



ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ & ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής
του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας
Μεσογείων 2, Γ' κτίριο Πύργος Αθηνών, Αθήνα 115 27
ΤΕΥΧΟΣ 38, ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2011

ΒΑΤΡΑΧΟΣ ΣΕ ΖΕΣΤΟ ΝΕΡΟ

Αναρωτηθήκατε ποτέ τι θα απαντούσε η πλειοψηφία των νοσηλευτών αν τους ρωτούσαν «τι θα ήθελαν να αλλάξουν στο επάγγελμά τους»; Αξίζει τον κόπο να θέτεις τέτοιου είδους προβληματισμούς και να παραμένεις απλώς, ένας παρατηρητής που καταγράφει αντιδράσεις.

Έχοντας την τύχη να παρευρίσκομαι σε «πηγαδάκια» συναδέλφων, που αρέσκονται σε φιλοσοφικές υπαρξιακές ανησυχίες επαγγελματικής ταυτότητας, θλίβομαι τα μέγιστα όταν ξεκινούν τέτοιου είδους συζητήσεις. Ένα μεγάλο ποσοστό αναφέρει στο παραπάνω ερώτημα ότι θα άλλαζε επαγγελματικό προσανατολισμό. Πολλές φορές μάλιστα αναφέρουν με **μεγαλοπρέπεια**, ότι ακόμη και στους φοιτητές που τους επισκέπτονται στο χώρο εργασίας, για να πραγματοποιήσουν την κλινική τους άσκηση, τους συμβουλεύουν να φύγουν από το επάγγελμα το συντομότερο δυνατό, όσο είναι νωρίς και προλαβαίνουν.

Θλίβομαι που τελικά όσα χρόνια και αν πέρασαν τίποτε δεν άλλαξε. Αυτές τις καταστάσεις τις ζούσα πριν 20 περίπου χρόνια, όταν ξεκίνησα για πρώτη φορά πρακτική άσκηση σε νοσοκομείο και ήμουν δευτεροετής φοιτήτρια στη νοσηλευτική. **Ίσως τελικά ο μεγαλύτερος εχθρός της Νοσηλευτικής στην Ελλάδα είναι οι ίδιοι οι νοσηλευτές που την «υπηρετούν».**

Αδιαμφισβήτητα «δεν υπάρχει καπνός χωρίς φωτιά». Όπως άλλωστε φαίνεται σε πολλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί στον ελληνικό νοσηλευτικό πληθυσμό, οι περισσότεροι νοσηλευτές είναι δυσαρεστημένοι με τον τρόπο και το χώρο εργασίας τους και οι περισσότεροι θα ήθελαν να αλλάξουν επάγγελμα. **ΓΙΑΤΙ ΔΕΝ ΤΟ ΚΑΝΟΥΝ ΑΡΑΓΕ; ΓΙΑΤΙ ΔΕΝ ΦΕΥΓΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΟΣΟΙ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ; ΕΧΟΥΝ ΣΚΕΦΤΕΙ ΟΤΙ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥΣ ΔΙΑΙΩΝΙΖΟΥΝ ΜΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΑΛΛΑΓΗΣ; ΜΗΠΩΣ Η ΠΡΟΚΛΗΤΙΚΗ ΜΙΣΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΝΕΙ ΚΑΚΟ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ;**

Τον τελευταίο καιρό γίνεται ιδιαίτερα μεγάλη συζήτηση για την εξομοίωση των μισθών των δημοσίων υπαλλήλων που ανήκουν στην ίδια εκπαιδευτική βαθμίδα. Σε όλα λοιπόν τα «ψυχοθεραπευτικά νοσηλευτικά «πηγαδάκια», οι συζητήσεις είναι γύρω από το πόσο τελικά θα αυξηθεί ο μισθός τους;! Μοιάζει σα να έχουν πάρει καταστολή σε ότι αφορά:

- στις αδικαιολόγητες μισθολογικές περικοπές επιδομάτων και δώρων σε ένα επάγγελμα ήδη κακοπληρωμένο,
- στην ανυπαρξία καθημερινών σημαντικών υλικών στο χώρο εργασίας (γάντια, χειροπετσέτες, αναλώσιμο υγειονομικό υλικό κλπ) που οδηγεί σε επικινδυνότητα κατά την εφαρμογή της νοσηλευτικής τόσο για το νοσηλευτή όσο και για τον ασθενή,
- στις δύσκολες συνθήκες εργασίας από τη μειωμένη στελέχωση και παρόλα αυτά τη λειτουργία νέων κλινικών με το υπάρχον ΚΟΥΡΑΣΜΕΝΟ και ΕΞΑΝΤΛΗΜΕΝΟ νοσηλευτικό προσωπικό,
- στις περικοπές (μπορεί και «πάγωμα») των προσλήψεων αν και υποσχέθηκαν ότι η τακτική του 1 προς 5 δεν θα αφορά στο νοσηλευτικό επάγγελμα, ενώ τελικά θα ισχύσει και για τους νοσηλευτές (για κάθε 5 νοσηλευτές που θα φεύγουν με σύνταξη θα προσλαμβάνεται 1),
- στην ένταξη των νοσηλευτών του δημόσιου τομέα στα ανθυγιεινά επαγγέλματα,
- στην υποχρεωτική κάλυψη, με μετακίνηση νοσηλευτών από κοντινά νοσοκομεία που δεν θα εφημερεύουν, στα νοσοκομεία που εφημερεύουν και δεν επαρκεί το νοσηλευτικό τους προσωπικό,
- στη συζήτηση που γίνεται για την αφαίρεση της ημερήσιας προσαύξησης σε όσους εργάζονται ημέρες - αργίες.

Οι νοσηλευτές σήμερα μοιάζει σα να έχουν τη συμπεριφορά του βατράχου σε βραστό νερό. Αν βάλεις ένα βάτραχο σε μια κατσαρόλα με νερό θα αρχίσει να κολυμπάει χαρούμενος (**εξομείωση των μισθών και αρχική υπόσχεση επιπλέον προσλήψεων για κάλυψη των κενών που υπάρχουν αλλά και αυτών που θα δημιουργηθούν από όσους συνταξιοδοτούνται**). Αν την κατσαρόλα τη βάλεις πάνω στη φωτιά (**νομική θολότητα και ασάφεια ρυθμιστικών διατάξεων, οικονομική αστάθεια, αλλαγές που αφορούν σε όλους τους τομείς**), ο βάτραχος θα συνεχίζει να κολυμπάει γιατί αισθάνεται ότι κάτι αλλάζει στο περιβάλλον του και όσο το νερό γίνεται χλιαρό τόσο θα κολυμπάει πιο έντονα, σα να το ευχαριστείται (**επαναστατικές συζητήσεις σε κλειστό κύκλο συναδέλφων που οδηγούν σε κατάθεση απόψεων**). Όταν θα αρχίσει το νερό να βράζει και να γίνεται ζεστό, θα αρχίσει να ενοχλείται αλλά παρόλα αυτά θα κολυμπάει γρηγορότερα (**επαναστατικές συζητήσεις που εμπεριέχουν ριζοσπαστικές επαγγελματικές αποφάσεις σε προσωπικό επίπεδο**). Όταν το νερό θα βράσει, ο βάτραχος θα θέλει να πηδήξει έξω από την κατσαρόλα αλλά δεν θα έχει τις απαραίτητες δυνάμεις για να το πετύχει. Το έντονο κολύμπι τον έχει εξαντλήσει (**ανάλωση δυνάμεων σε πολύωρες ψυχοθεραπευτικές συζητήσεις επαναστατικής χροιάς, που κουράζουν και δεν έχουν εποικοδομητικό αποτέλεσμα. Πλέον, οι καταστάσεις έχουν παγιωθεί και τίποτε δεν θα αλλάξει γιατί αν και δεν το κατάλαβε άμεσα ο νοσηλευτής, έχει πλέον «βράσει»**). Αν όμως έριχνε κάποιος το βάτραχο απευθείας σε μια κατσαρόλα με βραστό νερό, τότε θα είχε τη δυνατότητα να πηδήξει έξω (**απευθείας αναφορά όλων εκείνων των αλλαγών που πρόκειται να συμβούν και αφορούν το νοσηλευτικό επάγγελμα**). Οι αλλαγές γίνονται τώρα διαδικτυακά, σε επίπεδο δημόσιας διαβούλευσης (**βράσιμο σε σιγανή φωτιά**) και ο καθένας από εμάς θεωρεί ότι έχει τη δυνατότητα προσωπικής παρέμβασης και ότι είναι ένας από αυτούς που θα συμβάλλουν στο να αλλάξει ή να μην αλλάξει μια κατάσταση.

Τελικά τι λείπει στους νοσηλευτές και δεν μπορούν να καταλάβουν ότι τους «βράζουν» σε σιγανή φωτιά; Κατά την ταπεινή μου άποψη αυτό που μας λείπει είναι η **επαγγελματική συνειδηση και τα υπεύθυνα επαγγελματικά όργανα συνειδησιακής αφύπνισης**. Θεωρούμε ότι δεν ευθυνόμαστε εμείς για ό,τι γίνεται στο επάγγελμά μας, αλλά οι άλλοι. Πολλές φορές αυτούς τους άλλους εμείς τους έχουμε επιλέξει για να μας εκπροσωπούν.

Άραγε θα βρούμε τη δύναμη να «βγούμε έξω από την κατσαρόλα», ή τελικά μας αξίζει αυτό που έχουμε;

Δρ. Μαρία Καλαφάτη
Πρόεδρος TEEN, ΕΣΝΕ

Προδιαγραφές μεταφοράς/διακομιδής ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Σκοπελίτου Μαργίτσα
Νοσηλεύτρια TE, MSc,
Ταμίας TEEN

Το περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί έναν ασφαλή και προστατευμένο χώρο για τους ασθενείς που νοσηλεύονται εκεί. Πολλές φορές οι ασθενείς «αναγκάζονται» να εγκαταλείψουν προσωρινά αυτό το περιβάλλον, για να μεταφερθούν σε έναν άλλο τομέα/τμήμα προκειμένου να υποβληθούν σε απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις ή επεμβατικές θεραπείες. Παρόλο που η διακομιδή των ασθενών αποτελεί μια διαδικασία της καθημερινότητας και της φροντίδας τους, οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν είναι μεγάλοι.^{1,2}

Κατά τη διαδικασία της διακομιδής πρέπει να εξακολουθεί να προσφέρεται στον βαρέως πάσχοντα η ίδια ασφάλεια και φροντίδα με αυτή που του παρεχόταν στο περιβάλλον της ΜΕΘ, εκμηδενίζοντας τους παράγοντες κινδύνου που προστίθενται από τη διακοπή της εντατικοποιημένης παρακολούθησης και απ' τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει αυτή καθ' αυτή η διακομιδή.^{3,4,5,6,7,8}

Η απόφαση του να μεταφερθεί ένας βαρέως πάσχων ασθενής, (είτε για θεραπευτικούς σκοπούς, είτε για διαγνωστικούς) πρέπει να αντισταθμίζει τα πιθανά οφέλη ενάντια στους

πιθανούς κινδύνους. Έναν επιπλέον σημαντικό βαθμό δυσκολίας σε όλους τους κινδύνους που εγκυμονεί η διακομιδή, προσθέτει η μεγάλη ακτίνα μεταφοράς. Ο ασθενής υποβάλλεται στον κίνδυνο αυτό ακόμα κι αν η μεταφορά διευθύνεται από μια καλά εκπαιδευμένη και εξοπλισμένη ομάδα.^{9,10}

Οι γενικές αρχές που πρέπει να διέπουν μια μεταφορά, περιλαμβάνουν:

- τη διασφάλιση ότι αυτή είναι προς το συμφέρον του ασθενή
- την ανάπτυξη ενός σχεδίου προ-μεταφοράς που ικανοποιεί τις πάγιες, τρέχουσες, αλλά και πιθανές ανάγκες, που μπορεί να αναπτύξει ο ασθενής, χωρίς να υπάρξει μείωση του επιπέδου φροντίδας και παρακολούθησης
- την εκτέλεση του σχεδίου από μια καλά εκπαιδευμένη και εξοπλισμένη ομάδα και
- την εξασφάλιση του κατάλληλου εξοπλισμού⁹

Το σχέδιο μεταφοράς πρέπει να πραγματοποιηθεί από μια διεπιστημονική (πολλαπλών ειδικοτήτων) ομάδα, η οποία πρέπει να αξιολογείται τακτικά, με τη χρήση πρωτοκόλλων/ διαδικασιών για βελτίωση της ποιότητάς της. Η ενδονοσοκομειακή διακομιδή επιβαρύνει τον ασθενή της ΜΕΘ και αποσταθεροποιεί την ήδη βεβαρημένη κατάστασή του, προσθέτοντας μεταβολές στα διάφορα οργανικά συστήματα του, ενώ παράλληλα, λόγω της βαρύτητας της κατάστασής του δεν διατίθενται οι κατάλληλες εφεδρείες για να αντιμετωπιστούν αυτές οι μεταβολές από τον πάσχοντα.³

Το ποσοστό των επιπλοκών που παρουσιάζονται στις ενδονοσοκομειακές μεταφορές φτάνουν το 70%.^{11,12,13} Ποσοστό 11%-34% αυτών των περιστατικών περιλαμβάνουν τη μη φόρτιση των συσκευών που διαθέτουν μπαταρίες, την ελλιπή παροχή φορητών συσκευών οξυγόνου, τη δυσλειτουργία συσκευών καταγραφής και μέτρησης όπως πιεσόμετρα, οξύμετρα κ.λ.π.^{13, 14,15, 16,17}

Το 20-75% των βαρέως πασχόντων ασθενών παρουσιάζει απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές, όπως αρρυθμίες, υπόταση ή υπέρταση, υποξαιμία, ταχυκαρδία ή βραδυκαρδία, υπερ ή υπο-καπνία και ενδοκρανιακή υπέρταση.⁴ Η ανάπτυξη τέτοιων επιπλοκών αυξάνει τον κίνδυνο για **καρδιακή ή εγκεφαλική ισχαιμία και μπορεί ακόμη να έχει ως κατάληξη το θάνατο**. Άλλοι κίνδυνοι που παρουσιάζονται και συσχετίζονται με την εκπαίδευση και εμπειρία του προσωπικού που συμμετέχει στη μεταφορά^{4,13,18,19} είναι, **η τοποθέτηση του αρρώστου σε λάθος θέση, η αποσωλήνωση του ασθενή,^{13,17,20} η αποκόλληση και αφαίρεση κεντρικών φλεβικών καθετήρων και αρτηριακών γραμμών, έχοντας ως συνέπεια μεγάλη απώλεια αίματος, η αδυναμία χορήγησης φαρμάκων και η πιθανή εμβολή.**^{11,15,21,22}

Η συνολική παρουσία επιπλοκών και η κακή έκβαση στη μεταφορά του ασθενούς οφείλεται κυρίως σε ανθρώπινους παράγοντες. Μελέτες έχουν δείξει ότι τέτοιου παράγοντες αναφέρονται κυρίως στην ανεπαρκή προετοιμασία/κατάρτιση του προσωπικού, στην αποτυχία να ακολουθηθεί το πρωτόκολλο μεταφοράς και στη λάθος αναγνώριση και εκτίμηση της σοβαρότητας του προβλήματος/επιπλοκής που παρουσιάστηκε κατά τη μεταφορά.^{23,24}

Επίσης η ανεπαρκής επικοινωνία και ο βιαστικός προγραμματισμός μεταξύ της ΜΕΘ και του τμήματος υποδοχής μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση στις διαδικασίες και ενδεχομένως να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενή.^{6,7, 9,19,25}

Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς διατρέχουν περισσότερο τον αυξανόμενο κίνδυνο της νοσηρότητας και θνησιμότητας κατά τη διάρκεια της μεταφοράς.^{11,22} Ο κίνδυνος μπορεί να ελαχιστοποιηθεί και οι εκβάσεις να βελτιωθούν με τον προσεκτικό προγραμματισμό, τη χρήση του κατάλληλου εκπαιδευμένου προσωπικού, την επιλογή και τη διαθεσιμότητα του κατάλληλου εξοπλισμού.^{26,27,28} Κατά τη διάρκεια της μεταφοράς, δεν υπάρχει καμία παύση στον έλεγχο ή τη διατήρηση των ζωτικής σημασίας λειτουργιών του ασθενή. Επιπλέον, το προσωπικό που συνοδεύει τον ασθενή και ο εξοπλισμός επιλέγονται με κριτήριο την απαραίτητη κατάρτιση για να καλύψουν οποιεσδήποτε τρέχουσες ή έκτακτες ανάγκες του ασθενή. Ιδανικά, όλες οι κρίσιμες μεταφορές, εκτελούνται από ειδικά εκπαιδευμένα άτομα. Δεδομένου ότι θα υπάρξουν περιπτώσεις όπου μια ειδικευμένη ομάδα δεν θα είναι διαθέσιμη για τη διανοσοκομειακή μεταφορά, πρέπει να υπάρχουν εναλλακτικά σχέδια, χρησιμοποιώντας τοπικά τους διαθέσιμους πόρους για εκείνες τις περιπτώσεις που δεν θα μπορεί να εκτελεστεί το υπάρχον σχέδιο. Σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς συνίσταται η συνο-

δεία τουλάχιστον δύο ατόμων που αυτά περιλαμβάνουν έναν/μία έμπειρο/η νοσηλευτή/λεύτρια ΜΕΘ με εκπαίδευση στην εξειδικευμένη καρδιακή υποστήριξη,^{11,15,29} και έναν γιατρό με κατάρτιση στη διαχείριση αεραγωγού και την εξειδικευμένη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση.^{9,15} Πρόσθετο προσωπικό που απαιτείται είναι ένας φυσιοθεραπευτής με εκπαίδευση στην εξειδικευμένη καρδιακή υποστήριξη²⁷ της ζωής και εμπειρία σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και ένας τεχνικός βιοϊατρικού εξοπλισμού ΜΕΘ. Αν και εφόσον υπάρχει η αντίστοιχη ομάδα να καλύψει τον ασθενή στο τμήμα που μεταφέρεται, ο ασθενής παραδίδεται, διαφορετικά η ομάδα παραμένει μέχρι το πέρας της διαδικασίας όπου επιστρέφει ο ασθενής με ασφάλεια στη ΜΕΘ.

Απαραίτητος εξοπλισμός για τη μεταφορά του ασθενούς: οξυμετρο, μόνιτρο παρακολούθησης, φιάλη οξυγόνου, απινιδιστής, και φορητή συσκευή αναρρόφησης, εξοπλισμός απαραίτητος για τη διαχείριση αεραγωγού σε περίπτωση ανάγκης καθώς και φάρμακα όπως επιπνεφρίνη, αντιαρρυθμικά, ηρεμιστικά και αναλγητικά. Εξασφάλιση και έλεγχος φαρμάκων που χορηγούνται με αντλίες συνεχούς έγχυσης. Εάν δεν υπάρχει η ευχέρεια να συνοδεύει γιατρός τον ασθενή κατά τη διάρκεια της μεταφοράς, τα πρωτόκολλα που είναι σε ισχύ πρέπει να επιτρέπουν τη χορήγηση αυτών των φαρμάκων από το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό κάτω από τις περιστάσεις έκτακτης ανάγκης.^{9, 22}

Ένα περιεκτικό και αποτελεσματικό διανοσοκομειακό σχέδιο μεταφοράς μπορεί να αναπτυχθεί χρησιμοποιώντας μια συστηματική προσέγγιση που αποτελείται από τέσσερα βασικά στοιχεία:

1. Μια διεπιστημονική (πολλαπλών ειδικοτήτων) ομάδα που απαρτίζεται από γιατρούς, νοσηλευτές, μεταφορείς και ομάδα έκτακτης ανάγκης, διαμορφώνεται για να προγραμματίσει και να συντονίσει τη διαδικασία
2. η ομάδα κατευθύνεται ανάλογα με την αξιολόγηση των αναγκών, τη βαρύτητα του ασθενή, το σχέδιο μεταφοράς και τους διαθέσιμους πόρους (προσωπικό, εξοπλισμός, ιατρική υπηρεσία έκτακτης ανάγκης, επικοινωνία)
3. με αυτό το στοιχείο, ένα γραπτό τυποποιημένο σχέδιο μεταφοράς αναπτύσσεται και εφαρμόζεται και
4. το σχέδιο μεταφοράς επαναξιολογείται τακτικά χρησιμοποιώντας πρότυπα/ διαδικασίες βελτίωσης.²²

Αρκετές επαγγελματικές οργανώσεις, συμπεριλαμβανομένων των Society of Critical Care Medicine (SCCM), the American Association of Respiratory Care, the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), the Study Group for Safety in Anaesthesia and Intensive Care (SIAARTI) και Australasian College for Emergency Medicine έχουν δημοσιεύσει κατευθυντήριες οδηγίες. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να έχει γραπτό πρωτόκολλο για διανοσοκομειακή μεταφορά^{15,8,20, 25} και να αξιολογείται για τη βελτίωσή της με τις διαδικασίες που προβλέπονται από τα συστήματα ποιότητας.^{15,26} Το πρωτόκολλο αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει οδηγίες που αφορούν την επικοινωνία πριν τη μεταφορά, τον συντονισμό, τον εξοπλισμό, την παρακολούθηση, την τεκμηρίωση, καθώς επίσης την εκπαίδευση και το προσωπικό που απαιτείται στις μεταφορές.^{8,26}

Το Barnes-Jewish Hospital έχει αναπτύξει μια **κλίμακα σταθερότητας μεταφοράς ασθενών**. Η κλίμακα έχει τρεις χρωματικούς κώδικες και προσδιορίζει το κατάλληλο επίπεδο του προσωπικού που χρειάζεται ως συνοδεία του ασθενούς για τη μεταφορά. Τα χρώματα των «φωτεινών σηματοδοτών» που χρησιμοποιούνται είναι: πράσινο - μπορεί να γίνει η μεταφορά με μεταφορά ασθενών, κίτρινο - απαιτείται υψηλότερο επίπεδο παρακολούθησης, πρέπει να μεταφερθεί με συνοδεία νοσηλεύτη ή γιατρού, κόκκινο - ασταθής, πρέπει να μεταφερθεί με συνοδεία νοσηλεύτη και γιατρού.⁵

Η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ είναι ένας κακός προγνωστικός παράγων για την έκβαση της μεταφοράς. Η απόφαση πρέπει να λαμβάνεται αφού υπολογιστούν οι κίνδυνοι και αξιολογηθεί η ωφελιμότητα που θα προκύψει και θα είναι βέβαια υπέρ της κατάστασης και τη βελτίωσης της πορείας του ασθενή. Ο προγραμματισμός, ο έλεγχος και η καλή προετοιμασία θα μας προφυλάξουν από αρνητικά αποτελέσματα. Η ασφάλεια του ασθενή πρέπει να είναι το πρώτο και κύριο μέλημά μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mazza BF, Amaral JL, Rossetti H, et al. Safety in intrahospital transportation: evaluation of respiratory and hemodynamic parameters—a prospective cohort study. *Sao Paulo Med J.* 2008;126(6):319-322.
2. Lahner D, Nikolic A, Marhofer P, et al. Incidence of complications in intrahospital transport of critically ill patients: experience in an Austrian university hospital. *Wein Klin Wochenschr.* 2007; 119:412-416
3. Κωστάκης Ζ., Μπροκαλάκη Η. Ενδονοσοκομειακές διακομιδές 8^ο Θεματικό Συνέδριο Εντατικής και Επείγουσας Ιατρικής: Τραύμα., Μέρος 1^ο σελ.149-154 Εκδόσεις Πασχαλίδης Αθήνα 2005
4. Braxton CC, Reilly PM, Schwab CW. The traveling intensive care unit patient. *Surg Clin N Am* 2000; 80(3):949-956.
5. Esmail R, Banack D, Cummings C, Duffett-Martin J, Shultz J, Thurber T, Rimmer K, Hulme T. Is Your Patient Ready for Transport? Developing an ICU Patient Transport Decision Scorecard. *Healthcare Q.* 2006;9:80-86.
6. Gray A, Bush S, Whiteley S. Secondary transport of the critically ill and injured adult. *Emerg Med J.* 2004;21:281-285.
7. Johnson K. Ground critical care transport: a lifesaving intervention. *Crit Care Nurs.* 2006; 26(1): 77,80.
8. Ferdinande P. Recommendations for intrahospital transport of the severely head injured patient. European Society of Intensive Care Medicine statement. *Intens Care Med.* 1999; 25:1441-1443
9. Warren J, Fromm RE Jr., Orr RA, Rotello RC, Horst HM, American College of Critical Care Medicine: **Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients.** *Crit Care Med* 2004, **32**:256-262.
10. Shirley, P.J. and J.F. Bion. "Intra-hospital Transport of Critically Ill Patients: Minimizing Risk." *Intensive Care Medicine* 2004.30: 1508-10
11. Waydas C: Intrahospital transport of critically ill patients. *Crit Care* 1999; 3:R83-R89
12. Lovell MA, Mudaliar MY, Klineberg PL. Intrahospital transport of critically ill patients: complications and difficulties. *Anaesth Intensive Care.* 2001;29(4):400-405.
13. Zuchelo LTS, Chiavone PA. Intrahospital transport of patients on invasive ventilation: cardiorespiratory repercussions and adverse events. *J Bras Pneumol.* 2009;35(4):367-374.
14. Gillman L, Leslie G, Williams T, Fawcett K, Bell R, McGibbon V. Adverse events experienced while transferring the critically ill patient from the emergency department to the intensive care unit. *Emerg Med J.* 2006;23: 858-861.
15. Stevenson VW, Haas CF, Wahl WL. Intra hospital transport of the adult mechanically ventilated patient. *Respir Care Clin.* 2002; 8:1-35.
16. McLenon M. Use of a specialized transport team for intrahospital transport of critically ill patients. *Dimens Crit Care Nurs.* 2004; 23(5): 225-229.
17. Papson JPN, Russell KL, Taylor DM. Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients. *Acad Emerg Med.* 2007;14:574-577
18. Venkataraman ST, Orr RA: Intrahospital transport of critically ill patients. *Crit Care Clin* 1992; 8:525-531 (c)
19. Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P. Incidents relating to the intrahospital transfer of critically ill patients. *Intens Care Med.* 2004;30:1579-1585
20. Rice DH, Kotti G, Beninati W. Critical care transport and austere critical care. *Crit Care.* 2008;12(2): 207-214
21. Yeung KL, Yeung GWY, Chan MWS, et al. Knowledge of inter-facility transport among emergency nurses in Hong Kong: a questionnaire survey. *Int Emerg Nurs.* 2008;16:159-164.
22. Darcy D Keeping Patients Safe During Intrahospital Transport *Critical Care Nurse* 2010; 30, (4)
23. Wilson, P "Safe Patient Transportation: Nurses Can Make a Difference." *Nursing Times.* 1998. 94(26): 66-67
24. Boyko, S.M. "Interfacility Transfer Guidelines: An Easy Reference to Help Hospitals to Decide on Appropriate Vehicles and Staffing for Transfers." *Journal of Emergency Nursing* 1994. 20(1): 18-23
25. Pope BB. Providing safe passage for patients. *Nurs Manage.* 2003;34(9):41-46.
26. Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Joint Faculty of Intensive Care Medicine. Minimum standards for intrahospital transport of critically ill patients. *Emerg Med.* 2003;15:202-204.
27. Task Force on Interhospital Transport: Guidelines for air and ground transport of neonatal and pediatric patients. American Academy of Pediatrics, 1999 (d)
28. Selevan JS, Fields WW, Chen W, et al: Critical care transport: Outcome evaluation after interfacility transfer and hospitalization. *Ann Emerg Med* 1999; 33:33-43 (b)
29. Chang DW. AARC clinical practice guidelines: in-hospital transport of the mechanically ventilated patient—2002 revision and update. *Respir Care.* 2002;47(6):721-723

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Μεσογείων 2, Γ' Κτίριο Πύργος Αθηνών, Αθήνα 115 27, Τηλ.: 210 7702861, Fax: 210 7790360

Εκδότες:

Αντώνης Δασκαλάκης, Μαρία Τσερώνη

Συντακτική Επιτροπή:

Μαρία Καλαφάτη, Γεώργιος Γεωργιάδης, Νίκος Γιάκης, Μαργίτσα Σκοπελίτου,
Ειρήνη Μαργέλου, Παναγιώτα Σαργάνου, Ευτυχία Τσάφου

Επιμέλεια - Παραγωγή έκδοσης
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.

ΓΡΑΨΕ ΚΑΙ ΕΣΥ ΓΙΑ ΤΗΝ

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ



ΒΑΣΙΚΗ ΚΑΡΠΑ: ΤΙ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ;

Σπύρου Αλκέτα. MSc,RN, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Τρικοίλης Ιωάννης. MSc, MHA, RN, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αγγελοπούλου Ζωή. Phd (c), MSc,RN, NIMITS

Εισαγωγή

Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος (ΑΚΘ) είναι η δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου στην Αμερική¹. Κάθε χρόνο 460 000 άτομα στην Αμερική² και 700 000 άτομα στην Ευρώπη πεθαίνουν από ΑΚΘ και το πιο συχνό αίτιο του είναι τα ισχαιμικά καρδιαγγειακά νοσήματα που έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση επικίνδυνων για την ζωή αρρυθμιών³.

Παρά ταύτα, εάν η Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (ΚΑΑ) εφαρμοστεί έγκαιρα από τους διασώστες ή από οικία άτομα, η συχνότητα επιβίωσης από τις εξωνοσοκομειακές καρδιακές ανακοπές μπορεί να αυξηθεί⁴. Το American Heart Association προτείνει, ότι για να μειωθούν τα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας από τις καρδιακές ανακοπές πρέπει τουλάχιστον 20% του πληθυσμού των ενηλίκων να εκπαιδεύονται στην Βασική Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση⁵ (ΒΚΑ)

Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της γενικής γνώσης του δείγματος του πληθυσμού της Αθήνας στην Βασική Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (ΒΚΑ).

Μέθοδος: Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν μόνιμοι κάτοικοι του δήμου Αθηναίων, οι οποίοι επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο από τον τηλεφωνικό κατάλογο της πόλης. Κριτήρια αποκλεισμού από την μελέτη ήταν α) ηλικία < 18ετών, β) άτομα με δυσκολία στην κατανόηση της ελληνικής γλώσσας, και γ) μη μόνιμοι κάτοικοι του δήμου Αθηναίων. Επιλέχθηκαν 190 αριθμοί οι οποίοι κλήθηκαν το πολύ έως 3 φορές, διαφορετικές ώρες της ημέρας ή διαφορετικές ημέρες της εβδομάδας. Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 117 άτομα.

Εργαλείο μέτρησης

Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις τύπου πολλαπλής επιλογής. Οι επτά ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (εκτός των δημογραφικών στοιχείων) δημιουργήθηκαν μετά από μελέτη των πρόσφατων κατευθυντήριων οδηγιών για την ΒΚΑ του Διεθνή Συνδέσμου Αναζωογόνησης και που έχουν υιοθετηθεί από το American Heart Association⁶. Οι συγγραφείς εξοικειωμένοι στην ΒΚΑ πραγματοποίησαν τις τηλεφωνικές συνεντεύξεις διάρκειας από 7 λεπτά έως 15 λεπτά.

Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0. Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των κανονικά κατανεμημένων ποσοτικών μεταβλητών. Για τις ποσοτικές μεταβλητές που δεν κατανέμονται κανονικά χρησιμοποιήθηκε για την περιγραφή του δείγματος, η διάμεσος (median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student's t-test και ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποιοτικών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο χ^2 του Pearson και όπου ήταν απαραίτητο, το Fisher's exact test. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελούταν από 117 άτομα με μέση ηλικία τα 53.5 έτη ($\pm$ 1.47 έτη). Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας μεταξύ 46 έως 55 ετών (27.4 %) και μόνο το 6.8% του δείγματος ήταν ηλικίας 16 έως 25 ετών. Το 47,9% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και μόνο το 6,8% απόφοιτη λυκείου.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, γνωρίζει ότι ο αριθμός του τηλεφώνου που καλεί σε περίπτωση επείγουσας ιατρικής ανάγκης είναι το 166 (92.2%) αλλά, και τι πρέπει να πούνε στον υπάλληλο του τηλεφωνικού κέντρου όταν καλεί τις πρώτες βοήθειες (76.5%). Το 61.5% του

πληθυσμού δεν γνωρίζει τι είναι η ΒΚΑ. Αντιθέτως, περίπου οι μισοί του δείγματος (54.7%) είναι ικανοί να αναγνωρίσουν αν ένα θύμα είναι σε καρδιακή ανακοπή, ενώ το 56,7% δεν είναι ικανοί να αναγνωρίσουν εάν ένα θύμα αναπνέει ή όχι. Οι 43 εκ των 117 (36.8%) των ερωτηθέντων γνωρίζουν ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για τις καρδιολογικές παθήσεις. Το ποσοστό των σωστών ή λάθος απαντήσεων που λάβαμε στην ερώτηση «Ποιος είναι ο αριθμός τηλεφώνου που θα καλούσατε σε περίπτωση επείγουσας ιατρικής ανάγκης;», φαίνεται να διαφέρει ανάλογα με το φύλο των ερωτηθέντων ($p=0.006$), αλλά δεν φαίνεται να διαφέρει ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο ή την ηλικία του δείγματος. Στην ερώτηση « Γνωρίζεται τι είναι η ΒΚΚ;» το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν ότι γνωρίζουν και το ποσοστό των ατόμων που δεν γνωρίζουν, διαφέρει ανάλογα με το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και την ηλικία των συμμετεχόντων. (Πίνακας 1)

Πίνακας 1. Γνώση για τη Βασική Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Ερώτηση	Σωστή (N, %)	Λάθος (N, %)	P(χ^2 test)
Φύλο			
Άνδρας	31 (26.5%)	37 (31.6%)	0.046*
Γυναίκα	14 (12.0%)	35 (29.9%)	
Μορφωτικό επίπεδο			
<=2βάθμιας	14 (12,1%)	47 (40,5%)	0.002
ΑΕΙ/ΤΕΙ	31 (26.1%)	25 (21.3%)	
Ηλικία (μέση τιμή±SD)	49.69±1.90	55.99±2.01	0.012‡ (t=-0,231)

* Fisher's exact test ‡ Spearman's rho test

Τέλος, τα άτομα ανώτερης εκπαίδευσης ΑΕΙ/ΤΕΙ ($p=0.001$) και οι μικρές ηλικίες ($p=0,011$), γνωρίζουν καλύτερα τα σημεία και συμπτώματα ενός σοβαρού καρδιολογικού επεισοδίου. (Πίνακας 2)

Πίνακας 2. Γνώση για τα συμπτώματα σοβαρού καρδιολογικού συμβάντος σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Ερώτηση	Σωστή (N, %)	Λάθος (N, %)	P(χ^2 test)
Μορφωτικό επίπεδο			
<=2βάθμιας	19 (16,2%)	20 (17,1%)	0.001
ΑΕΙ/ΤΕΙ	46 (39,3%)	32 (27,3%)	
Ηλικία (μέση τιμή±SD)	51.78±2.09	54.68±1.98	0.011‡ (t=-0.235)

‡ Spearman's rho test

Συζήτηση

Το σημαντικότερο εύρημα της μελέτης μας είναι ότι το δείγμα έχει χαμηλό επίπεδο γνώσης όσο αφορά την ΒΚΑ και συγκεκριμένα μόνο το 38,2% απάντησαν σωστά στην ερώτηση εάν γνωρίζουν τι είναι η ΒΚΑ.

Στη μελέτη φαίνεται ότι η γνώση για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μειώνεται όσο αυξάνετε η ηλικία των συμμετεχόντων. Η σχέση μεταξύ της ηλικίας και της γνώσης στην ΒΚΑ, έχει αναφερθεί από πολλούς ερευνητές⁷, και συγκεκριμένα, το ενδιαφέρον για κατάρτιση στη ΒΚΑ μειώνεται σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα^{7,8}. Βιβλιογραφικά υποστηρίζεται ότι οι συχνότεροι λόγοι για τους οποίους ο πληθυσμός δεν επιθυμεί να μάθει ΒΚΑ είναι: η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη ενδιαφέροντος, η δυσκολία απομνημόνευσης όλων των βημάτων της ΒΚΑ, το κόστος, η δυσκολία στο να παρακολουθήσει μια σειρά μαθημάτων, οι φυσικοί περιορισμοί όπως κακή υγεία, ο φόβος για μετάδοση HIV και ο φόβος για μη νομική κάλυψη⁹.

Επίσης το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος φαίνεται να συνδέεται με τη γνώση που έχουν για την ΒΚΑ. Συγκεκριμένα, τα άτομα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, γνωρίζουν καλύτερα σε σχέση με τα άτομα 2βάθμιας ή κατώτερης εκπαίδευσης για την ΒΚΑ, αποτελέσματα τα οποία υποστηρίζονται και βιβλιογραφικά¹⁰.

Η εγκεφαλική βλάβη ξεκινάει 4 λεπτά μετά την καρδιακή ανακοπή και η μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη μετά από 10 λεπτά⁶. Επομένως είναι κατανοητό η σημασία που έχει η άμεση αναζήτηση ιατρικής βοήθειας καλώντας τον τριψήφιο αριθμό 166⁹. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην μελέτη μας γνωρίζουν ποιος είναι ο αριθμός του τηλεφώνου που πρέπει να καλούν σε περίπτωση επείγουσας ιατρικής ανάγκης. Επιπρόσθετα, η γνώση αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και την ηλικία των ερωτηθέντων.

Μια μελέτη έδειξε ότι περίπου οι μισοί από τους καρδιακούς θανάτους συμβαίνουν εντός μίας ώρας από την έναρξη των συμπτωμάτων και μάλιστα πριν οι ασθενείς φτάσουν στο νοσοκομείο². Η έγκαιρη πρόσβαση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, η εξειδικευμένη αντιμετώπιση και η πιθανότητα επιβίωσης μετά το καρδιακό συμβάν συνδέονται, με την έγκαιρη αναγνώριση των σημείων και συμπτωμάτων του καρδιακού συμβάντος από το ίδιο το άτομο ή τα οικεία άτομα^{11,12}. Η δική μας μελέτη έδειξε ότι το 38,5% του πληθυσμού γνωρίζει τα συμπτώματα ενός σοβαρού καρδιολογικού συμβάντος. Στα ίδια περίπου ποσοστά καταλήγει και μια έρευνα¹³ που έγινε στην Αμερική με πληθυσμό 71. 994 άτομα, όπου αναφέρει ότι το 31% του δείγματος μπορεί να αναγνωρίσει τα σημεία και συμπτώματα σοβαρού καρδιολογικού συμβάντος. Επίσης στην ίδια έρευνα η γνώση αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με το επίπεδο μόρφωσης του πληθυσμού και το φύλο. Αναλυτικότερα οι άνδρες και τα άτομα απόφοιτοι πανεπιστημίου γνωρίζουν καλύτερα τα συμπτώματα σοβαρού καρδιολογικού συμβάντος σε σχέση με τις γυναίκες και τα άτομα κατώτερου μορφωτικού επιπέδου, στοιχείο το οποίο το διαπιστώνουμε και εμείς στην έρευνα μας.

Συμπέρασμα

Η γενική γνώση σχετικά με την Βασική Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση στο δείγμα του πληθυσμού της Αθήνας είναι ελλιπής. Ως εκ τούτου, θεωρούμε επείγουσα ανάγκη την βελτίωση της δημόσιας πληροφόρησης για τη σημασία της Βασικής Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, να αξιολογηθούν τα υπάρχοντα προγράμματα και να αναπτυχθούν σε κοινοτικό επίπεδο πιο εκτενή επιμορφωτικά σεμινάρια.

Βιβλιογραφία:

1. Vaillancourt C and Stiell IG. Cardiac arrest care and emergency medical services in Canada. *Can J Cardiol.* 2004; 20(11):1081-90.
2. Zheng ZJ, Croft JB, Giles WH, Mensah GA. Sudden cardiac death in the United States, 1989 to 1998. *Circulation.* 2001; 104:2158-63.
3. Herlitz J, Engdahl J, Svensson L, Angquist KA, Young M, Holmberg S. Factors associated with an increased chance of survival among patients suffering from an out-of-hospital cardiac arrest in a national perspective in Sweden. *Am Heart J.* 2005; 149:61-66.
4. Rea, TD, Eisenberg, MS, Sinibaldi, G, White, RD. Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in the United States. *Resuscitation* 2004; 63:17-24
5. Brennan RT and Braslow A. Are we training the right people yet? A survey of participants in public cardiopulmonary resuscitation classes. *Resuscitation.* 1998; 37:21-5.
6. Nolan J, Deakin Ch, Soar J, Bottiger B, Smith B. European Resuscitation Council. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. *Resuscitation.* 2005; 67:S1-S189
7. Goldberg RJ, Gore JM, Love DG, Ockene JK, Dalen JE. Layperson CPR — are we training the right people? *Ann Emerg Med* 1984; 13:701-4.
8. Keim S, Anderson K, Siegel E, Spaite DW, Valenzuela TD. Factors associated with CPR certification within an elderly community. *Resuscitation* 2001; 51:269-74.
9. Fong YT, Anantharaman V, Lim SH, Leong KF, Pokkan G. Mass cardiopulmonary resuscitation 99—survey results of a multi-organisational effort in public education in cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation.* 2001; 49:201-5.
10. Parnell MM, Pearson J, Galletly DC, Larsen PD. Knowledge of and attitudes towards resuscitation in New Zealand high-school students. *Emerg Med J.* 2006 Dec; 23(12):899-902.
11. Zheng ZJ, Croft JB, Giles WH, Mensah GA. Sudden cardiac death in the United States, 1989 to 1998. *Circulation.* 2001; 104:2158-63.
12. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 midcourse review. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2006. Πρόσβαση 15/3/2010, <http://www.healthypeople.gov/data/midcourse>.
13. Morbidity and Mortality Weekly Report. Disparities in Adult Awareness of Heart Attack Warning Signs and Symptoms -14 States, 2005.2008;57:175-179.