμένει αθέατος από τους άλλους ασθενείς. Έχει αποδειχθεί ότι αν δεν υπάρχει ο διαχωρισμός η αντιμετώπιση των επείγουσών καταστάσεων που συμβαίνουν συχνά στους ασθενείς της μονάδας, έχουν δυσμενείς επιπτώσεις για τους άλλους.<sup>4</sup>

### **3. Φαρμακείο / μηχανήματα διασώσεως / εξοπλισμός**

Το φαρμακείο πρέπει να περιλαμβάνει , μια ντουλάπα με ράφια και συρτάρια, όπου θα τοποθετούνται τα φάρμακα. Σε ένα ειδικό συρτάρι το οποίο θα από το θάλαμο αδελφών, θα τοποθετούνται τα ναρκωτικά. Ακόμα πρέπει να υπάρχει ένα ψυγείο, δίσκοι καθώς και δοχείο απορριμμάτων.<sup>5</sup>

Ο χώρος που θα έχει τα μηχανήματα διασώσεως θα βρίσκεται δίπλα στο φαρμακείο και θα περιλαμβάνει:<sup>6</sup>

- ◆ Τον απινιδωτή.
  - ◆ Τους βηματοδότες (υπάρχουν τουλάχιστον 3 βηματοδότες ανάλογα ηλεκτρόδια προσωρινής βηματοδότησεως).
  - ◆ Αναπνευστήρες (τουλάχιστον 2 αναπνευστήρες για κάθε μονάδα και όλα τα ενδοτραχειακής διασωλήνωσης).
  - ◆ Τροχήλατο εκτάκτου ανάγκης (η κατασκευή του είναι τέτοια ώστε να περιέχει τα φάρμακα και τον εξοπλισμό εκτάκτου χρήσεως π.χ.καρδιακή ανακοπή-αναζωογόνηση).
  - ◆ Set εργαλείων (αποκάλυψης φλέβας, τραχειοστομίας, καθετηριασμού κύστεως, αλλαγής εργαλείων κ.λ.π.).
  - ◆ Μία σανίδα για κάθε κρεβάτι.
- **Ο ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:**
- ✗ Ένα ειδικό κρεβάτι με ηλεκτρική εγκατάσταση και σκληρή επιφάνεια.
  - ✗ Μεταλλικά σφυγμομανόμετρα.

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

---

✘ Μεταλλικά στηρίγματα για τους ορούς.

✘ Φωτιστικά συστήματα.

### **► Ο ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ Η.Κ.Γ. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:**

✘ Καρδιοσκόπια με συναγερμό και καρδιορυθμόμετρα.

### **► Ο ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:**

✘ Φορητό ακτινολογικό μηχάνημα.

✘ Ηλεκτροκαρδιογράφο για την λήψη Η.Κ.Γ

✘ Συσκευές Κ.Φ.Π. και μέσης αρτηριακής πίεσης.

#### **4. Αποθήκη καθαρού υλικού**

Πρέπει να είναι διαρρυθμισμένη με ράφια και συρτάρια , έτσι ώστε να τοποθετούνται σωστά και με σειρά τα διαλύματα ενδοφλέβιας έγχυσης καθώς και τα συστήματα ορού και αίματος.<sup>4</sup>

#### **5. ΑΠΟΘΗΚΗ ΜΗ ΚΑΘΑΡΟΥ ΥΛΙΚΟΥ**

##### **Πρέπει να περιέχει:**

- νιπτήρα
- δοχείο
- λεκάνη με απορρυπαντικά / αντιπηκτικά
- ειδικό τροχήλατο για τα ακάθαρτα κλινοσκεπάσματα
- ένα πλαστικό δοχείο στο οποίο τοποθετείται το
- χρησιμοποιημένο υλικό.<sup>4</sup>

#### **6. ΓΡΑΦΕΙΟ ΚΑΙ ΔΩΜΑΤΙΟ ΙΑΤΡΩΝ**

Πρέπει να είναι άνετο, να δικούς του χώρους υγιεινής και κρεβάτια για την διευκόλυνση των διανυκτερευόντων Ιατρών.

#### **7. ΔΩΜΑΤΙΟ ΞΕΚΟΥΡΑΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

---

## **8. ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ / ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ / ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ**

Πρέπει να υπάρχει ειδικός χώρος και ειδικό προσωπικό για την συντήρηση, απολύμανση και την αποστείρωση των μηχανημάτων).

## **9. ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΥΓΓΕΝΩΝ**

Ο χώρος αυτός πρέπει να έχει διευκολύνσεις διανυκτέρευσης, τηλέφωνα, καθώς και δικούς του χώρους υγιεινής).

## **10. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ**

Επανδρώνεται από ειδικό προσωπικό και θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Συσκευή ανάλυσης αερίων αίματος-καθορισμού P.H.
- Φασματοφωτόμετρο (αιμοσφαιρίνη)
- Συσκευή οξυμετρίας (κορεσμός οξυγόνου).
- Φιάλες / υλικό για αιμοληψίες.
- Φασματοφωτόμετρο (αιμοσφαιρίνη)
- Συσκευή οξυμετρίας (κορεσμός οξυγόνου).
- Φιάλες / υλικό για αιμοληψίες.
- Νιπτήρας / καλάθι απορριμμάτων.
- Τηλέφωνο / ψυγείο / μικρά καθίσματα.

## **1.8 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ**

Πριν ένα Νοσοκομείο επιχειρήσει να θέσει σε λειτουργία ένα πλήρες σύστημα μονάδας εντατικής θεραπείας θα πρέπει να έχει υπόψη του τις εξής προϋποθέσεις:<sup>2</sup>

1. Η ύπαρξη ειδικά εκπαιδευμένων διπλωματούχων αδελφών και η κάλυψη όλου του 24ωρου, των αναγκών της μονάδας.

- Το νοσηλευτικό προσωπικό που υπόκειται να εργαστεί στη μονάδα πρέπει να διαθέτει ειδικά προσόντα και ειδική εκπαίδευση.

2. Ο αριθμός των εισαγόμενων ασθενών κατά έτος να δικαιολογεί την ίδρυση των Μ.Ε.Θ.

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

---

-Τουλάχιστον 100 εισαγωγές ασθενών ετησίως με σοβαρά (καρδιολογικά, αναπνευστικά κ.λ.π.) προβλήματα δικαιολογεί την δαπάνη, την διάθεση χώρου και κυρίως την διάθεση του νοσηλευτικού προσωπικού για ένα σύστημα εντατικής φροντίδας.

3. Το ιατρικό προσωπικό, η νοσηλευτική υπηρεσία και η διοίκηση του Νοσοκομείου να δεχθούν ότι οι Μ.Ε.Θ είναι αυτόνομες.

4. Το Νοσοκομείο και οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς, είναι σε θέση να δεχθούν τις οικονομικές επιπτώσεις αυτού του είδους της περίθαλψης.

- Η άρνηση της παροχής αυτής της ειδικευμένης φροντίδας εκ μέρους του Νοσοκομείου ή της Πολιτείας για λόγους οικονομικούς, αποτελεί τραγική δικαιολογία.

### **1.9 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ Μ.Ε.Θ.**

Οι Μ.Ε.Θ είναι μονάδες με μεγάλες ιδιοτυπίες, που δεν μπορούν να υπαχθούν στους γενικά ισχύοντες κανόνες λειτουργίας άλλων τμημάτων. Χρειάζονται ιδιαίτεροι κανόνες, ώστε οι μονάδες αυτές, που από την σύλληψή τους οφείλουν να είναι οι πιο δυναμικές, να μην καταλήξουν να χορηγούν μια επίφαση εντατικής θεραπείας.<sup>1</sup>

#### **1.9.1 Προσωπικό**

Οι ανάγκες της Μ.Ε.Θ σε προσωπικό είναι μεγάλες. Όσο μεγαλύτερες είναι Μ.Ε.Θ, τόσο μεγαλύτερη είναι και η σχετική εξοικονόμηση προσωπικού. Η λειτουργικότητα και η αποδοτικότητα της Μ.Ε.Θ εξαρτώνται, κατά κύριο λόγο, από τον αριθμό και τον βαθμό εκπαίδευσης των νοσηλευτών και των γιατρών και κατά δεύτερο λόγο, από τον αριθμό των κρεβατιών. Γενικά, η αποδοτικότητα μιας μονάδας δεν καθορίζεται τόσο από το σύνολο των κρεβατιών που διαθέτει, όσο από την ετοιμότητά της να δεχθεί βαριά περιστατικά.<sup>1,6,7</sup>

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

### (α) Ιατρικό προσωπικό:

Στις Μ.Ε.Θ παρέχεται εξορισμού 24ωρη ιατρική κάλυψη από ειδικευμένο και επαρκές προσωπικό. Η κάλυψη αυτή εξασφαλίζεται, αφενός, από μια βασική και ειδικευμένη στη Μ.Ε.Θ ιατρική ομάδα που εργάζεται σε μόνιμη βάση και αφετέρου, από ιατρικό προσωπικό, που μια έστω και ολιγόμηνη μαθητεία στη Μ.Ε.Θ αποτελεί μέρος της εκπαίδευσής του. Επίσης υπάρχει κάλυψη από συμβούλους γιατρούς, από όλες τις ειδικότητες που διαθέτει το νοσοκομείο.<sup>1</sup>

### (β) Νοσηλευτικό προσωπικό:

Οι ανάγκες της Μ.Ε.Θ σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι μεγάλες και η εξεύρεσή του δύσκολη. Είναι αναμφισβήτητο ότι οι μονάδες «κρατιούνται» από τις νοσηλεύτριες, οι οποίες αντιμετωπίζουν σκληρές συνθήκες δουλειάς που απαιτούν συνεχή, ενεργητική και υπεύθυνη παρουσία.<sup>1</sup> Το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο θα προσφέρει τις υπηρεσίες του στο τμήμα της Μ.Ε.Θ θα πρέπει να αποτελείται από διπλωματούχες νοσηλεύτριες ικανές για τον χώρο αυτό.<sup>1,3</sup>

Συνήθως ο αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού που απαιτείται σε μια μονάδα, 8 κλινών είναι:



### Κύκλοι καθηκόντων

#### (α) ημερήσιος κύκλος καθηκόντων

4 διπλωματούχες νοσηλεύτριες

2-3 βοηθοί θαλάμου

#### (β) απογευματινός κύκλος καθηκόντων

3 διπλωματούχες νοσηλεύτριες

2 βοηθοί θαλάμου

#### γ) νυκτερινός κύκλος καθηκόντων

3 διπλωματούχες νοσηλεύτριες

2 βοηθοί θαλάμου

**(γ) Παραϊατρικό προσωπικό:**

Η ύπαρξη μόνιμου παραϊατρικού προσωπικού θεωρείται απολύτως αναγκαία τη σωστή λειτουργία μιας Μ.Ε.Θ.<sup>1</sup> Το προσωπικό αυτό αποτελείται από:

■ **Τεχνικό προσωπικό:** Όλες οι μονάδες των Μ.Ε.Θ, είναι τμήματα με υψηλή συγκέντρωση, πολύπλοκου ευαίσθητου και ακριβούς τεχνικού εξοπλισμού. Η συνεχής παρουσία, ειδικευμένου και μη, τεχνικού είναι απαραίτητη για την σωστή συντήρηση και επί τόπου επισκευή του εξοπλισμού, γιατί έτσι αυξάνεται σημαντικά τόσο το ποσοστό άμεσης χρήσης, όσο και ο χρόνος ζωής αυτού του εξοπλισμού.<sup>1</sup>

■ **Προσωπικό εργαστηρίων:** Είναι αυτονόητο ότι για να λειτουργήσουν οι μονάδες των Μ.Ε.Θ πρέπει να έχουν κατά προτεραιότητα την υπεύθυνη και διαρκή κάλυψη των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου και ιδιαίτερα των εργαστηρίων. Υπάρχει όμως μία σειρά εξετάσεων που είναι τόσο συχνές στις Μ.Ε.Θ, ώστε από ένα στάδιο και μετά πρέπει να προβλέπεται η εργαστηριακή αυτοτέλειά τους με την παρουσία παρασκευαστών (ακτινολογικού και βιοχημικού εργαστηρίου), τουλάχιστον κατά την πρωινή βάρδια.<sup>1</sup>

■ **Φυσικοθεραπευτές:** Η Μ.Ε.Θ πρέπει να έχει συνεχή κάλυψη από φυσικοθεραπευτές τόσο στο κανονικό ωράριο όσο και στις απογευματινές ώρες, αργίες και Σαββατοκύριακα. Οι φυσικοθεραπευτές είναι αναγκαίοι για την πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών, κυρίως από το αναπνευστικό και κινητικό σύστημα.<sup>1</sup>

**1.9.2 Προϋποθέσεις επιλογής του νοσηλευτικού προσωπικού**

Το πρωτεύον στη διαδικασία της επιλογής είναι η επιλογή της προϋσταμένης της Μ.Ε.Θ, η οποία θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένη μιας και θα έχει να εκτελεί πολλές εργασίες όπως:<sup>3</sup>

■ Να συμμετέχει σαν μέλος της επιτροπής της Μ.Ε.Θ σε αποφάσεις που αφορούν τον προγραμματισμό των μαθημάτων.

■ Να φροντίζει για τις παραγγελίες προμηθειών και εξοπλισμού.

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

---

- Να ελέγχει και παράλληλα να συντονίζει την εργασία στη Μ.Ε.Θ.

### **1.9.3 Τα κριτήρια επιλογής του προσωπικού της μονάδας είναι τα εξής:**

- Να είναι από τα καλύτερα και επίλεκτα στελέχη του Νοσοκομείου
- Να έχουν εκδηλώσει επιθυμία για να εργασθούν σε μονάδα.
- Να έχουν εκπαιδευτεί στη Μ.Ε.Θ, έχοντας υποστεί γραπτή δοκιμασία και να έχουν θεωρηθεί επιτυχόντες.
- Να επιλέγονται με κριτήρια την νοημοσύνη, ικανότητες, ενδιαφέρον, και ήθος.<sup>2,3,7</sup>

### **1.10 ΕΠΑΝΔΡΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ**

Η φροντίδα των ασθενών στις Μ.Ε.Θ ανατίθεται σε μια ομάδα ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Το παν για την ομαλή λειτουργία της μονάδας είναι η όσο το δυνατόν καλύτερη συνεργασία του προσωπικού της μονάδας, η συνεχής επιμόρφωση και ενημέρωσή του σε νέες εξελίξεις.<sup>2</sup>

Οι νοσηλεύτριες της Μ.Ε.Θ πρέπει να είναι μόνο **διπλωματούχες**, με κλινική ειδίκευση στην νοσηλευτική Μ.Ε.Θ. Η νοσηλευτική εκπαίδευση αποτελεί πρωταρχικό και ίσως μοναδικό χαρακτηριστικό σχετικά με την οργάνωση και λειτουργία μιας Μ.Ε.Θ. Η ειδικά εκπαιδευμένη αδελφή έχει πεποίθηση και επομένως ικανότητα και αρμοδιότητα.<sup>2,3</sup>

Υπάρχουν ορισμένες μεγάλες κατηγορίες **γνώσεων** και **δεξιοτήτων**, οι οποίες αφορούν όλο το νοσηλευτικό προσωπικό των επείγουσών τμημάτων, οι οποίες είναι:<sup>5,6</sup>

- ✚ Η ικανότητα λήψης ακριβούς αλλά σύντομου και επικεντρωμένου ιστορικού.
- ✚ Η ικανότητα γρήγορης και σφαιρικής παρατήρησης, εκτίμησης και σοβαρής παρέμβασης.
- ✚ Η ικανότητα καθορισμού προτεραιοτήτων.
- ✚ Η ικανότητα συνηγορίας για φροντίδα και κατεύθυνση της φροντίδας του αρρώστου.
- ✚ Η δεξιοτεχνία στην εφαρμογή βασικών και προηγούμενων μέτρων



## ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

---

διατήρησης της ζωής.

- ✦ Η δεξιοτεχνία στην εκτέλεση μιας μεγάλης ποικιλίας διαγνωστικών διαδικασιών με έναν τακτικό και γρήγορο τρόπο.
- ✦ Η ικανότητα και δεξιοτεχνία στην χρησιμοποίηση τεχνικών παρέμβασης κρίσης
- ✦ Η γνώση και η ικανότητα ακριβούς εκτέλεσης αρχών άσηπτης τεχνικής και αποστείρωσης.<sup>10</sup>

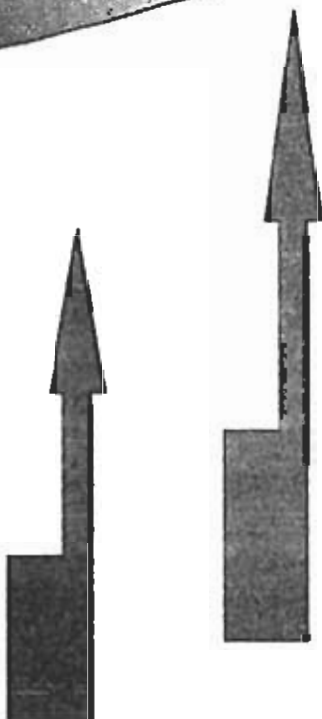
Επιπλέον το προσωπικό πρέπει να είναι ενήμερο για την δράση των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων καθώς και τον τρόπο χορήγησης αυτών. Το ίδιο ισχύει και με τα μηχανήματα της μονάδας, τα οποία, το προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει άψογα τον χειρισμό τους.<sup>6</sup>

Τεράστια είναι η σπουδαιότητα της συμπαράστασης της νοσηλεύτριας, δίνοντας κουράγιο στον ασθενή με θερμό ενδιαφέρον, ευγενικά αισθήματα και αφοσιωμένη συμπεριφορά. Ο συγκινησιακός πόνος της εντατικής φροντίδας, δεν μπορεί να ανακουφιστεί με ενέσεις ή τεχνικές διαδικασίες, όπως ο φυσικός. Απαιτεί μια πολύ ειδική θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον νοσηλευτή και στον άρρωστο. Αυτό βέβαια ισχύει για όλους τους χώρους του Νοσοκομείου, αλλά στη Μ.Ε.Θ ακόμα παραπάνω γιατί είναι ο χώρος στον οποίο ο ασθενής περνάει πολύ καιρό.

Σημαντικό μέρος του ρόλου του νοσηλευτή πρέπει να αποτελεί η φροντίδα των συγγενών, που είναι το ίδιο τρομοκρατημένοι .

- ✗ Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει συναλλαγή με το περιβάλλον του αρρώστου ( συγγενείς, φίλους , συνοδούς) για την μετέπειτα πορεία της υγείας του.<sup>7</sup>
- ✗ Να μεταφέρει το ενδιαφέρον τους στον άρρωστο.
- ✗ Να επιτρέπει σε αυτούς να δουν τον άρρωστο, τονίζοντας την διάρκεια της επίσκεψης, η οποία δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα λίγα λεπτά της ώρας.<sup>3</sup>

- Απαγορεύονται τα λουλούδια, η τηλεόραση, το ραδιόφωνο και το τηλέφωνο κοντά στους αρρώστους<sup>5</sup>.
- Όταν η κατάσταση του αρρώστου βελτιωθεί και δεν χρειάζεται άλλη εντατική θεραπεία και παρακολούθηση, μεταφέρεται σε θάλαμο της αντίστοιχης κλινικής που ανήκει.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ  
ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

- ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ
- ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ «ΒΑΣΑΝΙΣΤΗΡΙΩΝ» ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ  
ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΑΜΝΗΣΤΙΑΣ
- Η ΑΝΑΓΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ
- ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

#### 2.1 ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ

*<< Κοιμόμουν στο πιο θορυβώδες περιβάλλον που θυμάμαι στη ζωή μου...Κάθε φορά που ξυπνούσα ήταν μέρα...Ήθελα να σηκωθώ από το κρεβάτι αλλά δεν μπορούσα καν να κινηθώ...Αισθανόμουν σε όλο μου το σώμα αντιαισθητικά καλώδια να συνδέονται με ορούς και μηχανήματα και κατά περιόδους να ακούγονται περίεργοι ήχοι που προειδοποιούσαν για κάτι...Το φως ήταν εκτυφλωτικό και το οπτικό μου πεδίο περιοριζόταν στο ταβάνι...Ο περίγυρός μου, άγνωστα πρόσωπα και το περιβάλλον περίεργο...>>*

Η παραπάνω μαρτυρία αντιπροσωπεύει ασθενή ο οποίος νοσηλεύτηκε σε Μ.Ε.Θ, μετεγχειρητικά για προληπτικούς λόγους και υποδηλώνει τις φοβίες και το άγχος του κατά την παραμονή του στον ιδιαίτερο αυτό χώρο του νοσοκομείου.<sup>6</sup>

*<< Όλα θεωρούσα ότι λειτουργούσαν για 'μένα...Οι νοσηλεύτριες ήταν πρόθυμες να μου λύσουν κάθε απορία...Ο παραμικρός θόρυβος από τα μηχανήματα προκαλούσε την περιέργειά τους για την κατάστασή μου...Ένοιωθα τόση ασφάλεια στον χώρο εντατικής θεραπείας που η ιδέα της μεταφοράς με φόβιζε...>>*

Αυτή είναι η μαρτυρία κάποιου άλλου ασθενή ο οποίος μετά την μακρόχρονη παραμονή του στη Μ.Ε.Θ , η ιδέα της μεταφοράς του σε νοσηλευτική πτέρυγα , του προκαλούσε φόβο και ανασφάλεια.<sup>9</sup>

Το σύνδρομο της Εντατικής Θεραπείας ως οι ψυχολογικές δυσλειτουργίες που αναπτύσσουν οι ασθενείς που νοσηλεύονται στον κλειστό αυτό χώρο. Τα προβλήματα δημιουργούνται κατά τις πρώτες ημέρες νοσηλείας τους και εξαφανίζονται μετά την μεταφορά τους σε νοσηλευτική πτέρυγα ή μετά την διέλευση αρκετών ημερών στη Μ.Ε.Θ. Περιλαμβάνουν **κατάθλιψη, άγχος, παραισθήσεις και παραλήρημα**. Έχει βρεθεί ότι μορφές του συνδρόμου

## ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

αναπτύσσονται στην πλειοψηφία των ασθενών ότι οι επιδράσεις τους είναι ανάλογες των «ψυχολογικών βασανιστηρίων».

Αναφέρονται κατηγορίες «ψυχολογικών βασανιστηρίων» βασισμένες στα κριτήρια της Διεθνούς Αμνηστίας, που εμφανίζονται όμως και σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.<sup>10</sup>

### **2.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΒΑΣΑΝΙΣΤΗΡΙΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΑΜΝΗΣΤΙΑΣ**

#### Κατηγορία βασανιστηρίου:

- Απομόνωση
- Μονοπώληση της αντίληψης
- Εξασθένηση της αντίληψης
- Απειλή
- Υποβιβασμός

#### Μέθοδοι για την πρόκληση βασανιστηρίων:

- Απομόνωση στη φυλακή
- Μονότονο περιβάλλον, έντονος φωτισμός, πλήρη συσκότιση, περιορισμός κινήσεων.
- Στέρηση ύπνου, τραύματα, προκαλούμενη ασθένεια
- Απειλή θανάτου
- Ασέβεια προσωπικότητας

#### Αναλυτικότερα:

■ **Απομόνωση.** Κυριότερη μορφή της αποτελεί η απομόνωση από το οικογενειακό και εργασιακό χώρο που παρατηρείται σε όλους τους ασθενείς. Η αίσθηση της απεμόνωσης εντείνεται όταν το προσωπικό της Μ.Ε.Θ θεωρεί τους ασθενείς αναισθητους και δεν συνομιλεί μαζί τους.<sup>10</sup> Με την επικοινωνία ο άνθρωπος αντιπροσωπεύει ένα μέρος του εαυτού του. Αν δεν μπορεί να εκφράσει και να δεχτεί ερεθίσματα κινδυνεύει να οδηγηθεί σε κρίση

## ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

προσωπικότητας, ειδικά όταν μεταχειρίζεται σαν αντικείμενο με κανένα σεβασμό στην αυτονομία του.<sup>11</sup>

■ **Μονοπώληση της αντίληψης.** Οι ασθενείς της Μ.Ε.Θ βιώνουν ταυτόχρονα ερεθίσματα στέρησης και υπερβολής. Οι αισθήσεις επηρεάζονται από άσκοπα ερεθίσματα που δεν βοηθούν στη σωστή χρησιμοποίησή τους.<sup>11</sup>

**Πώς επηρεάζεται η κάθε αίσθηση:**

**(α) Ακοή:**

- Μηχανικός εξοπλισμός
- Συζητήσεις αγνώστων

**(β) Όραση:**

- Μονότονο περιβάλλον
- Λευκό φως όλο το 24ωρο

**(γ) Αφή:**

- Αναλγητικά φάρμακα
- Περιορισμός κινήσεων λόγω καθετήρων
- Ιδιαιτερότητα περιβάλλοντος

**(δ) Όσφρηση και γεύση:**

- Τραχειοσωλήνας, ενδοτράχειος καθετήρας
- Ρινογαστρικός καθετήρας

■ **Εξασθένηση και εξάντληση.** Συνήθως προκαλούνται από την έλλειψη ύπνου, τον πόνο, τον θόρυβο και τον έντονο φωτισμό.

■ **Φόβοι.** Οι ασθενείς της Μ.Ε.Θ που δεν βρίσκονται υπό καταστολή συνήθως βιώνουν φόβους ως αποτέλεσμα της απομόνωσης.

■ **Υποβιβασμός.** Ο υποβιβασμός της προσωπικότητας είναι συνηθισμένος στους ασθενείς αυτούς. Συνήθως νοσηλεύονται γυμνοί, κάτι που δεν είναι ευχάριστο σε κάποιον που έχει τις αισθήσεις του. Οι νοσηλευτικές διαδικασίες

## ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

γίνονται μερικές φορές χωρίς την εφαρμογή μέτρων απομόνωσης , κάτι που προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα στον ασθενή.<sup>10</sup>

Φαίνεται λοιπόν, ότι ο άρρωστος στον ιδιαίτερο χώρο της Μ.Ε.Θ , μπορεί να βιώσει έντονα συναισθήματα που επηρεάζουν γενικότερα την προσωπικότητα και τον χαρακτήρα του τα οποία στιγματίζουν την ζωή του , μετά την έξοδό του από την μονάδα.<sup>10</sup> Τα προβλήματα αυτά μπορεί να μην προκληθούν καν, αν το νοσηλευτικό προσωπικό είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο, ώστε να δημιουργήσει ένα περιβάλλον ασφάλειας στον ασθενή, που θα ελάττωση τις φοβίες του, θα δώσει λύσεις στις απορίες του και θα του μεταβιβάσει ένα αίσθημα σιγουριάς για τις διάφορες νοσηλευτικές διαδικασίες που του γίνονται μέχρι και την έξοδό του από την μονάδα.<sup>11</sup>

Έτσι, όσον αφορά την αίσθηση της ακοής , οι ειδικοί , συνιστούν ότι η νοσηλευτική ομάδα πρέπει να συνομιλεί με τους ασθενείς και να ενθαρρύνει και τους συγγενείς να κάνουν το ίδιο.

■ **Η απομόνωση**, παράλληλα, ελαττώνεται με την δυνατότητα που δίνεται στον άρρωστο να επικοινωνήσει. Οι ειδικές συσκευές που χρησιμοποιούνται από ασθενείς που φέρουν τραχειοτομία για την ομιλία πρέπει να εφαρμόζεται.<sup>10</sup>

Όσον αφορά την αίσθηση της όρασης , οι ειδικοί συνιστούν ότι τα monitor που χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση της πορείας του ασθενή πρέπει να μην τοποθετούνται προς την πλευρά του. Απαραίτητη είναι επίσης, η χρήση ειδικών παραβάν , όταν εφαρμόζονται κυρίως επώδυνες διαδικασίες , σε άλλον ασθενή. Η μονοτονία του περιβάλλοντος μπορεί να μειωθεί, με την χρήση τηλεόρασης ή άλλων προσωπικών αντικειμένων.<sup>10,11</sup>

Η αφή μπορεί να μην λειτουργήσει , αν οι καθετήρες και τα καλώδια που είναι συνδεδεμένα με τον ασθενή , είναι τοποθετημένα ώστε να του δίνουν την δυνατότητα της μερικής μετακίνησης. Η σωματική επαφή , όπως το κράτημα του χεριού του από τον νοσηλευτή , έχει ύψιστη ψυχολογική σημασία για τον ασθενή.<sup>12</sup>

## ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Τέλος , η αίσθηση της γεύσης , είναι δύσκολο να επανέλθει σε κάποιον που δεν σιτίζεται από το στόμα. Για τον λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία η χορήγηση , ελάχιστης ποσότητας , εύγεστης τροφής σε ασθενείς που έχουν καλό επίπεδο επικοινωνίας αλλά η γενική τους κατάσταση δεν τους επιτρέπει την χορήγηση επαρκούς διατροφής από το στόμα.<sup>11,12</sup>

Η αποβολή των φόβων και της αίσθησης υποβιβασμού αποτελεί έναν ακόμα στόχο του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο νοσηλευτής πρέπει να λειτουργεί έτσι ώστε να ελαχιστοποιεί το αίσθημα αποπροσωποίησης , τους φόβους και τα αισθήματα υποβιβασμού. Αυτό πραγματοποιείται με την έμφαση στην αυτονομία του ασθενή και στην τήρηση των αρχών για την διασφάλιση της προσωπικότητάς του.<sup>6,7,11</sup>

Ο θόρυβος μπορεί να ελαττωθεί με την ελαχιστοποίηση των θορύβων που προκαλούν τα μονιτορ σε περίπτωση δυσλειτουργίας , τη ρύθμιση των τηλεφώνων στο χαμηλότερο δυνατό ήχο και την μέγιστη μετακίνηση του εξοπλισμού από τον περίγυρο του ασθενή.<sup>6</sup> Ο φωτισμός , επίσης, πρέπει να μειώνεται κατά τις νυχτερινές ώρες. Αν αυτό δεν είναι εφικτό , ενδείκνυται η τοποθέτηση του ασθενούς σε μια κατάλληλη θέση με μειωμένο οπτικό πεδίο.<sup>7</sup>

Όλα τα παραπάνω αποτελούν απλές τεχνικές, με τις οποίες το περιβάλλον της Μ.Ε.Θ μπορεί να μετατραπεί σε ένα ασφαλές και άνετο περιβάλλον προς τον ασθενή , που να του διοχετεύει εμπιστοσύνη και σιγουριά, ώστε η νοσηλεία του στον ιδιαίτερο αυτό χώρο να είναι ευχάριστη και χωρίς προβλήματα. Είναι φανερό λοιπόν , ότι ο χώρος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας αποτελεί ιδιαίτερο τμήμα του νοσοκομείου και όσον αφορά το περιβάλλον και όσον αφορά την περίθαλψη. Η Μ.Ε.Θ σαν χώρος αποτελεί ένα ασφαλές καταφύγιο αλλά παράλληλα και ένα μέρος τρόμου για τον ασθενή.<sup>11</sup>

Το προσωπικό , είναι εκείνο , που θα του μεταβιβάσει ένα κλίμα ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Ποτέ ο ασθενής της μονάδας δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ένα σώμα που δεν αντιλαμβάνεται το περίγυρό του. Όλοι οι ασθενείς αντιπροσωπεύουν προσωπικότητες και δικαιούνται την αναγνώ-



## ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

-ριση. Η τήρηση της αξιοπρέπειάς τους αποτελεί ένα απλό δείγμα σεβασμού<sup>12</sup>...

### **2.3 Η ΑΝΑΓΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ**

Η επικοινωνία σαν ανθρώπινη ανάγκη είναι πάντα παρούσα και στον υγιή και στον άρρωστο άνθρωπο. Επίσης το ίδιο σημαντική είναι και για τον ελαφρά και για τον βαριά πάσχοντα, εντός ή εκτός της Μ.Ε.Θ. Η διερεύνηση και εξακρίβωση των γνωστικών αναγκών του αρρώστου και οι επικοινωνιακές του δυνατότητες, είναι έργο όλης της διεπιστημονικής ομάδας που εμπλέκεται στην φροντίδα του.<sup>13</sup>

Είναι γενικά παραδεκτό ότι ένας άρρωστος για να εισαχθεί και να νοσηλευτεί σε Μ.Ε.Θ, απειλείται κάποια από τις ζωτικές του λειτουργίες. Στα πλαίσια της αντιμετώπισης του αρρώστου, το βάρος δίνεται στην παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών, με σκοπό κατά το δυνατόν καλύτερη έκβαση της υγείας του. Κ' αυτόν τον τρόπο η ένταση της φροντίδας επικεντρώνεται στα βιολογικά φαινόμενα, αφήνοντας σε δεύτερη μοίρα την αντιμετώπιση των ψυχολογικών αναγκών του αρρώστου.<sup>13</sup>

Ο άρρωστος στη Μ.Ε.Θ δεν είναι μόνο ένας οργανικο-βιολογικός μηχανισμός αλλά μια πλήρης βιο-ψυχο-κοινωνική ένταξη. Και η αντιμετώπιση ή ικανοποίηση των ψυχολογικών του αναγκών, υπό το πρίσμα της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας, αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Επιπλέον, ο χώρος των Μ.Ε.Θ δεν είναι και ο πιο κατάλληλος για την διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας του αρρώστου.<sup>9</sup>

Εκτός από τα παραπάνω και άλλοι παράγοντες όπως υποχρεωτική ακινησία, αδυναμία ομιλίας, κ.λ.π , προκαλούν έλλειψη φυσικής άνεσης και εμφάνιση άγχους. Όταν αυτές οι συνθήκες συνδυαστούν με μερική ή παντελή έλλειψη επικοινωνίας, τότε το άγχος μεταβάλλεται σε αγωνία, φόβο, stress και ο άρρωστος αρχίζει να νοιώθει μόνος μέσα στο περιβάλλον της Μ.Ε.Θ.<sup>9</sup>

Η ανάγκη για επικοινωνία όχι μόνο των αρρώστων στις Μ.Ε.Θ, αλλά και οποιουδήποτε αρρώστου, έχει απασχολήσει τους ερευνητές και έχει καταδε -

## ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

καταδειχτεί από πολλές εργασίες και δημοσιεύσεις. Αρκετοί νοσηλευτές έχουν ασχοληθεί με αυτό το θέμα και έχουν κάνει αξιόλογες διαπιστώσεις. Η Αγγλίδα Jane Mallet ( 1998 ) παρατηρεί ότι η επικοινωνία με τον άρρωστο δεν συνιστά απλώς καλή νοσηλευτική φροντίδα, αλλά και θεραπευτική σχέση.<sup>14</sup>

Ο άρρωστος στο περιβάλλον της Μ.Ε.Θ έχει ακόμα περισσότερο αυξημένες ανάγκες επικοινωνίας γιατί το ιδιαίτερα « βαρύ »περιβάλλον αλλά και η απειλή της υγείας, του δημιουργούν πρόσθετο άγχος και εξάρτηση. Η ομιλία πολλές φορές καταργείται για άλλοτε άλλο διαφορετικό χρονικό διάστημα.<sup>14</sup> Η δυνατότητα της επικοινωνίας πρέπει να διατηρείται με κάθε μέσο. Η απώλεια κώδικα επικοινωνίας ή « κλειδιού » διαλόγου, καθιστούν τον άρρωστο άβουλο όν, εξαρτώμενο αποκλειστικά απ' τους άλλους.<sup>15</sup>

Ο διάλογος κατά την Ασπασία Καγιαλάρη (1999) μπορεί να φέρει θαυμαστά αποτελέσματα όταν ο ασθενής στη Μ.Ε.Θ εμφανίζει άγχος ή αντιδραστική κατάθλιψη.<sup>15</sup> Ο φόβος της απώλειας της επικοινωνίας συνοδεύει τους αρρώστους, είτε αυτούς που εισήχθησαν σε μια Μ.Ε.Θ, είτε όσους είχαν ενημερωθεί εκ των προτέρων για την εισαγωγή τους. Η εκ των προτέρων ενημέρωση για αδυναμία ομιλίας λόγω της παρουσίας ενδοτραχειακού σωλήνα φαίνεται κατά την Ιταλίδα νοσηλεύτρια Cristina Luciani και τους συνεργάτες της (1996) , ότι μειώνει τον φόβο επικοινωνίας και μη κατανόησης, από ότι σε μη ενημερωμένους αρρώστους.<sup>16</sup>

Τα προβλήματα επικοινωνίας γίνονται εντονότερα όταν η αδυναμία του λόγου δεν οφείλεται σε τεχνικά προβλήματα όπως ο τραχειοσωλήνας ή η τραχειοστομία, αλλά όταν υπάρχουν αφασιακές διαταραχές. Εκεί απαιτείται ο καθορισμός της βλάβης και η εξάντληση των δυνατοτήτων επικοινωνίας με τον άρρωστο. Τα κέρδη της επικοινωνίας με τον άρρωστο που είναι εξαρτημένος απ' την δική μας παρουσία, είναι σημαντικά γι'αυτόν.

Σε μια ελληνική ερευνητική εργασία, μια ομάδα νοσηλευτών, αναφέρει ότι οι άρρωστοι που νοσηλεύτηκαν σε Μ.Ε.Θ, θα επιθυμούσαν μεγαλύτερη επικοινωνία και συζήτηση. Αυτό θα μπορούσε να τους καταστείλει τον φόβο και ότι θεωρούν οι ασθενείς την επικοινωνία εξ' ίσου σημαντική με την

φαρμακευτική αγωγή.<sup>9</sup>

Ιδιαίτερα εύγλωττες είναι οι μαρτυρίες για το πώς νοιώθουν οι άρρωστοι το ενδιαφέρον των νοσηλευτών γι'αυτούς, μέσα από μια άλλη έρευνα Σουηδών νοσηλευτών για ασθενείς σε Μ.Ε.Θ: "...όταν κάποιος από το προσωπικό ήταν ευγενικός, οι άρρωστοι ένοιωθαν ότι αισθάνονταν συγκίνηση γι'αυτήν τους την ευγένεια, ή αν κάποιος ήταν βιαστικός ή δεν τους μιλούσαν αρκετά αυτοί ένοιωθαν αγνοημένοι ή παραμελημένοι και ότι κανείς δεν είχε χρόνο να τους ακούσει<sup>17</sup>..." Η χρησιμοποίηση, επομένως, των διαθέσιμων τεχνικών και δυνατοτήτων επικοινωνίας στα χέρια των νοσηλευτών στις Μ.Ε.Θ, αποτελεί ένα αποτελεσματικό μέσο στην διατήρηση της επικοινωνίας με τον άρρωστο, βοηθάει σε μια πιο ανθρώπινη παραμονή στην Μ.Ε.Θ και συμβάλει στην βελτίωση της πρόγνωσης της υγείας του αρρώστου.

### **2.4 ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ**

Είναι αναμφισβήτητο ότι κάθε ασθενής θεωρεί ως βασικό στήριγμα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του, τους θεράποντες ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, που επιτελείται την γενικότερη νοσηλεία του. Παράλληλα όμως σε αυτές τις δύσκολες στιγμές χρειάζεται και την αμέριστη συμπαράσταση των αγαπημένων προσώπων ( συγγενικών ή φιλικών). Όταν ο ασθενής νοσηλεύεται σε Μ.Ε.Θ, η κατάσταση περιπλέκεται καθώς και η επαφή με τα συγγενικά του πρόσωπα είναι περιορισμένη.<sup>18</sup>

Οι απόψεις σχετικά με την αναγκαιότητα του επισκεπτηρίου δίστανται, καθώς για άλλους εγκυμονεί κινδύνους για τους ασθενείς, ενώ για άλλους έχει ευεργετική κι ενθαρρυντική επίδραση σε αυτούς. Επίσης, η διάρκεια του επισκεπτηρίου στη Μ.Ε.Θ είναι ένας σοβαρός προβληματισμός για πολλούς.<sup>18,19</sup>

Η πολιτική του νοσοκομείου, η κρίση των νοσηλευτών, η άποψη των ασθενών αλλά και των συγγενικών προσώπων, είναι παράγοντες καθοριστικοί, τόσο για την επιστημονική όσο και για την πρακτική προσέγγιση της παραπάνω κατάστασης:

### ✱ Αντιλήψεις ασθενών.<sup>20</sup>

Φυσικά, κάθε πλευρά έχει τα δικά της επιχειρήματα. Ειδικότεροι παράγοντες που διαμορφώνουν την τακτική του νοσοκομείου ή επηρεάζουν τις πολιτικές επισκεπτηρίου στις Μ.Ε.Θ, επικεντρώνονται στην οξύτητα της ασθένειας και τις ανάγκες του ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό ερμάνει στην άποψή του γιατί διαπιστώνει κάποια δυσμενή αποτελέσματα που έχει το επισκεπτήριο στους ασθενείς της Μ.Ε.Θ.<sup>20</sup>

Είναι δυνατόν να προκύψουν αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες από το επισκεπτήριο στους ασθενείς στη Μ.Ε.Θ. Η **Bron** μελέτησε 50 ασθενείς σε Μ.Ε.Θ και διαπίστωσε ότι οι επισκέψεις της οικογένειας σχετίζονταν σημαντικά με την αύξηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και της καρδιακής συχνότητας (ΚΣ), συγκριτικά με περιόδους που ο ασθενείς αναπαυόταν μόνος του.<sup>18</sup> Η **Theorelei και Wester** μελέτησαν 36 ασθενείς στη Μ.Ε.Θ και βρήκαν ότι αυτοί που είχαν συχνά επισκεπτήριο παρουσίαζαν σοβαρότερες και συχνότερες αρρυθμίες από αυτούς που δεν είχαν επισκεπτήριο.<sup>19</sup>

Ακόμη οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι επισκέψεις επηρεάζουν αρνητικά διότι αυξάνουν τον κίνδυνο των λοιμώξεων, εμποδίζουν την ξεκούραση των ασθενών και τους δημιουργούν, μερικές φορές, δυσλειτουργία κατά την διάρκεια της νοσηλείας.<sup>19</sup> Από την άλλη πλευρά μελέτες αποδεικνύουν ότι οι επισκέψεις της οικογένειας δεν είναι περισσότερο στρεσογόνο από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.<sup>20</sup> Επιπλέον μισό των μελών της οικογένειας, η αναγκαστική απομόνωση του ασθενή μπορεί να προκαλέσει αμφισβήτηση και έλλειψη εμπιστοσύνης στο προσωπικό.<sup>19</sup>

Συνοψίζοντας χρειάζεται να τονιστούν τα εξής: (α) οι νοσηλευτές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους ότι όλοι οι ασθενείς έχουν ανάγκη την οικογένειά τους που έχει μια σημαντική θέση στην ζωή τους (β) η οικογένεια και ο ασθενής αισθάνονται ανίσχυροι και αδύναμοι μπροστά στην σοβαρή ασθένεια και την εισαγωγή στη Μ.Ε.Θ.

Η **Roberts** αναγνωρίζει 3 αιτίες που οδηγούν στην αίσθηση αδυναμίας:

## ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

- Η φυσιολογική απώλεια ελέγχου – αναφέρεται στην ικανότητα του απόμου να ελέγξει το σώμα του.
- Την έλλειψη ελέγχου του περιβάλλοντος.
- Η φυσιολογική απώλεια ελέγχου που αφορά την αδυναμία λήψη αποφάσεων.

Τα αποτελέσματα αυτής της αδυναμίας είναι άγχος και απογοήτευση για τον ασθενή. Ωστόσο οι νοσηλευτές μπορούν να αλλάξουν τα συναισθήματα των ασθενών που οφείλονται σε ψυχολογική και περιβαλλοντική έλλειψη ελέγχου. Γενικά χρειάζεται προσπάθεια από όλες τις πλευρές. Οι συγγενείς μπορούν να συμβάλλουν με την διακριτική παρουσία τους και τον σεβασμό τους στο έργο που επιτελείται στη Μ.Ε.Θ. Οι ασθενείς όμως με το να έχουν εμπιστοσύνη στην πολιτική του νοσοκομείου και την τακτική της Μ.Ε.Θ, αποβλέπουν σε καλύτερη δυνατή και γρήγορη αποκατάσταση της υγείας τους.<sup>20</sup>

Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία του επισκεπτηρίου γνωρίζοντας ότι η επιτυχής και ταχεία ανάρρωση είναι αποτέλεσμα ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και της ψυχικής ισορροπίας και ευεξίας των ασθενών, που συχνά αποκτάται από την επαφή τους με αγαπημένα τους πρόσωπα.<sup>20</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

## ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ

- ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ
- ΣΤΟΧΟΙ ΘΡΕΠΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
- ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΟΥ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑ
- ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ
- ΟΡΙΣΜΟΣ
- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ
- ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ
- ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΨΗΛΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ
- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ
- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ
- ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΟΛΑ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ
- ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
- ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **3.1 ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ**

Οι άρρωστοι που νοσηλεύονται στις Μ.Ε.Θ, ανεξαρτήτως του κύριου προβλήματός τους, υποβάλλονται σε έντονο μεταβολικό stress. Η αντιμετώπιση αυτού του stress με όλες τις οργανικές αντιδράσεις που συνεπάγεται απαιτεί υψηλή κατανάλωση ενέργειας. Την αναπλήρωση της απαιτούμενης ενέργειας επιτυγχάνεται με την χορήγηση διατροφικών κατάλληλων σκευασμάτων.<sup>21</sup>

Το είδος των σκευασμάτων, η οδός χορήγησης και η ακριβής ποσότητα, εξαρτώνται από τις ιδιαιτερότητες του κάθε αρρώστου και τα επιμέρους προβλήματά του. Ανεξαρτήτως των αποφάσεων που λαμβάνονται κάθε φορά για την θερμιδική υποστήριξη του βαρέως πάσχοντα, η εμπλοκή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ουσιαστική, από την έναρξη μέχρι την περάτωση της διατροφικής θεραπείας.<sup>21</sup>

Η υποστήριξη της διατροφής, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις, δεν αποτελεί από μόνη της θεραπευτική αγωγή. Μπορεί να συγκριθεί επιτυχώς με την αντιμετώπιση των υγρών και ηλεκτρολυτών:

- ✘ Καμία από τις δύο δεν είναι ειδική θεραπεία, εκτός για ορισμένες ελλειμματικές καταστάσεις.
- ✘ Και οι δύο έχουν τεράστια σημασία για την υποστήριξη του αρρώστου, κυρίως στις βαριές ή παρατεταμένες παθήσεις.
- ✘ Η κακή αντιμετώπιση από παράλειψη ή λανθασμένη χορήγηση, μπορεί να ανατρέψει την κατά τα άλλα ορθή θεραπευτική τακτική και να αυξήσει σημαντικά τη νοσηρότητα και θνητότητα.<sup>22</sup>

#### **3.1.1 ΣΤΟΧΟΙ ΘΡΕΠΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ**

Η κακή θρέψη μπορεί να έχει αποτέλεσμα την γενικευμένη έλλειψη θρεπτικών στοιχείων ή ανάπτυξη επιλεγμένων ανεπαρκειών συγκεκριμένων

στοιχείων, που οφείλεται σε αλλαγή των αναγκών ανάλογα με τη νόσο, την ύπαρξη τραύματος ή λοίμωξη.<sup>23</sup>

Στόχος της τεχνητής θρεπτικής υποστήριξης είναι να διατηρήσει ή να αναπληρώσει την καθαρή σωματική μάζα του σώματος και να προλάβει ή να διορθώσει ανεπάρκειες συγκεκριμένων στοιχείων, σε ασθενή που η σίτιση από το στόμα είναι ανεπαρκής ή αδύνατη.<sup>21,23</sup>

### **3.1.2 ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΟΥ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑ**

Η επιλογή του τρόπου χορήγησης είναι κάτι που τα τελευταία χρόνια έχει λυθεί και στο οποίο συμφωνούν όλοι οι ερευνητές. Αναφέρονται δύο τρόποι χορήγησης διατροφικών σκευασμάτων.<sup>21,22,23,24</sup>

**✕ εντερική διατροφή**

**✕ παρεντερική διατροφή**

#### **Ξ Εντερική διατροφή**

Η εντερική διατροφή προτιμάται, όπου είναι δυνατό, γιατί αφενός δεν υπάρχει καμία σημαντική διαφορά στην ενεργειακή απόδοση και χρησιμοποίηση των θρεπτικών ουσιών μεταξύ παρεντερικής και εντερικής διατροφής, αφετέρου στην ισοθερμιδική δόση, η παρεντερική είναι 5 έως 10 φορές ακριβότερη της εντερικής διατροφής.

Το σημαντικότερο όμως είναι το γεγονός ότι η εντερική διατροφή παριστά την φυσιολογική οδό διατροφής. Έτσι προστατεύει την ακεραιότητα του βλεννογόνου του πεπτικού εμποδίζοντας τη <<βακτηριακή υπόθεση>> και κάνει μια φυσιολογική εξουδετέρωση του όξινου γαστρικού υγρού, προστατεύοντας το γαστρικό βλεννογόνο από τη διάβρωση και την αιμορραγία.

Είναι σημαντικό να ελέγχουμε περιοδικά την κατάσταση και την πρόοδο της θρέψης του αρρώστου. Επίσης θα πρέπει να παρακολουθείται, εβδομαδιαίως, το ποσόν της αποβολής του αζώτου της ουρίας των ούρων 24ώρου προκειμένου να υπολογισθεί το ισοζύγιο αζώτου.



### Τρόπος χορήγησης

Ο ρινογαστρικός καθετήρας πρέπει να είναι λεπτός και μαλακός και να διαπιστώνεται η σωστή τοποθέτησή του πριν γίνει η έγχυση της τροφής. Ενδοσκοπική διαδερμική γαστροστομία ή νησιδοστομία γίνεται σε ασθενείς με ΚΕΚ και πολυτραυματίες, οι οποίοι χρειάζονται μεγάλο χρόνο νοσηλείας και τεχνητής διατροφής (3-6 μήνες).<sup>21</sup>

Στους βαρέως πάσχοντες, μέθοδος εκλογής είναι η συνεχής έγχυση. Η εφάπαξ διατροφή (bolus) έχει περισσότερες πιθανότητες να προκαλέσει διάρροια ή εισρόφηση. Συνήθως τηρείται το εξής πρόγραμμα:<sup>23</sup>

**(α) Ημέρα 1<sup>η</sup>:** 150-200 mOsm/ml θρεπτικού μίγματος (συνήθως ½ ως ¼ της πυκνότητας), 50

ml την ώρα για 24 ώρες.

**(β) Ημέρα 2-3<sup>η</sup>:** Αυξάνει ο ρυθμός στα επιθυμητά επίπεδα με 25ml/hr/ημέρα χωρίς να αλλάζει η πυκνότητα του μίγματος.

**(γ) Ημέρα 4-5<sup>η</sup>:** Αυξάνει η πυκνότητα στο ακέραιο.

### Επιπλοκές

Οι επιπλοκές είναι οι εξής:<sup>24</sup>

- Α: Επιπλοκές σχετικές με την τοποθέτηση του καθετήρα.
- Β: Διάβρωση του οισοφάγου και τραχειοοισοφαγικά συρίγγια.
- Γ: Διάρροιες.
- Δ: Υπεργλυκαιμία.
- Ε: Υποφωσφαταιμία.

Η παρεντερική οδός χρησιμοποιείται στους αρρώστους με ανεπαρκή γαστρεντερική λειτουργία. Η χορήγηση της ολικής παρεντερικής διατροφής (ΟΠΔ) προτιμάται στις ακόλουθες καταστάσεις:

### **Α: Παρεντερική διατροφή**

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

---

- Εκλεκτική επέμβαση πεπτικού όταν αναμένεται να υπάρχει δυνατότητα εντερικής σίτισης ή διάστημα μεγαλύτερο των 5 ημερών.
- Ασθενείς με προϋπάρχουσα ελαττωμένη μυϊκή μάζα, λόγω χρόνιας νόσου που εισέρχονται στη Μ.Ε.Θ λόγω επιδείνωσης ή επιπλοκής, ή «κακή» προεγχειρητική προετοιμασία σε σχέση με τη θρέψη.
- Σε βαρείες νόσους του πεπτικού ( οξεία νεκρωτική παγκρεατίτις, βαριά ελκώδης κολίτις) που θέλουμε να θέσουμε το γαστρεντερικό σύστημα σε ηρεμία.

### **Τεχνικές παρεντερικής διατροφής**

- ✗ **Περιφερική τεχνική:** Τα περιφερικά θρεπτικά διαλύματα μπορεί να αρχίσουν με τον επιθυμητό ρυθμό μέσω μιας περιφερικής ή κεντρικής φλέβας.
- ✗ **Κεντρική τεχνική:** Χρησιμοποιούνται υπέρτονα διαλύματα σακχάρου που απαιτούν την έγχυση σε κεντρική φλέβα.<sup>21</sup>

### **Επιπλοκές παρεντερικής διατροφής**

Η παρεντερική διατροφή πρέπει να χορηγείται από κεντρικό καθετήρα.<sup>20,21</sup>

- ◆ **Ηπατομεγαλία:** Συνήθως επώδυνη, μπορεί να είναι ένδειξη λιπώδους διήθησης του ήπατος και η θεραπεία συνίσταται στη μείωση των θερμίδων και αύξηση του λίπους, με ελάττωση της γλυκόζης, η περίσσεια της οποίας οδηγεί σε λιπογέννεση.
- ◆ **Μεταβολικές επιπλοκές:** είναι κυρίως αυτές που οφείλονται στην έγχυση μεγάλης ποσότητας γλυκόζης ( π.χ υπεργλυκαιμία, γλυκοσουρία) ή στην ανεπαρκή αξιολόγηση των αναγκών του αρρώστου με ελλείμματα
- ◆ **Υπογλυκαιμία:** Ορισμένες φορές οφείλεται στην απότομη διακοπή της έγχυσης υπέρτονων θρεπτικών διαλυμάτων γλυκόζης.
- ◆ **Διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας.**
- ◆ **Μηχανικές επιπλοκές:** Αυτές οφείλονται στην τοποθέτηση ή στην παρουσία του κεντρικού καθετήρα και είναι οι εξής:πνευμοθώρακας, υδροθώ -

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

---

-ρακας, κάκωση της καρωτίδας, εμβολή αίρος, θρόμβωση των κεντρικών φλεβών και μεταξύ άλλων, απόφραξη της άκρης του καθετήρα.

● **Σηπτικές επιπλοκές:** Ο φόβος της σήψης προκαλεί σύγχυση στην αντιμετώπιση των αρρώστων με παρεντερική διατροφή, που συνήθως καταλήγει στον υποσιτισμό.

### **3.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ Μ.Ε.Θ**

#### **3.2.1 Εισαγωγή**

Το δέρμα αποτελεί την πρώτη <<γραμμή>> προστασίας του ανθρώπινου οργανισμού από το περιβάλλον. Όταν μια κατάκλιση αρχίσει να γίνεται ανοικτό τραύμα, αυτή η φυσική προστασία χάνεται, αφήνοντας τον ασθενή ευάλωτο στον πόνο, τη λοίμωξη και άλλες επιπλοκές.<sup>25</sup>

Η πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων ανήκει στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και παρέμβασης. Για να μπορέσουν όμως οι νοσηλευτές να ανταποκριθούν επαρκώς στη πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων πρέπει να προηγηθεί ο σχεδιασμός κατευθυντήριων γραμμών και η εκπαίδευσή τους ως προς αυτό.<sup>25,26</sup>

#### **3.2.2 Ορισμός**

Κατάκλιση (ή έλκος πίεσης) ονομάζεται κάθε βλάβη του δέρματος που προκαλείται από άσκηση συνεχούς πίεσης και εμφανίζεται συνήθως σε περιοχές οστικών προεξοχών.<sup>27</sup>

#### **3.2.3 Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση κατακλίσεων**

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση μιας κατάκλισης είναι αρκετοί και οι νοσηλευτές θα πρέπει να τους γνωρίζουν για να μπορούν να αξιολογούν, ποιοι ασθενείς έχουν προδιάθεση για ανάπτυξη κατακλίσεων.

Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη κατακλίσεων είναι οι εξής:<sup>28,27,28,29</sup>

● **Η παρατεταμένη άσκηση εξωτερικής πίεσης,** προκαλεί μειωμένη

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

---

αιμάτωση στους ιστούς, με αποτέλεσμα να μειώνεται η οξυγόνωσή τους και να νεκρώνονται.

◆ **Η υγρασία.** Παρατεταμένη εφίδρωση, απώλεια ούρων, διάρροιες και υγρά παροχετεύσεων προκαλούν ερεθισμό στην επιδερμίδα και εμποτίζουν τους ιστούς του δέρματος, δημιουργώντας έτσι προδιάθεση για λύση της συνέχειάς του.

◆ **Η τριβή της επιδερμίδας** σε σκληρές επιφάνειες προκαλεί εκδορές, ερυθρότητα και φυσαλίδες ( π.χ. όταν προσπαθούμε να ανεβάσουμε τον ασθενή πιο ψηλά στο κρεβάτι ή όταν του αλλάζουμε θέση ).

◆ **Η επιδεινωμένη γενική κατάσταση του ασθενή.**

◆ **Η ηλικία.** Η μεγάλη ηλικία συνεπάγεται μεταβολές στην ακεραιότητα του δέρματος γιατί οι κολλαγόνες ίνες του υποβάλλονται σε αλλαγές, οι οποίες μειώνουν την ισχύ και την ελαστικότητά του. Η επούλωση του τραύματος χρειάζεται 3 φορές περισσότερο χρόνο, σε έναν ασθενή ηλικίας των 60 ετών.

◆ **Η υποθρεψία** (υπολευκωματιναιμία). Η αφυδάτωση και η μειωμένη πρόσληψη πρωτεϊνών συμβάλλει στην εμφάνιση των κατακλίσεων και καθυστερεί τη διαδικασία επούλωσης των τραυμάτων και αυξάνει τους κινδύνους λοίμωξης.

◆ **Η αναιμία.** Η μειωμένη οξυγόνωση των ιστών, ιδιαίτερα στην περιοχή της κατάκλισης, καθυστερεί τον σχηματισμό του κολλαγόνου και την έγκαιρη επιθηλιοποίηση.

◆ **Το οίδημα.** Μειώνει την ελαστικότητα του δέρματος και προκαλεί μείωση της αιμάτωσης των ιστών σε επίπεδο μικροκυκλοφορίας.

◆ **Οι διαταραχές της θερμοκρασίας.** Ο πυρετός προκαλεί αυξημένη εφίδρωση ενώ η υποθερμία προκαλεί μείωση της περιφερικής κυκλοφορίας με σκοπό να διατηρηθεί η θερμοκρασία σε ικανοποιητικά επίπεδα.

◆ **Οι υποκείμενες νόσοι.** Σακχαρώδης διαβήτης, περιφερική αγγειακή νόσος, νεφρική ανεπάρκεια, shock, καθώς και κάθε νόσημα που οδηγεί σε ακινησία.

---

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

### **3.2.4 Προληπτικά μέτρα σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων**

Η πρόληψη παίζει το σημαντικότερο ρόλο στο έργο του νοσηλευτή σε σχέση με τις κατακλίσεις. Οι νοσηλευτές πρέπει να εφαρμόζουν μια σειρά προληπτικών μέτρων, αφού πρώτα έχουν αξιολογήσει τον ασθενή.

Τα βασικότερα από τα προληπτικά μέτρα των κατακλίσεων, τα οποία όμως πρέπει να εφαρμόζονται και σε ασθενείς που έχουν ήδη κατάκλιση είναι τα ακόλουθα:<sup>26,28,30</sup>

- Χρήση ειδικών συσκευών για ανακούφιση του ασθενή από τη μόνιμη πίεση.
- Αλλαγή της θέσης του ασθενή κάθε 2 ώρες.

#### **Αν ο ασθενής έχει ήδη κατάκλιση:**

× Η διάρκεια παραμονής του προς την πλευρά της κατάκλισης, δεν θα πρέπει να είναι περισσότερο από μία ώρα.

× Δεν θα πρέπει να γυρίζει προς την πλευρά της κατάκλισης, περισσότερο από 3 φορές την ημέρα.

× Όταν ο ασθενής είναι σε ύπτια θέση, τα πόδια πρέπει να ανασηκώνονται χρησιμοποιώντας μαξιλάρια ή ειδικά υλικά από αφρολέξ, έτσι ώστε να μην ακουμπούν οι πτέρνες στο κρεβάτι.

× Όταν ο ασθενής είναι σε πλάγια θέση, η γωνία του σώματος πρέπει να είναι 30 μοίρες γιατί μια πλάγια θέση 90 μοιρών (κάθετη) μπορεί να προκαλέσει κατάκλιση στους τροχαντήρες.

Αν η κατάκλιση του ασθενή το επιτρέπει, η ανύψωση της κεφαλής δεν πρέπει να ξεπερνά τις 30 μοίρες. Η ανύψωση της κεφαλής στις 30 μοίρες συμβάλλει στο να μη <<γλιστρά>> εύκολα ο ασθενής προς τα κάτω και έτσι μειώνονται οι δυνάμεις τριβής στην περιοχή του κόκκυγα. Τις ώρες που ο ασθενής σιτίζεται, η κεφαλή ανυψώνεται κανονικά ώστε να μπορεί ο ασθενής

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

---

να σιτιστεί. Η κεφαλή του ασθενή ανυψώνεται πάλι στις 30 μοίρες μία ώρα μετά το τέλος της σίτισης.

■ Παρατηρείται την κατάσταση του δέρματος τουλάχιστον μια φορά την ημέρα(συνήθως κατά την διάρκεια της πρωινής περιποίησης).

■ Διατηρείται το δέρμα στεγνό και καθαρό γιατί η υγρασία είναι ένας από τους παράγοντες που συμβάλλει στη δημιουργία κατακλίσεων. Κάνετε λουτρό στον ασθενή τουλάχιστον μια φορά την ημέρα και κάθε φορά που απαιτείται (π.χ.:εφίδρωση, απώλεια κοπράνων).

■ Κάνετε επάλειψη στο δέρμα του ασθενή με ενυδατικές και λιπαντικές ουσίες κάθε φορά που του αλλάζεται θέση.

Η επάλειψη του δέρματος με ενυδατικές και λιπαντικές ουσίες, συμβάλλει στη διατήρηση της ελαστικότητάς του και το προστατεύει από την επαφή του με τα υγρά του σώματος ( π.χ: ιδρώτες, υγρά παροχετεύσεων).

■ Φροντίζετε ώστε ο ασθενής να έχει την κατάλληλη διαιτητική αγωγή.

Ένας κατακεκλιμένος ασθενής χρειάζεται πρόσληψη 1,5 – 2 gr / Kgr βάρους πρωτεϊνών καθημερινά καθώς και χορήγηση βιταμινών Α, C, γλουταμίνης και ψευδάργυρου. Τα επίπεδα λευκωμάτων πρέπει να μετρούνται συχνά και να διατηρούνται σε φυσιολογικές τιμές. Έχει παρατηρηθεί ότι η διατήρηση των τιμών των λευκωμάτων σε φυσιολογικά επίπεδα συμβάλλει στην πρόληψη των κατακλίσεων και στη γρήγορη επούλωση των τραυμάτων.<sup>30</sup>

### **3.2.5 Στάδια κατακλίσεων**

Γνωρίζοντας το στάδιο μιας κατάκλισης μπορούμε να προσδιορίσουμε τον τρόπο αντιμετώπισής της, με τελικό στόχο την επούλωση.<sup>24,29</sup>

**Τα στάδια στα οποία ταξινομούνται οι κατακλίσεις είναι τα ακόλουθα:**

**Στάδιο 1:** Παρατεταμένη ερυθρότητα μιας δερματικής περιοχής μετά την ανακούφισή της από πίεση. Σημαντικοί δείκτες της εκτίμησης του δέρματος

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

---

δέρματος είναι η εκτίμησης του δέρματος είναι η εμφάνιση: θερμότητας, οιδήματος, σκληρότητας (έλλειψη ελαστικότητας).

**Στάδιο 2:** Λύση της συνέχειας της επιδερμίδας και του δέρματος. Το έλκος είναι επιφανειακό και εμφανίζεται με τη μορφή εκδοράς ή φυσαλίδας ή ως αβαθής κρατήρας.

**Στάδιο 3:** Πλήρη καταστροφή του δέρματος που επεκτείνεται έως τον υποδόριο και λιπώδη ιστό. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εκκρίσεις (εξίδρωμα). Επίσης μπορεί να περιέχει νεκρωμένους ιστούς.

**Στάδιο 4:** Πλήρης καταστροφή του δέρματος – υποδόριου – λιπώδους ιστού, που επεκτείνεται έως τον μυϊκό ιστό, τένοντες, οστά και αρθρώσεις. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εκκρίσεις (εξίδρωμα). Επίσης μπορεί να περιέχει νεκρωτικούς ιστούς.

Η σταδιοποίηση των κατακλίσεων συνοδεύεται από κλινικές εικόνες που συμβάλλουν στην ακριβέστερη αξιολόγησή τους. Αυτές οι κλινικές εικόνες είναι οι εξής.<sup>29</sup>

► **Φλεγμονή:** Εκτός από τα κλινικά σημεία της φλεγμονής (πόνος, ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα) σε κατακλίσεις σταδίου 3 και 4 οι νεκρωμένοι ιστοί έχουν πράσινο χρώμα και παρατηρείται υπερέκκριση δύσοσμων εκκρίσεων.

► **Νεκρωτική εσχάρα:** Σκληροί νεκρωμένοι ιστοί σε μορφή εσχάρας(χρώματος μαύρου). Η εσχάρα μπορεί να έχει στεγνή ή υγρή μορφή.

► **<<Κίτρινη>> νέκρωση:** Ινώδεις αποδυναμωμένοι ιστοί(χρώματος κίτρινου).

► **Κοκκιοποίηση:** Υγιείς ιστοί σε φάση κοκκιοποίησης(χρώματος κόκκινου).

► **Επιθηλιοποίηση:** Υγιείς ιστοί σε φάση επιθηλιοποίησης(χρώματος ροζ).

### **3.2.6 Αντιμετώπιση – θεραπεία κατακλίσεων**

Η θεραπεία των κατακλίσεων βασίζεται σε τρεις κύριους άξονες:

---

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

---

1. Μείωση της πίεσης
2. Σωστή διαιτητική αγωγή
3. Τοπική φροντίδα των κατακλίσεων<sup>28</sup>

Η τοπική φροντίδα των κατακλίσεων προϋποθέτει την τοποθέτηση ειδικών επιθεμάτων και υλικών που έχουν τη δυνατότητα να διατηρούν την κατάκλιση υγρή.<sup>28</sup> Έχει διαπιστωθεί ότι διατηρώντας μια κατάκλιση υγρή επιταχύνεται η διαδικασία της επούλωσης. Ταυτόχρονα η χρήση των επιθεμάτων παρέχει τη δυνατότητα:<sup>29</sup>

- Της απορρόφησης των υγρών της κατάκλισης.
- Της προαγωγής του φαινομένου της αυτόλυσης (απομακρύνονται από το έλκος οι νεκροί ιστοί).
- Της προστασίας της κατάκλισης από βακτηρίδια.

### **3.2.7 Αντιμετώπιση κατακλίσεων ανάλογα με τα στάδια**

#### **ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 1**

- ≡ Εφαρμόζουμε τα προληπτικά μέτρα κατά της ανάπτυξης κατακλίσεων.
- ≡ Χρησιμοποιείτε υλικά που προστατεύουν την κατάκλιση και συμβάλλουν στην αποφυγή της τριβής του δέρματος.<sup>25</sup>

Τέτοια υλικά είναι διαφανή επιθέματα(υδροκολοειδή ή πολυουραιθάνης). Η διαδικασία εφαρμογής του επιθέματος είναι η εξής:<sup>25,26</sup>

- × Πλένετε την περιοχή με φυσιολογικό ορό
- × Στεγνώνετε την περιοχή σκουπίζοντάς την απαλά με γάζα
- × Εφαρμόζετε το επίθεμα που έχετε επιλέξει
- × Χρόνος αλλαγής: Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 3-5 ημέρες και αμέσως όταν παρατηρείται διαφοροποίηση της κατάστασης του δέρματος ή το επίθεμα έχει αποκολληθεί.



### **ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 2**

- ✳ Εφαρμόζετε τα προληπτικά μέτρα κατά της ανάπτυξης κατακλίσεων
- ✳ Χρησιμοποιείτε τα παρακάτω είδη επιθεμάτων ανάλογα με την ποσότητα των εκκρίσεων και το βάθος της κατάκλισης.

- x Διαφανή επιθέματα(υδροκολλοειδή ή πολυουραιθάνης)
- x Υδροκολλοειδή επιθέματα

Αν η κατάκλιση είναι επιφανειακή και δεν παρουσιάζει μεγάλη εκροή υγρών χρησιμοποιείτε διαφανές επίθεμα. Σε αντίθετη περίπτωση χρησιμοποιείτε υδροκολλοειδές επίθεμα.<sup>25,26</sup>

**Η διαδικασία εφαρμογής του επιθέματος είναι η εξής:**

- x Πλένετε την περιοχή με φυσιολογικό ορό
- x Αν υπάρχουν στοιχεία φλεγμονής πλένετε με ιωδιούχο αντισηπτικό διάλυμα(Betadin solution) και αφού περάσει ο χρόνος δράσης του, ξεπλένετε με φυσιολογικό ορό.
- x Στεγνώνετε την περιοχή σκουπίζοντάς την απαλά με αποστειρωμένη γάζα.
- x Εφαρμόζετε το επίθεμα που έχετε επιλέξει.
- x Χρόνος αλλαγής: Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά που το επίθεμα παρουσιάζει μια τοπική(στην έκταση του έλκους) διόγκωση, η υφή του γίνεται μαλακή και το χρώμα του γαλακτώδες, καθώς και όταν παρατηρηθεί διαρροή εκκρίσεων.

### **ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 3**

- ✳ Εφαρμόζετε τα προληπτικά μέτρα κατά της ανάπτυξης κατακλίσεων.
- ✳ Εφαρμόζετε τα προληπτικά μέτρα κατά της ανάπτυξης κατακλίσεων.
- ✳ Χρησιμοποιείτε τα παρακάτω είδη επιθεμάτων και σκευασμάτων ανάλογα με την ποσότητα εκκρίσεων της κατάκλισης, την παρούσα φλεγμονή και νεκρών ιστών.

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

---

≡ Χρόνος αλλαγής: Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά που το επίθεμα παρουσιάζει μια τοπική (στην έκταση του έλκους) διόγκωση, η υφή του γίνεται μαλακή και το χρώμα του γαλακτώδες καθώς και όταν παρατηρηθεί διαρροή εκκρίσεων.<sup>26,26</sup>

### **ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 4**

Περιλαμβάνει όλα τα μέτρα του σταδίου 3. Στο στάδιο αυτό οι κατακλίσεις χαρακτηρίζονται ως «παραμελημένες» και συνήθως φλεγμαίνουν.<sup>25</sup> Η χρήση αντισηπτικών διαλυμάτων, αντιβιοτικών σκευασμάτων ή σκόνης σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου θεωρείται απαραίτητη<sup>26</sup>

### **3.2.8 Γενικές παρατηρήσεις για όλα τα στάδια**

- ◆ Το επίθεμα πρέπει να καλύπτει 2 cm υγιούς δέρματος γύρω από το έλκος.
- ◆ Η χρήση των αντισηπτικών διαλυμάτων σε κατακλίσεις χωρίς κλινικά σημεία φλεγμονής διαταράσσει τη βακτηριακή ισορροπία του έλκους και δημιουργεί κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών. Επίσης τα αντισηπτικά είναι τοξικά για τους ζωντανούς ιστούς.
- ◆ Η χρήση φυσιολογικού ορού (NaCl 0,9%) στον καθαρισμό του έλκους παρουσιάζει σημαντική αντισηπτική δράση γιατί πολλοί παθογόνοι μικροοργανισμοί απομακρύνονται μηχανικά κατά την έκπλυση του έλκους.
- ◆ Σε καρκινοπαθείς ασθενείς λόγω της ανοσοκαταστολής τους, η τοπική χρήση αντισηπτικών διαλυμάτων και αντιβιοτικών – αντιμυκητασιακών σκευασμάτων είναι απαραίτητη για πρόληψη των λοιμώξεων.
- ◆ Σε περίπτωση που η φλεγμονή μιας κατάκλισης επιμένει ή επιδεινώνονται με την χρήση των επιθεμάτων, διακόπτεται η θεραπεία με τα επιθέματα και εφαρμόζεται στεγνή μέθοδος, γιατί έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένες φλεγμονές ανταποκρίνονται ταχύτερα στη στεγνή μέθοδο φροντίδας.<sup>30</sup>

Όταν η φλεγμονή υποχωρήσει, εφαρμόζουμε πάλι επιθέματα. Στην αυγή της νέας χιλιετηρίδας όλοι οι λειτουργοί της Υγείας, επομένως και οι νοση -

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

---

-λευτές καλούνται να αποδείξουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Μέσα στο πλαίσιο αυτό, η εφαρμογή ενός κατάλληλου σχεδίου για την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων συμβάλλει τόσο στην προαγωγή της υγείας του ασθενή, όσο και στη «μέτρηση» της ποιότητας της παρεχομένης φροντίδας, σχετικά με τις κατακλίσεις.<sup>30</sup>

### **3.3 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Οι λοιμώξεις είναι από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας στη Μ.Ε.Θ. Η χρήση καθετήρων και συσκευών εντατικού ελέγχου στους βαρέως πάσχοντες που αντιμετωπίζονται με πολλαπλά αντιβιοτικά δίνει την ευκαιρία σε τοξικούς μικροοργανισμούς, συχνά ανθεκτικούς στα φάρμακα, να επεκταθούν στο περιβάλλον και να εισβάλουν στον οργανισμό. Πολλές από αυτές τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις προλαμβάνονται και αντιμετωπίζονται.

Αυστηρά πρωτόκολλα για την φροντίδα των τραυμάτων του δέρματος, των καθετήρων των ουροφόρων οδών, των αναπνευστήρων, των ενδοτραχειακών σωλήνων, των ενδαγγειακών καθετήρων και άλλων τεχνικών μέσων μπορεί να ελαττώσουν σημαντικά τις επιπτώσεις των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.<sup>22</sup>

#### **3.3.1 Συνήθεις λοιμώξεις στη Μ.Ε.Θ**

Ειδικές γνώσεις που αφορούν τις πιο κοινές λοιμώξεις στη Μ.Ε.Θ χρησιμεύουν για την αρχική διάγνωση της λοίμωξης και την εμπειρική χορήγηση αντιβιοτικών που κατ' ανάγκη βασίζεται σε ατελής πληροφορίες. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο κίνδυνος της αντιβίωσης στον οξέως πάσχοντα στη Μ.Ε.Θ. Όμως ο κίνδυνος να μην αντιμετωπισθεί μία πιθανώς μοιραία λοίμωξη είναι συχνά μεγαλύτερος από τον κίνδυνο της βραχείας χορήγησης αντιβιοτικών.<sup>7</sup>

Η αρχική αντιμετώπιση ορισμένες φορές είναι περιορισμένη και αφορά τους μικροοργανισμούς που συνήθως ανευρίσκονται στην ύποπτη περιοχή. Στον άρρωστο όμως που διατρέχει τον κίνδυνο ανοσοκαταστολής, ενδείκνυται η εμπειρική αγωγή με αντιβιοτικά ευρέως φάσματος, περιμένοντας τα αποτε -

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

---

-λέσματα της καλλιέργειας ή άλλες πληροφορίες που θα διευκολύνουν τη διάγνωση.

Οι παθογόνοι οργανισμοί των λοιμώξεων στη Μ.Ε.Θ περιλαμβάνουν μια μεγάλη ποικιλία μικροβίων, που, ωστόσο, περιορίζεται ανάλογα με την περιοχή ή το όργανο που έχει προσβληθεί. Κάθε μονάδα ή ίδρυμα μπορεί επιπλέον να έχει τη δική του χλωρίδα και τη δική του ευαισθησία σε αντιβιοτικά.

Οι πιο κοινές ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις αφορούν κατά 85% τις ουροφόρους οδούς, την αναπνευστική οδό, τα τραύματα και το αίμα και έχουν την πρώτη θέση κατά την αξιολόγηση του σηπτικού αρρώστου.<sup>22</sup>

### **1. Λοιμώξεις των ουροφόρων οδών**

Οι πιο κοινές λοιμώξεις στη Μ.Ε.Θ αφορούν την κατώτερη ουροφόρο οδό. Περίπου το 75% των νοσοκομειακών ουρολοιμώξεων έχουν σχέση με τους χειρισμούς των ουροφόρων οδών. Ακόμη και με έναν απλό καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης υπάρχει σημαντικός κίνδυνος λοίμωξης, κυρίως στους ηλικιωμένους και πιο εξασθενημένους αρρώστους. Η προφυλακτική αντιβίωση ή η έκπλυση του μόνιμου καθετήρα με αντιβιοτικά δεν προλαμβάνει τη λοίμωξη.

### **Διάγνωση**

**A.** Η διάγνωση της ουρολοίμωξης γίνεται από την παρουσία πυουρίας και την καλλιέργεια ούρων που θα δείξει  $10^5$  ή περισσότερα μικρόβια ανά ml. Πιθανόν να βρεθούν και λιγότερα μικρόβια, αλλά γενικά όχι σε λοιμώξεις που έχουν σχέση με καθετηριασμούς στη Μ.Ε.Θ.

**B.** Πριν αποδοθεί η σήψη μόνο στους ουροφόρους οδούς, πρέπει να αποκλεισθούν λοιμώξεις άλλων περιοχών.

**Γ.** Ο πιο κοινός παθογόνος οργανισμός στις νοσοκομειακές ουρολοιμώξεις είναι το κολοβακτηρίδιο και ακολουθούν διάφοροι Gram αρνητικοί βάκιλοι (π.χ.:Candida).

### **Αντιμετώπιση**

Στους αρρώστους με μη επιπλεγμένες ουρολοιμώξεις, το φάρμακο επιλογής από το στόμα είναι η σουλφισοξαζόλη ή η αμπικιλίνη. Εναλλακτικά, μπορεί να χορηγηθεί σουλφαμεθοξαζόλη + τριμεθοπρίμη, τετρακυκλίνη, καρβενικιλίνη και κεφαλοσπορίνες από το στόμα.<sup>7</sup>

Στη Μ.Ε.Θ, κυρίως όταν υπάρχει πυρετός ή στοιχεία σηψαιμίας, αρχίζει η παρεντερική θεραπεία με μια αμινογλυκοσίδη, όπως η γενταμικίνη ή η τομπραμικίνη με προσθήκη αμπικιλίνης, αν υπάρχει υπόνοια εντερόκοκκων. Η αγωγή αυτή απλουστεύεται μόλις φθάσουν τα αποτελέσματα της καλλιέργειας.<sup>7,22</sup>

**Πρέπει να ληφθούν υπόψη οι επιπλοκές των ουρολοιμώξεων:**

- ✘ Η οξεία πυελονεφρίτιδα
- ✘ Η μικροβαιμία
- ✘ Η οξεία προστατίτιδα
- ✘ Ο ασυμπτωματικός αποικισμός στα ούρα
- ✘ Η ακατάλληλη θεραπεία ή η απόφραξη των ουροφόρων οδών

### **2. Λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού**

Η πνευμονία αφορά το 15% των νοσοκομειακών λοιμώξεων και είναι η κύρια λοιμώδης αιτία θανάτου. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία στη Μ.Ε.Θ, όπου η πνευμονία εμφανίζει τη μεγαλύτερη συχνότητα. Η πνευμονία διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή.<sup>22</sup>

**A. Η εξωνοσοκομειακή πνευμονία** (από τον χώρο εργασίας και κατοικίας) οφείλεται συνήθως σε χλωρίδα του στόματος ευαίσθητη στην πενικιλίνη ή σε ειδικούς μικροοργανισμούς όπως πνευμονιόκοκκοι.

**B. Ενδονοσοκομειακή πνευμονία:** Οι άρρωστοι της Μ.Ε.Θ είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη αποικιών στις εκκρίσεις του αναπνευστικού από νοσοκομειακή χλωρίδα, κυρίως Gram αρνητικών βακτηριδίων και S.aureus. Ο αποικισμός

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

---

αυτός αναπτύσσεται γρήγορα μέσα σε 24 ώρες.

**Η ενδονοσοκομειακή πνευμονία οφείλεται σε ποικιλία μικροβίων :**

- ✘ αερόβια βακτηρίδια αρνητικά κατά Gram όπως η Klebsiella , E. Coli κ.λ.π  
λοιμώξεις από αναερόβια και ιούς
- ✘ μικροοργανισμοί που δεν αναγνωρίζονται με την άμεση εξέταση, όπως  
Mycoplasma
- ✘ στον ξενιστή με κίνδυνο ανοσοκαταστολής (Aspergillus)
- ✘ η *Candida albicans* που ανευρίσκεται στα πτύελα

### **Διάγνωση**

Η διάγνωση της πνευμονίας βασίζεται στο ιστορικό (βήχας, παραγωγή πτυέλων, αιμόπτυση, πυρετός , ρίγη κ.λ.π) , την κλινική εξέταση (υγροί ρόγχοι, κυάνωση, ταχύπνοια, ανεξήγητη δύσπνοια κ.λ.π) και τις εργαστηριακές εξετάσεις (ακτινογραφία θώρακος, εξέταση πτυέλων).<sup>22</sup>

### **Αντιμετώπιση :**

Η κλινική εικόνα, το ιστορικό και η ακτινογραφία θώρακος θα θέσουν μια πιθανή διάγνωση.<sup>6,7,22</sup> Ωστόσο, μόνο με προηγούμενες καλλιέργειες και η άμεση εξέταση των πτυέλων θα κατευθύνουν την αρχική θεραπεία. Οι κύριες κατηγορίες των παθογόνων οργανισμών προσδιορίζονται με τον προσεκτικό έλεγχο της άμεσης εξέτασης. Όταν φθάσουν τα αποτελέσματα της καλλιέργειας και του αντιβιογράμματος, η θεραπεία μπορεί να αλλάξει.<sup>22</sup>

Η αρχική επιλογή των αντιβιοτικών γίνεται συχνά με ατελής πληροφορίες. Η άμεση εξέταση ερευνά το υλικό που περιέχει το περισσότερο πύον και καθορίζει την επιλογή των αντιβιοτικών. Εκκρίσεις που δεν περιέχουν πολυμορφοπύρηνα, δεν αξίζει να εξετασθούν περαιτέρω, εκτός αν ο άρρωστος παρουσιάζει μεγάλη ελάττωση των κοκκιοκυττάρων. Στην ασυνήθη περίπτωση που δεν υπάρχουν πτύελα, η εκλογή των αντιβιοτικών θα εξαρτηθεί από την μικροβιακή χλωρίδα της Μ.Ε.Θ.<sup>22</sup>

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

---

Ωστόσο, στη Μ.Ε.Θ που υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ψευδομοναδικών λοιμώξεων, εφαρμόζεται ο συνδυασμός δύο αντιψευδομοναδικών φαρμάκων όπως η τικαρκιλλίνη ή η καρβενικιλλίνη με τομπραμυκίνη και ένα αντισταφυλοκοκκικό φάρμακο όπως η ναφκιλλίνη ή η βανκομυκίνη.<sup>7</sup> Η φυσικοθεραπεία υπήρξε πάντα το κύριο στήριγμα της αρχικής αντιμετώπισης των λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού, κυρίως στους αρρώστους με χρόνια πνευμονοπάθεια και διαταραχή του μηχανισμού αποβολής των εκκρίσεων.

### **3. Λοιμώξεις του εγχειρητικού τραύματος**

Η συχνότητα μετεγχειρητικών λοιμώξεων του τραύματος σε πολλές επεμβάσεις, μπορεί να ελαττωθεί με την προφυλακτική αντιβίωση. Για την πρόληψη χρησιμοποιούνται μόνο κεφαλοσπορίνες, που χορηγούνται παρεντερικώς λίγο πριν την εγχείρηση για να εξασφαλίσουν ικανοποιητικά επίπεδα στους ιστούς και μία έως δύο δόσεις ενδο- ή μετεγχειρητικά.<sup>6</sup>

#### **Διάγνωση**

Η διάγνωση των λοιμώξεων των τραυμάτων βασίζεται στη διερεύνηση της εγχειρητικής περιοχής και την αναζήτηση πυώδους συλλογής ή σημείων κυτταρίτιδας. Λοιμώξεις που βρίσκονται στο βάθος ή μέσα στο αιμάτωμα πιθανώς να χρειαστούν αναρρόφηση και αναζήτηση πολυμορφοπύρηνων με την άμεση εξέταση.<sup>7</sup>

#### **Αντιμετώπιση**

☒ Με την άμεση εξέταση της παροχέτευσης του τραύματος ή του υλικού που αναροφάται, διακρίνονται :

- x Gram θετικοί κόκκοι κατά σωρούς
- x Gram θετικοί κόκκοι κατά αλυσίδες
- x Gram αρνητικοί βάκιλοι

☒ Αν υπάρχουν αναερόβια του εντέρου στα τραύματα, στο αρχικό σχήμα

περιλαμβάνεται χλωραμφαινικόλη, κλινδαμυκίνη, κεφοξυτίνη ή μετρονιδαζόλη.

■ Σε περιπτώσεις σηπτικών καταστάσεων των χοληφόρων, συνδυάζεται η αμπικιλίνη με μια αμινογλυκοσίδη για να καλύψουν τα αρνητικά κατά Gram βακτηρίδια και τους εντερόκοκκους.

Η διάρκεια της θεραπείας καθορίζεται αρχικά από το βάθος, την περιοχή και την βαρύτητα της λοίμωξης.<sup>7</sup> Μερικά επιπολής αποστήματα χρειάζονται 4-5 ημέρες αντιβίωσης ενώ λοιμώξεις σε βαθύτερα όργανα ή οστά, απαιτούν πολύ μεγαλύτερη διάρκεια θεραπείας.<sup>22</sup>

#### **4. Μικροβαιμία**

Η μικροβαιμία είναι αποτέλεσμα λοίμωξης μιας εξωαγγειακής περιοχής ή είναι πρωτοπαθής όταν δεν υπάρχει άλλη λοίμωξη.<sup>6,7</sup> Ο κίνδυνος της μικροβαιμίας αυξάνει όσο παρατείνεται η παραμονή του καθετήρα. Επομένως οι περιφερικές ΕΦ γραμμές πρέπει να αλλάζουν κάθε 48-72 ώρες. Όταν υπάρχει πυρετός αγνώστου αιτιολογίας, πρέπει να αλλαχθούν οι καθετήρες όλων των γραμμών, ακόμη κι αν δεν υπάρχει εντοπισμένη κυτταρίτιδα ή θρομβοφλεβίτιδα.<sup>6</sup>

Η αντιμετώπιση των λοιμώξεων από καθετήρες απαιτεί την αφαίρεση του καθετήρα και την χορήγηση αντιβιοτικών ΕΦ για 2-4 εβδομάδες, ανάλογα με τον μικροοργανισμό και τις κλινικές συνθήκες. Αν η μικροβαιμία επιμένει παρά το σχολαστικό έλεγχο των ουροφόρων οδών, των πνευμόνων, της θέσης των καθετήρων, η αναζήτηση της εστίας πρέπει να εξατομικεύεται και να κατευθύνεται από τις κλινικές συνθήκες.<sup>6,7,22</sup>

Αν ένας άρρωστος έχει πλήρως αξιολογηθεί και δεν εντοπισθεί καμία από τις παραπάνω εστίες, αρχίζει νέα αναζήτηση από το ιστορικό και τη λεπτομερή κλινική εξέταση, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στα ακόλουθα:<sup>22</sup>

- **Λοίμωξη από συσκευές**
- **έλκη κατακλίσεων**
- **κολπίτιδα**



- Ε Προστατίτιδα**
- Ε παθήσεις χοληφόρων**
- Ε υποδιαφραγματικό ή άλλο ενδοκοιλιακό απόστημα.**

**5. Αιτίες πυρετού χωρίς να υπάρχει λοίμωξη είναι πολύ συχνές στη Μ.Ε.Θ, όπως οι ακόλουθες :**

- × Αντίδραση σε φάρμακα**
- × Νέκρωση ιστών**
- × Ατελακτασία**
- × Πνευμονική εμβολή**
- × Θρομβοφλεβίτιδα<sup>22</sup>**

**6. Πρόληψη διασταυρούμενης λοίμωξης**

Τα πιο σημαντικά μέσα για την πρόληψη της λοίμωξης είναι αυστηρά πρωτόκολλα για το πλύσιμο των χεριών και συνεχής χρησιμοποίηση άσηπτων τεχνικών.<sup>6,7,22</sup> Σε κάθε Μ.Ε.Θ, η λοίμωξη οφείλεται στη χλωρίδα του αρρώστου ή σπανιότερα στη χλωρίδα που μεταδόθηκε από τα χέρια του προσωπικού.<sup>22</sup>

☒ Πολλές παθήσεις μπορεί να μεταδοθούν από τον ένα άρρωστο στον άλλο ή το προσωπικό του Νοσοκομείου. Μέθοδοι για την αναχαίτιση ή την πρόληψη αυτής της μετάδοσης είναι οι εξής :

☒ Οι πλήρεις προφυλάξεις απαιτούν χωριστό θάλαμο και την αυστηρή χρήση γαντιών, μπλούζας και μάσκας.

☒ Οι προφυλάξεις επαφής διακόπτουν τη μετάδοση από τα μεγάλα τραύματα ή τις παθήσεις που μπορεί να εξαπλωθούν με σταγονίδια ή άμεση επαφή.

☒ Οι προφυλάξεις από παροχετεύσεις και εκκρίσεις χρησιμοποιούνται ως προστατευτικός φραγμός, στα απλά μικρά τραύματα.

☒ Οι προφυλάξεις από το αναπνευστικό χρησιμοποιούνται στις παθήσεις

## **ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ**

---

που μεταδίδονται με τον αέρα.

■ Προφυλάξεις από το αίμα και τα υγρά του οργανισμού (Ηπατίτιδα Β, AIDS)

### **Επιλογή αντιβιοτικών**

Η επιλογή των αντιβιοτικών είναι ένα εκλεπτυσμένο και πολύπλοκο θέμα και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο μικροοργανισμός, η αξιοπιστία της διάγνωσης, η περιοχή της λοίμωξης, η κατάσταση του αρρώστου καθώς επίσης η τοξικότητα, η φαρμακοκινητική και το κόστος του φαρμάκου που θα χρησιμοποιηθεί.<sup>22</sup>

\* \* \*

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ
- ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Π.Κ
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ
- ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ
- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ Μ.Ε.Π.Κ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

#### **4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Αρκετά από τα Νοσοκομεία της Ελλάδας και ιδιαίτερα της Αττικής, έχουν δημιουργήσει πρότυπες Μονάδες καρδιοπαθών. Σε αυτές τις Μονάδες ο ασθενής παραμένει 3-4 ημέρες και κατόπιν μεταφέρεται, εφόσον δεν έχει παρουσιάσει καμιά επιπλοκή, σε θάλαμο ο οποίος είναι σε μορφή υπομονάδος.<sup>31</sup>

Στην μονάδα καρδιοπαθών ισχύουν ορισμένοι όροι που αποτελούν αξίωμα και δεν πρέπει να παραβιάζονται.<sup>32</sup>

#### **Οι όροι αυτοί είναι οι εξής:**

- ✘ Πρέπει να επικρατεί απόλυτη ησυχία.
- ✘ Πρέπει να πείσουμε τον ασθενή ότι βρίσκεται κάτω από έλεγχο και ότι η περίπτωση του παρακολουθείται από εξειδικευμένο προσωπικό.
- ✘ Δεν θα πρέπει να γίνονται συζητήσεις από ιατρούς και φοιτητές δίπλα στην κλίνη του ασθενή.
- ✘ Δεν θα πρέπει να συζητάμε με τους συγγενείς του ασθενή για πρόγνωση αλλά να τους εξηγούμε ότι στην μονάδα καρδιοπαθών, η υγεία του ασθενή είναι ρευστή και ότι ανά πάσα στιγμή μπορεί να έχουμε επιπλοκές.

Η Μ.Ε.Π.Κ. αποτελείται από 4-12 κλίνες ειδικά διαμορφωμένες για τις ειδικές ποικίλες και λεπτές ανάγκες των ασθενών. Κάθε ασθενής πρέπει να έχει ατομικό δωμάτιο, να είναι θεατός από τις αδελφές, όπως και οι νοσηλεύτριες να είναι θεατές από τον ασθενή - στον κεντρικό σταθμό των monitors στην μονάδα ώστε να αισθάνεται ασφάλεια όταν έχει την γνώση ότι παρακολουθείται συνεχώς.<sup>32</sup> Επίσης η κατασκευή της μονάδας πρέπει να είναι διαμορφωμένη κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να υπάρχει άμεση και αστραπιαία επέμβαση της νοσηλεύτριας όπου χρειαστεί αναγκαία.<sup>31</sup>

Το ντουλάπι με τα φάρμακα, τις συσκευές, τους καθετήρες, τα συστήματα

---

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ

και ό,τι επιπλέον καταστεί αναγκαίο, πρέπει να είναι προσιτά στο προσωπικό, ώστε να μπορεί να κινείται και ενεργεί αποτελεσματικά και όχι να βρίσκονται σε θέσεις που να δυσχεραίνουν το έργο του.

Πρέπει να υπάρχουν ντουλάπια που να χρησιμοποιούνται μόνο για την φύλαξη του αποστειρωμένου υλικού (μπλούζες χειρουργικές, τετράγωνα, λεκάνες, εργαλεία, γάζες κ.λ.π.). Επίσης σε αυτά τα ειδικά ντουλάπια φυλάσσονται και τα ειδικά βαλιτσάκια που περιέχουν μπαταρίες και τα ηλεκτρόδια, για την τοποθέτηση των προσωρινών βηματοδοτών. Μαζί με τον εξοπλισμό αυτό τοποθετούνται και καθετήρες υποκλειδίου, ειδικές κεφαλές που χρησιμοποιούνται για την τοποθέτηση του καθετήρα Swan Ganz, γάντια, μάσκες κ.λ.π.<sup>31</sup>

Τα τροχήλατα με τον απαραίτητο εξοπλισμό πρέπει να είναι τοποθετημένα έτσι ώστε να μην εμποδίζουν την κυκλοφορία στην μονάδα και να δίνουν την δυνατότητα γρήγορης χρησιμοποίησής τους, όπως είναι το τροχήλατο της ανακοπής και ο καρδιογράφος, τα οποία πρέπει να συνδέονται με καλώδια ρεύματος μεγάλου μήκους και να είναι εφοδιασμένα με όλο το απαραίτητο υλικό, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενή σε ένα οξύ περιστατικό και την αποφυγή περιττών κινήσεων. Είναι σημαντικό ότι μια λάθος κίνηση από μέρος της αδελφής μπορεί να αποβεί μοιραία για τον ασθενή.<sup>33</sup>

Ατομικά για τον κάθε ασθενή δίπλα στην κλίνη του υπάρχει καρδιογράφος (monitor) με το οποίο συνδέεται με ειδικά ηλεκτρόδια και υποδοχές οι οποίες είναι αυτοκόλλητες και κωλούνται πάνω στον θώρακά του, σε διάφορα σημεία, ώστε να λαμβάνονται οι ηλεκτρικές διεγέρσεις από την καρδιά και να παρουσιάζεται στην οθόνη του monitor η καρδιακή συχνότητα. Αυτή η διαδικασία δίνει την δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης του ασθενή από την στιγμή που εισέρχεται στην καρδιολογική μονάδα και για όσο θα μείνει εκεί.<sup>33</sup>

Το παρακλίνιο αυτό (monitor) πρέπει να είναι σε θέση, που να μην βρίσκεται στην οπτική εικόνα του ασθενή. Σε διαφορετική περίπτωση όταν ο

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

---

ασθενής έχει την δυνατότητα να παρακολουθεί την οθόνη του monitor, αυτό δημιουργεί ψυχική εξάρτηση αυτού από το καθορισμένο μηχάνημα ώστε να δημιουργούνται προβλήματα, όταν έρθει η στιγμή να αποχωρήσει ο ασθενής από την μονάδα αλλά και προβλήματα προσαρμογής στην υπομονάδα.

Επίσης όταν είναι δυνατόν να παρουσιαστούν διάφορες αρρυθμίες στην οθόνη του monitor monitor και ο ασθενής έχει την δυνατότητα να αντιληφθεί ότι κάτι διαφορετικό παρεμβάλλεται στο ρυθμό, αυτό δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στην κλινική κατάστασή του, λόγω της έντονης ανησυχίας που αποκτά, για την πορεία και εξέλιξη των νέων επιπλοκών.<sup>31</sup>

### **Δίπλα στην κλίνη του ασθενή υπάρχουν:<sup>32</sup>**

⚡ Κεντρική παροχή οξυγόνου

⚡ Κεντρική παροχή αναρροφήσεως

⚡ Επιτοίχιο σφυγμομανόμετρο

⚡ Στήλες ορού

⚡ Οροί στα είδη νοσηλείας ( σύριγγες, βελόνες, συστήματα ορών, γαζάκια αποστειρωμένα, φλεβοκαθετήρες, οινόπνευμα, λάστιχο φλεβοκέντησης, συστήματα three - way, καθετήρες αναρροφήσεως κ.λ.π.).

⚡ Ενδοσυνεννόηση

⚡ Οκτώ πρίζες

⚡ Κομοδίνο (το οποίο χρησιμεύει για την τοποθέτηση ατομικών ειδών νοσηλείας του ασθενή π.χ. λεκάνες μπάνιου, ουροδοχείο-μόνο για τους άνδρες-τα οποία τοποθετούνται στο κάτω μέρος του κομοδίνου, ενώ στο πάνω μέρος τοποθετούνται τα ατομικά προσωπικά του είδη.

⚡ Επιπλέον παραπλεύρως στην κλίνη είναι ενσωματωμένη στήλη ορού, στην οποία επάνω τοποθετείται αντλία εγχύσεως υγρών για την ακριβή χορήγηση των υγρών παρεντερικώς.

Η κλίνη του ασθενή πρέπει να έχει ειδική κατασκευή με σκληρή βάση σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής και το άνω τμήμα της να μετακινείται με

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

---

άνεση και ευχέρεια, ανάλογα με τις ανάγκες και την εύκολη επέμβαση, σε περίπτωση ανάγκης για ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Επίσης οι διαστάσεις των χώρων και η κατασκευή των κλινών πρέπει να διευκολύνουν την ταχεία μετακίνηση των ασθενών στην μονάδα και εκτός αυτής. Επαρκής ηχομόνωση και κλιματισμός είναι απαραίτητα.

Όσον αφορά τους ασθενείς, δεν πρέπει να βλέπονται μεταξύ τους, λόγω του άσχημου επηρεασμού από την αντιμετώπιση των επείγουσών περιπτώσεων που συμβαίνουν στις μονάδες αυτές.<sup>33</sup>

### **4.2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Οι νοσηλεύτριες που θα θελήσουν να εργασθούν σε μονάδα καρδιοπαθών θα πρέπει πρώτα να περάσουν από σεμινάριο διότι εκτός από τα καθαρά ιατρικά θέματα, η φροντίδα του αρρώστου διαφέρει από αυτόν που μπήκε στο Νοσοκομείο για θεραπεία μη οξείας καρδιακής ασθένειας.

Το προσωπικό που εργάζεται σε αυτό το χώρο πρέπει να είναι εξειδικευμένο και αυτό ισχύει από τον ιατρό μέχρι τον τεχνικό. Ιδιαίτερα για την νοσηλεύτρια πρέπει να πούμε ότι θα πρέπει να γνωρίζει καλά ό,τι έχει σχέση με την επείγουσα ιατρική φροντίδα. Θα πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά τις αρρυθμίες και την αντιμετώπισή τους όπως και την χρήση διαφόρων μηχανημάτων όπως του απινιδωτή, τα monitor και κ.λ.π.<sup>33,34</sup>

**Παραδείγματος χάρι**, εάν συμβεί μια ανακοπή ή κοιλιακή μαρμαρυγή, η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει καλά το τι θα κάνει, μέχρι να έρθει ο ιατρός. Αυτό δε, είναι εξαρτημένο αντανακλαστικό και δεν μπορεί να ενημερωθεί εκείνη την στιγμή ή να περιμένει τον ιατρό να ξεκινήσει θεραπεία γιατί αυτό μπορεί να αποβεί μοιραίο για τον ασθενή.<sup>34</sup>

### **4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Π.Κ**

Ο κύριος συντελεστής της καλής λειτουργίας της Μ.Ε.Π.Κ είναι η σωστά εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια.

◆ Η νοσηλεύτρια είναι εκείνη η οποία πρώτη υποδέχεται τον ασθενή και τους συγγενείς του.

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ

- ◆ Είναι το μοναδικό πρόσωπο για την παρακολούθηση των ασθενών με οξεία καρδιακή προσβολή.
- ◆ Εκείνη είναι η οποία πρώτη θα αντιληφθεί την εμφάνιση πρώιμων αρρυθμιών διότι είναι συνεχώς παρούσα.
- ◆ Η εκπαίδευσή της, η ικανότητά της και η εμπιστοσύνη την οποία εμπνέει στον ασθενή και τους συγγενείς του, προσόντα τα οποία πρέπει να την διακρίνουν, είναι μεγάλης σημασίας.
- ◆ Η ηρεμία και η ικανότητά της, να σε ήρεμο επικοινωνεί με τον ασθενή και με τους δικούς του, είναι δυνατόν να μεταβάλουν τον ασθενή που βρίσκεται σε ένταση και ανησυχία, και συνεργάσιμο.<sup>31</sup>

### Υπάρχουν εξής βασικές υποδιαιρέσεις στην εργασία της νοσηλεύτριας στην Μ.Ε.Π.Κ.<sup>31,34</sup>

- ✚ Εισαγωγή του ασθενή.
- ✚ Καθημερινή εργασία της νοσηλεύτριας στην Μ.Ε.Π.Κ
- ✚ Αντιμετώπιση επείγουσών περιπτώσεων.
- ✚ Πρόληψη επιπλοκών

#### 4.3.1 Εισαγωγή του ασθενή

Τα πρώτα λεπτά της ώρας μετά την παραλαβή του ασθενή, είναι από πολλές απόψεις, κρίσιμη περίοδος. Ο ασθενής βρίσκεται σε ένα περιβάλλον παράξενο και άγνωστο.<sup>32</sup> Το καρδιοσκοπιο (monitor) δυνατόν να είναι σε προειδοποιητικό ήχο (alarming). Τα πρόσωπα τα οποία βλέπει είναι άγνωστα. Οι δικοί του δεν βρίσκονται κοντά του. Πιθανόν να έχει ισχυρό πόνο. Εάν αντιληφθεί την αιτία της εισαγωγής του στη μονάδα θα νομίζει ότι πρόκειται να πεθάνει.<sup>34</sup>

Όλοι αυτοί οι παράγοντες σε συνδυασμό με την πάθησή του τείνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης αρρυθμιών. Η νοσηλεύτρια έχει δύο βασικά καθήκοντα: (α) να συγκεντρώσει τα απαραίτητα στοιχεία παρακολουθήσεως και (β) να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή και των



δικών του.<sup>34</sup>

**ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΕΞΗΣ:**

Η νοσηλεύτρια υποδέχεται τον ασθενή με αυξημένη παρατηρητικότητα, η οποία θα φανερώνει ικανότητα και ηρεμία, χωρίς φόβο, ούτε πολύ σοβαρό ύφος, αλλά ούτε και επιπόλαιο. Όσο χρόνο ομιλεί στον ασθενή αξιολογεί την γενική κατάσταση και επισημαίνει την θέση του στο φορείο, έτσι ώστε να προσαρμοστεί ανάλογα και το κρεβάτι στο οποίο θα μεταφερθεί, δηλαδή θα ανυψωθεί το ερεισίνωτο, θα αφαιρεθούν τα μαξιλάρια κ.λ.π.<sup>32</sup> Ο νοσοκόμος και οι δύο νοσηλεύτριες σηκώνουν τον ασθενή και τον τοποθετούν προσεκτικά από το φορείο στο κρεβάτι.<sup>31</sup>

Εάν ο ασθενής συνοδεύεται από τους δικούς του, μία άλλη νοσηλεύτρια τους παρακαλεί να περιμένουν στην αίθουσα αναμονής, μέχρις ότου τακτοποιηθεί ο ασθενής και στην συνέχεια θα τον επισκεφθούν.<sup>33</sup>

Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τα ηλεκτρόδια στο θώρακα του ασθενή και στα άκρα αφού καθαρίσει τοπικά με βενζίνη και κάνει αποτρίχωση του δέρματος εάν ενδείκνυται. Ανοίγει το καρδιοσκόπιο (monitor) και παρατηρεί τον καρδιακό ρυθμό από την οθόνη. Εάν υπάρχει καταγραφικό μηχάνημα προσαρμοσμένο στην κεντρική οθόνη καταγράφει αυτό, αφού λάβει μικρό τεμάχιο Η.Κ.Γ.

Παίρνει τα ζωτικά σημεία του ασθενή (σφίξεις, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία). Εάν ο ασθενής είναι ωχρός και έχει ψυχρά άκρα ή υγρό δέρμα ανυψώνει το κατώτερο τμήμα του κρεβατιού και χορηγεί οξυγόνο με μάσκα ή καθετήρα οξυγόνου.<sup>33</sup>

Εάν ο ασθενής έχει πόνο, χορηγεί παυσίπονο φάρμακο αφού συμβουλευτεί το φύλλο ιατρικό οδηγιών από τον φάκελο, ο οποίος συνοδεύει τον ασθενή από το τμήμα εισαγωγής και συγχρόνως ειδοποιεί τον γιατρό.<sup>32</sup>

Εάν ο ασθενής είναι σε θέση να μιλήσει η νοσηλεύτρια του εξηγεί τον σκοπό της μονάδας στην οποία έχει εισαχθεί και τον ενημερώνει για την επίσκεψη των δικών του και τι πρέπει ο ίδιος να κάνει για να βοηθήσει στην

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

---

υποκατάσταση της υγείας του.<sup>32</sup>

Εάν ο ασθενής έχει κάνει πλήρες Η.Κ.Γ. στο τμήμα εισαγωγής, θα ληφθεί μόνο μικρό τεμάχιο από το καταγραφικό, ή μια απαγωγή η οποία απεικονίζεται στην οθόνη του καρδιοσκοπίου και τοποθετείται στην πρώτη σελίδα του φύλλου του ασθενούς. Διαφορετικά γίνεται πλήρες Η.Κ.Γ

Αφού τακτοποιηθεί ο ασθενής, νοσηλεύτρια, μιλάει στους δικούς του, οι οποίοι περιμένουν στην αίθουσα αναμονής. Τους ζητά πληροφορίες σχετικά με την υγεία του ασθενή και κυρίως εάν έπαιρνε φάρμακα ή εάν έκανε κάποια θεραπεία. Ο αριθμός τηλεφώνου της οικογένειας του ασθενή και η διεύθυνση παίρνονται σωστά και καταγράφονται στο φύλλο νοσηλείας και στο ειδικό βιβλίο της μονάδας.<sup>34</sup>

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή ότι ο γιατρός θα τους δει σύντομα και συγχρόνως τους οδηγεί στο δωμάτιο του ασθενή (εάν είναι περισσότεροι από δύο δεν τους επιτρέπει να μπουν).<sup>33</sup> Τέλος τους εφοδιάζει με το βιβλιαράκι πληροφοριών της μονάδας στο οποίο αναγράφονται τηλέφωνο, ώρα και διάρκεια επισκεπτηρίου.

Αμέσως μετά την τακτοποίηση του ασθενούς η υπεύθυνη νοσηλεύτρια γράφει τις παρατηρήσεις της, καλύπτοντας τα παρακάτω σημεία.<sup>32,33</sup>

- × Ημερομηνία εισαγωγής**
- × Ονοματεπώνυμο ασθενή**
- × Διεύθυνση – τηλέφωνο**
- × Ηλικία**
- × Φύλλο**
- × Αρτηριακή πίεση**
- × Σφίξεις**
- × Θερμοκρασία**
- × Καρδιακός ρυθμός**

- ✗ Δύσπνοια**
- ✗ Shock**
- ✗ Άλλα νοσήματα**
- ✗ Γενική κατάσταση**
- ✗ Εργαστηριακές εξετάσεις**
- ✗ Η.Κ.Γ**
- ✗ Φάρμακα**

#### **4.3.2 Καθημερινή εργασία της νοσηλεύτριας στην μονάδα**

Εκτός των ειδικών νοσηλευτικών καθηκόντων, τα οποία αποτελούν προνόμιο των νοσηλευτών των μονάδων η νοσηλεύτρια η οποία εργάζεται σ' αυτό το χώρο δίνει πρώτα την γενική νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς της μονάδας. Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας για τον ασθενή της μονάδας δεν είναι προκαθορισμένο. Αυτό εξαρτάται απολύτως από τις ανάγκες και την γενική κατάσταση του κάθε ασθενή.<sup>34</sup>

Η καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

##### **(α) Ανάπαυση σωματική και ψυχική**

Ο ασθενής σε μια ειδική καρδιολογική μονάδα έχει ανάγκη όλων των νοσηλευτικών φροντίδων, τις οποίες χρειάζεται ο κλινήρης ασθενής των γενικών νοσηλευτικών τμημάτων.<sup>32</sup> Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν τις αισθήσεις τους, ενθαρρύνονται από την νοσηλεύτρια να μετακινούν τα κάτω άκρα τους, για την ελάττωση του κινδύνου του θρομβοφλεβίτιδας. Προσοχή επίσης δίνεται στην περιοχή του δέρματος όπου εξασκείται πίεση (γλουτοί, αγκώνες, πτέρνα).<sup>33</sup>

Η νοσηλεύτρια προσέχει ιδιαίτερως την ανάπαυση του ασθενή όσο εξαρτάται από την γενική του κατάσταση. Γενικά δεν επιτρέπεται να κάνει τίποτα για τον εαυτό του ο ασθενής, το οποίο δημιουργεί κόπωση και κατά συνέπεια αυξάνει το έργο του πάσχοντα καρδιακού μυός. Εκτός της σωματικής ανάπαυσης, η νοσηλεύτρια φροντίζει και για την ψυχική ανάπαυση

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

---

του ασθενή ενημερώνοντάς τον (εάν είναι σε θέση να συμμετέχει σε συζήτηση) για την κατάστασή του.<sup>33</sup>

### **(β) Ατομική καθαριότητα του ασθενούς**

Αφού είπαμε ότι ο ασθενής θα μείνει για λίγες μέρες κατακεκλιμένος, η καθαριότητα του σώματός του θα γίνει στο κρεβάτι. Χρησιμοποιεί χλιαρό νερό, γιατί το καυτό αυξάνει τις ανάγκες παροχής μεγαλύτερης ποσότητας αίματος σε όλο το σώμα και έτσι επιβραδύνεται ακόμα περισσότερο το έργο της καρδιάς. Οι κινήσεις της είναι γρήγορες αλλά όχι απότομες.<sup>33</sup>

Απαγορεύονται οι έντονες εντριβές στους καρδιολογικούς αρρώστους. Ακόμα προσέχει ιδιαίτερα τις περιοχές που είναι ευαίσθητες λόγω της συνεχούς κατάκλισης του ασθενούς.<sup>34</sup> Επιβάλλεται να γίνεται σχολαστική υγιεινή του στόματος του αρρώστου ανελλιπώς και σχολαστικά. Ακολουθεί μάλιστα και αντισηψία με κάποιο αντισηπτικό διάλυμα.<sup>24</sup>

### **(γ) Δίαιτα ελαφρά – ισοζύγιο υγρών**

Τις 4-12 ώρες που ο ασθενής έρχεται στην Μ.Ε.Π.Κ. δεν του δίνεται τίποτα. Η δίαιτα του ασθενή πρέπει να περιορίζεται μόνο σε 1000-1500 θερμίδες την ημέρα. Σε περίπτωση παχυσαρκίας ασθενών δίνεται τροφή με ελαττωμένες θερμίδες. Οι μερίδες δεν πρέπει να είναι μεγάλες ή ογκώδεις και καλό είναι να αποφεύγονται οι υπερβολές της θερμοκρασίας. Είναι ευκαιρία τώρα που βρίσκεται στην μονάδα, ο ασθενής, να συνηθίσει στην ιδέα της αλλαγής της διατροφής του.

Έτσι εφαρμόζουμε δίαιτα φτωχή σε χοληστερόλη και λίπη.<sup>31</sup> Ακόμα η δίαιτα περιλαμβάνει 4-5 NaCl<sub>2</sub> το 24ωρο (δεν προσθέτουμε αλάτι) και ελεύθερες ποσότητες υδατανθρακικών και καλιούχων τροφών. Πρέπει ακόμα να περιέχονται τροφές που να καταπολεμούν την δυσκοιλιότητα.<sup>32</sup>

Η μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ασθενείς της μονάδας. Εάν ο ασθενής δεν έχει ούρα τις πρώτες 12 ώρες από την είσοδό του, η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον γιατρό. Η λήψη μεγάλης ποσότητας υγρών είναι δυνατόν να κουράσει την

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

---

πάσχουσα καρδιά. Επομένως η προσεκτική και ακριβής αναγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών είναι μεγάλης σημασίας και αποτελεί βασικό νοσηλευτικό καθήκον. Το φύλλο ισοζυγίου υγρών αποτελεί τον δείκτη εκτιμήσεως της θεραπείας μέσω διουρητικών. Συνήθως χορηγούνται διουρητικά φάρμακα των οποίων τα αποτελέσματα πρέπει να ελέγχονται καθημερινά.<sup>32,34</sup>

### **(δ) Λειτουργία εντέρου**

Ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος, στην μονάδα, είναι η δυσκοιλιότητα. Τα αίτιά της είναι τα οπιούχα φάρμακα, η συνεχής κατάκλιση και ο ψυχολογικός παράγοντας. Βοηθάμε τον ασθενή με την κυτταρίνη στην διατροφή του, ή τα διάφορα μαλακτικά των κοπράνων όπως είναι η νατριούχος διοκτόλη. Επίσης βοηθάμε τον άρρωστο, δίνοντάς του κάθε βράδυ 1-3 κουταλιές της σούπας milk of magnesia ή 1-3 κουταλιές της σούπας παραφίνη, αν και αυτό δεν λύνει το πρόβλημα.

Απαγορεύεται η έντονη προσπάθεια του ασθενή για κένωση γιατί μπορεί να προκαλέσει αύξηση της αρτηριακής πίεσης, την ένταση της αριστεράς κοιλίας και το κυριότερο ρήξη του μυοκαρδίου.

Στους περισσότερους ασθενείς γίνεται υποκλυσμός με fleet - enema ημέρα παρά ημέρα. Η ένταση του ασθενή είναι μικρότερη και καταβάλλει μικρότερη προσπάθεια εάν του επιτραπεί να χρησιμοποιεί, καρέκλα, δοχείο αντί να επιμένουμε στην χρήση δοχείου στο κρεβάτι. Αυτό ασφαλώς δεν θα χρησιμοποιείται για όλους ασθενείς της μονάδας αλλά εκλεκτικώς και θα πρέπει να υπάρχει οπωσδήποτε ιατρική εντολή.<sup>31</sup>

### **(ε) Χορήγηση φαρμάκων**

Είναι ένα θέμα πολύ σημαντικό και η νοσηλεύτρια είναι απαραίτητο να είναι προσεκτική στην χορήγηση φαρμάκων από το στόμα και ενδοφλεβίως. Δεν συγχωρείται κανένα λάθος γιατί ο κίνδυνος για τη ζωή του ασθενούς είναι μεγάλος.<sup>34</sup> Χορηγεί στην κατάλληλη ώρα την ακριβή ποσότητα φαρμάκου, μονογράφοντας πάνω στην ώρα χορήγησής του. Πρέπει να ξέρει τις επιπλο-

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

επιπλοκές του κάθε φαρμάκου ώστε να είναι προετοιμασμένη για κάποιο σύμπτωμα που θα αναφέρει ο ασθενής.

Τα φάρμακα που χορηγεί η νοσηλεύτρια είναι δακτυλίτιδα (καρδιοτονωτικά). Ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει συμπτώματα από την τοξικότητα του φαρμάκου όπως: ναυτία και εμετοί, συγχυτικά φαινόμενα, κίτρινη όραση και αλλαγές στο Η.Κ.Γ/ φημα όπως έκτακτες συστολές.<sup>34</sup>

Εάν ο άρρωστος παίρνει διουρητικά, η νοσηλεύτρια, μετράει και καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Αν δεν δίνει καθόλου ούρα τοποθετείται καθετήρας.<sup>33</sup> Αν ο ασθενής παίρνει αντιπηκτικά, πρέπει να προσέχει γιατί η δόση του φαρμάκου καθορίζεται καθημερινά γιατί επίσης καθημερινά γίνονται οι εξετάσεις πηκτικότητας του αίματος (χρόνος προθρομβίνης και μέτρηση αιμοπεταλίων ).<sup>34</sup>

### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

Αυτές περιλαμβάνουν:<sup>32,33</sup>

- Την ανακάλυψη κυανώσεως
- Την εμφάνιση δύσπνοιας και γενικής ανησυχίας ή ψυχρών άκρων (γεγονός το οποίο πιθανόν να οφείλεται σε ελαττωμένη καρδιακή παροχή).

Η εμφάνιση απώλειας προσανατολισμού του ασθενή αποτελεί ένδειξη πιθανής κακής εγκεφαλική αιματώσεως. Επίσης και η αδικαιολόγητη υπερβολική εφίδρωση μαρτυρεί πιθανή υπερλειτουργία του συμπαθητικού συστήματος, σημείο το οποίο δυνατόν να αξιολογηθεί ως καρδιαγγειακή ένταση (stress).<sup>31</sup>

Η νοσηλεύτρια αναγράφει τις παρατηρήσεις της καθημερινά με βάση των ανωτέρων σημείων του ασθενή φροντίζει να είναι σαφής, ακριβής και σύντομη, έχοντας υπόψη της ότι αυτό θα κατευθύνει τον ιατρό στην συνέχεια ή αλλαγή της θεραπευτικής αγωγής του ασθενή και θα προληφθούν ίσως σοβαρές επιπλοκές. Πρέπει επίσης η νοσηλεύτρια να έχει εκπαιδευτεί για την σωστή λήψη της αρτηριακής πίεσεως. Αυτό δεν είναι πάντοτε απλό, ούτε

εύκολο.<sup>21</sup>

Η λήψη των ζωτικών σημείων και η ακριβής αναγραφή αυτών στο διάγραμμα της εικοσιτετραώρου παρακολουθήσεως του ασθενή πρέπει να διεξάγεται συστηματικά κατά την προκαθορισμένη ώρα. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει ότι σε ειδικές περιπτώσεις π.χ. κολπική μαρμαρυγή, εκτακτοσυστολική αρρυθμία κ.λ.π. ένας αριθμός των καρδιακών συστολών δεν ψηλαφώνται στην κερκιδική αρτηρία και επομένως ο αριθμός των σφίξεων θα είναι μικρότερος από την καρδιακή συχνότητα, η οποία είναι γνωστή από το Η.Κ.Γ. εάν ο ασθενής είναι συνδεδεμένος με monitor.<sup>32</sup>

### **ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ**

Το βασικότερο χαρακτηριστικό των καθημερινών νοσηλευτικών καθηκόντων, σε μια καρδιολογική εντατική μονάδα, είναι η παρακολούθηση των καρδιοσκοπίων στην κεντρική θέση της νοσηλεύτριας. Επειδή το καθήκον αυτό απαιτεί συνεχή προσήλωση και ευθύνη, φροντίζουμε να μην εκτελείται από την ίδια νοσηλεύτρια, αλλά εναλλάξ.<sup>33,34</sup>

Παροδικές αλλαγές στον καρδιακό ρυθμό στο κύμα P, ή στο σύμπλεγμα Q R S, το S-T διάστημα ή το κύμα T, θα πρέπει να σημειώνονται και να καταγράφονται από το καταγραφικό μηχάνημα, του κεντρικού σταθμού, για να αξιολογούνται στη συνέχεια από τον ιατρό. Η νοσηλεύτρια οφείλει να απαντά στους προειδοποιητικούς ήχους των monitors και να αξιολογεί αυτά ανάλογα με τις κινήσεις του ασθενή και την προσεκτική τοποθέτηση των ηλεκτροδίων.<sup>34</sup>

#### **4.3.3 Αντιμετώπιση επείγουσών περιπτώσεων**

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτό το κεφάλαιο της καρδιολογίας είναι πολύ σημαντικός. Η συμμετοχή και συμβολή του, συμβάλλει αποτελεσματικά στην δύσκολη αυτή στιγμή της ζωής του αρρώστου εξαρτάται από:

- ▣ την εκπαίδευσή της
- ▣ Την ειδίκευσή της
- ▣ Την ψυχραιμία της<sup>31</sup>

**ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

**Ορισμός:** Ως καρδιακή ανακοπή ή καρδιοαναπνευστική ανακοπή ορίζεται η ξαφνική και απρόβλεπτη ανεπάρκεια της κυκλοφορίας ή της αναπνοής ή και των δύο, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή παροχή οξυγονωμένου αίματος στα ζωτικά όργανα και στα κύτταρα.<sup>35</sup>

**Αίτια καρδιοαναπνευστικής ανακοπής**

**(α) Αναπνευστικά:**

- καταστολή του αναπνευστικού κέντρου
- φλεγμονές / όγκοι
- μεταβολικές διαταραχές του Κ.Ν.Σ
- οίδημα και αιμορραγίες του Κ.Ν.Σ
- Κακώσεις
- βλάβες νωτιαίου μυελού πάνω από το 4 αυχενικό νευροτόμιο
- Δυσλειτουργία περιφερικών νεύρων
- Βλάβη της νευρομυϊκής σύναψης
- Ανεπάρκεια της αναπνευστικής αντλίας
- Ανεπάρκεια πνευμονικού παρεγχύματος
- Απόφραξη αεραγωγού

**(β) Κυκλοφορικά αίτια:**

- ανεπάρκεια της συστηματικής κυκλοφορίας
- ανεπάρκεια της πνευμονικής κυκλοφορίας

**(γ) Καρδιακά αίτια:**

- αρρυθμίες
- έμφραγμα μυοκαρδίου
- ανεπάρκεια της καρδιακής αντλίας



## ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ

- τοξικός δακτυλιδισμός
- ηλεκτροπληξία
- διαταραχές του K<sup>+</sup>

### ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΠΗΣ

Κλινικά σημεία	Χρόνος εμφάνισης
απουσία σφυγμού	Άμεσα
απουσία καρδιακών τόνων	Άμεσα
απώλεια συνείδησης	10-20 δευτερόλεπτα
διακοπή αερισμού	15-30 δευτερόλεπτα
μυδρίαση*	60-90 δευτερόλεπτα

\* Δεν υπάρχει μυδρίαση όταν έχει προηγηθεί: (α) χρήση αντιγλαυκωματικών φαρμάκων και (β) δηλητηρίαση με αργανοφωσφορικούς εστέρες.

1. Η απουσία σφυγμού ελέγχεται με την ψηλάφηση στις μηριαίες και στις καρωτίδες. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ταυτόχρονη ψηλάφηση των αγγείων αυτών, για τον αποκλεισμό άλλων παθολογικών καταστάσεων όπως π.χ ανεύρυσμα της θωρακικής ή κοιλιακής αορτής. Επίσης, χρειάζεται προσοχή στην διαφορική διάγνωση από άλλες καταστάσεις που έχουν το ίδιο κλινικό σημείο όπως π.χ η καταπληξία καρδιακής / ολιγαιμικής / νευρογενούς ή φαρμακευτικής αιτιολογίας, ο καρδιακός επιπωματισμός, η μαζική πνευμονική εμβολή κ.λ.π.

2. Η απώλεια της συνείδησης επέρχεται σε δευτερόλεπτα (10-20) μετά την ανακοπή. Καταστάσεις από τις οποίες πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση είναι: ■ επιληψία

- τοξική δόση φαρμάκων και κύρια ηρεμιστικών, υπνωτικών ή

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ

**Στάδιο 1:** Είναι η βασική υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών και σκοπό έχει την επείγουσα οξυγόνωση των ιστών. Διαρκεί μέχρι την έναρξη του σταδίου 2.

**Στάδιο 2:** Είναι η εξειδικευμένη υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του πάσχοντος, η οποία επιτυγχάνεται με την χρήση οξυγόνου, φαρμάκων και εξειδικευμένων τεχνικών (διασωλήνωση της τραχείας, απνιδίωση κ.α).

**Στάδιο 3:** Μετά την ανάταξη της καρδιοαναπνευστικής ανακοπής, ακολουθεί θεραπευτική αγωγή για την αποκατάσταση του ασθενούς. Το στάδιο αυτό, περιλαμβάνει τη συνεχή και μακρόχρονη υποστήριξη όλων των ζωτικών λειτουργιών και διεκπεραιώνεται μέσα σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ).<sup>35,39</sup>

### Το τροχήλατο ανακοπής περιέχει:

Στο επάνω μέρος υπάρχει το βασικό μηχάνημα το οποίο χορηγεί ηλεκτροσόκ στον ασθενή, το οποίο καταλήγει σε δύο ηλεκτρικά χειροκίνητα, τα οποία εφαρμόζουμε κατάλληλα, το ένα στην βάση της καρδιάς και το άλλο στο αριστερό ημιθώρακιο κάτω από το στήθος, και χορηγούν ηλεκτρικό ρεύμα στον ασθενή με δυνατές τιμές από 100 έως 400 J/ules. Η χορήγηση του ρεύματος, αφού φορτίσουμε το μηχάνημα με τα J/ules που χρειάζονται, γίνεται είτε με διακόπτες που υπάρχουν πάνω στα ίδια τα ηλεκτρόδια, είτε από διακόπτη που υπάρχει επάνω στο βασικό μηχάνημα του ηλεκτρόδιου. Δίπλα στο μηχάνημα υπάρχει gel, το οποίο τοποθετείται πάνω στην μεταλική επιφάνεια των ηλεκτρόδιων, η οποία θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστο και θα διοχετεύσει το ηλεκτρικό ρεύμα προς αποφυγή εγκαύματος.<sup>31</sup>

Το τροχήλατο του shock περιέχει ειδικές υποδοχές με συρτάρια στα οποία τοποθετούνται όλα τα απαραίτητα φάρμακα και το υλικό:

- ▶ Σύριγγες
- ▶ Βελόνες /απλές και ενδοκαρδιακές
- ▶ Μάσκες οξυγόνου
- ▶ Βαμβάκι

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

---

- ▶ Γάζες, συστήματα ορού κ.α<sup>31</sup>

Για την αντιμετώπιση της καρδιακή ανακοπής επίσης υπάρχει:

- Μάσκα οξυγόνου ambu
- Set διασωλήνωσης με την τραχεία, όπου περιέχει ενδοτραχειακούς καθετήρες, λαρυγγοσκόπιο, ξυλοκαΐνη και σύριγγες.<sup>5</sup>

Πάνω στο τροχήλατο ανακοπής είναι σωστό να υπάρχουν σπασμένες ambules ή ακόμα και αναρροφημένες, που θα χρησιμοποιηθούν, έτσι ώστε σε μια ανακοπή να μην χάνουμε χρόνο για την προετοιμασία τους (αυτό πρέπει να γίνεται κάθε μέρα και σε περίπτωση που δεν χρησιμοποιηθούν, την επόμενη ημέρα να αντικαθίστανται με καινούργιες).

### **ΛΙΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ**

Η χορήγηση φαρμάκων κατά την διαδικασία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, θεωρείται ως η κυριότερη ιατρική πράξη. Η ορθολογική χρήση των φαρμάκων αποτελεί πράξη που απαιτεί άριστη γνώση.<sup>31</sup>

Οι θεραπευτικοί στόχοι με την χρήση των φαρμάκων στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μπορεί να συνοψιστούν στα παρακάτω:

- Διόρθωση της υποξαιμίας
- Διόρθωση της οξέωσης
- Αύξηση της πίεσης άρδευσης στα ζωτικά όργανα
- Καταστολή των έκτοπων κέντρων (ιδιαίτερα των κοιλιακών) του μυοκαρδίου
- Διέγερση της αυτόματης συστολής του μυοκαρδίου
- Αύξηση της έντασης του μυοκαρδίου
- Επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού.<sup>35</sup>

Τα φάρμακα που χορηγούνται στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ

1. Φάρμακα για τον έλεγχο της καρδιακής παροχής και της αρτηριακής πίεσης όπως:

- ▣ **Αδρεναλίνη**
- ▣ **Νορ-αδρεναλίνη**
- ▣ **Ντοπαμίνη (dopamine)**
- ▣ **Ντοπουταμίνη (dobutamine)**
- ▣ **Χλωριούχο ασβέστιο (CaCl<sub>2</sub>)**
- ▣ **Διγοξίνη (digoxine)**

2. Φάρμακα για τον έλεγχο της συχνότητας και του καρδιακού ρυθμού όπως:

- ▣ **Λικοδαΐνη (xylocaine)**
- ▣ **προκαΐναμίδη (pronestyl)**
- ▣ **βρετύλιο**
- ▣ **προπανολόλη**
- ▣ **ατροπίνη (atropine)**
- ▣ **ισπροτερόλη (isuprel)**

3. Άλλα φάρμακα:

- ▣ **Οξυγόνο**
- ▣ **Διττανθρακικό νάτριο**
- ▣ **Διουρητικά (κύρια της αγκύλης)**
- ▣ **Ηρεμιστικά**
- ▣ **Βαρβιτουρικά.<sup>35</sup>**

Τα ζωτικά όργανα (ειδικά ο εγκέφαλος) δεν μπορούν να ανεχθούν απουσία οξυγόνου πάνω από 3-5min στους ενήλικες και 5-8min στα βρέφη και τα μικρά παιδιά. Κατά την καρδιακή ανακοπή συμβαίνει κλινικός θάνατος. Βιολογικός θάνατος, που οφείλεται στην κυτταρική ανοξία, επέρχεται 3-6 min

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

μετά τον κλινικό θάνατο. Η αναζωογόνηση πρέπει να γίνεται μέσα στον χρόνο του κλινικού θανάτου.<sup>31</sup>

Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση συνδυάζει προσπάθειες κλειστών ή ανοιχτών μαλάξεων με τεχνητή αναπνοή.<sup>5,35,36</sup> Η τεχνητή αναπνοή, που σημαίνει τεχνητή εισαγωγή αέρα ή οξυγόνου στους πνεύμονες του αρρώστου, γίνεται με τον εκπνεόμενο αέρα αυτού που εκτελεί την αναζωογόνηση (στόμα με στόμα, στόμα με μύτη, στόμα με τραχεριοστόμιο) ή με αναισθιολογικό ασκό και μάσκα.<sup>35,36,37</sup>

### **ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ:**

- ❶ Ο άρρωστος τοποθετείται σε οριζόντια θέση πάνω σε ανένδοτη επιφάνεια.
- ❷ Απελευθερώνονται οι αεραγωγοί με έκταση της κεφαλής και αφαίρεση ξένων σωμάτων και εκκρίσεων από την στοματική κοιλότητα και το λαιμό.
- ❸ Κλείνονται οι ρώθωνες του αρρώστου.
- ❹ Αν ο θώρακας του αρρώστου δεν εκπτύσσετε, ωθείται όλος ο εκπνεόμενος αέρας μέσα στους αεραγωγούς του.<sup>5,36</sup>

Τελευταία χρησιμοποιείται ειδικός διπλός αεραγωγός σχήματος S. Η αποτελεσματικότερη βέβαια τεχνική, στόμα με στόμα, αναπνοή γίνεται μέσω ενδοτραχειακού σωλήνα, που όμως πρέπει να επιχειρείται μόνο από έμπειρο υγειονομικό προσωπικό, για να μην χάνεται πολύτιμος χρόνος.<sup>5</sup>

Η τεχνητή αναπνοή γίνεται με ρυθμό 15/min στους ενήλικες και 20/min στα παιδιά. Βοηθητικές συσκευές για τεχνητή αναπνοή είναι: αυτοσυμπληρούμενοι ασκοί συνδεδεμένοι με αναισθιολογική μάσκα μέσω βαλβίδας μιας κατευθύνσεως.

Το περιεχόμενο του ασκού προωθείται προς την μάσκα με συμπίεση, ενώ ο ίδιος ξαναγεμίζει με ατμοσφαιρικό αέρα ή οξυγόνο.<sup>5,36</sup>

**Τέτοιες συσκευές είναι:**

- × Η συσκευή ambu
- × Ειδικοί ασκοί-φουσητήρες

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ

Για την χρησιμοποίησή τους ο άρρωστος πρέπει να φέρει ενδοτραχειακό σωλήνα με cuff.<sup>5</sup>

Μάλαξη είναι η σύνθλιψη της καρδιάς και γίνεται με συμπίεση του θώρακα ως εξής:<sup>5,36</sup>

### Ενήλικες:

- Με τις δύο παλάμες, τη μία πάνω στην άλλη, τοποθετημένες στο κατώτερο 1/3 του στέρνου και ρυθμό 60-70/min.
- Με την μία παλάμη, με ρυθμό 80/min.

### Παιδιά κάτω των 10 ετών:

- Με την μία παλάμη, με ρυθμό 80/min.
- Βρέφη:
- Με τα δύο δάκτυλα ή αντίχειρες, με ρυθμό 80/min.

### **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ:**

- Ξ Συστολή των κορών
- Ξ Αρτηριακή πίεση πάνω από 50mmHg
- Ξ Ψηλαφητός καρωτιδικός σφυγμός
- Ξ Βελτίωση του χρώματος του αρρώστου.<sup>5,35,36,37</sup>

Αν η καρδιακή ανακοπή είναι πάνω από 2min και οφείλεται σε ασυστολία, χορηγείται, ενώ γίνεται η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, διάλυμα διττανθρακικού νατρίου για διόρθωση οξέωσης και υπερκαλιαιμίας. Η γαλακτική μεταβολική οξέωση (εξαιτίας αναιρόβιας γλυκόλυσης) και η επακόλουθη υπερκαλιαιμία (το κάλιο βγαίνει έξω από το κύτταρο) εμποδίζουν την λειτουργία του μυοκαρδίου.<sup>5</sup>

Αν δεν επαναλειτουργήσει η καρδιά με τα παραπάνω μέτρα, γίνονται τα ακόλουθα:

- Ξ Χορήγηση 5ml διαλύματος χλωριούχου ασβεστίου 10% ενδοκαρδιακά.

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

---

- Χορήγηση 5ml διαλύματος χλωριούχου ασβεστίου 10% ενδοκαρδιακά.
- Χορήγηση διαλύματος αδρεναλίνης (αν ο καρδιακός μυς μείνει ανενεργός και χαλαρός)

Αν η ανακοπή είναι αποτέλεσμα κοιλιακής μαρμαρυγής μετά την διόρθωση του PH και της υπερκαλιαιμίας, διενεργείται απινίδωση. Η απινίδωση γίνεται με ένα μηχάνημα (απινιδωτής) που τροφοδοτείται με ηλεκτρικό ρεύμα από μπαταρία ή από γραμμή ρεύματος. Ο απινιδωτής έχει σαν σκοπό να μετασχηματίσει το ρεύμα σε συνεχές και να το εκκενώσει στην καρδιά του αρρώστου μέσω ηλεκτροδίων, που εφαρμόζονται στο θώρακα. Η ενέργεια μετριέται σε watt sec (joules).<sup>5</sup>

Αυτός που κάνει την απινίδωση κανονίζει το ποσό της ενέργειας μέσω ενός κουμπιού. Όταν κλείσει το κύκλωμα, ρεύμα περίπου 20<sup>A</sup> περνά μέσα από την καρδιά για 5msec. Το ηλεκτρικό αυτό shock κάνει όλες τις ίνες της καρδιάς να συσταθούν ταυτόχρονα. Οι περισσότεροι απινιδωτές έχουν ενσωματωμένη οθόνη για την συνεχή παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας. Ο σκοπός της απινίδωσης είναι να τερματίσει τον κοιλιακό ινιδισμό.

Τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται είναι:

- Ξ Απινιδωτής συνεχούς ρεύματος με ηλεκτρόδια.
- Ξ Ηλεκτρογώγιμη πάστα ηλεκτροδίων.<sup>36</sup>

Η απινίδωση πρέπει να γίνεται από έμπειρο υγειονομικό προσωπικό. Η διαδικασία της απινίδωσης είναι η εξής:<sup>36</sup>

- Ξ: Αποκαλύπτουμε τον πρόσθιο θώρακα του αρρώστου.
- Ξ: Αρχίζουμε αμέσως καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η οποία είναι απαραίτητη πριν και μετά για να εξασφαλίσει αιματική προμήθεια στις εγκεφαλικές και στεφανιαίες αρτηρίες.
- Βάζουμε στα ηλεκτρόδια μια επαρκή ποσότητα αγωγίμης πάστας ή διάλυμα NaCl. Προσέχουμε όμως να μην υπάρχει πάστα ανάμεσα στα ηλεκτρόδια. Το

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

---

μεσοφασικό αυτό υλικό, εξασφαλίζει την καλύτερη επαφή των ηλεκτροδίων με το δέρμα και προλαμβάνει τα εγκαύματα.

■ Πιέζουμε τα ηλεκτρόδια, ενώ η ενέργεια μαζεύεται στον απινιδωτή για να φτάσει στο επιθυμητό επίπεδο joules.

■ Βάζουμε το ένα ηλεκτρόδιο δεξιά από το άνω μέρος του στέρνου και το άλλο κάτω από την αριστερή θηλή της καρδιάς.

■ Κρατάμε τα ηλεκτρόδια μόνο από τις μονωτικές λαβές.

■ Δίνουμε εντολή να απομακρυνθούν όλοι από τον άρρωστο και το κρεβάτι του, διότι αν ένα άτομο ακουμπήσει το κρεβάτι μπορεί να ενεργήσει σαν γείωση για το ρεύμα και να πάθει ηλεκτροπληξία.

■ Πιέζουμε τα κουμπιά εκκένωσης ταυτόχρονα στα δύο ηλεκτρόδια.

■ Απομακρύνουμε τα ηλεκτρόδια του απινιδωτή αμέσως μετά την ηλεκτρική εκκένωση (εκτός κι αν στα ηλεκτρόδια είναι συνδεδεμένα τα ηλεκτρόδια του monitor).

■ Επαναλαμβάνουμε την προσπάθεια αναζωογόνησης, ώσπου να σταθεροποιηθεί ο ρυθμός της αυτόματης αναπνοής, τους σφυγμούς και αποκατασταθεί η πίεση του αίματος. Η συνολική καθυστέρηση μετά το αντισόκ δεν πρέπει να ξεπερνά τα 5 δευτερόλεπτα για να οξυγονωθεί ο άρρωστος και να αποκατασταθεί η κυκλοφορία του αίματος.

■ Αν η μαρμαρυγή δεν τερματιστεί με την πρώτη απινίδωση, γίνεται νέα προσπάθεια με νέο αντισόκ, υψηλότερης ενέργειας. Αν και πάλι δεν φέρει αποτελέσματα, γίνεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και μετά από τρία λεπτά επιχειρείται νέα απινίδωση.

■ Μετά την απινίδωση του αρρώστου και την αποκατάσταση του ρυθμού, συνήθως χορηγείται.<sup>5</sup>

■ **Lidccain** για πρόληψη υποτροπής των επεισοδίων.

■ **Διτανθρακικό νάτριο** για την θεραπεία της γαλακτικής οξέωσης και της υπερκαλιαιμίας.

---



## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

---

- **Ατροπίνη** για αντανεκλαστική παρασυμπαθητική επιβάρυνση ή ισοπροτερενόλη (Isuprel) όταν η βραδυκαρδία δεν ανταποκρίνεται στην ατροπίνη.
- **Λανατοσίδη**, ενδοφλέβια, σε δόση ίση με το μισό εκείνης του δακτυλιδισμού.
- Συνέχιση χορήγησης **οξυγόνου** ως την αποκατάσταση της φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας.
- Ρύθμιση αρτηριακής πίεσης με χορήγηση **αγγειοσυσπαστικών** και **υδροκορτιζόνης**, εφόσον η υπόταση είναι μεγάλου βαθμού.
- Χορήγηση διεγερτικών του αναπνευστικού κέντρου.
- Συνεχίζουμε την παρακολούθηση του αρρώστου και θα πρέπει να γίνει μία πλήρης περιγραφή του όλου επεισοδίου:<sup>5,31</sup>
  - ✗ Χρόνος ανακοπής
  - ✗ Σύντομη φυσική εξέταση και Η.Κ.Γ που τεκμηριώνουν την κοιλιακή μαρμαρυγή
  - ✗ Προσωπικό που πήρε μέρος
  - ✗ Αριθμός joules που χρησιμοποιήθηκε / χρόνος απινίδωσης / απόκριση του αρρώστου
  - ✗ Φάρμακα που χορηγήθηκαν
  - ✗ Χρόνος και απόκριση του αρρώστου στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση
  - ✗ Επιτυχή ή ανεπιτυχή αποτελέσματα.

### **ΣΗΜΕΙΑ ΑΞΙΑ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ**

Υπάρχουν ορισμένα σημεία στην ανακοπή, όπου είναι απαραίτητο να τα προσέχουν και το νοσηλευτικό προσωπικό και το ιατρικό, για να αντιμετωπιστούν έγκαιρα.<sup>38</sup> Εκτός από τις πρώτες επείγουσες ενέργειες που αναφέρθηκαν πιο πάνω και την απινίδωση, με μια συγχρονισμένη εκκένωση

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

---

συνεχούς ρεύματος, έχουμε τις παρακάτω ενέργειες:<sup>31,38</sup>

- Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα στην έσω σφαγίτιδα ή την υποκλείδια, για την μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης, που ίσως χρειαστεί (οι φλέβες αυτές πρέπει να διατηρούνται ανοικτές).
- Συχνή λήψη αρτηριακής πίεσης (είναι απαραίτητη και σε περίπτωση υπότασης χορηγούμε ντοπαμίνη).
- Όταν έχουμε χαμηλή κεντρική φλεβική πίεση κάτω από 5mmHg<sub>20</sub> κάνουμε έγχυση 500υγρών, όσο πιο γρήγορα γίνεται για να αυξήσουμε τον κυκλοφορούμενο όγκο αίματος.
- Συχνά πρέπει να επισκεπτόμαστε τον ασθενή για να τον παρακολουθούμε για τυχόν αλλαγές στην εμφάνιση, όπως κυάνωση στο χρώμα του προσώπου, του δέρματος, των χειλιών και των νυχιών (ειδοποιούμε αμέσως τον ιατρό σε μια τέτοια περίπτωση).
- Σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίσει δυσφορία και δύσπνοια χορηγούμε αμέσως οξυγόνο.
- Παρακολουθούμε την λειτουργία της καρδιάς του ασθενή μέσα από το monitor και το Η.Κ.Γ (μπορεί να διαπιστώσουμε κοιλιακή μαρμαρυγή ή κοιλιακή ταχυκαρδία ή κοιλιακό πτεριγισμό ή κοιλιακή παύση ή μεγάλη φλεμβοκομβική βραδυκαρδία).
- Η θερμομέτρηση γίνεται από το στόμα (αυτό βέβαια αποκλείεται όταν συνυπάρχει καρδιογενές shock, όπου η θερμομέτρηση γίνεται από την μασχάλη). Από το ορθό αποφεύγεται γιατί μπορεί να προκαλέσει αντανακλαστικά από το πνευμονογαστρικό.
- Μέσα στην μονάδα υπάρχουν ειδικά φύλλα νοσηλείας για τον κάθε ασθενή. Σημειώνεται με μεγάλη προσοχή κάθε είδος νοσηλείας και κάθε τι που γίνεται στον ασθενή.
- Αυτό που επίσης είναι σημαντικό και που συμβάλλει κατά πολύ ο νοσηλευτής, είναι η τόνωση του ηθικού του ασθενούς. Η ψυχολογική υποστήριξη δίνει θάρρος και κουράγιο στον ασθενή, ώστε να ξεπεράσει

όσο πιο γρήγορα μπορεί την δύσκολη κατάστασή του.

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

Με την συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενή και την κλινική εικόνα, μπορούμε να προλάβουμε πολλές επιπλοκές, όπως Shock, διάφορες αρρυθμίες (ανακοπή κ.α).<sup>31</sup>

■ Ο απινιδωτής και τα φάρμακα της καρδιακής ανακοπής, να βρίσκονται πάντα στην θέση τους, για την γρήγορη χρησιμοποίησή τους όταν χρειαστεί.

■ Το οξυγόνο να είναι έτοιμο προς χρήση και όχι να ετοιμάζεται εκείνη την ώρα.

#### Για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων:

■ Αλλάζουμε συχνά θέσεις στον ασθενή και ενισχύουμε τις κινήσεις των κάτω άκρων, στην άρθρωση, στο γόνατο, στην ποδοκνημική και τα δάκτυλα.

■ Χρησιμοποιούμε «ελαστικές κάλτσες» οι οποίες τοποθετούνται από τα δάκτυλα μέχρι και πάνω από το γόνατο, χωρίς να σχηματίζεται κύλινδρος στο επάνω μέρος (βοηθούν την ροή του φλεβικού αίματος και εμποδίζουν να λιμνάσει στα κάτω άκρα).<sup>38</sup>

Πάνω από όλα, στην πρόληψη των επιπλοκών, θα πρέπει να τοποθετήσουμε την ετοιμότητα, την ψυχραιμία και τις γνώσεις του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, κυρίως στα επείγοντα περιστατικά όπως στην καρδιακή ανακοπή.<sup>31,38</sup>

#### 4.4.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ Μ.Ε.Π.Κ

Η έγκαιρη εισαγωγή του ασθενή στη Μ.Ε.Π.Κ είναι πολύ θετική για την μελλοντική εξέλιξη της κατάστασής του. Με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων, ο ασθενής πρέπει να ακινητοποιηθεί και μεταφερθεί αβίαστα σε εντατική μονάδα. Λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης του ασθενή, τις πρώτες ώρες εισαγωγής του, η εντατική μονάδα δίνει την δυνατότητα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, με τον τεχνικό εξοπλισμό που διαθέτει, να παρακολουθείται στενά ο άρρωστος και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα όλες

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

οι επιπλοκές, που τυχόν εμφανιστούν.

Επίσης ο ίδιος ο ασθενής αισθάνεται ασφαλής, λόγω της στενής παρακολούθησης και άμεσης εξυπηρέτησης, που του παρέχεται από το προσωπικό δυναμικό της μονάδας.<sup>31</sup>

\* \* \*

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ
- ΟΡΙΣΜΟΣ
- ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΜΟΝΑΔΑΣ
- ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
- ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ
- ΟΡΙΣΜΟΣ:
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
- ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ
- ΟΡΙΣΜΟΣ
- ΑΙΤΙΑ
- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

#### 5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάπτυξη της «Μονάδας του Οξέως Εμφράγματος» στις καρδιολογικές κλινικές, για την αντιμετώπιση των ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Ο.Ε.Μ) άρχισε από το 1962 στις Η.Π.Α και τον Καναδά και γενικεύτηκε, έτσι ώστε στο τέλος της δεκαετίας του '70, όλα τα μεγάλα νοσοκομεία και πολλά μικρότερα να διαθέτουν αυτοτελείς μονάδες για την θεραπεία του Ο.Ε.Μ.<sup>39</sup>

#### 5.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η μονάδα του Οξέως Εμφράγματος, είναι το αυτοτελές τμήμα της καρδιολογικής κλινικής, στο οποίο συνυπάρχει η εξελιγμένη τεχνολογία με την εντατική νοσηλευτική φροντίδα.<sup>40</sup>

Είναι χώρος υποδοχής των οξέων εμφραγμάτων (ή άλλων συναφών και οξείας βαρύτητας καταστάσεων), εφοδιασμένος με ειδικό μηχανολογικό / ηλεκτρονικό εξοπλισμό και κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Σε αυτόν το χώρο, γίνεται παρακολούθηση και θεραπεία των πρώτων ημερών, που είναι κρίσιμες για την κρίσιμες για την νόσο αυτή. Έχει δημιουργηθεί ειδικά για την αντιμετώπιση του οξέως εμφράγματος και την πρόληψη του Ο.Ε.Μ και τον περιορισμό των σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, οι οποίες προέρχονται από το γεγονός αυτό.<sup>39</sup>

#### 5.3 ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΜΟΝΑΔΑΣ

Ο αριθμός των ασθενών στην μονάδα, είναι 6 έως 12 ασθενείς. Ο αριθμός των νοσηλευτών αποτελείται από:<sup>39,40</sup>

- Μία προ'ύσταμένη
- Δύο αντικαθιστώσες της προ'ύσταμένης ,
- Είκοσι διπλωματούχες νοσηλεύτριες.

##### 5.3.1 Εξοπλισμός

Ειδική κλίνη με τις εξής προϋποθέσεις:

---

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

---

- × Βάση και στρώμα σκληρό,
- × Άνω και κάτω πλαίσια λυόμενα, ώστε να αφαιρούνται σε ειδικές περιστάσεις,
- × Αυτόματοι μηχανισμοί για να δίνονται κατάλληλες θέσεις στον ασθενή.
- × Κινητοί στύλοι ορού εφαρμοσμένοι στους τοίχους.

✚ Επαρκής αριθμός πριζών και μία πρίζα μεγάλης εντάσεως για την σύνδεση του ακτινογράφου.

✚ Κεντρική παροχή οξυγόνου.

✚ Σύστημα κεντρικής αναρροφήσεως.

✚ Μηχανικοί πληροφοριοδότες.

- × Καρδιοσκόπιο (monitor) με προειδοποιητικό σύστημα.

Το καρδιοσκόπιο πρέπει να είναι στην κλίνη του ασθενή και κεντρικό για όλους τους ασθενείς, στο παρατηρητήριο των νοσηλευτών. Το καρδιοσκόπιο είναι τοποθετημένο έτσι ώστε να είναι αθέατη η γραφική παράσταση από τους ασθενείς.

Σήμερα χρησιμοποιούνται ηλεκτρονικά καρδιοσκόπια, τα οποία όταν συνδέονται με τον ασθενή, δεν δίνουν μόνο οπτικές και ακουστικές πληροφορίες για την αρτηριακή πίεση (Α.Π) / σφίξεων / θερμοκρασίας και ηλεκτροκαρδιογραφήματος, αλλά αυτομάτως καταγράφουν ηλεκτροκαρδιογράφημα σε 15', πριν χτυπήσει το σύστημα συναγερμού. Υπάρχει ακόμη και χρονόμετρο το οποίο την ίδια στιγμή τίθεται σε λειτουργία και σημειώνεται ο χρόνος που συνέβη η αρρυθμία.<sup>41</sup>

✚ Χωριστός Ηλεκτροκαρδιογράφος

✚ Σφυγμομανόμετρο (επιτοίχιο)

✚ Μηχανήματα και άλλα είδη για επείγοντα περιστατικά:

- × Βηματοδότης

- × Απινιδωτής

- × Αναπνευστήρες
- × Συσκευή ambu
- × Μάσκες οξυγόνου
- × Καθετήρες οξυγόνου
- × Set και δίσκοι αποστειρωμένοι (ενδοτραχειακής διασωλήνωσης, θωρακοτομής, αποκαλύψεως φλέβας κ.λ.π)
- × Φάρμακα, οροί, διαλύματα για ενδοφλέβιες εγχύσεις κ.ά.
- × Επαρκής ιματισμός.

### 5.4 ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

**5.4.1 Ορισμός:** Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η περιοδική καταστροφή του μυοκαρδιακού ιστού, όταν η κυκλοφορία του αίματος ελαττώνεται αιφνιδίως, είτε από χρόνια στένωση της στεφανιαίας αρτηρίας από αρτηριοσκλήρωση ή πλήρη απόφραξη από έμβολο ή θρόμβο. Υπάρχουσα περιοχή είναι πλέον μονίμως καταστραμμένη με αποτέλεσμα την απώλεια της συστολικής λειτουργίας.<sup>36,39,40</sup>

Όλοι οι ασθενείς με οξύ Ε.Μ, πρέπει να παρακολουθούνται και να αντιμετωπίζονται στην μονάδα εμφραγμάτων, για την ανίχνευση και έγκαιρη αντιμετώπιση επικίνδυνων αρρυθμιών ή άλλων επιπλοκών, όπως:<sup>39</sup>

- ✚ Αιμοδυναμική αστάθεια (υπόταση ή υπέρταση)
- ✚ Πνευμονικό οίδημα
- ✚ Ρήξη του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας ή του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και θρομβοεμβολικά επεισόδια.

### 5.4.2 Νοσηλευτική παρέμβαση

- Εισαγωγή του αρρώστου στην μονάδα οξέων εμφραγμάτων και σύνδεσή του με μηχανήματα συνεχούς καταγραφής της δραστηριότητας της καρδιάς.
- Συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου μέσω των monitor για έγκαιρη διαπίστωση αρρυθμιών, ειδικά εκτάκτων κοιλιακών συστολών που προμηνύ-



## ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

---

-ουν κοιλιακή ταχυκαρδία και κοιλιακή μαρμαρυγή.

- Συνεχής εκτίμηση της περιφερικής αιματικής άρδευσης των ιστών:
  - ✗ Μέτρηση της συχνότητας του κορυφαίου και κερκιδικού σφυγμού).
  - ✗ Σημείωση του μεγέθους του μηριαίου σφυγμού.
  - ✗ Εκτίμηση της συχνότητας και του βάθους των αναπνοών (οι συχνές και επιπόλαιες αναπνοές μπορεί να δείχνουν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονική εμβολή).
  - ✗ Εκτίμηση του χρώματος, του δέρματος και θερμοκρασίας.
  - ✗ Ακρόαση της καρδιάς για ήχο τριβής και φυσήματα.
  - ✗ Εκτίμηση των φλεβών του τραχήλου.
  - ✗ Μέτρηση του ποσού των ούρων.
- Χρησιμοποίηση συνεχούς αιμοδυναμικής καταγραφής και άμεση κεντρική αρτηριακή πίεση.
- Χορήγηση οξυγόνου με ρινικό καθετήρα ή μάσκα (μπορεί να μειώσει την συχνότητα εμφάνισης αρρυθμιών γιατί κάνει το μυοκάρδιο λιγότερο διεγέρσιμο με μείωση της υποξίας του).
- Απαλλαγή του αρρώστου από τον πόνο και την αγωνία (αυξάνουν το έργο πίεσης, όσο και το έργο ροής και μπορεί να προκαλέσουν αρρυθμίες):
  - ✗ Χορήγηση αναλγητικών (μορφίνη ή meperidine) μέσα στα όρια της ιατρικής εντολής.
  - ✗ Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, του σφυγμού και της συχνότητας της αναπνοής πριν από την χορήγηση « ναρκωτικών », κατεβάζουν την πίεση και μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη shock και αρρυθμιών.
- Έναρξη βραδείας ενδοφλέβιας χορήγησης, για την διατήρηση ανοικτής φλέβας, ώστε να είναι δυνατή η χορήγηση φαρμάκων, σε περίπτωση αρρυθμιών.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των

επιπλοκών:<sup>5</sup>

**(α) Καρδιογενές shock:**

- Πτώση της αρτηριακής πίεσης
- Μείωση του ποσού των ούρων (25ml και κάτω)
- Κρύο-υγρό δέρμα /ίσως περιφερική κυάνωση
- Ανησυχία / απάθεια / μείωση της αποκριτικότητας εξαιτίας της υποξίας των ιστών
- Εκτέλεση της κατάλληλης αγωγής.

**(β) Αρρυθμίες:** Συμβαίνουν συχνά τις πρώτες ημέρες. Η μείωση της οξυγόνωσης του μυοκαρδίου, προκαλεί αστάθεια που είναι αιτία εμφάνισης αρρυθμιών:

- Εκτίμηση, πρόληψη και θεραπεία καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσουν αρρυθμία (συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια / πνευμονική εμβολή κ.λ.π).
- Συχνός προσδιορισμός αερίων του αρτηριακού αίματος.
- Παρακολούθηση για κοιλιακή μαρμαρυγή, κοιλιακή ταχυκαρδία, κολποκοιλιακό αποκλεισμό και ασυστολία.

**(γ) Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια:** Το έμφραγμα του μυοκαρδίου μειώνει την ικανότητα της αριστερής κοιλίας και προκαλεί αύξηση της τελικής κοιλιακής πίεσης, με επακόλουθες πνευμονικές αγγειακές επιπλοκές:

- Εκτίμηση για ταχυκαρδία και κολποστικό ρυθμό / δύσπνοια / ορθόπνοια / οίδημα / ηπατομεγαλία.
- Παρακολούθηση για ανάπτυξη πνευμονικού οιδήματος, μεγάλου βαθμού δύσπνοια, αφρώδη αιμόφυρτα πτύελα, ταχυκαρδία, διάταση φλεβών του τραχήλου και διάχυτοι ρόγχοι.
- Εφαρμογή κατάλληλης αγωγής.

**(δ) Άλλες επιπλοκές που είναι δυνατόν να συμβούν:**

- Ρήξη θηλοειδούς μυός

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

---

- Κοιλιακό ανεύρυσμα
- Κοιλιακή ρήξη
- Βλάβη του κοιλιακού διαφράγματος
- Πνευμονική εμβολή.

Συνεχής ειδική νοσηλευτική φροντίδα είναι απαραίτητη. Δεν χωράει αμφιβολία αυτό. Στην πραγματικότητα, η νοσηλεύτρια είναι το κλειδί στο όλο πρόγραμμα της εντατικής θεραπείας των ασθενών αυτών, η συμβολή της αναγνωρίζεται από όλους. Για να πετύχει τον σκοπό της εκπαιδεύεται ειδικώς. Πολλές φορές θα χρειαστεί να ενεργήσει μόνη της. Πρέπει να είναι ικανή να αντιμετωπίσει κάθε πρόβλημα μόνη της και γνωρίζοντας τι ο γιατρός θα κάνει όταν έλθει, αρχίζει το καθιερωμένο πρόγραμμα ενώ περιμένει την άφιξή του.<sup>39</sup>

Ο πολύτιμος χρόνος που κερδίζεται με αυτά τα μέτρα συχνά καθορίζει την διαφορά μεταξύ ζωής και θανάτου. Ας μη θεωρηθεί υπερβολή ο τονισμός της συμβολής της νοσηλεύτριας στην νοσηλεία, την αξιολόγηση των επικίνδυνων μεταβολών της κατάστασής του ασθενούς, την άμεση εφαρμογή των νοσηλευτικών και θεραπευτικών μέτρων και την διάσωση του ασθενούς.

Ακόμη και τα τελειότερα ηλεκτρονικά μηχανήματα με τα οποία συνδέεται ο ασθενής επισημαίνουν απλώς και καταγράφουν την κατάσταση των ζωτικών λειτουργικών και μεταβολών του αρρώστου, αλλά δεν νοσηλεύουν τον άρρωστο, δεν να αποφασίζουν τι πρέπει να γίνει, δεν επεμβαίνουν θεραπευτικώς και βεβαίως δεν μπορούν μόνο τους να σώσουν την ζωή του ασθενούς.<sup>40</sup>

Μόνο η νοσηλεύτρια αγρυπνά στην κλίνη του ασθενούς, με την άμεση παρατήρηση και συνεχή επικοινωνία μαζί του, μπορεί να συλλάβει και να ερμηνεύσει τα σήματα τα οποία εκπέμπονται από τα μηχανήματα, να αξιολογήσει την σοβαρότητα της κατάστασης του αρρώστου και να αποφασίσει πότε και πώς να επέμβει νοσηλευτικώς και θεραπευτικώς. Πρώτη η νοσηλεύτρια παρατηρεί την αλλαγή του αρρώστου και πρώτη ακούει από τον άρρωστο ότι αισθάνεται δυσφορία και δεύτερο το μηχάνημα καταγράφει

## ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

---

τον άρρωστο ότι αισθάνεται δυσφορία και δεύτερο το μηχάνημα καταγράφει την μεταβολή. Επομένως, είναι ανεκτίμητη και αναντικατάστατη, ειδικευμένη δπλωματούχος νοσηλεύτρια, στην 24ωρη νοσηλεία του ασθενή.<sup>40</sup>

Οι ασθενείς με Ο.Ε.Μ, 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 την θεωρούν τόπο νοσηλείας βαριά ασθενών, τα άγνωστα πρόσωπα που τους περιβάλλουν, η σύνδεσή τους με μηχανήματα που απεικονίζουν παράξενες και ακατάληπτες γ'αυτούς εικόνες, ο περιορισμός τους στο κρεβάτι και οι συνεχείς ενοχλήσεις που τους προκαλούν οι συχνές εξετάσεις των γιατρών και νοσηλευτών, ακόμη και κατά την διάρκεια του ύπνου, είναι επαρκείς αιτίες για την δημιουργία ψυχικών διαταραχών, οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν με μία ή περισσότερες από τις παρακάτω μορφές:<sup>39</sup>

- Φόβος για την πιθανότητα να πάψουν να ενεργούν και να ζουν με τον τρόπο που προτιμούν,
- αβεβαιότητα για την φυσική τους επιβίωση, δημιουργία της αίσθησης ότι παντού υπάρχει έλλειψη κατανόησης
- αβεβαιότητα για την ικανότητα να ελέγχουν το άμεσο περιβάλλον τους,
- απογοήτευση και ανασφάλεια από την ικανότητα να ελέγχουν τον πόνο τους και τέλος κατάθλιψη για τον αποχωρισμό από τα αγαπητά τους πρόσωπα.

Έτσι δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι το άγχος και η κατάθλιψη είναι κοινές αντιδράσεις των ασθενών με Ο.Ε.Μ. Αντιδράσεις που δεν είναι καθόλου άμοιρες ευθυνών για ορισμένες επιπλοκές στην μονάδα εμφραγμάτων. Στην γενικότερη προσπάθεια για την ενθάρρυνση των ασθενών αυτών, συμβάλλει και ο γιατρός και η νοσηλεύτρια της μονάδας, κυρίως αυτή με την συνεχή παρουσία της, με την κατανόηση, το ενδιαφέρον και την ευγένειά της καθώς και με την γρήγορη προσέλευσή της, όταν καλείται

από τους ασθενείς.

Εάν εξηγήσει απλά στους ασθενείς τους σκοπούς της μονάδας, είναι δυνατόν να μετατρέψει το αρχικό συναίσθημα του φόβου σε συναίσθημα ασφάλειας. Η επίδειξη της οθόνης του monitor, η εξήγηση της παράξενης για τους ασθενείς, εικόνα του και η έμφαση στην πιθανότητα εμφάνισης παρασίτων στην ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα και εσφαλμένης λειτουργίας του μηχανήματος, θα μειώσει σημαντικά το φόβο τους. Η επικοινωνία με τους ασθενείς, πολλές φορές, δεν είναι εύκολη.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποδέχεται τους ασθενείς όπως είναι και όχι όπως θα ήθελε να είναι.<sup>39</sup> Να αναγνωρίζει ότι ο θυμός, η ασταμάτητη φλυαρία ή η απόλυτη σιωπή και εσωστρέφεια και γενικότερα η τυχόν ιδιόμορφη συμπεριφορά των ασθενών, είναι αντιδράσεις οφειλόμενες στην νόσο τους. Θα πρέπει να ανεχτεί αυτές τις αντιδράσεις και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες όλων των ασθενών με ζήλο και όχι μόνο επιφανειακά επειδή της το επιβάλλει το επάγγελμά της.<sup>39</sup>

Στην επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους ασθενείς, μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά και οι συγγενείς. Η ανάπτυξη ουσιαστικών σχέσεων μεταξύ συγγενών και νοσηλευτών,, αμέσως μετά την εισαγωγή του ασθενούς στην μονάδα, έχει ιδιαίτερη βαρύτητα.

Η συχνή επικοινωνία και η συνεχής και ακριβής ενημέρωση των συγγενών για την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς, 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:<sup>39</sup>

- Του φόβου
- Της ενοχής
- Της μοναξιάς
- Της δυσπιστίας
- Της κατάθλιψης.

## **5.5 ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ**

**5.5.1 Ορισμός:** Οξύ πνευμονικό οίδημα είναι η απότομη αύξηση της πίεσεως των πνευμονικών τριχοειδών με αποτέλεσμα εξαγγείωση στους διάμεσους ιστούς και τις αεροφόρους οδούς.

Είναι συνήθως αποτέλεσμα οξείας κάμψεως της αριστερής κοιλίας ή στενώσεως της μιτροειδούς βαλβίδα ή άλλων αιτιών (παθήσεις του Κ.Ν.Σ. πνευμονικές παθήσεις, υπερφόρτωση της κυκλοφορίας του αίματος με ενδοφλέβια έγχυση κ.ά).<sup>36</sup>

### **5.5.2 Αίτια**

Τα αίτια που προκαλούν οξύ πνευμονικό οίδημα, μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες:<sup>40</sup>

- ✘ Καρδιογενή
- ✘ Μη καρδιογενή
- ✘ Νευρογενή

#### **✘ Καρδιογενή αίτια**

- × οξεία αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια (οξεία συμφορητική ανεπάρκεια)
- × Βαλβιδοπάθειες (στένωση / ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας).

#### **✘ Μη καρδιογενή αίτια**

- × Κυκλοφορική υπερφόρτωση (ιατρογενές πνευμονικό οίδημα)
- × Οξεία νεφρίτιδα (ουραιμία)
- × Βλάβη των πνευμονικών τριχοειδών – πνευμονικές βλάβες (υπέρβαση δόσης ναρκωτικών / μεγάλο υψόμετρο / εισπνοή τοξικών αερίων).

#### **✘ Νευρογενή αίτια**

- × Βλάβες της λεμφικής κυκλοφορίας
- × Πειραματική πρόκληση πνευμονικού οιδήματος
- × Λοιμώξεις

- × Πνευμοθώρακας
- × Οξναιμία κύησης
- × Σύνδρομο Near – Drowning.

### 5.5.3 Κλινική εικόνα

Κατά την τυπική του μορφή, το πνευμονικό οίδημα χαρακτηρίζεται από:<sup>41</sup>

- Μεγάλου βαθμού δύσπνοια
- Βήχα ερεθιστικό κατά την διάρκεια του ύπνου
- Αίσθημα πνιγμονής, αγωνίας και πανικού
- Αφρώδη και αιμόφυρτα πτύελα
- Θορυβώδη αναπνοή με εισπνευστικούς και εκπνευστικούς συριγμούς, φυσαλιδώδεις – υγρούς ρόγχους
- Δέρμα γεώδες, άκρα ψυχρά, νύχια κυανωτικά, εφίδρωση και ωχρότητα
- Ταχυκαρδία
- Βρογχόσπασμος
- Η.Κ.Γ, το οποίο πιθανόν να επισημαίνει διαταραχή της λειτουργίας της αριστερής κοιλίας.

### 5.5.4 Νοσηλευτική παρέμβαση

Η επείγουσα φάση της κρίσης οξέος πνευμονικού οιδήματος αντιμετωπίζεται ως εξής.<sup>5,36,40</sup>

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε καθιστή θέση.
- Εξασφάλιση καλής φλέβας (κατά προτίμηση με φλεβοκαθετήρα).
- Χορήγηση ελάχιστου σακχαρούχου ορού για την διατήρηση της φλέβας (δεν επηρεάζει την πορεία του αρρώστου).
- Αύξηση του όγκου παλμού της αριστερής κοιλίας με ενδοφλέβια χορήγηση δακτυλίτιδας(ταχείας δράσης).

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ**

---

■ Μείωση του όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος με χορήγηση διουρητικών ταχείας δράσης.

Τα διουρητικά που χρησιμοποιούνται είναι:

✕ **Lasix : 40 –120mg**

✕ **Edecrin : 50mg**

■ Παρακολούθηση του αρρώστου για πτώση της αρτηριακής πίεσης, αύξηση του καρδιακού ρυθμού και μείωση των ούρων (ενδείξεις υπογλυκαιμίας).

■ Χορήγηση αμινιφυλλίνης (δίνεται αργά, ενδοφλέβια γιατί μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες ή ξαφνικό θάνατο, αν χορηγηθεί γρήγορα) που κάνει:

✕ Χαλάρωση του βρογχόσπασμου.

✕ Αύξηση της νεφρικής αιματικής ροής.

✕ Μείωση της πνευμονικής αρτηριακής πίεσης.

✕ Μείωση της περιφερικής φλεβικής πίεσης και της περιφερικής αντίστασης.

■ Χορήγηση οξυγόνου έως και 100% συγκέντρωσης και με υψηλό ρυθμό χορήγησης 6-8 L/min. Πρέπει να χορηγείται κατά προτίμηση με αναπνευστική συσκευή θετικής πίεσης. Το οξυγόνο, χορηγούμενο με θετική πίεση, μπορεί να αποβεί σωτήριο σε περιπτώσεις βαρύτατου οιδήματος που ανθίσταται σε κάθε θεραπευτική προσπάθεια.

■ Χορήγηση μορφίνης σε μικρές τιτλοποιημένες δόσεις, 10 -15mg IV, διαλυμένα σε 10 –15ml σακχαρούχου ορού, σε 5' ανά 2 - 4h, ώσπου να μειωθεί η δύσπνοια.

Η μορφίνη μειώνει τον πανικό και την αγωνία και κατά συνέπεια το αναπνευστικό έργο. Πρέπει να αποφεύγεται η υποδόριος ή ενδομυϊκή χορήγησή της γιατί η απορρόφησή της λόγω της αγγειοσύσπασης από το πνευμονικό οίδημα είναι ασταθής και μπορεί να προκαλέσει αύξηση των ενζύμων που προέρχονται από νέκρωση των ιστών μυών (SGROT, CPK) να



## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ**

---

δημιουργήσει διαγνωστικές δυσχέρειες αργότερα, για το αν πρόκειται περί οξέως εμφράγματος. Δεν χορηγείται αν το πνευμονικό οίδημα οφείλεται σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή όταν υπάρχει χρόνια πνευμονική νόσος ή καρδιογενές shock.

- Προσεκτική παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας και της αρτηριακής πίεσης (προκαλεί υπόταση).
- Έτοιμα ανταγωνιστικά της μορφίνης (Narcan / Nalin).
- Εκτίμηση της νεφρικής και ηλεκτρολυτικής κατάστασης του αρρώστου.
- Χορήγηση των ανάλογων φαρμάκων για μεγάλου βαθμού και επίμονη υπέρταση.
- Παραμονή του αρρώστου στην «μονάδα οξέως εμφράγματος» έως ότου αυτό κρίνεται αναγκαίο.

\* \* \*

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

## ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

- ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ
- ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
- Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν
- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ STRESS
- ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΗΨΙΑΣ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

#### 6.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Μια σύγχρονη μονάδα τεχνητού νεφρού πρέπει να είναι ειδικά σχεδιασμένος χώρος μέσα στην φυσική δομή ενός υπάρχοντος νοσοκομειακού συγκροτήματος. Η μονάδα επιβάλλεται να είναι οργανικά και λειτουργικά συνδεδεμένη με υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για την κάλυψη του νεφροπαθούς. Η σύγχρονη μονάδα θα πρέπει να εμπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη σε αυτούς που την χρησιμοποιούν και να συνδυάζει το ιδεώδες με το πρακτικό.

Τα παραπάνω επιβάλλονται από την αρχιτεκτονική της διάταξη, τον σύγχρονο εξοπλισμό της, την σωστή οργάνωση και λειτουργία της και το έμπυχο υλικό της. Επιπλέον, το εξειδικευμένο της προσωπικό πρέπει να εξασφαλίζει τις συνθήκες εκείνες που είναι απαραίτητες για την θεραπευτική κάλυψη του νεφροπαθούς.<sup>39</sup>

#### 6.2 ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν

Ο αριθμός των αρρώστων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α), των οποίων η ζωή παρατάθηκε χάρη στην εξωνεφρική κάθαρση, έχει αυξηθεί δραματικά. Όμως αυτή η παράταση της ζωής συνοδεύεται από μία πληθώρα προβλημάτων, που έχουν σχέση με την νεφρική πάθηση. Όταν ο άρρωστος έρχεται στη Μ.Τ.Ν τρεις φορές την εβδομάδα για να υποβληθεί σε αιμοκάθαρση, επί 4-5 ώρες κάθε φορά, χρειάζεται πολύ περισσότερα από μια απλή αιμοκάθαρση.<sup>42</sup>

Ο νοσηλευτής που δίνει φροντίδα σε ένα τέτοιο άρρωστο δεν πρέπει ποτέ να ξεχνά ότι ο χρόνια αιμοκαθαιρόμενος άρρωστος:<sup>42,43</sup>

- Βρίσκεται κάτω από φοβερό stress.
- Είναι μοναδικός και χρειάζεται εξατομικευμένη φροντίδα.
- Αισθάνεται αδυναμία και η ενέργεια, η δύναμη και η ικανότητά του για

δράση, δεν βρίσκονται στο επίπεδο που επιθυμεί.

■ Ότι πρέπει να αντιμετωπίσει, επιπλέον, τις εκτεταμένες αλλαγές στον τρόπο ζωής, στο σωματικό είδωλο και την αυτοεκτίμηση.

Συγκινησιακά, μπορεί να παρουσιάζεται αγχώδης, κλεισμένος στον εαυτό του και αδιάφορος. Αυτό που κάνει είναι αγώνας για διατήρηση της ακεραιότητας και της υπερηφάνειας του και ενός βαθμού φυσιολογικότητας, ενώ αντιμετωπίζει την αβάσταχτη πάθησή του.<sup>43</sup>

### **6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Τα παρακάτω αποτελούν αποκλειστικό έργο του νοσηλευτή:<sup>43,44</sup>

- Διεργασία προετοιμασίας του μηχανήματος του T.N
- Παρακέντηση της fistulae
- Σύνδεση του νεφροπαθούς με το μηχάνημα
- Ρύθμιση της αφυδάτωσης και γενικότερα η άνετη για τον νεφροπαθή, διεξαγωγή της όλης διαδικασίας του T.N

Πριν από την εκτέλεση της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης, στο ατομικό τραπέζακι του κάθε μηχανήματος τεχνητού νεφρού, τοποθετεί όλα τα απαραίτητα υλικά που θα χρειαστούν σε όλη την διάρκεια της αιμοκάθαρσης.

#### **Αυτά είναι:**

- ☒ Φιαλίδιο με οινόπνευμα για τον καθαρισμό της δερματικής επιφάνειας της fistulae.
- ☒ Υλικά παρακέντησης (δύο βελόνες παρακέντησης fistulae/γάζες και τολίπια βάμβακος/ κολλητική ταινία).
- ☒ Φιαλίδιο ηπαρίνης.
- Σύριγγα ηπαρίνης.
- Φλεβική γραμμή και αρτηριακή γραμμή.
- Μία ή δύο φιάλες φυσιολογικό ορό.

■ Τέσσερις ή πέντε λαβίδες.

■ Το φίλτρο (το είδος του έχει καθοριστεί από τον Ιατρό).<sup>43</sup>

Βασική σημασία στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης, έχει και η ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου και ψυχολογική προετοιμασία. Η νοσηλεύτρια της μονάδας Τ.Ν, θα εξηγήσει στον νεφροπαθή την αναγκαιότητα της χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης, θα επισημάνει σε αυτόν την μονιμότητα της αγωγής, μέχρι την ανεύρεση του συμβατού μοσχεύματος. Βέβαια, όλα αυτά προϋποθέτουν την συνειδητά υπεύθυνη δουλειά της νοσηλεύτριας, γιατί έτσι ακριβώς κερδίζεται η εμπιστοσύνη του νεφροπαθούς.

Αναμφισβήτητα ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ο κλινικός. Ο νεφροπαθής είναι ένας άρρωστος που η φροντίδα του απαιτεί άριστες και πολύ ειδικές κλινικές νοσηλευτικές δεξιότητες.<sup>44</sup> Ταυτόχρονα όμως, είναι και ένας χρόνιος άρρωστος. Το τελευταίο, προϋποθέτει την ανάπτυξη μιας ειδικής διαπροσωπικής σχέσης πελάτη- επαγγελματία υγείας, που είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση την συνέχεια της φροντίδας που ταιριάζει απόλυτα στο νοσηλευτικό έργο.<sup>43,44</sup>

Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο υπό Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση, να κατανοήσει το stress και τις αλλαγές και ίσως να τις ανεχτεί καλύτερα. Μέσα από την κατανόηση, την υποστήριξη και την ζεστασιά του νοσηλευτή, θα βοηθηθεί ο νεφροπαθής να ανασυγκροτήσει τις δυνάμεις που του απέμειναν και να κάνει τις καλύτερες δυνατές προσαρμογές, στην σκληρή πραγματικότητα του τελικού σταδίου της νεφρικής πάθησης.<sup>43</sup>

Η θεραπεία της περιοδικής αιμοκάθαρσης, σχεδόν αναπόφευκτα, δημιουργεί έναν ειδικό δεσμό ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον χρόνιο άρρωστο, στηριγμένο πάνω στην επαγγελματική και προσωπική εμπιστοσύνη που υποθάλλει η μακροχρονιότητα της σχέσης.<sup>39</sup> Ο νοσηλευτής δεν παρέχει μόνο φροντίδα στον άρρωστο, γίνεται και ο υποστηρικτής του, ο δάσκαλός του, αυτός που του παρέχει κίνητρα για αποκατάσταση και αυτοφροντίδα.<sup>44</sup>

## **6.4 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ**

Το νοσηλευτικό έργο προϋποθέτει μεγάλη ευθύνη και κατά συνέπεια μεγάλο κόπο. Ιδιαίτερα όμως η νοσηλευτική στη Μ.Τ.Ν με τα πολύπλοκα προβλήματά της, καταπονεί, επηρεάζει, ευαισθητοποιεί και κουράζει τον νοσηλευτή με τους νεφροπαθείς στο κλειστό περιβάλλον της Μ.Τ.Ν και η απομόνωσή τους από τις άλλες νοσηλευτικές μονάδες του νοσοκομείου, προκαλούν έντονη ψυχική επιβάρυνση, έντονο stress.<sup>39</sup>

Το **stress** είναι μια υποκειμενική εμπειρία, που προκαλείται από διάφορες επιρροές, οι οποίες αναστατώνουν την φυσική και ψυχική ισορροπία του οργανισμού.<sup>41</sup> Σαν συνέπεια αυτής της κατάστασης του stress, παρουσιάζονται σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας, τόσο με τους νεφροπαθείς όσο και με το υπόλοιπο προσωπικό, ενώ παράλληλα μειώνεται η ποιότητα και απόδοση της δουλειάς και ο νοσηλευτής νοιώθει έντονα την έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης. Κάτω από το φόρτο της δουλειάς, αναπτύσσει μια έντονη αποθάρρυνση, που γίνεται εντονότερη όταν η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται ή όταν συνοδεύεται μόνο από κριτική.

Για να ξεφύγει από αυτή την δυσάρεστη κατάσταση, ο νοσηλευτής παρουσιάζεται πολυάσχολος, μη διαθέσιμος και εξαντλεί την παροχή φροντίδας μόνο στις σωματικές ανάγκες του ασθενούς, αγνοώντας τις ψυχοκοινωνικές. Γίνεται ευερέθιστος, απότομος και συχνά φέρεται σαν να έχει απέναντί του μια αρρώστια, παρά έναν άνθρωπο που είναι άρρωστος. Αυτή η στάση συχνά ερμηνεύεται από τους άλλους σαν ψυχρότητα, αδιαφορία, τυπικότητα, έλλειψη φροντίδας και ενδιαφέροντος για τον ασθενή. Δεν είναι όμως παρά μόνο η άμυνα του νοσηλευτή, που νιώθει ένοχος για την συμπεριφορά του, γιατί πιστεύει ότι έχει χάσει την ευαισθησία και την ανθρωπιά του. Έτσι λοιπόν, αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα προς τους ασθενείς, τους άλλους συνεργάτες του και τον ίδιο του τον εαυτό.<sup>43</sup>

### **6.4.1 Παράγοντες που προκαλούν stress:**

Αυτοί πρέπει να αναζητηθούν:<sup>39</sup>

## **ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ**

---

- Στις συνθήκες δουλειάς, που περιλαμβάνουν τις σοβαρές απαιτήσεις που έχει η εργασία στην μονάδα.
- Στην μεγάλη ευθύνη για άμεση αντιμετώπιση κρίσιμων και επείγουσών καταστάσεων.
- Στην εντατική παρακολούθηση ασθενών και μηχανημάτων.
- Στην στενή σχέση με τους νεφροπαθείς. Η σχέση αυτή εξαρτάται από παράγοντες όπως:
  - × προσωπικότητα του ασθενούς
  - × προσδοκίες που έχει ο νεφροπαθής από τον νοσηλευτή
  - × προσδοκίες που έχει ο νοσηλευτής από τον νεφροπαθή
- Στις διαπροσωπικές σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ των εργαζομένων στη Μ.Τ.Ν.
- Στα προβλήματα επικοινωνίας και συνεργασίας με τους συνεργάτες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του stress:
  - × ανταγωνισμοί
  - × συγκρούσεις
  - × έλλειψη επικοινωνίας
  - × κλίμα σύγκρισης και κριτικής, όπου τονίζονται τα λάθη χωρίς να αναγνωρίζεται η προσφορά.
- Στην απομόνωση από τους άλλους νοσηλευτές του νοσοκομείου.
- Στην ανεπαρκή εκπαίδευση του προσωπικού.

### **6.5 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΗΨΙΑΣ ΣΤΗ Μ.Τ.Ν**

Είναι γνωστό ότι στο δέρμα του ανθρώπου διαβιούν μικροοργανισμοί που βρίσκονται σε κατάσταση δυναμικής ισορροπίας με τον οργανισμό. Όταν η ισορροπία αυτή είναι καλή(υγιή άτομα), ο πολλαπλασιασμός και ο αριθμός των μικροοργανισμών, είναι σχετικά μικρός. Όταν ο οργανισμός νοσεί (ιδίως

## ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

---

από βαριές ή χρόνιες νόσους), η ισορροπία διαταράσσεται υπέρ των μικροοργανισμών, ο πολλαπλασιασμός τους είναι εντονότερος και ο αριθμός τους μεγαλύτερος.<sup>22</sup>

Οι μικροοργανισμοί που βρίσκονται στην επιφάνεια του σώματος είναι:<sup>43</sup>

- Σταφυλόκοκκοι (λευκός, χρυσίζων)
- Στρεπτόκοκκοι της επιδερμίδας και άλλοι στρεπτόκοκκοι
- Σπανιότερα, θετικά κατά Gram (+) και αρνητικά κατά Gram (-) βακτηρίδια.

Η σωστή τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας αποτελεί αποκλειστικά έργο, ευθύνη και φροντίδα του νοσηλευτή. Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοδιάλυση, σε περίπτωση μη τήρησης των κανόνων αντισηψίας υπάρχει το ενδεχόμενο να παρασυρθούν μικροοργανισμοί της επιδερμίδας με την φλεβοκέντηση.<sup>22,43</sup>

Άλλες φορές, οι μικροοργανισμοί που παρασύρονται από την βελόνα, κατακρατούνται είτε μέσα στο δέρμα ή υποδόρια, είτε στο τοίχωμα των αγγείων και δεν φτάνουν στο αίμα.

Αν η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι ικανοποιητική, συνήθως η εισαγωγή αυτών των μικροβίων αντιμετωπίζεται από τον οργανισμό τοπικά υπό την μορφή φλεγμονής των μαλακών μορίων έως πυώδους συλλογής ή μικροαποστήματος ή τέλος φλεγμονής του σημείου της αναστομώσεως.<sup>42</sup> Όταν όμως η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι επηρεασμένη με πολύ χαμηλή ανοσοβιολογική απάντηση στις λοιμώξεις ή όταν δεν ληφθούν έγκαιρα μέτρα για την υποβοήθηση του ασθενούς οργανισμού, τότε η λοίμωξη προχωρεί δια μέσου του αίματος και μεταναστεύει από το σημείο της εισβολής προς την καρδιά (κίνδυνος βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας) ή τους πνεύμονες ή άλλα όργανα με την γενικότερη συμπτωματολογία της σηψαιμίας.<sup>43</sup>

Είναι φανερό λοιπόν πως η τήρηση και η εφαρμογή των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην όλη πορεία του ασθενή και αυτό επειδή:<sup>44</sup>



## ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

---

Η αιμοκάθαρση είναι μία χρόνια θεραπεία.

- Η τεχνική της αιμοκάθαρσης (φλεβοκέντηση/ σύνδεση/ αποσύνδεση του ασθενή) υποβοηθά στην είσοδο μικροβίων στον οργανισμό.
- Οι νεφροπαθείς είναι ασθενείς με μειωμένη άμυνα.

Εκτός των παραπάνω, η καλή αντισηψία και η αποφυγή κυρίως των τοπικών λοιμώξεων για τους αιμοκαθαρόμενους, αποκτά ιδιαίτερη σημασία εάν λάβουμε υπόψη το γεγονός ότι μια λοίμωξη οδηγεί:<sup>43</sup>

- Σε προσωρινό αποκλεισμό της παρακέντησης και φυσικά αδυναμία υποβολής των ασθενών σε αιμοκάθαρση.
- Σε πιθανή καταστροφή της αναστομώσεως (θρόμβωση κ.λ.π) και στην συνέχεια ανάγκη δημιουργίας νέας.
- Σε σοβαρή ψυχική και σωματική δοκιμασία για τον ασθενή.
- Σε ανάλογη επιβάρυνση του προσωπικού.

\* \* \*

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

- Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΕΝΟΣ ΜΕΛΛΟΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΕΝΟΣ ΜΕΛΛΟΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ Μ.Ε.Θ**

Η εντατική θεραπεία σχετίζεται με ένα μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας το οποίο μπορεί να ποικίλει από εβδομάδα σε εβδομάδα, εντούτοις επικεντρώνεται στο 15-20% των ασθενών μίας μονάδας.<sup>45</sup> Σε ορισμένες περιπτώσεις ο θάνατος επέρχεται σαν ένα ξαφνικό γεγονός επακόλουθο μίας επείγουσας εισαγωγής σε μία Μ.Ε.Θ. χωρίς να έχει δοθεί επαρκής χρόνος προετοιμασίας είτε του ίδιου του ασθενή είτε της οικογένειάς του. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, ο θάνατος επέρχεται μετά την πάροδο αρκετών ημερών ή μηνών στο τμήμα, αποτελώντας πια ένα αναμενόμενο αποτέλεσμα. Σε κάποιες πάλι περιπτώσεις ασθενών διαφαίνεται ότι η συνέχιση της θεραπευτικής παρέμβασης είναι και αποδιοργανωτική για τον ασθενή και αναποτελεσματική ή μάταιη.<sup>46</sup>

Είναι ευρύτερα αποδεκτό το γεγονός ότι από την στιγμή που αποφασιστεί ότι η επιπρόσθετη ιατρική παρέμβαση δεν πρόκειται να βοηθήσει τον ασθενή, οι προτεραιότητες φροντίδας του από πλευράς του νοσηλευτή αλλάζουν.<sup>45</sup> Η χορήγηση αναλγητικών και κατασταλτικών ουσιών μπορεί μέχρι εκείνη τη στιγμή να συνέβαλλαν στον περιορισμό καρδιοαναπνευστικών παρενεργειών και τεχνικές όπως οι αναρροφήσεις ή οι φυσικοθεραπείες να χρησιμοποιήθηκαν συστηματικά προκειμένου να θεραπευτεί ο ασθενής. Από τη στιγμή όμως που αποφασίζεται η παύση ή ο περιορισμός της θεραπείας, τότε αυτή δίνει τη θέση της στη φροντίδα, η οποία πια αποτελεί την προτεραιότητα λειτουργίας του νοσηλευτή καθώς η ικανοποίηση των φυσιολογικών και ψυχολογικών αναγκών του ασθενή πρέπει να υπερισχύσει.

Τα αναλγητικά θα πρέπει να χορηγούνται μόνο μέχρι του σημείου ανακούφισης του ασθενή από τον πόνο και μη απαραίτητες παρεμβάσεις όπως η αναρρόφηση, θα πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο δυνατό για τη διατήρηση της άνεσης του ασθενή. Η εκτίμηση από πλευράς του νοσηλευτή του πόνου που αισθάνεται ο ασθενής έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζεται από ένα

## Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΕΝΟΣ ΜΕΛΛΟΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ Μ.Ε.Θ

---

πλήθος μεταβλητών όπως ο βαθμός οξυγόνωσης των πνευμόνων, το χρονικό στάδιο παραμονής του ασθενή στη Μ.Ε.Θ μετά τη χειρουργική επέμβαση που υπέστη και η ικανότητά του να επικοινωνεί.<sup>47</sup>

Η εκτίμηση αυτή μέσα σε ένα περιβάλλον εντατικής θεραπείας είναι εξαιρετικά δύσκολο έργο, ειδικότερα στη περίπτωση που δεν υφίσταται προφορική επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και του περίγυρού του. Σε μια τέτοια περίπτωση ο νοσηλευτής κατά την άποψη του Ryntillo<sup>6</sup> στηρίζεται σε φυσιολογικές μεταβλητές όπως η ταχυκαρδία και η αιματηρή αρτηριακή πίεση, καθώς και στη φυσική εκτίμηση του ασθενή, αν π.χ. εμφανίζει ιδρώτα ή εναλλαγή στις όψεις του προσώπου του.

Στην περίπτωση όμως που ο ασθενής επικοινωνεί με το περιβάλλον, οποιοσδήποτε αποφάσεις σχετικές με την ανακούφιση του πόνου, την κινητική, την προσωπική του υγιεινή και άνεση πρέπει να συζητώνται μαζί του. Θα πρέπει να δίνεται η αίσθηση στον ασθενή ότι κάνουμε το καθετί προκειμένου να επικοινωνεί με τους δικούς του όσο το δυνατόν περισσότερο και καλύτερα. Ακόμη και τότε όμως πρέπει να διατηρούμε ένα ανοικτό επίπεδο πόνου για τον ασθενή αποφεύγοντας καταστάσεις υπνηλίας και αποπροσανατολισμού που προκύπτουν από τις υπερβολικές ποσότητες αναλγητικών και κατασταλτικών ουσιών.<sup>47</sup>

Οι **Tittle** και **McMillan**<sup>48</sup> αναφέρονται στην χρήση εναλλακτικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου του ασθενή, όπως είναι:

- Χορήγηση ναρκωτικών και οπιοειδών που αποτελούν τον κύριο παράγοντα ανακούφισης από τον πόνο,
- Η τοπική αναλγησία,
- Η χρήση συσκευής απάλυνσης του πόνου γνωστής στη φυσικοθεραπεία ως TENS,
- Ψυχρά επιθέματα ανάλογα με την περίπτωση,
- Μαζοθεραπεία, και τέλος

## Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΕΝΟΣ ΜΕΛΛΟΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ Μ.Ε.Θ

---

■ Η σημαντικότερη ίσως μέθοδος ανακούφισης του πόνου του ασθενή, είναι η προσωπική του επαφή με τον νοσηλευτή.

Από την άλλη, ακριβώς επειδή οι συγγενείς και οι φίλοι του ασθενή έχουν σημαντική επιρροή στη ζωή του-πόσο μάλλον στο τελευταίο στάδιο αυτής – γίνεται απαραίτητο για κάθε νοσηλευτή να αναρωτηθεί ποιες είναι οι ανάγκες των συγγενών και πως μπορούν αυτές να αντιμετωπιστούν.<sup>49</sup>

Αρκετοί ερευνητές παρατήρησαν ότι οι συγγενείς εκείνοι που τρέμουν τον επικείμενο θάνατο ενός στενού τους προσώπου μπαίνουν στην διαδικασία ενός προκαταβολικού πένθους πριν εισέλθει ουσιαστικά «το κακό». Χαρακτηριστική περίπτωση είναι των συγγενών ασθενών με στεφανιαίες παθήσεις των οποίων η συναισθηματική σταθερότητα παραβιάζεται εξαιτίας ενός συντριπτικού θρήνου με μία ξαφνική και απροσδόκητη εισαγωγή του συγγενή τους στη Μ.Ε.Θ.

Πρωταρχικός στόχος των νοσηλευτών της Μ.Ε.Θ θα πρέπει να είναι η δημιουργία μιας ήρεμης ατμόσφαιρας η οποία με την σειρά της θα είναι καταλυτική για την εγκαθίδρυση μίας εμπραθητικής και υποστηρικτικής σχέσης με τους συγγενείς. Συχνά η ξαφνική εισαγωγή ενός ατόμου σε Μ.Ε.Θ καθιστά ανίκανους τους συγγενείς του να αντιληφθούν επακριβώς τι έχει συμβεί εξαιτίας του αρχικού σοκ που τους κυριεύει. Σε αυτό το σημείο ο νοσηλευτής θα πρέπει να τους βοηθήσει να κατανοήσουν το κρίσιμο της κατάστασης του ασθενή παρέχοντάς του τις απαραίτητες διευκρινήσεις χρησιμοποιώντας απλό λεξιλόγιο και αποφεύγοντας ιατρικούς ή νοσηλευτικούς όρους.<sup>50</sup>

Από την στιγμή που η κατάσταση του ασθενή χειροτερεύει θανάσιμα, τότε προκύπτει το ζήτημα του ποιος θα είναι εκείνος ο οποίος θα αναφέρει τη δυσάρεστη είδηση στους συγγενείς. Αυτό που συνιστάται είναι να αναλαμβάνεται το καθήκον αυτό συνδυασμένα από έναν γιατρό γνωστό στον ασθενή και την οικογένειά του και ένα μέλος του νοσηλευτικού δυναμικού της Μ.Ε.Θ που θα έχει αποκτήσει μία ιδιαίτερη με αυτούς σχέση. Το περιβάλλον συζήτησης θα πρέπει να είναι απαραίτητως ιδιωτικό για όσο χρονικό διάστημα

## Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΕΝΟΣ ΜΕΛΛΟΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ Μ.Ε.Θ

---

θεωρηθεί απαραίτητο και σίγουρα μακριά από το «χάος» της Μ.Ε.Θ.<sup>48,49</sup>

Ένα άλλο ζήτημα που πρέπει ο νοσηλευτής να συζητήσει με την οικογένεια, είναι το αν επιθυμούν λίγο προσωπικό χρόνο με τον ασθενή ή κάτι τέτοιο θα επιθυμούσαν να συμπληρώνεται από την παρουσία του ίδιου. Στην περίπτωση που οι συγγενείς επιθυμούν να μείνουν μόνοι με τον ασθενή, τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει άμεσα να απομακρυνθεί διαβεβαιώνοντάς τους όμως ότι θα είναι στην διάθεσή τους αμέσως μόλις το ζητήσουν.<sup>6,49</sup>

Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει εάν η οικογένεια επιθυμεί να είναι παρούσα τη στιγμή που ο ασθενής φεύγει όπως και αν επιθυμεί την παρουσία κάποιου άλλου ατόμου εκεί, όπως ενός ιερέα.<sup>49</sup> Αυτήν την πληροφορία θα πρέπει ο νοσηλευτής της βάρδιας να τη διοχετεύει στο ευρύτερο νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας ώστε η επιθυμία των συγγενών να ικανοποιηθεί οποτεδήποτε κι αν επέλθει ο θάνατος του ασθενή. Τελειώνοντας, θα ήθελα να αναφέρω το κόστος που έχει για τον ίδιο το νοσηλευτή η φροντίδα ενός μελλοθάνατου ασθενή<sup>50</sup>

Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η εμπειρία του θανάτου ενός ατόμου είναι στρεσογόνος παράγοντας για τον καθένα. Είναι χαρακτηριστική η διαπίστωση των Glaser και Strauss<sup>6</sup> ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών που εργάζονται στις Μ.Ε.Θ παρουσιάζουν απροθυμία επαφής με τον ασθενή με τον οποίο έχουν δεθεί κατά την διάρκεια της νοσηλείας του τη στιγμή που αυτός πεθαίνει. Αυτή η αντίδραση εύκολα ερμηνεύεται με βάση αυτό που ο Menzies<sup>6</sup> ανέφερε προσδιορίζοντας τη σχέση νοσηλευτή – ασθενή σαν τον πυρήνα της αγωνίας και του στρες που διακατέχει συχνά τους νοσηλευτές.

Όσο στενότερη και εντονότερη είναι η σχέση αυτή, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να εμφανιστεί στο νοσηλευτή το αίσθημα του άγχους και της αδυναμίας του να αντιμετωπίσει το μοιραίο. Εξίσου στρεσογόνοι παράγοντες είναι η θλίψη, το κλάμα ή ο θρήνος των συγγενών, γι'αυτό και συχνά πολλοί νοσηλευτές αποφεύγουν να έρχονται τέτοιες στιγμές σε επαφή μαζί τους. Κατά τον Walsh μάλιστα ένας μηχανισμός άμυνας που χρησιμοποιείται

## **Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΕΝΟΣ ΜΕΛΛΟΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ Μ.Ε.Θ**

---

ευρέως είναι η αποφυγή συναισθησης σύμπτους προς τους συγγενείς και η διατήρηση μίας κάποιας απόστασης από αυτούς.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, σημαντικό ρόλο θα μπορούσαν να παίξουν ψυχολόγοι διαθέσιμοι για το προσωπικό σε καθημερινή βάση είτε μέσα στην ίδια την μονάδα, είτε γενικότερα στο νοσοκομείο λειτουργώντας σαν μια χρήσιμη, εξωτερική πηγή ανακούφισης των νοσηλευτών διατηρώντας βέβαια ανέπαφο το δικαίωμα του ό,τι λέγεται μεταξύ τους να κρατάται μυστικό.<sup>6</sup>

Ένα πνεύμα ομαδικής συνεργασίας και σύμπτους πρέπει ταυτόχρονα να υιοθετείται και να πραγματώνεται καθώς μόνο μέσα σε ένα τέτοιο κλίμα εμπιστευτικότητας θα μπορεί το κάθε μέλος του προσωπικού της μονάδας να εκφράσει τα συναισθήματά του και να μοιράζεται τις σκέψεις του με τους υπόλοιπους από τη στιγμή μάλιστα που οι σκέψεις αυτές μπορεί να είναι ικανές για όλους.<sup>48</sup> Απαραίτητο βέβαια είναι και το δίκτυο ασφαλείας που θα πρέπει οι προϊστάμενοι και οι διευθυντές των μονάδων να παρέχουν σε όλους εκείνους που θα νοιώσουν ευάλωτοι στο στρες της φροντίδας μελλοθάντων ασθενών.<sup>49</sup>

\* \* \*

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

- ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ
- Α΄ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ
- Β΄ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### 8.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η νοσηλευτική διεργασία εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς κι των αποτελεσμάτων αυτής.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- Αξιολόγηση αναγκών, προβλημάτων του αρρώστου
- Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας
- Εφαρμογή της προγραμματισμένης νοσηλευτικής φροντίδας
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων της εφαρμοσμένης Νοσηλευτικής φροντίδας

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, η προώθηση της αναρρώσεως, η αποκατάσταση της υγείας και τέλος η προαγωγή αυτής.

### 8.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

#### 8.2.1 A. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** Ξηρομερίτης

**ΟΝΟΜΑ:** Γεράσιμος

**ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:** Καλάβρυτα

**ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:** Καλάβρυτα

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:** 30/09/2002

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Σπειραματονεφρίτιδα αγνώστου αιτιολογίας

**ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:** Υπέρταση – νεφρωσικό σύνδρομο

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:** Κρυφορχία (2 εγχειρήσεις)

**ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Ο πατέρας του πέθανε από σάκχαρο σε ηλικία

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

52 ετών. Αναφέρει κολικό του νεφρού. Δύο αδέρφια του πατέρα του έχουν πρόβλημα με τους νεφρούς τους. Η μητέρα του είναι 49 ετών και έχει τρία αδέρφια, τα οποία είναι υγιή.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΝΟΣΟΣ:** Σε τυχαία μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως, ανακάλυψε πως η τιμή αυτής ήταν 210/105 mmHg. Μετά από επίσκεψή του στο γιατρό, του συστήθηκε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος, κατά τον οποίο διαπιστώθηκε σημαντική έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, αμφοτερόπλευρα. Για τον συγκεκριμένο λόγο πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή του στην Νεφρολογική κλινική.

**ΣΙΓΑΡΕΤΑ:** 1πακέτο την ημέρα.

**ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ:** Πολύ (σε τακτικά χρονικά διαστήματα).

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:** Οικοδόμος.

**ΗΛΙΚΙΑ:** 36 ετών.

**ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ:**

### 1. ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ

- ✓ Α.Π: 150/90 mmHg
- ✓ Σφίξεις: 80/min

### 2. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

- ✓ φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα.

### 3. ΠΕΠΤΙΚΟ

- ✓ Ήπαρ: Εκτός φυσιολογικών ορίων
- ✓ Σπλήνας: Αψηλάφητος.

### 4. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

- ✓ Κύστη: Κενή.

Ο ασθενής υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση στην Μ.Τ.Ν του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου, με σχετικά επιβαρημένη γενική κατάσταση. Στην συνέχεια θα αναπτυχθεί η νοσηλευτική διεργασία των προβλημάτων του παραπάνω ασθενούς, κατά την διάρκεια μιας συνεδρίας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>-Ο ασθενής εισέρχεται για πρώτη φορά στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, συνοδευόμενος από έναν νοσηλεύτη της Νεφρολογικής κλινικής.</p>	<p>- Ο ασθενής να είναι καθ'όλα έτοιμος, προκειμένου να συνδεθεί με το μηχάνημα του τεχνητού Νεφρού.</p>	<p>- Βοήθεια του αρρώστου να ζυγιστεί, στη ζυγαριά της μονάδας.</p> <p>- Τοποθέτηση περιβραχιονίου στον βραχίονα του αρρώστου για την μέτρηση της Α.Π σε όρθια ή καθιστή θέση).</p>	<p>- Ο έλεγχος του βέρους του ασθενούς κρίνεται απαραίτητος προκειμένου να ρυθμιστούν οι τιμές κατά την συνεδρία έτσι ώστε η κάθαρση να διεκπεραιωθεί με τρόπο ορθό.</p> <p>- Η λήψη της Α.Π του αρρώστου γίνεται σε όρθια ή καθιστή θέση.</p>	<p>- Κατά το ζύγισμα του ασθενούς διαπιστώθηκε πως είναι υπέρβαρος από το επιθυμητό βάρος κατά 1.900 Kgr βαρύτερος.</p> <p>- Η Α.Π του ασθενούς βρέθηκε πως είναι 160/80mmHg</p> <p>- Οι πρωταρχικές ενέργειες πραγματοποιήθηκαν και ο ασθενής είναι έτοιμος να συνδεθεί με το μηχάνημα του T.N</p>
<p>-Ο ασθενής ξαπλώνει στο κρεβάτι έχοντας τα εξής σημεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Καταβολή δυνάμεων</li> <li>➤ Ταχυπαλμία</li> <li>➤ Δύσπνοια.</li> </ul>	<p>- Ο ασθενής πρέπει να τονωθεί ψυχολογικά έτσι ώστε να ηρεμήσει και παράλληλα να βοηθηθεί στην αναπνοή.</p>	<p>- Τοποθέτηση του κεφαλιού του αρρώστου σε υψηλότερη θέση για υποβοήθηση της αναπνοής του.</p> <p>- Λήψη Α.Π ενώ ο άρρωστος είναι κατακεκλιμένος.</p> <p>- Καταγραφή του βάρους και της Α.Π στο ατομικό δελτίο του ασθενούς.</p>	<p>- Τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι του ασθενούς και παράλληλα χορηγήθηκε O<sub>2</sub> με μάσκα.</p> <p>- Έγινε μέτρηση της Α.Π</p> <p>- Έγινε καταγραφή του βάρους, της Α.Π, καθώς και όλων των ενεργειών που έγιναν, στο ατομικό δελτίο.</p>	<p>- Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα μετά την ανύψωση του κρεβατιού και την χορήγηση O<sub>2</sub></p>

<p><b>ΠΡΟΒΑΙΜΑΤΑ</b></p>	<p><b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ</b></p>	<p><b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</b></p>	<p><b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</b></p>	<p><b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b></p>
<p>- Παρουσία μεγάλου αιματώματος, το οποίο καλύπτει την περιοχή της fistula.  - Δυσκολία κατά την παρακέντηση.</p>	<p>- Αποφεύγεται η δότοχη παρακέντηση γιατί εκτός από το ότι είναι επώδυνη, είναι πιθανόν να μετακινήσει τυχόν θρόμβο ή και να καταστρέψει την fistula.  - Σύνδεση του ασθενούς με το μηχάνημα.  - Δίνεται ιδιαίτερη σημασία στο φίλτρο, ώστε να μην πηξει.</p>	<p>-Αποφεύγεται η δότοχη παρακέντηση γιατί εκτός από το ότι είναι επώδυνη, είναι πιθανόν να μετακινήσει τυχόν θρόμβο ή και να καταστρέψει την fistula.  - Σύνδεση του ασθενούς με το μηχάνημα.  - Δίνεται ιδιαίτερη σημασία στο φίλτρο, ώστε να μην πηξει.</p>	<p>- Αντισηψία της περιοχής με betadine – οινόπνευμα και παρακεντάτε για πρώτη φορά η fistula.  - Σύνδεση της αρτηριακής ζεδόνας με την αρτηριακή γραμμή.  -Μετά την παρουσία αίματος στην άκρη της φλεβικής γραμμής γίνεται σύνδεση αυτής με την φλεβική βεδόνη.  -Χορήγηση 5.000 μονάδων ηπαρίνης από το σημείο παρακέντησης της αρτηριακής γραμμής.  - Χορήγηση ηπαρίνης από την ειδική αντλία ηπαρίνης του μηχανήματος του T.N.</p>	<p>- Εφόσον η παρακέντηση του ασθενούς πραγματοποιήθηκε με ιδιαίτερη προσοχή και έγινε μέριμνα για όλα τα σχετικά με την πήξη του φίλτρου, δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα κατά την διάρκεια της παρακέντησής και την έναρξη της συνεδρίας.</p>
<p>- Η κάθαρση πρέπει να γίνει σωστά και αποτελεσματικά και ο ασθενής να φτάσει στο επιθυμητό βάρος.</p>		<p>- Σωστή ρύθμιση των ανάλογων τιμών πάνω στο μηχάνημα.  - Ρύθμιση των alarm σε περίπτωση παρέκκλισης από τα όρια τα οποία έχουν οριστεί.</p>		<p>- Οι τιμές ρυθμίστηκαν σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, οι οποίες υπάρχουν στον φάκελο του ασθενούς. Ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα.</p>

<p><b>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</b></p>	<p><b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b></p>	<p><b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</b></p>	<p><b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</b></p>	<p><b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b></p>
<p>- Κατά την διάσφαση της πρώτης συνεδρίας, ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα αλλά νοιώθει έντονα το αίσθημα της πείνας και της δίψας.</p>	<p>- Λήψη της Α.Π ανά μισή ώρα για την πρόληψη τυχόν προβλημάτων. - Κάλυψη των προστατικών αναγκών του αρρώστου.</p>	<p>- Έγινε λήψη της Α.Π -Ειδοποιήθηκε η τραπεζοκόμος για το πρωινό του.</p>	<p>- Κατά την μέτρηση της Α.Π διαπιστώθηκε πως η τιμή της ήταν φυσιολογική (130 mmHg). - Η τραπεζοκόμος έφερε το πρωινό του ασθενούς. Βοήθεια του ασθενούς να φάει. - Καταγραφή της Α.Π στο ατομικό φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>- Ο ασθενής άρχισε να συνέρχεται. - το αίτιο που προκάλεσε τα συμπτώματα διαπιστώθηκε πως ήταν η πτώση της Α.Π γι' αυτό θα πρέπει να ρυθμιστεί.</p>
<p>- Ο ασθενής αναφέρει ναυτία και εμετό.</p>	<p>- Καταπολέμηση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων.</p>	<p>- Ρύθμιση της θέσεως του ασθενούς στο κρεβάτι. - Λήψη της Α.Π.</p>	<p>- Ο ασθενής τοποθετήθηκε καλύτερα στο κρεβάτι και του συστήθηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές. - Η Α.Π του ασθενή βρέθηκε ιδιαίτερα χαμηλή. - Χορηγήθηκε αντιεμετικό φάρμακο.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αρτηριακή υπόταση (κατά την διάρκεια της συνεδρίας ) η οποία μπορεί να οφείλεται σε απότομη αφυδάτωση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η πτώση της πίεσως πολλές φορές συνοδεύεται από ταχυκαρδία ,επίδρωση και πονοκέφαλο.</li> <li>- Τα συμπτώματα αυτά είναι δυνατόν να προληφθούν όταν ο νεφροπαθής αποφεύγει την υπερβολική ενυδάτωση μεταξύ των συνεδρίων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Κατάλληλη θέση του ασθενούς στο κρεβάτι.</li> <li>- Ρύθμιση των υγρών.</li> <li>- Μέτρηση της Α.Π.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση.</li> <li>- Χορήγηση φυσιολογικού ορού (100) cc προκειμένου να αυξηθεί ο όγκος αίματος, χωρίς να προστεθούν τα υγρά εκείνα τα οποία αφαιρέθηκαν κατά την διάρκεια της συνεδρίας.</li> <li>-Η Α.Π διαπιστώθηκε πως είναι: 115 mmHg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Οι ενέργειες άρχισαν να αποδίδουν και η πίεση να ανεβαίνει σταδιακά.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πονοκέφαλος ο οποίος συνοδεύει την αρτηριακή υπόταση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ανάλογη αντιμετώπιση του συγκεκριμένου συμπτώματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση παυσίπονου.</li> <li>- Μέτρηση της Α.Π.</li> <li>- Ανάπαυση του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορηγήθηκε παυσίπονο στον ασθενή,</li> <li>- Του συστήθηκε να κοιμηθεί</li> <li>- Η Α.Π βρέθηκε 120 mmHg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Το σύμπτωμα υποχώρησε.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής αναφέρει μυϊκές κράμπες (οι μυϊκές κράμπες είναι αποτέλεσμα της οξείας απώλειας <math>\text{Na}^+</math> από ταχεία αφυδάτωση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συστήνεται στον ασθενή μείωση της ενυδάτωσης μεταξύ δύο συνεδριών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενημέρωση του γιατρού.</li> <li>- Ενημέρωση του ημερήσιου δεατίου του ασθενούς.</li> <li>- Λήψη Α.Π.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο γιατρός ενημερώθηκε σχετικά με τις μυϊκές κράμπες του ασθενούς και δόθηκε εντολή για χορήγηση <math>\text{NaCl}</math>.</li> <li>- Καταγράφηκαν οι ενέργειες στο δεατίο του ασθενούς ( η χορήγηση <math>\text{NaCl}</math> ανατληρώνει την απώλεια του <math>\text{Na}</math>, η οποία προκαλεί την εκδήλωση των μυϊκών κρampfών).</li> <li>Η Α.Π βρέθηκε 135 mmHg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Οι κράμπες υποχώρησαν και ο ασθενής ηρέμησε.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Το alarm το οποίο απεικονίζει την θερμοκρασία, χτυπά.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά όρια.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Λήψη μέτρων για την πτώση της θερμοκρασίας διότι ο ασθενής παρουσίασε εφιδρώσεις.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ρυθμίζεται η απεικονιζόμενη θερμοκρασία του μηχανήματος στους 37 C.</li> <li>- Τοποθετείται κρύα κομπρέσα στο μέτωπο του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Το alarm της θερμοκρασίας σταμάτησε να χτυπά.</li> <li>- Ο ασθενής ηρέμησε.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πήξη του αιματικού διαμερίσματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η πήξη είναι μερική, αν και περιορίζει την απόδοση της συνεδρίας, δεν απαιτεί την αλλαγή του φίλτρου.</li> <li>- Έλεγχος ηπαρινισμού.</li> <li>- Ενημέρωση του ημερήσιου δελτίου συνεδρίας.</li> <li>- Ενημέρωση του γιατρού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ελέγχεται η λειτουργία της αντλίας.</li> <li>- Προσπάθεια για αύξηση της αιματικής ροής.</li> <li>- Λήψη Α.Π.</li> <li>- Η Α.Π βρέθηκε 130 mmHg.</li> <li>- Ενημερώθηκε ο γιατρός για όλες τις ενέργειες που έγιναν.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο λαθεμένος ηπαρινισμός είναι πιθανόν να οδηγήσει στην πήξη του αιματικού διαμερίσματος, για τον λόγο αυτό έγινε σωστός έλεγχος της αντλίας και τελικά δεν χρειάστηκε αλλαγή φίλτρου.</li> <li>- Για την αύξηση της αιματικής ροής, έγινε περιέδση πάνω από την αρτηριακή παρακέντηση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ηπαρινισμός έγινε απόλυτα σωστά.</li> <li>- Η αιτία του αιματικού διαμερίσματος οφείλεται σε πρόβλημα της ίδιας της fistula.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Λήξη συνεδρίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποσύνδεση του ασθενούς από το μηχάνημα του T.N.</li> <li>- Γρήγορη αιμόσταση στα σημεία παρακέντησης.</li> <li>- Λήψη Α.Π.</li> <li>- Ακριβές ζύγισμα του νεφροπαθούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ετοιμάζουμε το απαραίτητο υλικό για την αποσύνδεση του ασθενούς και την αιμόσταση στα σημεία παρακέντησης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διακοπή στη λειτουργία της αντλίας αίματος.</li> <li>- Άνοιγμα των ορίων των τιμών.</li> <li>- Σύνδεση της αρτηριακής με φυσιολογικό ορό.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Επιστροφή του αίματος στον ασθενή.</li> <li>- Η Α.Π διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα (120mmHg).</li> <li>- Παρόλα τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν, ο ασθενής χάζσε 3 Kgr, μετά το τέλος τις συνεδρίας.</li> </ul>



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΙΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αιμάτωμα το οποίο εντοπίζεται στην περιοχή της fistula.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Σωστή αντιμετώπιση του αιματώματος πριν την επίθεση των σημείων της παρακέντησης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εφοδιασμός με το κατάλληλο υλικό προκειμένου να αντιμετωπιστεί το αιμάτωμα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αφαίρεση της αρτηριακής βελόνας της παρακέντησεως.</li> <li>- Διακοπή της ανάλιας του αίματος.</li> <li>- Τοποθέτηση λαβίδας στην φλεβική γραμμή.</li> <li>- Αφαίρεση της φλεβικής βελόνας.</li> <li>- Πίεση των σημείων παρακέντησεως με μια αποστειρωμένη γάζα.</li> <li>- Όταν επιτευχθεί αιμόσταση τοποθετούμε λευκοτλάστη.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Με την εφαρμογή των παραπάνω ενεργειών, μειώνονται οι πιθανότητες δυσκολίας κατά τις επόμενες παρακέντησεις.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθετήθηκαν κομπρέσες αλουμινίου στο σημείο του αιματώματος.</li> <li>- Έγινε επάλειψη της περιοχής με <b>Ρουμπινόνες γαλιφές</b>.</li> </ul>	

**8.2.2 Β. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**

**Νοσηλευτικό ιστορικό:**

Ασθενής ηλικίας 58 ετών προσήλθε στην Καρδιολογική κλινική του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ρίου, με ιστορικό πιθανής στεφανιαίας νόσου. Κατά την εισαγωγή του, ανέφερε αίσθημα δύσπνοιας, κόπωση, ζάλη και νυγμώδη προκάρδια άλγη.

Είναι πατέρας πέντε παιδιών. Είναι αγχώδης τύπος και διατηρεί δικό του κατάστημα. Υπήρξε καπνιστής από την ηλικία των 19 ετών. Δεν πρόσεχε ποτέ την διατροφή του.

Κατά την εισαγωγή του ανέφερε τις λέξεις πίεση, σφίξιμο και πνιγμονή , στην προσπάθειά του να περιγράψει τα συμπτώματα που ένοιωθε στον θώρακα.

Τα παραπάνω συμπτώματα , εμφανίστηκαν κατά την διάρκεια του φαγητού.

- ✓ Α.Π: 125/70mmHg
- ✓ Σφίξεις: 78/min
- ✓ Θερμοκρασία:36,1C

**Επιπλέον:**

- ✓ Έγινε λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις
- ✓ Η.Κ.Γ

Ο ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

- ✓ Tabl Nitrodyl 5 mg 1x1
- ✓ Tabl Salospir 325 mg 1x1
- ✓ Caps Septrin fate 1x2
- ✓ Tabl Lonarid 1x1

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

---

✓ **Tabl Nifedidor 20mg 1x2**

✓ **Tabl Lexotamil 1,5 mg 1x1**

Από την πρώτη ημέρα νοσηλείας, ο ασθενής τέθηκε στην εξής εφαρμοσμένη νοσηλευτική φροντίδα:

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Φόβος / ανησυχία / άγχος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μείωση των συναισθημάτων που νοιώθει ο ασθενής.</li> <li>- Δημιουργία φιλικής ατμόσφαιρας.</li> <li>- Ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης με τον ασθενή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ηθική τόνωση, ανάπαυση, περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενούς.</li> <li>- Παραμονή του νοσηλευτή κοντά στον ασθενή με σκοπό την δημιουργία ατμόσφαιρας η οποία εμπνέει σφάλεια.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο άρρωστος ενθαρρύνθηκε.</li> <li>- Απόκτησε εμπιστοσύνη προς τον νοσηλευτή.</li> <li>- Πείσθηκε πως θα γίνει καλά.</li> <li>- Μειώθηκαν τα συναισθήματα που τον διακατείχαν.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η πλήρης ανάπαυση και ηθική τόνωση, περιόρισαν στο ελάχιστο την συχνότητα της εντάσεως της καρδιακής συστολής.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προκάρδιο άλγος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μείωση του πόνου.</li> <li>- Ανακούφιση του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθέτηση του ασθενούς σε αναπαυτική θέση στο κρεβάτι (καθιστή με ανυψωμένο το ερεισίνωτο).</li> <li>- Αφαίρεση των μαξιλαριών.</li> <li>- Διακοπή κάθε δραστηριότητας μέχρι να περάσει η στηθαγική κρίση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μείωση της χρονικής διάρκειας του προκάρδιου άλγους.</li> <li>- Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η αύξηση του προκάρδιου έργου και η αύξηση των αναγκών του μυοκάρδιου σε οξυγόνο υποχωρεί μετά την χορήγηση διασταλτικών φαρμάκων και την διακοπή κάθε δραστηριότητας.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ωχρότητα ασθενούς</li> <li>ψυχρά άκρα</li> <li>υγρό δέρμα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Υποχώρηση των συμπτωμάτων.</li> <li>- Βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού.</li> <li>- Χορήγηση οξυγόνου με μάσκα ή καθετήρα οξυγόνου.</li> <li>- Χορήγηση υγρών.</li> <li>- Ρύθμιση της θερμοκρασίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Υποχώρηση των συμπτωμάτων.</li> <li>- Βελτίωση της καταστάσεως του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η ανάρπρη θέση καθώς και η χορήγηση οξυγόνου, βελτίωσε την φλεβική κυκλοφορία.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εμφάνιση δύσπνοιας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μείωση του καρδιακού έργου.</li> <li>- Υποχώρηση των συμπτωμάτων σε σύντομο χρονικό διάστημα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξασφάλιση συνθηκών φυσικής αναπαύσεως στο κρεβάτι (ανάρπρη θέση).</li> <li>- Κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου: α. ατομική καθαριότητα β). διατροφή.</li> <li>- Παρακολούθηση της κατανοήσεως και αναπαύσεως.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Υποχώρηση των συμπτωμάτων.</li> <li>- Καλή αναπνευστική λειτουργία.</li> <li>- σημεία αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας. Περιορίζεται ο ολικός όγκος του αίματος.</li> <li>- Μειώνεται ο γαστρικός φόρτος.</li> <li>- Αποφεύγεται η ανύψωση του</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μειώνεται η επιστροφή του φλεβικού αίματος στην καρδιά και η πνευμονική συμφόρηση με αποτέλεσμα την αύξηση της ζωτικής χωρητικότητας των και πνευμόνων μείωση της πίεσεως που ασκεί το ήπαρ στο διάφραγμα.</li> <li>- Η συναισθηματική ένταση αυξάνει το έργο της καρδιάς.</li> <li>- Διευκολύνει την εύπνοια</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πρόληψη συναισθηματικής εντάσεως (άγχος, έντονη χαρά ή λύπη).</li> <li>- Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς σε περίπτωση παρουσίας συναισθηματικής εντάσεως.</li> <li>- Περιορισμός</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- και δημιουργεί άνεση στον άρρωστο.</li> <li>- Είναι σημεία αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας.</li> <li>- Περιορίζεται ο ολικός όγκος του αίματος.</li> <li>- Μειώνεται ο γαστρικός φόρτος.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Επισκεπτηρίου.</li> <li>- Σωστή και επαρκής ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με ότι τον αφορά.</li> <li>- Διατήρηση της θερμοκρασίας του θαλάμου στο επίπεδο των 15°C.</li> <li>- Παρακολούθηση του χαρακτήρα της αναπνοής.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δεν επιβαρύνεται η λειτουργία της θρέψεως.</li> <li>- Ο άρρωστος είναι ανήσυχος λόγω εγκεφαλικής υποξίας.</li> <li>- Βελτιώνεται η οξυγόνωση των ιστών.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αύξηση της συχνότητας του σφυγμού (ταχυσφυγμία).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Επαναφορά του σφυγμού στον κανονικό του ρυθμό.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Παρακολούθηση του χρώματος του δέρματος.</li> <li>- Δίαιτα ελαφρά, υπερθερμιδική, με περιορισμένη κυτταρίνη και τροφές που δημιουργούν αέρια.</li> <li>- Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου με χορήγηση ηρεμιστικού φαρμάκου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Βελτίωση της συχνότητας του σφυγμού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο έλεγχος της συχνότητας του σφυγμού προλαμβάνει τυχόν επιπλοκές.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ανύψωση της συστολικής και διαστολικής πίεσως.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διατήρηση συστολικής και διαστολικής πίεσως στα φυσιολογικά επίπεδα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συνεχής λήψη, παρατήρηση και καταγραφή της συστολικής και διαστολικής πίεσως.</li> <li>- Μείωση των προσλαμβανόμενων υγρών.</li> <li>- Χορήγηση διουρητικών φαρμάκων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Επαναφορά της συστολικής και διαστολικής πίεσως στα φυσιολογικά επίπεδα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η χορήγηση διουρητικών φαρμάκων και η μείωση των προσλαμβανόμενων υγρών έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση του όγκου του αίματος στα αγγεία.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αυξημένο σωματικό βάρος του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μείωση του σωματικού βάρους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εφαρμογή δίαιτας.</li> <li>- Χορήγηση τροφών με λίγες θερμίδες.</li> <li>- Ανάλατες τροφές.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Σταδιακή μείωση του σωματικού βάρους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η μείωση των θερμίδων μετά την εφαρμογή ανάλογης διαίτας είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια σωματικού βάρους.</li> </ul>



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εμφάνιση δυσκοιλιότητας στον ασθενή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξασφάλιση καλής λειτουργίας του εντέρου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διενέργεια υποκλυσμού στον ασθενή.</li> <li>- Ενθάρρυνση του ασθενούς για λήψη υγρών.</li> <li>- Εμπλουτισμός διαιτολογίου με τροφές που περιέχουν κυτταρίνη.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η λειτουργία του εντέρου ήταν ικανοποιητική.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πλήρης έντερο από μάζες κοπράνων, προκαλεί ανύψωση του διαφράγματος, δυσκολία στο έργο των πνευμόνων και επιβάρυνση στην λειτουργία της καρδιάς.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διαταραχή του ισοζυγίου υγρών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να αποκατασταθεί το ισοζύγιο υγρών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση υγρών διαλυμάτων IV (L/R ή Dextrose 5%).</li> <li>- Συνεχής μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Βαθμιαία το ισοζύγιο υγρών αποκαταστάθηκ ε.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Με την τήρηση του ισοζυγίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών προλαμβάνεται η αύξηση του όγκου του αίματος και κατά συνέπεια τα συμπτώματα αυτής είναι ολιγουρία, οιδήματα, ασκίτης κ.λ.π.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής έχει καθετήρα Foley.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξασφάλιση καλής λειτουργίας αυτού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συχνός έλεγχος της λειτουργίας του, για πρόληψη τυχόν απόφραξης και εξασφάλιση καλής παροχέτευσης.</li> <li>- Μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η λειτουργία του καθετήρα διαπιστώθηκε πως ήταν ικανοποιητική.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η μη καλή λειτουργία του καθετήρα Foley, οδηγεί σε κατακράτηση υγρών με κύριες συνέπειες την ουρολοίμωξη και τον πυρετό.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξαιτίας περιορισμένης κίνησης, ο ασθενής εμφανίζει δυσκολία στο θέμα της καθαριότητας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διατήρηση της σωματικής καθαριότητας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προγραμματίζεται λουτρό επί κλίνης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Περιποίηση του δέρματος με νερό χλιαρό και σαπούνι που δεν ερεθίζει το δέρμα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα.</li> <li>- Δημιουργία θετικής διάθεσης.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εμφάνιση ερυθρότητας στο δέρμα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Υποχώρηση του συμπτώματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Φροντίζουμε για συχνή αλλαγή της θέσεως του αρρώστου, με σκοπό την πρόληψη πιθανής κατάκλισης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Επέλιψη του δέρματος με αλοιφή aquasol.</li> <li>- Παρότρυνση του ασθενή για συχνή αλλαγή θέσης στο κρεβάτι.</li> <li>- Προσπάθεια για προοδευτική έγερση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μείωση ερυθρότητας.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Άσχημη ψυχολογική κατάσταση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δημιουργία θετικής στάσης του ασθενή, η οποία θα βοηθήσει, ώστε να συνεργαστεί και να αντιμετωπιστεί καλύτερα η κατάσταση της υγείας του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενθάρρυνση του ασθενή για συζήτηση.</li> <li>- Καθησυχασμός και απάντηση των αποριών του μέσα στα νοσηλευτικά πλαίσια.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αναγνώριση της σοβαρότητας της καταστάσεώς του.</li> <li>- Διαβεβαίωση ότι έχει δοθεί η απαιτούμενη σημασία στο πρόβλημά του και πως αντιμετωπίζεται όπως απαιτείται από ιατρική άποψη.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής αισθάνεται πιο άνετα και συνεργάζεται.</li> </ul>

# ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, κάνοντας σχετικά μια σύντομη αναφορά, όσον αφορά γενικά τις Μ.Ε.Θ και στην συνέχεια τον τρόπο αντιμετώπισης ορισμένων συγκεκριμένων επειγόντων περιστατικών, από την πληθώρα αυτών που μπορεί να συναντήσει κάποιος μετά από μια επίσκεψη στις μονάδες αυτές, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

1. Για την αποτελεσματική και υψηλού επιπέδου εντατική ενδονοσοκομειακή φροντίδα των ασθενών που εισάγονται στις Μ.Ε.Θ, απαραίτητη είναι:

✦ Η ύπαρξη μιας «αλυσίδας» από ικανά, κατάλληλα στελέχη (ιατρικό / νοσηλευτικό / βοηθητικό προσωπικό).

✦ Η διάθεση προς χρήση, όλου του απαραίτητου σύγχρονου εξοπλισμού, τον οποίο απαιτείται να διαθέτουν οι Μ.Ε.Θ.

2. Το ιατρικό προσωπικό πρέπει να είναι εξειδικευμένο προς όλες τις ειδικότητες που διαθέτει το νοσοκομείο, προκειμένου να είναι σε θέση να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε κάθε είδους παρέμβαση.

3. Η επιλογή του νοσηλευτικού προσωπικού, πρέπει να στηρίζεται σε αυστηρά κριτήρια και τα άτομα εκείνα που τελικά θα επιλέγονται να πληρούν όλες τις απαραίτητες προϋποθέσεις, κυριότερες από τις οποίες θεωρούνται οι εξής:

✦ η ευαισθησία απέναντι στην ανακούφιση του ασθενή,

✦ η ψυχρή επιθετικότητα ενάντια στην νόσο.

4. Το προσωπικό που εντάσσεται στις Μ.Ε.Θ, πρέπει να τροφοδοτείται εντατικά με πληροφορίες που αφορούν των τρόπο λειτουργίας των εκσυγχρονισμένων μηχανημάτων (monitor, αναπνευστήρες κ.λ.π), που τείθονται στην διάθεση των κλειστών μονάδων εντατικής θεραπείας για την σωστή και άψογη λειτουργία τους.

5. Η εξέλιξη της τεχνολογίας, οι εντατικές ιατρικές έρευνες και η ειδίκευση και συνεχής ετοιμότητα του προσωπικού στις Μ.Ε.Θ γενικότερα, συμβάλλουν καθοριστικά στην μείωση του ποσοστού θνησιμότητας των βαρέως πασχόντων ασθενών, που εισάγονται στις συγκεκριμένες μονάδες.

\* \* \*

# ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι γεγονός ότι πολλοί είναι εκείνοι οι οποίοι αντιλαμβάνονται το «αύριο» σαν μια απλή προέκταση του «σήμερα» μα αποτελεί πια πραγματικότητα πως τίποτα παρελθοντικό δεν μπορεί να καθλώσει το μέλλον για πάντα και σίγουρα κανείς δεν μπορεί επακριβώς να προβλέψει το πολύ μακρινό μέλλον της εντατικής φροντίδας.

Το μόνο σίγουρο είναι πως οι ανάγκες του ασθενή, οποιασδήποτε μορφή κι αν έχει ο ασθενής αυτός, πρέπει να θεωρούνται μονίμως ως πρωταρχική δύναμη, η οποία οδηγεί τις νοσηλευτικές ενέργειες. Έτσι οι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας, θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να συναντήσουν τις προκλήσεις του μέλλοντος.

Στα απαραίτητα προσόντα του Νοσηλευτή για τα χρόνια που έρχονται, έτσι ώστε να μπορούν να παρέχουν υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνονται:

- ▼ Η κριτική σκέψη
  - ▼ Η ικανότητα συνεργασίας
  - ▼ Η γνώση κατανομής εργασιών
  - ▼ Ο χειρισμός Ηλεκτρονικών Υπολογιστών (Η/Υ).
- ▼ Κριτική σκέψη: "Θεωρώ με τρόπο δίκαιο και ισότιμο όλες τις πιθανές ιδέες και αποφάσεις. Αποδέχομαι τελικά μια ιδέα ή απόφαση και μόνο μετά από προσεκτική εξέταση." Η ανάπτυξη της κριτικής σκέψης απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα. Καθώς οι κλινικές εμπειρίες συσσωρεύονται και συλλέγονται εξειδικευμένες γνώσεις, η ικανότητα κριτικής σκέψης οδηγεί σε καθοριστικές αποφάσεις και η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας ανέρχεται σε μια δυναμική διεργασία.
- ▼ Η ικανότητα συνεργασίας: Ο νοσηλευτής πρέπει προσεγγίζει τον ασθενή συνεργαζόμενος με τους εξής τομείς: ιατρική, νοσηλευτική, φυσικοθεραπεία, ομάδα θρέψης, ομάδα αποκατάστασης,

φαρμακολογία, κοινωνικές υπηρεσίες, βοηθητικές υπηρεσίες και άλλο προσωπικό. Στόχος όλων θα πρέπει να είναι η εύρεση καλύτερων τρόπων και μεθόδων, για την βελτίωση των αποτελεσμάτων του ασθενή.

▼ Η γνώση κατανομής εργασιών: Το νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει τους τομείς Εντατικής Θεραπείας, οι νοσηλευτές του μέλλοντος θα πρέπει να διακρίνονται για την ικανότητα τους να καταμερίζουν αποτελεσματικά και μεθοδικά, την εργασία αλλά και να την εποπτεύουν.

▼ Ο χειρισμός Ηλεκτρονικών Υπολογιστών (Η/Υ): Οι νοσηλευτές της Εντατικής Θεραπείας, είναι απαραίτητο να βελτιώσουν και παράλληλα να επεκτείνουν τις γνώσεις και τα προσόντα τους όσον αφορά την χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών διότι είναι πια γεγονός πως οι περισσότερες συσκευές βασίζονται και λειτουργούν, με βάση την τεχνολογία των ηλεκτρονικών υπολογιστών (Η/Υ).

Γ' αυτό οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την χρήση Η/Υ, για να έχουν την δυνατότητα να συνεργάζονται αποτελεσματικά με τους προγραμματιστές, έτσι ώστε να προκύψουν προγράμματα, τα οποία θα διευκολύνουν την εργασία τους.

\*

\*

\*

# ΕΠΙΛΟΓΟΣ

« Απαισιοδοξία της νόησης και αισιοδοξία της βούλησης». Αυτή η λατινική ρύση πιστεύω πως εκφράζει ολόκληρη την «νοσηλευτική κοινότητα» μα ακόμη περισσότερο τους νοσηλευτές που εργάζονται στις κλειστές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Έχουμε πάρα πολλούς λόγους για να είμαστε απαισιόδοξοι στην «σκέψη» και παράλληλα τους ίδιους ακριβώς λόγους για να είμαστε αισιόδοξοι στην «θέληση» για το τωρινό «δια ταύτα» και το μελλοντικό «γίγνεσθαι».

Αν δεν υπήρχαν οι ασθενείς και το περιβάλλον τους, που με το χαμόγελό τους, τον λόγο τους, την οποιαδήποτε έκφρασή τους να μας ανταμείψουν ψυχικά τότε θα είχαμε λόγους να είμαστε απαισιόδοξοι, ακόμη περισσότερο. Όμως οι λόγοι που προανέφερα μας κάνουν ή επιβάλλεται να μας κάνουν αισιόδοξους στην θέληση. Πρέπει να θελήσουμε με αισιοδοξία για να πετύχουμε όσα επιθυμούμε.

Εξετάζοντας το παρελθόν, διαπιστώνουμε πως έχουν γίνει βήματα σχετικά με την βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας. Μπορεί κάποια από αυτά να ήταν μικρά και κάποια άλλα επακόλουθο των γενικότερων εξελίξεων. Σημασία όμως έχει το γεγονός ότι έγιναν. Άλλωστε στόχος δεν είναι το «κρίνειν» του παρελθόντος αλλά το «πράτειν» του μέλλοντος...

\*

\*

\*



# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ασκητοπούλου Κ. Ελένη « Επείγουσα και Εντατική Ιατρική »  
Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα 1991
2. Βασώνης Δημήτρης « Επίτομη Χειρουργικής – Ορθοπαιδικής »  
Εκδόσεις Βασώνη Δ , Αθήνα 1985
3. Αδαμοπούλου Χρυσάνθη « Ο ρόλος του νοσηλευτή στην Μ.Ε.Θ»  
Πτυχιακή εργασία, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π, Πάτρα, 1997
4. Παπαδάκη Αικατερίνη « Εγχειρίδιον Χειρουργείου – Άσηπτος  
Τεχνική » Εκδόσεις Αργύρου , Αθήνα 1977
5. Σαχίνη Άννα – Καρδάση – Πάνου Μαρία « Παθολογική και  
Χειρουργική Νοσηλευτική » 2&3 Τόμος , Επανεκδοση , Εκδόσεις  
ΒΗΤΑ medical arts , Αθήνα 2000,
6. Πρακτικά « Η Νοσηλευτική στις Μ.Ε.Θ τον 21ο Ε αιώνα» Τομέας  
Μονάδων Εντατικής Θεραπείας του Εθνικού Συνδέσμου  
Διπλωματούχων Νοσηλευτών-τριών Ελλάδος, 2<sup>η</sup> Επιστημονική Ημερίδα,  
Πολεμικό Μουσείο, Αθήνα 24 Σεπτεμβρίου 1999
7. Πρακτικά « Διαστάσεις της Εντατικής Νοσηλείας» » Τομέας Μονάδων  
Εντατικής Θεραπείας του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων  
Νοσηλευτών-τριών Ελλάδος, 3<sup>η</sup> Επιστημονική Ημερίδα, Αμφιθέατρο  
Νοσοκομείου «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ» Αθήνα 22 Σεπτεμβρίου 2002
8. Παπαιοικονόμου – Αποστόλου Αικατερίνη « Αποστολή και Λειτουργία  
Υπηρεσιών Νοσοκομείου » Οργανισμός εκδόσεων διδακτικών  
βιβλίων , Αθήνα 1989
9. Αλεξάνδρου Η., Μουρατίδης Ε., Παπουτσάκης Σ.. « Εμπειρίες ασθενών  
από την νοσηλεία τους στη Μ.Ε.Θ » 26 Πανελλήνιο Νοσηλευτικό  
Συνέδριο, Κέρκυρα 1999
10. Graberg A, Engberg IB, lundberg D. « Patients' experience of being  
critically ill or severely injured and cared for in intensive care unit in

relation to the ICU syndrome » Part I Intensive. Crit. Care Nurs. 1998

11. Perrins J, King N, Colling J. « Assessment of long term psychological well-being following intensive care » Intensive Crit. Care Nurs. 1998
12. Shilo L, Dagan Y, Smorjik Y, Weinberg U, Dolev S, Komptel B, Balaum H, Shenkman L. « Patients in the intensive care unit suffer from severe lack of sleep associated with loss of normal melatonin secretion pattern » Am. J. Med. Sci. 1999
13. Πλατή Χ. « Η νοσηλευτική στις σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας » Περιοδικό Νοσηλευτική, Τόμος 32, Τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1993
14. Mallet J.. « Verbal and non – verbal communication between nurses and patients » 9<sup>th</sup> Biennial Conference W.E.N.R., Helsinki 1998
15. Καγιαλάρη Α. « Η ψυχολογία του ασθενή στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας » Περιοδικό Νοσηλευτική, Τόμος 38, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος, 1999
16. Luciani C., Sodo S., Sansoni J.. « Preoperative information and psychophysical stressing tolerance in cardiac surgery I.C.U., in patients to under-go coronary artery surgery (by bass) » 8<sup>th</sup> Biennial Conference W.E.N.R., Stockholm, 1996
17. Granberg A., Engberg I. D., Lundberg D.. « Patients of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome » Part I' Intensive and Critical Care Nursing, vol. 14, num. 6. December 1998
18. Kirhhoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N, « Nurse's beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care setting » Am J Crit Care 1993
19. Simpson T, Wilson D, Muckem N, Martin S, West E, Guinn N  
« Implementation and evaluation of liberalized visiting policy » Am J Crit Care 1996

20. Gail D' Apolito « Open visiting hours? Consider the patient's needs»  
Critical Care Nurse 1993
21. Πρακτικά Μετεκπαιδευτικού Φροντιστηρίου στην «Τεχνητή Διατροφή»  
Πόρτο Ρίο Πάτρα, 30/11-2/12 1990
22. Massachusetts General Hospital « Εντατική μετεγχειρητική αγωγή»  
Μετάφραση-Επιμέλεια Σόνια Καμβύση-Δέα, , Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας  
Copyright 1990
23. Ρούσος Χ. «Εντατική Θεραπεία - Θρεπτικές ανάγκες και μεταβολισμός»  
Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 1998
24. Αθανάτου Ελευθερία Κ « Κλινική Νοσηλευτική – Βασικές και  
ειδικές νοσηλείες » Έκδοση Η' Βελτιωμένη , Αθήνα 1998
25. Dealey C. « The background to the national clinical guideline for the  
prevention and management of pressure sores » British Journal of  
Nursing, Vol 5, 1996
26. Oke S, Davies s. «A holistic approach to pressure sore management »  
British Journal of Nursing 1995
27. Goode P, Allman R. «The prevention and management of pressure  
ulcers» Medical Clinics of North America, Vol.73, No 6, November 1989
28. Mandy T. Lowery. A pressure sore risk calculator for intensive care  
patients «The Sunderland experience» Intensive and Critical Care  
Nursing 1995
29. Smith-Temple J. « Pressure ulcer management» American Journal of  
Nursing, Vol 98, No 2:16D-16G, February 1998
30. Γκουλιαδίτη Β., Διαμαντή Σ. Διάλεξη «Πρωτόκολλα Νοσηλευτικής  
φροντίδας» Τομέας Διοίκησης Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων  
Νοσηλευτριών-των Ελλάδος, Αθήνα, Μάρτιος 1998
31. Θεοδωρίτση Π. - Κλείτσα Β «Καρδιοπαθείς στην Μ.Ε.Π.Κ Νοσηλευτική  
διαδικασία» Πτυχιακή εργασία, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π, Πάτρα, 1998

32. Πιπταράς Γεώργιος – Παπαχριστοφόρου Σωτηρία « Μονάς Εντατικής Παρακολούθησης Στεφανιαίας νόσου » Conogy Care Unit , Αθήνα 1983
33. Μπουντουλάς Χ. – Γκελέρης Π. « Στεφανιαία νόσος » Εκδόσεις Λίτσας , Θεσσαλονίκη 1985
34. Παπάζογλου Κ.Ν, Κελέρμενος « Καρδιά και καρδιακές αρρυθμίες » Εκδόσεις Παρισιανός , Αθήνα 1986
35. Παπαγεωργίου Ευάγγελος Π. « Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση » Εκδόσεις Λίτσας , Πάτρα 1993
36. Μαργαρινού Μ. - Κωσταντινίδου Σ.Φ « Παθολογική Χειρουργική » Τόμος Β΄ , μέρος 1<sup>ο</sup> , Εκδόσεις Ιεραποστολική ενώσεως αδελφών νοσοκόμων « η Ταβιθά » , Αθήνα 1995
37. Γερμένης Τάσος « Μαθήματα πρώτων βοηθειών » Έκδοση Γ΄, Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts , Αθήνα 1973
38. Σταθακίου Σταματία « Νεώτερα δεδομένα στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση» Τριμηνιαία έκδοση του τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτών-τριών Ελλάδος, Τεύχος 5, Φθινόπωρο 2002
39. Δημοπούλου Γ. «Σημειώσεις - Μηχανήματα στήριξης» Σχολή Σ.Ε.Υ.Π, Πάτρα 2000
40. Hailhuber M. Kirchmair H. « Οι επείγουσες περιπτώσεις στην εσωτερική Παθολογία » Μετάφραση υπό Πέτροβα , Επίτομος Α΄ , Έκδοση 1η , Εκδόσεις Παρισιανός , Αθήνα 1975
41. Ραγιά Αφροδίτη « Βασική Νοσηλευτική » Επίτομος, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις Ευνίκη, Αθήνα 1987
42. Marcus A. Krupp Milton J. Chatton « Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική» Τόμος Α΄, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984

43. Αγραφιώτη Θ. « Ο τεχνητός νεφρός, στην θεωρία και στην πράξη »  
Εκδόσεις Παρισσιανός Γ., Αθήνα 1981
44. Παπαδογιαννάκης Ν.Ι. – Θάνου Ιωάννα « Χρήσιμες οδηγίες και  
πληροφορίες για τους νεφροπαθείς» Έκδοση 3<sup>η</sup>, Ιατρικές Εκδόσεις  
Αργύρου, Αθήνα 1987
45. Rowan K.M., Kerr J.H., Major E., McPherson K., Short A. and Vessey  
M.P Intensive Care Society's APACHE II study in Britain and Ireland  
– II «Outcome comparisons of intensive care units after adjustment for  
casemix by the American APACHE II method» British Medical Journal  
307, 1993
46. Tittle M. and McMillan S.C. « Pain and pain-related side affects in an ICU  
and on a surgical unit» Nurse's management" American Journal of  
Critical Care 3, 1994
47. Wilkinson P. «A gualitative study to establish the self-perceived needs  
to family members of patients in a general intensine care unit» Intensive  
and Critical Care Nursing 11, 1995
48. Forrester D.A., Murphy P.A., Price D.M., and Monaghan J.F «Critical  
care family needs: nurse-family member confederate pairs» Heart and  
Lung 19, 1990
49. Leske J. « Interat psychometries of the critical care family needs  
inventony » Heart and Lung 20, 1991

\* \* \*

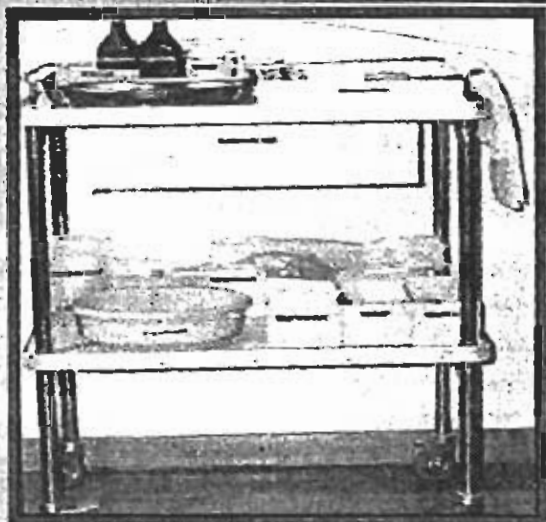
**PARADISE**



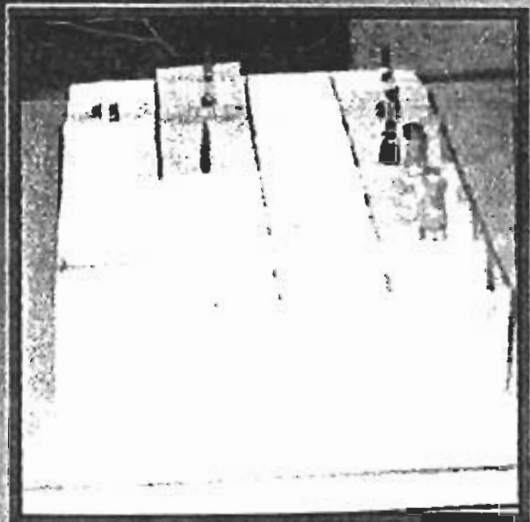
# ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 1



Εικ. 1.1 Διαρρύθμιση φαρμακείου και ταξινόμηση φαρμάκων.



Εικ. 1.3 Τροχοφόρο νοσηλείας.



Εικ. 1.4 Δίσκος ενέσιμων φαρμάκων.

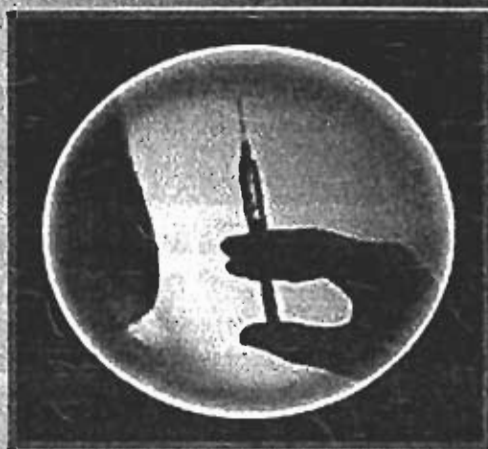
# Εικονογραφημένο υλικό κηφίτιου 2



Εικ. 2.1 Αναπνευστικό σύστημα ανθρώπινου σώματος.



Εικ. 2.2 Ηλεκτρονικό πιεζόμετρο.

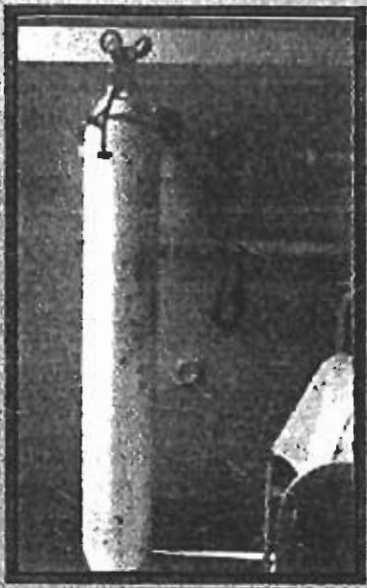


Εικ. 2.3 Ενέσιμο φάρμακο.

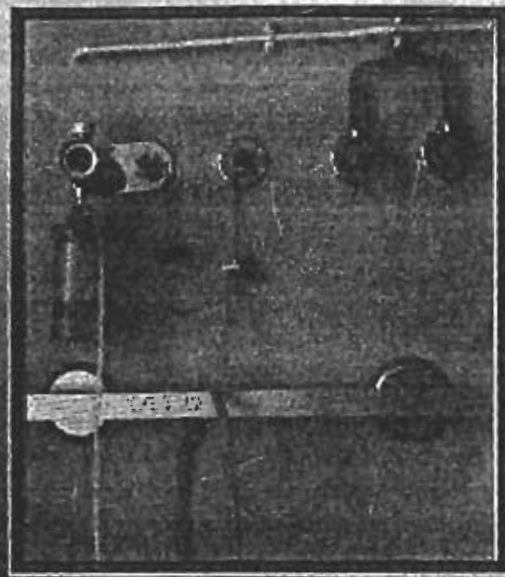


Εικ. 2.4 Χορήγηση ενέσιμου φαρμάκου.





**Εικ. 1.5** Φορητή οξεία θάλαμο.



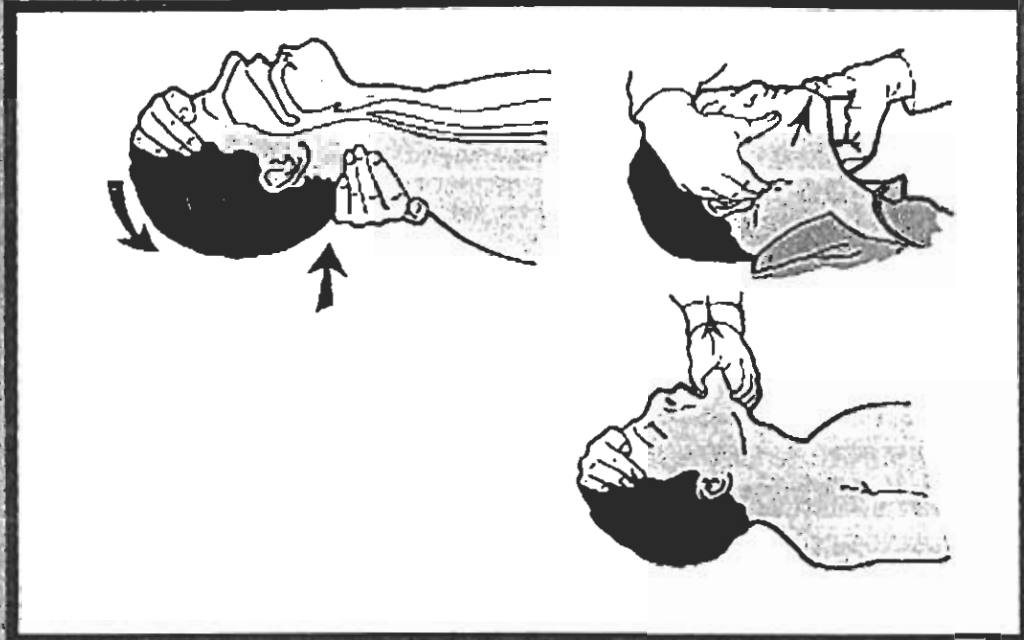
...συνδεδεμένη παροχή με  
...αριθμικό πόμα ρόμετρο,  
...αυτοματίζοντας, συνδεδετικός  
...αυτοματίζοντας.



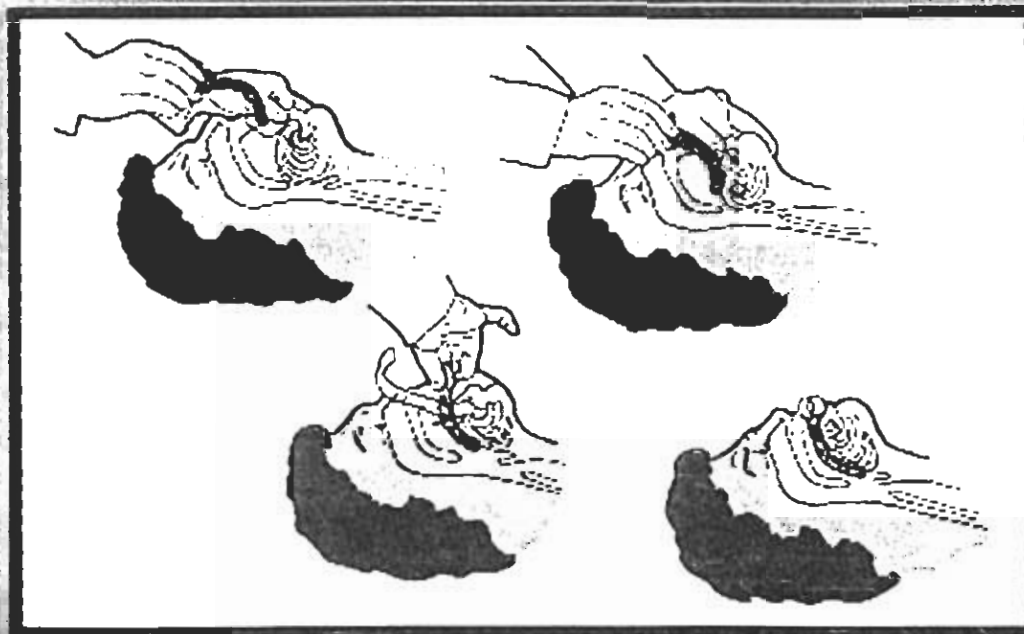
**Εικ. 1.7** Η νοσηλεύτρια μπροστά  
στο φαρμακείο.



**Εικ. 1.8** Νοσηλεύτρια εμπλουτίζει  
ορούς.



Εικ. 2.5 Απόφραξη αεροοδότησης κατά την αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής.



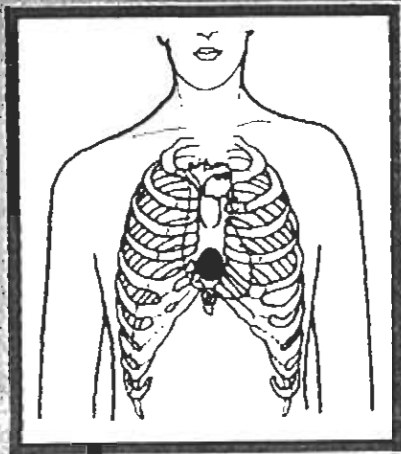
Εικ.2.6 Τοποθέτηση αεραγωγού.



Εικ. 2.7 Κλείσιμο μύτης στο  
θώρακος.



Εικ. 2.8 Κλείση αρωγού στο  
θώρακος και θώρακος.



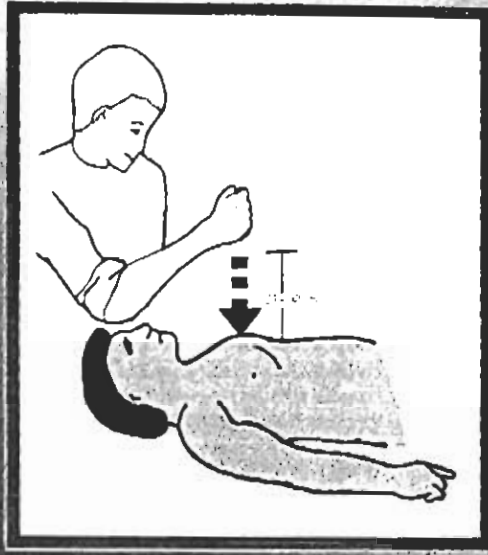
Εικ. 2.9 Το σημείο πίεσης  
για την κλειστή  
μάλαξη.



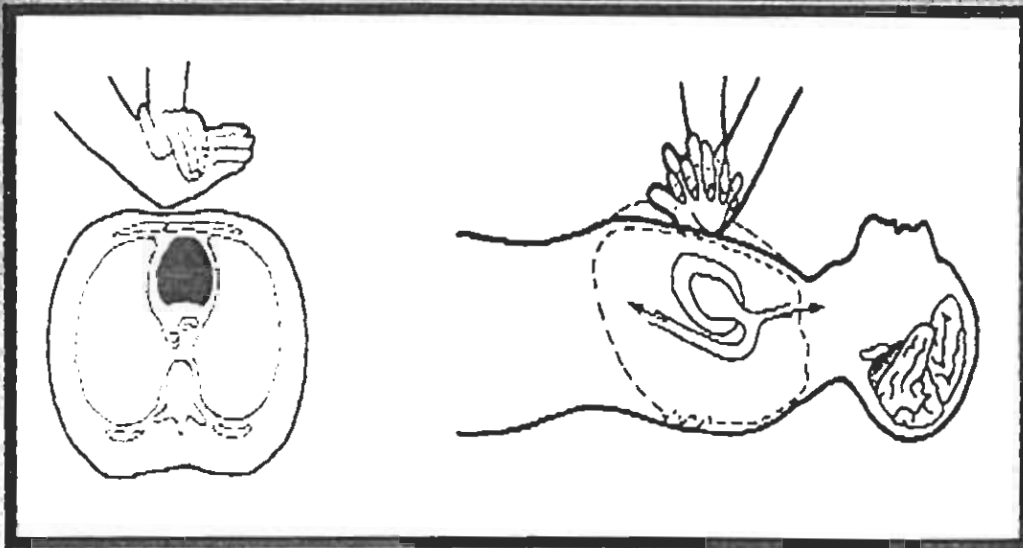
Εικ. 2.10 Σημείο πίεσης για  
την κλειστή μάλαξη.



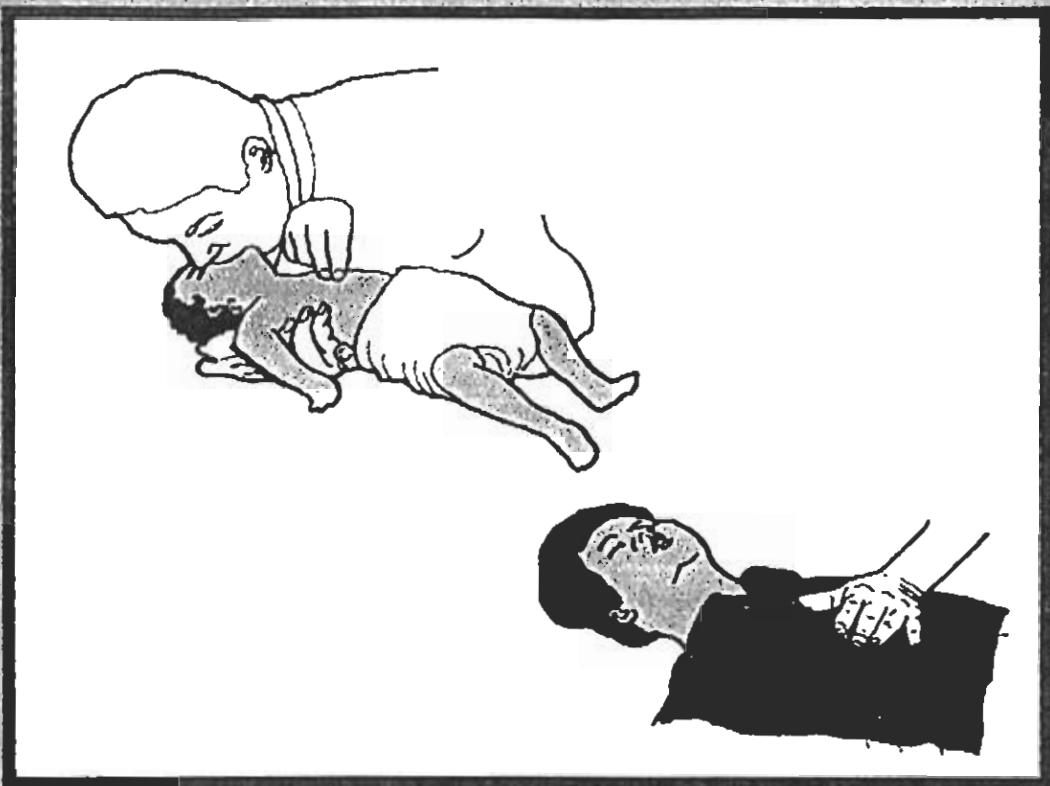
Εικ. 2.11 Εφαρμογή ΚΑΑ επί  
ένα αρωγό.



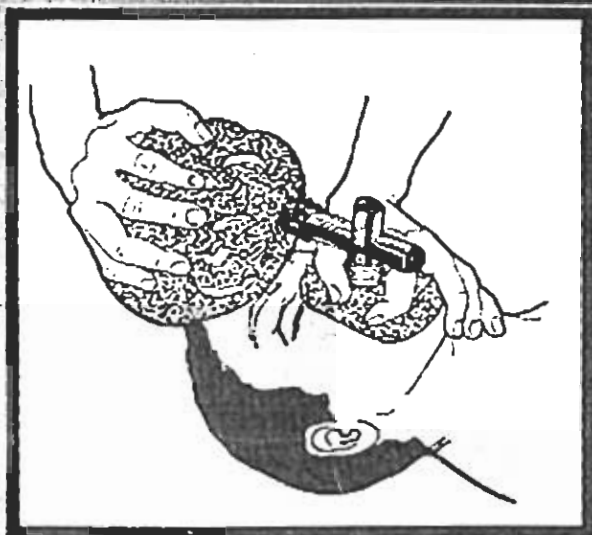
Εικ. 2.12 Η γροθιά στο προκάρδιο.



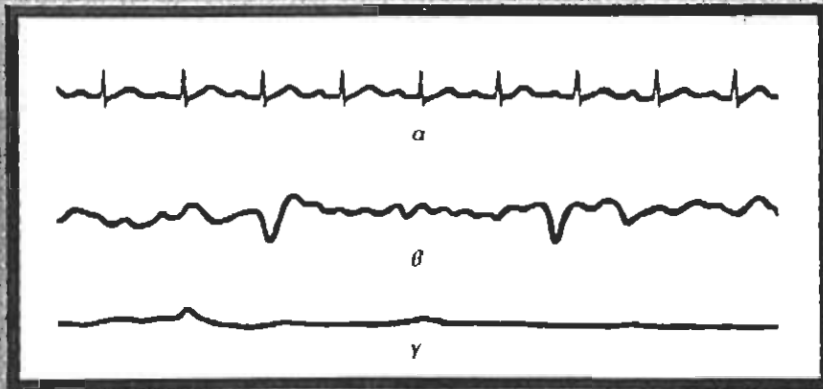
Εικ. 2.13 Η σύνθλιψη της καρδιάς κατά τη διάρκεια της κλειστής  
μάλαξης.



Εικ. 2.14 Κλειστή μάλαξη σε βρέφος και παιδί.



Εικ. 2.15 Η εφαρμογή της προσωπίδας του αιπού στο πρόσωπο του θύματος.



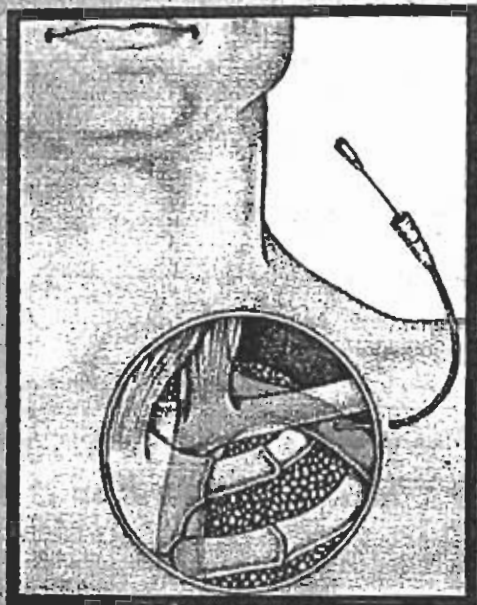
**Εικ. 2.16** Τα ΗΚΓ/κά διαγράμματα: (α) της φυσιολογικής καρδιακής λειτουργίας, (β) της κοιλιακής μαρμαρυγής και (γ) της καρδιακής πύωσης.



**Εικ. 2.17** Νοσηλεύτρια εφαρμόζει οξυγόνωση.



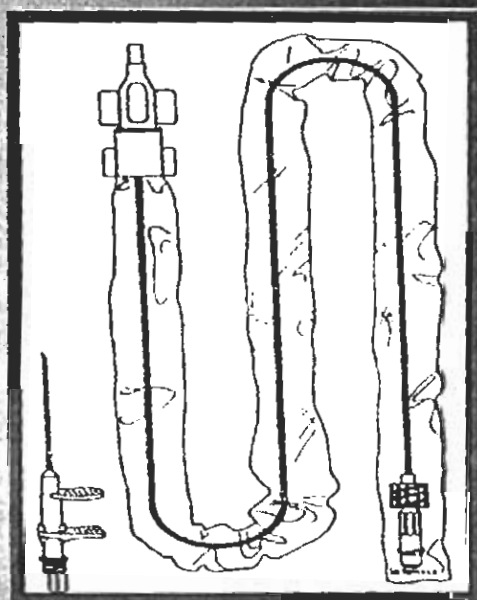
**Εικ. 2.18** Σίτιση του ασθενούς.



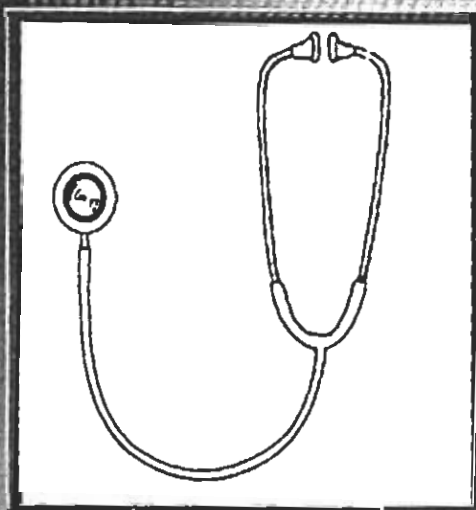
Εικ. 4.3 Σημείο καθετηριασμού υποκλειδιάς φλέβας.



Εικ. 4.4 Καθετηριασμός σφαιγγίτιδας.



Εικ. 4.5 Καθετήρας κεντρικής φλέβας.

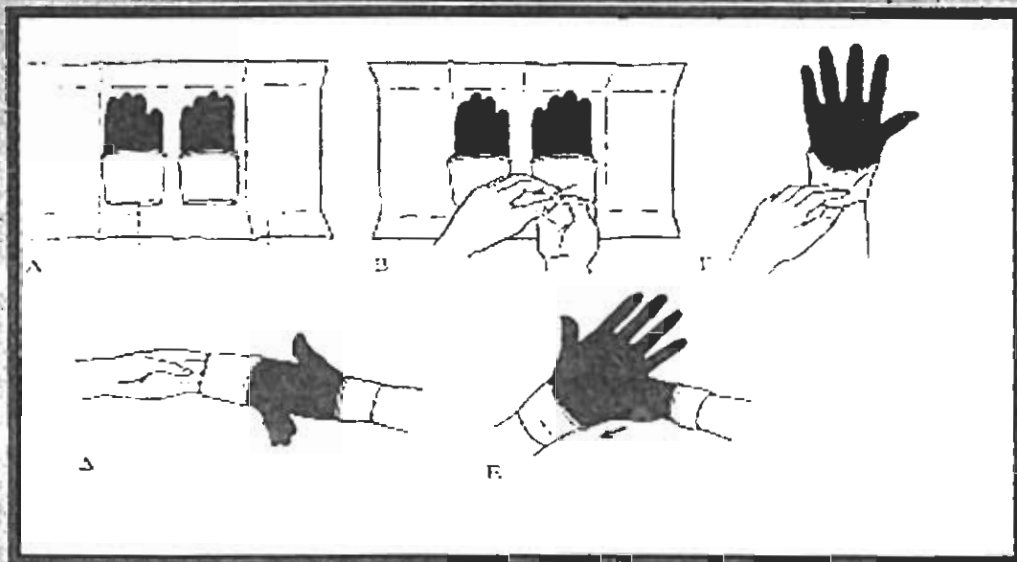


Εικ. 4.6 Ιατρικά ακουστικά.

# Εικονογραφημένο υλικό κεφαλαίου 5

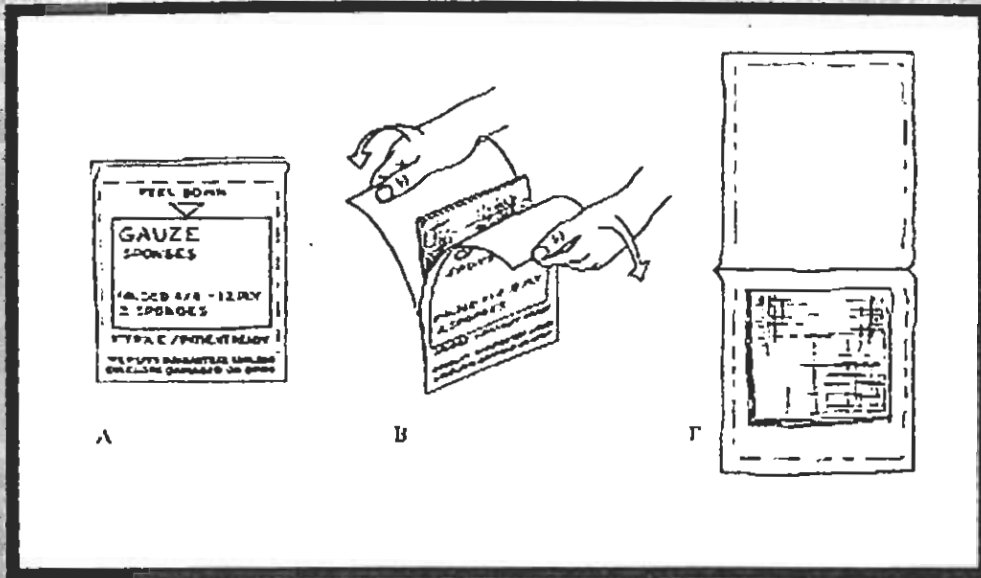


Εικ. 5.1 Τεχνική ενδύσεως (φορέματος) παραδοσιατικής μπλούζας.

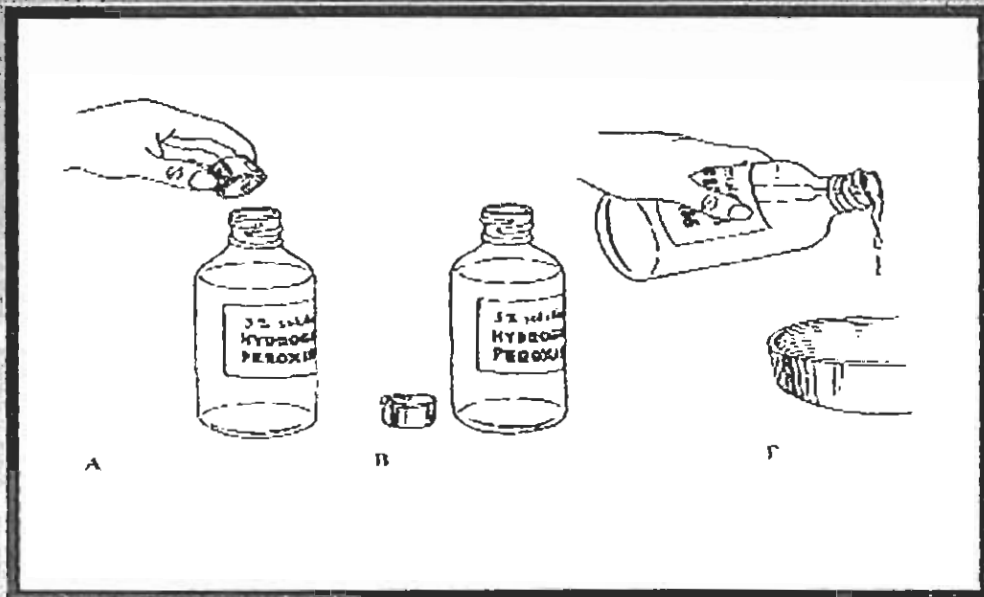


Εικ. 5.2 Τεχνική φορέματος γαντιών.





Εικ. 5.3 Τεχνική ανοίγματος πακέτου



Εικ. 5.4 Τρόπος σερβιρίσματος νοσοκομειακού διαλύματος