

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ**

ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

Σπουδάστριες:

Λιανού Χριστίνα

Μαρίνου Ασπασία

Εισηγητής:

Δρ. Νικόλαος Μπακάλης

Πάτρα, 2007

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τους ανθρώπους που μας βοήθησαν και μας στήριξαν ώστε να διεκπεραιώσουμε με επιτυχία τον στόχο μας.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας που βρίσκονταν δίπλα μας καθ' όλη την διάρκεια και μας στήριξαν οικονομικά και ψυχολογικά.

Τον καθηγητή μας κ. Μπακάλη Νικόλαο, που με την σωστή καθοδήγησή του, την πολύτιμη βοήθειά του καθώς επίσης και την κατάλληλη μέθοδο διδασκαλίας του καταφέραμε παρ' όλες τις δυσκολίες να ολοκληρώσουμε και να κατανοήσουμε την πτυχιακή μας εργασία.

Την προϊσταμένη της καρδιολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας κα. Γκούζου Μαρία, για την πολύτιμη βοήθειά της στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

Τον ιατρό καρδιολόγο κο. Σοφρονά Γεώργιο, για την πολύτιμη βοήθειά του στην ανεύρεση στοιχείων για το ξεκίνημα της πτυχιακής μας εργασίας.

Τέλος, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον ιατρό ακτινολόγο του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας κο. Γεωργόπουλο Νικόλαο, για την πολύτιμη βοήθειά του στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εποχή μας, η ανάπτυξη των Μονάδων Εμφραγμάτων (Μ.Ε) συνέβαλε αποτελεσματικά στην μείωση της θνητότητας και των επιπλοκών του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Η Μ.Ε αντιμετωπίζει πολυάριθμους πάσχοντες κυρίως με οξέα καρδιολογικά επεισόδια στους οποίους η ζωή τους διατρέχει κίνδυνο. Με τις πρόσφατες αλλαγές στο περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης, η αποδοτική χρήση των μονάδων έχει γίνει προτεραιότητα. Ταυτόχρονα, οι στόχοι όλων των πολιτικών υγείας στις κοινωνίες του δυτικού κόσμου συνοψίζονται σήμερα στο τρίπτυχο: εξιχνισμός, χαμηλό κόστος και υψηλή ποιότητα, με βασική αρχή την εστίαση στις ανάγκες του ασθενή και τις κοινωνίας γενικότερα.

Στο κεφάλαιο 1, γίνεται ιστορική αναδρομή για τις Μ.Ε παγκοσμίως. Σήμερα, στην Ελλάδα λειτουργούν 40 Μ.Ε με πρωτοεμφανιζόμενη την μονάδα του Ευαγγελισμού. Χαρακτηριστικά της Μ.Ε είναι ο ταραχώδης και ασαφής χαρακτήρας της καθώς και η πρόκληση ανησυχίας στους ασθενείς λόγω του απειλητικού χαρακτήρα της. Στην συνέχεια, δίνονται στοιχεία για το πώς θα διαμορφωθεί το θεραπευτικό περιβάλλον έτσι ώστε η μονάδα να φτάσει στον τελικό της στόχο. Περιγράφεται επίσης, η ιδανική στελέχωση και τα εργαλεία υπολογισμού προσωπικού (TISS, SORPA και GRASP). Τέλος, δίνονται βασικά στοιχεία της έννοιας ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (ορισμός και πρότυπα).

Στο κεφάλαιο 2, δίνονται στοιχεία για τα κριτήρια εισαγωγής και περιγράφονται τα δύο μοντέλα (το διαγνωστικό και το μοντέλο αντικειμενικών παραμέτρων). Επίσης αναφέρονται οι γενικές και ειδικές προδιαγραφές σχεδιασμού των Μ.Ε καθώς επίσης και η ιδανική πολιτική επισκεπτηρίου η οποία αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και των συγγενών τους. Περιγράφονται τα συστήματα νοσηλευτικής φροντίδας και δίνονται στοιχεία για την διεθνή και την Ελληνική πραγματικότητα στις ΜΕ. Στην Ελλάδα υπάρχει πλήρης έλλειψη ενιαίας πολιτικής για την στελέχωση των τμημάτων. Από πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι η αναλογία των νοσηλευτών προς βοηθούς νοσηλευτές παρουσιάζει σημαντική διακύμανση. Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού

προσωπικού περιλαμβάνει τρεις στόχους οι οποίοι αναφέρονται στην κατηγοριοποίηση των επαγγελματιών που εργάζονται στην εντατική και επείγουσα περιοχή περίθαλψης.

Στο κεφάλαιο 3, αναφέρονται τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών που θεσμοθετήθηκαν το 1989 με νόμο του κράτους. Επίσης παραθέτονται πρωτόκολλα για OEM από μεγάλο νοσοκομείο της Αττικής. Τέλος, αναλύονται οι ικανότητες και δεξιότητες των νοσηλευτών που εργάζονται στις Μ.Ε της Αγγλίας, και όλες είναι μέρος των επαγγελματικών τους δικαιωμάτων.

Τέλος, στο κεφάλαιο 4 αναφέρεται ο πολυδιάστατος ρόλος του νοσηλευτή που διακρίνεται στην νοσηλευτική φροντίδα, στον εκπαιδευτικό ρόλο, τον ερευνητικό ρόλο και τον διοικητικό ρόλο. Στην νοσηλευτική φροντίδα ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας την νοσηλευτική διεργασία, έχοντας γνώσεις και παρατηρητικότητα προσφέρει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα. Ο εκπαιδευτικός ρόλος περιλαμβάνει προπτυχιακή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ιδίου, ενημέρωση και διδασκαλία των ασθενών και τέλος εκπαίδευση και διαπαιδαγώγηση των φοιτητών. Ο ερευνητικός ρόλος του νοσηλευτή στις ΜΕ μπορεί να προάγει την επιστήμη και την βελτίωση καταστάσεων στον χώρο εργασίας του. Ο διοικητικός ρόλος του νοσηλευτή επικεντρώνεται στο σχεδιασμό-προγραμματισμό, οργάνωση, συντονισμό και έλεγχο. Τέλος, αναφέρονται προτάσεις για την περαιτέρω βελτίωση της φροντίδας στις ΜΕ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Περιεχόμενα.....	5

Κεφάλαιο 1

1.1 Εισαγωγή.....	7
1.2 Ιστορική Αναδρομή.....	7
1.3 Χαρακτηριστικά που αποδεικνύουν την ιδιαιτερότητα των Μ.Ε.....	11
1.3.1. Φιλοσοφία.....	11
1.3.2. Ανευρύσματα, Αγγειακή νόσος και Αρτηριοσκλήρυνση.....	13
1.3.3. Στηθάγχη και νόσος των Στεφανιαίων Αγγείων.....	15
1.3.4. Οξύ έμφραγμα του Μυοκαρδίου.....	18
1.4 Θεραπευτικό περιβάλλον.....	21
1.5 Στελέχωση Νοσηλευτικού Προσωπικού.....	23
1.6. Η έννοια της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	31
1.6.1. Ορισμός των προτύπων.....	32
1.6.2 Μέτρηση ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	33
1.6.3 Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας.....	34

Κεφάλαιο 2

2.1 Εισαγωγή.....	37
2.2 Κριτήρια Εισαγωγής.....	37
2.2.1. Διαγνωστικό Μοντέλο.....	38
2.2.2. Μοντέλο Αντικειμενικών Παραμέτρων.....	38
2.3 Ενδολειτουργικές σχέσεις.....	39
2.4 Απαιτήσεις Σχεδιασμού.....	41
2.4.1. Γενικές προδιαγραφές Σχεδιασμού.....	41
2.4.2. Ειδικές προδιαγραφές Σχεδιασμού.....	45
2.5 Επισκεπτήριο.....	53
2.6 Συστήματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.....	54
2.6.1. Συστήματα νοσηλευτικής φροντίδας.....	55
2.7 Διεθνής και Ελληνική πραγματικότητα.....	56

2.7.1. Διεθνής χώρος.....	56
2.7.2. Ελληνική πραγματικότητα.....	57
2.8 Αποκατάσταση – Προγράμματα Αποκατάστασης.....	58
2.9 Εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού.....	64

Κεφάλαιο 3

3.1 Εισαγωγή.....	69
3.2 Επαγγελματικά Δικαιώματα Νοσηλευτών.....	69
3.3 Προσόντα Νοσηλευτή στη Μ.Ε.....	73
3.4 Πρωτόκολλα.....	74

Κεφάλαιο 4

4.1 Εισαγωγή.....	97
4.1.1. Νοσηλευτική φροντίδα.....	97
4.1.2. Εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή στην Μ.Ε.....	99
4.1.3. Ερευνητικός ρόλος.....	102
4.1.4. Διοικητικός ρόλος.....	105
4.2 Προοπτικές – Προδιαγραφές.....	109

Κεφάλαιο 5

Νοσηλευτική Διεργασία (Οξύος Εμφράγματος Μυοκαρδίου).....	114
Βιβλιογραφία.....	116
Παράρτημα (ενημέρωση ασθενούς μετά από OEM).....	123

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Εισαγωγή

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε περιληπτικά, και αναλυτικά όπου χρειάζεται, για τις Μονάδες Εμφραγμάτων (ΜΕ). Θα προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε στοιχεία και να ανακαλύψουμε πληροφορίες που θα αποδεικνύουν την πολυπλοκότητα, και τον πολυδιάστατο ρόλο του Νοσηλευτή σε αυτές τις μονάδες.

Συγκεκριμένα, θα γίνει μια ιστορική αναδρομή για τις ΜΕ, την ιδιαιτερότητα που έχουν στο ευρύτερο πλάνο του νοσοκομείου (ασθενείς, τεχνολογία, εξέλιξη της νόσου) και τέλος θα παρουσιαστούν στοιχεία για την ποιότητα στις μονάδες αυτές.

1.2 Ιστορική αναδρομή

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι ένα από τα κυριότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι Δυτικές κοινωνίες. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (1998) μέχρι το 2020 πάνω από 40% όλων των θανάτων θα συνδέονται με καρδιαγγειακές παθήσεις. Παρότι την αναπτυγμένη τεχνολογία και την πρόοδο της επιστήμης, τα ποσοστά θνησιμότητας παραμένουν υψηλά. Το 2002, οι καρδιαγγειακές παθήσεις υπολογίζονται ότι ευθύνονται για τον θάνατο 16 περίπου εκατομμυρίων ανθρώπων, περίπου το 25% όλων των θανάτων διεθνώς (WHO, 2003).

Στις 13 Μαρτίου του 1962 εγκαινιάζεται η πρώτη ΜΕ στο γενικό Νοσοκομείου του Τορόντο (ΗΠΑ) υπό την καθοδήγηση του Dr Kenneth Brown σε μια προσπάθεια μείωσης της θνησιμότητας από το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, με σταθερή ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση και στελέχωση με Νοσηλευτές που δούλευαν κυκλικό ωράριο και είχαν εκπαιδευθεί στην διαχείριση ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Στην συνέχεια όπως αναφέρουν οι Quinn και Thompson (1999) ανοίχθηκαν και άλλες Μονάδες Εμφραγμάτων (ΜΕ) στην Αμερική όπως στο Κάνσας (τον Μάιο του 1962), και στην Φιλαδέλφεια (Οκτώβριο 1963) υπό την καθοδήγηση του Lawrence Meltzer.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η μονάδα του Meltzer είναι η πρώτη ΜΕ που οι Νοσηλευτές είναι ικανοί να αναγνωρίσουν την αρρυθμία και να χειρίζονται τον απινιδωτή. Το 1963 μονάδες ανοίγουν σε Μελβούρνη, Νέα Υόρκη, και Μαϊάμι.

Στην Ευρώπη, και συγκεκριμένα στην Αγγλία, λειτούργησε η πρώτη μονάδα το 1966 στο Royal Infirmary του Ενδυμβούργου. Αξιοσημείωτο είναι ότι 1967 δημοσιεύθηκε από τους Killed και Kimball ένα άρθρο το οποίο επιβεβαιώνει την άποψη ότι, η μονάδα εμφραγμάτων είναι ένα χρήσιμο εργαλείο στην θεραπεία των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου. Επιβεβαίωσαν τον σημαντικό ρόλο της μονάδας στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της κοιλιακής μαρμαρυγής και της ασυστολίας. Από τότε μέχρι σήμερα έχουν γίνει πολλές μελέτες που αποδεικνύουν την ίδια άποψη.

Από το 1962 που καθιερώθηκε η οργάνωση της μονάδας εμφραγμάτων στην Αμερική η θνησιμότητα των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου έπεσε από 30% το 1975 στο 15% το 1995 (Moser και Dramp, 1996). Επιπροσθέτως, ο μέσος όρος νοσηλείας μειώθηκε από 21 μέρες το 1970 σε 6 μέρες το 1995 (Wilson και Waugh, 1996). Τα αποτελέσματα αυτά δεν αποδίδονται μόνο στην εντατική φροντίδα αλλά και στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη της αρτηριοσκλήρυνσης καθώς επίσης και στην ιατρική και επεμβατική διαχείριση του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου και των νοσηλευτών γενικότερα. Πιο συγκεκριμένα, το 1970 η εισαγωγή του καθετήρα Swan-Ganz διευκόλυνε την αξιολόγηση των αιμοδυναμικών διαταραχών του εμφράγματος του μυοκαρδίου έτσι ώστε ο ιατρός να μπορεί να ρυθμίσει την θεραπεία για την αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών. Σημαντική ήταν επίσης η συμβολή των Νοσηλευτών στην διαχείριση των ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι Killip and Kimball (1967) γράφουν ότι η βέλτιστη θεραπεία δεν μπορεί να επιτευχθεί εάν ορισμένα δικαιώματα που είναι στα χέρια των παθολόγων δεν περάσουν στα χέρια των νοσηλευτών.

Σύμφωνα με τον Fuster (1999) η σημαντικότερη συμβολή της μονάδας εμφραγμάτων στην μείωση της θνησιμότητας ήταν η πολύ γρήγορη απινίδωση με κοιλιακή μαρμαρυγή σε άτομα με έμφραγμα του μυοκαρδίου (EM). Ο Meltzer (1964) υποστήριζε ότι σχεδόν οι μισή θάνατοι από έμφραγμα του μυοκαρδίου στο νοσοκομείο οφείλονται στις αρρυθμίες και διαπίστωσε ότι εάν ο νοσηλευτής δεν είναι

ικανός να αναγνωρίσει τις αρρυθμίες, να κατανοήσει την θεραπεία των επιπλοκών, και να μπορεί να σώσει μια ζωή μόνος του, τότε ολόκληρο το σύστημα της στεφανιαίας μονάδας θα ήταν λιγότερα πολύτιμο.

Σήμερα, λόγω της προόδου στην κλινική καρδιολογία έχει αλλάξει κατά πολύ ο τρόπος που αυτές οι μονάδες χρησιμοποιούνται. Με άλλα λόγια, η μονάδα εμφραγμάτων έγινε μια θέση όχι για την παθητική παρατήρηση και αντίδραση, αλλά για την επιθετική παρέμβαση για τους ασθενείς με ΕΜ. Σήμερα, λόγω της διεθνούς τάσης για μείωση του κόστους στις υπηρεσίες υγείας και αύξηση της παραγωγικότητας, η προσοχή δεν είναι περιορισμένη στην μονάδα εμφραγμάτων όσον αφορά την αξιολόγηση και την θεραπεία του ασθενή, αλλά έχει κινηθεί και προς τις ενδιάμεσες μονάδες προσοχής και στο τμήμα επειγόντων. Στο μέλλον, η προσοχή αυτών των ασθενών αναμένεται να αρχίσει ακόμα νωρίτερα στο ασθενοφόρο και ίσως ακόμη και στα σπίτια των ασθενών.

Το Ελληνικό κράτος ακολουθώντας τις διεθνείς εξελίξεις, εγκαινιάζει το 1976 την πρώτη μονάδα εμφραγμάτων στον Ευαγγελισμό στελεχωμένη με 14 Νοσηλευτές και με δύναμη 4 κλινών. Στη συνέχεια, αρκετά νοσοκομεία ακολούθησαν αυτό το παράδειγμα. Σύμφωνα με την Καρδιολογική Εταιρεία το 2001 στην Ελλάδα λειτουργούσαν στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, 32 μονάδες εμφραγμάτων.

Όπως αναφέρει η Γκούζου (2006) με την πάροδο του χρόνου ο αριθμός αυξήθηκε. Σήμερα λειτουργούν στην Ελλάδα 40 μονάδες εμφραγμάτων. Στο πίνακα 1 αναφέρονται όλες οι μονάδες, αριθμός κρεβατιών και νοσηλευτών που απαρτίζουν την κάθε μονάδα.

Πίνακας 1:Νοσοκομεία, κλίνες και αριθμός νοσηλευτών στην ελληνική επικράτεια.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΛΙΝΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
Α΄ΔΥΠΕ Αττικής		
Ευαγγελισμός	14	21
ΛΑΪΚΟ	7	15
ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	14	15
ΕΡΥΘΡΟΣ	10	19
ΕΛΠΙΣ	6	10
Β΄ΔΥΠΕ Αττικής		
ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ	8	13
ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ	5 + 7υπομ	14
ΦΛΕΜΙΝΓΚ	8	11 -2 άδεια μητρότητας
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ	5	17
ΣΩΤΗΡΙΑ	8	19
ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ	7 +3υπομ	14
ΚΑΤ	4	13-3 άδεια μητρότητας
Γ΄ΔΥΠΕ Αττικής		
ΝΙΚΑΙΑΣ	A 5 B 5	A 13 B 10
ΤΖΑΝΕΙΟ	10	13
ΘΡΙΑΣΙΟ	6	10
Α΄ ΔΥΠΕ Κεντρικής Μακεδονίας		
ΑΧΕΠΑ	6ΜΕ + 7ΑΦ+ 7ΑΦ	7ΤΕ +8ΔΕ=15
ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	10	15
ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ	10	16
ΣΕΡΡΩΝ	7	12
Β΄ΔΥΠΕ Κεντρικής Μακεδονίας		
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	9	15
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	12	18
ΔΥΠΕ Δυτικής. Μακεδονίας		
ΚΟΖΑΝΗ	4	14
ΔΥΠΕ Ηπείρου		
ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ	7	10
ΠΑΝ. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	6 εμφρ+ 4 καρδ χειρ	33-7 άδεια μητρότητας
ΔΥΠΕ Κρήτης		
ΧΑΝΙΑ	8	13

ΠΑΝ. ΗΡΑΚΛΕΙΟ	9	22
ΔΥΠΕ Δυτικής Ελλάδας		
ΠΑΝ. ΠΑΤΡΩΝ	7	19
ΑΓ. ΑΝΔΡ. ΠΑΤΡΩΝ	5	16
ΠΥΡΓΟΣ	5	10
ΔΥΠΕ Θεσσαλίας		
ΠΑΝ. ΛΑΡΙΣΣΑΣ	6	18-5 άδεια μητρότητας
ΓΕΝΙΚΟ ΛΑΡΙΣΣΑΣ	5	11
ΒΟΛΟΥ	10	12
ΚΑΡΔΙΤΣΑ	4	9
ΔΥΠΕ Στερεάς Ελλάδας		
ΛΑΜΙΑ	8	13
ΔΥΠΕ Α Νοτίου Αιγαίου		
ΣΥΡΟΣ	3	9
ΔΥΠΕ ΜΑΚ ΘΡΑΚΗΣ		
ΔΡΑΜΑ	7	
ΚΑΒΑΛΑ	6	
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ	9	

1.3 Χαρακτηριστικά που αποδεικνύουν την ιδιαιτερότητα των ΜΕ

1.3.1 Φιλοσοφία

Σύμφωνα με τον Jones (2003) η στεφανιαία μονάδα παρέχει θεραπεία σε πολλούς ασθενείς που οι ζωές τους διατρέχουν κίνδυνο. Οι τομείς ευθύνης της μονάδας σύμφωνα με την Massarweh (1998) είναι:

- Η φροντίδα των ασθενών
- Η διοίκηση της μονάδας
- Η εκπαίδευση
- Η έρευνα

Τα χαρακτηριστικά της ΜΕ σύμφωνα με τους Lindbrg και Rosenqvist (2002) είναι πρώτον, ο ταραχώδης χαρακτήρας της καθώς ανά πάσα στιγμή μπορούν να κινδυνεύουν ένας ή και περισσότεροι ασθενείς δεύτερον, ο ασαφής χαρακτήρας της καθώς από την μια πλευρά οι επαγγελματίες υγείας δουλεύουν με το δικό τους τρόπο και από την άλλη οι ασθενείς συνήθως δεν μπορούν να συμμετέχουν στην θεραπεία

τους και τρίτον, παρότι η μονάδα είναι ένας χώρος ο οποίος προσφέρει σημαντική θεραπευτική αντιμετώπιση σ' αυτούς που την έχουν ανάγκη, προκαλεί ανησυχία στους ασθενείς λόγω του απειλητικού χαρακτήρα της.

Τα καθήκοντα των επιστημόνων υγείας που συμμετέχουν στις εργασίες τις μονάδας είναι κυρίως τρία:

- Διαχείριση της κατάστασης υγείας του ασθενή
- Επιδίωξη να γίνουν κατανοητές οι ανάγκες του ασθενή
- Επιβεβαίωση ότι η ομαδική εργασία λειτουργεί ομαλά και αποδοτικά

Η Τζεμπετζή (2002) αναφέρει ότι ο χώρος της ΜΕ διαχειρίζεται έναν μεγάλο αριθμό πολύπλοκων μηχανημάτων, φαρμάκων και υλικών, απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και ικανότητες και ένα ικανοποιητικό αριθμό από προσωπικό με κοινό στόχο την καλύτερη ποιότητα φροντίδας στον ασθενή. Είναι λοιπόν αναγκαίο να οργανωθεί η μονάδα με τέτοιο τρόπο ώστε να παρέχει το κατάλληλο περιβάλλον για τους ασθενείς, τους συγγενείς τους και το προσωπικό για την παροχή ολιστικής φροντίδας.

Η Μ.Ε αποτελεί την “καταλληλότερη” επιλογή για τους ασθενείς με επιλεγμένο ΕΜ (π.χ αιμοδυναμική αστάθεια, επανειλημμένες αρρυθμίες), για τους ασθενείς που θα χρειαστούν εντατική νοσηλευτική παρακολούθηση, λόγω χρήσης εξειδικευμένων μηχανημάτων, και τέλος σε ασθενείς που παρουσιάζουν καρδιολογικά προβλήματα όπως στηθάγχη, αρτηριοσκλήρυνση, κα.

Οι ασθενείς με STEMI (ST-elevation myocardial infarction) χωρίς εμφανείς επιπλοκές (π.χ ιστορικό ΕΜ, εμμένουσα δυσφορία, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, υπόταση, αποκλεισμό, αιμοδυναμική αστάθεια λόγω κοιλιακής αρρυθμίας) μπορούν να εξέλθουν της Μ.Ε μέσα σε 24-36 ώρες. Για ασθενείς με επιλεγμένο STEMI, η παραμονή στη Μ.Ε κατευθύνεται ανάλογα με την ανάγκη παροχής επεμβατικής φροντίδας. Για τους ασθενείς με χαμηλού κινδύνου STEMI, οι γιατροί μπορεί να αποφασίσουν τη μεταφορά τους σε μονάδες ενδιάμεσης φροντίδας, που έχουν τη δυνατότητα απλής καταγραφής του ΗΚΓ όπως και μηχανήματα ανάνηψης. Η τακτική αυτή είναι οικονομικά συμφέρουσα και μειώνει το χρόνο

παραμονής στις Μ.Ε κατά ένα τρίτο, ενώ παράλληλα δεν επηρεάζει την επιβίωση των ασθενών (Braumwald, 2005).

1.3.2 Ανευρύσματα, Αγγειακή Νόσος και Αρτηριοσκλήρωση

Σύμφωνα με τους Fuster, Ross και Topol (1999) η αρτηριοσκλήρωση αποτελεί μια παθολογική κατάσταση που κρύβεται κάτω από διάφορες σημαντικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένης της νόσου των στεφανιαίων αρτηριών, στις παθήσεις του εγκεφάλου, των παθήσεων της αορτής και της περιφερειακής αρτηριακής κυκλοφορίας. Τα παθολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της αρτηριοσκλήρωσης αναγνωρίστηκαν πολύ πριν περιγραφούν στην βιβλιογραφία τα κλινικά σύνδρομα της στηθάγχης και του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Ο Galen περιέγραψε τα αγγειακά ανευρύσματα, αλλά δεν υπάρχουν στοιχεία για το αν αναγνώρισε άλλες μορφές αρτηριοσκληρυντικής καρδιαγγειακής πάθησης. Στην αρχή του 17^{ου} αιώνα, αναγνωρίστηκε ότι η αορτή και άλλες βασικές αρτηρίες εκφυλίζονταν με την πάροδο της ηλικίας, όμως η παθοφυσιολογία αυτής της διαδικασίας ήταν άγνωστη. Στη μελέτη του το 1804 για τα ανευρύσματα, ο Scarpa τόνισε ότι ένα ανεύρυσμα δεν αποτελούσε απλά μια διασταλμένη μερίδα της κανονικής αρτηρίας αλλά ήταν το αποτέλεσμα της εντοπισμένης βλάβης του αρτηριακού τοιχώματος. Σε μια μελέτη το 1829, ο Γάλλος παθολόγος Jean Lobstein εισήγαγε τον όρο αρτηριοσκήρυνση και δημοσίευσε τα αποτελέσματα μιας χημικής ανάλυσης σύμφωνα με την οποία υπάρχουν αποθέματα ασβεστίου σε μορφή πλακών στο εσωτερικό τοίχωμα των αρτηριών. Εντυπωσιακές απεικονίσεις των αγγειακών τραυμάτων και των εγκεφαλικών και καρδιακών καταστάσεων της αρτηριοσκήρυνσης, εμφανίστηκαν στον εντυπωσιακό τόμο που δημοσιεύθηκε από το Γάλλο παθολόγο Jean Cruveilhier μεταξύ 1829 και 1842.

Ο Virchow το 1854, έκανε πρωτοποριακές παρατηρήσεις σχετικά με την θρόμβωση και την εμβολή και περιέγραψε τη διαδικασία της θρόμβωσης. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών του 19^{ου} αιώνα βαθμιαία, οι παθολόγοι εγκατέλειψαν την άποψη ότι η αρτηριοσκήρυνση ήταν αποτέλεσμα της φλεγμονής και υιοθέτησαν την άποψη ότι ήταν μια εκφυλιστική διαδικασία.

Ορισμός Αρτηριοσκλήρωσης

Αρτηριοσκλήρωση είναι η απώλεια ελαστικότητας και η σκλήρυνση της μέσης στιβάδας του τοιχώματος αρτηρίας, που οφείλεται σε εναπόθεση ασβεστίου (Σαχίνη, 2002).

Διάγνωση

Η διάγνωση της κατάστασης του αρρώστου γίνεται σύμφωνα με τα παρακάτω:

1. Ιστορικό υγείας

- Ηλικία
- Κάπνισμα, διατροφικές συνήθειες, προβλήματα παχυσαρκίας, φυσική δραστηριότητα
- Ιστορικό νόσων, που μπορεί να προκαλέσουν αρτηριοσκλήρωση, ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων και νοσηλεία στο νοσοκομείο
- Οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων

2. Φυσική εκτίμηση

- Πόνος στα κάτω άκρα μετά από άσκηση, που υποχωρεί μετά από ανάπαυση
- Απουσία σφυγμού
- Αλλαγές σε χρώμα και όψη δέρματος και νυχιών
- Σημεία λοίμωξης, γάγγραινας, εξέλκωσης

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- Ταλαντωσιμετρία
- Θερμοκρασιακές μελέτες άκρου σε θερμό και ψυχρό περιβάλλον
- Αρτηριογραφία
- Δοκιμασία άσκησης για διαλείπουσα χωλότητα
- Οσφυϊκός συμπαθητικός αποκλεισμός. Θετική απόκριση των αγγείων σε αυτόν σημαίνει ότι μια συμπαθεκτομή θα βελτιώσει την κυκλοφορία.

Θεραπεία

Συντηρητικά μέσα:

- Αποφυγή καπνίσματος
- Σχολαστική φροντίδα όσον αφορά την καθαριότητα των ποδιών
- Αποφυγή εφαρμογής υψηλής θερμοκρασίας γιατί αυξάνουν τις ανάγκες των ιστών σε οξυγόνο.
- Το βάδισμα είναι άριστο θεραπευτικό μέτρο

Χειρουργικά μέσα:

- Συμπαθεκτομία
- Παρακαμπτήριο μόσχευμα
- Ακρωτηριασμός

Στις περισσότερες περιπτώσεις διαλείπουσας χωλότητας περιοριζόμαστε στα συντηρητικά μέσα. Σε βαριές περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής παρεμποδίζεται στην εργασία του, γίνεται τοποθέτηση φλεβικού μοσχεύματος. Σε επαπειλούμενη ή αρχόμενη γάγγραινα προβαίνουμε σε συμπαθεκτομία ή σε τοποθέτηση μοσχεύματος. Σε έκδηλη γάγγραινα ή σε πολύ έντονους και αφόρητους πόνους εκτελείται ακρωτηριασμός (Γαρδίκας, 1990).

1.3.3 Στηθάγχη και Νόσος των Στεφανιαίων Αγγείων

Ο καλλιτέχνης της Αναγέννησης Leonardo Da Vinci ήταν ο πρώτος που περιέγραψε και εξήγησε τις στεφανιαίες αρτηρίες με ακρίβεια. Επίσης, απεικονίστηκαν λεπτομερώς από τον Ιταλό ανατόμο Andrea Vesalius το 1543. Ο Άγγλος παθολόγος και ανατόμος William Harve, το 1628, περιέγραψε πρώτος τη στεφανιαία κυκλοφορία, και το 1649 περιέγραψε την ανατομία των στεφανιαίων αρτηριών και φλεβών και πρότεινε ότι η στεφανιαία κυκλοφορία έθρεφε την καρδιά.

Ο Άγγλος παθολόγος William Heberden περιέγραψε για πρώτη φορά τη στηθάγχη σε μια συζήτηση που παρουσιάστηκε στα μέλη του Κολεγίου των Παθολόγων του Λονδίνου τον Ιούλιο του 1768. Η μελέτη του, που δημοσιεύεται 4 χρόνια αργότερα, αναγνωρίζεται ακόμα ως μια από τις πιο κλασικές κλινικές περιγραφές στην ιατρική.

Ορισμός Στηθάγχης

Η στηθάγχη είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από παροξυσμούς πόνου, που είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς αιματικής ροής και μυοκαρδιακής υποξίας. Σύμφωνα με τη Σαχίνη (2002) προκαλείται συνήθως από καρδιακή νόσο, μπορεί όμως να οφείλεται και σε μεγάλου βαθμού στένωση, ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας, σε αορτίτιδα, υπερθυρεοειδισμό, αναιμία και ταχυκαρδία.

Συμπτώματα

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι:

- Πόνος στα άνω άκρα, την κάτω γνάθο και το λαιμό
- Κρίση η οποία τελειώνει με ρεψίματα
- Συγκίνηση
- Θυμό

Διάγνωση

Οι χαρακτήρες του στηθαγχικού πόνου είναι συνήθως τυπικοί. Ο πόνος της οισοφαγίτιδας αφορά την ίδια εντόπιση, είναι όμως άσχετος με προσπάθεια, επιδεινώνεται με την κατάκλιση ή την επίκουση, δεν έχει συσφιγκτικό χαρακτήρα και συνοδεύεται από έντονο καύσο. Ο πόνος του έλκους είναι συνήθως επιγαστρικός, έχει περιοδικότητα και ανακουφίζεται με λήψη τροφής και αλκαλικών. Νευρωτικοί ασθενείς εμφανίζουν συχνά προκάρδιο άλγος. Ο πόνος εντοπίζεται συνήθως στον αριστερό μαστό, δεν εμφανίζεται κατά την προσπάθεια αλλά συχνά μετά την προσπάθεια. Ο πόνος περιγράφεται συνήθως ως διαξιφιστικός.

Στηθαγχικό πόνο μπορεί να προκαλέσει:

- Η συφιλιδική αορτίτιδα που προσβάλλει τα στόμια των στεφανιαίων αρτηριών
- Η υπερτροφία αριστεράς κοιλίας με ελαττωμένη καρδιακή παροχή όπως συμβαίνει σε στένωση αορτής
- Διάφορες αρρυθμίες με ταχυκαρδία, στις οποίες η παροχή είναι ελαττωμένη λόγω βράχυνσης του χρόνου πλήρωσης των κοιλιών κατά τη διαστολή

- Η αναιμία. Γίνεται δεκτό ότι η αναιμία προκαλεί στηθαγχικό πόνο σε συνυπάρχουσα στεφανιαία νόσο. Σε νέα άτομα η αναιμία σχεδόν ποτέ δεν προκαλεί πόνο, ενώ το γεγονός ότι όταν η αναιμία διορθώνεται, η στηθάγχη συνήθως υποχωρεί, υποδηλώνει απλά ότι η στεφανιαία νόσος θα ήταν συμπτωματική αν δεν συνυπήρχε αναιμία.

Πρόγνωση

Πολλοί ασθενείς ζουν 10-20 χρόνια από την έναρξη των στηθαγχικών κρίσεων. Από διάφορες έρευνες προκύπτει ότι το 40% των ασθενών πεθαίνουν μέσα σε μια 5ετία από την έναρξη (Adams, 1999).

Θεραπεία

Οι αντικειμενικοί σκοποί της θεραπευτικής αγωγής είναι να μειώσει τις απαιτήσεις οξυγόνου του μυοκαρδίου και να αυξήσει την προμήθεια οξυγόνου σε αυτό. Οι σκοποί αυτοί συντηρητικά πετυχαίνονται μέσω φαρμακολογικής θεραπείας και ρύθμισης παραγόντων κινδύνου, και χειρουργικά με επαναγγείωση της προμήθειας αίματος στο μυοκάρδιο μέσω χειρουργικής παράκαμψης (bypass) στεφανιαίας αρτηρίας ή μέσω διαδερμικής διαυλικής στεφανιαίας αγγειοπλαστικής. Συχνά εφαρμόζεται συνδυασμός συντηρητικής και χειρουργικής θεραπείας (Σαχίνη, 2002).

Πρόσφατα σύμφωνα με τους Braunwald και άλλοι (2005) το έμφραγμα αποτελεί μια δυναμική κατάσταση που δεν συμβαίνει άπαξ, αλλά εξελίσσεται με το χρόνο. Η μοίρα του μυοκαρδίου που βρίσκεται σε κίνδυνο μπορεί να επηρεαστεί θετικά από την αποκατάσταση της αιματικής ροής, την ελάττωση της βλάβης της μικροκυκλοφορίας, τη μείωση των απαιτήσεων σε οξυγόνο του μυοκαρδίου, την παρεμπόδιση συσσώρευσης, την αύξηση της διαθεσιμότητας του υποστρώματος για τον αναερόβιο μεταβολισμό και τη μείωση των διαμεσολαβητών της βλάβης που επηρεάζουν τη δομή και τη λειτουργία των ενδοκυττάρων οργανιδίων και των συστατικών των κυτταρικών μεμβρανών.

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις από πειραματικά δεδομένα σε ζώα και ενδεικτικά δεδομένα σε ασθενείς, ότι η ισχαιμική προετοιμασία μια μορφή ενδογενούς

προστασίας ενάντια στο STEMI, μειώνει το μέγεθος του εμφράκτου και συσχετίζεται με καλύτερη επιβίωση, ελάττωση του κινδύνου μεγιστοποίησης του EM και επανειλημμένων ισχαιμικών επεισοδίων.

1.3.4 Οξύ Έμφραγμα Του Μυοκαρδίου

Ο Julian (1987) αναφέρει ότι το κλινικό σύνδρομο που αποκαλούμε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM) περιγράφηκε για πρώτη φορά με σαφήνεια τον 20^ο αιώνα από τον James Herricks το 1912. Η έννοια του ενδοστεφανιαίου θρόμβου στην παθοφυσιολογία του εμφράγματος του μυοκαρδίου έχει περιγραφεί το 1939 από τον καρδιολόγο Charles Friedberg στην Νέα Υόρκη. Στη δεκαετία του 50, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν ήδη η σημαντικότερη αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες και ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Οι Ευρωπαίοι και Αμερικανοί ιατρικοί επιστήμονες έκαναν διάφορες παρατηρήσεις κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού του 20^{ου} αιώνα που οδήγησε τελικά σε μια αναγνώριση των κλινικών και παθολογικών δευτερογενών συμπτωμάτων του OEM. Η θεραπεία του εμφράγματος του μυοκαρδίου στη δεκαετία του 30 και τη δεκαετία του 40 ήταν κυρίως η παρατεταμένη παραμονή στο κρεβάτι (μέχρι και 6 εβδομάδες), χορήγηση οξυγόνου και οπιούχων αναλγητικών. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 60 η αντιμετώπιση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου άλλαξε εντυπωσιακά. Σε μια μελέτη του Davies και άλλοι (1989) βρέθηκε ότι στο 95% των ασθενών που πέθαναν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου υπήρχε θρόμβος στην στεφανιαία αρτηρία.

Ορισμός OEM

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι ισχαιμική νέκρωση μιας εντοπισμένης περιοχής του μυοκαρδίου, που οφείλεται σε απότομη απόφραξη κλάδου της στεφανιαίας αρτηρίας εξαιτίας σχηματισμού θρόμβου ή υπενδοθηλιακής αιμορραγίας σε σημείο αθηρωματικής στένωσης. Σπανιότερα, η απόφραξη οφείλεται σε υπερπλασία των ενδοθηλιακών πλακών ή σε αιμορραγία μέσα στην ίδια την πλάκα. Έμφραγμα μπορεί να συμβεί σύμφωνα με τη Σαχίνη (2002) και όταν δεν υπάρχει τέλεια απόφραξη, αν η στεφανιαία αιματική ροή μειωθεί παροδικά, όπως σε μετεγχειρητικό ή τραυματικό shock ή σε γαστρεντερική αιμορραγία ή σε υπέρταση οποιασδήποτε αιτιολογίας. Σπάνια, είναι δυνατό να προκαλέσουν έμφραγμα ο εμβόλιμος αποκλεισμός, η συφιλιδική αορτίτιδα και η οξεία αγγειίτιδα.

Συμπτώματα

- Πόνος (μπορεί να εκδηλωθεί κατά τη διάρκεια ανάπαυσης ή δραστηριότητας)
- Άμεσες επιπλοκές όπως οξύς πνευμονικού οιδήματος, γρήγορα αναπτυσσόμενης καρδιακής ανεπάρκειας, μεγάλης αδυναμίας, shock, λιποθυμίας ή εγκεφαλικής θρόμβωσης.
- Βράχυνση αναπνοής
- Εφίδρωση
- Αδυναμία
- Μεγάλη κόπωση
- Ναυτία
- Εμετούς
- Έντονη αγωνία
- Ανησυχία
- Βραδυκαρδία
- Καρδιακές αρρυθμίες
- Περικαρδική τριβή
- Υγροί ρόγχοι στις βάσεις των πνευμόνων

Διάγνωση

Η διάγνωση του οξέος εμφράγματος γίνεται βάση της κλινικής εικόνας που παρουσιάζει ο ασθενής.

Πρόγνωση

Υπολογίζεται ότι το 25-30% περίπου των ασθενών πεθαίνουν μέσα σε λίγα λεπτά πριν δοθεί οποιαδήποτε ιατρική βοήθεια (Γαρδίκας, 1990). Από τους υπόλοιπους το 20-25% πεθαίνουν μέσα στις πρώτες 4 εβδομάδες. Από τις επιπλοκές, το καρδιογενές shock έχει την πιο μεγάλη θνησιμότητα (80%). Η κοιλιακή παροξυσμική ταχυκαρδία και ο πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός είχαν μεγάλη θνησιμότητα (60%), η οποία όμως ελαττώθηκε σαφώς από τη στιγμή που οι ασθενείς νοσηλεύονται σε ΜΕ, όπου η συνεχής παρακολούθηση κάνει εφικτή την άμεση αντιμετώπιση τους.

Η αξιόλογη και επίμονη καρδιακή ανεπάρκεια έχει επίσης δυσμενή πρόγνωση. Η σημασία των θρομβοεμβολικών φαινομένων από άποψη θνησιμότητας είναι δύσκολο να καθοριστεί. Σε πολλές περιπτώσεις είναι κλινικά σαφές ότι ο θάνατος οφείλεται σε πνευμονική ή εγκεφαλική εμβολή, αλλά οι καρδιακές αρρυθμίες ή το καρδιογενές shock που καταλήγουν σε θάνατο μπορεί να έχουν ως γενεσιουργό αιτία πνευμονική εμβολή. Η πρόγνωση είναι χειρότερη σε ηλικιωμένους, υπερτασικούς και σε άτομα που έχουν υποστεί προηγούμενα εμφράγματα. Το 75% των εμφραγματιών ζουν πέραν της 5ετίας και 50% πέραν της 10ετίας (Γαρδίκας, 1990). Σε όσους ασθενείς το ΗΚΓ αποκαταστάθηκε πλήρως μετά το έμφραγμα, η πρόγνωση είναι πολύ καλύτερη (Γαρδίκας, 1990).

Θεραπεία

Σύμφωνα με τον Κόκκινο (1987) οι δυσμενείς παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η μεγάλη ηλικία, πρόσθιο διατοχωματικό εκτεταμένο έμφραγμα, αποκλεισμοί σκελών ή κολποκοιλιακοί, συστολική αρτηριακή πίεση <115 mmhg, υψηλή ουρία, αύξηση μεγέθους καρδιάς, παλαιό ιστορικό ισχαιμίας ή εμφράγματος και κοιλιακές αρρυθμίες. Φαίνεται επίσης ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη θνητότητα από τους άνδρες. Οι Lowrie και άλλοι από το 1967, σημείωσαν ότι σε αρρώστους με φυσιολογική αρτηριακή πίεση η θνητότητα ήταν 4%, σε αρρώστους με κάμψη ή αρτηριακή υπόταση 15%, και με καρδιογενές shock 83%. Το πρακτικό αποτέλεσμα της βαθμολογήσεως των εμφραγμάτων είναι η αποφυγή μεγάλης πολυπραγμοσύνης στα ελαφρά εμφράγματα και αντιθέτως η έγκαιρη καταβολή επιθετικών προσπαθειών για την αντιμετώπιση των βαρέων.

Ο στόχος της θεραπευτικής αγωγής του εμφράγματος μυοκαρδίου είναι η ελαχιστοποίηση της μυοκαρδιακής βλάβης, που πετυχαίνετε πρώτον, με ανακούφιση του πόνου δεύτερον, με εξασφάλιση ανάπαυσης και τρίτον, με πρόληψη επιπλοκών όπως θανατηφόρες αρρυθμίες και καρδιογενές shock.

Η θρομβολυτική θεραπεία γίνεται με σκοπό να ελαχιστοποίηση την καρδιακή βλάβη και έτσι να μειώσει την πιθανότητα επιπλοκών. Τα θρομβολυτικά ελαττώνουν το μέγεθος του εμφράγματος επειδή διαλύουν κάθε θρόμβο που έχει σχηματιστεί σε

στεφανιαία αρτηρία. Κρίσιμο στην αποτελεσματικότητα αυτών των μέσων είναι η έγκαιρη χορήγησή τους μετά την εκδήλωση του θωρακικού πόνου.

Τρία θρομβολυτικά μέσα έχουν αποδειχθεί πολύτιμα στην θρομβόλυση όπως η στρεπτοκινάση, ο ενεργοποιητής πλασμινογόνου ιστικού τύπου και η αντιστρεπλάση. Η στρεπτοκινάση ενεργεί συστηματικά στις ομοιοστατικές λειτουργίες του σώματος. Αν και έχει επιδείξει αποτελεσματικότητα σε λύσει θρόμβου, η πιθανότητα συστηματικής αιμορραγίας έχει μειώσει τη χρήση της. Η στρεπτοκινάση μπορεί να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις και είναι αποτελεσματική μόνο όταν ενίεται απευθείας μέσα στις στεφανιαίες αρτηρίες.

Ο ενεργοποιητής πλασμινογόνου ιστικού τύπου σε αντίθεση με την στρεπτοκινάση, έχει ειδική δράση στην αιμοστατική λειτουργία του σώματος. Έτσι, μειώνεται ο κίνδυνος συστηματικής αιμορραγίας. Το t-PA είναι φυσικό ένζυμο και ως αποτέλεσμα ελαχιστοποιούνται οι αλλεργικές αντιδράσεις. Τέλος, η αντιστρεπλάση είναι θρομβολυτικό με κλινική αποτελεσματικότητα παράλληλη της στρεπτοκινάσης και του t-PA. Η αποδοχή της συνεχώς αυξάνεται, επειδή είναι εύκολη στη χορήγηση της και χαμηλού κόστους (Σαχίνη, 2002).

1.4 Θεραπευτικό περιβάλλον

Σύμφωνα με τον Williams (2001) η ποιότητα του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι σημαντική στη συμβολή των θεραπευτικών διαδικασιών καθώς επίσης και το προσωπικό που τους φροντίζει.

Σκοπός της ΜΕ είναι η πρόληψη των επιπλοκών του ΟΕΜ και η μείωση της θνητότητας και νοσηρότητας των καρδιολογικών παθήσεων. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού, η μονάδα πρέπει να είναι εξοπλισμένη με μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας για την αξιολόγηση των προβλημάτων και τη παροχή φροντίδας των ασθενών όταν την έχουν άμεση ανάγκη. Ο σημαντικότερος όμως παράγοντας που προσδιορίζει την αποτελεσματικότητα της μονάδας, είναι το καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Χωρίς την παρουσία νοσηλευτών, ικανών να ερμηνεύουν τα δεδομένα και να παρέχουν την αναγκαία φροντίδα, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στις ΜΕ δεν θα ήταν υψηλή.

Την μονάδα εμφραγμάτων την βρίσκουμε σαν μέρος ενός συνόλου υπηρεσιών για τα καρδιολογικά προβλήματα στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Είναι η μονάδα στην οποία παρέχεται όχι μόνο υψηλού επιπέδου παρατήρηση αλλά και επείγουσα φροντίδα όταν χρειασθεί. Διαπιστώνουν ότι ο στόχος για το σχεδιασμό μιας νέας μονάδας εμφραγμάτων ολοκληρώνεται καλύτερα με την συμμετοχή μιας ομάδας από πολλούς επιστήμονες συμπεριλαμβανομένου τους αρχιτέκτονες, μηχανικούς, καρδιολόγους, νοσηλευτές, ομάδα ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων και κατασκευαστές εξοπλισμού.

Είναι σημαντικό το νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας και η διοίκηση να παίρνουν ένα ενεργό ρόλο στον προγραμματισμό της μονάδας και στην κατασκευή των δωματίων του ασθενή, ειδικά για τους νοσηλευτές αφού είναι αυτοί που προσφέρουν φροντίδα 24 ώρες την ημέρα. Η νέα μονάδα πρέπει να σχεδιασθεί με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να προσφέρει την αποδοτικότερη προσοχή για τους ασθενείς καθώς επίσης και την καλύτερη δυνατή θεραπεία μέσα από ένα άνετο περιβάλλον και για τους ασθενείς και για τους συγγενείς τους.

Η ΜΕ πρέπει να είναι κοντά με τμήματα/μονάδες όπως επείγοντα, καρδιολογικό τμήμα, εντατική μονάδα, και τα αιμοδυναμικά εργαστήρια. Εάν δεν βρίσκεται στο ισόγειο τότε απαιτείται να υπάρχει ανελκυστήρας και διάδρομοι που να οδηγούν κατευθείαν σ' αυτά έτσι ώστε να φθάνει το επείγον καρδιολογικό επεισόδιο όσο πιο γρήγορα στο τελικό προορισμό του.

Όσον αφορά τον αριθμό των κρεβατιών, ο Nguyen και άλλοι (2003) μετά από έρευνα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο καθορισμός των κρεβατιών των μονάδων εντατικής θεραπείας λόγω της ιδιομορφίας κάθε μονάδας πρέπει να στηρίζεται σε τρεις παραμέτρους:

- Στον αριθμό των κρεβατιών το μήνα, με τουλάχιστον ένα κενό κρεβάτι
- Στον αριθμό των ασθενών που μεταφέρονται τον μήνα λόγω πληρότητας της μονάδας
- Στον αριθμό των ημερών το μήνα με υποεκμετάλλευση των κρεβατιών που απεικονίζει την αποδοτικότητα

Έτσι καθόρισαν ότι μια μονάδα πρέπει να έχει 10 κρεβάτια όταν:

- Έχουμε 5,5 μεταφορές ασθενών τον μήνα
- Τουλάχιστον ένα διαθέσιμο κρεβάτι 23 ημέρες το μήνα
- Περισσότερα από δύο μη κατειλημμένα κρεβάτια 7,5 ημέρες το μήνα

Το πρότυπο αυτό δεν μπορεί να προβλέψει τις αλλαγές στις ανάγκες. Εντούτοις, εάν τέτοιες αλλαγές εμφανίζονται μπορεί να αξιολογήσει τις συνέπειές τους. Σύμφωνα με δημοσιεύσεις του Υπουργείου Υγείας της Αγγλίας δίνονται για την Στεφανιαία Μονάδα, 10-12 κρεβάτια για τα νοσοκομεία της δευτεροβάθμιας περίθαλψης και 10 κρεβάτια ανά 250.000 πληθυσμού στην τριτοβάθμια περίθαλψη.

Στην Ελλάδα, η στεφανιαία μονάδα είναι μέρος του παθολογικού τομέα στον οποίο δίνεται το 60% των συνολικών κλινών του νοσοκομείου τα οποία διανέμει στα τμήματα του τομέα του. Γενικά οι απαιτήσεις σύμφωνα με τον Green (2003) για παροχή κρεβατιών στην Στεφανιαία μονάδα ποικίλει από τις πολιτικές κάθε νοσοκομείου και στην εκτίμηση του ρυθμού απόδοσης. Για πολλά έτη, το μέσο επίπεδο κατοχής κρεβατιών ήταν αυτό που κινούσε τους διευθυντές και τις πολιτικές τους για τον αριθμό των κρεβατιών που πρέπει να έχει η μονάδα. Σήμερα όμως στηρίζονται στην ικανότητα, να τοποθετηθεί ο ασθενής στην κατάλληλη θέση σε έγκαιρο χρόνο.

1.5 Στελέχωση Νοσηλευτικού Προσωπικού

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα κάθε νοσηλευτικού οργανισμού αποτελεί η στελέχωση. Η Aydelotte αναφέρει ότι η μέθοδος στελέχωσης με νοσηλευτές πρέπει να είναι μια συστηματική και σαφής διαδικασία, που να στηρίζεται σε ένα αδιαμφισβήτητο σκεπτικό και να εφαρμόζεται για να προσδιορίζει τον αριθμό και το είδος του νοσηλευτικού προσωπικού που απαιτείται για να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα προκαθορισμένων προτύπων σε μια ομάδα ασθενών μέσα σε συγκεκριμένο περιβάλλον.

Υπάρχουν πολιτικές στελέχωσης οι οποίες αναφέρουν τους τομείς που πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα στελέχη που θ' αναλάβουν τον σχεδιασμό στελέχωσης μια μονάδας. Σύμφωνα με τον Russel και άλλοι (2002) οι γραπτές πολιτικές στελέχωσης πρέπει να είναι διαθέσιμες σε πέντε τουλάχιστον από τους παρακάτω τομείς:

- Διακοπές
- Αργίες
- Άδειες λόγω ασθένειας
- Ρεπό Σαββατοκύριακου
- Συνεχόμενα ρεπό
- Κυκλικές βάρδιες
- Υπερωρίες
- Προσωπικό προσωρινό και μερικής απασχόλησης
- Αξιοποίηση εφεδρικού προσωπικού
- Δυνατότητα αλλαγής προσωπικού
- Αξιοποίηση ειδικών δυνατοτήτων των στελεχών
- Αλλαγή ωραρίου εργασίας
- Αιτήματα προσωπικού
- Αιτήματα διοίκησης
- Εβδομαδιαία εργασία.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η ελλιπής στελέχωση με την σειρά της έχει αρνητικό αντίκτυπο στο ηθικό του προσωπικού, στην παροχή ποιοτικής φροντίδας και στον τρόπο άσκησης της νοσηλευτικής (Adams, 1999). Επίσης, μια έκθεση που δημοσιεύεται από την Κοινή Επιτροπή Πιστοποίησης των Οργανώσεων Υγειονομικής Περίθαλψης (2001) δηλώνει ότι η ανεπαρκής νοσοκομειακή στελέχωση συμβάλλει σχεδόν στο ένα τέταρτο των νοσοκομειακών γεγονότων που οδηγούν στον τραυματισμό ή και το θάνατο ασθενών, και κατ' επέκταση έχει επίπτωση στην ποιότητα της προσοχής και στην δημόσια αντίληψη για την ποιότητα της παρεχόμενης προσοχής.

Η αρθρογράφος υγείας της Washington Post, Abigail Trafford, συζήτησε την κρίση της περίθαλψης με την Dr Mary Wakefield (τη μόνη εγγεγραμμένη νοσηλεύτρια στην Επιτροπή της Ποιότητας της Υγειονομικής Περίθαλψης στην Αμερική), και κατέληξαν ότι οι Νοσηλευτές είναι δυστυχισμένοι γιατί ενώ θέλουν να παρέχουν την ίδια υψηλής ποιότητας περίθαλψη που οι ασθενείς θέλουν να λάβουν, συνήθως δεν το καταφέρνουν.

Τα περισσότερα νοσοκομεία στην Ελλάδα έχουν “προσβληθεί” από σοβαρά προβλήματα στελέχωσης. Η κύρια ευθύνη της στελέχωσης ανήκει στο νοσοκομείο, διότι είναι υπεύθυνο να προκηρύσσει θέσεις αλλά και η εκάστοτε κυβέρνηση για την αποδοχή αυτών των θέσεων. Παρόλα αυτά, δεν μας απαλλάσσει (και τους νοσηλευτές) από τις ευθύνες μας. Ανεξάρτητα από το πόσο καλά είναι η ΜΕ στελεχωμένη με νοσηλευτικό προσωπικό, εμείς πρέπει να διατηρήσουμε τις προδιαγραφές της περίθαλψης σε υψηλά επίπεδα. Ο αρμόδιος για να σχεδιάσει το επίπεδο στελέχωσης μιας εντατικής μονάδας ή ενός τμήματος είναι ο προϊστάμενος, ο οποίος έχει την γνώση, την εμπειρία και τις δεξιότητες στο να αξιολογήσει τις ανάγκες.

Ο Αμερικανός Σύνδεσμος Νοσηλευτών συνεργάστηκε με τις πολιτείες της Αμερικής έτσι ώστε να θεσμοθετηθεί, απαγόρευση των υποχρεωτικών υπερωριών για το νοσηλευτικό προσωπικό, να κρατήσει τα νοσοκομεία υπεύθυνα για να αναπτύξουν ένα έγκυρο και αξιόπιστο σύστημα νοσηλευτικής στελέχωσης. Επίσης, ήθελε να δοθούν κίνητρα για την συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού, και πρότεινε ότι η στελέχωση με νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να εστιασθεί στην ένταση και στην πολυπλοκότητα της προσοχής και όχι στις ώρες που ξοδεύονται ανά ασθενή ανά ημέρα.

Είναι αλήθεια ότι κάθε ασθενής, νοσηλευτικό προσωπικό και εγκαταστάσεις νοσηλευτικής φροντίδας είναι διαφορετικά. Έτσι για την παροχή σωστής νοσηλευτικής φροντίδας σ’ έναν άρρωστο που χρειάζεται εντατική θεραπεία δεν είναι απλό θέμα το να εφαρμόζεται ένα σύνηθες πρότυπο αναλογίας νοσηλευτή – ασθενή. Στην περιοχή της εντατικής φροντίδας, μέρος της οποίας αποτελεί και η Μονάδα Εμφραγμάτων, το επίπεδο στελέχωσης πρέπει να στηρίζεται πάνω στις ανάγκες των ασθενών και των συγγενών τους στα πλαίσια της ολιστικής φροντίδας και να το διέπει ευελιξία έτσι ώστε οι ανάγκες περίθαλψης να ικανοποιούνται.

Σύμφωνα με τον Hartigan και άλλους (2003) όταν αξιολογούμε ανάγκες στελέχωσης για την περιοχή της εντατικής φροντίδας οι ακόλουθοι παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη:

- ✓ Αριθμός κρεβατιών μέσα στην μονάδα

- ✓ Ένταση της εργασίας και ικανότητες που απαιτούνται για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των ασθενών (περιλαμβανόμενης και της εξάρτησης των ασθενών):
- ✓ Ο ρόλος των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας
- ✓ Επίπεδα προσωπικού και μίγμα ικανότητας από την επαγγελματική ομάδα
- ✓ Συμβολή των βοηθών υγειονομικής περίθαλψης
- ✓ Οι εγκαταστάσεις της εντατικής φροντίδας, το φυσικό περιβάλλον καθώς και η διαθέσιμη τεχνολογία
- ✓ Εύκαμπτα μοντέλα εργασίας
- ✓ Συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών
- ✓ Εκπαίδευση του νέου προσωπικού

Διάφορα εργαλεία εξάρτησης έχουν κατασκευαστεί κατά καιρούς. Τα εργαλεία εξάρτησης όμως δεν σχεδιάστηκαν όλα έχοντας τον άρρωστο στο μυαλό τους. Για παράδειγμα οι Endaaccott and Nightingale (1999) έχει διαιρέσει τα διαθέσιμα εργαλεία σε διάφορες κατηγορίες:

- Συστήματα βασισμένα στην επέμβαση, όπως το *Therapeutic Intervention Scoring Systems (TISS)*
- Συστήματα βασισμένα στις δραστηριότητες, όπως το *System of Patient Related Activity (SOPRA)*
- Σημεία γενικής νοσηλευτικής εξάρτησης, όπως το *Grace Reynolds Application Study PETO (GRASP)*.

Το TISS εισήχθη αρχικά από τον Cullen (1974) για να απεικονίσει την προσπάθεια που απαιτείται για την νοσηλεία στην επείγουσα και εντατική προσοχή. Έχει χρησιμοποιηθεί για να “ποσολογήσει” το φόρτο εργασίας της νοσηλείας και να συγκρίνει τις δαπάνες. Η Miranda (2001) αναφέρει ότι απέτυχε να εξετάσει το συνολικό φόρτο εργασίας.

Η δυσαρέσκεια από το TISS έστρεψε την επιστημονική κοινωνία της εντατικής θεραπείας να δημιουργήσει ένα εργαλείο το οποίο περιλαμβάνει τον αριθμό επεμβάσεων στις δραστηριότητες σχετικές με την συνολική προσοχή των ασθενών και των οικογενειών τους και να παράγει ένα αποτέλεσμα το οποίο θα απεικονίζει την δραστηριότητα που συνδέεται με την φροντίδα στην εντατική και επείγουσα περιοχή.

Αυτό είναι το SOPRA, το οποίο επίσης απευθύνεται στην νοσηλευτική εξάρτηση φόρτου εργασίας, όπως εκπαίδευση άπειρου προσωπικού, επικοινωνία, συντονισμός, κ.α. Δεν αντιπροσωπεύει μόνο την φροντίδα στην μονάδα εντατικής θεραπείας αλλά και κάθε άρρωστο που νοσηλεύεται στο τμήμα και θα εξελιχθεί η κατάσταση του σε κρίσιμη. Το μειονέκτημα του είναι ότι δεν συμπεριέλαβε το μίγμα ικανοτήτων στο νοσηλευτικό προσωπικό, για παράδειγμα, δεν λήφθηκαν υπόψη οι ικανότητες του νέου και έμπειρου προσωπικού.

Το GRASP είναι ένα άλλο εργαλείο ταξινόμησης των ασθενών που χρησιμοποιεί ένα σύστημα μέτρησης του φόρτου εργασίας για την αξιολόγηση των κατηγοριών των καθηκόντων που εκτελούν οι νοσηλευτές, για να προσφέρουν φροντίδα στους ασθενείς, ενώ υπολογίζει το νοσηλευτικό χρόνο που απαιτείται για κάθε εργασία και στην συνέχεια υπολογίζεται ο συνολικά απαιτούμενος χρόνος (Pope και άλλοι, 2002). Ο σκοπός του είναι να παρέχει πληροφορίες σε μια καθολική γλώσσα οι οποίες θα χρησιμοποιούνται στην λήψη απόφασης. Οι δραστηριότητες είναι με τέτοιο τρόπο ταξινομημένες ώστε να συγκρίνουν όσο το δυνατόν περισσότερες περιοχές φροντίδας. Επομένως, απευθύνεται σε όλα τα επίπεδα αναγκών όπως ασθενείς στην μονάδα εντατικής θεραπείας και σε εκείνους που είναι σε σοβαρή κατάσταση στο τμήμα.

Συμπερασματικά, σε όλα τα εργαλεία που αναφέρθηκαν έχουν παρατηρηθεί προβλήματα, αν και είναι απίθανο να αναπτυχθεί το τέλειο μέτρο. Το παλαιότερο μέτρο, όπως το TISS, απέτυχε να απευθυνθεί στην έμμεση δραστηριότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ενώ τα νεότερα εργαλεία (SOPRA και GRASP) περιέλαβαν τις έμμεσες δραστηριότητες φροντίδας αλλά απέτυχαν στο να περιλάβουν το μίγμα ικανότητας και τις γνώσεις που απαιτούνται στις διάφορες δραστηριότητες.

Επίσης, τα εργαλεία αυτά φαίνεται να είναι αμφισβητήσιμα όσον αφορά την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους, στην εντατική και επείγουσα φροντίδα υγείας. Όλα προσπαθούν να περιγράψουν τι είναι αυτό που κάνουν οι νοσηλευτές στην εντατική και επείγουσα φροντίδα. Εντούτοις, μέσα στην περίθαλψη της εντατικής και επείγουσας φροντίδας δεν είναι μόνο το τι κάνουν οι νοσηλευτές αλλά και ποια είναι η διαφορά στις ενέργειες αποκατάστασης των ασθενών. Με άλλα λόγια, οι ανάγκες των ασθενών και συγγενών τους πρέπει να καθορίζουν τις αναλογίες επάνδρωσης και

όχι τα καθήκοντα. Είναι γενικώς αποδεκτό ότι οι στόχοι, διεθνώς, στην φροντίδα υγείας είναι δύο: η προσπάθεια μείωσης του κόστους στις υπηρεσίες υγείας και οι σωστές αναλογίες νοσηλευτών/ασθενή. Η ελλιπής στελέχωση έχει αρνητικό αντίκτυπο όχι μόνο στην παροχή ποιοτικής φροντίδας και στην άσκηση της νοσηλευτικής, αλλά προκαλεί επίσης απουσίες λόγω κόπωσης, εξουθένωσης, μη ικανοποίηση από το επάγγελμα, με αποτέλεσμα να οδηγεί σε κατάργηση κλινών και εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Αντίθετα, η “υπερβολική” στελέχωση αυξάνει το κόστος.

Οι “κανονικές” αναλογίες θα μειώσουν τον χρόνο που γίνονται οι διαδικασίες καθώς επίσης θα μπορέσουν να ικανοποιηθούν τόσο οι ανάγκες των ασθενών και των συγγενών τους, όσο και των νοσηλευτών με τον χώρο εργασίας.

Οι Doble και άλλοι (2000) αναφέρουν ότι το συνεχώς μεταβαλλόμενο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με τους κανονισμούς αποζημίωσης, η αυξανόμενη ανάγκη να μειωθούν οι δαπάνες, η γήρανση του πληθυσμού, και η βελτίωση της τεχνολογίας, είχε ως αποτέλεσμα να χαθεί το ενδιαφέρον για τις ανάγκες των ασθενών και της οικογένειάς τους, από τους νοσηλευτές. Έτσι το AACN (American Association of Critical-Care Nurses) περιέγραψε το Synergy Model που συνδέει 8 χαρακτηριστικά των ασθενών με 8 νοσηλευτικά χαρακτηριστικά με τέτοιο συνδυαστικό τρόπο έτσι ώστε να επιτευχθούν οι καλύτερες εκβάσεις των ασθενών, ικανοποίηση τους και ικανοποίηση της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης.

Τα χαρακτηριστικά των ασθενών είναι:

- Σταθερότητα
- Πολυπλοκότητα
- Ευπάθεια
- Ανθεκτικότητα
- Προβλεψιμότητα
- διαθεσιμότητα των πόρων
- δυνατότητα των ασθενών να συμμετέχουν στην φροντίδα τους
- λήψη απόφασης.

Τα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών και οι ικανότητες τους είναι:

- κριτική σκέψη
- δυνατότητα υπεράσπισης
- ανταπόκριση στην μοναδικότητα κάθε ασθενή
- συνεργασία με τους συναδέλφους
- αναγνώριση των ολιστικών αλληλεξαρτήσεων
- ανταπόκριση στην ποικιλομορφία
- παρουσία στοιχείων κλινικής έρευνας
- κατάδειξη μιας διαδικασίας για να διευκολυνθεί η εκμάθηση του ασθενή και της οικογένειάς του.

Το Synergy Model είναι προσαρμοσμένο για όλες τις περιοχές περίθαλψης συμπεριλαμβανομένου και των κριτηρίων επάνδρωσης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Φαίνεται ότι οι Διοικητές των νοσοκομείων δίνουν σημασία μόνο στους αριθμούς και όχι στην βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών. Σ' ένα περιβάλλον όπως είναι η ΜΕ είναι πολύ εύκολο να επικεντρωθεί η προσοχή μας στους σωλήνες, μηχανήματα, όργανα ελέγχου, συσκευές ενδοφλέβιες εγχύσεις φαρμάκων, παρά στον ασθενή και στην οικογένεια του και στην ομάδα υγειονομικής περίθαλψης.

Είναι αλήθεια ότι κάθε ΜΕ έχει διαφορετικές ανάγκες για 1:1 αναλογίες, όσον αφορά το μέγεθος του νοσοκομείου, την επάνδρωση με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και την τεχνολογία. Χρησιμοποιώντας το Synergy Model, οι ασθενείς ναι μεν θα ήταν σε θέση να συμμετέχουν στην λήψη απόφασης σχετικά με την κατάσταση τους, αλλά θα απαιτούσε αρκετούς πόρους. Επειδή το Synergy Model συνδέει τα χαρακτηριστικά των ασθενών με τις ικανότητες των νοσηλευτών και χρησιμοποιείται σαν εργαλείο εξάρτησης που δικαιολογεί την 1:1 στελέχωση, τα κριτήρια καθιερώθηκαν χρησιμοποιώντας αυτά τα χαρακτηριστικά. Στον πίνακα 2 φαίνονται τα κριτήρια για 1:1 αναλογία νοσηλευτή/ασθενή.

Πίνακας 2:Κριτήρια για 1:1 αναλογία νοσηλευτή/ασθενή

ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ επίπεδο 1

- Û Ασθενείς με αστάθεια του καρδιακού ρυθμού προκαλώντας αιμοδυναμική αστάθεια και απαιτούν συχνές αξιολογήσεις, φαρμακευτική αγωγή ή ανάταξη της αρρυθμίας με μηχανικά μέσα ή τοποθέτηση εξωτερικού βηματοδότη με εξωτερικά patch ή με τοποθέτηση υποκλειδίου καθετήρα.
- Û Ασθενείς με υποτασική ή υπερτασική κρίση κατάσταση που απαιτεί γρήγορη σταθεροποίηση της πίεσης
- Û Ασθενείς με συμπτωματικό καρδιακό επιπωματισμό που απαιτεί άμεση παρακέντηση και σταθεροποίηση
- Û Ασθενείς με μειωμένη καρδιακή παροχή οι οποίοι παρουσιάζουν έντονη θωρακική δυσφορία με αποτέλεσμα μειωμένη καρδιακή παραγωγή και σοβαρή αιμοδυναμική αστάθεια
- Û Ασθενείς με συμπτωματική αιμορραγία που απαιτεί άμεση επέμβαση
- Û Ασθενείς με καρδιακή ανακοπή που χρειάζεται άμεσα προχωρημένη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και συνεχείς ρυθμίσεις και παρακολούθηση
- Û Ασθενείς με ξαφνική δύσπνοια, ορθόπνοια, και διάχυτη πνευμονική συμφόρηση οι οποίοι είναι ιδιαίτερα σύνθετοι και τρωτοί στην οξεία φάση ασθένειάς τους
- Û Ασθενείς που η κατάστασή τους απαιτεί συνεχή μέτρηση της ενδοκράνιας πίεσης με συνεχή αξιολόγηση των παραμέτρων και παρέμβαση όπου χρειάζεται
- Û Ασθενείς με αλλαγή της νευρολογικής εικόνας με συνεχή αξιολόγηση των παραμέτρων και παρέμβαση όπου χρειάζεται
- Û Όχι αεριζόμενος ασθενής που εκδηλώνει διαταραχή της ενδοτικότητας των αεραγωγών και απαιτούν συχνή παρακολούθηση και αντιμετώπιση
- Û Ασθενείς σε μεταβολική κρίση οι οποίοι απαιτούν συνεχή παρατήρηση, αξιολόγηση και παρέμβαση
- Û Ασθενείς που πρέπει να αφήσουν για λίγο την μονάδα για μία διαδικασία ή ένα test και απαιτούν συνεχή νοσηλευτική αξιολόγηση και έλεγχος κατά τη διάρκεια της δοκιμής.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΣΥΝΘΕΤΟ επίπεδο I

- Û Ασθενείς που λαμβάνουν μέρος σ' ένα ερευνητικό πρωτόκολλο που απαιτεί κατά την έναρξη της μελέτης τεκμηρίωση κάθε 15 λεπτά ή συχνότερα
- Û Ασθενείς που η κατάσταση του απαιτεί με νάρκωση θεραπευτική ή διαγνωστική επέμβαση
- Û Ασθενείς που είναι πιθανά δωρητές οργάνων κατάσταση που απαιτεί ιδιαίτερη προετοιμασία και διαχείριση
- Û Ασθενείς με σοβαρή διαταραχή που απαιτεί φίλτρο συνεχιζόμενης αρτηριοφλεβώδης αιμοδιήθησης
- Û Ασθενείς με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στο οξύ στάδιο της αναπνευστικής δυσχέρειας ή ασθενείς που αερίζονται στο οξύ στάδιο της αναπνευστικής βλάβης με υψηλή τελοεισπνευστική πίεση και υψηλές απαιτήσεις σε οξυγόνο

ΕΥΠΑΘΕΙΑ επίπεδο I

- Û Ασθενείς των οποίων οι οικογένειες απαιτούν συχνές παρεμβάσεις συμπεριλαμβανομένου της σύνθετης διδασκαλίας και βοήθεια σε ηθικά διλήμματα για παράδειγμα όταν οι οικογένεια χρειάζεται συμβουλές διότι εξετάζεται η λήξη των μέτρων της υποστήριξης της ζωής και/ή να δοθούν τα όργανα για μεταμόσχευση
- Û Ασθενείς με συναισθηματική φόρτιση οι οποίοι χρειάζονται εντατική παρακολούθηση, συνεργασία και συντονισμό με άλλες υπηρεσίες υποστήριξης όπως για παράδειγμα τα θύματα της σεξουαλικής κακοποίησης

ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ επίπεδο I

- Û Ασθενείς στην οξεία φάση της ασθένειάς τους που παρουσιάζουν σημάδια σύγχυσης ή ψύχωση και χρειάζονται συνεχή αξιολόγηση και άμεση φαρμακευτική αντιμετώπιση
- Û Ασθενείς που απαιτούν στην οξεία φάση της ασθένειάς τους συνεχιζόμενη ενδοφλέβια νάρκωση και/ή νευρομυϊκό αποκλεισμό για τον έλεγχο της ανησυχίας και εκείνη που παρουσιάζουν συμπτώματα εξάρτησης μετά τον απογαλακτισμό τους από μακράς διάρκειας νάρκωση.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας (2001) σύστησαν ότι ένα εργαλείο που θα μετρά την εξάρτηση των ασθενών πρέπει να χρησιμοποιείται από όλες τις

μονάδες για να καθορίσει το επίπεδο στελέχωσης της. Πιο συγκεκριμένα, η εξάρτηση των ασθενών πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όσον αφορά:

- Την ασφάλεια των ασθενών και των δύο (αυτών που είναι εκτός κινδύνου και αυτών που είναι σε κίνδυνο)
- Την ανάγκη των ασθενών για συχνή παρακολούθηση (επέμβαση και αποκατάσταση)
- Την ευκολία που ένας ευπαθής ασθενής μπορεί να παρακολουθείται
- Το επίπεδο δραστηριότητας στις ενδο- και δια- νοσοκομειακές μεταφορές
- Τις γνώσεις και την εμπειρία των νοσηλευτών

Ο προϊστάμενος της μονάδας με ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο εξάρτησης μπορεί να προσδιορίσει τις ανάγκες στελέχωσης της μονάδας του. Παρόλα αυτά, θα πρέπει να εξετασθούν και τα ακόλουθα ζητήματα όπως τα αναφέρουν οι Buckley και άλλοι (1997):

- Ακόμα και όταν η εξάρτηση των ασθενών είναι μικρή υπάρχουν σημεία που η προσοχή του νοσηλευτή είναι μεγάλη όπως για παράδειγμα, η υποστήριξη των συγγενών όταν ένας άρρωστος πεθάνει.
- Όταν περισσότεροι από ένας νοσηλευτής χρειάζεται για την φροντίδα, όπως επί καρδιακής ανακοπής.
- Διαχείριση κινδύνων ενσωματωμένη με την εξάρτηση, όπως κατά τη χορήγηση θρομβόλυσης όπου ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός για να αντιμετωπισθούν έγκαιρα οι τυχόν επιπλοκές
- Άρρωστος που είναι εξαρτημένος από μηχανικό αερισμό πρέπει να παρακολουθείται στενά από έμπειρο προσωπικό το οποίο θα μπορεί να επέμβει αμέσως σε περίπτωση μη επαρκούς αερισμού. Έρευνες έχουν δείξει ότι η παρακολούθηση από ειδικό είναι πιο χρήσιμη από ότι τα μηχανήματα μπορούν να μας δείξουν.

1.6 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Το περιβάλλον της υγείας χαρακτηρίζεται από μια πληθώρα σύνθετων διαδικασιών και μια εκτεταμένη χρήση νέων τεχνολογιών, χαρακτηριστικά που κάνουν επιτακτική την ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Οι Οικονομοπούλου και άλλοι (2003)

υποστηρίζουν ότι οι στόχοι όλων των πολιτικών υγείας στις κοινωνίες του δυτικού κόσμου, συνοψίζονται σήμερα στο τρίπτυχο: εκσυγχρονισμός, χαμηλό κόστος και υψηλή ποιότητα, με βασική αρχή την εστίαση στις ανάγκες του ασθενή και της κοινωνίας γενικότερα.

Η έννοια της ποιότητας δεν είναι κάτι καινούργιο αλλά ωστόσο δεν έχει ορισθεί ακριβώς και για πολλούς θεωρείται μια έννοια “νεφελώδης”, ένα “άπιαστο όνειρο”. Στην πραγματικότητα, η έννοια της ποιότητας προσφέρεται για πολύπλευρη προσέγγιση, τόσο σε ότι αφορά τον ορισμό όσο και σε ότι αφορά τη μέτρησή της.

Μια σύγχρονη προσέγγιση του όρου ποιότητα όπως την αναφέρουν οι Οικονομοπούλου και άλλοι (2003) σημαίνει να θέσουμε τον “πελάτη” (ασθενή) ως κεντρικό σημείο αναφοράς και να προσπαθήσουμε να ικανοποιήσουμε και να ξεπεράσουμε τις προσδοκίες του (για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία). Ο κλασικός ορισμός της ποιότητας στην υγεία δίνεται από τον πρωτοπόρο (Donabedian) στα θέματα ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία. Είναι το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχει του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των οφελών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία.

1.6.1 Ορισμός των προτύπων

Η Κολίτση (2001) αναφέρει ότι η ποιότητα δεν εμφανίζεται τυχαία. Αποτελεί προϊόν συστηματικής προσέγγισης και βασίζεται στα πρότυπα. Αυτός είναι και ο λόγος που αποτελεί και μοναδική βάση για την αμοιβαία αναγνώριση προϊόντων ή υπηρεσιών. Οι Ραφτόπουλος και Θεοδοσοπούλου (2001) αναφέρουν ότι τα πρότυπα αποτελούν τα πολύτιμα εργαλεία για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και είναι αναπόσπαστο κομμάτι της προσπάθειας για την διασφάλισή της. Σύμφωνα με την Τζεμπετζή (2002) ο ορισμός που δίνεται από τον Donabedian είναι ίσως και ο πιο αντιπροσωπευτικός σύμφωνα με τον οποίο πρότυπο είναι οι εκφράσεις του εύρους των αποδεκτών διακυμάνσεων από μια σταθερά ή ένα κριτήριο. Επίσης, σύμφωνα με τον ίδιο ορισμό, κριτήριο είναι τα προκαθορισμένα στοιχεία με τα οποία μπορούν να συγκριθούν οι διάφορες τιμές της ποιότητας της κλινικής υπηρεσίας. Με τη λέξη ‘σταθερές’ εννοούμε τα μέτρα της παρατηρούμενης απόδοσης.

Ο Donabedian διακρίνει τα πρότυπα σε πρότυπα δομής, διεργασίας και αποτελέσματος. Τα πρότυπα δομής αναφέρονται στους ανθρώπινους, οικονομικούς και φυσικούς πόρους. Τα πρότυπα διαδικασίας αφορούν ενέργειες όπως δραστηριότητες της φροντίδας, της παροχής υπηρεσιών ή οργάνωσης. Τέλος, τα πρότυπα αποτελέσματος αφορούν τα αποτελέσματα αυτών που πράττουμε με τους δεδομένους πόρους. Από την στιγμή που θα ορισθούν τα πρότυπα πρέπει να ορισθούν τα κριτήρια της συμμόρφωσης ή μη σε αυτά.

1.6.2 Μέτρηση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η μέτρηση περιλαμβάνει: την διασφάλιση ποιότητας, μέτρηση ποιότητας, συνεχή βελτίωση ποιότητας, και πρέπει να αποτελεί μια γενικότερη στρατηγική που αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας.

Επίσης, προϋποθέτει ένα μοντέλο το οποίο θα μας χρησιμεύει για:

- Προσδιορισμό των στοιχείων τα οποία διαμορφώνουν το επίπεδο της ποιότητας.
- Δεδομένα, πρότυπα και κριτήρια στα οποία θα βασισθούν οι μετρήσεις.
- Εργαλεία και τεχνικές μέτρησης.

Ένα μοντέλο μέτρησης είναι αυτό του Donadedian που σύμφωνα με το υπόδειγμα του, η ποιότητα εξαρτάται από τρεις παραμέτρους:

Τη δομή δηλαδή τα κτίρια, τον εξοπλισμό, τα υλικά και τους διαθέσιμους χρηματικούς πόρους, τον αριθμό των εργαζομένων συνολικά και ανά κατηγορία και την κατάρτιση τους. Η οργανωτική δομή περιλαμβάνει τον τρόπο διοίκησης, τον καταμερισμό των δραστηριοτήτων, τη διαδικασία επιλογής του προσωπικού, κα.

Την διαδικασία ,δηλαδή τις ενέργειες που κάνει ο ασθενής αναζητώντας περίθαλψη και ο τρόπος παροχής αυτής.

- Τις ενέργειες του γιατρού (χρησιμοποιεί διαγνωστική προσέγγιση)
- Τη μέση διάρκεια νοσηλείας
- Τη μέση διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας
- Τη χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους.

Τέλος, η έκβαση δηλαδή τα αποτελέσματα στο επίπεδο υγείας και ευεξίας του ασθενή.

Οι προσφορά του μοντέλου αυτού στο να κατανοηθεί η έννοια της ποιότητας είναι ανεκτίμητη. Φαίνεται όμως ότι είναι δύσκολο να έχει κανείς επαρκή πληροφόρηση χρησιμοποιώντας μία μόνο από τις τρεις προσεγγίσεις.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αποσαφηνιστεί ο όρος κλινικός δείκτης που είναι ως συνήθως δείκτης αποτελέσματος. Ο κλινικός δείκτης είναι η ποσοτική μέτρηση μιας πλευράς της φροντίδας του ασθενή και με την βοήθεια τους μπορεί να εντοπισθούν περιοχές με πρόβλημα και έτσι με τον εντοπισμό τους δίνεται η ευκαιρία για βελτίωση της ποιότητας. Μερικά εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της παρεχόμενης ποιότητας είναι:

- Η μέτρηση της υποδομής (αξιολογεί τα προϊόντα μετρώντας την ποιότητα των συντελεστών που εισέρχονται στην παραγωγική διαδικασία)
- Η μέτρηση της διαδικασίας με (έμφαση στον τρόπο και την τεκμηρίωση της παροχής φροντίδας όπως κλινικά πρωτόκολλα, σύστημα διαχείρισης νόσου)
- Η μέτρηση της έκβασης (αποτελεί το καλύτερο δείκτη μέτρησης της ποιότητας).

Παραδείγματα δεικτών έκβασης που χρησιμοποιούνται είναι η νοσοκομειακή θνητότητα, χειρουργική θνητότητα, επανεισαγωγές, επανεγχειρήσεις, διαπύση χειρουργικού τραύματος, κα. Τέλος, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι ένας δείκτης ο οποίος έχει καθιερωθεί πλέον ως σημαντικός δείκτης ποιότητας που καλύπτει τις περισσότερες παραμέτρους υγείας είναι η ικανοποίηση του ασθενή (Bowman και Tompson, 1998).

1.6.3 Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας

Σύμφωνα με τους Lindberg και Rosenquist (2003) το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας αποτελείται από την πολιτική ποιότητας, το εγχειρίδιο Διαχείρισης Ποιότητας, τις διεργασίες της μονάδας, εξωτερικά έγγραφα και αρχεία.

Η ΜΕ αποτελεί ένα μικρό σύστημα που είναι μέρος του μεγάλου συστήματος που είναι το Νοσοκομείο. Ως επακόλουθο η διοίκηση μέσω της πολιτικής ποιότητας και του εγχειριδίου διαχείρισης ποιότητας γνωστοποιούν και προσδιορίζουν στην μονάδα:

- Την πολιτική που πρέπει να ακολουθήσουν σε ότι αφορά την λειτουργία της μονάδας
- Τους πόρους που διατίθενται για την λειτουργία της
- Την αποστολή της
- Το όραμα και τους στόχους της
- Την στρατηγική που πρέπει να ακολουθηθεί για την υλοποίηση των στόχων
- Το σύνολο των διεργασιών της

Το σύνολο των διεργασιών είναι το σημαντικότερο στοιχείο του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας στην ΜΕ. Οι διεργασίες είναι καταγεγραμμένες και αποτελούν ένα σύνολο διαδικασιών που συναντιούνται πολύ συχνά μεταξύ τους. Οι διεργασίες αυτές είναι:

- Διεργασία διακίνησης ασθενών
- Διεργασία εσωτερικής επικοινωνίας
- Διεργασία προμηθειών
- Διεργασία συντήρησης και διακρίβωσης εξοπλισμού
- Διεργασία διαχείρισης προσωπικού
- Διεργασία ελέγχου και ανασκόπησης του συστήματος ποιότητας
- Σημαντική διεργασία για την μονάδα είναι επίσης τα πρωτόκολλα της ιατρικής και νοσηλευτικής άσκησης που εξασφαλίζουν την ομοιογένεια της εργασίας μεταξύ των συμμετεχόντων καθώς επίσης και την ποιότητα των επεμβάσεων/ενεργειών.

Σύμφωνα με τους Laughon, Ax και Boyington (1993) οι ανωτέρω διεργασίες αποτελούνται από διαδικασίες, εξειδικευμένες οδηγίες εργασίας και έντυπα. Στην έρευνα που έκαναν οι παραπάνω ερευνητές διαπίστωσαν ότι είναι σημαντικό για την μονάδα η μετάβαση της διαδικασίας διασφάλισης της ποιότητας σε ένα πρόγραμμα διεπιστημονικής συνεχής βελτίωσης της. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η

διεπιστημονική συνεργασία ήταν απαραίτητη για την επίτευξη των στόχων της. Αυτή η ομάδα ερευνητών με την βοήθεια των αρχείων που τηρούνται κατά την διάρκεια των διαδικασιών και οι εσωτερικές επιθεωρήσεις που διενεργούνται στις μονάδες, είναι στοιχεία που μετά από στατιστική επεξεργασία δίνουν στοιχεία προκειμένου να:

- Εντοπισθούν και να προληφθούν τυχόν αδυναμίες του συστήματος με την παρακολούθηση δεικτών
- Αξιολογηθεί η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των διαδικασιών
- Δοθούν στους εργαζόμενους η δυνατότητας υποβολής και εφαρμογής προτάσεων βελτίωσης των μεθόδων εργασίας
- Επιτευχθεί η συνεχής και στενή παρακολούθηση του εξοπλισμού
- Επιβεβαιωθεί ότι τα καθήκοντα αυτών που συμμετέχουν στις εργασίες τις μονάδας έχουν επιτευχθεί.

Φαίνεται ότι μέσω αυτής της διαδικασίας επιτυγχάνεται η ποιοτική και αποδοτική λειτουργία της μονάδας καθώς επίσης και η αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης αλλά και η συνεχής βελτίωση των διαδικασιών της με αποτέλεσμα την επίτευξη των στόχων της, που είναι η καλύτερη δυνατή νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον William (1997) τα επεισόδια της καρδιάς είναι από τα περιστατικά που απαιτούν τις περισσότερες δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης στην Αμερική. Για τη θεραπεία του εμφράγματος μυοκαρδίου στην Αμερική δαπανούνται ετησίως 3.1 εκατ. δολάρια και για την καρδιακή ανεπάρκεια 10 εκατ. δολάρια. Το σημαντικότερο ποσοστό αυτών των δαπανών αποδίδεται στις εισαγωγές στο νοσοκομείο, περίπου το 75% αυτού του κόστους (Charman και Torpy, 1997). Το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης αυξάνεται από την περίθαλψη των οξέων καρδιολογικών επεισοδίων που απαιτούν εισαγωγή στην μονάδα εμφραγμάτων κατά τις πρώτες ημέρες της νοσηλείας τους (Parmley, 1996).

Με τις πρόσφατες αλλαγές στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, η αποδοτική χρήση της στεφανιαίας μονάδας και των εντατικών μονάδων γενικότερα έχει γίνει προτεραιότητα. Αυτός είναι και ο λόγος που μέσα στην πολιτική λειτουργίας της μονάδας πρέπει να συμπεριληφθούν και τα κριτήρια εισαγωγής και εξόδου των ασθενών από αυτήν. Επιπλέον, κάθε μονάδα πρέπει να καθορίσει το πεδίο των υπηρεσιών που παρέχει και το σύνολο των ασθενών που μπορεί να εξυπηρετήσει. Η πολιτική η οποία πρέπει να αναθεωρείται σε τακτική βάση και να διορθώνεται όπως απαιτείται, συντάσσεται από μια επαγγελματική ομάδα η οποία έχει την ευθύνη να εκπαιδεύσει το προσωπικό στα κριτήρια αυτά (Doyle και άλλοι, 1996).

2.2 Κριτήρια Εισαγωγής

Η Μονάδα Εμφραγμάτων αντιμετωπίζει πολυάριθμους πάσχοντες με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αλλά και γενικότερα ασθενείς με οξέα καρδιολογικά επεισόδια στους οποίους οι ζωές τους διατρέχει κίνδυνο (Jones, 2003). Τα κριτήρια εισαγωγής πρέπει να επιλέγουν τους ασθενείς που είναι δυνατόν να ωφεληθούν από την εντατική φροντίδα. Τα κριτήρια είναι δύο μοντέλων: το διαγνωστικό μοντέλο και το μοντέλο αντικειμενικών παραμέτρων.

2.2.1 Διαγνωστικό μοντέλο

Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιεί συγκεκριμένους όρους ή ασθένειες για να καθορίσει την καταλληλότητα ενός καρδιολογικού περιστατικού για να νοσηλευθεί στην στεφανιαία μονάδα.

- Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
- Καρδιογενές shock
- Σύνθετη αρρυθμία που απαιτεί στενή παρακολούθηση και επέμβαση και/ή απαιτεί αιμοδυναμική υποστήριξη.
- Οξεία συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια με αναπνευστική ανεπάρκεια
- Ασταθής στηθάγχη ειδικά με αρρυθμία, αιμοδυναμική αστάθεια ή επίμονο προκάρδιο άλγος.
- Καρδιακή ανακοπή.
- Καρδιακός επιπωματισμός με αιμοδυναμική αστάθεια.
- Διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής.
- Πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός.

2.2.2 Μοντέλο αντικειμενικών παραμέτρων

Τα αντικειμενικά κριτήρια χρησιμοποιούνται στο παρελθόν από το Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (Λονδίνο) για την αξιολόγηση των ειδικών μονάδων προσοχής. Αν και αυτό το είδος αξιολόγησης έχει αλλαχθεί, τα νοσοκομεία συνεχίζουν να ενσωματώνουν τα αντικειμενικά κριτήρια στην επιλογή ασθενών. Τα κριτήρια αυτά είναι ευέλικτα και μπορούν να τροποποιηθούν στις διάφορες περιστάσεις όπως το αναφέρει η Nightgale (2003):

A) Ζωτικά σημεία

- Σφύξεις < 40 ή > 150 / λεπτό.
- Συστολική αρτηριακή πίεση < 80 mm/Hg ή 20 mm/Hg κάτω από την συνηθισμένη πίεση του ασθενή.

- Μέση αρτηριακή πίεση < 60 mm/Hg.
- Διαστολική αρτηριακή πίεση > 120 mm/Hg.
- Αναπνευστική συχνότητα > 35 αναπνοές / λεπτό.

Β) Ακτινογραφικά ευρήματα

Διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής.

Γ) Ηλεκτρογραφικά ευρήματα

- Έμφραγμα του μυοκαρδίου, με σύνθετη αρρυθμία, αιμοδυναμική αστάθεια ή συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.
- Κοιλιακή ταχυκαρδία ή κοιλιακή μαρμαρυγή.
- Πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός με αιμοδυναμική αστάθεια.

Δ) Σωματικά χαρακτηριστικά

- Αναίσθητος ασθενής
- Ανουρία
- Κυάνωση
- Καρδιακός επιπωματισμός

Στη συνέχεια θα αναφερθούν οι λειτουργικές απαιτήσεις που απαιτούνται για τους χώρους που είναι απαραίτητοι για την λειτουργία της μονάδας, και οι ειδικές προδιαγραφές σχεδιασμού των ΜΕ.

2.3 Ενδολειτουργικές σχέσεις

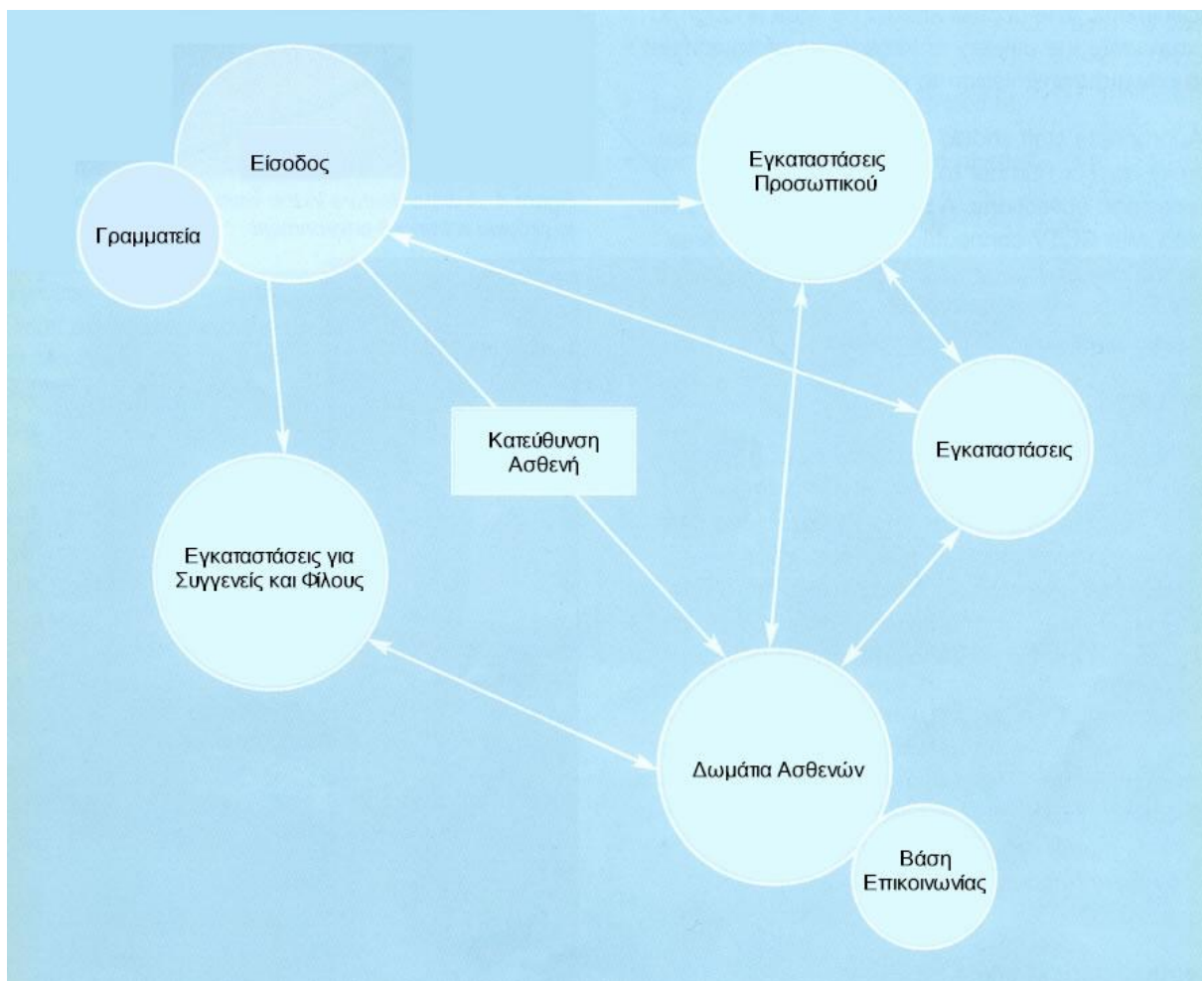
Οι Στεφανιαία Μονάδα περιέχει τρεις ζώνες:

- A.** η περιοχή που βρίσκεται ο ασθενής
- B.** εγκαταστάσεις υποστήριξης
- Γ.** χώρος του προσωπικού

Εντός και μεταξύ αυτών των ζωνών υπάρχουν λειτουργικές σχέσεις οι οποίες πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τον σχεδιασμό της μονάδας.

Οι παράγοντες που εξετάζονται περιλαμβάνουν τις λειτουργικές σχέσεις μεταξύ της βάσης επικοινωνίας, τα μονόκλινα δωμάτια ή περιοχές με πολλά κρεβάτια, ο προσδιορισμός της θέσης του γυάλινου τοιχώματος γύρω από τα μονόκλινα κρεβάτια και ο προσδιορισμός της θέσης του κινητού εξοπλισμού μέσα στις περιοχές των κρεβατιών. Κάθε διάστημα κρεβατιών πρέπει να έχει άμεση επαφή με την βάση επικοινωνίας, όπως φαίνεται από το σχήμα 1.

Σχήμα 1: Λειτουργική απεικόνιση Μ.Ε



Βάση επικοινωνία

Ειδικά στις ΜΕ η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στην άμεση επαφή με τον άρρωστο. Ως επακόλουθο, η οπτική παρατήρηση από την βάση επικοινωνίας είναι σημαντική. Ενώ η βάση επικοινωνίας πρέπει να παρέχει ικανοποιητική παρατήρηση για το προσωπικό, θα πρέπει όμως να διαφυλάσσει και την ατομικότητα του ασθενή.

Χρήσιμοι χώροι και χώροι αποθήκευσης

Οι χρήσιμοι χώροι και η αποθήκευση του ιατρικού/νοσηλευτικού εξοπλισμού πρέπει να έχουν εύκολη πρόσβαση προς την περιοχή που νοσηλεύονται οι ασθενείς καθώς επίσης να παρέχουν ασφάλεια για το υλικό και τον εξοπλισμό.

Χώρος του προσωπικού

Το δωμάτιο ξεκούρασης για το προσωπικό καθώς και τα γραφεία του, πρέπει να είναι τόσο μακριά από τα δωμάτια των ασθενών όσο να μπορεί να κάνει το διάλειμμα του με ησυχία και να ασκήσει τα διοικητικά του καθήκοντα αντίστοιχα, αλλά ταυτόχρονα τόσο κοντά όσο να φθάσει αμέσως στον ασθενή που θα έχει έκτακτη ανάγκη.

Περιοχή που βρίσκεται ο ασθενής

Πρέπει να επιτρέπεται η εύκολη επικοινωνία και πρόσβαση σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης από το ένα δωμάτιο στο άλλο, αν η μονάδα είναι κατασκευασμένη με μονά κρεβάτια ή αν έχει κατασκευαστεί με τη μορφή Nightgale (ανοιχτή πρόσβαση και παρατήρηση με όλα τα κρεβάτια).

2.4.1 Γενικές Προδιαγραφές Σχεδιασμού

Στην ενότητα αυτή θα αναφερθούν οι γενικές και ειδικές προδιαγραφές σχεδιασμού των ΜΕ.

A. Τα ανώτατα ύψη μέσα στην μονάδα δεν πρέπει να είναι χαμηλότερα από τα 3 μέτρα. Και αυτό γιατί:

- Ø Μπορεί να τραυματισθεί κάποιος όταν τα ύψη είναι χαμηλά
- Ø Τα χαμηλά ύψη έχουν αρνητική επίπτωση στην ακουστική και την φωτεινότητα
- Ø Προκαλούν κλειστοφοβία

B. Στρατηγικές μείωσης του θορύβου

- Ø Διπλό τζάμι στα παράθυρα για να μειωθεί ο θόρυβος που έρχεται από έξω
- Ø Εναλλακτικές μέθοδοι επικοινωνίας πρέπει να χρησιμοποιηθούν όπως, ασύρματα τηλέφωνα με δόνηση, ένα τηλέφωνο στο δωμάτιο του ασθενή που είναι συνδεδεμένο με την κονσόλα ανάβοντας ένα φωτάκι.
- Ø Οι κουρτίνες μεταξύ των κρεβατιών πρέπει να αποφευχθούν γιατί δεν παρέχουν καμία προστασία από τον θόρυβο.
- Ø Το πάτωμα που θα χρησιμοποιηθεί πρέπει να είναι ικανό να μην παράγει θόρυβο κατά το περπάτημα.
- Ø Η βάση επικοινωνίας (χώρος με ιδιαίτερο θόρυβο) πρέπει να περιστοιχίζεται με διπλό τζάμι για μόνωση.
- Ø Περιορισμό του λοιπού προσωπικού που κινείται μέσα στην μονάδα.

Γ. Επιστημονικά στοιχεία δείχνουν ότι το φως της ημέρας έχει ευεργετικά αποτελέσματα στους ασθενείς (Almerud και άλλοι, 2003). Ο φυσικός φωτισμός πρέπει να μεγιστοποιηθεί, αλλά ο επαρκής τεχνητός φωτισμός σε όλη την μονάδα είναι επίσης ουσιαστικός. Η θέση του τεχνητού φωτισμού πρέπει να εξετασθεί προσεκτικά. Τεχνητό φως πρέπει να υπάρχει σε κάθε δωμάτιο του ασθενή καθώς επίσης και στην βάση επικοινωνίας. Επίσης, πρέπει να προσδιορισθεί ο τύπος του φωτισμού για τους ασθενείς που δεν μπορούν να κοιμηθούν έτσι ώστε να μπορούν να ελέγχουν το περιβάλλον τους.

Δ. Στην μονάδα παράγεται ένας μεγάλος αριθμός κλινικών αποβλήτων και πολλές φορές είναι και ογκώδες όπως είναι οι σωληνώσεις του αναπνευστήρα. Η ασφαλής αποθήκευση των κλινικών αποβλήτων μαζί με την κανονική συλλογή και διάθεση είναι πρωταρχικής σημασίας. Τα κλινικά απόβλητα πρέπει να συλλέγονται τουλάχιστον μία φορά την ημέρα και η κλινική αποθήκευση τους πρέπει να πληρεί τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας. Για την καλύτερη πρακτική, συστήνεται ότι, πρέπει να υπάρξει ένας κλινικός χώρος διάθεσης αποβλήτων για κάθε οκτώ κρεβάτια (Almerud και άλλοι, 2003).

Ε. Εξαερισμός

Το περιβάλλον της ΜΕ πρέπει να αερίζεται. Επειδή όμως αυτό δεν είναι δυνατόν να γίνει σε όλες τις περιοχές, γι' αυτό θα χρειασθεί μηχανικός εξαερισμός. Οι περισσότερες περιοχές απαιτούν μηχανικό εξαερισμό για την εξασφάλιση

ικανοποιητικής θερμοκρασίας, λόγω του ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός ασθενών και προσωπικού. Οι περιοχές αυτές είναι υγειονομικές εγκαταστάσεις (χώροι νοσηλείας), ακάθαρτα, η κουζίνα, περιοχές αποθήκευσης και τουαλέτες. Ένα σύστημα με φωτεινό δείκτη ο οποίος είναι τοποθετημένος σε εμφανές σημείο χρησιμοποιείται για τον έλεγχο του εξαερισμού. Τοπικός εξαερισμός θα απαιτηθεί, όπου έκθεση από την εισπνοή των ουσιών είναι επικίνδυνη στην υγεία και δεν μπορεί να ελεγχθεί με άλλα μέσα, όπως είναι τα απόβλητα από τα αναισθητικά αέρια που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην μονάδα (Nightgale, 2003).

ΣΤ. Η θερμοκρασία του περιβάλλοντος στην ΜΕ πρέπει να ρυθμίζεται ανάλογα με την περίοδο του έτους και θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 16°C έως 27°C. Στις περιοχές που αποθηκεύονται τα ακάθαρτα, η θερμοκρασία θα πρέπει να είναι περίπου 16°C και στους αποθηκευτικούς χώρους 10°C. Στα ντουλάπια αποθήκευσης φαρμάκων η θερμοκρασία δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 20°C. Η κάθε περιοχή έχει τον δικό της έλεγχο έτσι ώστε να επιτυγχάνονται οι κατάλληλες θερμοκρασίες.

Z. Ηλεκτρική ενέργεια

Οι ηλεκτρικές συσκευές είναι, εν δυνάμει πηγή κινδύνων και ατυχημάτων. Ο ασθενής σε πολλές ιατρικές εφαρμογές αποτελεί, εκούσια, μέρος ενός ηλεκτρικού κυκλώματος και λόγω των ειδικών συνθηκών κάτω από τις οποίες βρίσκεται, είναι ιδιαίτερα ευάλωτος. Επίσης, τόσο οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο όσο και οι ασθενείς είναι δυνατό να αποτελέσουν μέρος ηλεκτρικού κυκλώματος ακούσια και να υποστούν τις συνέπειες της διέλευσης ηλεκτρικού ρεύματος στο σώμα τους. Επιπλέον, κίνδυνοι μπορούν να παρουσιαστούν για τους εργαζόμενους και τους νοσηλευόμενους στο νοσοκομείο καθώς το ηλεκτρικό ρεύμα και ειδικότερα η διαρροή του, μπορεί να προκαλέσει πυρκαγιά ή έκρηξη. Για τους παραπάνω λόγους, για την αποφυγή τέτοιου είδους ατυχημάτων πολλοί διεθνείς οργανισμοί που δραστηριοποιούνται ή σχετίζονται με τον χώρο έχουν συντάξει πρότυπα τα οποία διέπουν την ηλεκτρολογική εγκατάσταση των νοσοκομείων, τους τρόπους κατασκευής ηλεκτρικών ιατρικών συσκευών και τους τρόπους ελέγχου και συντήρησής τους.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970 δημοσιεύτηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής σειρά άρθρων που εντόπιζαν ως αιτία πολλών θανάτων στα αμερικάνικα νοσοκομεία, την ηλεκτροπληξία. Παρ' όλο που οι αριθμοί των ατυχημάτων και

θανάτων που παρουσιάστηκαν σε αυτά τα άρθρα (1600 ατυχήματα, 100 θάνατοι ετησίως) αποτελούσαν εκτιμήσεις, το γεγονός αυτό ήταν η αφορμή για την απαρχή μελετών και προσπαθειών για την μείωση των κινδύνων που εισάγει το ηλεκτρικό ρεύμα και αρκετοί οργανισμοί σε πολλές χώρες, άρχισαν να εκδίδουν πρότυπα ηλεκτρικής ασφάλειας.

Ο IEC (International Electrotechnical Commission) εκδίδει το 1976 το πρότυπο “IEC 513: Basic aspects of the safety philosophy of electrical equipment used in medical practice” το οποίο, αποτέλεσε την βάση για την δημιουργία προτύπων, που υιοθέτησαν οι περισσότερες χώρες. Οι λόγοι και οι συνέπειες που παρουσιάστηκαν καθώς και τα περιστατικά που κατά καιρούς έχουν αναφερθεί, καθιστούν σαφή την ανάγκη πρόληψης, ατυχημάτων ηλεκτρικής φύσης. Κάτι τέτοιο καθίσταται δυνατό με την διεξαγωγή περιοδικών ελέγχων ηλεκτρικής ασφάλειας στις ηλεκτρικές ιατρικές συσκευές (Ινστιτούτο Βιοιατρικής Τεχνολογίας, 2002).

H. Έλεγχος νοσοκομειακών λοιμώξεων

Ο έλεγχος νοσοκομειακών λοιμώξεων είναι ένα σημαντικό πρόβλημα μέσα στην μονάδα όπου οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι. Η ομάδα ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων πρέπει να καθορίσουν τις γενικές αρχές που θα ισχύσουν. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας (2001) παραθέτονται μερικές από αυτές:

- Σε ένα γραπτό πρωτόκολλο καθορίζεται μια πολιτική καθημερινής, εβδομαδιαίας, και μηνιαίας καθαριότητας το οποίο θα αναθεωρείται τακτικά και θα προσαρμόζεται ανάλογα. Το πρόγραμμα καθαρισμού πρέπει να περιλαμβάνει το γρήγορο καθαρισμό του δωματίου του ασθενή κατά την έξοδο του από την μονάδα.
- Όλος ο εξοπλισμός και η επίπλωση πρέπει να είναι εύκολος στο καθαρισμό χωρίς απώλεια της ποιότητας του. Πρέπει επίσης να είναι εύκολος να κινηθεί έτσι ώστε να επιτρέπει τον λεπτομερή καθαρισμό του.
- Έλεγχος του κλιματισμού σε περιοδική βάση για την ρύθμιση της θερμοκρασίας.
- Οριζόντιες επιφάνειες πρέπει να μειωθούν στο ελάχιστο επειδή λιμνάζει η σκόνη και μολύνονται με ανθεκτικούς μικροοργανισμούς.

- Ο εξοπλισμός μιας χρήσεως πρέπει να τοποθετείται μέσα σε ντουλάπι και όχι ελεύθερος σε ράφι γιατί είναι δύσκολο να καθαρισθεί.
- Λόγω του ότι οι υφασμάτινες κουρτίνες κατά την πλύση τους χάνουν την αντίστασή τους στην φωτιά, εναλλακτικοί τρόποι πρέπει να προτιμούνται.
- Τα ηλεκτρικά καλώδια πρέπει να είναι προστατευμένα και όχι ελεύθερα στο πάτωμα γιατί κολλάει επάνω τους η σκόνη και έτσι είναι δύσκολο να καθαρισθούν, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος μόλυνσης.
- Το δωμάτιο του ασθενή καθαρίζεται καθημερινά και ο χώρος πρέπει να είναι έτσι διαμορφωμένος έτσι ώστε να καθαρίζεται εύκολα.
- Ουσιαστικό ρόλο παίζει η ασφαλείς αποθήκευση και η διάθεση των κλινικών αποβλήτων.

2.4.2 Ειδικές Προδιαγραφές Σχεδιασμού

Είσοδος

Οι ασθενείς, οι επισκέπτες, το προσωπικό, και οι προμηθευτές του υλικού μπορούν να μοιράζονται την ίδια είσοδο η οποία δεν θα επικοινωνεί άμεσα με τον σαλόνι αναμονής των συγγενών. Αυτό επιτρέπει πλήρη μυστικότητα του προσωπικού και τον ασθενών καθώς επίσης την διακριτική μεταφορά αυτών που πέθαναν στην μονάδα.

Μια εναλλακτική λύση είναι οι διπλή είσοδος, μία για το προσωπικό και μία για τους συγγενής. Το προσωπικό πρέπει να προμηθευτεί κωδικό πρόσβασης ή κάρτα εισόδου για να περάσει στην μονάδα. Οι επιλογή των συγγενών και φίλων γίνεται στην ρεσεψιόν, οι οποίοι περνούν στην μονάδα με ένα σύστημα κουδουνιού, θυροτηλεφώνου και κάμερας που είναι συνδεδεμένο με την ρεσεψιόν. Η είσοδος πρέπει να είναι αρκετά μεγάλη έτσι ώστε να χωράει την μεταφορά του ογκώδους εξοπλισμού.

Σαλόνι αναμονής

Οι φίλοι και οι συγγενείς πρέπει να περιμένουν στο σαλόνι αναμονής λίγη ώρα μέχρι να εισαχθούν στην μονάδα. Αυτός ο χώρος πρέπει να έχει θέσεις για δέκα άτομα τουλάχιστον, καθώς και χώρο για αναπηρικό καροτσάκι, να είναι ζεστός και φιλικός, με ήρεμη ατμόσφαιρα και με περιβάλλον τακτοποιημένο και ευρύχωρο. Ο χώρος πρέπει να φωτίζεται με φυσικό φως, να τον στολίζουν τοιχογραφίες, και φυτά. Τέλος,

ένα καρτοτηλέφωνο επιβάλλεται να βρίσκεται στο χώρο έτσι ώστε άτομα με ειδικές ανάγκες να μπορούν να το χρησιμοποιήσουν. Επίσης, υποστηρικτικοί χώροι για τους φίλους και συγγενείς πρέπει να προβλεφθούν όπως: ένας μικρός ευχάριστος παιδικός χώρος, χώροι για ολονύκτια στέγαση και πολιτική καπνίσματος η οποία πρέπει να παίρνεται τοπικά.

Εικόνα 1: Σαλόνι αναμονής



Ρεσεψιόν

Είναι το γραφείο που διαχειρίζεται τα άτομα που μπαίνουν στην μονάδα. Πρέπει να βρίσκεται δίπλα από το σαλόνι αναμονής των επισκεπτών. Καλό είναι ένα σύστημα θυροτηλεφώνου και κάμερας να υπάρχει σ' αυτό. Τέλος, το γραφείο αυτό πρέπει να είναι ευρύχωρο έτσι ώστε να φιλοξενεί ικανοποιητικό αριθμό προσωπικού καθώς επίσης έναν Η/Υ και σύστημα τηλεπικοινωνίας.

Βάση επικοινωνίας

Πρέπει να βρίσκεται κεντρικά με ένα κεντρικό μόνιτορ το οποίο θα συνδέεται με τα μεμονωμένα μόνιτορ του κάθε ασθενή, καθώς επίσης θα υπάρχει η ανεμπόδιστη παρακολούθηση κάθε χώρου όπου βρίσκεται ο ασθενής. Αυτή η βάση εξυπηρετεί σαν κεντρική περιοχή για όλη την κλινική διαχείριση των ασθενών. Είναι ένας χώρος με αρκετό θόρυβο γιατί σ' αυτόν γίνεται η παρακολούθηση και οι συζητήσεις των

επιστημόνων που διαχειρίζονται τον άρρωστο. Επίσης τηλεφωνήματα, χρήση Η/Υ, χρήση internet, ανάγνωση ακτινογραφιών είναι παράγοντες που αυξάνουν τον θόρυβο. Γι' αυτό το λόγο στο επίπεδο της παρακολούθησης πρέπει να υπάρχει διπλό γυαλί με χαρακτηριστικά μόνωσης το οποίο θα επιτρέπει την παρακολούθηση. Μέσα σε αυτή την βάση επίσης πρέπει να υπάρχει πίνακας για τον έλεγχο του φωτισμού, της θέρμανσης και των βαλβίδων αερίων και ένας πίνακας για την ανάγνωση ακτινογραφιών (Nightgale, 2003).

Περιοχή που βρίσκεται ο ασθενής

Η έλλειψη ικανοποιητικού διαστήματος στον χώρο που νοσηλεύεται ο ασθενής είναι ένα θέμα συζήτησης μεταξύ των επιστημόνων που είναι υπεύθυνη για τον σχεδιασμό της μονάδας, αλλά και το μόνιμο παράπονο των επαγγελματιών υγείας. Τα δωμάτια των ασθενών πρέπει να είναι ελεύθερα έτσι ώστε να είναι ορατά από οποιαδήποτε θέση. Το 20-25% επί του συνόλου των δωματίων πρέπει να είναι σε μορφή μονόκλινου δωματίου.

Το διάστημα του δωματίου του ασθενούς στη ΜΕ πρέπει να είναι 4Χ5, με 2.5 μέτρα ανεμπόδιο διάστημα για να προσαρμοσθούν οι ακόλουθες ουσιαστικές απαιτήσεις:

- ✓ ελεύθερη πρόσβαση στον ασθενή από όλες τις πλευρές του κρεβατιού
- ✓ προσαρμογή όλου του μόνιμου αλλά και του έκτακτου κινητού εξοπλισμού που απαιτείται για την νοσηλεία του ασθενή
- ✓ να επιτρέπει την συμμετοχή τουλάχιστον 5 ατόμων που θα διαχειρισθούν τον άρρωστο σε έκτακτη ανάγκη
- ✓ να επιτρέπει οπτική και ακουστική προφύλαξη του αρρώστου και προστασία της αξιοπρέπειας του
- ✓ να επιτρέπει την επίσκεψη σε τουλάχιστον δύο συγγενείς .

Σε κάθε δωμάτιο πρέπει να υπάρχει:

- Ø Ένα μόνιτορ
- Ø Οξυγόνο
- Ø Αναρρόφηση
- Ø Ηλεκτρικές υποδοχές
- Ø Ένας λαμπτήρας εξέτασεως

- Ø Χώρος αποθήκευσης φαρμάκων
- Ø Ένα ηλεκτρικό κρεβάτι
- Ø Ένα νιπτήρα για το πλύσιμο των χεριών με αυτόματες βρύσες ή έλεγχο της βρύσης με το πόδι
- Ø Ένας Η/Υ για τον λογιστικό έλεγχο
- Ø Τηλέφωνο για εσωτερικές και εξωτερικές κλήσεις
- Ø Ένα σύστημα κλίσεως των νοσηλευτών

Ο εξοπλισμός που χρησιμοποιείται περιοδικά περιλαμβάνει:

- Ø Ηλεκτροκαρδιογράφο
- Ø Υπερηχογράφος
- Ø Κινητό ακτινολογικό μηχάνημα
- Ø Απινιδωτής
- Ø Ανελκυστήρας για να βοηθά το προσωπικό στο πλύσιμο του ασθενή

Σε περίπτωση που το νοσοκομείο δεν παρέχει εντατική θεραπευτική μονάδα τότε ένα δωμάτιο για υψηλής εξάρτησης άρρωστο πρέπει να προβλέπεται.

Το δωμάτιο αυτό εκτός από τα παραπάνω πρέπει ακόμα να περιλαμβάνει:

- Αναπνευστήρα
- Αντλίες σίτισης
- Αντλίες έγχυσης μηχανήματα αιμοκάθαρσης και ενδοσκόπιο.

Στα μη μονόκλινα δωμάτια ένα σύστημα κουρτινών πρέπει να παρέχει την απομόνωση του χώρου. Οι ομάδα σχεδιασμού πρέπει να επιλέξει ένα σύστημα κουρτινών που θα ικανοποιεί τα ακόλουθα κριτήρια:

- ✓ Στοιχεία ακτινοπροστασίας
- ✓ Να παρέχει ιδιωτικότητα
- ✓ Να επιτρέπει συνεχή έλεγχο από την κεντρική βάση παρατήρησης
- ✓ Η πυκνότητα της πρέπει να είναι τέτοια ώστε να μειώνει τον επίπεδο θορύβου και να βελτιώνει την ακουστική μυστικότητα από το δωμάτιο του ασθενή.
- ✓ Να είναι εύκολα κινητές και εύκολα καθοριζόμενες
- ✓ Ντυμένες κουρτίνες με UPVC οι οποίες μπορούν να σκουπιστούν και

να πλυθούν είναι κατάλληλες.

ΕΙΚΟΝΑ 2: Δωμάτιο ασθενή με κουρτίνα



Στο παρακάτω πίνακα αναφέρονται τα μηχανήματα που χρειάζονται σε μονάδα 10 κρεβατιών όπως τα αναφέρει το Ινστιτούτο Βιοιατρικής Τεχνολογίας (2002)

ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ
<i>Αναπνευστήρες Εντατικής Θεραπείας</i>	4
<i>Αντλίες Έγχυσης Γενικής Χρήσης</i>	5
<i>Αντλίες Έγχυσης με Σύριγγα</i>	6
<i>Αντλίες Εντερικής Διατροφής</i>	1
<i>Απινιδωτές,/Συσκευές Παρακολούθησης</i>	2
<i>Βηματοδότες Καρδιάς Εξωτερικοί Μη Επεμβατικοί</i>	2
<i>Έγχυσης, Ρυθμιστές</i>	1
Ηλεκτροκαρδιογράφοι	2
<i>Κυλιόμενοι Τάπητες</i>	1
<i>Φυσιολογικών Λειτουργιών υπό Συνθήκες Κόπωσης Καρδιάς, Συστήματα Παρακολούθησης</i>	1
Φυσιολογικών Λειτουργιών, Συστήματα Παρακολούθησης Οξέων Περιστατικών	16
<i>Κλίνες Ηλεκτρικές</i>	10

Χώρος αποθήκευσης

Η αποθήκευση υλικών στο δωμάτιο του ασθενούς πρέπει να περιορίζεται μόνο σε μικρές ποσότητες προμηθειών που είναι απαραίτητες για την θεραπεία τους με σκοπό να είναι ελεύθερος ο χώρος γύρο από αυτόν και για τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Οι ομάδες προγράμματος πρέπει επίσης να αναφερθούν στην τοπική πολιτική απολύμανσης για την περιοχή, για να εξασφαλισθεί ότι οι ιατρικές συσκευές αποθηκεύονται και επανεπεξεργάζονται κατά τρόπο ασφαλή.

Στην αποθήκευση των προσωπικών αντικειμένων του ασθενή, πρέπει να ακολουθηθεί η πολιτική όλου του νοσοκομείου. Παρόλα αυτά, μερικά προσωπικά αντικείμενα όπως οι οικογενειακές φωτογραφίες μπορούν να βοηθήσουν στην συναισθηματική στήριξη του αρρώστου.

Χώρος νοσηλείας

Ένας χώρος που θα γίνονται όλες οι διαδικασίες που χρειάζονται άσηπτες συνθήκες προετοιμασίας, καθώς και η προετοιμασία χορήγησης φαρμάκων είναι απαραίτητος. Αυτός ο χώρος πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμος από τα δωμάτια των ασθενών και την βάση επικοινωνίας. Σ' αυτόν θα υπάρχει ντουλάπι φαρμάκων (με κλειδαριά) ψυγείο φαρμάκων, επιφάνειες εργασίας και ελεύθερο διάστημα για το καρότσι νοσηλείας. Εδώ αποθηκεύονται τα φάρμακα καθώς επίσης οι προμήθειες που είναι αποστειρωμένες. Ο χώρος αυτός περιλαμβάνει επίσης ένα νιπτήρα για το πλύσιμο των χεριών με αυτόματο έλεγχο ανοίγματος ή με το πόδι. Ο χώρος αυτός πρέπει να είναι περίπου 18 m² (Nightgale, 2003).

Ακάθαρτα

Ένα δωμάτιο μέσα στον χώρο της μονάδας είναι απαραίτητος στον οποίο θα μπορεί να διαχειρισθεί όλος ο ακάθαρτος ματισμός, τα ουροδοχεία, μολυσματικά υγρά, και όλα εκείνα τα υλικά που έχουν χρησιμοποιηθεί πριν πάνε για απολύμανση. Ένας νιπτήρας για το πλύσιμο των χεριών πρέπει να παρέχεται. Ο χώρος αυτός πρέπει να είναι περίπου 15-16 m².

Μαζική αποθήκευση προμηθειών

Σ' αυτό τον χώρο αποθηκεύεται όλο το υλικό που είναι απαραίτητο για την νοσηλεία του ασθενή και την λειτουργία της μονάδας. Από αυτό προμηθεύεται όλο το υλικό η μονάδα. Σ' αυτό το χώρο αποθηκεύεται και ο καθαρός ιματισμός και τα καθαρά ουροδοχεία.

ΕΙΚΟΝΑ 3: Αποθήκευση προμηθειών



Χώροι Προσωπικού

Τα δωμάτια αλλαγής προσωπικού πρέπει να είναι δύο, ένα για γυναίκες και το δεύτερο για άνδρες, με το λιγότερο 2 WCs/showers για κάθε δωμάτιο. Τα ντουλάπια που θα περιέχονται θα πρέπει να φτάνουν για όλο το προσωπικό συμπεριλαμβανομένου τους εκπαιδευόμενους και τους φοιτητές. Για την ασφάλεια των αντικειμένων, αυτή η περιοχή πρέπει να είναι κλειδωμένη και να επιτρέπεται η πρόσβαση μόνο στο προσωπικό με ένα σύστημα καρτών. Μηχανικός εξαερισμός του χώρου πρέπει να προβλεφθεί.

Χώρος ξεκούρασης προσωπικού

Ένας χώρος που το προσωπικό θα μπορεί να ξεκουραστεί, να φάει, να πει καφέ και να είναι ευχάριστος, απαιτείται. Ανάλογα με την πολιτική καπνίσματος ο χώρος μπορεί να χωρίζεται στα δύο, για τους καπνίζοντες και μη. Οποσδήποτε πρέπει να υπάρχει παράθυρο για να φωτίζεται με φυσικό φως. Ο χώρος πρέπει να περιέχει ένα νεροχύτη, νιπτήρα για το πλύσιμο των χεριών, ψυγείο και ντουλάπια για την αποθήκευση σκευών και τροφίμων. Καλό είναι να υπάρχει ένα σύστημα κλήσης που θα ειδοποιεί το προσωπικό σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Η πρόσβαση σ' αυτό πρέπει να είναι μόνο για το προσωπικό.

ΕΙΚΟΝΑ 4: Χώρος ξεκούρασης προσωπικού



Γραφεία Προσωπικού

Το προσωπικό επίσης πρέπει να έχει το γραφείο του, το οποίο πρέπει να είναι ένας χώρος ήσυχος που το προσωπικό θα μπορεί να εξετάσει τους διοικητικούς στόχους του καθώς επίσης και να μελετήσει την κατάσταση του αρρώστου. Θα πρέπει επίσης να εξοπλισθεί με Η/Υ και με τηλέφωνα για εσωτερικές και εξωτερικές κλίσεις.

Τα γραφεία είναι:

- για τον κλινικό διευθυντή
- για τον προϊστάμενο της μονάδας
- για το κλινικό προσωπικό (γιατρούς, νοσηλευτές)
- για το προσωπικό διδασκαλίας και έρευνας.

Τέλος, για το προσωπικό απαιτείται ένα δωμάτιο συνεδρίασης/συνέντευξης και ένας χώρος για την εκπαίδευση του (Williams, 2001).

2.5 Επισκεπτήριο

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί δείκτη δομής στην μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Έτσι η σωστή πολιτική επισκεπτηρίου είναι πολύ σημαντική. Οι σοβαρά άρρωστοι ασθενείς χρειάζονται τις οικογένειές τους περισσότερο από ποτέ, αλλά οι άκαμπτες πολιτικές περιορίζουν συχνά το επισκεπτήριο των συγγενών στις ΜΕ.

Το επισκεπτήριο των συγγενών δεν είναι ένα "προνόμιο" που χορηγείται από τα νοσοκομεία. Είναι μια απαραίτητη προσθήκη στη θεραπευτική αγωγή. Αν και η αλλαγή των ξεπερασμένων πολιτικών επισκεπτηρίου μπορεί να είναι δύσκολη, θα πρέπει να γίνει. Ο νοσηλευτής στη ΜΕ μπορεί να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στον προγραμματισμό και την εφαρμογή της αναγκαίας αλλαγής, γιατί οι νοσηλευτές παραδοσιακά είναι "συνήγοροι" των ασθενών.

Οι συγγενείς έχοντας ένα αγαπημένο πρόσωπο στην μονάδα είναι γι αυτούς ένα στρεσογόνο γεγονός. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου έχουν αρκετές ανάγκες, που οι νοσηλευτές βρίσκονται στην πρώτη θέση για να τις ικανοποιήσουν. Οι κυριότερες από αυτές τις ανάγκες είναι: να έχουν ελπίδα, να αισθάνονται ότι το προσωπικό φροντίζει τον ασθενή τους, να βρίσκεται κοντά στον ασθενή και να πληροφορείται για κάθε αλλαγή στην κατάσταση του.

Είναι εποχή για αλλαγή των περιοριστικών πολιτικών επισκεπτηρίου, σε μια πιο φιλελεύθερη πολιτική στα πλαίσια ενός προτύπου συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας (Cleveland ,1994). Για να γίνει αυτή η αλλαγή πρέπει να ληφθούν υπόψη οι πεποιθήσεις των νοσηλευτών, οι τοποθετήσεις τους, η θέληση για αλλαγή, η

εκπαίδευση του προσωπικού στις ανάγκες των οικογενειών και των ασθενών, και η συμμετοχή του προσωπικού στον καθορισμό της πολιτικής (Simpson και άλλοι, 1997).

Λόγω του ότι οι συγγενείς μπορεί να παρεμβαίνουν στις ώρες του επισκεπτηρίου χωρίς να μπορούν να καταλάβουν τις στιγμές που ο ασθενής πρέπει να ξεκουράζεται, ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγήσει την ανάγκη αυτή στους συγγενείς και να φτιάξει ένα πρόγραμμα επίσκεψης που θα ικανοποιεί τον ασθενή, την οικογένεια του και τους νοσηλευτές. Αυτό το πρόγραμμα θα είναι εξατομικευμένο για κάθε ασθενή και το οποίο θα είναι ικανό να ικανοποιήσει όλες τις ανάγκες του. Ο Lazure και άλλοι (1995) χρησιμοποίησαν μια συσκευή ελέγχου επισκεπτών στην στεφανιαία μονάδα έτσι ώστε οι ασθενείς να μπορούν να ρυθμίσουν το επισκεπτήριο. Το συμπέρασμα της εργασίας ήταν ότι η συσκευή επέδρασε θετικά επάνω στην κατάσταση του ασθενή.

Ο Simpson και άλλοι (1997) θέλοντας να αξιολογήσουν την φιλελευθεροποίηση των πολιτικών επισκεπτηρίου στις στεφανιαίες μονάδες κατέγραψαν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών πριν και μετά από την νέα πολιτική. Τα συμπεράσματα ήταν ότι πρώτον, οι νοσηλευτές ήταν ικανοποιημένοι από την φιλελευθεροποίηση και δεύτερον, ότι επέδρασε θετικά στην συναισθηματική ευημερία των ασθενών.

Στην Ελλάδα, το επισκεπτήριο περιορίζεται σε μισή έως μια ώρα το πρωί και το απόγευμα. Από την έρευνα στο επισκεπτήριο των μονάδων εντατικής θεραπείας που έγινε στην Ελλάδα από τους Παπαδαντωνάκη και άλλοι (1992) γνωρίζουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συγγενών θέλει μεγαλύτερη διάρκεια επισκεπτηρίου. Τις τελευταίες δεκαετίες σε ολόκληρο τον κόσμο υπήρχαν πολλές συζητήσεις για το επισκεπτήριο των ασθενών, δίνοντας σημασία και στις έρευνες που έδειχναν ευεργετικά αποτελέσματα του επισκεπτηρίου τόσο στους συγγενείς όσο και στις οικογένειες τους. Ως αποτέλεσμα, και στην Ελλάδα το επισκεπτήριο των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι ελεύθερο (Πλακάς, 2003).

2.6 Συστήματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας

Στα πρόθυρα του 21^{ου} αιώνα, νέα μοντέλα και δομές παροχής φροντίδας θα συνεχίσουν να αναπτύσσονται στην προσπάθεια βελτίωσης ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και μείωσης του κόστους.

Αλλάζοντας το περιβάλλον φροντίδας, θα αλλάξει και η άσκηση της νοσηλευτικής. Οι μελλοντικές απαιτήσεις των σύγχρονων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης αντανακλώνται σε τέσσερις αναμενόμενες μεταβολές:

- Η νοσηλευτική πράξη θα καθοδηγείται όχι μόνο από τις ανάγκες φροντίδας , αλλά και τους περιορισμένους πόρους.
- Η ποιότητα φροντίδας θα εξαρτάται όχι μόνο από τους διαθέσιμους πόρους αλλά την κριτική σκέψη των νοσηλευτών .
- Η εξατομίκευση και η δημιουργικότητα, θα αντικαταστήσουν την τυποποίηση και ρουτίνα της φροντίδας.
- Η υπευθυνότητα και εξουσία της λήψης κλινικών αποφάσεων μετακινείται από τον προϊστάμενο στον κλινικό νοσηλευτή σε συνεργασία με τον άρρωστο.

Ο παραδοσιακός ρόλος του νοσηλευτή θα συνεχίσει να τροποποιείται καθώς η φροντίδα μετακινείται σε υπηρεσίες περιπατητικών ασθενών. Φαίνεται ότι το μέλλον της νοσηλευτικής δεν θα είναι στο νοσοκομείο, αλλά στην κοινότητα και οι νοσηλευτές, όπως ποτέ πριν, βιώνουν την μεγάλη ευκαιρία να σχεδιάσουν το μελλοντικό τους ρόλο στην ομάδα υγείας.

Πρωταρχική ευθύνη της νοσηλευτικής διοίκησης ήταν, είναι, και θα παραμείνει, η κινητοποίηση της διαδικασίας για παροχή ποιοτικής φροντίδας σε αρρώστους, ή άτομα, και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Η διαρκής αναζήτηση ενός καλύτερου τρόπου οργάνωσης και παροχής φροντίδας αποδεικνύεται με την σταδιακή ανάπτυξη σημαντικού αριθμού συστημάτων παροχής νοσηλευτικής φροντίδας (Πατηράκη και Κουρμπάνη 1998).

2.6.1 Συστήματα Νοσηλευτικής Φροντίδας

- Πλήρης / Ολική φροντίδα ή κατά περίπτωση μέθοδος

Είναι η ανάθεση ενός ή μικρού αριθμού ασθενών σε πτυχιούχο νοσηλευτή ο οποίος παρέχει πλήρη φροντίδα, κατά το διάστημα ενός ωραρίου εργασίας του. Το σύστημα αυτό έχει περιορισμένη εφαρμογή λόγω υψηλού κόστους γιατί η χρήση του απαιτεί περισσότερους πτυχιούχους νοσηλευτές.

- Λειτουργική ή κατά εργασία μέθοδος

Είναι η πιο συνηθισμένη μέθοδος νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα κατά την οποία γίνεται από την προϊσταμένη ανάθεση φροντίδας σύμφωνα με εργασίες στα διάφορα επίπεδα νοσηλευτικού προσωπικού. Θεωρείται η αποδοτικότερη διοικητικά μέθοδος γιατί επιτυγχάνεται ταχύτατη διεκπεραίωση εργασιών και αξιοποιείται το ανειδίκευτο προσωπικό. Το σημαντικότερο μειονέκτημα είναι ότι η επικοινωνία μεταξύ των μελών της νοσηλευτικής ομάδας είναι ελάχιστος και συνήθως κανένας δεν γνωρίζει τη βιώνει ο συγκεκριμένος άρρωστος. Επιπλέον, η φροντίδα γίνεται τμηματικά, με αποτέλεσμα να μην χορηγείτε ολιστική φροντίδα στον ασθενή.

- Ομαδική νοσηλευτική

Είναι η ανάθεση από τον προϊστάμενο φροντίδας ομάδας ασθενών σε υπεύθυνο αρχηγό νοσηλευτή μαζί με μια ομάδα νοσηλευτικού προσωπικού για ένα ωράριο εργασίας. Θεωρήθηκε τη δεκαετία του 1990, ο “πρωταθλητής” στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

- Πρωτοβάθμια νοσηλευτική

Είναι η ανάθεση από τον προϊστάμενο μικρής ομάδας ασθενών (3-6) σε ένα πτυχιούχο νοσηλευτή που είναι υπεύθυνος της φροντίδας τους για όλο το 24ωρο, όλο το διάστημα της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Επίκεντρο της μεθόδου είναι το άτομο /ασθενής με το δικό του νοσηλευτή ο οποίος πρέπει να διατηρεί ικανοποιητική επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό, την προϊσταμένη και τα μέλη άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου για τον καλύτερο συντονισμό του προγράμματος φροντίδας. Το σύστημα αυτό προϋποθέτει την επαρκή κάλυψη σε νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας ή του τμήματος.

2.7 Διεθνής Και Ελληνική Πραγματικότητα

2.7.1 Διεθνής Χώρος

Η αναλογία των νοσηλευτών που είναι απαραίτητη για την φροντίδα των αρρώστων

που χρειάζονται εντατική θεραπεία, ποικίλει σε όλο τον κόσμο. Στην Αυστραλία η αναλογία είναι μια νοσηλεύτρια σε έναν ασθενή στις μονάδες εντατικής θεραπείας (1:1) και 1:2 στις μονάδες υψηλής εξάρτησης. Στην Αμερική και την Ευρώπη, οι αναλογίες ποικίλουν, αλλά συχνά μια νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίζει περισσότερους από έναν ασθενή (Hartigan, 2000).

Διερευνήθηκαν 156 ΜΕΘ σε 17 Ευρωπαϊκές χώρες, στα πλαίσια μιας μεγάλης ερευνητικής προσπάθειας με σκοπό να διερευνηθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές στη στελέχωση, την εκπαίδευση και στις αρμοδιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού. Το αποτέλεσμα έδειξε ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών. Συγκεκριμένα, στο 65% των μονάδων η αναλογία προσωπικού ανά κλίνη το 24ωρο, ήταν μεγαλύτερη του 2 (1:2) με την Βρετανία να βρίσκεται στην πρώτη θέση, όπου το 79% των μονάδων είχαν περισσότερο από 3 (1:3) και την Σουηδία στην τελευταία θέση με 75% των μονάδων να έχουν λιγότερο από 2 (1:2). Στο 76,8% των μονάδων η στελέχωση ήταν μόνο με νοσηλευτές.

Όσο αφορά το πρόγραμμα εκπαίδευσης, το 33% των μονάδων ακολούθησαν ένα συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα πριν την έναρξη της εργασίας τους με το ποσοστό να ποικίλει αρκετά μεταξύ των χωρών, με την Σουηδία να κατέχει την πρώτη θέση και το Βέλγιο την τελευταία. Επίσης, το 64% είχε πρόγραμμα εκπαίδευσης μετά την έναρξη της εργασίας τους στην μονάδα με το υψηλότερο ποσοστό να το κατέχει η Αγγλία και το χαμηλότερο το Βέλγιο. Τέλος, όσο αφορά την ευκολία στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση τα ποσοστά ήταν 92% για τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και 76% για τα επαρχιακά (Depasse και άλλοι, 1998). Στην Αμερική συζητιέται η θέσπιση ελάχιστων κριτηρίων για την στελέχωση των μονάδων. Ήδη στην Καλιφόρνια, καθορίστηκε με νομοθεσία η αναλογία νοσηλευτών ανά ασθενή σε κάθε βάρδια η οποία πρέπει να είναι το λιγότερο 1:2 (Παπαθανάσογλου και άλλοι, 2003).

2.7.2 Ελληνική Πραγματικότητα

Στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη ενιαίας πολιτικής για την στελέχωση των τμημάτων. Αυτό καταδεικνύεται από μία πρόσφατη μελέτη από τους Μερκούρη και άλλοι (2001) όπου βρέθηκε ότι η αναλογία νοσηλευτών προς βοηθούς

νοσηλευτές παρουσιάζει σημαντική διακύμανση. Επίσης, τα αποτελέσματα της Πλατή και άλλοι (1996) έδειξαν ότι η αναλογία του συνόλου των νοσηλευτών ανά κλίνη στις ΜΕΘ ήταν 1:2 και το ποσοστό των νοσηλευτών (ΠΕ, ΤΕ) μόνο 46%.

Η μοναδική προσπάθεια προτυποποιήσεως της νοσηλευτικής στελέχωσης στην Ελλάδα έγινε με το Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων (Π.Δ. 87/86) η οποία βασίστηκε σε οικονομετρικές μεθόδους ανάλυσης και γενικούς δείκτες προκειμένου να προσδιορισθεί ο συνολικός αριθμός του προσωπικού. Το μειονέκτημά του είναι ότι δεν έλαβε υπόψη τα χαρακτηριστικά και τις συνθήκες νοσηλευτικής φροντίδας και στερείται προοπτικές και οράματα για την βελτίωση και την ανάπτυξη της νοσηλευτικής φροντίδας (Μερκούρης και άλλοι, 2003).

Οι Παπαθανάσογλου και άλλοι (2003) συμπέραναν ότι η οργάνωση και στελέχωση της νοσηλευτικής φροντίδας στις Ελληνικές ΜΕ χαρακτηρίζεται από πολλαπλά προβλήματα. Αναφέρουν ότι τα πιο σημαντικά είναι η νοσηλευτική στελέχωση ανά κλίνη, η μικρή αναλογία νοσηλευτών προς βοηθούς νοσηλευτές, τα πολύ χαμηλά ποσοστά συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης και η χαμηλή νοσηλευτική αυτονομία ως προς την τέλεση βασικών κλινικών διαδικασιών, ιδιαίτερα αυτών που σχετίζονται με τα νοσηλευτικά καθήκοντα της συνεχούς παρακολούθησης και καταγραφής. Τέλος, προτείνουν για την προτυποποίηση της νοσηλευτικής στελέχωσης στις ΜΕ στην Ελλάδα, ότι πρέπει να ληφθεί υπόψη η κλινική βαρύτητα των ασθενών, καθώς επίσης και το επίπεδο εκπαίδευσης που πρέπει να έχει το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να ανταποκρίνεται στις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας.

2.8 Αποκατάσταση - Προγράμματα Αποκατάστασης

Στις προηγούμενες δεκαετίες η θεραπεία του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) περιελάμβανε παρατεταμένη κατάκλιση και η ανάρρωση συνίστατο σε βραδύτατη κινητοποίηση.

Επειδή η νεκρωτική περιοχή χρειάζεται περίπου 8 εβδομάδες για να επούλωθεί πλήρως, επικρατούσε η άποψη ότι η καρδιά του εμφραγματία δεν θα ήταν δυνατό να

ανεχθεί αιφνίδια αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης χωρίς να υπάρξουν σοβαρά επακόλουθα, όπως καρδιακή ανεπάρκεια, επικίνδυνες αρρυθμίες, κοιλιακό μετεμφραγματικό ανεύρυσμα, επανεμφάνιση εμφράγματος ή ακόμη και ρήξη του μυοκαρδίου. Η πείρα και τα κλινικά δεδομένα είχαν δείξει ότι τέτοια προσοχή είναι υπερβολική.

Σε πειραματόζωα, η τακτική άσκηση νωρίς μετά το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου δεν συνοδεύτηκε από αύξηση της νεκρωτικής περιοχής, ανάπτυξη ανευρύσματος, ρήξη του μυοκαρδίου ή αιφνίδιο θάνατο. Αντίθετα άσκηση αμέσως μετά το έμφραγμα μειώνει το μέγεθος της νεκρωτικής περιοχής σε ποντικούς (Κόκκινος, 1987). Εντούτοις, δεν πρέπει να λείπει τελείως η συντηρητικότητα, δεδομένου ότι οι Hammerman και άλλοι (1983) βρήκαν μείωση της βλάβης του συνδετικού ιστού του καρδιακού μυός.

Η μακρά κατάκλιση έχει ως συνέπεια τη σημαντική φυσική απορύθμιση και υψηλό ποσοστό θρομβοεμβολικών επεισοδίων με αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και της θνητότητας. Η πρόωμη κινητοποίηση των ασθενών με μυοκαρδιακό έμφραγμα μειώνει σε σημαντικό βαθμό την παραμονή στο νοσοκομείο και συνεπώς το άγχος και την ψυχική κατάπτωση και συντομεύει το χρόνο επανόδου στην εργασία.

Η αποκατάσταση αποτελεί μέρος του σχεδίου περίθαλψης των ασθενών, μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας, με έμφραγμα μυοκαρδίου ή ακόμη των ασθενών με οποιοδήποτε οξύ στεφανιαίο επεισόδιο και εμφανίζει διαγνωστικές, θεραπευτικές και εκπαιδευτικές πλευρές. Το πρόγραμμα της αποκατάστασης είναι εφαρμόσιμο και ενδείκνυται και σε ασθενείς, που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση επαναγγείωσης του μυοκαρδίου. Βάση της προσπάθειας αποκατάστασης, αποτελεί η αντίληψη ότι πολλοί ασθενείς με συμπτωματική στεφανιαία αρτηριοσκληρυντική καρδιοπάθεια (στηθάγχη και έμφραγμα μυοκαρδίου) μπορούν και πρέπει να επανέλθουν σε φυσιολογική ζωή.

Η επαγγελματική αποκατάσταση δεν αποτελεί ούτε την μοναδική δικαιολογία ούτε το μοναδικό κριτήριο της επιτυχίας του προγράμματος αποκατάστασης. Ενώ σπουδαίο μέρος της αποκατάστασης αποσκοπεί στην επάνοδο του ασθενούς στην εργασία, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Μερικές φορές ιδιαίτερα σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας, πιο ρεαλιστικός αντικειμενικός στόχος είναι η ομαλή είσοδος του ασθενούς

στη ζωή του συνταξιούχου ή η απασχόληση με οικιακές δραστηριότητες ή μερικές φορές περιορίζεται στην επίτευξη ενός επιπέδου μερικής αυτοφροντίδας.

Τα προγράμματα αποκατάστασης των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου περιγράφονται καλύτερα σε σχέση με τις φάσεις της νόσου. Σε κάθε φάση ο ιατρός διατυπώνει ένα σχέδιο που περιλαμβάνει εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου, των επιπλοκών και της συγκινησιακής απάντησης στην νόσο, παρακολούθηση των επιθυμητών και ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων των θεραπευτικών χειρισμών και περιοδική επανεκτίμηση της λειτουργίας, καθώς αυτή μεταβάλλεται με τη θεραπεία. Τα προγράμματα αποκατάστασης διακρίνονται 3 στάδια.

Πιο συγκεκριμένα, το στάδιο 1, ενδοσοκομειακό, (διαρκεί 1-3 ημέρες) περιλαμβάνει το χρόνο νοσηλείας στη ΜΕ. Εδώ οι ιατροί και οι νοσηλευτές, με ειδική εκπαίδευση στην εντατική θεραπεία, έχουν την μεγαλύτερη ευθύνη. Δίνεται έμφαση στον έλεγχο των αρρυθμιών, του shock και της καρδιακής ανεπάρκειας. Ωστόσο, μείζονες συγκινησιακές αντιδράσεις συμβαίνουν χαρακτηριστικά στη φάση αυτή. Η απειλή του θανάτου δημιουργεί άγχος και ο ασθενής απαντά στους αναμενόμενους περιορισμούς της δραστηριότητας ή στη σημαντική ανικανότητα και στην απώλεια της αυτοεκτίμησης με κατάθλιψη.

Μετά την 3 με 4 μέρα ακολουθεί νοσηλεία στους θαλάμους. Κατά τη φάση αυτή αποκτά μεγαλύτερη αξία ο ρόλος της νοσηλεύτριας, του διαιτολόγου, της κοινωνικής λειτουργού, του φυσιοθεραπευτή, της εργασιοθεραπείας και του επαγγελματικού συμβούλου. Ο ρόλος των μελών της οικογένειας και η σημασία του μορφωτικού επιπέδου του ασθενούς στη δοκιμασία της αντίδρασης στη νόσο του δεν πρέπει να υποτιμώνται σε καμία φάση.

Κάθε ασθενής με ΕΜ έχει ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη. Και αυτό γιατί κάθε ασθενής έχει ανησυχία και αγωνία. Ο φόβος, το αίσθημα επικείμενου θανάτου, ο πόνος, τα άγνωστα πρόσωπα, το περιβάλλον και τα συμπτώματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής, αποτελούν την αιτία της ανησυχίας και της αγωνίας του. Ο νοσηλευτής δημιουργεί ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον και με την παρουσία του ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες αλλά και τις απορίες του σχετικά με το πρόβλημα της υγείας του. Απαντάει απλά και με σαφήνεια στα ερωτήματα του και

τον αποδέχεται ακριβώς όπως είναι χωρίς να σχολιάζει την συμπεριφορά του. Αντιμετωπίζει τις ψυχοσωματικές του ανάγκες με ενδιαφέρον, προθυμία, κατανόηση και αγάπη. Σύμφωνα με έρευνα του Braunwald (2005) η ψυχολογική υποστήριξη μειώνει τη συχνότητα της εμφάνισης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

Επίσης, φέρνει κοντά στον ασθενή όλα τα απαραίτητα αντικείμενα πρώτης ανάγκης, ώστε να μην αισθάνεται απόλυτα εξαρτημένος. Όλα αυτά φαίνονται ασήμαντα πράγματα, αλλά έχουν μεγάλη σημασία για τον ασθενή γιατί συμβάλλουν στη μείωση του άγχους και της αγωνίας, ανυψώνουν το ηθικό και αυξάνουν την αισιοδοξία του αρρώστου (Ακύρου, 2002).

Είναι αλήθεια ότι τα τεράστια κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επιζώντες ενός εμφράγματος δεν μπορούν να εκφραστούν με αριθμούς. Το γεγονός ότι η καρδιά, που είναι ο πυρήνας της ζωής για τον ασθενή, υπέστη σοβαρή βλάβη, αποτελεί απειλή για τον κάθε ασθενή. Η φροντίδα που τους παρέχεται θα πρέπει να αυξήσει το αίσθημα ασφάλειας μέσω της επεξήγησης της κατάστασης τους και τις συμπεριφοράς που οφείλουν να υιοθετήσουν σε ότι αφορά στην υγεία τους έπειτα από την έξοδο από το νοσοκομείο.

Οι Μαντζάρου και Μαστρογιάννη (2004) ορίζουν την διδασκαλία του ασθενούς ως μια προσπάθεια συνεργασίας που έχει σχεδιαστεί να επηρεάσει τον τρόπο ζωής του ασθενούς και να αλλάξει νοοτροπίες, γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να μπορέσει να διατηρήσει και να βελτιώσει την υγεία του. Το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρείται οι πιο σημαντικοί δάσκαλοι των ασθενών καθώς έχουν την στενότερη επαφή με τους ασθενείς και περνούν τον περισσότερο χρόνο με αυτούς από οποιονδήποτε άλλο μέλος της ομάδας υγείας, το οποίο τους δίνει την δυνατότητα να εκτιμήσουν τις ανάγκες τους.

Η διαδικασία διδασκαλίας και μάθησης όπως και κάθε άλλη νοσηλευτική παρέμβαση θα πρέπει να έχει σχεδιαστεί, εφαρμοστεί και αξιολογηθεί στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας. Θεωρείται σημαντικό για τον καθορισμό της προδιάθεσης του ως προς την προαγωγή της υγείας, η εκτίμηση του ασθενούς, ώστε να μπορέσει να τον ενεργοποιήσει παίρνοντας υπόψη τα προσωπικά του πιστεύω.

Η φάση της νοσηλευτικής παρέμβασης της διδασκαλίας περιλαμβάνει τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες, όπως επίδειξη, εξήγηση, επανάληψη, αξιολόγηση και ανταμοιβή.

Τελικά, ο νοσηλευτής πρέπει να συνοψίσει και να σταθμίσει την αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας εκτιμώντας αν οι προσαρμοστικές συμπεριφορές έχουν επιτευχθεί. Η αξιολόγηση, καθώς και οι μέθοδοι διδασκαλίας που χρησιμοποιήθηκαν θα πρέπει να είναι κατασκευασμένες στα πρότυπα των ασθενών, ικανοποιώντας όλες του τις απόψεις. Τέλος, το περιεχόμενο της διδασκαλίας του ασθενούς είναι συνήθως πληροφορίες που αφορούν στην ασθένεια και την πρόληψη ή θεραπεία της (Μαντζάρου και Μαστρογιάννη, 2004). Στο παράρτημα 1 παρατίθεται παράδειγμα με τις πληροφορίες που δίνονται στον ασθενή μετά τη φάση 1 του EM.

Το στάδιο 2, ενδιάμεσο στάδιο αναρρώσεως, είναι η περίοδος της ανάρρωσης στο σπίτι και συνήθως διαρκεί 3 με 8 εβδομάδες. Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από περαιτέρω ελάττωση του ρόλου του ιατρού και της νοσηλεύτριας. Το στάδιο 3, μακροχρόνιο στάδιο αποκατάστασης, διάρκεια μετά το δεύτερο μήνα και αορίστως, γίνονται οι προσπάθειες αντιμετώπισης των στεφανιαίων παραγόντων κινδύνου και πρόληψης των υποτροπών ή της εξέλιξης της νόσου. Η περίοδος χαρακτηρίζεται κυρίως από την επάνοδο του ασθενούς στην εργασία του. Ο σκοπός του προγράμματος αποκατάστασης διαφοροποιείται ακόμη περισσότερο, με τον επαγγελματικό σύμβουλο, τον εργοδότη, και το νοσηλευτή να αναλαμβάνουν προεξάρχοντες ρόλους. Στη φάση αυτή της συντήρησης, σημαντικούς ρόλους αναλαμβάνουν επίσης τα άτομα, που ασχολούνται με τα κοινωνικά προγράμματα, συμπεριλαμβανομένων και των προγραμμάτων ενημέρωσης και αναψυχής.

Επίσης, σύμφωνα με τον Braunwald (2005) υπάρχουν ενδείξεις ότι οι αλλαγές στη συμπεριφορά είναι δυνατές μετά την ανάρρωση από το STEMI και μάλιστα δρουν ευνοϊκά στην πρόγνωση. Προτείνεται λοιπόν ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα αποκατάστασης μετά από το EM, με εκπαίδευση του ασθενούς και παρακολούθηση του προγράμματος του. Αν και η χρονική διάρκεια των προγραμμάτων αυτών αποτελεί ακόμα πεδίο διχογνωμίας, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι πολλοί ασθενείς επωφελούνται από τα προγράμματα αυτά. Έρευνες σχετικά με την ιατρική αποκατάσταση συγκριτικά με τη συνήθη αγωγή, την εποχή προ της εισαγωγής των β-

αποκλειστών και της στρατηγικής της επιθετικής επαναιμάτωσης, έδειξαν μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων.

Σύμφωνα με τον Κόκκινο (1987) ένα πρόγραμμα εφαρμόζεται 3 φορές την εβδομάδα. Απασχολούνται ένας ιατρός (καρδιολόγος), νοσηλεύτρια, μια φυσιοθεραπεύτρια και μια κοινωνική λειτουργός. Επιλέγονται κατεξοχήν ασθενείς με ΕΜ. Δεν αποκλείονται βέβαια άρρωστοι με ελαφρά καρδιακή κάμψη. Συμμετέχουν επίσης και άρρωστοι με αορτοστεφανιαία παράκαμψη οι οποίοι όμως δεν είχαν την αναμενόμενη κλινική βελτίωση.

Κάθε ολοκληρωμένη συνεδρία του προγράμματος αποκατάστασης διαρκεί περίπου 2 ώρες και περιλαμβάνει της εξής επιμέρους φάσεις :

1. Επιμελή κλινική εξέταση του αρρώστου σε ηρεμία , με ιδιαίτερη προσοχή στη τυχόν διαπίστωση διαταραχών του ρυθμού.
2. Έλεγχο της Αρτηριακής Πίεσης (ΑΠ). Το αποτέλεσμα αναγράφεται σε ειδικό έντυπο , προσωπικό για κάθε ασθενή.
3. Φυσική αγωγή διάρκειας 20 λεπτών από τη φυσιοθεραπεύτρια και υπό τη συνεχή παρουσία του ιατρού. Η αγωγή αυτή περιλαμβάνει ασκήσεις ειδικά επιλεγμένες, που αποσκοπούν στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και της αναπνευστικής λειτουργίας των ασθενών.
4. Γρήγορο βάδισμα στο περίβολο του νοσοκομείου ή και εντός της αίθουσας αν οι καιρικές συνθήκες δεν επιτρέπουν την έξοδο.
5. Άσκηση επί κυκλοεργομέτρου- ποδηλάτου διάρκειας 9-15 λεπτά σε τρία στάδια (3 ή 5 λεπτών).
6. Αμέσως μετά την επί του ποδηλάτου δοκιμασία ελέγχονται εκ νέου η Α.Π οι οποίες αναγράφονται στο έντυπο.
7. Ελέγχεται ο καρδιακός ρυθμός σε οθόνη απινιδωτού με την τοποθέτηση των ηλεκτροδίων στο προκάρδιο.
8. Οι ασθενείς αναπαύονται επί ένα ημίωρο τουλάχιστον στο χώρο της αποκατάστασης για το ενδεχόμενο εμφάνισης διαταραχών του ρυθμού ή άλλων ανωμαλιών.

Τα προγράμματα αποκατάστασης πρέπει να εντάσσονται στο γενικό πλαίσιο της ζωής του εμφραγματία. Η διακοπή του καπνίσματος, η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες,

ο περιορισμός του άγχους, η τροποποίηση της εργασίας και η άσκηση, αλληλοσυνδυάζονται. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι παρεμβάσεις αυτές μειώνουν τη μετεμφραγματική θνητότητα. Εξάλλου η σταθερή και επισταμένη παρακολούθηση επιτρέπει τη συχνή εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και την αξιολόγηση της δράσης των διαφόρων χρησιμοποιούμενων φαρμάκων (Κοκκίνος 1987).

Σύμφωνα με τους Μαντζάρου – Μαστρογιάννη (2004) στα προγράμματα αποκατάστασης το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να καθορίσει τις τρέχουσες ανάγκες σε συνειδησιακό, ψυχοκινητικό και συναισθηματικό επίπεδο, εξετάζοντας τις λειτουργίες του ασθενούς πριν από την ασθένεια. Αν χρειάζονται τα μέλη της οικογένειας, για την εκτίμηση των αναγκών μάθησης, απαιτείται η συγκατάθεση του ασθενούς.

2.9 Εκπαίδευση Του Νοσηλευτικού Προσωπικού

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα και στις αρχές του 20^{ου}, η ανάπτυξη της γνώσης και της πρακτικής στην νοσηλευτική βασίστηκε στην συνεισφορά των γυναικών και ήταν κυρίως εμπειρική γνώση. Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 50 και του 60, υπήρχε μια έμφαση στην ανάπτυξη της θεωρητικής γνώσης, η οποία οδήγησε στην ανάπτυξη των διαδικασιών στην νοσηλευτική.

Έτσι, σιγά-σιγά αναπτύχθηκαν οι θεωρίες της νοσηλευτικής που περιελάμβαναν τον καθορισμό και την διαφοροποίηση των νοσηλευτικών φαινομένων από άλλους επιστημονικούς κλάδους. Τα μοντέλα στην νοσηλευτική, αναπτύχθηκαν από τις θεωρίες που περιγράφουν την κατάσταση των ασθενών και τις αντίστοιχες νοσηλευτικές δραστηριότητες (Fiona, 2002). Οι ΜΕ έχουν γίνει ιδιαίτερα σύνθετες όσον αφορά το τεχνολογικό περιβάλλον και την πολυπλοκότητα και την μη σταθερότητα των ασθενών που απαιτούν νοσηλευτικό προσωπικό με υψηλό βαθμό γνώσης και ικανότητας. Γι' αυτό, είναι ουσιαστικό οι νοσηλευτές να αναπτύσσονται επαγγελματικά και ακαδημαϊκά για να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν την πρόκληση του επαναπροσδιορισμού της ΜΕ στο 21^ο αιώνα (Bodin, 1999).

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών στην ΜΕ και ιδιαίτερα του νέου προσωπικού, δεν είναι δυνατή χωρίς την υποστήριξη της διοίκησης, όπως των διευθυντών και προϊστάμενων της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Η διοικητική υποστήριξη πρέπει να εξασφαλίσει τους πόρους και γενικά να σχεδιάσει το εκπαιδευτικό σχέδιο. Έτσι μέσω της διοικητικής υποστήριξης, της συμμετοχής του προσωπικού και ενός βιώσιμου σχεδίου προετοιμασιών εκπαίδευσης η επιτυχία φαίνεται σίγουρη (Good και Schulman , 2000).

Σύμφωνα με το JCAHO, το οποίο απαιτεί από τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης να έχουν μια διαδικασία προσανατολισμού, που να παρέχει την αρχική επαγγελματική κατάρτιση και πληροφορίες καθώς επίσης επιτρέπει την αξιολόγηση ενός επαγγελματία στο να εκπληρώσει τα καθήκοντα του στην περιοχή ευθύνης του. Επιπλέον, το JCAHO απαιτεί από τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης όλο το προσωπικό να είναι ικανό να εκτελέσει τα καθήκοντα που έχει αναλάβει.

Η δημιουργία ενός εργαλείου εκπαίδευσης στην περιοχή της εντατικής και επείγουσας φροντίδας είναι ένας τρόπος για την ανάπτυξη των ικανοτήτων του προσωπικού, καθώς επίσης βοηθάει στο να γίνει η προσαρμογή στις ρυθμιστικές απαιτήσεις που επιβάλλει το JCAHO. Τα βήματα του εργαλείου όπως τα αναφέρουν οι Bench και άλλοι (2003) είναι:

- 1.Ανάλυση των ρυθμιστικών απαιτήσεων
- 2.Καθορισμός επιθυμητού επιπέδου ικανότητας
- 3.Κριτήρια απόδοσης

1. Ανάλυση των ρυθμιστικών απαιτήσεων

Οι απαιτήσεις του JCAHO απλά δηλώνουν ότι οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης πρέπει με συνέπεια να αξιολογήσουν, να διατηρήσουν και να εξασφαλίσουν την ικανότητα του προσωπικού τους. Το προσωπικό θα πρέπει να λάβει ένα συνεπές πρόγραμμα προσανατολισμού κατάλληλο για τις απαιτήσεις της εργασίας του. Συγκεκριμένες λεπτομέρειες θα αφήνονται στην κρίση του ιδρύματος. Φαίνεται ότι οι απαιτήσεις είναι γενικές και ασαφείς.

2. Καθορισμός επιθυμητού επιπέδου ικανότητας

Ο πρώτος στόχος αυτής της προσπάθειας είναι να κατηγοριοποιηθούν οι επαγγελματίες που εργάζονται στην εντατική και επείγουσα περιοχή περίθαλψης σε κατηγορίες έτσι ώστε να συναντηθούν επαγγελματίες που ανήκουν στην ίδια κατηγορία (Dunn, 1992). Ο δεύτερος στόχος είναι να δοθεί ένα χρονικό όριο μέσα στο οποίο θα πρέπει οι νοσηλευτές να έχουν ένα υψηλό επίπεδο νοσηλευτικών δεξιοτήτων.

Ο τρίτος στόχος είναι ο καθορισμός των νοσηλευτικών δεξιοτήτων. Η διαχείριση των δεξιοτήτων που οι νοσηλευτές στην ΜΕ πρέπει να έχουν, λειτουργεί σε πολλά επίπεδα. Τα επίπεδα δεξιότητας πρέπει να εξαρτώνται από τις γνώσεις και την εμπειρία των νοσηλευτών πάνω στον άρρωστο. Η αποκατάσταση των ασθενών βελτιώνεται όταν χρησιμοποιούνται διαδικασίες από κατάλληλα εκπαιδευμένο και πεπειραμένο νοσηλευτή, που έχουν τον ασθενή στην πρώτη γραμμή της παροχής υπηρεσιών.

Οι διαδικασίες αυτές όπως τις αναφέρει το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας (2000) είναι:

- Συνεχή παρατήρηση στον άρρωστο που θα μειώσει τον κίνδυνο της ξαφνική επιδείνωσης. Η παρατήρηση περιλαμβάνει την ερμηνεία και αξιολόγηση των πληροφοριών συμπεριλαμβανομένου την απάντηση του ασθενή στις επεμβάσεις, σωματική και ψυχολογική αλλαγή της κατάστασης του, έλεγχος των παραμέτρων και ασφαλή λειτουργία του εξοπλισμού.
- Διαχείριση των θεραπευτικών επεμβάσεων.
- Πρόβλεψη και πρόληψη των επιπλοκών.
- Αξιολόγηση και αποτελεσματική ανταπόκριση στις γρήγορα μεταβαλλόμενες καταστάσεις.
- Προμηθευτής πληροφοριών στους ασθενείς, συγγενείς και άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

Οι ανάγκες των ασθενών είναι αυτές που θα καθορίσουν το ρόλο των νοσηλευτών. Το επίπεδο I αποτελεί τη βάση έτσι ώστε να αξιολογηθεί η επαγγελματική ικανότητα, το πεδίο εκπαίδευσης και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Στο

πίνακα 1 φαίνονται τα επίπεδα αναγκών των ασθενών και οι ικανότητες που χρειάζονται οι νοσηλευτές.

Πίνακας 1:Επίπεδα αναγκών των ασθενών και ικανότητες νοσηλευτών

Επίπεδο 0: Ασθενείς των οποίων οι ανάγκες μπορούν να ικανοποιηθούν σ' ένα κανονικό θάλαμο νοσοκομείου.

Επίπεδο 1: Ασθενείς που έχουν τον κίνδυνο να επιδεινωθεί η κατάσταση τους ή έχουν μεταφερθεί από πιο υψηλά επίπεδα περιποίησης (ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ).

Επίπεδο 2: Ασθενείς που απαιτούν πιο λεπτομερή παρατήρηση ή επέμβαση, συμπεριλαμβανομένης της υποστήριξης ενός οργάνου ή χειρουργικής προσοχής (ΜΕ).

Επίπεδο 3: Ασθενείς που απαιτούν βασική ή προχωρημένη αναπνευστική υποστήριξη, μαζί με την υποστήριξη τουλάχιστον δύο οργάνων (ΜΕΘ).

3. Κριτήρια απόδοσης

Είναι κωδικοποιημένες ικανότητες σε κάθε νοσηλευτική πρακτική και για όλα τα επίπεδα των ασθενών. Βάση αυτών των ικανοτήτων οι νοσηλευτές αξιολογούνται.

Εκτός από την συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού που ως γνωστό συνδέεται με την βελτίωση της προσοχής των αρρώστων αλλά και με την ποιοτική διατήρηση των νοσηλευτών, πρέπει να δοθεί σημασία και στο νέο προσωπικό της μονάδας. Στο νέο προσωπικό πρέπει να δοθεί ένα πρόγραμμα προσανατολισμού, μια περίοδος υπεράριθμης θέσης, η οποία θα προσαρμοσθεί στην εμπειρία και στις γνώσεις του στην εντατική και επείγουσα περιοχή. Το Υπουργείο Υγείας της Βορείου Ιρλανδίας από το 2000, δίνει τη δυνατότητα στους νοσηλευτές να είναι υπεράριθμοι για τουλάχιστον 1 μήνα. Το αρχικό πρόγραμμα πρέπει να προσαρμοσθεί εντός της εντατικής και επείγουσας περιοχής. Επίσης, πρέπει να δίνεται στο νέο προσωπικό η ευκαιρία να επιτύχει τις ικανότητες που απαιτούνται και να του εξασφαλισθεί η συνεχιζόμενη ανάπτυξή του εκτός από το πρόγραμμα προσανατολισμού. Πέραν όμως, των γνώσεων και των ικανοτήτων των νοσηλευτών που δουλεύουν στις ΜΕ, θα πρέπει να έχουν την αυτονομία και το κατάλληλο καθηκοντολόγιο έτσι ώστε να μπορούν (και νόμιμα) να χρησιμοποιούν τις γνώσεις/ικανότητες/προσόντα στην κλινική πράξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Εισαγωγή

Από στιγμή σε στιγμή ο νοσηλευτής στη Μ.Ε είναι δυνατόν να βρεθεί στη δύσκολη θέση να αντιμετωπίσει διάφορα νοσηλευτικά προβλήματα, τα οποία πρέπει να επιλύσει αμέσως με την εμφάνιση τους. Πρέπει να είναι σε θέση, χωρίς χρονοτριβή, να πάρει την απόφαση, πότε θα ενεργήσει μόνος του και πότε θα ζητήσει ιατρική βοήθεια, όταν μάλιστα η παραμικρή καθυστέρηση θέτει όρια ζωής και θανάτου. Σε κοιλιακή μαρμαρυγή για παράδειγμα, θα απινιδώσει μόνος του τον ασθενή ή θα περιμένει το γιατρό; Σε κολποκοιλιακό αποκλεισμό με έντονη βραδυκαρδία θα δώσει ατροπίνη, ή όχι; Τέτοιες αποφάσεις απαιτούν σωστή εκτίμηση της γενικής και της ΗΚΓ κατάστασης του αρρώστου. Ο νοσηλευτής για να μπορεί να κάνει σωστή αξιολόγηση των επείγουσών καταστάσεων πρέπει να:

- Διαθέτει επιστημονική κατάρτιση και κλινική εμπειρία.
- Έχει ειδικές γνώσεις ΗΚΓ, ώστε να μπορεί να διακρίνει τις διάφορες αρρυθμίες.
- Γνωρίζει τις αρχές και τη λειτουργία των διαφόρων ηλεκτρονικών μηχανημάτων και συσκευών για να μπορεί να τα χρησιμοποιεί.
- Έχει αυτοκυριαρχία, αυτοπεποίθηση και θάρρος και να παίρνει πρωτοβουλία, όταν και όπου χρειάζεται με σύνεση και διακριτικότητα.
- Παρακολουθεί το ΗΚΓ για την ανακάλυψη αρρυθμιών με σκοπό την άμεση και σωστή αντιμετώπισή τους.
- Παρακολουθεί τη γενική κατάσταση του αρρώστου για άλλα κλινικά σημεία και συμπτώματα, για παράδειγμα πόνο, δύσπνοια, βήχα ή αρρυθμία.
- Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία.
- Παρέχει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα και νοσηλεύει τον ασθενή σαν προσωπικότητα, ανταποκρινόμενος στα ιδιαίτερα προβλήματα και τις ανάγκες του.

3.2 Επαγγελματικά Δικαιώματα Νοσηλευτών στην Ελλάδα

Τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών θεσμοθετήθηκαν το 1989 με νόμο του κράτους. Παρακάτω παρατίθενται αναλυτικά τα δικαιώματα των νοσηλευτών.

1. Οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Νοσηλεύτης-Νοσηλεύτρια» αποκτούν ειδικές επιστημονικές τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων.

2. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες:

- Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση ευθύνη εκτέλεσης, προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντος του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών, διατήρησης ισοζυγίων του.
- Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρης αρρώστους, όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα.
- Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση.
- Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας.
- Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης.
- Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας.
- Στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.
- Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδεις νόσημα.
- Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου, στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας.
- Σίτιση του αρρώστου με όλους τους τρόπους.
- Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας.

- Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του σε θέματα που αφορούν τη λειτουργία του νοσοκομείου, τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας, την εφαρμοσμένη θεραπευτική αγωγή.
- Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα.
- Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι.
- Φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα.
- Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου, άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων.
- Διενέργεια γραπτής και προφορικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς Οργανισμούς.
- Συνεργασία και συντονισμό των ενεργειών για πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.

2.2 Πράξεις σε απουσία γιατρού:

- Εφαρμογή πρωτοκόλλου επειγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες όπου δεν είναι σπάνια προβλεπτά οξέα συμβάντα.
- Εφαρμογή πρώτων βοηθειών.

2.3 Πράξεις μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από τον νοσηλευτή.

Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελεί και τις πιο περίπλοκες πράξεις κατ'εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος:

- Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή.
- Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.
- Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους.
- Πλήρης παρεντερική θρέψη.
- Θεραπευτικά λουτρά.
- Βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων.

3. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα να:

- Συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων.

- Συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής υγείας.
- Καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με τον τομέα της ειδικότητας τους, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία.
- Καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια της νοσηλευτικής άσκησης.
- Ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητας τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας.
- Καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ελλείπει ειδικών νοσηλευτών αφού εκπαιδευτούν με ταχύρρυθμα προγράμματα.

4. Οι πτυχιούχοι του αναφερόμενου τμήματος απασχολούνται στη νοσηλευτική εκπαίδευση σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία. Ακόμη έχουν το δικαίωμα να επισημαίνουν προβλήματα για έρευνα ή μελέτη και να τις διεξάγουν με σκοπό την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης και μεθοδολογίας.

5. Οι παραπάνω πτυχιούχοι ασκούν το επάγγελμα στο πλαίσιο των παραπάνω επαγγελματικών τους δικαιωμάτων μετά την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η βιβλιογραφία έχει χαρακτηρίσει τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών ως γενικά, ασαφή, ελλιπή και δεν εξαντλούν τις δυνατότητες του νοσηλευτή. Επίσης, μέσα στις υπηρεσίες, πολλά από τα καθήκοντα αυτά εκτελούνται από άλλους υπαλλήλους και άλλα στην ελεύθερη άσκηση δεν υπάρχουν. Επιπροσθέτως, όλα τα προαναφερθέντα γίνονται με απόφαση νοσηλευτή και ευθύνη εκτέλεσης. Στη παρ. 2.3.2, αναφέρει χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς, αλλά δεν είναι σαφή αν ο νοσηλευτής καλύπτεται νομοθετικά να βάλει φλεβοκαθετήρα. Φαίνεται επιτακτική ανάγκη, η συγκρότηση ενός καθηκοντολογίου σύγχρονου, σαφή και πλήρες, που θα καλύπτει όλο το φάσμα του νοσηλευτικού χώρου (κλινικές, μονάδες, κέντρα υγείας) έτσι ώστε οι νοσηλευτές να νοιώθουν ασφάλεια και να ξέρουν τα όρια άσκησης του επαγγέλματος τους.

3.3 Προσόντα Νοσηλευτή στη Μ.Ε

Ο νοσηλευτής θεωρείται το κλειδί και η ψυχή της μονάδας. Η εύρυθμη και καλή λειτουργία της μονάδας επιτυγχάνεται με την υποδειγματική συνεργασία, την αλληλοεκτίμηση και το σεβασμό μεταξύ των μελών της ομάδας, οποιαδήποτε και αν είναι η εργασία που προσφέρει κάθε μέλος. Η Μ.Ε θα πρέπει να στελεχώνεται με ικανό αριθμό πτυχιούχων ειδικευμένων νοσηλευτών, ικανών να παρέχουν ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα καθ' όλο το 24ωρο, ακόμη και όταν επείγοντα γεγονότα βρίσκονται σε εξέλιξη μέσα στο χώρο της μονάδας. Για να μπορέσουν όμως να ανταποκριθούν στα καθήκοντα τους θα πρέπει να αντιστοιχεί ένας νοσηλευτής για κάθε ασθενή καθ' όλο το 24ωρο. Κάθε νοσηλευτής θα πρέπει να διαθέτει κατάλληλο μορφωτικό και νοητικό επίπεδο, αλλά και κλινική εμπειρία. Προηγούμενη εμπειρία σε ΜΕΘ, ή σε καρδιοχειρουργική μονάδα είναι αξιόλογη. Εκτός όμως από αυτά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αγαπάει την εργασία του και να επιθυμεί να εργαστεί στην Μ.Ε. Πρέπει να παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία και να ερμηνεύει τα δεδομένα, να παρακολουθεί το ΗΚΓ και να αναγνωρίζει τις αρρυθμίες. Για να γίνουν αυτά, θα πρέπει να ξέρει να χρησιμοποιεί τα διάφορα μηχανήματα με ευχέρεια και στον κατάλληλο χρόνο.

Τα μηχανήματα παρακολούθησης των ζωτικών σημείων, του ΗΚΓ και άλλων παραμέτρων δεν τον απαλλάσσουν από τα βασικά του καθήκοντα, αλλά μάλλον κάνουν πιο πολύπλοκη την εργασία του. Και αυτό γιατί θα πρέπει να παρακολουθεί, να ερμηνεύει τα δεδομένα και να ενεργεί ανάλογα. Το έργο αυτό απαιτεί γνώση, αυξημένη παρατηρητικότητα και δεξιότητα.

Πάνω όμως από όλα αυτά θα πρέπει να προσεγγίζει και να νοσηλεύει τον άρρωστο με κατανόηση και αγάπη, σαν μια ολοκληρωμένη ψυχοσωματική οντότητα με τις ιδιαίτερες ανάγκες και τα προβλήματα του. Πρέπει ακόμα να τον χαρακτηρίζει η αυτοκυριαρχία και η συναισθηματική σταθερότητα, ώστε να αντιμετωπίζει με θάρρος και ψυχραιμία τις δυσκολίες και τα εμπόδια της εργασίας του. Να μην καταβάλλεται από τις πιέσεις (stress) του επείγοντος, όταν μάλιστα αντιμετωπίζει τη μια κρίση μετά την άλλη, αλλά να στοχεύει στο αποτέλεσμα, που με τη γνώση και την εμπειρία του συντελεί, ώστε να σώζονται ανθρώπινες ζωές.

Σύμφωνα με την Ακύρου (2002) ο νοσηλευτής της Μ.Ε. πρέπει να έχει τη δυνατότητα και την κρίση να ιεραρχεί την εργασία του, αλλά και να εφαρμόζει τις ακόλουθες παρεμβάσεις:

- Αρχίζει οξυγονοθεραπεία.
- Εκτελεί φλεβοκέντηση (δεν αναφέρεται στα δικαιώματα) και εφαρμόζει ενδοφλέβια έγχυση ορού.
- Προβλέπει και ετοιμάζει τα ανάλογα φάρμακα για την κάθε περίπτωση.
- Εφαρμόζει την τεχνική της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (δεν αναφέρεται στα δικαιώματα)
- Χρησιμοποιεί επιβοηθητικά μέσα τεχνητής αναπνοής (συσκευή AMBU) (δεν αναφέρεται στα δικαιώματα)
- Ετοιμάζει τον απινιδωτή και τον άρρωστο για απινίδωση.
- Σε περίπτωση που καθυστερεί ο γιατρός ανατάσσει μόνος του τον ασθενή (δεν αναφέρεται στα δικαιώματα)
- Καταγράφει πλήρες ΗΚΓ 12 απαγωγών (δεν αναφέρεται στα δικαιώματα)
- Στέλνει αίμα στο εργαστήριο για ένζυμα, ηλεκτρολύτες, ουρία, σάκχαρο, πηκτολογικό έλεγχο και ότι άλλο χρειαστεί.
- Προβλέπει και εκπληρώνει τις νοσηλευτικές ανάγκες του ασθενή.
- Ενθαρρύνει και τονώνει το ηθικό του ασθενούς.
- Μετριάζει το φόβο, την αγωνία και την ανησυχία του, ενημερώνοντας τον για την κατάσταση του.
- Προσανατολίζει τον ασθενή στο χώρο της μονάδας.
- Ενημερώνει το γιατρό και τους άλλους νοσηλευτές για κάθε αλλαγή τις κλινικής εικόνας του αρρώστου.

3.4 ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ

Τα πρωτόκολλα είναι κανόνες λειτουργίας (οδηγίες) προς το προσωπικό (ιατρικό ή νοσηλευτικό) κλινικής ή μονάδας με σκοπό την διενέργεια πράξεων για την παροχή καλύτερης φροντίδας. Ουσιαστικά όμως, τα πρωτόκολλα στην Ελλάδα, έχουν σκοπό να “καλύψουν” κενά κυρίως στα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών. Είδαμε παραπάνω, ότι ενώ η βιβλιογραφία προτείνει μια σειρά από ενέργειες που μπορεί (και

πρέπει) να κάνουν οι νοσηλευτές στις ΜΕ, τα περισσότερα δεν καλύπτονται νομικά από τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών. Ως αποτέλεσμα, πολλές ΜΕ στην Ελλάδα, κατασκευάζουν πρωτόκολλα, με σκοπό την όσο δυνατόν νομική κάλυψη των νοσηλευτών όταν διενεργούν αυτές τις αποφάσεις.

Κανονικά, τα πρωτόκολλα κατασκευάζονται από ομάδα νοσηλευτών που αφού κάνουν ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, βρίσκουν και δομούν μια σειρά από ενέργειες (βήματα) για κάποια συγκεκριμένη νοσηλευτική πράξη. Στη συνέχεια διενεργείται έρευνα, θέτοντας το πρωτόκολλο στην πράξη. Έπειτα, αναλύουν τα αποτελέσματα και αφού εκτιμήσουν την αποτελεσματικότητα του πρωτοκόλλου, ενημερώνουν το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό και το πρωτόκολλο καθιερώνεται στην κλινική πράξη. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι το πρωτόκολλο είναι εφ' όρου ζωής. Απεναντίας, αξιολογείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, και αν χρειάζεται τροποποιείται.

Παρακάτω, αναφέρονται δύο πρωτόκολλα ενός μεγάλου νοσοκομείου στο νομό Αττικής, που εφαρμόζονται στη ΜΕ. Το πρώτο αναφέρεται στη κινητοποίηση μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου και το δεύτερο, σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ : Κατά την πάροδο διαμέσου των σταδίων που αναφέρονται παρακάτω, οι εκάστοτε δραστηριότητες θα πρέπει να διακόπτονται αν ο ασθενής αισθανθεί αυξανόμενη δύσπνοια ή εξάντληση ή διαπιστώσει αύξηση της καρδιακής συχνότητας $> 20-30/\text{min}$. Τα ζωτικά σημεία, θα πρέπει να παρακολουθούνται πριν και μετά την πρόοδο από το ένα στάδιο στο άλλο και επίσης από το ένα επίπεδο στο άλλο, εντός κάθε σταδίου. Θα πρέπει να δίδεται έμφαση, στις τεχνικές εξοικονόμησης ενέργειας και να υπομνησθεί στον ασθενή η προφυλακτική χρήση της νιτρογλυκερίνης.

ΒΗΜΑ 1^ο

Την πρώτη με δεύτερη μέρα χρήση σκωραμίδας/παρακλίνειας τουαλέτας. Λήψη τροφής από δίσκο με υποστήριξη των βραχιόνιων και της ράχης. Πλήρης βοήθεια στο λουτρό καθαριότητας. Παθητικές πλήρεις κινήσεις σε όλα τα άκρα. Ενεργητικές

κινήσεις των ποδοκνημικών (με υποπόδιο αν είναι διαθέσιμο). Έμφαση στη χαλάρωση και στις βαθιές αναπνοές. Μερικό λουτρό του άνω τμήματος του σώματος με υποστήριξη της ράχης. Μεταφορά από το κρεβάτι στην πολυθρόνα για 1-2 ώρες την ημέρα. Ενεργητικές κινήσεις όλων των άκρων 5-10 φορές (σε καθιστή ή ύπτια θέση).

ΒΗΜΑ 2^ο

Την τρίτη με τέταρτη μέρα λουτρό καθαριότητας, ατομική περιποίηση, ένδυση σε καθιστή θέση στο κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Ελεύθερη μεταφορά από το κρεβάτι στην πολυθρόνα. Κινητοποίηση μέσα στο θάλαμο με σταδιακή αύξηση της διάρκειας και της συχνότητας. Ο ασθενής μπορεί να κάνει ντους ή να σταθεί στη μπανιέρα. Μπορεί να ντυθεί με τα δικά του ρούχα. Κινητοποίηση υπό επίβλεψη έξω από το θάλαμο. Μερικό λουτρό του άνω τμήματος του σώματος με υποστήριξη της ράχης. Από το κρεβάτι στην πολυθρόνα επί 20-30 min την ημέρα. Ενεργητικές υποβοηθούμενες έως ενεργητικές πλήρεις κινήσεις όλων των άκρων: 5-10 φορές (σε καθιστή ή ύπτια θέση).

ΒΗΜΑ 3^ο

Την πέμπτη με έβδομη μέρα κινητοποίηση (200 μέτρα) τρεις φορές ημερησίως. Μπορεί να λούσει τα μαλλιά του (να κάνει κινήσεις με τους βραχίονες πάνω από το κεφάλι). Περπάτημα σε σκάλα υπό επίβλεψη. Δοκιμασία κόπωσης πριν την έξοδο.

ΟΞΕΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

1. Σε περίπτωση ανάσπασης ST, αιμοδυναμικής αστάθειας και εμμένουσας ταχυκαρδίας με ευρέα QRS διενεργούνται τα εξής βήματα.

ΒΗΜΑ 1^ο : Χορήγηση οξυγόνου, χορήγηση ασπιρίνης 500 mg (εάν δεν υπάρχει αντένδειξη, τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα για λήψη εξετάσεων και τέλος χορήγηση ηπαρίνης.

ΒΗΜΑ 2^ο : Εισαγωγή στην ΜΕΘ.

2. Σε περίπτωση ανάσπασης ST χωρίς αιμοδυναμική αστάθεια.

ΒΗΜΑ 1^ο : Χορήγηση ασπιρίνης 500 mg εφ' άπαξ, εάν δεν υπάρχει γνωστή σοβαρή αλλεργία ή ενεργή αιμορραγία πεπτικού.

ΒΗΜΑ 2^ο : Εξέταση αίματος για CPK, CK-MB, LDH, SGOT, TROPONIN.

ΒΗΜΑ 3^ο : Προσθήκη εάν χρειάζεται νιτρωδών και β- αναστολέων (είτε στα Εξωτερικά Ιατρεία είτε όταν ο ασθενής φθάσει στο θάλαμο).

Φαίνεται ότι τα παραπάνω πρωτόκολλα είναι γενικά και μπορεί να δημιουργήσουν ερωτήσεις κατά την εφαρμογή τους. Για παράδειγμα, τι γίνεται αν στο δεύτερο πρωτόκολλο δεν συντρέχουν όλοι οι παράμετροι; Θα εξακολουθήσουν να χορηγήσουν φάρμακα; Στο δε πρώτο πρωτόκολλο, τι γίνεται αν ο ασθενής στη μέση του πρώτου βήματος αισθανθεί ενοχλήσεις; Θα συνεχίσει ή όχι; Θα ξαναρχίσει η κινητοποίηση του;

Σε αντίθεση με την Ελλάδα, στην Αγγλία στη περιοχή του Λονδίνου, μια μόνιμη ομάδα εκπαίδευσης εντατικής και επείγουσας προσοχής κατασκεύασε το 2001 ικανότητες και δεξιότητες που πρέπει να έχουν οι νοσηλευτές που εργάζονται στη Στεφανιαία Μονάδα. Όλες οι παρακάτω ενέργειες, κατοχυρώνονται στο καθηκοντολόγιο των Άγγλων νοσηλευτών.

Ο νοσηλευτής επιδεικνύει ικανότητα στην διαχείριση της κατάστασης του ασθενή όταν:

1. Συνδυάζει την εμπειριστατωμένη εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή και ερμηνευτικές ικανότητες για να πετύχει την βέλτιστη φροντίδα του ασθενή

<u>Στοιχεία των ικανοτήτων</u>	<u>Κριτήρια απόδοσης</u>
1.1 Χρησιμοποιεί ένα μεγάλο εύρος στρατηγικών για να συγκεντρώσει τα σχετικά με την εκτίμηση του ασθενή δεδομένα	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Λαμβάνει ιστορικό υγείας από τον ασθενή, την οικογένεια, άλλους: <ul style="list-style-type: none"> • Παρούσα κατάσταση υγείας • Παρούσα κατάσταση πάθησης • Παλαιότερο ιατρικό ιστορικό • Οικογενειακό ιστορικό υγείας • Χρησιμοποιεί σημειώσεις/ιατρικό φάκελο για την λήψη σχετικών πληροφοριών • Κάνει ανασκόπηση των διαθέσιμων διαγνωστικών εξετάσεων (Ακτινογραφίες, CT scans) • Προηγούμενη ανάλυση αερίων αίματος, αγγειόγραμμα (angiogram), Η.Κ.Γ κ.α <p>Επίπεδο 2 & 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των υποστηρικτικών παρεμβάσεων όπως βηματοδότη, αγωγή με νιτρώδη, ινότροπα και οξυγόνο • Αξιολογεί την επίδραση των καρδιαγγειακών δυσλειτουργιών σε άλλα συστήματα του οργανισμού ιδιαίτερα στην λειτουργία των νεφρών και το νευρικό σύστημα <p>Εκτιμά την αυτονομία του ασθενή αξιολογώντας τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής</p>
1.2 Χρησιμοποιεί μία συστηματική προσέγγιση	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Διενεργεί λεπτομερή έλεγχο για να εξακριβώσει και να καταγράψει ενδείξεις της κεντρικής και της περιφερικής

<p>στην καρδιαγγειακή εκτίμηση για να καταρτίσει βασικές παρατηρήσεις</p>	<p>κυκλοφορίας.</p> <ul style="list-style-type: none"> • επίπεδο συνείδησης (GCS/AVPU) • προκάρδιο άλγος (βαθμός, βαρύτητα, εντοπισμός, σχέση με την φυσική δραστηριότητα) • σφυγμός και αναπνοή (ομαλότητα και φύση) • αρτηριακή πίεση (συστολική, διαστολική και μέση) • κεντρική φλεβική πίεση • θερμοκρασία • κατάσταση υγρών (αποβολή ούρων, επαναπλήρωση των τριχοειδών, χρώμα, συστηματικό /πνευμονικό οίδημα) <p>Επίπεδο 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επιθεωρεί και καταγράφει την κεντρική φλεβική πίεση (JVP) • Αξιολογεί την επίδραση της τρέχουσας φαρμακευτικής αγωγής π.χ νιτρόδη, διουρητικά • Επιθεωρεί για: βασικές μεταβολές στον τύπο και τον ρυθμό του Η.Κ.Γραφήματος, αλλαγές της εργαστηριακής παθολογίας π.χ αύξηση των καρδιακών ενζύμων κα. <p>Ακροάζεται για φυσιολογικούς, ή παθολογικούς καρδιακούς ήχους</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αναγνωρίζει την ανάγκη για προσωρινό βηματοδότη και απινίδωση • Αναγνωρίζει την ένδειξη για υπερηχοκαρδιογράφημα και περαιτέρω διερευνήσεις <p>Επίπεδο 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ελέγχει και αναλύει τις κυματομορφές (waveforms) της πίεσης (αρτηριακή, πνευμονική). • Μεριμνά για την επίπτωση των καρδιαγγειακών προβλημάτων στα άλλα συστήματα.
<p>1.3 Αναγνωρίζει τις αποκλίσεις από</p>	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Καταγράφει παρατηρήσεις σε κατάλληλα διαστήματα • Εγκαθιστά ρεαλιστικές και εξατομικευμένες παραμέτρους για

<p>τα φυσιολογικά όρια και ξεκινά περαιτέρω διερεύνηση</p>	<p>τον ασθενή</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αναγνωρίζει ενδείξεις και καταγράφει με ακρίβεια Η.Κ.Γφημα • Αναγνωρίζει ενδείξεις για αιματολογικές αναλύσεις : <p>Επίπεδο 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αναγνωρίζει τις ανωμαλίες που εμφανίζονται σε ένα Η.Κ.Γφημα όπως ισχαιμία, έμφραγμα και αρρυθμίες • Αναγνωρίζει τις ενδείξεις για συνεχή καρδιολογική παρακολούθηση • Αναγνωρίζει τις ενδείξεις και αναλαμβάνει την παρακολούθηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης. • Αναγνωρίζει τις ενδείξεις για ακτινογραφία θώρακος. • Αναγνωρίζει τα σημάδια του οξέος πνευμονικού οιδήματος. <p>Επίπεδο 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ελέγχει τα όρια του ρυθμού. • Επιστρατεύει πόρους για να διευκολύνει περαιτέρω διερεύνηση όπως αγγειογραφία. <p>Συντονίζει περαιτέρω θεραπεία και έλεγχο όπως ανάλυση αερίων αίματος.</p>
<p>1.4 Αναλύει τα δεδομένα και καθορίζει την σπουδαιότητα των ευρημάτων</p>	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Διαθέτει βασική γνώση ανατομίας και φυσιολογίας του καρδιαγγειακού συστήματος συμπεριλαμβανομένων και παραγόντων που επηρεάζουν την καρδιακή απόδοση, την φυσιολογική οδό μεταφοράς νευρικών σημάτων και τα σχετιζόμενα μηχανικά συμβάντα. • Χρησιμοποιεί ολιστική προσέγγιση στην συζήτηση της εκτίμησης του καρδιαγγειακού συστήματος. • Αναγνωρίζει τα φυσιολογικά όρια των συνηθισμένων καρδιαγγειακών παρατηρήσεων όπως σφυγμός, πίεση αίματος • Μπορεί να αναγνωρίσει ένα φυσιολογικό Η.Κ.Γφημα και να συζητήσει τις διαφορές που έχει ένα μη φυσιολογικό. • Μπορεί να αναγνωρίσει ότι οι απειλητικοί για την ζωή ρυθμοί ενός Η.Κ.Γφήματος, μπορούν να προσδιοριστούν και να αλλάξουν

την θεραπεία.

- Είναι ικανός να συζητήσει πως το καρδιαγγειακό σύστημα συνδέεται με άλλα όργανα και συστήματα του οργανισμού
- Έχει γνώση της δράσης και των επιδράσεων των συνηθισμένων καρδιολογικών φαρμάκων π.χ νιτρώδη, β-αναστολείς, διουρητικά
- Γνωρίζει την φυσιολογική χημεία του αίματος και τα επίπεδα των καρδιακών ενζύμων.
- Μπορεί να καταγράψει και να εξηγήσει τα κλινικά συμπτώματα της κοιλιακής μαρμαρυγής και του κολποκοιλιακού αποκλεισμού.
- Είναι ικανός να καταγράψει και να αναγνωρίσει τα κλινικά σημεία και τα συμπτώματα της στηθάγχης, του εμφράγματος του μυοκαρδίου, της καρδιακής ανεπάρκειας και της υπέρτασης.
- Μπορεί να συζητήσει την θεραπεία και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τα παραπάνω.

Επίπεδο 2

- Επιδεικνύει ιδιαίτερη γνώση ανατομίας και φυσιολογίας του καρδιαγγειακού συστήματος και των μεθόδων του αιμοδυναμικού ελέγχου, συμπεριλαμβανομένων των φυσιολογικών παραμέτρων.
- Μπορεί να συμπληρώσει μία αναφορά για ένα μη φυσιολογικό Η.Κ.Γ.φημα και γνωρίζει τα αίτια και τις επιπτώσεις των ευρημάτων.
- Αναλύει τα αέρια του αρτηριακού και φλεβικού αίματος
- Είναι ικανός να καταγράψει επακριβώς, να αναγνωρίσει και να εξηγήσει τα κλινικά σημεία και συμπτώματα της στηθάγχης, του εμφράγματος του μυοκαρδίου, της καρδιακής ανεπάρκειας, της υπέρτασης και των αρρυθμιών.
- Έχει την ικανότητα να συζητήσει το σκεπτικό της ιατρικής και νοσηλευτικής θεραπείας για τις παραπάνω καταστάσεις.
- Ξεκινά τις σωστές εξετάσεις και κλινικές παρεμβάσεις για την αναγνώριση των καρδιαγγειακών διαταραχών συμπεριλαμβανομένων και των αρρυθμιών.
- Μπορεί να συζητήσει την παθοφυσιολογία των βαλβιδοπαθειών, της καρδιομυοπάθειας, της στεφανιαίας νόσου, και μπορεί να εξηγήσει τα κλινικά σημεία και συμπτώματα.

	<ul style="list-style-type: none"> • Είναι ικανός να αναγνωρίσει τα κλινικά σημεία και συμπτώματα του καρδιακού επιπωματισμού, να συζητήσει τα πιθανά αίτια και τους δυνητικούς κινδύνους αυτής της κατάστασης. • Μπορεί να συζητήσει τις πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές του bypass στην στεφανιαία αρτηρία και της επέμβασης στις βαλβίδες, και να καταγράψει πιθανές παρεμβάσεις. • Μπορεί να αναγνωρίσει και να εξηγήσει τις επιπλοκές που ακολουθούν την αγγειογραφία, την αγγειοπλαστική. <p>Επίπεδο 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επιδεικνύει ιδιαίτερες γνώσεις ανατομίας και φυσιολογίας του καρδιαγγειακού συστήματος και των μεθόδων της αιμοδυναμικής παρακολούθησης συμπεριλαμβανομένων των φυσιολογικών παραμέτρων. • Αναλύει τα αέρια του αρτηριακού και φλεβικού αίματος • Μπορεί να ερμηνεύσει μία ακτινογραφία • Αναλύει πολύπλοκα δεδομένα του καρδιαγγειακού ελέγχου και της αιμοδυναμικής κατάστασης <p>Μπορεί να συζητήσει τις δυνητικές μετεγχειρητικές επιπλοκές του bypass της στεφανιαίας αρτηρίας και της επέμβασης στις βαλβίδες και μπορεί να εξηγήσει την λογική πίσω από πιθανές παρεμβάσεις.</p>
<p>1.5. Ερμηνεύει τα ευρήματα του ελέγχου σε σχέση με την κατάσταση του ασθενή</p>	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να συζητήσει την φύση και τα αίτια των αποκλίσεων από το φυσιολογικό • Ξεχωρίζει τα συμπτώματα της στηθάγχης του εμφράγματος του μυοκαρδίου, του καρδιογενές shock, υπερφόρτωση υγρών, περικαρδιακός επιπωματισμός, της πνευμονικής εμβολής, της καρδιακής ανεπάρκειας. • Συζητά τις αποκλίσεις που σχετίζονται με τα παραπάνω σε σχέση με τα φυσιολογικά για τον ασθενή όρια • Έχει κατανόηση των κλινικών επιπτώσεων της απόκρισης στο στρες. <p>Επίπεδο 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χρησιμοποιώντας μία ολιστική προσέγγιση έχει την δυνατότητα

	<p>να συζητήσει την παθοφυσιολογία των παραπάνω καταστάσεων.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έχει ξεκάθαρη κατανόηση της στηθάγχης, του εμφράγματος του μυοκαρδίου, του καρδιογενές shock, υπερφόρτωση υγρών, περικαρδιακός επιπωματισμός, της πνευμονικής εμβολής, της καρδιακής ανεπάρκειας. <p>Επίπεδο 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ξεχωρίζει τα συμπτώματα της στηθάγχης, του εμφράγματος του μυοκαρδίου, του καρδιογενές shock, υπερφόρτωση υγρών, περικαρδιακός επιπωματισμός, της πνευμονικής εμβολής, της καρδιακής ανεπάρκειας. <p>Έχει την ικανότητα να συνδέσει το σηπτικό σοκ με τα κλινικά συμπτώματα του ασθενή.</p>
<p>1.6 Κάνει διάκριση μεταξύ της επιδείνωσης της φυσιολογικής κατάστασης και της μη σωστής χρήσης ή δυσλειτουργίας του εξοπλισμού</p>	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Γνωρίζει την σωστή χρήση της καταγραφής με στηθοσκόπιο, σφυγμομανόμετρο, καρδιολογικό μόνιτορ, μανόμετρο κεντρικής φλεβικής πίεση • Αναγνωρίζει τους περιορισμούς και την κακή τεχνική στην χρήση των οργάνων μέτρησης. Αναγνωρίζει τους δικούς του περιορισμούς και ανεπαρκή τεχνική στην χρήση του εξοπλισμού • Αναλαμβάνει σχετικούς ελέγχους για την διερεύνηση οποιασδήποτε δυσλειτουργίας του εξοπλισμού • Λαμβάνει μέτρα για ενδεχόμενη ανεπάρκεια του εξοπλισμού, επανόρθωση και ασφάλεια • Μπορεί να εντοπίσει και να διορθώσει προβλήματα του εξοπλισμού γρήγορα και αποτελεσματικά • Είναι ικανός να αναγνωρίζει τους περιορισμούς του ασθενή για επαναφορά σε φυσιολογική κατάσταση π.χ ταχυκαρδία, μειωμένη αποβολή ούρων • Ελέγχει όλες τις συσκευές παρακολούθησης εντοπίζει και διορθώνει όταν τα όρια αλλάζουν <p>Επίπεδο 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να αναγνωρίσει τα λανθασμένα αποτελέσματα εξετάσεων αίματος και αερίων αίματος που οφείλονται σε βλάβη

<p>1.7 Παίρνει αποφάσεις σχετικές με την κατάσταση του ασθενή βασιζόμενος στα υπάρχοντα δεδομένα</p>	<p>του εξοπλισμού ή σε φυσιολογικά αίτια</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αναγνωρίζει τις αποκλίνουσες κυματομορφές (Η.Κ.Γ, κεντρική φλεβική πίεση, αρτηριακή) και μπορεί να τις διορθώσει • Έχει την ικανότητα να αναγνωρίζει την απόκλιση του ασθενούς από την φυσιολογική κατάσταση <p>Επίπεδο 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να συσχετίσει την αρτηριακή κυματομορφή με την καταγραφή του Η.Κ.Γφήματος • Αναγνωρίζει τις παρεκκλίνουσες κυματομορφές, όπως έχει αναφερθεί στο επίπεδο 2. • Αντιλαμβάνεται τότε χρειάζεται βοήθεια και την αναζητά την συμβουλή ενός ειδικού και τεχνική υποστήριξη
	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ελέγχει τον ασθενή σε κατάλληλα χρονικά διαστήματα • Παρακολουθεί τον ρυθμό του Η.Κ.Γφήματος, και αναγνωρίζει τις μεταβολές του ρυθμού • Παρέχει θεραπεία με οξυγόνο (μέσα στα πλαίσια της συνταγογραφίας) ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή και τον κορεσμό O₂ • Αλλάζει την θέση του ασθενή ανάλογα με την εκτίμηση της κατάστασης • Χορηγεί τα συνταγογραφημένα καρδιολογικά φάρμακα και μπορεί να προσαρμόζει αυτά ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή • Αναγνωρίζει την ανάγκη και αναζητά βοήθεια και συμβουλές από ειδικό • Δίνει προτεραιότητα και αποφασίζει όταν υπάρχει ανάγκη για πολύ επαγγελματική παρέμβαση (π.χ ομάδα καρδιακής ανακοπής, φυσιοθεραπευτή, διαιτολόγο) • Οργανώνει τον θάλαμο και δημιουργεί διευκολύνσεις ανάλογα με την ικανότητα και την αντίληψη του ασθενή • Μελετά την μετακίνηση – μετεγκατάσταση του ασθενή μέσα στον θάλαμο

	<p>Επίπεδο 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αναγνωρίζει την ανάγκη για ενδοφλέβια πρόσβαση και την πιθανή έναρξη ενδοφλέβιας χορήγησης καρδιολογικών φαρμάκων σύμφωνα με την συνταγογραφία ή το πρωτόκολλο • Αναγνωρίζει την ανάγκη για βασική καρδιολογική υποστήριξη π.χ προσωρινό εξωτερικό βηματοδότη, και μπορεί να συντονίσει τις παρεμβάσεις • Αναγνωρίζει την ανάγκη για περαιτέρω καρδιολογικές διαδικασίες και μπορεί να συντονίσει αυτές τις παρεμβάσεις (θρομβόλυση) • Αναγνωρίζει την ανάγκη για μείωση της καρδιολογικής υποστήριξης και μπορεί να την διεκπεραιώσει μέσα στα πλαίσια των συνταγογραφικών παραμέτρων ή του πρωτοκόλλου (π.χ την σταδιακή διακοπή των ενδοφλέβιων υποστηρικτικών φαρμάκων) • Συσχετίζει την φυσιολογική κατάσταση του ασθενή με τα άλλα συστήματα του οργανισμού • Αναγνωρίζει την ανάγκη και αναζητά βοήθεια και συμβουλές από ειδικό <p>Επίπεδο 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αναγνωρίζει την ανάγκη για προχωρημένη καρδιολογική υποστήριξη και μπορεί να συντονίσει περαιτέρω παρεμβάσεις • Ενεργεί σύμφωνα με τις επιδράσεις της αιμοδυναμικών διαταραχών πάνω στα άλλα συστήματα του σώματος και συντονίζει περαιτέρω παρεμβάσεις (νεφρική λειτουργία)
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Διαχειρίζεται τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και την θεραπευτική αγωγή

<u>Στοιχεία των ικανοτήτων</u>	<u>Κριτήρια απόδοσης</u>
<p>2.1 Προσδιορίζει τις κατάλληλες φυσιολογικές</p>	<p>Επίπεδο 1,2,3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιεί και τεκμηριώνει παρατηρήσεις σε κατάλληλα χρονικά διαστήματα, βασιζόμενος στην κατάσταση του ασθενή και

<p>παραμέτρους που πρέπει να παρακολουθούνται, με βάση την κατάσταση του ασθενή</p>	<p>δρα με βάση τις κλινικές παρατηρήσεις</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να αιτιολογεί τις πράξεις που έχει κάνει • Χρησιμοποιεί τον κατάλληλο εξοπλισμό για παρακολούθηση • Διαμορφώνει τα κατάλληλα όρια συναγερμού βασιζόμενος στην κατάσταση του ασθενή, όταν χρησιμοποιεί εξοπλισμό παρακολούθησης • Ανταποκρίνεται στους συναγερμούς (alarms) για την ασφάλεια του ασθενή
<p>2.2 Κατέχει την γνώση , την δεξιότητα και την στάση που απαιτείται για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή με καρδιολογική πάθηση</p>	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να συζητήσει την σχέση μεταξύ στρες, ανησυχίας και αιμοδυναμικής αστάθειας • Χρησιμοποιεί θεραπευτικές δεξιότητες για να υποστηρίξει την σχέση μεταξύ του ασθενή και της οικογένειας και άλλων σημαντικών προσώπων (π.χ χρησιμοποιεί το άγγιγμα, κατανόηση, υπομονή) • Μπορεί να συζητήσει τους παράγοντες κινδύνου των καρδιακών παθήσεων και να τους συσχετίσει με την κατάσταση του ασθενή. • Μπορεί να καταγράψει τους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση στον ασθενή (π.χ υποξία, ουρία, διαταραχές του νατρίου και άλλων ηλεκτρολυτών). • Χρησιμοποιεί ένα πλήθος τεχνικών για να μειώσει την δυσφορία (π.χ ξεκούραση στο κρεβάτι, κατάλληλη θέση). • Αναγνωρίζει τις δυσκολίες και τους περιορισμούς της διαταραγμένης προφορικής επικοινωνίας λόγω της καρδιακής νόσου. • Μπορεί να προετοιμάσει τον ασθενή για τυχόν παρεμβατικές ή μη εξετάσεις (π.χ αγγειογραφία, έλεγχος καρδιακών ενζύμων, υπερηχοκαρδιογράφα, Η.Κ.Γ.φημα). <p>Επίπεδο 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να εξηγήσει τους λόγους που γίνονται οι εξετάσεις παρεμβατικές ή μη στον ασθενή και την οικογένεια του (π.χ εισαγωγή κεντρικής ή αρτηριακής γραμμής).

	<ul style="list-style-type: none"> • Έχει σχέδιο για την φροντίδα του ασθενή το οποίο συνδυάζει την θετική ενίσχυση της προόδου και την ειλικρίνεια. <p>Επίπεδο 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χρησιμοποιεί ένα πλήθος στρατηγικών για να υποστηρίξει τον ασθενή που χρειάζεται μεγάλες παρεμβατικές διαδικασίες.
<p>2.3</p> <p>Κατέχει αποτελεσματική και ακριβή γνώση του βιοιατρικού εξοπλισμού που χρησιμοποιείται</p>	<p>Επίπεδο 1,2,3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να αιτιολογήσει τους λόγους χρήσης του βιοιατρικού εξοπλισμού. • Μπορεί να ρυθμίσει με ακρίβεια και χρησιμοποιήσει με ασφάλεια καρδιακό monitor, μονάδα υψηλής και χαμηλής αναρρόφησης, συσκευές έγχυσης φαρμάκων, SpO₂ monitoring, συσκευή Η.Κ.Γ φήματος, αναπνευστήρα κλπ • Εκτιμά τα όρια του καρδιακού monitoring. • Επιλέγει το κατάλληλο μέγεθος για το μαξιλαράκι του πιεσόμετρου. • Αναγνωρίζει τους βασικούς ρυθμούς του Η.Κ.Γ φήματος και τις αλλαγές από την βασική. • Είναι ικανός να επιλύσει προβλήματα που σχετίζονται με τον εξοπλισμό γρήγορα και αποτελεσματικά. • Αναγνωρίζει πότε χρειάζεται βοήθεια με τον εξοπλισμό και αναζητά την συμβουλή του ειδικού.
<p>2.4.1</p> <p>Μπορεί να χειριστεί κατάλληλα με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα ένα απινιδωτή.</p>	<p>Επίπεδο 1,2,3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έχει κατανόηση των βασικών αρχών της απινίδωσης • Μπορεί να κάνει διάκριση μεταξύ της καρδιοανάταξης και της απινίδωσης • Μπορεί να συνδέσει τον ασθενή με το μόνιτορ του απινιδωτή και προετοιμάζει την απινίδωση • Μπορεί να παρέχει βασική καρδιακή υποστήριξη μέχρι να έρθει η ομάδα για προχωρημένη καρδιακή υποστήριξη
	<p>Επίπεδο 1</p>

<p>2.4.2</p> <p>Μπορεί να χρησιμοποιεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα τις συσκευές παρακολούθησης της καρδιακής λειτουργίας - απόδοσης</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μη εφαρμόσιμο <p>Επίπεδο 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έχει γνώση των βασικών αρχών και των λειτουργιών της παρακολούθησης καρδιακής απόδοσης • Είναι ενήμερος για τους κινδύνους που σχετίζονται με την παρακολούθηση της καρδιακής απόδοσης <p>Επίπεδο 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να αναγνωρίσει τις κυματομορφές της καρδιακής απόδοσης και να ερμηνεύσει τις καταγραφές (traces) • Είναι ενήμερος των φυσιολογικών τιμών πίεσης της αιμοδυναμικής παρακολούθησης • Είναι ικανός να συσχετίσει τις μετρήσεις με την κατάσταση του ασθενή/ θεραπευτικές παρεμβάσεις • Είναι ενήμερος πότε χρειάζεται ιατρική βοήθεια • Μπορεί να διεξάγει μελέτες για την καρδιακή απόδοση σύμφωνα με συμβουλευτικό πρωτόκολλο • Μπορεί να ερμηνεύσει τα ευρήματα • Μπορεί να κάνει αλλαγές στην θεραπεία ανάλογα με τα ευρήματα , στα πλαίσια του συμβουλευτικού πρωτοκόλλου • Μπορεί να εντοπίσει τις επιπλοκές και να αναλάβει κατάλληλη δράση για να επιλύσει/ περιορίσει τις επιπλοκές
<p>2.4.3</p> <p>Επιδεικνύει ασφαλή και αποτελεσματική χρήση της καρδιακής παρακολούθησης</p>	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να χρησιμοποιεί το μόνιτορ για Η.Κ.Γ φημα και SpO₂ • Μπορεί να ρυθμίσει όλους τους συναγερμούς (alarms) κατάλληλα, και να λάβει μία καταγραφή όπως απαιτείται • Μπορεί να αναγνωρίσει το φυσιολογικό ρυθμό • Μπορεί να επιλύσει προβλήματα του συστήματος παρακολούθησης <p>Επίπεδο 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να χρησιμοποιεί το σύστημα παρακολούθησης για την ανάλυση των αερίων αίματος

	<ul style="list-style-type: none"> Μπορεί να ανακτήσει τα ζωτικά σημεία και το ιστορικό συμβάντων <p>Επίπεδο 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Μπορεί να χρησιμοποιεί το σύστημα παρακολούθησης για μελέτες της καρδιακής απόδοσης Μπορεί να ερμηνεύσει τις κυματομορφές των ενδείξεων της πίεσης π.χ κεντρικής φλεβικής πίεσης και αρτηριακές κυματομορφές
2.4.5 Χρησιμοποιεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα το Σύστημα του Εξωτερικού Βηματοδότη	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Γνωρίζει την θέση εξωτερικών – μη παρεμβατικών (invasive) συστημάτων βηματοδότη, που υπάρχουν στο νοσοκομείο. Μπορεί να εξηγήσει πως λειτουργούν τα συστήματα αυτά και για ποιόν είναι κατάλληλα. <p>Επίπεδο 2 και 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Μπορεί να συνδέσει το σύστημα στον ασθενή και να ξεκινήσει την θεραπεία ή μετά από ιατρική εντολή ή λόγω εκτάκτου ανάγκης (βασισμένος σε κατάλληλες γνώσεις και τεχνικές). <i>Μπορεί να περιγράψει τους κινδύνους που σχετίζονται με τον εξωτερικό βηματοδότη.</i>
2.4.6 Χρησιμοποιεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα τον Προσωρινό Εσωτερικό Βηματοδότη	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Μπορεί να συζητήσει πότε ο προσωρινός βηματοδότης είναι απαραίτητος στον ασθενή. Γνωρίζει πως λειτουργεί ο προσωρινός βηματοδότης και τις βασικές αρχές αυτής της θεραπείας. <p>Επίπεδο 2 και 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Μπορεί να ξεκινήσει τον προσωρινό βηματοδότη σύμφωνα με την εντολή / πρωτόκολλο. Κατανοεί την σημασία των ελέγχων και των σχετικών ρυθμίσεων της ηλεκτρικής τάσης. Μπορεί να εντοπίσει αν η θεραπεία είναι αποτελεσματική. Μπορεί να επιλύσει προβλήματα του συστήματος (π.χ αλλαγή

	<p>μπαταρίας, αλλαγή κουτιών).</p> <p>Ξέρει πότε να αναζητήσει την βοήθεια ειδικού.</p>
<p>2.5</p> <p>Έχει μεγάλο εύρος γνώσεων σχετικά με τις επιπτώσεις και τις επιπλοκές των θεραπευτικών παρεμβάσεων και αγωγής (άλλων εκτός των φαρμακευτικών παραγόντων)</p>	<p>Επίπεδο 1</p> <p>Μπορεί να συζητήσει τις επιπλοκές που σχετίζονται με τα εξής :</p> <ul style="list-style-type: none"> • καρδιακό monitoring, κεντρικές γραμμές. • Μπορεί να συζητήσει τις βασικές αρχές και τις οδηγίες για ενδονοσοκομειακή μεταφορά του ασθενή. • Είναι ενήμερος των κινδύνων <p>Επίπεδο 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να συζητήσει τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της επεμβατικής καρδιακής παρακολούθησης. • Αναγνωρίζει τις επιπλοκές των κεντρικών γραμμών, και των διαπλευρικών παροχετεύσεων. Μπορεί να συζητήσει τις βασικές αρχές και οδηγίες για την διανοσοκομειακή μεταφορά του ασθενή. <p>Επίπεδο 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Είναι ενήμερος των οδηγιών για την μεταφορά ενήλικα σε εντατική παρακολούθηση • Είναι ενήμερος των σύγχρονων ερευνών σχετικά με τις θεραπευτικές καρδιολογικές παρεμβάσεις.
<p>2.6</p> <p>Είναι ενήμερος της δράσης των διαφόρων φαρμάκων και παρεμβάσεων και των φυσιολογικών τους επιπτώσεων</p>	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να περιγράψει και να εφαρμόσει τις συνηθισμένες φαρμακευτικές θεραπείες • Μπορεί να προσδιορίσει την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων και να προσαρμόσει την θεραπεία μέσα στα πλαίσια του συμβουλευτικού πρωτοκόλλου που έχει δοθεί. • Μπορεί να υποδείξει ποιοι είναι οι πιο σημαντικοί ηλεκτρολύτες για παρακολούθηση. <p>Επίπεδο 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Διασφαλίζει ότι τα ινóτροπα φάρμακα δεν διακόπτονται, και ότι όλες οι γραμμές έχουν ετικέτες. • Μπορεί να αποφασίσει ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή πότε χρειάζεται υποστήριξη με ινóτροπα φάρμακα. • Μπορεί να συζητήσει τις επιδράσεις των ινóτροπων φαρμάκων

	<p>στο καρδιαγγειακό σύστημα.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να αναζητήσει ιατρική αναθεώρηση (review) για την έναρξη υποστήριξης με ινότροπα. • Μπορεί να υπολογίσει με ακρίβεια τα mcg/Kg / min των φαρμάκων που απαιτούνται, λαμβάνονται από τον ασθενή , και χορηγεί την κατάλληλη δόση σύμφωνα με τις εντολές. • Μπορεί να διακόψει τα ινότροπα μέσα στα πλαίσια των οδηγιών, καθώς επίσης να ερμηνεύσει τις επιδράσεις τους στην κατάσταση του ασθενή. <p>Επίπεδο 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να περιγράψει την φαρμακολογία των πιο συνηθισμένων φαρμακευτικών θεραπειών συμπεριλαμβανομένων των ηρεμιστικών, των μυοχαλαρωτικών και του νιτρικού οξειδίου • Μπορεί να συνδέσει την φαρμακευτική θεραπεία με μία συστηματική απάντηση του οργανισμού (π.χ υπόταση, μειωμένη περιφερειακή αγγειακή αντίσταση) • Κατανοεί την δράση του νιτρικού οξειδίου στην πνευμονική αγγείωση και την επίδραση αυτού στην καρδιά • Μπορεί να αλλάξει την έγχυση ενός ινοτρόπου φαρμάκου με στόχο, να αποφύγει τις εξάρσεις και τις υφέσεις στα ζωτικά σημεία, που μπορεί να συμβούν εκείνη την στιγμή
<p>2.7 Αναγνωρίζει την απάντηση του ασθενή στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και δρα κατάλληλα</p>	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αξιολογεί την απάντηση στην θεραπεία υγρών χρησιμοποιώντας τους σχετικούς δείκτες διάχυσης των ιστών (π.χ μέτρηση ούρων, πίεση αίματος, κεντρική φλεβική πίεση) • Εκτελεί ποσοτική ανάλυση της θεραπείας οξυγόνου με βάση την εκτίμηση του ασθενή • Μπορεί να μειώσει τα συνταγογραφημένα φάρμακα μέσα στα πλαίσια του συμβουλευτικού πρωτοκόλλου σε απάντηση της κατάστασης του ασθενή • Κάνει επανεκτίμηση της κατάστασης μετά από κάθε επέμβαση. • Τεκμηριώνει και αναφέρει τις θετικές ή αρνητικές αποκρίσεις

	στην θεραπεία. Επίπεδο 2,3
	<ul style="list-style-type: none"> • Διαχειρίζεται αποτελεσματικά την θεραπεία υγρών με βάση την εκτίμηση του ασθενή. • Σχεδιάζει επιπρόσθετες παρεμβάσεις για την καρδιακή δυσλειτουργία. • Προσαρμόζει την υποστήριξη με ινοτρόπα, σύμφωνα με το πρωτόκολλο.
2.8 Προβλέπει και προετοιμάζει τις πιθανές δευτερογενείς επιπτώσεις της κατάστασης του ασθενή και τις ανάλογες παρεμβάσεις	Επίπεδο 1 <ul style="list-style-type: none"> • Θεραπεύει τις ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες γρήγορα και είναι ενήμερος των δυνητικών επιπτώσεων των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. • Είναι σίγουρος ότι ο εξοπλισμός της καρδιακής ανακοπής έχει ελεγχθεί και ότι λειτουργεί κανονικά. • Είναι εξοικειωμένος με την χρήση του βασικού εξοπλισμού της διαχείρισης των αεραγωγών. • Είναι σίγουρος ότι οι φαρμακευτικές θεραπείες παρασκευάζονται και είναι διαθέσιμες σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή. • Μπορεί να επανατοποθετήσει τον ασθενή σε περιοχή υψηλής παρακολούθησης μέσα στον θάλαμο. • Πληροφορεί τον ασθενή και τη οικογένεια του καθώς και άλλα σημαντικά πρόσωπα για την κατάσταση και την θεραπεία του. • Μπορεί να προετοιμάσει τον ασθενή και να βοηθήσει σε διάφορες διαδικασίες (π.χ προετοιμασία ασθενή για χειρουργείο). Επίπεδο 2 και 3 <ul style="list-style-type: none"> • Προετοιμάζει τον ασθενή σωματικά και ψυχικά σχετικά με κάποια επέμβαση και είναι ενήμερος του πιθανού άγχους του ασθενή. • Μπορεί να προβλέψει και να είναι έτοιμος για πιθανή αστάθεια της κατάστασης.
2.9 Συμβάλει στην αξιολόγηση της	Επίπεδο 1,2,3 <ul style="list-style-type: none"> • Αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που έχουν γίνει.

<p>θεραπευτικής αγωγής και των επεμβάσεων</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Συζητά με την υπεύθυνη νοσηλεύτρια και τα μέλη της ομάδας (multidisciplinary team) σχετικά με την αξιολόγηση. • Συμμετέχει σε συσκέψεις του θαλάμου ή ατομικές με τον ασθενή. • Μπορεί να προσδιορίσει ποιες μπορεί να είναι οι πιθανές επιπτώσεις της θεραπείας στον κάθε ασθενή ατομικά. • Τεκμηριώνει την αξιολόγηση.
-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Αξιολογεί και ανταποκρίνεται με αποτελεσματικότητα στις αιφνίδιες αλλαγές της κατάστασης του ασθενή

<u>Στοιχεία των ικανοτήτων</u>	<u>Κριτήρια απόδοσης</u>
<p>3.1 Εκτιμά γρήγορα τα πολύπλοκα και ασταθή προβλήματα υγείας του ασθενή</p>	<p>Επίπεδο 1,2 και 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Γνωρίζει την σημασία της παρατήρησης. • Αναγνωρίζει τις απειλητικές για την ζωή καρδιακές αρρυθμίες. • Γνωρίζει την κλινική εικόνα του ασθενή που έχει υποστεί σοκ. • Αναγνωρίζει έναν ασθενή με καρδιακή ανακοπή. • Επικοινωνεί, συνεργάζεται και συμβουλευεται την υπεύθυνη νοσηλεύτρια, την ιατρική ομάδα, τον φυσιοθεραπευτή και την ομάδα αντιμετώπισης εκτάκτων περιστατικών
<p>3.2 Σχεδιάζει και εφαρμόζει στρατηγικές και θεραπευτικές επεμβάσεις για την αποκατάσταση και σταθεροποίηση του ασθενή</p>	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να χορηγήσει τα κατάλληλα φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική εντολή. • Γνωρίζει τις σχετικές επεμβάσεις που χρειάζονται για ασταθή ασθενή (όπως αναρρόφηση, οξυγονοθεραπεία και σωστή τοποθέτηση του σώματος). • Αναγνωρίζει τις ενδείξεις για αιμοδυναμική υποστήριξη. • Προτείνει θεραπεία υγρών, φαρμάκων σε συνεργασία με την ομάδα (multidisciplinary team). • Μπορεί να εφαρμόσει την βασική υποστήριξη ζωής (life

support). Έχει ενεργό συμμετοχή στην αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής.

- Συζητά νομικά και ηθικά θέματα της φροντίδας του ασθενή με την ομάδα (multidisciplinary).
- Ξεκινά την διαδικασία της καρδιακής ανακοπής.

Επίπεδο 2

- Ενεργοποιεί τις διαθέσιμες πηγές (ανθρώπους και εξοπλισμό)
- Παρέχει αποτελεσματικό αερισμός με τη συσκευή αναζωογόνησης με μάσκα και ambu.
- Γνωρίζει τα κριτήρια για την έναρξη της μηχανικού αερισμού.
- Ξεκινά την χρήση αναισθησίας, αναλγησίας και μυοχαλαρωτικών (σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες ή το πρωτόκολλο).
- Μπορεί να κάνει σχέδιο δράσης για κατάσταση αστάθειας μη χειρουργικού ή χειρουργικού ασθενή.
- Γνωρίζει το επόμενο στάδιο (sequence) για προχωρημένη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Επίπεδο 3

- Ξεκινά την ιατρική παρακολούθηση του ασθενή προκειμένου να συζητήσει την πιθανή επιστροφή στο επίπεδο 2 ή 1.
- Γνωρίζει την επαγγελματική ευθύνη που σχετίζεται με την διαδικασία μεταφοράς
- Μπορεί να συμμετέχει στην μεταφορά των πολύ σοβαρά ασθενών.
- Βοηθά στην προετοιμασία του ασθενή και στον εξοπλισμό για την διάνοιξη θώρακος (αν χρειαστεί).

<p>3.3</p> <p>Αξιολογεί συνεχώς τις μεταβολές της κατάστασης και της ανταπόκρισης του ασθενή στις θεραπευτικές παρεμβάσεις</p>	<p>Επίπεδο 1, 2 και 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τροποποιεί το πλάνο φροντίδας του ασθενή για την βελτίωση του αποτελέσματος. • Διασφαλίζει ότι οι αλλαγές έχουν τεκμηριωθεί και έχουν δοθεί με σαφήνεια. • Συμπεριλαμβάνει τον ασθενή και την οικογένεια , κατά το δυνατόν, στις αλλαγές του πλάνου θεραπείας.
<p>3.4</p> <p>Ανταποκρίνεται με αποτελεσματικότητα στις μεταβολές της κατάστασης του ασθενή που είναι απειλητικές για την ζωή</p>	<p>Επίπεδο 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να αναγνωρίσει, να εντοπίσει και να ελέγξει τον εξοπλισμό εκτάκτου ανάγκης. • Αναγνωρίζει τα συνηθισμένα φάρμακα που πιθανά να χρειαστούν σε καταστάσεις απειλητικές για την ζωή. <p>Επίπεδο 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αναγνωρίζει αμέσως τα σημάδια της επιδείνωσης της καρδιακής λειτουργίας, τα οποία χρειάζονται επέμβαση. • Αναγνωρίζει έγκαιρα τα σημάδια που σχετίζονται με την αναπνευστική δυσλειτουργία. • Αναγνωρίζει γρήγορα τα μειωμένα επίπεδα συνείδησης. • Επιβεβαιώνει την καρδιακή ανακοπή και ξεκινάει αμέσως θεραπεία καθώς και κλήση βοήθειας. • Μπορεί να εφαρμόσει τις κατάλληλες επεμβάσεις για να χειριστεί τα παραπάνω προβλήματα. <p>Επίπεδο 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ξεκινά και εφαρμόζει προχωρημένη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μέσα στα πλαίσια του Κώδικα Επαγγελματικής Συμπεριφοράς (Code of Professional Conduct) • Παραμένει εστιασμένος και ήρεμος κάτω από πίεση κατά την διάρκεια της διάσωσης. • Μπορεί να διευθύνει την πολυεπιστημονική ομάδα κατά την διάρκεια του συμβάντος της καρδιακής ανακοπής.

4. Αναπτύσσει και διαχειρίζεται το πλάνο της φροντίδας για να πετύχει το καλύτερο αποτέλεσμα για τον ασθενή και μελετά τις καλύτερες προϋποθέσεις για την ασφαλή μεταφορά του από την μονάδα.

<u>Στοιχεία των ικανοτήτων</u>	<u>Κριτήρια απόδοσης</u>
<p>4.1</p> <p>Αξιολογεί, σχεδιάζει, υλοποιεί, και εκτιμάει την φροντίδα υγείας μαζί με τους άλλους επαγγελματίες υγείας</p>	<p>Επίπεδο 1,2 και 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αναγνωρίζει την γνώμη και συμβουλή του κάθε ειδικού έτσι ώστε να καλύψει ένα μεγάλο εύρος των αναγκών του ασθενή με καρδιαγγειακά προβλήματα. • Εμπλέκει του κατάλληλους εξωτερικούς φορείς για να προετοιμάσει την έξοδο του ασθενή. • Εκτιμά την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και αναθεωρεί το πλάνο φροντίδας σύμφωνα με την εκτίμηση των δεδομένων. • Διασφαλίζει ότι έχει σχεδιασθεί το πλάνο φροντίδας αποτελεσματικά. Προνοεί ώστε η έξοδος και το πλάνο φροντίδας να συμβάλλουν στην βελτίωση του ασθενή (π.χ προγράμματα αποκατάστασης) <p>Εμπλέκει τους κατάλληλους εξωτερικούς φορείς για να προετοιμ του ασθενή.</p>

Κεφάλαιο 4

4.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στις Μονάδες Εμφραγμάτων. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία αναγνωρίζεται ότι ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού διακρίνεται στον ρόλο που έχει στην παροχή φροντίδας, τον εκπαιδευτικό ρόλο, τον ερευνητικό ρόλο και τον διοικητικό ρόλο.

4.1.1 Νοσηλευτική Φροντίδα

Η Μ.Ε είναι ένα τμήμα του νοσοκομείου, αν και δεν υπάρχει σε όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας, που απαιτεί συνεχιζόμενη εντατική νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς. Ο νοσηλευτής προγραμματίζει και φροντίζει για την διεκπεραίωση του σχεδίου φροντίδας ασθενούς με τον ταχύτερο και καταλληλότερο τρόπο, από την είσοδο μέχρι και την έξοδο του. Αυτό επιτυγχάνεται με τον προσωπικό συντονισμό και τη συνεργασία του νοσηλευτή με όλες τις υπηρεσίες και με όλους τους επιστήμονες υγείας. Στόχος του νοσηλευτή είναι η καλύτερη παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή (Λανάρα, 2004).

Οι ΜΕ είναι χώρος εντατικής παρακολούθησης με μεγάλη επικινδυνότητα, φόρτο εργασίας και αυξημένα νοσηλευτική ευθύνη. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Παπαθανάσογλου και άλλοι (2003) πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες των ασθενών για ψυχοκοινωνική φροντίδα και έναρξη των διαδικασιών αποκατάστασης και εκπαίδευσης. Φαίνεται ότι η σωστή αντιμετώπιση ενός ασθενή σε επείγουσα κατάσταση παίζει καθοριστικό ρόλο στη μετέπειτα πορεία της υγείας του. Είναι επομένως απαραίτητη η δια βίου εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα των νοσηλευτών, σε θέματα επείγουσας, και όχι μόνο, νοσηλευτικής φροντίδας με μορφή μικρών και επαναλαμβανόμενων σεμιναρίων με σκοπό την αύξηση των γνώσεων και την μεγαλύτερη αυτονομία της (Σταθοπούλου και άλλοι, 2006).

Βάσει πρόσφατων επιστημονικών δεδομένων υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της αυξημένης νοσηλευτικής αυτονομίας στη ΜΕ και της θετικής κλινικής έκβασης των ασθενών (Curley, 2002). Με άλλα λόγια, όσο μεγαλύτερη αυτονομία έχουν οι νοσηλευτές στο έργο τους, τόσο μικρότερη είναι η εμφάνιση επιπλοκών. Ως επακόλουθο, η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας στη ΜΕ βρίσκεται στις κύριες προτεραιότητες. Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια μέθοδος συστηματοποίησης της λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων. Τα νοσηλευτικά προβλήματα είναι συνήθως πολυπαραγοντικά. Η νοσηλευτική διεργασία παρέχει ένα πλαίσιο ολιστικής και ολοκληρωμένης προσέγγισης των αναγκών των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου και ενδέχεται να προάγει την αποκατάστασή τους, όταν η εφαρμογή της είναι πλήρης και δυναμική. Τέλος, θα βοηθούσε η προώθηση και καθιέρωση του κλινικού ειδικού νοσηλευτή στις ΜΕ και στην Ελλάδα. Επειδή υπάρχει σύγχυση μεταξύ κλινικού ειδικού νοσηλευτή και των νοσηλευτών που εργάζονται σε μια συγκεκριμένη ειδικότητα, θα πρέπει να γίνει διαχωρισμός.

Η κλινική ειδίκευση στη Νοσηλευτική απαιτεί ένα υψηλότερο επίπεδο γνώσεων, δεξιοτήτων και προσόντων από ότι αυτό που παρέχει η βασική εκπαίδευση. Η κλινική ειδίκευση επικεντρώνεται σε ένα συγκεκριμένο κλάδο της Νοσηλευτικής και απαιτεί την εφαρμογή θεωριών σε επιλεγμένα νοσηλευτικά φαινόμενα. Αντίθετα, ο θεσμός του κλινικού ειδικού Νοσηλευτή μπορεί να έχει τις ρίζες του σε μια ή περισσότερες νοσηλευτικές ειδικότητες, αλλά ο ρόλος του καθορίζεται κατά κύριο λόγο από τη λειτουργία του και όχι από το περιβάλλον στο οποίο εφαρμόζεται.

Ο ρόλος του κλινικού ειδικού Νοσηλευτή (ΚΕΝ) στοχεύει όχι μόνο στη παροχή προηγμένης, εξειδικευμένης φροντίδας στο πλευρό του ασθενούς που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνεται και στο χώρο που ζουν ή εργάζονται οι πολίτες (ασθενείς ή υγιείς) (Beecroft, 1989). Ο ΚΕΝ είναι εκπαιδευτής, σύμβουλος, διαχειριστής, ερευνητής, πληροφοριοδότης και καινοτόμος, υπεύθυνος για της ενέργειες του (Humphris, 1994). Συνεπώς, είναι προφανές ότι ο ρόλος αυτός είναι πολυδιάστατος και εξαιρετικά πολύπλοκος. Γι' αυτό, η εφαρμογή του προσαρμόζεται και αλλάζει συνεχώς ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών και των εκάστοτε θεσμών και αξιών.

Είναι αποδεδειγμένο ότι η βασική νοσηλευτική εκπαίδευση δεν είναι αρκετή ώστε να ανταποκριθεί στις πολύπλοκες, εκτεταμένες και προηγμένες δραστηριότητες της ειδικής Νοσηλευτικής. Προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, ο ΚΕΝ χρειάζεται να αναλαμβάνει διάφορους ρόλους, οι οποίοι με τη σειρά τους απαιτούν επιπλέον επαγγελματική εκπαίδευση και εξάσκηση. Στην Αμερική και στην Αγγλία, ο νοσηλευτής απαιτείται να είναι κάτοχος Master και να διαθέτει κλινική εμπειρία στον τομέα της ειδικότητας του, έτσι ώστε να μπορεί να αποκτήσει τον τίτλο του ΚΕΝ. Όσο πιο μακροχρόνια εμπειρία διαθέτει κάποιος, τόσο πιο αποτελεσματικά εκπληρώνει ένα συγκεκριμένο ρόλο. Τέλος, η περαιτέρω μεταπτυχιακή εκπαίδευση συνεισφέρει στην καλλιέργεια προσωπικών γνωρισμάτων και ικανοτήτων που απαιτούνται για την ανάληψη ενός προηγμένου ρόλου, όπως αυτός του ΚΕΝ.

4.1.2 Εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή στη ΜΕ

Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή στη ΜΕ περιλαμβάνει προπτυχιακή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ίδιου, ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών ώστε να καταστούν ικανοί να αντιμετωπίσουν μετέπειτα πιθανές επιπλοκές και να καλύψουν τις ανάγκες τους μετά την έξοδο από την ΜΕ. Τέλος, ο νοσηλευτής πρέπει να διαπαιδαγωγήσει και να εκπαιδεύσει τους φοιτητές στην κλινική τους άσκηση ώστε να λάβουν τις απαραίτητες γνώσεις που θα τους καταστήσει ικανούς να παρέχουν ασφαλή και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα, η εκπαίδευση παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των νοσηλευτών και στον προσδιορισμό της κατεύθυνσης της νοσηλευτικής, των νοσηλευτικών υπηρεσιών και του χώρου της υγείας γενικά. Εκπαίδευση δεν είναι η απλή μετάδοση γνώσεων. Είναι η παροχή επιστημονικών γνώσεων/δεξιοτήτων και η διαμόρφωση του χαρακτήρα. Απαιτείται πραγματική μόρφωση του αυριανού νοσηλευτή ερευνητή, για είναι ικανός να ασχολείται με πολλαπλά, ποικίλα, σύνθετα γεγονότα και προβλήματα, με άγνωστες και απρόβλεπτες καταστάσεις. Η νοσηλευτική εκπαίδευση οφείλει να μεταβιβάζει και να ενσωματώνει επιστημονικές γνώσεις και ηθικές αξίες.

Η συμβολή του νοσηλευτή στην παρότρυνση των ασθενών για αερόβια άσκηση είναι σημαντική, τόσο σε προμεταμοσχευτικό στάδιο όσο και μετά τη μεταμόσχευση της καρδιάς. Ο νοσηλευτής είναι σε θέση να αξιολογεί την καρδιακή λειτουργία, αλλά και τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς πριν και μετά την επέμβαση. Πρέπει να ενημερώνει και να εξηγεί στον ασθενή την σημασία της άσκησης και τα οφέλη της, ιδιαίτερα στην καρδιοπνευμονική λειτουργία, αλλά και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τον χρόνο έναρξης ενός προγράμματος αποκατάστασης σε μεταμοσχευθέντα ασθενή έτσι ώστε να μπορεί να προσφέρει ενημέρωση και συμβουλευτική. Η γνώση ότι η καρδιά είναι απονευρωμένη και παρουσιάζει δυσκολίες στη ρύθμιση της συχνότητας πρέπει να εντείνει την προσοχή του νοσηλευτή και, εκτός από την αξιολόγηση των ζωτικών σημείων, να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και η επικείμενη αναφορά του ασθενούς.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται κατά τη διάρκεια της άσκησης για τυχόν εμφάνιση ισχαιμικού επεισοδίου, καθώς σε αυτούς τους ασθενείς απουσιάζουν τα συμπτώματα της στηθάγχης λόγω απονευρωμένου μοσχεύματος. Η παρουσία του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της άσκησης προσφέρει συναισθηματική ασφάλεια στον ασθενή, ενθάρρυνση για τη μέγιστη δυνατή συμμετοχή στην άσκηση και δυνατότητα άριστης κλινικής αξιολόγησης του ασκούμενου (Πολυκανδριώτη και Κυρίτση, 2005). Οι νοσηλευτές θεωρούνται οι πιο σημαντικοί δάσκαλοι των ασθενών καθώς έχουν τη στενότερη επαφή με τους ασθενείς και περνούν τον περισσότερο χρόνο με αυτούς από οποιοδήποτε άλλο μέλος της ομάδας υγείας, το οποίο τους δίνει τη δυνατότητα να εκτιμήσουν τις ανάγκες τους και την ετοιμότητα τους να μαθαίνουν.

Ο αποτελεσματικός νοσηλευτής-δάσκαλος δεν θα πρέπει απλώς να μεταδίδει γνώσεις και δεξιότητες αλλά να ενεργοποιεί τη συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία της μάθησης έτσι ώστε να καταλάβει την πραγματική του κατάσταση, να αποδεχτεί τη διάγνωση, να εκτιμήσει τις επιδράσεις της θεραπείας στη μελλοντική του ζωή και να δεσμεύσει τον εαυτό του στη συμμόρφωση με τη θεραπευτική του αγωγή. Η διαδικασία διδασκαλίας και μάθησης θα πρέπει να έχει σχεδιαστεί, εφαρμοσθεί και αξιολογηθεί στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας.

Παρότι τη χρησιμότητα της διδασκαλίας του ασθενούς, η βιβλιογραφία αναγνωρίζει μια σειρά παραγόντων που δυσκολεύει την επιτυχία της. Πιο συγκεκριμένα, η

ανεπαρκείς προετοιμασία των νοσηλευτών για τη διδασκαλία (Close, 1988). Αφιερώνεται πολύ λίγος χρόνος στη βασική νοσηλευτική εκπαίδευση για την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, ιδιαίτερα της ακρόασης, δεξιοτήτων αξιολόγησης και διδασκαλίας. Επίσης, λείπει από τους νοσηλευτές γνώση και σιγουριά για το τι πρέπει να διδάξουν. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που διδάσκουν τους ασθενείς στις ίδιες περιοχές εκπαίδευσης. Το επόμενο εμπόδιο είναι η χαμηλή προτεραιότητα που δίνεται στη διδασκαλία των ασθενών. Από τη στιγμή που η επικοινωνία με τους ασθενείς καταλαμβάνει μόνο το 10% του χρόνου των νοσηλευτών, μεγάλο μέρος της διδασκαλίας παραλείπεται (Cohen, 1985). Τέλος, ένα εμπόδιο είναι η μη αποδοχή εκ μέρους του ασθενούς της αξιοπιστίας του νοσηλευτή ως “αυθεντία”.

Η αναγκαιότητα εκπαίδευσης φοιτητών στην κλινική νοσηλευτική είναι μεγάλης προτεραιότητας σήμερα όσο ποτέ άλλοτε. Καθημερινά διαπιστώνεται ότι η ραγδαία τεχνολογική και επιστημονική πρόοδος, που έχει «καταλάβει» το χώρο της υγείας, συνεπάγεται πρόσθετα ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα, τα οποία όπως προβλέπεται θα είναι ακόμα πιο πολύπλοκα στο μέλλον, όπου οι σημερινοί φοιτητές και αυριανοί νοσηλευτές θα ασκήσουν το έργο τους. Η κλινική διδασκαλία θεωρείται η πεμπτουσία της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Ο κλινικός εκπαιδευτής είναι ένα έμπειρος νοσηλευτής του κλινικού χώρου, που βοηθά το φοιτητή στη διάρκεια της κλινικής του εκπαίδευσης, σε μια σχέση ενός προς ένα, παρέχοντας ταυτόχρονα καθοδήγηση και υποστήριξη.

Ο κλινικός νοσηλευτής έχει τις παρακάτω ευθύνες :

- Παρέχει εποικοδομητική υποστήριξη προς τους φοιτητές
- Βοηθά τους φοιτητές προκειμένου να ενοποιήσουν τη θεωρία με την κλινική άσκηση
- Παρέχει στους φοιτητές ευκαιρίες μάθησης με τη μορφή των κλινικών εμπειριών
- Διατηρεί ένα αποτελεσματικό περιβάλλον μάθησης
- Ενεργεί ως νοσηλευτικό πρότυπο για τους φοιτητές
- Αξιολογεί την επίδοση των φοιτητών στην κλινική άσκηση
- Προσπαθεί για τη βελτίωση της κλινικής άσκησης

- Συνεισφέρει στην ανάπτυξη ενός προγράμματος των φοιτητών

Φαίνεται αναγκαίο η βασική κλινική νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα να στραφεί προς την κατεύθυνση που οι κλινικοί εκπαιδευτές να έχουν τα απαραίτητα προσόντα και γνώσεις για να εκπληρώσουν επιτυχώς τους παραπάνω ρόλους.

4.1.3 Ερευνητικός Ρόλος

Ένας από τους πολλούς ρόλους του νοσηλευτικού προσωπικού των Μ.Ε είναι και ο ερευνητικός ρόλος. Πρέπει να ερευνούν διότι έτσι προάγουν την επιστήμη τους και προσπαθούν να βελτιώσουν καταστάσεις στο χώρο εργασίας τους. Μπορούν να ερευνήσουν την ικανοποίηση των ασθενών με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Επίσης, μέσω της έρευνας μπορούν να πραγματοποιήσουν πρωτόκολλα κλινικής φροντίδας διότι βοηθάνε τους νοσηλευτές στην δημιουργία ασφαλούς και εμπειριστατωμένης φροντίδας. Σε μια έρευνα ο νοσηλευτής μπορεί να είναι αυτόνομος, αλλά χρειάζεται και τη συνεργασία με άλλους νοσηλευτές και με γιατρούς.

Η έρευνα ζητά απαντήσεις σε ερωτήσεις με έναν τακτικό και συστηματικό τρόπο. Οι απαντήσεις σε νοσηλευτικές ερευνητικές ερωτήσεις βοηθούν τους νοσηλευτές να παρέχουν περισσότερο αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα, να τεκμηριώνουν το μοναδικό ρόλο που παίζει η Νοσηλευτική στο σύστημα υγείας και να αναπτύσσουν επαρκή βάση επιστημονικής γνώσης. Ως επακόλουθο, η έρευνα θεμάτων που αφορούν την νοσηλευτική πρακτική είναι απαραίτητη (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

Οι κυριότεροι σκοποί της νοσηλευτικής έρευνας είναι :

- Η βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας
- Η βελτίωση της κατάστασης υγείας των αρρώστων
- Η συμβολή της στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου σε όλες τις καταστάσεις υγείας, ακόμα και στην περίοδο του θανάτου.

Στις Μ.Ε, μια μονάδα αυξημένων απαιτήσεων και ικανοτήτων από τους νοσηλευτές, φαίνεται ότι ο άρρωστος θα υπάρχει πάντοτε και θα απαιτεί την καλύτερη δυνατή νοσηλευτική φροντίδα. Γι' αυτό όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται η δυναμική συμβολή της νοσηλευτικής έρευνας στη βελτίωση υγείας και φροντίδας του αρρώστου (Ραγιά, 1991).

Η έρευνα :

- Παρέχει τις πληροφορίες που χρειάζονται για τη λήψη αποφάσεων, απαραίτητη προϋπόθεση για την νοσηλευτική άσκηση, την εκπαίδευση και την διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- Εφοδιάζει τους νοσηλευτές με τις απαραίτητες μεθόδους αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας.
- Δίνει εξηγήσεις για την νοσηλευτική φροντίδα που καλύπτει τις ανάγκες τις κοινωνίας.
- Είναι απαραίτητη και αποφασιστικής σημασίας για την διαμόρφωση πολιτικής υγείας και λήψης αποφάσεων.
- Βελτιώνει και προάγει την κλινική άσκηση και τη διοίκηση, όταν ευρήματα ερευνών εφαρμόζονται στην πράξη (Σαχίνη και Καρδάση, 2004).

Γεγονός πάντως είναι ότι η προαγωγή της έρευνας και της ανάπτυξης θεωριών συμβαδίζει με την πανεπιστημιακή εκπαίδευση και την προηγμένη ακαδημαϊκή κατάρτιση των νοσηλευτών σε όλο τον κόσμο. Το πανεπιστήμιο είναι ο χώρος για την ανάπτυξη της έρευνας, γιατί καλλιεργεί το ερευνητικό πνεύμα στους φοιτητές (Ραγιά, 1991).

Σήμερα νοσηλευτική έρευνα διενεργείται σε όλες τις διαστάσεις του κλάδου:

Νοσηλευτική εκπαίδευση. Περιλαμβάνει μελέτες για προσέλκυση σπουδαστών, αποχώρηση, διδακτικές μεθόδους, απόκτηση κλινικών δεξιοτήτων, σχέση θεωρίας-πρακτικής, κ.α.

Νοσηλευτική διοίκηση. Περιλαμβάνει μελέτες για την κατάλληλη στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών, συχνότητα απουσίας και ασθένειας προσωπικού, χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών στη νοσηλευτική διοίκηση, μελέτες κόστους και παραγωγικότητας, κ.α.

Νοσηλευτική άσκηση. Η έρευνα στην περιοχή αυτή αναπτύσσεται γύρω από τέσσερις άξονες: α. Εφαρμογή της νοσηλευτικής επιστήμης, β. εφαρμογή της νοσηλευτικής τέχνης, γ. οργανωτικά και διοικητικά συστήματα που απαιτούνται για καλύτερη παροχή φροντίδας υγείας και δ. μεθοδολογία που απαιτείται για μέτρηση απόδοσης και αξιολόγηση (Λανάρα, 2004).

Η ίδρυση του κέντρου νοσηλευτικών ερευνών στο Εθνικό Ίδρυμα Υγείας των ΗΠΑ αποτελεί μεγάλο σταθμό στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής έρευνας σε όλο τον κόσμο. Η νοσηλευτική έρευνα βρήκε την θέση της μεταξύ των κυρίων ερευνών των επιστημών υγείας και η χρηματοδότηση των ερευνητικών προγραμμάτων ακολουθεί τις ίδιες προϋποθέσεις, με τα ίδια αντικειμενικά κριτήρια. Γενικά, το μέλλον της νοσηλευτικής έρευνας διαφαίνεται αισιόδοξο και με πολλές προκλήσεις. Κατευθύνεται περισσότερο προς την κλινική άσκηση. Η κατεύθυνση αυτή όχι μόνο θα βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας αλλά φαίνεται ότι θα αλλάξει και τα εκπαιδευτικά προγράμματα της νοσηλευτικής. Οι μελλοντικοί φοιτητές θα μαθαίνουν την επιστήμη και τέχνη της νοσηλευτικής σε διαφορετικές συνθήκες από αυτές που τη διδάσκονται σήμερα (Workgroup, 1991).

Όπως άρχισε να αναγνωρίζει η νοσηλευτική κοινότητα η χρησιμοποίηση της έρευνας είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν γίνει ορισμένες αλλαγές στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στην νοσηλευτική έρευνα, που ωθήθηκαν από την επιθυμία να αναπτυχθεί καλύτερη βάση γνώσης για την πρακτική της Νοσηλευτικής. Στην εκπαίδευση τροποποιήθηκαν τα προγράμματα, για να περιλάβουν μαθήματα για νοσηλευτική έρευνα. Στην ερευνητική αρένα, έχει γίνει μια δραματική αλλαγή με επίκεντρο τα κλινικά νοσηλευτικά προβλήματα. Η νοσηλευτική έρευνα έγινε πηγή ελπίδας για εγκατάσταση μιας επιστήμης φροντίδας υγείας των αρρώστων και της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε νοσηλευτές και αρρώστους (Λανάρα, 2004).

Γενικά από όσα διαφαίνονται, η έρευνα είναι μια πολύπλοκη διεργασία που απαιτεί από το νοσηλευτικό προσωπικό γνώσεις και ικανότητα. Στην Μ.Ε, η ανάλυση των αναγκών του αρρώστου και η αντιμετώπιση των προβλημάτων αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος της εργασίας του νοσηλευτή. Αυξάνει το αίσθημα της ευθύνης για την έκβαση της κατάστασης του αρρώστου. Δεν μειώνει όμως την ανάγκη έρευνας και διοίκησης. Εφ' όσον οι εργασίες είναι ποικίλες, ο ρόλος του νοσηλευτή γίνεται πιο σύνθετος, ανεξάρτητα αν είναι αρχηγός ή μέλος της ομάδας. Δεν οργανώνει μόνο την δική του εργασία, αλλά και τη συντονίζει με την εργασία των άλλων μελών. Συνεπώς, διαφαίνεται ότι για να είναι επιτυχημένη μια έρευνα πρέπει πάντα να υπάρχει συνεργασία και αρμονία μεταξύ των νοσηλευτών της Μ.Ε, μια μονάδα που όπως απαιτεί υπομονή, γνώσεις, δεξιότητες και παρατηρητικότητα.

4.1.4 Διοικητικός Ρόλος

Η έννοια της διοίκησης υπάρχει από την στιγμή που οι πρώτοι άνθρωποι προσπάθησαν να επιτύχουν αποτελέσματα με την οργανωμένη ομαδική εργασία υπό την επίβλεψη άλλων (Λαναρά, 2004).

Ο όρος διοίκηση σημαίνει κάθε δραστηριότητα την οποία αναπτύσσουν τα άτομα και οι διάφοροι δημόσιοι ή ιδιωτικοί οργανισμοί για τη συστηματική και συνεπή διεύθυνση και διαχείριση των υποθέσεων τους. Επίσης, σημαίνει την εξουσία την οποία εξασκεί ο κατά βαθμό ανώτερος στην ιεραρχική κλίμακα στους υφισταμένους του με βάση τους κείμενους νόμους και κανονισμούς.

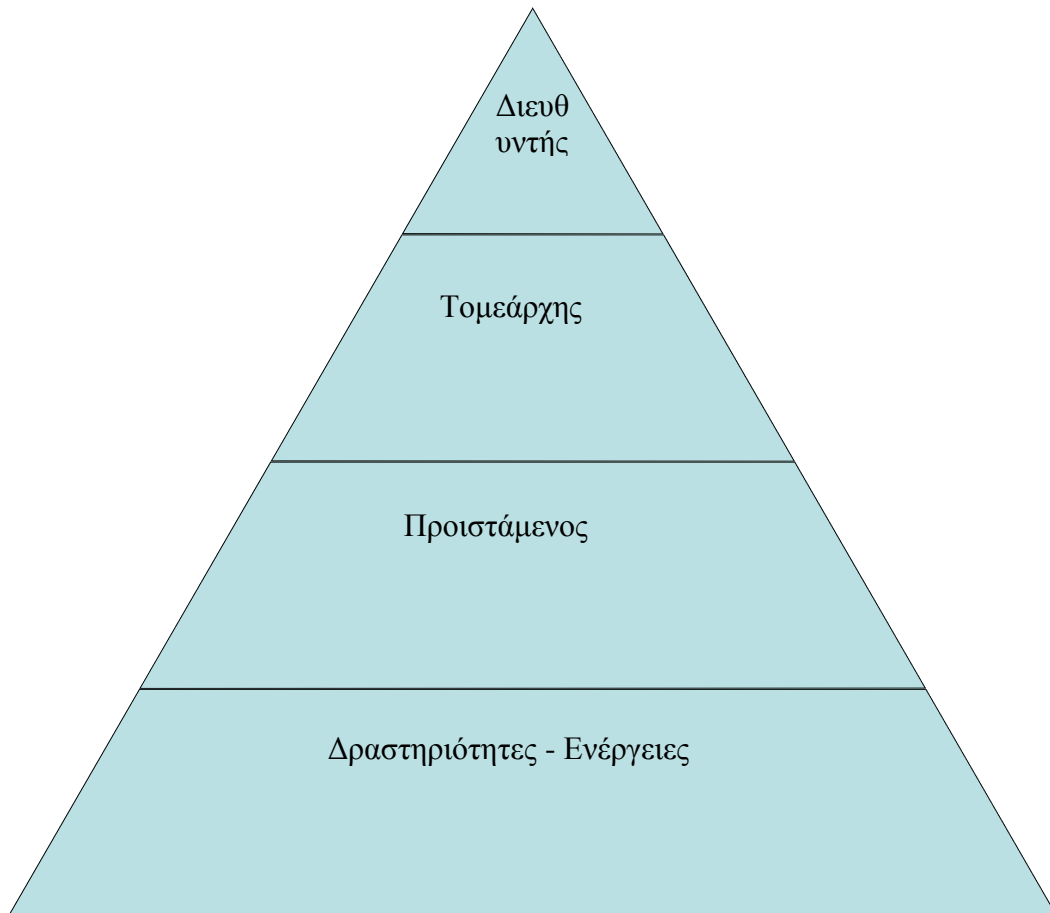
Είναι βασικό όλοι οι νοσηλευτές και άλλοι επιστήμονες υγείας, να έχουν γνώση και να κατανοούν τη θεωρία και την εφαρμογή της διοίκησης. Η οργάνωση εργασίας διέπεται από τις εξής βασικές αρχές όπως τις αναφέρει η Λανάρα (2004):

- Την αρχή του ενός προϊσταμένου
- Την αρχή της ομοιογένειας των καθηκόντων
- Την αρχή του ελέγχου
- Την αρχή του συντονισμού
- Την αρχή της ευθύνης και της εξουσιοδότησης
- Την αρχή της αποκέντρωσης των ευθυνών.

Ο Fayol, Γάλλος διευθυντής Βιομηχανικών επιχειρήσεων μέχρι το 1918, καθιέρωσε τη διοίκηση ως οικουμενικό σύνολο λειτουργιών και συγκεκριμένα απαρτιζόμενη από τις ακόλουθες λειτουργίες : σχεδιασμό – προγραμματισμό, οργάνωση, διαταγή – οδηγία, συντονισμό και έλεγχο. Διοικώ σημαίνει, σύμφωνα με τον Fayol, προβλέπω, οργανώνω, διευθύνω, συντονίζω και ελέγχω.

Η δομή της γνώσης της νοσηλευτικής διοίκησης αντιπαραβάλλεται προς την μέχρι σήμερα γενικά παραδεκτή βασική γνώση. Κι αυτό, γιατί η νοσηλευτική διοίκηση παρέχει το πλαίσιο μέσα στο οποίο ασκείται η όλη νοσηλευτική. Επαγωγικές και συμπερασματικές θεωρίες και αφετηρία τη διευκρίνιση εννοιών, είναι κατάλληλες για την νοσηλευτική διοίκηση. Στις θεωρίες νοσηλευτικής διοίκησης τόσο στην βιβλιογραφία όσο και στην πράξη, κυριαρχούν οι έννοιες: ποιότητα, αλληλεξάρτηση, φροντίδα, υγεία, περιβάλλον, νοσηλευτικές ανάγκες και νοσηλευτική οργάνωση (Λαναρά, 2004).

Η διοίκηση συνήθως χωρίζεται σε τρία επίπεδα: Το Α' επίπεδο αντιστοιχεί στον προϊστάμενο νοσηλευτικής μονάδας, το Β' στον τομεάρχη και το Γ' επίπεδο στο διευθυντή νοσηλευτικών υπηρεσιών. Το σχήμα 1 παρουσιάζει τα επίπεδα διοίκησης, στη βάση της οποίας τοποθετούνται οι δραστηριότητες ή ενέργειες και εργασίες.



Η εκπαίδευση στη διοίκηση όλων των στελεχών υγείας είναι απαραίτητη και χρήσιμη για δύο κυρίως λόγους: πρώτον εισάγει και ευαισθητοποιεί τους φοιτητές στην έρευνα και στο σώμα γνώσης, που παρέχει την επιστημονική βάση της διοίκησης και βοηθάει αυτούς που την ασκούν να γίνονται ικανά και επιτυχημένα στελέχη και δεύτερον, για όσους δεν σχεδιάζουν να αναλάβουν διοικητικά καθήκοντα, η μελέτη αυτής της επιστημονικής περιοχής παρέχει πληροφορημένη γνώση για σωστή κρίση της συμπεριφοράς του προϊσταμένου και την κατανόηση των εσωτερικών λειτουργιών των οργανισμών και υπηρεσιών (Λαναρά, 2004).

Για την Ελλάδα, πρέπει να σημειωθεί ότι στην πρώτη νοσηλευτική σχολή της χώρας, του Θεραπευτηρίου «Ο Ευαγγελισμός», που ως γνωστό είναι το μοναδικό

νοσοκομείο του κόσμου, το οποίο ιδρύθηκε με πρώτο και κύριο σκοπό την «κατά τους κανόνες της επιστήμης» εκπαίδευση νοσηλευτριών (ΦΕΚ 85/29.7.1885), οι μαθήτριες καταρτίζονταν και στη νοσηλευτική διοίκηση. Μεταξύ των προϋποθέσεων χορήγησης πτυχίου στις τελειόφοιτες συμπεριλαμβανόταν μετά τις προφορικές πτυχιακές εξετάσεις και η επιτυχής διεύθυνση ενός θαλάμου παθολογικού ή χειρουργικού τμήματος για ένα μήνα.

Γιατί όμως τόση έμφαση δίνεται τελευταία στη σπουδή της νοσηλευτικής διοίκησης; Διάφοροι παράγοντες συντέλεσαν στη σύγχρονη απαίτηση για εκπαίδευση στη διοίκηση. Σημαντικός παράγοντας θεωρείται η αλλαγή του ρόλου προϊσταμένων νοσηλευτικών μονάδων νοσοκομείου ή άλλων ιδρυμάτων. Ο ρόλος που θεωρείται συνδεδεμένος με αυτόν της επίβλεψης σε παραδοσιακό τύπο αυστηρής ιεραρχίας, έχει αλλάξει ως προς την άποψη προϊσταμένων νοσηλευτών που ασκούν τον πραγματικό ρόλο αρχηγού-συντονιστή διευκολύνοντας την άσκηση της νοσηλευτικής. Άλλος παράγοντας είναι η τάση των νοσηλευτών προς ανάληψη μεγαλύτερης αυτόνομης προσωπικής ευθύνης σε κάθε τομέα εργασίας (Slater, 1978).

Ένας από τους σοβαρότερους λόγους, για τους οποίους τα διοικητικά στελέχη πρέπει να είναι νοσηλευτές, αποτελεί το γεγονός ότι η νοσηλευτική υπηρεσία είναι το κυριότερο και μεγαλύτερο τμήμα κάθε ιδρύματος υγείας. Επομένως, απαιτούνται στελέχη για τις ανώτερες διοικητικές θέσεις με ειδικές γνώσεις αντιμετώπισης των αναγκών των αρρώστων. Η νοσηλευτική υπηρεσία θα συνεχίσει και στο μέλλον να αποτελεί το τμήμα – κλειδί των ιδρυμάτων και υπηρεσιών υγείας. Είναι το τμήμα που παρέχει υπηρεσίες στους αρρώστους 24 ώρες το 24ωρο επί 7 ημέρες την εβδομάδα καθόλο το έτος και απαιτεί πάνω από 40% του λειτουργικού προϋπολογισμού στα περισσότερα νοσοκομεία. Συνήθως απασχολεί το μεγαλύτερο σε ποσοστό προσωπικό από κάθε άλλη υπηρεσία. Γι' αυτό, τα ανώτερα στελέχη διοίκησης νοσηλευτικής υπηρεσίας πρέπει να είναι καταξιωμένοι νοσηλευτές πανεπιστημιακής βαθμίδας, με πείρα και ειδικές μεταπτυχιακές σπουδές στη νοσηλευτική διοίκηση.

4.2 Προοπτικές - Προδιαγραφές

Μέσα σε έναν κόσμο που διαρκώς μεταβάλλεται, η ενίσχυση των γνώσεων διαδραματίζει όλο και μεγαλύτερο ρόλο για την απόκτηση χρήσιμων προσόντων, για την εύρεση εργασίας ή και για την ανάπτυξη της προσωπικότητας. Σήμερα όσο ποτέ άλλοτε η εκπαίδευση αποτελεί μια αέναη διαδικασία που δεν σταματά πλέον στο σχολείο ή στο πανεπιστήμιο, αλλά συνεχίζεται σε άλλους τυπικούς ή και άτυπους χώρους και σε όλα τα στάδια της ζωής. Η νοσηλευτική ως επιστημονικός κλάδος που τεκμηριώνεται μέσα από σπουδές ανώτατου επιπέδου, δεν θα μπορούσε να μείνει αμέτοχη στις τρέχουσες εξελίξεις. Η εποχή που η εκπαίδευση στην νοσηλευτική περιοριζόταν απλώς «στο πως θα μάθουμε να κάνουμε καλά αυτό που μας λεγόταν να κάνουμε» ανήκει στην ιστορία της νοσηλευτικής. Οι επιταγές της σύγχρονης κοινωνίας απαιτούν από την νοσηλευτική, πανεπιστημιακό επίπεδο γνώσεων, κριτικό πνεύμα και αποδεδειγμένη επικαιρότητα γνώσεων σε βάθος χρόνου. Με άλλα λόγια, η απάντηση στη νέα αυτή διάσταση δεν είναι άλλη από την συνεχιζόμενη μάθηση.

Η διαδικασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης είναι ένα σχετικά καινούργιο φαινόμενο για την Ελλάδα. Πολλά έχουν γραφεί και έχουν γίνει για την εκπαίδευση γενικότερα, σε αντίθεση με την συνεχιζόμενη μάθηση όπου οι προσπάθειες ήταν ισχνές και περιστασιακές. Έπρεπε, λοιπόν, να διανύσουμε τις τελευταίες δεκαετίες για να καταλάβει την ξεχωριστή της θέση στο εκπαιδευτικό μας σύστημα.

Με τον όρο συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση εννοούμε την διαρκή ανανέωση των γνώσεων που έχει αφετηρία την λήψη του βασικού πτυχίου και επεκτείνεται σε όλη την διάρκεια της ζωής της με απώτερο σκοπό την βελτίωση της ολιστικής και εξατομικευμένης φροντίδας του ασθενούς. Στηρίζεται κυρίως σε οργανωμένες εκπαιδευτικές δραστηριότητες ακαδημαϊκού ή μη χαρακτήρα, ενώ παράλληλα δεν περιορίζει και την ανάπτυξη της ατομικής πρωτοβουλίας (Παπαδημητρίου και άλλοι, 2003).

Ο πρωταρχικός σκοπός της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην νοσηλευτική είναι η βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς. Ειδικότερα, σκοπός της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης είναι να προσφέρει:

- Εκπαίδευση στις νέες τεχνολογίες και στη συνεχώς εξελισσόμενη γνώση που κατακλύζει τον χώρο της υγείας
- Ανατροφοδότηση των γενικών αλλά και των ειδικών προσδιορισμένων γνώσεων με την προσθήκη νέων, κάτι που θα επιτρέψει στους νοσηλευτές να διεκπεραιώσουν την εργασία τους περισσότερο αποδοτικά
- Προσωπική και επαγγελματική εξέλιξη
- Ανάπτυξη της νοσηλευτικής ως επιστήμης

Οι λόγοι που έκαναν αναγκαία τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι:

- Οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές μεταβολές
- Βιομηχανοποίηση της υγείας, αλλαγές στην αγορά εργασίας, παγκοσμιοποίηση, εξάπλωση τεχνολογίας
- Ανάγκη παροχής υψηλού επιπέδου νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή
- Συσσώρευση επιστημονικών γνώσεων

Τελευταία γίνονται πολλές προσπάθειες από τον Ε.Σ.Ν.Ε, σε συνεργασία με κρατικούς φορείς, να επεκταθούν σε ειδικότητες όπως η κοινοτική νοσηλευτική και να προστεθούν εξειδικεύσεις όπως αναισθησιολογίας, καρδιοχειρουργικής κ.α. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση μορφοποιείται και διαμέσου άλλων ευκαιριών και προγραμμάτων, όπως συνέδρια, σεμινάρια, ημερίδες και διημερίδες.

Η στελέχωση τις μονάδας εμφραγμάτων σήμερα, γίνεται με νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης οι οποίοι έχουν τις γνώσεις για να παρέχουν την εξειδικευμένη φροντίδα που απαιτείται κατά την νοσηλεία των ασθενών αυτών.

Η Μ.Ε είναι μια μονάδα αυξημένων απαιτήσεων, γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων διότι παρέχει στους ασθενείς εξειδικευμένη και ολιστική νοσηλευτική φροντίδα, εντατική παρακολούθηση με την χρήση εξειδικευμένων μηχανημάτων τα οποία απαιτούν από το νοσηλευτικό προσωπικό γνώσεις τις οποίες πρέπει να προσαρμόζουν στη διαρκώς μεταβαλλόμενη τεχνολογία και στις αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών για την παροχή ασφαλούς, ποιοτικής και εμπειριστατωμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Στην περιοχή της εντατικής φροντίδας μέρος της οποίας αποτελεί και η Μ.Ε, το επίπεδο στελέχωσης πρέπει να στηρίζεται πάνω στις ανάγκες

των ασθενών και τον συγγενών τους στο πλαίσιο τις ολιστικής φροντίδας και να το διέπει ευελιξία έτσι ώστε οι ανάγκες περίθαλψης να ικανοποιούνται (Department of Health, 2001).

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται ή πρόκειται να εργαστεί στις Μ.Ε θα πρέπει να έχει εξειδικευμένες γνώσεις πάνω σε επείγουσες καταστάσεις, στη νοσηλευτική φροντίδα εμφραγματιών, καθώς και στην χρήση των μηχανημάτων που υπάρχουν στην μονάδα εμφραγμάτων. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό των Μ.Ε να αναζητά διαρκώς τρόπους και να εκμεταλλεύεται ευκαιρίες πάνω στην γνώση για την καλύτερη και καταλληλότερη εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας προς τους ασθενείς που χρήζουν άμεση και επείγουσα φροντίδα.

Τα κυριότερα μέσα για την απόκτηση γνώσεων και παροχή ποιοτικής φροντίδας είναι:

- Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση
- Μεταπτυχιακά
- Συνέδρια
- Σεμινάρια
- Ημερίδες
- Δημερίδες

Τα κυριότερα μέσα για την επίτευξη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης είναι :

- Διάλεξη
- Διδασκαλία σε μικρές ομάδες
- Κλινική διδασκαλία
- Επίδειξη
- Η/Υ
- Εξ' αποστάσεως εκπαίδευση
- Βίντεο

Στην Ελλάδα σήμερα τα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης που προσφέρονται είναι σε επίπεδο μεταπτυχιακού διπλώματος ή ειδίκευσης, όπως:

- Δημόσια υγεία

- Βασικές επιστήμες
- Κλινική νοσηλευτική
- Ψυχική υγεία
- Οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών υγείας(διαπανεπιστημιακό)
- Πληροφορική υγείας
- Διοίκηση μονάδων υγείας
- Διοίκηση υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ.

Τα προγράμματα αυτά μπορούν να οδηγήσουν στην απόκτηση διδακτορικού διπλώματος.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε επίπεδο ειδικότητας περιλαμβάνει :

- Παθολογική νοσηλευτική
- Χειρουργική νοσηλευτική
- Παιδιατρική νοσηλευτική
- Ψυχιατρική νοσηλευτική

Πηγές πληροφόρησης για περαιτέρω ενημέρωση όσον αφορά σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην Ευρώπη είναι:

- Δίκτυο σπουδαστών του προγράμματος Erasmus
- Ολοκληρωμένες αναφορές για διεθνείς σπουδαστές
- Εθνική επιτροπή για μεταπτυχιακούς σπουδαστές
- Σύνδεσμος των Πανεπιστημίων και άλλων Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ινστιτούτο στη Γερμανία
- Σύνδεσμος Σουηδικών Πανεπιστημίων
- Ανοιχτό Πανεπιστήμιο της Αγγλίας, υπηρεσία για σπουδές με τη μέθοδο εξ αποστάσεως εκπαίδευσης(Παπαδημητρίου και άλλοι, 2003).

Συμπερασματικά, καταλήγουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει τις Μ.Ε πρέπει να είναι κατάλληλα εφοδιασμένο με τα απαιτούμενα προσόντα ώστε να παρέχει ποιοτική φροντίδα. Πιστεύουμε ότι για να προαχθεί η καλύτερη ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς θα πρέπει :

- Το νοσηλευτικό προσωπικό να εκπαιδεύεται συνεχώς και να προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα
- Το νοσηλευτικό προσωπικό των Μ.Ε θα πρέπει να έχουν ακαδημαϊκή εκπαίδευση
- Οι Μ.Ε θα πρέπει να στελεχώνονται με τον ακριβή αριθμό νοσηλευτών διότι η ελλιπής στελέχωση έχει αρνητικό αντίκτυπο στο ηθικό του προσωπικού, στην παροχή ποιοτικής φροντίδας και στη άσκηση της νοσηλευτικής.
- Η ανάπτυξη της πληροφορικής φέρεται να δίνει ελπίδες προς βελτίωση της αποδοτικότητας- αποτελεσματικότητας.
- Οι φοιτητές θα πρέπει να αναζητούν διαρκώς ευκαιρίες για μάθηση για την καλύτερη περαιτέρω χρησιμοποίηση του επαγγέλματός τους.

Κεφάλαιο 5

5. Νοσηλευτική Διεργασία

Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιαστεί το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας με νοσηλευτική διεργασία που επικεντρώνεται στην περίπτωση ενηλίκου ασθενή που νοσηλεύεται κατά την διάρκεια επεισοδίου έντονου προκάρδιου πόνου με σκοπό την αποσαφήνιση της διάγνωσης εμφράγματος και την αντιμετώπισή του. Ασθενής ετών 58, περιπατητικός, χωρίς χρόνια προβλήματα, παντρεμένος με 3 παιδιά και δύσκολη εργασία ως οικοδόμος εισήλθε στην Μ.Ε με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙ/ΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΝΟΣΗΛ.ΠΑΡΕΜ/ΣΗ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Μειωμένη καρδιακή παροχή λόγω οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.	Μείωση του κινδύνου επιπλοκών από αρρυθμίες	α. Έγχυση θρομβολυτικών, τοποθέτηση ενδοαορτικής αντλίας. β. Περιορισμός των κινήσεων, παροχή οξυγόνου, τοποθέτηση του ασθενή σε θέση ημί ή fowler, περιορισμός στην λήψη αλάτων, χορήγηση διουρητικών	Κάνουμε έγχυση θρομβολυτικών και τοποθετούμε ενδοαορτική αντλία. Χορηγούμε οξυγόνο σε τακτά χρονικά διαστήματα, τοποθετούμε τον ασθενή σε ημί ή υψηλή fowler θέση και περιορίζουμε τις κινήσεις του. Περιορίζουμε την κατανάλωση των αλάτων με την κατάλληλη δίαιτα. Χορηγούμε διουρητικά μετά από εντολή.	Μειώθηκε σημαντικά ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών από αρρυθμίες.
Θωρακικό άλγος	Ύφεση του πόνου	Διατήρηση του ασθενή στο κρεβάτι σε θέση ημί ή υψηλή fowler, παροχή οξυγόνου, χορήγηση επί εντολής αναλγητικά	Διατηρούμε τον ασθενή στο κρεβάτι σε θέση ημί ή υψηλή fowler , χορηγούμε οξυγόνο τακτικά και μετά από εντολή χορηγήσαμε αναλγητικά.	Ο πόνος μειώθηκε σημαντικά
Διαταραχές ύπνου	Επάρκεια ύπνου	Συμβουλέψτε να έχει κενή την ουροδόχο κύστη πριν τον ύπνο. Περιορισμός των επισκέψεων. Να μην επιτρέπεται στον ασθενή να έχει μεγάλα διαστήματα ύπνου. Χορήγηση ηρεμιστικών μετά από εντολή.	Συμβουλέψαμε τον ασθενή να έχει κενή την ουροδόχο κύστη του πριν από τον ύπνο, περιορίσαμε της επισκέψεις των συγγενών του μετά από την ενημέρωσή τους, χορηγήσαμε μετά από εντολή ηρεμιστικά, δεν του επιτρέπουμε να έχει μεγάλα διαστήματα ύπνου.	Μειώθηκαν σημαντικά τα σημεία στέρησης του ύπνου.
Άγχος/ στρες	Ο ασθενής να μην έχει άγχος	- Να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του - Να γίνει ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία	Ο ασθενής εξέφρασε τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του και ενημερώθηκε σχετικά με την πρόγνωση και θεραπεία	Μειώθηκε σημαντικά το άγχος και το στρες
Διδασκαλία	Ο ασθενής να ενημερωθεί για τους παράγοντες που πρέπει να αποφεύγει	- διακοπή καπνίσματος - κατάλληλη διαίτα - κατάλληλη άσκηση - μέτρηση Α.Π και σφυγμών σε τακτά χρονικά διαστήματα - σε περίπτωση προκάρδιου πόνου να ενημερώσει άμεσα τον γιατρό - να γίνονται συχνά αιματολογικές εξετάσεις	Εφαρμόστηκε κατάλληλη διαίτα και άσκηση, έγινε διακοπή καπνίσματος, λαμβάνεται η Α.Π και οι σφυγμοί σε τακτά χρονικά διαστήματα, γίνονται συχνά αιματολογικές εξετάσεις	Ο ασθενής άρχισε να εφαρμόζει τις συμβουλές

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adams D (1999) Learning needs of cardiac patients. *Nursing Research*, 18: 505-513.

Ακύρου Β (2002) Εγχειρίδιο Καρδιολογικής Νοσηλευτικής. Αθήνα.

Almerud S και Petersson K (2003) Music therapy a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive and critical care nurses*, 19 (1): 21-30.

Beecroft C (1989) Who is a Clinical Nurse Specialist? *Clinical Nurse Specialist*, 3(3): 103-104.

Bench S, Crwe D, Day T, Jones M, Wilebore S (2003) Developing a competency framework for critical care to match patient need. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19: 136-142.

Bodin S (1999) JCAHO: Educational Strategies That Work. *Journal for Nurse in Staff Development*, 15(2): 49-54.

Braunwald M (2005) Καρδιολογία. Braunwald, Αθήνα.

Bowman G και Thompson D (1998) Cardiac care. *Journal of Advanced Nursing*, 2(4): 130-139.

Buckley F (1997) The Nursing Contribution to the Provision of Comprehensive Critical Care for Adults: a strategic programme of action. Department of Health, London.

Γαρδίκας Δ (1990) Ειδική Νοσολογία. Παρισιάνος, Αθήνα.

Γκούζου Μ (2006) Ο φόρτος της νοσηλευτικής φροντίδας σε μονάδες εμφραγματιών και η επίδραση τους στην ποιότητα της φροντίδας. Διδακτορική διατριβή, πανεπιστήμιο Αθηνών.

- Close A (1988) Patient education: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 13: 202-213.
- Chapman B και Torpy J (1997) Development of a heart failure center: a medical center and cardiology practice join forces to improve care and reduce costs. *American Journal of Management Care*, 3(7): 1051 - 1059.
- Cleveland M (1994) ICU: visitation policies. *Nursing Management*, 25(9): 80A-80D.
- Curlye A (2002) Experienced nurses and autonomy. *Paediatric Critical Care Medicine*, 3(4): 385-386.
- Cohen A (1985) Patient education: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 6:11-18.
- Davies B (1989) Clarification of advanced nursing practice. *Clinical Nurse Specialist*, 9(3): 156-160.
- Doble R, Curley M, Hession-Laband E, Marino B, Show S (2000) Using the Synergy Model to Link Nursing Care to Diagnosis. *Critical Care Nurses*, (20): 86-91.
- Department of Health (2000) Comprehensive Critical Care: a review of adult critical care services. The Stationary Office, London.
- Department of Health (2001) The Nursing Contribution to the Provision of Comprehensive Critical Care for Adults. The Stationary Office, London.
- Dunn V (1992) Orientation: the transition from novice to competent critical care nurse. Critical Care Nursing Quarterly, (15): 69–77.
- Doyle J, Casciano P, Arikian R, Mauskopf J, Paul E (1996) Full-cost determination of different levels of care in the intensive care unit: an activity-based costing approach. *Pharmacoeconomics*, 10 (4): 395-408.

Depasse B, Pauwels D, Somers Y, Vincent L (1998) A profile of the European ICU nursing. *Intensive Care Medicine*, 9: 939-945.

Fayol H (1916) *Industrial and general administration*. Dunob, Paris.

Fiona M (2002) Critical care nursing in the 21st century. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(2): 118-127.

Fuster V, Ross R και Topol E (1999) Atherosclerosis and Coronary Artery Disease: Myocardial infarction and coronary care units. *Journal of American College Cardiology*, 34(7): 1851-1853.

Green V (2003) How many hospital beds? *Inquiry* 39(4):400-412.

Good V και Schulman S (2000) Employee Competency. *Pathways of Critical Care Nurse*. 20(3): 75-85.

Hammerman H, Scoen F και Kloner A (1983) *Circulation*, 67: 1290.

Humphris D (1994) Clinical guidelines: an industry for growth. *Nursing Times*, 90(40): 46-47.

Hartigan C (2003) Establish criteria for 1:1 Staffing Ratios. *Critical Care Nurses*, 20 (2): 112-116.

Julian D (1987) The history of coronary care units. *British Heart Journal* 57 (6): 497-502.

Jones I (2003) Coronary care units: care for all at-risk cardiac patients. *Professional Nurse*, 18: 287.

Κόκκινος Φ (1987) *Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου*. Παρισιάνος, Αθήνα.

Κολίτσι Ζ (2001) *Ανάπτυξη και Πιστοποίηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας*. Εκπαιδευτικές σημειώσεις για το Διαπανεπιστημιακό - Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών

Σπουδών Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Θεματική ενότητα Βιοϊατρική Τεχνολογία και διαχείριση Τεχνολογίας Υγείας. Παν/μιο Αθηνών.

Killip - Kimball T (1967) Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit: a two-year experience with 250 patients. *American Journal of Cardiology*, 20: 457-464.

Λανάρα Β (2004) Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Βήτα, Αθήνα.

Lazure L και Baun M (1995) Increasing patient control of family visiting in the coronary care unit. *American Journal of Critical Care*, 4: 157-164.

Laughon D, Ax S και Boyington C (1993) From unit-based quality assurance to multidisciplinary continuous quality improvement in the coronary care unit. *Journal of Nursing Care Quarterly*, 7(3): 19-27.

Lindberg E και Rosenqvist U (2003) The staff's views on what's the job: the starting point for quality improvement in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(1): 47-54.

Μερκούρης Α και άλλοι (2001) Εφαρμογή προληπτικών μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για τον έλεγχο των λοιμώξεων σε μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Νοσηλευτική*, 2: 19-27.

Μαντζιάρου Μ και Μαστρογιάννης Δ (2004) Η συμβολή της νοσηλευτικής διδασκαλίας στην αποκατάσταση ασθενούς με έμφραγμα μυοκαρδίου. *Νοσηλευτική*, 4: 423-425.

Massarweh J (1998) Tom in critical care. *Nursing Management*, 29(6): 48F-48I.

Miranda M (2001) Patient Nurse Ratios in Critical Care: time for some radical thinking. *Intensive and Critical Care Nursing*.

Meltzer L (1964) *Intensive Coronary Care*. Charles Press Bredy, Philadelphia.

Moser N και Dramp L (1996) Cardiac nursing practice as a whole. *Journal of Advanced Nursing*, 34: 1290-1301.

Nguyen J, Six P, Parisot R, Antonioli D, Nicolas F, Lombrail P (2003) A universal method for determining intensive care unit: bed requirements. *Intensive Care Medicine*, 29(5): 849-852.

Nightgale P (2003) *Facilities for critical care*. TSO, Norwich.

Παπαδημητρίου Μ, Κούρτης Γ, Μητρούλιας Γ και Φιλιππάτος Γ (2003) Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση. *Νοσηλευτική*, 2: 199-205.

Παπαθανάσογλου Ε και άλλοι (2003) Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Εμφραγματιών στην Ελλάδα: διερεύνηση της οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας. *Νοσηλευτική*, 2: 206-217.

Πλακάς Σ (2003) Επισκεπτήριο στην Εντατική Μονάδα: Ελληνική και Διεθνής Πραγματικότητα. Πρακτικά Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας. 23-25 Οκτωβρίου, Ρόδος.

Πολυκανδριώτη Μ και Κυρίτση Ε (2005) Άσκηση και Μεταμόσχευση καρδιάς. *Νοσηλευτική*, 2: 173-176.

Πατηράκη – Κουρμπάνη Κ (1998) Συστήματα παροχής νοσηλευτική φροντίδας: ορίζοντες και πραγματικότητα. *Νοσηλευτική*, 2: 114-122.

ΠΟΥ (1998) *Learning to work together*. WHO, Switzerland.

Plati C et al (1996) The intensive care units in greater Athens: needs and resources. *Intensive and Critical Care Nursing*, 6: 340-345.

Parmley W (1996) Cost-effective management of heart failure. *Clinical Cardiology*, 19(3): 240-242.

Πρωτόκολλο ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ (2002).

Pope B και άλλοι (2002) The Synergy Match – up. *Nursing Management*, 33(5): 38-41.

Ραγιά Α (1991) Κλινική Νοσηλευτική Έρευνα: ιδιαιτερότητες και προβλήματα. Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα.

Ραφτόπουλος Β και Θεοδοσοπούλου Ρ (2001) Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας. *Νοσηλευτική*, 1: 8-23.

Ραφτόπουλος Β και Οικονομοπούλου Χ (2003) Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρίας*, 48: 84-94.

Quinn T και Thompson D (1999) History and development of coronary care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15: 131-141.

Russell C, Swansburg N και Richard J (2002) Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία. 2^η έκδοση. Λαγός, Αθήνα.

Σαχίνη- Καρδάση Μ (2004) Μεθοδολογία Έρευνας. Βήτα, Αθήνα.

Σαχίνη Μ και Πάνου Μ (2002) Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Βήτα, Αθήνα

Σταθοπούλου Μ, Πεσλή Φ, Πισπιρίγγου Α, Τσουκαλά Χ, Νικολάου Κ (2006) Υποδομή και αντιμετώπιση πολυτραυματία στα επείγοντα. 33^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, 8-11 Μαΐου, Κως.

Simpson T, Wilson D, Mucken N, Martin S, West E, Guinn N (1997) Implementation and Evaluation, 6(3): 255-256.

Slater H (1978) The education and roles of nursing service administrator. The Kellogg Foundation, Michigan.

Τζεμπετζή Α (2002) Συστήματα Πιστοποίησης Νοσοκομείων. Διαπανεπιστημιακό Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Ειδικευση Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Παν/μιο Αθηνών.

William T (1997) Specialized Centers for Heart Failure Management. Circulation, 96: 2755-2757.

Williams M (2001) Critical care unit design: a nursing perspective. Critical Care Nursing Quarterly, 24(3): 35-42.

Workgroup 1991. European Nurse Researchers Proceedings of Annual Conferences.

Wilson R και Waugh S (1996) Cardiac Nursing. W.B.Saunders, Philadelphia.

www.london.nhs.uk/lscn/critical/index.html

WHO (2003) Heart disease. www.who. Int/aboutwho/en/preventing/heart.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Ενημέρωση ασθενή μετά από OEM

Το Έμφραγμα του Μυοκαρδίου οφείλεται συνήθως στην πλήρη απόφραξη μιας από τις στεφανιαίες αρτηρίες με επακόλουθο τη νέκρωση ενός τμήματος του μυοκαρδίου. Εκδηλώνεται με έντονο και παρατεταμένο πόνο ή βάρος στο στήθος που μπορεί να αντανακλάται στον τράχηλο, στην πλάτη ή στην άνω κοιλία. Μπορεί να συνοδεύεται από λιποθυμική τάση, δύσπνοια ή εφίδρωση. Μπορεί επίσης να εκδηλωθεί εν αιθρία ή της εκδηλώσεως του μπορεί να προηγηθούν σωματική κόπωση, ψυχική ένταση ή βαρύ γεύμα. Ο ασθενής γίνεται ωχρός και κάθιδρος και πρέπει το συντομότερο να εισαχθεί σε καρδιολογική κλινική ή στο νοσοκομείο. Εκεί ο ασθενής θεραπεύεται και παρακολουθείται κατά τρόπο συνεχή και εντατικό από τον καρδιολόγο και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Συγκεκριμένα ο ρυθμός της καρδιάς καταγράφεται συνεχώς σε οθόνη παρακολουθήσεως, η αρτηριακή πίεση μετράτε σε τακτά χρονικά διαστήματα και μέσω μιας περιφερικής φλέβας γίνεται χορήγηση ορρού και φαρμάκων. Η άμεση φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει αναλγητικά φάρμακα, θρομβολυτικές ουσίες και φάρμακα που βελτιώνουν την αιμάτωση του μυοκαρδίου ή εξαλείφουν τις καρδιακές αρρυθμίες.

Στάδια καρδιακής αποκατάστασης

Το πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης περιλαμβάνει τρία στάδια:

- Το ενδονοσοκομειακό
- Το ενδιάμεσο
- Το μακροχρόνιο

Θα παραθέσουμε μερικές βασικές έννοιες, δοκιμασίες, και μορφές θεραπείας με τις οποίες πρέπει να είναι εξοικειωμένος ο καρδιοπαθής:

- Χοληστερόλη ορρού: λιπίδιο του αίματος το οποίο είναι απαραίτητο μεν για τη ζωή, υπεύθυνο δε για την ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης. Αυτό συμβαίνει όταν τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα είναι ψηλά.

- HDL-χοληστερόλη: η προστατευτική χοληστερόλη (εναντίον της αθηροσκλήρωσης). Αυξάνει τη σωματική άσκηση και τη διατροφή με σιτία από το φυτικό βασίλειο.
- LDL-χοληστερόλη: η αθηρογόνος χοληστερόλη. Αυξάνει στο αίμα κυρίως με την κατανάλωση ζωικών σιτιών. Σε ορισμένα άτομα οφείλεται σε κληρονομική διαταραχή του μεταβολισμού. Είναι ξεκάθαρα τεκμηριωμένη η σχέση υψηλής LDL-χοληστερόλης, αθηροσκλήρωσης των στεφανιαίων καρδιακών επεισοδίων. Στον άνθρωπο με ισχαιμική νόσο της καρδιάς πρέπει να είναι κάτω από 130mg/dl.
- Τριγλυκερίδια: Λιπίδιο του αίματος του οποίου τα επίπεδα αυξάνονται με την κατανάλωση κρεάτων και γαλακτοκομικών προϊόντων. Η αύξηση του σχετίζεται με την πρόκληση της αθηροσκλήρωσης. Τα επίπεδα του πρέπει να είναι κάτω από 180mg/dl.
- ΗΚΓ καρδιάς: Τεχνική με την οποία η καρδιά μελετάται σε τομές και έτσι λαμβάνονται πληροφορίες για το μέγεθος των κόλπων της καρδιάς. Μελετάται το πάχος του μυοκαρδίου, η μορφολογία των βαλβίδων. Με το Υπερηχογράφημα Doppler λαμβάνονται πληροφορίες για την λειτουργικότητα των καρδιακών βαλβίδων, αν υπάρχει δηλαδή στένωση ή ανεπάρκεια μιας βαλβίδας.
- Η δοκιμασία κοπώσεως: Σε αυτήν το άτομο βαδίζει βάσει πρωτοκόλλου στον κυλιόμενο τάπητα ενώ γίνεται συνεχής καταγραφή του καρδιογραφήματος και παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης. Χρήσιμη και αξιόπιστη δοκιμασία για την ανίχνευση στηθάγχης, ισχαιμίας ή αρρυθμιών κατά τη διάρκεια της κόπωσης.
- Καρδιακός καθετηριασμός: Αιματηρή τεχνική που γίνεται μόνο κατόπιν ενυπόγραφης συγκατάθεσης του ασθενούς. Ο καρδιολόγος με τη χρήση καθετήρων, που εισάγονται στο ανθρώπινο αρτηριακό σύστημα χορηγεί σκιαγραφική ουσία που απεικονίζει εκλεκτικά τα αγγεία της καρδιάς δηλαδή της στεφανιαίας αρτηρίας. Οι ενδείξεις για τη διενέργεια του καθετηριασμού τίθενται από τον θεράποντα καρδιολόγο αφού προηγηθούν συνήθως άλλες δοκιμασίες, πάντοτε λαμβανομένου υπόψη του αναμενόμενου όφελους του ασθενούς συγκριτικά με τους πιθανούς κινδύνους.
- Καρδιολογικά φάρμακα: Περιλαμβάνουν την Ασπιρίνη και τα αντιπηκτικά, τα νιτρώδη, τα αντιαρρυθμικά, τα διουρητικά, τα υπογλώσσια, τα υπολιπιδαιμικά.
- Αγγειοπλαστική των στεφανιαίων: Με την τεχνική αυτή επιτυγχάνεται η διαστολή μιας στεφανιαίας αρτηρίας με την χρήση μπαλονιού που τοποθετείτε με καρδιακό καθετηριασμό στο σημείο της στένωσης. Είναι μοντέρνα μέθοδος η οποία εφαρμόζεται με συγκεκριμένες ενδείξεις χάρις στην οποία μπορεί να αποφευχθεί η εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς. Η αγγειοπλαστική μπορεί να συμπληρωθεί με την τοποθέτηση ενδοστεφανιαίου δακτυλίου. Αυτό γίνεται ανάλογα με το μέγεθος των αγγείων του ασθενή και άλλων

επιμέρους ενδείξεων. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να εφαρμοστεί η μέθοδος της αθηρεκτομής δηλαδή της αφαίρεσης της αθηρωματικής πλάκας με ένα ειδικό καθετήρα τον αθηροτόμο.

- Εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης: Στην εγχείρηση αυτή, που είναι εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς, ο ασθενής τίθεται σε εξωσωματική κυκλοφορία με την βοήθεια αντλίας. Σε αυτή με την χρήση φλεβικών μοσχευμάτων ή αρτηριών του θώρακα επιτυγχάνεται η παράκαμψη των στενωμένων αρτηριών. Το εγγύς άκρον του μοσχεύματος τοποθετείται στη αορτή και το περιφερικό πέραν της στενωμένης αρτηρίας.

