



Ελληνικό
περιοδικό της
Νοσηλευτικής
Επιστήμης

Τόμος 1, Τεύχος 2, Νοέμβριος - Δεκέμβριος 2008



Το Επιστημονικό Περιοδικό της

Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΕΝΕ)

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ-ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης: **Δρ. Κυριάκος Κουβελιώτης**
Υπεύθυνος Έκδοσης: **Δημήτριος Σκουτέλης**
Υπεύθυνος Επικοινωνίας και Δημ. Σχέσεων: **Αριστείδης Δάγλας**
Υπεύθυνος Διεθνών Σχέσεων: **Νικόλαος Αντωνακόπουλος**
Επιμέλεια Ύλης: **Ισμήνη Χατζηθεοφίλου**
Υπεύθυνος Ιστοσελίδας: **Αντώνης Θεοδωρίδης**
Διοικητική Υποστήριξη: **Ελένη Μπαλτζή**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Δρ. Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια Βασικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.
Δρ. Αθηνά Καλοκαιρινού, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ (Επικεφαλής Επιστημονικής Επιτροπής)
Δρ. Ευριδίκη Καμπά, Διδάκτωρ Νοσηλευτικής.
Δρ. Στυλιανή Κοτζαμπασάκη, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Αθήνας.
Δρ. Ευμορφία Κούκια, Λέκτορας Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.
Δρ. Φωτούλα Μπαμπάτσικου, Νοσηλεύτρια - Ιατρός Δημόσιας Υγείας, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.
Δρ. Παναγιώτα Μπέλλου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Προϊσταμένη Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄ ΑΤΕΙ Αθήνας.
Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσσογλου, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Dr. Mally Ehrenfeld, RN, PhD, Head of Nursing dep. Associate Professor Tel-Aviv University, Dep of Nursing, Israel.
Dr. Irena Papadopoulos PhD, MA(Ed), BA, DipNEd, DipN, NDNCert, RGN, RM Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK.
Dr. Enridiki Papastavrou Lecturer Department of Nursing School of Health Studies Cyprus University of Technology President of the Council of Nursing and Midwifery, Cyprus.
Δρ. Ανδρέας Παυλάκης, Καθηγητής Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
Dr. Elisabeth Rappold, RN, Mag. PhD Institut für Pflegewissenschaft University of Vienna, Austria
Ms Cecilia Sironi RN, BSc, MSc Universita degli Studi dell' Insubria Varese Italy.
Dr. Lorraine N. Smith, BScN, MEd, PhD, Professor Nursing & Health Care, University of Glasgow, Scotland, UK.
Dr. Edwin R. van Teijlingen, Υφηγητής Δημόσιας Υγείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Aberdeen.
Dr. Steve Willcocks, Καθηγητής Σχολής Υγείας, Πανεπιστήμιο Central Lancashire.

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ

Σπύρος Βρεττός, Συγγραφέας, Διδάκτωρ Φιλολογίας.
Αθανάσιος Γιαννόπουλος, Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Χρήστος Κίττας, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής και Πρύτανης του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Ιωάννης Μπράμης, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Κυριάκος Στριγγάρης, Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας

Ιωάννης Υφαντόπουλος, Καθηγητής Κοινωνικής Πολιτικής, Νομικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Το ΔΣ της ΕΝΕ, αποτελείται από τα παρακάτω 15 τακτικά μέλη:

Δημήτριος Σκουτέλης, Πρόεδρος, **Αριστείδης Δάγλας**, Γενικός Γραμματέας, **Νικόλαος Ορφανός**, Α΄ Αντιπρόεδρος, **Κωνσταντία Μπελαλή**, Μέλος ΔΣ, **Δημοσθένης Σαληκίδης**, Μέλος ΔΣ, **Λάμπρος Μπίζας**, Αν. Γραμματέας, **Ελένη Αλμπάνη**, Οργαν. Γραμματέας, **Ευτέρπη Βασιλειάδου**, Μέλος ΔΣ, **Γεώργιος Δραχτιδης**, Μέλος ΔΣ, **Απόστολος Κωτσής**, Μέλος ΔΣ, **Δημήτριος Πιστόλας**, Ταμίας, **Γεωργία Μπλάντα**, Μέλος ΔΣ **Γεώργιος Δόντσιος**, Μέλος ΔΣ, **Κων/νος Μπουμπάρης**, Β΄ Αντιπρόεδρος, **Νικόλαος Σαββίδης**, Μέλος ΔΣ

ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΩΝ Ε.Ν.Ε.

1ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Σοφία Κωσταδιού**, Αντιπρόεδρος: **Γεωργία Κουτσοβάβιου**, Γ. Γραμματέας: **Μιχαήλ Κουράκος**, Αν. Γραμματέας: **Κωνσταντία Μπελαλή**, Ταμίας: **Λάμπρος Μπίζας**, Μέλη: **Δημήτριος Σκουτέλης**, **Γεώργιος Δραχτιδης**, **Γεωργία Μπλάντα**, **Δημήτριος Πιστόλας**

2ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Βασιλική Μούγια**, Αντιπρόεδρος: **Ελένη Πισιμίση** Γ. Γραμματέας: **Ευαγγελία Τσιότσιου**, Αν. Γραμματέας: **Παναγιώτης Ψας**, Ταμίας: **Ελένη Σπυριδοπούλου**, Μέλη: **Αριστείδης Δάγλας**, **Μαρία Μελετιάδου**

3ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Γεώργιος Μπαλιόζογλου**, Αντιπρόεδρος: **Δημήτριος Παλητζής**, Γ. Γραμματέας: **Γεώργιος Χρυσομαλλίδης**, Αν. Γραμματέας: **Ιωάννης Κουτσόνικος**, Ταμίας: **Χρήστος Καργιώτης**, Μέλη: **Φίλιππος Κακάνης**, **Στέφανος Παπουτσάκης**, **Αντώνιος Θεοδωρίδης**

4ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Γεώργιος Δόντσιος**, Αντιπρόεδρος: **Ελένη Αβράμη** Γ. Γραμματέας: **Φαίδρα Ιωαννίδου**, Αν. Γραμματέας: **Κων/νος Μπουμπάρης**, Ταμίας: **Όλγα Δημητριάδου**, Μέλη: **Τριαντάφυλλος Παγκαλίδης**, **Μελανία Κοσμαδάκη**

5ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Απόστολος Κωτσής**, Αντιπρόεδρος: **Μαρία Σουλτούκη**, Γ. Γραμματέας: **Μαγδαληνή Σελαμανίδου**, Αν. Γραμματέας: **Μαρία Γκτέρσου**, Ταμίας: **Κων/νος Νιανιόπουλος**, Μέλη: **Γεώργιος Ρότσας**, **Νικόλαος Κιούσης**

6ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Γεωργία Θεοδωρακοπούλου**, Αντιπρόεδρος: **Νικόλαος Ορφανός**, Γ. Γραμματέας: **Γεώργιος Αρβανίτης** Αν. Γραμματέας: **Γεώργιος Σιώχος**, Ταμίας: **Ελένη Αλμπάνη** Μέλη: **Κυριάκος Κούφαλης**, **Δήμητρα Τσίλη**, **Γεώργιος Τζιτζίκος**, **Χρήστος Μαρνέρας**

7ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Νικόλαος Σαββίδης**, Αντιπρόεδρος: **Πηνελόπη Ντζιλέπη**, Γ. Γραμματέας: **Γεώργιος Μεραμβελιωτάκης**, Αν. Γραμματέας: **Εμμανουήλ Αστυρακάκης**, Ταμίας: **Μιχαήλ Ζωγραφάκης**- **Σφακιανάκης**

Ερευνητικές Εργασίες

Διαδραστική Προσέγγιση - Βιωματική Παρέμβαση στο Μάθημα της Βιοηθικής σε Φοιτητές-τριες Νοσηλευτικής.....σελ	51
---	-----------

Ανασκοπήσεις

Άσκηση σε Άτομα με Χρόνια Νεφρική Νόσο, Ενταγμένα σε Πρόγραμμα Υποκατάστασης της Νεφρικής Λειτουργίας: μια Συστηματική Ανασκόπηση.....σελ	58
--	-----------

Περιεχειρητική Αιμοδυναμική Παρακολούθηση σε Καρδιοχειρουργικούς Ασθενείς & Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις: Ανασκόπηση.....σελ	64
---	-----------

Ποιοτική Νοσηλευτική Φροντίδα: Μία Επιλεκτική Βιβλιογραφική Επισκόπηση των Ερμηνειών Ασθενών και Νοσηλευτών.....σελ	90
--	-----------

Βιβλιοκριτικές

Μοντέλο Τεκμηριωμένης Πρακτικής και Κατευθυντήριες Οδηγίες του Νοσηλευτικού Τομέα του ιδρύματος Johns Hopkinsσελ	100
---	------------

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΕΝΕ)

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης είναι το επίσημο περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα.

Με το συγκεκριμένο επιστημονικό έντυπο η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος συμβάλλει στην προαγωγή της νοσηλευτικής επιστημονικής γνώσης και ανοίγει ένα νέο κεφάλαιο στην σύγχρονη νοσηλευτική ιστορία της Ελλάδας.

Σε αυτό το πλαίσιο το επιστημονικό περιοδικό έχει τους εξής στόχους:

- Την προαγωγή της Νοσηλευτικής επιστήμης
- Την συμβολή στην ποιότητα φροντίδας ατόμων, ομάδων και του κοινωνικού συνόλου σε κάθε κατάσταση υγείας και αρρώστιας
- Την ανάδειξη και επιστημονική διερεύνηση επιστημονικών νοσηλευτικών θεμάτων
- Την παραγωγή νοσηλευτικής πολιτικής και
- Την ενίσχυση της νοσηλευτικής έρευνας

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή με συμβολική αμοιβή σε

όλους τους ενδιαφερόμενους ερευνητές, πανεπιστημιακούς δασκάλους, φοιτητές, σε όλη τη νοσηλευτική κοινότητα γενικότερα αλλά και στα ανώτερα και ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα της ημεδαπής και της αλλοδαπής.

Ταυτόχρονα αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο επιστημονικής γνώσης για τον έλληνα νοσηλευτή, για όσους σπουδάζουν τη νοσηλευτική, για τους επαγγελματίες άλλων επιστημών υγείας και συμπεριφοράς καθώς και για κάθε αναγνώστη που επιθυμεί επιστημονική ενημέρωση και εκπαίδευση.

Παράλληλα παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση ή στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν εποικοδομητικές κριτικές. Σε ένα δεύτερο επίπεδο ευαισθητοποιεί άλλους επιστήμονες στα γνωστικά αντικείμενα της νοσηλευτικής και προάγει γενικότερα τη συνεργασία των υπηρεσιών υγείας.

Στο περιοδικό δημοσιεύονται ερευνητικές μελέτες, ανασκοπήσεις, πρωτότυπες πραγματείες και βιβλιοκριτικές. Οι τομείς που καλύπτει το περιοδικό είναι οι εξής:

- Η Νοσηλευτική Έρευνα
- Η Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας
- Η Νοσηλευτική Εκπαίδευση
- Η Κλινική Νοσηλευτική
- Η Κοινωνική Νοσηλευτική
- Η Ηθική και Δεοντολογία Νοσηλευτικής και
- Η Νοσηλευτική Νομοθεσία

Η Επιστημονική Επιτροπή του Περιοδικού:

1. Θεωρεί ότι η ανοικτή πρόσβαση στη έρευνα, στις ανασκοπήσεις και σε άλλα άρθρα συντελεί ευρύτερα στην πρόοδο και εξέλιξη της νοσηλευτικής με τελικό στόχο την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας,
2. Δεσμεύεται να διατηρεί την ποιότητα του περιοδικού σε υψηλό επίπεδο και να προάγει την επιστημονική γνώση,
3. Παρέχει τα απαραίτητα εργαλεία και τη γνώση για την ορθή οργάνωση και παρουσίαση των δημοσιεύσεων,
4. Προωθεί την ελεύθερη και ανοικτή πρόσβαση στην επιστημονική γνώση για τους λειτουργούς της υγείας,
5. Αναγνωρίζει τις επιστημονικές ανάγκες της νοσηλευτικής κοινότητας και με τη δημιουργία του περιοδικού συμβάλλει στην ικανοποίησή τους.

■ editorial

Δρ. Κυριάκος Κουβελιώτης
Διευθυντής Σύνταξης

Το δεύτερο τεύχος του Ελληνικού Περιοδικού της Νοσηλευτικής Επιστήμης της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας ολοκληρώνει τον πρώτο κύκλο λειτουργίας του και παραμένει πιστό στους στόχους που έχει θέσει πάντα με γνώμονα την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης στην Ελλάδα.

Σε αυτό το πλαίσιο, η Οργανωτική και η Επιστημονική Επιτροπή του Περιοδικού εργάζονται ώστε να διατηρούν την ποιότητα του περιοδικού σε υψηλό επίπεδο και να προάγουν την επιστημονική γνώση, να προσφέρουν τα απαραίτητα εργαλεία και τη γνώση για την ορθή οργάνωση και παρουσίαση των δημοσιεύσεων, να προωθούν την ελεύθερη και ανοικτή πρόσβαση στην έρευνα για τους λειτουργούς της υγείας και να αναδείξουν το έργο νέων επιστημόνων.

Στους προσεχείς στόχους του Ελληνικού Περιοδικού της Νοσηλευτικής Επιστήμης περιλαμβάνεται μεταξύ άλλων και η ένταξη στην ύλη ειδικών θεματικών επιστημονικών ενοτήτων όπως η διοίκηση υπηρεσιών και μονάδων υγείας, η νοσηλευτική εκπαίδευση και η εφαρμογή διεθνών προτύπων ποιότητας στο χώρο της υγείας.

Διδακτική Προσέγγιση - Βιωματική Παρέμβαση στο Μάθημα της Βιοηθικής σε Φοιτητές-τριες Νοσηλευτικής

Ιωαννίδη Βασιλική,

Δρ Παιδαγωγικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Μέλος Ε.Ε.Δι.Π. Ειδικής Αγωγής Τμήματος Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής (Σπάρτη), Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. E-mail: vioannid@uop.gr

Βασιλειάδου Σοφία,

Νοσηλεύτρια Π.Ε., Μsc Φιλοσοφικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν». E-mail: sofvasileiadou@gmail.com

Τραυλός Αντώνιος Κ.

Επίκ. Καθηγητής Αθλητικής Ψυχολογίας, Τμήμα Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής (Σπάρτη), Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. E-mail: atravlos@uop.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η δημιουργία ενός παιδαγωγικού και εκπαιδευτικού περιβάλλοντος, όπου οι ακαδημαϊκές γνώσεις συνοδεύονται τόσο από συναισθηματικό εμπλουτισμό όσο και από παράλληλη διαμόρφωση κοινωνικών στάσεων και αξιών. Η έρευνα αφορά μία διδακτική προσέγγιση - βιωματική εμπλοκή των φοιτητών -τριών στο πλαίσιο του μαθήματος της Βιοηθικής, με στόχο την εμπάθυνση μέσω της δημιουργίας κινήτρων και ενδιαφερόντων για ελεύθερη έκφραση σκέψεων, συναισθημάτων, αποριών, βιωμάτων κλπ., ώστε η ίδια η μάθηση να κινητοποιεί την αίσθηση και από κοινού να διαμορφώνουν τη συμπεριφορά. Στην έρευνα συμμετείχαν 41 φοιτητές -τριες του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Από τους φοιτητές -τριες ζητήθηκε ένα «κείμενο ελεύθερης γραφής» στο οποίο με ελεύθερο τρόπο περιέγραψαν την εμπειρία τους, τις σκέψεις τους και τα συναισθήματά τους κατά τη διάρκεια της συμμετοχής τους στο μάθημα της Βιοηθικής. Τα κείμενα ελεύθερης γραφής υποβλήθηκαν σε ανάλυση περιεχομένου. Από την ανάλυση των κειμένων, προέκυψαν επτά γενικές κατηγορίες, στις οποίες ταξινομήθηκαν τα θέματα, ανάπτυξης γνωστικών δεξιοτήτων, ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων, συναισθήματος-βιώματος, ολιστικής ανάπτυξης, επαγγελματικής ανάπτυξης, αξιολόγησης-αναφοράς στην εκπαιδευτική μεθοδολογία και θεμάτων που εμφανίστηκαν μία φορά (ή δεν μπορούσαν να ταξινομηθούν στις υπόλοιπες κατηγορίες). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι μέσα από τη συγκεκριμένη διδακτική προσέγγιση-βιωματική εμπειρία ενισχύονται η δημιουργία κινήτρων (αφόρμηση, συναισθηματική προετοιμασία, ενδιαφέρον), η επιχειρηματολογία στη παρουσίαση και ανάλυση ενός προβλήματος, και ο προβληματισμός κατά την εμπέδωση των θεματικών ενοτήτων του μαθήματος.

Λέξεις - κλειδιά: Βιοηθική, Βιωματική μάθηση, Διδακτική προσέγγιση, Δυναμική ομάδας, Εκπαίδευση Φοιτητές-τριες νοσηλευτικής

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στην παρουσίαση μιας διδακτικής πρότασης στο πλαίσιο εκπαίδευσης νοσηλευτών –τριών. Συγκεκριμένα, αφορά μία διδακτική προσέγγιση - βιωματική παρέμβαση, στο πλαίσιο του κατ' επιλογήν μαθήματος «Βιοηθική» (Ιωαννίδη, 2008), στους φοιτητές –τριες του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (χρονική διάρκεια: ακαδημαϊκό έτος 2006-2007, συμμετοχή 41 φοιτητών –τριών σε 2ωρες εβδομαδιαίες συναντήσεις στο μάθημα της Βιοηθικής, Α' εξάμηνο του Προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών). Έμπνευση για τη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη στάθηκε μία ανάλογη εμπειρία-έρευνα στην Περιβαλλοντική Εκπαίδευση (Μπακιρτζής, 2002).

Με άλλα λόγια, πρόκειται για μία προσπάθεια της διδασκουσας του μαθήματος για βιωματική εμπλοκή των φοιτητών –τριών, με στόχο την εμπάθουση μέσω της δημιουργίας κινήτρων και ενδιαφερόντων για ελεύθερη έκφραση σκέψεων, συναισθημάτων, αποριών, βιωμάτων κ.λπ., ώστε η ίδια η μάθηση να κινητοποιεί την αίσθηση και από κοινού να διαμορφώνουν τη συμπεριφορά.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η Βιοηθική, ως νέα διεπιστημονική προσέγγιση επιστημονικών, τεχνολογικών, κοινωνικών, πολιτικών και ηθικών προβλημάτων που αναφύονται από την εφαρμογή των γενετικών και τεχνολογικών εν γένει νεωτερισμών και εφαρμογών, προσφέρεται για μία τέτοια παιδαγωγική προσέγγιση της διεπιστημονικής φύσης του συγκεκριμέ-

νου γνωστικού αντικείμενου, διότι η εκπαίδευση, η καλλιέργεια και η παιδεία είναι το βασικότερο επίπεδο, στο οποίο ανάγεται κάθε κοινωνικό ζήτημα (Αλαχιώτης, 2004; Johnstone, 2005).

Στους αντικειμενικούς στόχους του μαθήματος περιλαμβάνονται: (1) η κατανόηση βασικών ζητημάτων βιοηθικής αλλά και της έννοιας της διεπιστημονικότητας και της διακλαδικότητας, ως εκφράσεις στην ολιστική θεώρηση των θεμάτων υγείας και της σύνδεσής τους με τις παραγωγικές δυνάμεις μιας κοινωνίας, (2) η αποδοχή, εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας αλλά και των εκπαιδευτικών, της διεύρυνσης του γνωστικού τους αντικείμενου, (3) η ανάπτυξη της ικανότητας για επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και στελεχών εκπαίδευσης, σε προσωπικό και επιστημονικό επίπεδο, και (4) η ανάπτυξη για ικανότητα σχεδιασμού ενός προγράμματος, όσον αφορά την υγεία και την εκπαίδευση για την υγεία, με βάση τη διεπιστημονικότητα.

Στα επιδιωκόμενα μαθησιακά αποτελέσματα έχουμε θέσει, πρώτον, την ανάπτυξη ικανοτήτων σύνθεσης, κριτικής και δημιουργικής σκέψης, επικοινωνίας και συμμετοχικότητας, στο πλαίσιο διδασκαλίας του μαθήματος (βραχυπρόθεσμα) και δεύτερον, την ανάπτυξη αυτοεκτίμησης, συμβολή στην ικανότητα για εύρεση εργασίας, αλλά και επίλυση προβλημάτων καθώς και λήψη ηθικών αποφάσεων σε εργασιακό-επαγγελματικό επίπεδο (μακροπρόθεσμα).

Δυναμική της ομάδας και βιωματική μάθηση

Η σύγχρονη βιβλιογραφία τονίζει πως, παρά το γεγονός ότι η μάθηση και η ανάπτυξη εμφανίζονται ως ατομικό επίτευγμα, οικοδομούνται μέσα σε συλλογικά πλαίσια (Ματσαγγούρας, 2003). Επομένως, στην ανάπτυξη της βιωματικής μάθησης, η ομάδα και η δυναμική της μάς αφορούν ως δασκάλους και εκπαιδευτές.

Ο όρος «δυναμική της ομάδας» φανερώνει το γεγονός ότι οι σχέσεις και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της δεν είναι στατικές και, μάλιστα, επηρεάζουν και διαμορφώνουν την αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας και της μάθησης (βλ. Lavin, Rueblich, Banks, Block, Counte, Furman, Miller, Reese, Viehmann, Holt, 2001). Βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη δυναμική μιας ομάδας είναι το μέγεθος και η σύνθεσή της, καθώς και οι ενδο-ομαδικές και δι-ομαδικές σχέσεις. Η έρευνα έχει δείξει ότι όσο αυξάνεται το μέγεθος της ομάδας οι διαδικασίες γίνονται πιο χρονοβόρες, η επικοινωνία δυσκολότερη, η απόσπαση της προσοχής ευκολότερη και η ενεργός συμμετοχή όλων λιγότερη, οπότε και το εκπαιδευτικό έργο δυσχεραίνεται. Παρ' όλα αυτά, για τον καθορισμό του μεγέθους της ομάδας πρέπει ο εκπαιδευτής να λάβει υπόψη την ηλικία και την εμπειρία των μελών της ομάδας, αλλά και τη χρονική διάρκεια της δραστηριότητας που προγραμματίζει (Ματσαγγούρας, 2003).

Η θεωρία της βιωματικής μάθησης δίνει έμφαση στο σημαντικό ρόλο που παίζει η εμπειρία (τα βιώματα και τα συναισθήματα, ο τρόπος που κανείς αντιλαμβάνεται τον

κόσμο) στη διαδικασία της μάθησης, καθώς και στους δεσμούς μεταξύ του ατόμου που εκπαιδεύεται, της καθημερινής του ζωής και του κοινωνικού περιβάλλοντος (Δεδούλη, 2002; Kolb, Boyatzis, Mainemelis, 2001).

Ο όρος της βιωματικής μάθησης περιλαμβάνει διάφορες έννοιες. Αρχικά, σχετίζεται με τη γνώση, τις στάσεις και τις συμπεριφορές που έχει ήδη αποκτήσει το άτομο μέσα από τις εμπειρίες του και τους γνωστικούς μηχανισμούς-δηλαδή το πώς μαθαίνει- που έχει αναπτύξει. Σύμφωνα με τη Γνωστική Ψυχολογία, στη διαδικασία της μάθησης σημαντικό ρόλο παίζουν οι εσωτερικές γνωστικές δομές που δημιουργούνται με την αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και ατόμου. Μάλιστα, κατά τον Piaget, η γνώση δομείται πάνω στις προϋπάρχουσες γνώσεις και εμπειρίες του ατόμου και η μάθηση είναι η αναδόμηση προηγούμενης εμπειρίας και συνδέεται με αυτά που είναι ήδη γνωστά (Κασσωτάκης, Φλουρή, 2005).

Το διαμορφωμένο γνωστικό υπόβαθρο και οι εσωτερικές διαδικασίες μάθησης- γνωστικοί μηχανισμοί, που είναι ασφαλώς διαφορετικά σε κάθε άτομο, αναδεικνύουν την αξία της υποκειμενικής προσωπικής εμπειρίας στη μάθηση, καθώς αναμφίβολα επηρεάζουν την ικανότητά του για κατάκτηση νέων γνώσεων και αλλαγή της συμπεριφοράς και, για το λόγο αυτό, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε κάθε εκπαιδευτική διαδικασία. Έτσι, μια μαθησιακή διαδικασία είναι βιωματική, όταν δίνει την ευκαιρία στο μαθητή να συσχετίσει τη

νέα εμπειρία του με την προηγούμενη γνώση του (Ματσαγγούρας, 2003).

Στο χώρο της εκπαίδευσης και σύμφωνα με παιδαγωγούς όπως ο Dewey, ο όρος βιωματική μάθηση αναφέρεται στον τρόπο που οργανώνεται η μαθησιακή διαδικασία: η περίφημη φράση "learning by doing" αποκαλύπτει τη σχέση που αποδίδει ο Dewey ανάμεσα στην εκπαίδευση και την εμπειρία (Δεδούλη, 2002).

Η θεωρία αυτή μας προτρέπει να δημιουργούμε για τους μαθητές (εν γένει τους εκπαιδευόμενους) εκπαιδευτικά περιβάλλοντα, στα οποία μπορούν να δημιουργούν βιώματα συμμετέχοντας ενεργά στη μαθησιακή διαδικασία. Ενεργός συμμετοχή για το άτομο που μαθαίνει σημαίνει συμμετοχή σε δραστηριότητες όπου καλείται να ερευνήσει, να παρατηρήσει, να περιεργαστεί, να μελετήσει, να κατασκευάσει, να συζητήσει, να δημιουργήσει, κ.ο.κ. Στο πλαίσιο αυτό, βιωματική μάθηση σημαίνει ότι δίνεται στο μαθητή η δυνατότητα να βιώσει αυτό που διδάσκεται (Καμαρινού, 2000), γεγονός που θα τον βοηθήσει να οικειοποιηθεί τη γνώση μέσα από την κατανόηση και την ενεργό εμπλοκή του με το αντικείμενο.

Μια άλλη διάσταση της βιωματικής μάθησης αναφέρεται στην ανάγκη ανάπτυξης του συνόλου της προσωπικό-

τητας του μαθητή, όχι, δηλαδή μόνο της πνευματικής του ανάπτυξης. «Ο ρόλος του εκπαιδευτή στη διαδικασία αυτή είναι να ενθαρρύνει, μέσα από τις δραστηριότητες, τον εκπαιδευόμενο-μαθητή να στοχαστεί πάνω στα συναισθήματα, στις ιδέες, στις αξίες, στις στάσεις του σε ένα περιβάλλον σεβασμού και αποδοχής» (Καμαρινού, 2000).

Συνακόλουθα, και σύμφωνα με τη Δεδούλη (2002) «οι κυριότερες, λοιπόν, αρχές της βιωματικής μάθησης μπορούν να συνοψιστούν ως εξής: (α) αξιοποιεί τα βιώματα των μαθητών και προκαλεί νέα βιώματα, (β) ενθαρρύνει το μαθητή να συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία, (γ) τον προτρέπει να ερευνά, να ανακαλύπτει, να ενεργοποιεί τη φαντασία και τη δημιουργικότητά του, (δ) προτείνει την αναζήτηση και τη δημιουργία προσωπικού νοήματος, αντί της απομνημόνευσης πληροφοριών, (ε) στοχεύει στην απαρτίωση της νοητικής και συγκινησιακής διαδικασίας κινητοποιώντας το μαθητή διανοητικά και συναισθηματικά, αφού είναι παραδεκτό ότι η μάθηση βασίζεται στη σχέση και την αλληλεπίδραση γνώσης και συναισθηματικών διεργασιών, (στ) βοηθά το μαθητή να αντιληφθεί το ρόλο των κοινωνικών, οικονομικών, ιστορικών και πολιτισμικών παραγόντων στη διαμόρφωση του κοινωνικού γίνεσθαι, και (ζ) προωθεί την αυτογνωσία του μαθητή».

Παιδαγωγική μεθοδολογία

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η συνάντηση του παιδαγωγού με τον παιδαγωγούμενο αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για την άσκηση παιδαγωγικών επιρροών αλλά και την επίτευξη παιδαγωγικού αποτελέσματος, με πολύτιμο μέσο την επικοινωνία (Γκότοβος, 2002). Σε ένα τέτοιο πλαίσιο θεωρήσαμε πρωταρχικής σημασίας την πολυεπίπεδη εκπαίδευση φοιτητών /-τριών, που δίδει έμφαση (α) στην ενεργητική συμμετοχή των φοιτητών /-τριών, (β) στην ευελιξία του μαθήματος σε αλλαγές σύμφωνα με τις ανάγκες της ομάδας, και (γ) στην υποστήριξη της ομάδας προκειμένου να λειτουργεί ως ομάδα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Κατά συνέπεια και με την πεποίθηση μιας εποικοδομητικής διδακτικής προσέγγισης: (1) διατυπώσαμε συγκεκριμένους στόχους σε συνδυασμό με τη γνώση βασικών εννοιών και διαστάσεων της Βιοηθικής, (2) αναφέραμε παραδείγματα από το χώρο της νοσηλευτικής, (3) ενθαρρύνσαμε με διδακτικές δραστηριότητες και διαμορφωμένες ερωτήσεις την περαιτέρω ανάλυση και εμπέδωση των θεμάτων που εξετάστηκαν, (4) προωθήσαμε την εξαγωγή συμπερασμάτων μέσα από την επεξεργασία πληροφοριών από διάφορες πηγές και υπηρεσίες π.χ. διαδίκτυο, τύπος, κατάθεση απόψεων και εμπειριών κ.λπ., και (5) διερευνήσαμε τη δυνατότητα εναλλακτικών αντιλήψεων των φοιτητών -τριών και την πιθανή τροποποίησή τους μέσα από διάφορες παρεμβάσεις.

Επομένως, το σκεπτικό της παιδαγωγικής μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε ήταν βασισμένο σε αντίστοιχες παιδαγωγικές εμπειρίες-έρευνες και εφαρμογές (βλ. Γεωργόπουλος, Μπακιρτζής, 1998; Μπακιρτζής, 1998; Δεδούλη, Μαρμαρινός, 1999; O'Shea, 2003). Το διδακτικό πλαίσιο οργάνωσης του μαθήματος «Βιοηθική» βασίστηκε στις αρχές της διεπιστημονικότητας, της ανάπτυξης της κριτικής σκέψης, καθώς και την έμφαση στη δημιουργία ευκαιριών για την ανάπτυξη εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων μέσα στην αίθουσα διδασκαλίας (Sanchez-Sweatman, 1999). Συνολικά, η εκπαιδευτική διαδικασία βασίστηκε στο ομαδοκεντρικό σύστημα και η δυναμική της ομάδας αξιοποιήθηκε με έμφαση σε μεθόδους ενεργητικής και βιωματικής μάθησης. Ο ακαδημαϊκός τρόπος μετάδοσης της γνώσης πλαισιώθηκε από διδακτικές μεθόδους και τεχνικές ενεργού μάθησης και ομαδικής εργασίας καθώς και διδακτικής αξιοποίησης της προσωπικής εμπειρίας των φοιτητών.

Κατ' αυτόν τον τρόπο, η πορεία διδασκαλίας βασίστηκε σε δύο επίπεδα: το ακαδημαϊκό (πληροφορίες σε σχέση με την προγραμματισμένη θεματολογία του μαθήματος, κριτική παρουσίαση πληροφοριακού υλικού σε μία θεματική ενότητα, προβολή διαφανειών, διαμορφωμένες ερωτήσεις, συμπλήρωση τεστ), και το βιωματικό (δραστηριότητες ενίσχυσης της δημιουργικότητας π.χ. καταγιγμός ιδεών, αφηγήσεις και αναφορά βιωματικών εμπειριών, παιχνίδια ρόλων, ασκήσεις συνειδητοποίησης, ελεύθερη συζήτηση).

Σκοπός

Κατά συνέπεια, με άζονες αναφοράς την ανάπτυξη γνώσεων και την καλλιέργεια αξιών και δεξιοτήτων στα μελλοντικά στελέχη υγείας, θέσαμε ως σκοπό της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης τη δημιουργία ενός παιδαγωγικού και εκπαιδευτικού περιβάλλοντος, όπου οι ακαδημαϊκές γνώσεις θα συνοδεύονται τόσο από συναισθηματικό εμπλουτισμό όσο και από παράλληλη διαμόρφωση κοινωνικών στάσεων και αξιών. Κατ' αυτόν τον τρόπο, ο εκπαιδευτικός μας στόχος έλαβε το εξής σχήμα: «Κατατάσσω, αναλύω, συνθέτω, αξιολογώ τη γνώση μέσα από διεργασία επικοινωνίας και συν-εκκίνησης (συγκίνησης)». Επιδιώξη μας ήταν η διαμόρφωση μιας ευρύτερης επιστημονικής και κοινωνικής συλλογιστικής που θα επιτρέψει τη λήψη ηθι-

κών αποφάσεων και όχι απαντήσεις σε ηθικά διλήμματα, που από τη φύση τους είναι τόσο σύνθετα λόγω κοινωνικού, πολιτικού οικονομικού και ηθικού πλέγματος σε μία κοινωνία παγκοσμιοποίησης, που και μετά από πολύωρο στοχασμό μπορούν να εμπεριέχουν αντιφάσεις (Kushner; Thomasma, 2001). Κάτι τέτοιο θεωρήσαμε ότι θα επιτρέψει υπεύθυνες προσωπικές και επαγγελματικές επιλογές, προάγοντας έτσι τη δημόσια υγεία. Η κύρια ερευνητική υπόθεση ήταν η εξής:

«Οι φοιτητές-τριες εμπλουτίστηκαν σε γνωστικό, κοινωνικό και συναισθηματικό επίπεδο, μέσα από μία σφαιρική προσέγγιση της γνώσης σε βιωματικό και ακαδημαϊκό πλαίσιο».

Υλικό και μέθοδος

Στο τέλος του εξαμήνου ζητήθηκε από 41 φοιτητές –τριες ένα «κείμενο ελεύθερης γραφής» όπως ονομάστηκε, στο οποίο με ελεύθερο τρόπο θα περιέγραφαν την εμπειρία τους, τις σκέψεις τους και τα συναισθήματά τους κατά τη διάρκεια της συμμετοχής τους στο μάθημα αυτό. Στην έρευνα συμμετείχαν όλοι οι φοιτητές-τριες που γράφτηκαν και παρακολούθησαν το μάθημα της Βιοηθικής. Τα κείμενα ελεύθερης γραφής υποβλήθηκαν σε ανάλυση

περιεχομένου (Krippendorff, 2004). Η συγκεκριμένη μέθοδος κρίνεται κατάλληλη για μελέτες μικρής κλίμακας και διεξάγεται για να αναλυθούν πληροφορίες κυρίως γραπτών τεκμηρίων (Graneheim, Lundman, 2004). Σύμφωνα με τους Verma & Mallick (1999) η ανάλυση περιεχομένου μπορεί να εφαρμοστεί σε οποιαδήποτε μορφή επικοινωνίας και αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο εκπαιδευτικής έρευνας

Επεξεργασία των κειμένων ελεύθερης γραφής – ανάλυση περιεχομένου

Για την επεξεργασία των κειμένων ελεύθερης γραφής όπου οι φοιτητές κατέγραψαν τις σκέψεις, τις απόψεις τα βιώματα ή τις κριτικές τους για το μάθημα ακολουθήσαμε την τεχνική της ανάλυσης περιεχομένου (Βάμβουκας, 1988). Η τεχνική αυτή υπαγορεύει συγκεκριμένη διαδικασία και αρχές, τις οποίες και ακολουθήσαμε (Ryan, Bernard, 2004).

Ορισμός και επιλογή της ενότητας ανάλυσης:

Ακολουθώντας τη θεματική ή σημασιολογική ανάλυση (Βάμβουκας, 1988), επιλέξαμε ως ενότητα ανάλυσης το θέμα, δηλαδή τη σημασία της ομάδας των λέξεων που αποτελούσαν την απάντηση των φοιτητών.

Ορισμός και επιλογή της μονάδας μέτρησης:

Σύμφωνα με τον Βάμβουκα, η ανάλυση του περιεχομένου αποσκοπεί στη μετατροπή του ποιοτικού σε ποσοτικό και μετρήσιμο. Η αρχή αυτή εξασφαλίζεται με τον ακριβή καθορισμό της μονάδας μέτρησης, η οποία επιλέξαμε να είναι η συχνότητα εμφάνισης των σημαντικών ενδείξεων που μελετάμε. Με άλλα λόγια, για την μετατροπή των ποιοτικών δεδομένων σε ποσοτικά καταμετρήσαμε ένα θέμα τόσες φορές, όσες αναφέρεται στις απαντήσεις των ερωτηθέντων. Έτσι, σε πολλές περιπτώσεις καταμετρήσαμε ένα θέμα και περισσότερες από μία φορές, τόσες όσες αυτό εμφανιζόταν, στο κείμενο ελεύθερης γραφής του ίδιου φοιτητή.

Δημιουργία των κατηγοριών:

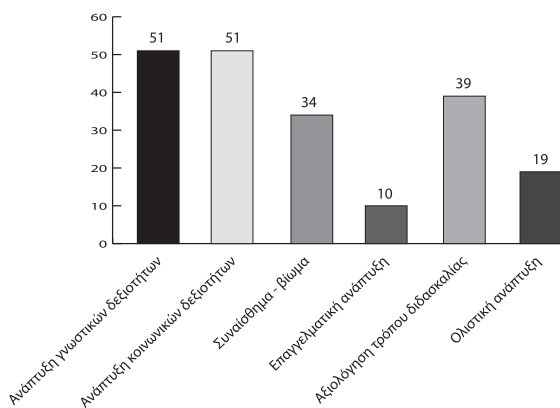
Προκειμένου να γίνει δυνατή η ποσοτικοποίηση των δεδομένων μας, δημιουργήσαμε ένα σύστημα κατηγοριών, στις οποίες ταξινομήθηκαν οι ενότητες της ανάλυσης με βάση το σημασιολογικό τους περιεχόμενο. Το σύστημα της κατηγοριοποίησης θεμελιώνεται σε τέσσερις κανόνες, σύμφωνα με τον Βάμβουκα, τους οποίους και ακολουθήσαμε: Ο κανόνας της αντικειμενικότητας, της καταλληλότητας, της εξαντλητικότητας και του αμοιβαίου αποκλεισμού (Βάμβουκας, 1988). Με βάση την ανάλυση των κειμένων, προέκυψαν οι εξής επτά γενικές κατηγορίες, στις οποίες ταξινομήθηκαν τα θέματα: (1) ανάπτυξη γνωστικών δεξιοτήτων, (2) ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, (3) συναίσθημα-βίωμα, (4) ολιστική ανάπτυξη, (5) επαγγελματική ανάπτυξη, (6) αξιολόγηση-αναφορά στην εκπαιδευτική μεθοδολογία, και (7) γενικά. Στην τελευταία κατηγορία «Γενικά», ταξινομήθηκαν όσα θέματα εμφανίζονται μία φορά ή δεν μπορούν να ταξινομηθούν στις υπόλοιπες έξι κατηγορίες. Το εννοιολογικό περιεχόμενο των κατηγοριών αναλύεται κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ανάλυσης περιεχομένου στα κείμενα ελεύθερης γραφής, όπου και δίνονται παραδείγματα.

Αποτελέσματα της ανάλυσης περιεχομένου

Οι συχνότητες των αναφορών ανά κατηγορία-θέμα απεικονίζονται στο Γράφημα Ι. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται ανά κατηγορία και συμπληρώνουμε το σχολιασμό τους με την παράθεση ορισμένων ενδεικτικών χωριών από τα κείμενα ελεύθερης γραφής.

Ανάπτυξη γνωστικών δεξιοτήτων

Στην κατηγορία αυτή ταξινομήθηκαν τα θέματα που σχετίζονταν με την ανάπτυξη των φοιτητών στο γνωστικό επίπεδο, όπως τη βίωσαν και την αποτύπωσαν οι ίδιοι, δηλαδή με την επίδραση που είχε η εκπαιδευτική δραστηριότητα στον τρόπο σκέψης τους, στην αλλαγή και ανάπτυξη προηγούμενων γνώσεων, αντιλήψεων, απόψεων και στάσεων τους και στην κριτική τους σκέψη και ικανότητα.



Γράφημα Ι.
Συχνότητες των αναφορών ανά κατηγορία-θέμα

Συνολικά, καταμετρήθηκαν 51 αναφορές- θέματα που εντάσσονται στην κατηγορία «Ανάπτυξη γνωστικών δεξιοτήτων». Είναι αξιοσημείωτο ότι όλα σχεδόν τα κείμενα περιείχαν τουλάχιστον ένα θέμα που αφορά στην «ανάπτυξη γνωστικών δεξιοτήτων» και οι φοιτητές στη συντριπτική τους πλειοψηφία παρατήρησαν ότι η δραστηριότητα τους βοήθησε να αναπτύξουν νέες στάσεις και αντιλήψεις πάνω σε σημαντικά ζητήματα βιοηθικής.

Για παράδειγμα, θέματα που ταξινομήθηκαν στην κατηγορία αυτή είναι τα εξής:

«έμαθα να βλέπω κάθε γεγονός στη ζωή μου από όλες τις πλευρές του» «συνειδητοποίησα ορισμένα θέματα που δεν με είχαν απασχολήσει πιο πριν»

«λάβαμε αρκετή πληροφόρηση και διαμορφώσαμε μια εικόνα για έννοιες, όπως ήθος, ελευθερία, εξεταστική» «διαπίστωσα την άγνοια που επικρατούσε σε μένα και τους συμφοιτητές μου»

«πολλά θέματα που δεν είχαμε αναλύσει στο παρελθόν διδαχθήκαμε να τα εξετάζουμε με βάση όλους τους παράγοντες που αλληλεπιδρούν»

Στην κατηγορία «ανάπτυξη γνωστικών δεξιοτήτων» ταξινομούνται επιπλέον και τρεις αναφορές των φοιτητών, οι οποίοι εκφράζουν την άποψη ότι το μάθημα δεν συνέβαλε στην ανάπτυξη του γνωστικού τους επιπέδου:

«είχα ασχοληθεί με τα θέματα αυτά και δεν ήταν τίποτα πρωτόγνωρο για μένα»

«γνώριζα ήδη τις πληροφορίες που δόθηκαν για τα θέματα» «το μάθημα δεν συνέβαλε στην ανάπτυξη γνώσεων»

Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων

Στην κατηγορία αυτή ταξινομήθηκαν τα θέματα που αφορούν στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων μέσα από έννοιες και διαδικασίες, όπως ο διάλογος, η συνεργασία, η ελεύθερη έκφραση ιδεών, η αλληλεπίδραση, το κλίμα που αναπτύσσεται μεταξύ της ομάδας των συμμετεχόντων στην εκπαιδευτική δραστηριότητα, οι αποφάσεις που λαμβάνει το άτομο ως μέλος ενός κοινωνικού συνόλου.

Καταμετρήθηκαν 51 αναφορές- θέματα που υπάγονται στο εννοιολογικό πλαίσιο της κοινωνικής ανάπτυξης. Η κατηγορία αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς σχετίζεται απόλυτα όχι μόνο με τους στόχους της συγκεκριμένης βιωματικής δραστηριότητας αλλά και με τους σκοπούς κάθε μαθησιακής διαδικασίας. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί το πλήθος των θεμάτων στα οποία οι φοιτητές αναφέρονται στη δυνατότητα που τους παρέχει η εκπαιδευτική δραστηριότητα να εκφράσουν ελεύθερα και χωρίς φόβο τις απόψεις και τα συναισθήματά τους.

Παραδείγματα των θεμάτων που ταξινομήθηκαν στην κατηγορία αυτή είναι τα εξής:

«μέσα από το μάθημα λάβαμε οφέλη για την κοινωνική ζωή σχετικά με τις σχέσεις που θα αναπτύξουμε με τους συνανθρώπους μας»

«(το μάθημα) ήταν το μέσο για να εκφράσω όσα πίστευα αβίαστα και χωρίς το φόβο ότι η άποψή μου θα καταπατηθεί» «αναπτύχθηκε διάλογος, η δημοκρατία και η ομαδικότητα»

Συναίσθημα - βίωμα

Στην κατηγορία αυτή ταξινομήθηκαν οι αναφορές εκείνες που αφορούσαν συναισθήματα που βίωσαν οι φοιτητές κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών συναντήσεων. Καταγράφηκαν 34 σχετικά θέματα και είναι αξιοσημείωτη η συχνότητα με την οποία οι φοιτητές καταγράφουν την άποψή τους ότι το μάθημα κινητοποίησε το ενδιαφέρον τους, ενώ πολλοί στο τέλος των κειμένων τους ευχαριστούν την διδάσκουσα με θερμά λόγια.

Μεταξύ των θεμάτων που εντοπίστηκαν χαρακτηριστικά αναφέρουμε τα εξής:

«ήταν το πιο ωραίο μάθημα που έχω παρακολουθήσει» «η διδασκαλία με συνεπήρε και θεωρώ ότι είναι ένα από τα αγαπημένα μου μαθήματα»

«ένιωθα πολύ ελεύθερη στο μάθημα»

«μου έκανε εντύπωση ότι θα διδασκόμουν ένα τέτοιο μάθημα»

Επαγγελματική ανάπτυξη

Στην κατηγορία αυτή εντάχθηκαν αναφορές στις οποίες οι φοιτητές συσχετίζουν την εκπαιδευτική δραστηριότητα με την επαγγελματική τους ταυτότητα και εντοπίζουν τα οφέλη από τη διδασκαλία του συγκεκριμένου μαθήματος στη μελλοντική επαγγελματική τους ανάπτυξη και συμπεριφορά.

Συνολικά καταγράφηκαν 10 αναφορές, μεταξύ των οποίων αναφέρουμε χαρακτηριστικά τις εξής:
 «τα θέματα με τα οποία ασχοληθήκαμε μας προετοιμάζουν ώστε να αντιμετωπίσουμε ευκολότερα προβλήματα ηθικής στο επαγγελματικό μας μέλλον»
 «το μάθημα θα αποτελέσει πολύτιμο εργαλείο για τη μετέπειτα καριέρα μας»
 «έμαθα τα επαγγελματικά μου δικαιώματα»

Αξιολόγηση- αναφορά στον τρόπο διδασκαλίας

Στην κατηγορία αυτή ταξινομήθηκαν οι απαντήσεις των φοιτητών που σχετιζόνταν με την άποψή τους για τον τρόπο διεξαγωγής των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων. Θεωρούμε ότι αποτελεί μία εξαιρετικά σημαντική κατηγορία, καθώς οι ίδιοι οι φοιτητές διαπιστώνουν τα οφέλη της βιωματικής μάθησης αλλά και εντοπίζουν τις επιμέρους εκπαιδευτικές δραστηριότητες (την ομαδική εργασία, την ενεργητική συμμετοχή, τη διερευνητική μάθηση). Μάλιστα, τα θέματα που κατηγοριοποιούνται εδώ εμφανίστηκαν με εξαιρετική συχνότητα, οι απαντήσεις ήταν γλαφυρές και ενθουσιώδεις, ενώ ήταν πολλές οι προτάσεις των φοιτητών να υιοθετηθεί ο τρόπος αυτός διδασκαλίας και σε άλλα μαθήματα.

Μεταξύ των 39 σχετικών αναφορών ενδεικτικά αναφέρουμε τις εξής:
 «μακάρι όλα τα μαθήματα να γίνονταν έτσι και να μην περιορίζονταν σε στείρες διαλέξεις»
 «η βιωματική εκπαίδευση πρέπει να υιοθετηθεί από όλους τους φορείς»
 «είχαν μεγάλη σημασία οι παρουσιάσεις από τις ομάδες των φοιτητών»

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, μέσα από τη συγκεκριμένη βιωματική παρέμβαση-παιδαγωγική εμπειρία, σκοπός του μαθήματος ήταν μία ολιστική προσέγγιση γνωστικών λειτουργιών, συναισθηματικού εμπλουτισμού και κοινωνικών δεξιοτήτων, για τη δημιουργία διεργασιών μάθησης, συνεργατικότητας και επικοινωνίας. Δομικά στοιχεία μιας τέτοιας εκπαιδευτικής συνάντησης ήταν η πρόκληση του ενδιαφέροντος των φοιτητών –τριών για πρόσκτηση γνώσεων και η προθυμία και ενεργητική συμμετοχή τους στη διαδικασία οικοδόμησης της γνώσης. Παράλληλα, η έμφαση στην ανάπτυξη κινήτρων και σε ευκαιρίες ευελιξίας, όσον αφορά τα θέματα που αναπτύσσονται, ανάλογα με τις ανάγκες της ομάδας, με δεδομένο την υποστήριξη της ομάδας προκειμένου να μάθει να λειτουργεί ως ομάδα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι μέσα από τη συγκεκριμένη διδακτική προσέγγιση-βιωματική εμπειρία ενισχύονται η δημιουργία κινήτρων (αφόρμηση, συναισθηματική προετοιμασία, ενδιαφέρον), η επιχειρηματολογία στη παρουσίαση και ανάλυση ενός προβλήματος, και ο προβληματισμός κατά την εμπέδωση των θεματικών ενότητων του μαθήματος. Έτσι, διευκολύνθηκε η έκφραση και

«ο τρόπος διδασκαλίας με έκανε να κατανοήσω τη λογική του μαθήματος»
 «θεωρώ ότι μας δόθηκε η δυνατότητα να βρούμε οι ίδιοι τη γνώση και όχι απλώς να τη δεχτούμε άκριτα από τον καθηγητή»

Μεταξύ των 39 αναφορών υπήρξε και μία που σχολίασε αρνητικά τη διερευνητική μέθοδο διδασκαλίας «κατά την προσωπική μου γνώση, ο προβληματισμός που τέθηκε γύρω από ορισμένα θέματα αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα για το ενδιαφέρον μου(...), θα επιθυμούσα μία κατευθυντήρια οδό αντιμετώπισης τέτοιων θεμάτων για να αντεπεξέλθω ως επαγγελματίας υγείας».

Ολιστική ανάπτυξη

Στην κατηγορία αυτή περιλήφθηκαν οι αναφορές που τοποθετούσαν το μάθημα και τη χρησιμότητά του σε ένα ευρύτερο πλαίσιο της ζωής του φοιτητή και εντόπιζαν τη σπουδαιότητα των θεμάτων που πραγματεύεται για τον κοινωνικό βίο.

Μεταξύ των 19 αναφορών χαρακτηριστικά αναφέρουμε τις εξής:

«τα ζητήματα που μας απασχόλησαν κατέχουν σπουδαίο ρόλο στη ζωή μας και την επηρεάζουν»
 «η βιοηθική θα μας απασχολεί για όλη τη ζωή»
 «το μάθημα με βοήθησε να διευρύνω τους ορίζοντές μου»
 «φυσικά τα διλήμματα που αντιμετωπίζουμε καθημερινά είναι πολλά, αλλά διδαχθήκαμε ένα μονοπάτι που πρέπει να ακολουθούμε και πήραμε τα εφόδια που θα μας οδηγήσουν στον προορισμό μας σε κάθε κατάσταση»

η επικοινωνία, υπήρξε προώθηση διαλόγου, συναισθηματική εμπλοκή και παράλληλη πρόσκτηση γνώσεων, αποδοχή κοινών αλλά και διαφορετικών απόψεων καθώς και ανάπτυξη φιλιών. Είναι χαρακτηριστικό ότι το επικοινωνιακό πλαίσιο της μάθησης, η σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ διδάσκοντα και διδασκόμενου, ο δάσκαλος ως διαχειριστής της γνώσης και ως διαμεσολαβητής μεταξύ νέου ατόμου και κοινωνικού πλαισίου αναφοράς, είναι βασικά ζητήματα που αναδύονται μέσα από την παιδαγωγική σχέση, ως βιωμένη εμπειρία που προωθεί την ανακάλυψη, την απόκτηση και τη δημιουργία της γνώσης. Και όπως επισημαίνει ο Μπακιρτζής (2002, σελ. 229), «η μάθηση και η ανάπτυξη μέσα από αυτή τη σύνθεση των ανθρωπίνων λειτουργιών επιβεβαιώνεται ότι δεν μπορεί παρά να εδράζονται και να περνούν μέσα από τη συγκινησιακή φύση και λειτουργία του ανθρώπου». Τέλος, η συγκεκριμένη παιδαγωγική-βιωματική εμπειρία συνεχίζεται, εμπλουτίζοντας συνεχώς το διδακτικό ορίζοντά μας και την ερευνητική μας προβληματική για την εκπαίδευση των μελλοντικών επαγγελματικών υγείας και εκπαίδευσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλακιώτης, Σ., 2004. Βιοηθική. Αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
2. Βάμβουκας, Μ., 1988. Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα & μεθοδολογία. Αθήνα: Γρηγόρης.
3. Γεωργόπουλος, Α., Μπακιρτζής, Κ., 1998. Ερευνητική μελέτη, βιωματική παιδαγωγική εμπειρία στο μάθημα-εργαστήριο της ανθρώπινης οικολογίας. Ερευνώντας τον Κόσμο του Παιδιού, ΟΜΕΡ 3, 115-139.
4. Γκότοβος, Α., 2002. Παιδαγωγική αλληλεπίδραση. Επικοινωνία και κοινωνική μάθηση στο σχολείο. Αθήνα: Τυπωθήτω – Gutenberg.
5. Δεδούλη, Μ., Μαρμαρινός, Ι., 1999. Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση: Μια Προσωποκεντρική – Βιωματική παρέμβαση σε Πρόγραμμα Επιμόρφωσης Εκπαιδευτικών. Πρακτικά Θ΄ Διεθνούς Παιδαγωγικού Συνεδρίου της Παιδαγωγικής Εταιρείας Ελλάδος, Βόλος Μαγνησίας 11-13 Νοεμβρίου.
6. Δεδούλη, Μ., 2002. Βιωματική μάθηση-Δυνατότητες αξιοποίησής της στο πλαίσιο της ευέλικτης ζώνης. Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων 6, 145-159.
7. Graneheim, U.H., Lundman, B., 2004. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 24, 105-112.
8. Ιωαννίδη, Β., 2008. Ηθική και εκπαίδευση για την υγεία. Βασικά ζητήματα Βιοηθικής, Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας. Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης.
9. Johnstone, M.-J., 2005. Bioethics: a nursing perspective, 4th edn. Sidney: Churchill Livingstone – Elsevier.
10. Καμαρινού, Δ., 2000. Βιωματική μάθηση στο σχολείο. Αθήνα: (χ.ό.).
11. Κασσωτάκης, Μ., Φλουρής, Γ., 2005. Μάθηση και διδασκαλία: Σύγχρονες απόψεις για τις διαδικασίες της μάθησης και τη μεθοδολογία της διδασκαλίας. Αθήνα: [x.½].
12. Kolb, D.A., Boyatzis, R. E., Mainemelis, C., 2001 Experiential learning theory: Previews research and new directions. In: Sternberg, R. J., Zhang, L.-F. (Eds.), Perspectives on cognitive, learning and thinking styles. NJ: Lawrence Erlbaum, pp
13. Krippendorff, K., 2004. Content Analysis, an Introduction to Its Methodology, 2nd Edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
14. Kushner, T. K., Thomasma, D. C., 2001. Ward Ethics: Dilemmas for Medical Students and Doctors in Training , New York, NY: Cambridge University Press.
15. Lavin, M.A., Ruebling, I., Banks, R., Block, L., Counte, M., Furman, G., Miller, P., Reese, C., Viehmann, V., Holt, J., 2001. Interdisciplinary Health Professional Education: A Historical Review. Advances in Health Sciences Education 6, 25-47.
16. Ματσαγγούρας, Η., 2003. Η Διαθεματικότητα στη σχολική γνώση: Εννοιοκεντρική αναπλαισίωση και σχέδια εργασίας. Αθήνα: Γρηγόρης.
17. Μπακιρτζής, Κ., 1998. Βιωματική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών στην ψυχοπαιδαγωγική της επικοινωνίας. Παιδαγωγική Επιθεώρηση 27-28, 101-120.
18. Μπακιρτζής, Κ., 2002. Επικοινωνία και αγωγή. Αθήνα: εκδ. Gutenberg.
19. O'Shea, E., 2003. Self-directed learning in nurse education: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing 43(1), 62-70.
20. Ryan, G. W., Bernard, R. H. 2000. Data management and analysis methods. In: Denzin, N., Lincoln, Y., (Eds.), Handbook of qualitative research 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 769-802.
21. Sanchez-Sweatman, L. R., 1999. The development of nursing cases for ethics research: A methodologic enquiry. Master Thesis, Graduate Department of Nursing Science, University of Toronto, Ontario, Canada.
22. Verma, G. K., Mallick, K., 1999. Researching education: Perspectives and techniques. London: Falmer Press

Άσκηση σε Άτομα με Χρόνια Νεφρική Νόσο, Ενταγμένα σε Πρόγραμμα Υποκατάστασης της Νεφρικής Λειτουργίας: μια Συστηματική Ανασκόπηση

Καυκιά Θεοδώρα,

MSc, Νοσηλεύτρια Νεφρολογίας-Παθολογίας, Τμηματάρχης Αναισθησιολογικού Τμήματος,
2ο Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Θεσσαλονίκης

Ζηνέλης Δημοσθένης,

Ιατρός Παθολόγος, 2ο Πολυιατρείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Θεσσαλονίκης

Κουράκος Μιχάλης,

Νοσηλεύτης Νεφρολογίας-Ψυχικής Υγείας, Τμηματάρχης Μονάδας Τεχνητού Νεφρού,
Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία στόχο έχει τη διερεύνηση της δυνατότητας άσκησης των ατόμων με Νεφρική Νόσο. Μετά από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν τρία πρωτόκολλα άσκησης: σε κέντρο αποκατάστασης, κατά τη διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης και στο σπίτι του ασθενή. Στόχος όλων των τρόπων άσκησης είναι η καρδιοαναπνευστική και μυϊκή ενδυνάμωση, καθώς και η ευλυγισία. Τα προγράμματα άσκησης διέπονται από τις αρχές της φόρτισης, της εξατομίκευσης και της σταδιακής εφαρμογής. Στο άρθρο παρουσιάζονται οι αλλαγές στη φυσική κατάσταση του αθλούμενου, το καρδιαγγειακό και μυϊκό σύστημα, καθώς και στην αντοχή και γίνεται σύγκριση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των προγραμμάτων άσκησης.

Ανακεφαλαιώνοντας θα μπορούσε κανείς να πει ότι η άσκηση σε κέντρο αποκατάστασης έχει τα περισσότερα πλεονεκτήματα καθώς περιλαμβάνει περισσότερες και ποικίλλες ασκήσεις. Παρόλα αυτά τα άτομα με νεφρική νόσο θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε οποιοδήποτε πρόγραμμα άσκησης γιατί τα θετικά αποτελέσματα συμβάλλουν στην καλύτερη ποιότητα ζωής.

Λέξεις - κλειδιά:

άσκηση, νεφροπάθεια, μυϊκή ενδυνάμωση, μυϊκή αντοχή, προσαρμογές

Εισαγωγή

Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) ονομάζεται η προοδευτική έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Πολλοί ασθενείς με ΧΝΝ παραμένουν ασυμπτωματικοί ακόμα και όταν η νεφρική νόσος καταστρέψει το 70% των νεφρών. Ο χρόνος εμφάνισης του τελικού σταδίου ΧΝΝ, ποικίλει και εξαρτάται από την πρωτοπαθή νόσο και τους συνυπάρχοντες επιβαρυντικούς παράγοντες (υπέρταση, λοιμώξεις, καρδιακή ανεπάρκεια).

Η αντιμετώπιση της ΧΝΝ μπορεί να είναι συντηρητική, όπου απαιτείται εξισορρόπηση της διαιτητικής πρόσληψης των ουσιών με τον ρυθμό αποβολής τους. Έτσι, η πρόσληψη νατρίου και νερού είναι περιορισμένη, ώστε να επιτυγχάνεται σταθερό ισοζύγιο. Στη φάση αυτή της νόσου δεν επιτρέπεται έντονη άσκηση ή συμμετοχή σε οργανωμένα προγράμματα, καθώς κατά την άσκηση μειώνεται η αιμάτωση των, ήδη προβληματικά αιματούμενων, νεφρών. Προτείνεται ένα πρόγραμμα ελαφράς άσκησης με καθημερινό περπάτημα για βελτίωση της μυϊκής δύναμης, της αερόβιας ικανότητας και της αρτηριακής πίεσης. Παρόλα αυτά, η άσκηση δεν μεταβάλλει τις αιματολογικές παραμέ-

τρους και την καρδιακή λειτουργία του ασθενή.

Καθώς η Νεφρική Νόσος προχωρά, ο ασθενής εντάσσεται σε Υποκατάσταση της Νεφρικής Λειτουργίας (ΥΝΛ). Μια από τις μεθόδους ΥΝΛ είναι η αιμοκάθαρση (ΑΚ), κατά την οποία το αίμα του ασθενή, με τη βοήθεια μηχανήματος Τεχνητού Νεφρού, διέρχεται μέσα από φίλτρο, διηθείται και επιστρέφει σε αυτόν «καθαρό». Η δεύτερη μέθοδος ΥΝΛ είναι η Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ), κατά την οποία διάλυμα, παρόμοιας σύστασης με εκείνης του εξωκυττάρου υγρού, εγχύεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα με τη βοήθεια μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα. Το διάλυμα παραμένει μερικές ώρες και στο διάστημα αυτό τα τοξικά προϊόντα του μεταβολισμού διέρχονται από το αίμα στο διάλυμα μέσω της μεμβράνης του περιτοναίου. Στη συνέχεια το διάλυμα παροχετεύεται σε ειδικό σάκκο και ο κύκλος επαναλαμβάνεται, κάποιες ώρες αργότερα. Τέλος θεραπεία της ΧΝΝ είναι η μεταμόσχευση κατά την οποία νεφρός ενός συγγενή ή πτωματικού δότη μεταμοσχεύεται σε ασθενή που βρίσκεται σε πρόγραμμα ΑΚ ή ΠΚ.

Προγράμματα Άσκησης

Οι ασθενείς με ΧΝΝ χαρακτηρίζονται από σοβαρούς λειτουργικούς περιορισμούς (μειωμένη καρδιοαναπνευστική ικανότητα, εύκολη κόπωση, όχι καλή φυσική κατάσταση) και ποικίλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αυξάνουν το κόστος της ιατρικής φροντίδας, αποτελούν κακό προγνωστικό παράγοντα και φανερώνουν χαμηλή ποιότητα ζωής (Gutman et al., 1981, Moore et al., 1993a, Kouidi, 2001, Konstantinidou et al., 2002). Από τα σημαντικότερα προβλήματα είναι η μειωμένη φυσική ικανότητα, κατάσταση που περιορίζει οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα και άθληση (Kouidi, 2001).

Η αερόβια ικανότητα των νεφροπαθών (VO₂peak) έχει μετρηθεί ότι είναι από 15.0 έως 21.0 ml/Kg/min και αντιστοιχεί στο μισό της τιμής ενός υγιούς ατόμου (35.0-40.0 ml/Kg/min)(Konstantinidou et al., 2002). Οι τιμές αυτές δεν βελτιώνονται ούτε όταν οι ασθενείς υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση (Bamea et al., 1980, Painter et al., 1986a), ούτε όταν χορηγείται σε αυτούς ερυθροποιητικοί παράγοντες (για διόρθωση της αναιμίας). Αποδεικνύεται, δηλαδή, ότι η παρουσία O₂ δεν αποτελεί τον μοναδικό παράγοντα που επηρεάζει την αερόβια ικανότητά τους. Πρόβλημα, επίσης, αποτελεί η λειτουργική ικανότητα των αιμοκαθαιρόμενων και περιτοναϊκών ασθενών με συνοδά νοσήματα (σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακές παθήσεις) (Evans et al., 1985, Mayer et al., 1989, Painter, 1994).

Από τα τέλη της δεκαετίας του '70 και τις αρχές της δεκαετίας του '80 η προσοχή των ερευνητών στράφηκε προς την ικανότητα των νεφροπαθών για άσκηση με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Fitts et al., 1999, Kouidi, 2002). Οι τάσεις που φάνηκαν ήταν δύο:

άσκηση στις ενδιάμεσες των αιμοκαθάρσεων μέρες (Goldberg et al., 1980, Hagberg et al., 1983) και η άσκηση κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης (Painter, 1986β). Τελευταία μια νέα τάση είναι η άσκηση των νεφροπαθών στο σπίτι τους. Στόχος των προγραμμάτων άσκησης είναι η καρδιοαναπνευστική και μυϊκή ενδυνάμωση και ευλυγισία και διέπονται από τις αρχές της φόρτισης, εξατομίκευσης και σταδιακής εφαρμογής.

Πριν την έναρξη ενός νεφροπαθή σε πρόγραμμα άσκησης προηγείται πλήρης φυσική εξέταση από την ιατρική ομάδα, καθώς και δοκιμασία κόπωσης σε συνδυασμό με σπειρομέτρηση, για εντοπισμό πιθανής ισχαιμίας μυοκαρδίου. Η δοκιμασία κόπωσης πραγματοποιείται με χαμηλής έντασης πρωτόκολλα με προτίμηση στο Nephron. Σε αυτό το πρωτόκολλο ο ασθενής ξεκινά με 3' περπάτημα σε δάπεδο με ταχύτητα 2.4Km/h και κλίση 0%, συνεχίζει με αύξηση της κλίσης στα 3.3% κάθε 3' και σταθερή ταχύτητα έως ότου η κλίση φτάσει το 10%. Σε αυτό το σημείο η ταχύτητα και η κλίση αυξάνεται σταδιακά έως ότου το άτομο νιώσει εξάντληση. Ο σχεδιασμός του πρωτοκόλλου έχει στόχο τη μεγαλύτερη διάρκεια άσκησης (Kouidi, 2002).

Για τον καθορισμό της λειτουργικής ικανότητας του ασθενή, την έναρξη του σε ομάδα, την μέτρηση των τιμών αναφοράς (baseline) και την σύγκριση τους μετά το τέλος του προγράμματος μπορούν να γίνουν και απλά τεστ. Το τεστ seat-stand (σηκώνομαι-κάθομαι) εφαρμόζεται σε καθιστό ασθενή, με ίσια πλάτη και τα χέρια διπλωμένα στο στήθος. Ο ασθενής σηκώνεται και κάθεται, χωρίς να χρησιμοποιεί τα χέρια του, για 1'. Το τέστ έκτασης ποδιού εφαρμόζεται σε καθιστό άτομο, με έκταση και κάμψη του κάθε

ποδιού όσο το δυνατό περισσότερες φορές στη μονάδα του χρόνου (ένα λεπτό). Το εύρος κίνησης μετρείται σε μοίρες για κάθε πόδι χρησιμοποιώντας ειδικό όργανο. Το τεστ μυϊκής δύναμης του χεριού πραγματοποιείται με ειδικό όργανο. Το τεστ «Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής στη Νεφροπάθεια» (KDQOL) είναι μια τροποποιημένη μορφή

του ερωτηματολογίου SF-36 που καταγράφει την πιθανότητα του κινδύνου και την ποιότητα ζωής (Martin et al., 2003). Μετά τα αρχικά τεστ, εφαρμόζεται ένα πρόγραμμα άσκησης ανάλογα με τις κλινικές και λειτουργικές ικανότητες του ατόμου. Υπάρχουν τρία είδη προγραμμάτων άσκησης των νεφροπαθών τα οποία περιγράφονται παρακάτω.

Προγράμματα άσκησης σε ειδικά οργανωμένο κέντρο αποκατάστασης

Στο οργανωμένο κέντρο αποκατάστασης υπάρχει ομάδα (καθηγητές φυσικής αγωγής, φυσιοθεραπευτές, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) που παρακολουθεί και γυμνάζει τους νεφροπαθείς. Σε αυτά τα προγράμματα συμμετέχουν αιμοκαθαιρόμενοι, περιτοναϊκοί και μεταμοσχευμένοι ασθενείς. Το πρόγραμμα προβλέπει 60-90' άσκηση 3 φορές/εβδομάδα, στις μέρες ανάμεσα στις αιμοκάθαρσεις και περιλαμβάνει 10' προθέρμανση σε δάπεδο ή ποδήλατο (χαμηλή καρδιαγγειακή επιβάρυνση), 60' αερόβια άσκηση με καλιοθενικές ασκήσεις και steps, 10' μυϊκές διατάσεις και 10' αποθεραπεία (Kouidi et al., 1998, Kutner et al., 2000). Μετά το πρώτο τρίμηνο εφαρμογής βελτιώνεται η αερόβια ικανότητα, επιτυγχάνεται μυϊκή ενδυνάμωση και μείωση της απώλειας μυϊκής μάζας. Τότε μπορούν να προστεθούν ασκήσεις stretching, ελαφρές αντιστάσεις (Kouidi et al., 2000, Castaneda et al., 2001, Copley, 2001), διαλειματική άρση ελαφρών βαρών, καθώς και ρυθμικές ασκήσεις ενδυνάμωσης. Η μυϊκή αντοχή επιτυγχάνεται με μικρότερα βάρη και περισσό-

τερες επαναλήψεις, ενώ η μυϊκή ενδυνάμωση βελτιώνεται με τη χρήση μεγαλύτερων βαρών με λιγότερες επαναλήψεις. Στο δεύτερο τρίμηνο του προγράμματος μπορούν να προστεθούν και αθλητικές δραστηριότητες (κολύμβηση, ποδόσφαιρο, βόλεϋ ή μπάσκετ) μια φορά την εβδομάδα. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην σταδιακή αύξηση της έντασης που συνήθως φτάνει στο 70-80% της επιτευχθείσας, κατά τη δοκιμασία κόπωσης, καρδιακής συχνότητας (Kouidi et al., 1998).

Τα ποσοστά συμμετοχής σε πρόγραμμα άσκησης σε κέντρο αποκατάστασης είναι χαμηλά γιατί οι αιμοκαθαιρόμενοι πείθονται δύσκολα να συμμετέχουν σε προγράμματα την ημέρα που δεν υποβάλλονται σε ΑΚ (δεν ενδιαφέρονται, δεν επιθυμούν να δεσμεύσουν και άλλες μέρες της εβδομάδας για άσκηση). Το 20% των συμμετεχόντων διακόπτουν για προβλήματα στη μεταφορά, έλλειψη χρόνου και αλλαγές στο επίπεδο υγείας (Shalom et al., 1984, Williams et al., 1991, Tawney, 2000, Konstantinidou et al., 2002).

Προγράμματα άσκησης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης

Αυτό το είδος άσκησης εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1982 στη μονάδα τεχνητού νεφρού του Ιατρικού Κέντρου Borgess. Στατικά ποδήλατα προσαρμόστηκαν στις πολυθρόνες ή τα κρεβάτια των ασθενών, οι οποίοι ασκούσαν για 15' με 30' με απώτερο σκοπό την μυϊκή ενδυνάμωση και την τόνωση του καρδιαγγειακού συστήματος. Κατά την εφαρμογή αυτού του πρωτοκόλλου ο συντονιστής άσκησης είναι υπεύθυνος για την οργάνωση του προγράμματος καθώς και για την συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που θα το εφαρμόζει. Ο συντονιστής συνεργάζεται με το φυσιοθεραπευτή του νοσοκομείου για το σχεδιασμό και την προμήθεια των ποδηλάτων που θα χρησιμοποιηθούν. Η επιλογή των ασκουμένων γίνεται είτε εθελοντικά είτε μετά από παραπομπή από τους γιατρούς (Martin et al., 2003). Το πρόγραμμα ξεκινά με ποδήλατο (παθητικό και αργότερα ενεργητικό), χωρίς αντίσταση (αυξάνεται σταδιακά), πραγματοποιείται 3 φορές την εβδομάδα για 70', αρχίζοντας με 5' προθέρμανση. Έπειτα ακολουθεί το κυρίως πρόγραμμα, συνήθως με ποδήλατο και κάποιες ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης, ευλυγισίας, συντονισμού και διατάσεων και κλεί-

νει με 5' αποθεραπεία (Painter et al., 1986a, Kutner et al., 2000). Η ένταση του προγράμματος είναι 60-70% της επιτευχθείσας, με τη δοκιμασία κόπωσης, καρδιακής συχνότητας. Το πρόγραμμα άσκησης θα πρέπει να εφαρμόζεται κατά τις πρώτες 2 ώρες της συνεδρίας, γιατί μετά την 2η ώρα είναι πιο πιθανό να εμφανιστούν υποτασικά επεισόδια. Σε άλλες έρευνες τονίζεται ότι αυτού του είδους άσκηση αυξάνει το ρυθμό απομάκρυνσης της ουρίας συμβάλλοντας στην καλύτερη ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων (Doutsiou et al., 2004).

Η άσκηση κατά τη διάρκεια της ΑΚ είναι αποτελεσματική και λειτουργική για τους ασθενείς. Δεν δεσμεύει επιπλέον μέρες της εβδομάδας και δεν απαιτεί επιπλέον μετακινήσεις, μια και οι ασθενείς έρχονται στη μονάδα τεχνητού νεφρού τρεις φορές την εβδομάδα (Kouidi, 2001, Konstantinidou et al., 2002, Kouidi, 2002). Οι Painter και λοιποί (1986) σε έρευνά τους βρήκαν ότι η συμμετοχή και η παραμονή σε παρόμοια προγράμματα έφτασε ως το 75% κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου άσκησης, ενώ οι Konstantinidou και λοιποί (2002) αναφέρουν ποσοστό διακοπής 16.7% .

Προγράμματα άσκησης στο σπίτι του ασθενή

Τα προγράμματα άσκησης στο σπίτι του νεφροπαθή πραγματοποιούνται χωρίς την επίβλεψη ειδικευμένου προσωπικού. Αυτή η μορφή άσκησης έχει μικρότερο κόστος από ότι σε ένα οργανωμένο κέντρο αποκατάστασης, είναι πιο λειτουργική για το άτομο (δεν μετακινείται περισσότερο), και προάγει την ανεξαρτησία του. Αφού το άτομο υποβληθεί στον απαραίτητο έλεγχο, παραδίδεται στο σπίτι του στατικό ποδήλατο και διδάσκεται το πρόγραμμα άσκησης από μέλος της ομάδας. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ποδήλατο για 15΄ με 30΄, 5 φορές την εβδομάδα και έπειτα ασκήσεις ευλυγισίας και μυϊκές διατάσεις άνω

άρκων. Η ένταση του προγράμματος κυμαίνεται στο 60-70% της επιτευχθείσας καρδιακής συχνότητας.

Το πρόγραμμα άσκησης στο σπίτι αποτελεί καλή εναλλακτική λύση για τους ασθενείς που ζουν μακριά από τη μονάδα τεχνητού νεφρού και για αυτούς που έχουν προβλήματα στη μετακίνηση (Tawney, 2000, Konstantinidou et al., 2002, Kouidi, 2002). Πρόβλημα αποτελεί η συμμόρφωση με το πρόγραμμα άσκησης (δεν υπάρχει επίβλεψη κατά την εκτέλεση των ασκήσεων) καθώς η σωστή εφαρμογή του εξαρτάται από τη διάθεση του ατόμου και την στήριξη της οικογένειάς του.

Αποτελέσματα των προγραμμάτων άσκησης

Στη βιβλιογραφία δεν αναφέρονται επιπλοκές από το μυοσκελετικό ή το καρδιαγγειακό σύστημα εξαιτίας της άσκησης (Konstantinidou et al., 2002). Αντίθετα, αναφέρονται βελτίωση στην κόπωση, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, τα συμπτώματα της περιφερικής νευροπάθειας και μυο-

πάθειας, την κατάθλιψη και το άγχος (Kouidi et al., 1997, Kouidi et al., 1998, Painter et al., 2000). Σημαντικό εύρημα είναι η βελτίωση του ελέγχου του σακχάρου αίματος (αντοχή στη γλυκόζη και ευαισθησία στην ινσουλίνη) στους αιμοκαθαρόμενους (Cappy et al., 1999, Goodman et al., 2004).

Αερόβια ικανότητα

Όλες οι μορφές άσκησης (κέντρο, ΑΚ, σπίτι) έχουν θετικές επιδράσεις στην αερόβια ικανότητα (VO₂) των νεφροπαθών. Σημαντική αύξηση της VO₂ (20-40%) έχει βρεθεί σε προγράμματα άσκησης διάρκειας από 3 ως 12 μήνες (Zabetakis et al., 1982, Goldberg et al., 1983, Shalom et al., 1984, Deligiannis et al., 1999) που όμως είναι χαμηλή σε σύγκριση με τα υγιή άτομα (20-23ml/Kg/min). Η μέγι-

στη αναπνευστική ικανότητα (VO₂peak), μετά από 6 με 12 μήνες άσκηση, βελτιώνεται στους αιμοκαθαρόμενους και περιτοναϊκούς ασθενείς (15-20% και 15-40%, αντίστοιχα) (Hagberg et al., 1983, Kouidi, 2001, Konstantinidou et al., 2002) λόγω των περιφερικών προσαρμογών παρά των κεντρικών αιμοδυναμικών αλλαγών.

Καρδιαγγειακό Σύστημα

Τα οφέλη στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι μεγαλύτερα στους ασθενείς που ασκούνται σε κέντρο αποκατάστασης, λόγω της ποικιλίας των ασκήσεων, και του διαφορετικού φορτίου κάθε συνεδρίας. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει συνδυασμό αερόβιων ασκήσεων και ασκήσεων ενδυνάμωσης, καθώς και αθλητικές δραστηριότητες. Πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ότι μακροχρόνια, μέτριας έντασης άσκηση αυξάνει την διακύμανση της καρδιακής συχνότητας (HRV) στους αιμοκαθαρόμενους και μειώνει τις καρδιακές αρρυθ-

μίες (Coats et al., 1990, Goldsmith et al., 1992, Shi et al., 1995, Deligiannis et al., 1999, Kouidi, 2002, Goodman et al., 2004). Τα προγράμματα άσκησης προκαλούν μορφολογικές και λειτουργικές προσαρμογές στην αριστερή κοιλία, το κλάσμα εξώθησης, τον όγκο παλμού και την καρδιακή παροχή (σε ηρεμία και στην υπομέγιστη άσκηση). Έχει βρεθεί ότι η άσκηση μειώνει την αρτηριακή πίεση, κυρίως λόγω μείωσης των περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων (Kouidi, 2001, Konstantinidou et al., 2002, Goodman et al., 2004).

Μυϊκό Σύστημα

Η μυϊκή αδυναμία, η κόπωση, η μυοκλωνία, και οι κράμπες που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι νεφροπαθείς περιορίζουν δραματικά τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής τους. Οι λόγοι για την μυϊκή ατροφία είναι πολυπαραγοντικοί, όπως υποθρεψία, ουραιμική νευροπάθεια και μυοπάθεια, νευροορμονική διαταραχή, ύπαρξη ουραιμικών

τοξινών, και περιορισμένη κινητικότητα (Brandley et al., 1990, Moore et al., 1993, Kouidi et al., 1998, Kouidi, 2002).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η άσκηση προκαλεί αλλαγές στην ιστολογία των σκελετικών μυών, το μεταβολισμό, την αντοχή (Brandley et al., 1990, Moore et al., 1993, Kouidi, 2002), και επιφέρει την μέγιστη αθλητική απόδοση (Kouidi

et al., 1998, Cappy et al., 1999). Μελέτες που έγιναν με μυϊκή βιοψία σε νεφροπαθείς που ακολουθούν προγράμματα άσκησης, έχουν δείξει αύξηση στις τύπου I και II μυϊκές ίνες μετά από άσκηση αντοχής και ενδυνάμωσης (Castaneda και λοιποί, 2001, Kouidi, 2002). Επιπλέον, περιγράφεται αναγέννηση των ινών, αύξηση στη διαπερατότητα των τριχοειδών, και αλλαγές στη δομή και τον αριθμό των μιτοχονδρίων. Η άσκηση βελτιώνει τη μέγιστη ισομε-

τρική δύναμη των κάτω άκρων, καθώς και την αγωγιμότητα των ερεθισμάτων στα περιφερικά νεύρα (Kouidi et al., 1998, Cappy et al., 1999, Castaneda et al., 2001, Kouidi, 2002). Αυτά τα ευρήματα είναι αντίθετα με τα ευρήματα των Moore και λοιποί (1993a+β), που δεν εντόπισαν σημαντικές μορφολογικές αλλαγές στους σκελετικούς μυς αιμοκαθαιρόμενων, ίσως γιατί η έρευνα διήρκεσε μόνο 12 βδομάδες, και αφορούσε μόνο ποδηλασία.

Αντοχή

Σε έρευνα των Konstantinidou και λοιποί (2002) σε ομάδες ασθενών που γυμνάζονται σε κέντρο αποκατάστασης, σε μονάδα τεχνητού νεφρού και στο σπίτι τους βρέθηκε αύξηση της αντοχής στο δαπεδοεργόμετρο

(33%, 22% και 14%, αντίστοιχα) αποδεικνύοντας ότι η συστηματική άσκηση, βοηθά στην βελτίωση της καθημερινότητας και της ποιότητας ζωής των νεφροπαθών.

Επίλογος

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δίνουν ξεκάθαρη απάντηση στην επίδραση της άσκησης στην πρόγνωση και την εξέλιξη της νεφροπάθειας. Όμως, τα οφέλη είναι λειτουργικά (στο καρδιαγγειακό και αυτόνομο νευρικό σύστημα), όσο και πρακτικά (μείωση κινδύνου εμφάνισης καρδιακών νόσων).

Το συμπέρασμα, στο οποίο μπορεί κανείς να καταλήξει, είναι ότι η γύμναση σε κέντρο αποκατάστασης έχει καλύτερα αποτελέσματα από όλες τις άλλες μεθόδους, γιατί εφαρμόζονται περισσότερες και ποικίλλες ασκήσεις. Παρόλα αυτά, κάθε ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να συμμετέχει σε προγράμματα άσκησης ανάλογα με τις

ανάγκες και το καθημερινό του πρόγραμμα. Οι πρώτες βελτιώσεις στην λειτουργική ικανότητα εμφανίζονται στις 4 βδομάδες και οι μέγιστες προσαρμογές στις 16-26 εβδομάδες. Οι κεντρικές και οι περιφερικές προσαρμογές στην άσκηση προκαλούν αύξηση της λειτουργικής ικανότητας, που πρακτικά σημαίνει ευκολότερες και πιο ευχάριστες καθημερινές ασχολίες. Επιπλέον, υπάρχει βελτίωση των ενδοκρινικών και μεταβολικών διαταραχών, της αναιμίας, της διάθεσης και της κοινωνικής συναναστροφής προσφέροντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να περιλαμβάνουν την φυσική δραστηριότητα στην καθημερινή ζωή τους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Barnea, N., Drory, Y., Iaina, A., Lapidot, C., Reisin, E., Eliadou, H., Kellermann, J.J., 1980. Exercise tolerance in patients on chronic haemodialysis. *Israel Journal of Medical Science*; 16: 17-21.

Brandley, J.R., Anderson, J.R., Evans, D.B., Cowley, A.J., 1990. Impaired nutritive skeletal muscle blood flow in patients with chronic renal failure. *Clinical Science*; 79: 239-245.

Cappy, C.S., Jablonka, J., Schroeder, E.T., 1999. The effects of exercise during haemodialysis on physical performance and nutrition assessment. *Journal of Renal Nutrition*; 9: 63-70.

Castaneda, C., Gordon, P.L., Uhlin, K.L., Levey, A.S., Kehayias, J.J., Dwyer, J.T., Fielding, R.A., Roubenoff, R., Singh, M.F., 2001. Resistance training to counteract the catabolism of a low-protein diet in patients with chronic renal insufficiency. *Annual of Internal Medicine*; 135: 965-976.

Coats, A.J.S., Adamopoulos, S., Meyer, T.E., Conway, J., Sleight, P., 1990. Physical training in chronic heart failure. *Lancet*; 335: 63-66.

Copley, J., 2001. Resistance training enhances the value of protein restriction in the treatment of chronic kidney disease. *Annual of Internal Medicine*; 135: 999-1001.

Deligiannis, A., Kouidi, E., Tourkantonis, A., 1999. Effects of Physical Training on Heart Rate Variability in Patients on Haemodialysis.

American Journal of Cardiology; 84: 197-202.

Doutsiou, C., Falakidou, T., Kafkia, T., Spaia, S., Ioannidis, H., Vayona, A., Sidiropoulou, M., Pappa, V., Arambatzi, S., Gianakovitis, P., Vayonas, G., 2004. Exercise during haemodialysis: Is it an indicator of better quality of dialysis? *Proceedings of the XXV EDTNA/ERCA Conference. European Dialysis and Transplantation Nurses Association: Abstracts from Geneva*, p31.

Evans, R.W., Manninen, D.L., Garrison, L.P., Hart, L.G., Blagg, C.R., Gutman, R.A., Hull, A.R., Lowrie, E.G., 1985. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *New England Journal of Medicine*; 312: 553-559.

Fitts, S., Guthrie, M., Blagg, C.R., 1999. Exercise coaching and rehabilitation counselling improve quality of life for predialysis and dialysis patients. *Nephron*; 82: 115-121.

Goodman, E.D., Ballou, M.B., 2004. Perceived barriers and motivation to exercise in haemodialysis patients. *Nephrology Nursing Journal*; 31 (1): 23-29

Goldberg, A.P., Hagberg, J.M., Delmez, J.A., Haynes, M.E., Harter, H.R., 1980. Metabolic effects of exercise training in haemodialysis patients. *Kidney International*; 18: 754-761.

- Goldberg, A.P., Geltman, E.M., Hagberg, J.M., Gavin, J.R., Delmez, J.A., Carney, R.M., Naumowicz, A., Oldfield, M.H., Harter, H.R., 1983. Therapeutic benefits of exercise training for haemodialysis patients. *Kidney International*; 24 (Suppl. 16): S303-309.
- Goldsmith, R., Bigger, T., Steinman, R.C., Fleiss, J.L., 1992. Comparison of 24-hour parasympathetic activity in endurance-trained and untrained young men. *Journal of American College of Cardiology*; 20: 552-558.
- Gutman, R.A., Stead, W.W., Robinson, R.R., 1981. Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *New England Journal of Medicine*; 304: 309-313.
- Hagberg, J.M., Goldberg, A.P., Ehsani, A.A., Heath, G.W., Delmez, J.A., Harter, H.R., 1983. Exercise training improves hypertension in haemodialysis patients. *American Journal of Nephrology*; 3: 209-212.
- Konstantinidou, E., Koukouvou, G., Kouidi, E., Deligiannis, A., Tourkantonis, A., 2002. Exercise training in patients with end-stage renal disease on haemodialysis: comparison of three rehabilitation programs. *Journal of Rehabilitation Medicine*; 34: 40-45
- Kouidi, E., Iacovides, A., Iordanidis, P., Vassiliou, S., Deligiannis, A., Ierodiakonou, C., Tourkantonis, A., 1997. Exercise renal rehabilitation program (ERRP): Psychosocial effects. *Nephron*; 77: 152-158.
- Kouidi, E., Albani, M., Natsis, K., Megalopoulos, A., Gigis, P., Guiba-Tziampiri, O., Toukantonis, A., Deligiannis, A., 1998. The effects of exercise training on muscle atrophy in haemodialysis patients. *Nephrology, Dialysis and Transplantation*; 13: 685-699.
- Kouidi, E., Vassiliou, S., 2000. Cardiorespiratory adaptations to long-term physical training in dialysis patients. *Proceedings of the XXXVII Congress of ERA-EDTA. European Renal Association: Nice*, pp. 306.
- Kouidi E., 2001. Central and Peripheral Adaptations to Physical Training in Patients with End-Stage Renal Disease. *Sports Medicine*; 31 (9): 651-665
- Kouidi, E., 2002. Exercise Training in Dialysis Patients: Why, When, and How? *Artificial Organs*; 26(12): 1009-1013
- Kutner, N.G., Zhang, R., McClellan, M.W., 2000. Patient-Reported Quality of Life Early in Dialysis Treatment: Effects Associated with Usual Exercise Activity. *Nephrology Nursing Journal*; 27 (4): 357-367
- Martin, C.J., Gaffney, S., 2003. Exercise in dialysis: magic bullet or unnecessary risk? *Nephrology Nursing Journal* ; 30 (5): 580-581
- Mayer, G., Thum, J., Graf, H., 1989. Anaemia and reduced exercise capacity in patients on chronic haemodialysis. *Clinical Science*; 76: 265-268.
- Moore, G.E., Brinker, K.R., Stray-Gundersen, J., Mitchell, J.H., 1993a. Determinants of VO₂peak in patients with end-stage renal disease: on and off dialysis. *Medical Science and Sports Exercise*; 25 (1): 18-23.
- Moore, G.E., Parsons, D.B., Stray-Gundersen, J., Painter, P.L., Brinker, K.R., Mitchell, J.H., 1993b. Uremic myopathy limits aerobic capacity in haemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*; 22 (2): 277-287.
- Painter, P.L., Messer-Rahak, D., Hanson, P., Zimmerman, S.W., Glass, N.R., 1986a. Exercise capacity in haemodialysis, CAPD, and renal transplant patients. *Nephron*; 42 (1): 47-51.
- Painter, P., Nelson-Worel, J.N., Hill, M.M., Thornbery, D.R., Shelp, W.R., Harrington, A.R., Weinstein, A.B., 1986b. Effects of exercise training during haemodialysis. *Nephron*; 43 (2): 87-92.
- Painter, P.L., 1994. The importance of exercise training in rehabilitation of patients with end-stage renal disease. *American Journal of Kidney Disease*; 24 (1) (Suppl 1): S2-9.
- Painter, P., Carlson, L., Carey, S., Paul, S.M., Myll, J., 2000. Physical functioning and health-related quality of life changes with exercise training in haemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*; 35 (3): 482-492.
- Shalom, R., Blumenthal, J.A., Williams, R.S., McMurray, R.G., Dennis, V.W., 1984. Feasibility and benefits of exercise training in patients on maintenance dialysis. *Kidney International*; 25: 958-963.
- Shi, X., Stevens, G., Foresman, B.H., Stern, S.A., Raven, P.B., 1995. Autonomic nervous system control of the heart: endurance exercise training. *Medical Science of Sports Exercise*; 27 (10): 1406-1413.
- Tawney, K., 2000. Developing a Dialysis Rehabilitation Programme. *Nephrology Nursing Journal* 27 (5): 524-539
- Williams, A., Stephens, R., McKnight, T.M., Dodd, S., 1991. Factors affecting adherence of end-stage renal disease patients to an exercise programme. *British Journal of Sports Medicine*; 25: 90-93.
- Zabetakis, P.M., Gleim, G.W., Pasternack, F.L., Saraniti, A., Nicholas, J.A., Michelis, M.F., 1982. Long-duration submaximal exercise conditioning in haemodialysis patients. *Clinical Nephrology*; 18 (1): 17-22.

Περιεχειρητική Αιμοδυναμική Παρακολούθηση σε Καρδιοχειρουργικούς Ασθενείς & Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις: Ανασκόπηση

Ευαγγελία Χαραλαμπίδου

Αναπληρώτρια Προϊσταμένη στο Αναισθησιολογικό τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο Αθηνών, Υποψήφια Μεταπτυχιακού Διπλώματος στην Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Λίλα Παπαδημητρίου

PhD, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα ανασκόπηση εξετάζει το ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής του αναισθησιολογικού στην διεξαγωγή της αιμοδυναμικής παρακολούθησης του καρδιοχειρουργικού ασθενή. Μας πληροφορεί για νοσηλευτικές πράξεις, διαδικασίες στο καρδιοαναπνευστικό τομέα. Οι πηγές ερευνήθηκαν στο Pubmed χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά <Αιμοδυναμική παρακολούθηση>, <Αιματηρή - μη αιματηρή αρτηριακή πίεση>, <Αναισθησιολογική-νοσηλευτική φροντίδα>.

<Διοισοφάγειος υπερηχογραφία> <Ηλεκτροκαρδιογράφημα>, <Καθετήρας πνευμονικής αρτηρίας >, < Παλμική οξυμετρία>. Βρέθηκαν 125 ανακοινώσεις από τις οποίες οι 50 περιέχονται σε αυτή την ανασκόπηση. Κριτήριο επιλογής ήταν η γλώσσα που δεν ήταν άλλη από την Αγγλική, η ημερομηνία δημοσίευσης αυτών ήταν από το 1993 και μετά. Αποτελέσματα: Αναφέρεται η προετοιμασία και διαχείριση όλου του απαραίτητου εξοπλισμού που θα χρησιμοποιηθεί κατά την διάρκεια της επέμβασης, ενώ παράλληλα αναφέρονται διαδικασίες για την πληρέστερη αιμοδυναμική παρακολούθηση. Όπως η παρακολούθηση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ), της παλμικής οξυμετρίας (SpO₂), της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) -με αιματηρή ή με μη αιματηρή μέθοδο-, καθώς επίσης η εισαγωγή καθετήρα στην πνευμονική αρτηρία (ΠΑ) και η διοισοφάγειος υπερηχογραφία (ΤΕΕ). Αναφέρονται συγχρόνως η λειτουργία και η ρύθμιση των συσκευών παρακολούθησης, το πώς να είναι σε θέση να ερμηνεύει τα δεδομένα και να ανταποκρίνεται στην αντιμετώπιση αυτών. Τέλος να εντοπίζει και να προλαμβάνει τις επιπλοκές. Επίλογος: Ο νοσηλευτής του αναισθησιολογικού εργάζεται πάνω σε μοντέλα εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας παρέχοντας βέλτιστη ποιότητα υπηρεσιών για την μεγαλύτερη ασφάλεια του καρδιοχειρουργικού ασθενή.

Λέξεις κλειδιά: Αιμοδυναμική παρακολούθηση, Αιματηρή - μη αιματηρή αρτηριακή πίεση, Αναισθησιολογική - νοσηλευτική φροντίδα, Διοισοφάγειος υπερηχογραφία, Ηλεκτροκαρδιογράφημα, Καθετήρας πνευμονικής αρτηρίας, Παλμική οξυμετρία

Σημεία-κλειδιά:

Τι ήδη γνωρίζουμε;

- Την ύπαρξη του νοσηλευτή του αναισθησιολογικού με μη διακριτό ρόλο στο ευρύ κοινό.,
- Την ύπαρξη διαφόρων τεχνικών αιμοδυναμικής παρακολούθησης.

Τι προσθέτει αυτή η ανασκόπηση;

- Το ρόλο του νοσηλευτή στην προετοιμασία της χειρουργικής αίθουσας.
- Το ρόλο του νοσηλευτή του αναισθησιολογικού στην πληρέστερη αιμοδυναμική παρακολούθηση του καρδιοχειρουργικού ασθενή.

Εισαγωγή

Η χορήγηση Αναισθησίας ήταν συνδεδεμένη από την αρχή περισσότερο από κάθε άλλη ιατρική πράξη με την ανάγκη της αδιάλειπτης παρακολούθησης των αντιδράσεων των διαφόρων οργάνων και συστημάτων στα αναισθητικά φάρμακα, καθώς λεπτό προς λεπτό παρατηρούνταν μεταβολές, οι οποίες δεν ήταν πάντοτε αναστρέψιμες.

Η εφαρμογή κατά τα τελευταία χρόνια ποικίλων τεχνικών παρακολούθησης (monitoring) στην καθημερινή πράξη συνέβαλε όχι μόνο στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ασθενών με πολλές και συχνά απρόβλεπτες διακυμάνσεις της γενικής τους κατάστασης, αλλά επέτρεψε και την πληρέστερη αξιολόγηση και διευκρίνιση των επιπτώσεων κάθε θεραπευτικής αγωγής στα διάφορα συστήματα. (Boldt, 2002; Pinsky and Payen, 2005)

Η δεκαετία του 1970 χαρακτηρίστηκε σαν η δεκαετία του αιματηρού monitoring. Ο βαθμός πλέον της συνεχούς παρακολούθησης των αιμοδυναμικών παραμέτρων του ασθενούς καθορίζεται από την κλινική εικόνα και από τη βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης. (Sandham, 2003)

Κατά τη διάρκεια των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων η συνεχής καταγραφή και παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας αποτελεί βασική προϋπόθεση της αναισθησιολογικής πρακτικής αλλά και της εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις απαιτούν πληρέστερη αιμοδυναμική παρακολούθηση, ήτοι την παρακολούθηση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, της παλμικής οξυμετρίας, της μη αιματηρής και αιματηρής μέτρησης αρτηριακής πίεσης, την εισαγωγή καθετήρα στην πνευμονική αρτηρία και τη διοισοφάγιο υπερηχογραφία.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας ανασκόπησης είναι να αναδειχθεί ο ουσιαστικός ρόλος που διαδραματίζει ο νοσηλευτής του καρδιοαναισθησιολογικού τομέα στην διεξαγωγή της αιμοδυναμικής παρακολούθησης του ασθενούς. Αυτό έχει ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών για τη μεγαλύτερη ασφάλεια του καρδιοχειρουργικού αρρώστου καθώς και την παροχή εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

I. Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) αποτελεί ασφαλή, μη αιματηρή μέθοδο παρακολούθησης των αρρυθμιών, ισχαιμίας του μυοκαρδίου, διαταραχές αγωγιμότητας και διαταραχές βηματοδότησης περιεγχειρητικά. (Meek, 2002)

Η εκπόλωση και η επαναπόλωση των μυοκαρδιακών κυττάρων παράγει ηλεκτρικά δυναμικά τα οποία καταγράφονται στην επιφάνεια του σώματος. Τα ηλεκτρόδια επιφάνειας του σώματος ανιχνεύουν την εκπόλωση των κυττάρων του μυοκαρδίου, μετρώντας το ηλεκτρικό ρεύμα μεταξύ των ηλεκτροδίων.

I.1. Τοποθέτηση ηλεκτροδίων

Με την άφιξη του ασθενή στο χειρουργείο, απαιτείται η εφαρμογή μιας απλής μάσκας O₂ και στη συνέχεια πραγματοποιείται η σύνδεση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ).

Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται με τρόπο ώστε να δημιουργηθούν οι απαγωγές για την παρακολούθηση της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς. Οι θέσεις τους πάνω στην επιφάνεια του σώματος είναι συγκεκριμένες. Τα ηλεκτρόδια του βραχίονα τοποθετούνται πάνω στους ώμους όσο το δυνατόν πιο κοντά στο σημείο ένωσης του βραχίονα με τον κορμό, τα ηλεκτρόδια στο κάτω άκρο, τοποθετούνται σε επίπεδο χαμηλότερο των πλευρών, στο θώρακα στην μασχαλαία γραμμή ή πάνω από τα ισχία. (Jacobson, 2003)

Τα ηλεκτρόδια κωδικοποιούνται με διάφορα χρώματα. Για το δεξί ώμο το ηλεκτρόδιο έχει κόκκινο χρώμα, για τον αριστερό ώμο κίτρινο, για το αριστερό κάτω άκρο πράσινο, για το δεξί κάτω άκρο μαύρο και για προκάρδια απαγωγή το άσπρο. Επίσης με το αρχικό γράμμα του σημείου εφαρμογής που αναγράφεται πάνω στο καλώδιο ΗΚΓ (RA,RL,LA,LL,V). Η κωδικοποίηση διευκο-

λύνει το νοσηλευτικό έργο και την αποφυγή εσφαλμένης τοποθέτησης. Εσφαλμένη καλωδιακή σύνδεση μπορεί να επιφέρει μορφολογικές αλλαγές στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. (Velisvan, 2007; Rudiger, 2007; Conrath, 2007) Το ΗΚΓ I2 απαγωγών είναι η πιο σπουδαία πηγή πληροφόρησης για την έγκαιρη διάγνωση της οξείας ισχαιμίας του μυοκαρδίου. (Finlay, 2007; Jahrs, 2005) Απαραίτητη επίσης είναι η τοποθέτηση 3 ηλεκτροδίων με καλώδιο συνδεδεμένο με απινιδωτή, οι καρδιοχειρουργικοί ασθενείς έχουν υψηλό ποσοστό επικίνδυνων για τη ζωή αρρυθμιών. (Wahr, 1999)

Σε επανεπεμβάσεις και βαριά περιστατικά, (σε υποψία χρήσης ενδοαορτικής αντλίας) για υποστήριξη της κυκλοφορίας τοποθετούνται ακόμη 5 ηλεκτρόδια (μετά από οδηγία του αναισθησιολόγου) με καλώδιο έτοιμο να συνδεθεί με ενδοαορτική αντλία.

I.2. Επιλογή παραμέτρων

Η επιλογή της απαγωγής που παρακολουθείται καθορίζει τη διαγνωστική ευαισθησία. Ιδανικά παρακολουθούνται οι απαγωγές II και V5. Η απαγωγή II διευκολύνει την διάγνωση δυσρυθμιών καθώς και την ισχαιμία του κατώτερου τοιχώματος. Η απαγωγή V5 είναι πιο ευαίσθητη στην αναγνώριση ισχαιμίας του πρόσθιου και πλάγιου τοιχώματος. (Klic, 2007) Η συνεχής καταγραφή και παρακολούθησή τους είναι απαραίτητη. Μερικά αίτια πρόκλησης αρρυθμιών διεγχειρητικά είναι η ενδοτραχειακή διασωλήνωση, η εισαγωγή κεντρικών φλεβικών καθετήρων, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές. (Szabo, 2003)

Η αυτοματοποιημένη ανάλυση του ST διαστήματος στην οθόνη παρακολούθησης, θεωρείται απαραίτητη σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς, μιας και οι διαταραχές αγωγιμότητας είναι συχνές. Μεταβολές του διαστήματος

ST και του κύματος T αποτελούν πρώιμη ένδειξη της μυοκαρδιακής ισχαιμίας. Ανάσπαση του διαστήματος ST τουλάχιστον πάνω από 1mm ή αναστροφή του κύματος T είναι ενδεικτικά μυοκαρδιακής ισχαιμίας. (Hersi, 2003)

Η παρακολούθηση ΗΚΓ 12 απαγωγών και η ανάλυση ST διαστήματος παρέχει σφαιρική εικόνα της καρδιάς και αποτελεί την καλύτερη επιλογή. (Enseleit, 2006; Adams-Hamoda, 2003) Η αυτοματοποιημένη ανάλυση του Q-T διαστήματος είναι αυτή τη στιγμή διαθέσιμη στα νεότερης γενιάς monitor, ενδεικτική για τις κοιλιακές αρρυθμίες. (Drew, 2004)

1.3. Περιορισμός παρασίτων

Μία από τις πιθανές αιτίες ενός παθολογικού ΗΚΓ είναι τα παράσιτα, που είναι απαραίτητα να εξαλειφθούν προκειμένου να επιτευχθεί πιστή αναπαραγωγή και

2. Παλμική οξυμετρία

Η παλμική οξυμετρία (SpO₂) είναι μια απλή, μη επεμβατική μέθοδος παρακολούθησης του ποσοστού αιμοσφαιρίνης, η οποία είναι κορεσμένη με οξυγόνο. Η οξυμετρία θεωρείται απαραίτητο monitoring, σε ασθενείς οι οποίοι πρόκειται να χειρουργηθούν. (Jubran, 1999)

Αμέσως μετά την τοποθέτηση του ΗΚΓ, τοποθετείται το παλμικό οξύμετρο. Οι καρδιοχειρουργικοί ασθενείς είναι αρκετά κατασταλαμένοι λόγω της προνάρκωσης.

2.1. Αντενδείξεις και προφυλάξεις

Δεν υπάρχει απόλυτη αντένδειξη για την παλμική οξυμετρία. Υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες οι μετρήσεις μπορεί να ερμηνευτούν εσφαλμένα. Ο νοσηλευτής πρέπει να τις γνωρίζει για να μπορεί να τις προλαμβάνει ή να παρεμβάλει αναλόγως. (Havell, 2002) Η μείωση στην περιφερική παλμική ροή του αίματος που παράγεται από περιφερική αγγειοσυστολή, υποογκαιμία, σοβαρή υπόταση, υποθερμία, καρδιακή ανεπάρκεια, καταπληξία, ανακοπή, οδηγεί σε ανεπαρκές σήμα για την ανάλυση. Οι κινήσεις του ασθενούς, μπορούν να επηρεάσουν τις μετρήσεις. (Monnet, 2005) Η αύξηση των επιπέδων ανθρακικού διοξειδίου (λόγω έκθεσης σε μονοξείδιο του άνθρακα) και η μεθαιμοσφαιριναιμία, έχουν ως αποτέλεσμα ψευδώς αυξημένες τιμές SpO₂. Η χρησιμοποίηση του κυανού του μεθυλενίου σε χειρουργικές επεμβάσεις, οδηγεί σε ψευδώς χαμηλά επίπεδα SpO₂. (Respir; 1999) Η ύπαρξη αρτηριακής γραμμής ή παρουσία περιχειρίδος για την άμεση μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο ίδιο άκρο στο οποίο έχει τοποθετηθεί ο αισθητήρας της συσκευής μέτρησης, έχουν ως αποτέλεσμα την αδυναμία ανίχνευσης της αιματικής ροής. Επίσης η έκθεση του φωτοανιχνευτή του οξυμέτρου σε έντονο εξωτερικό φως, έχει ως αποτέλεσμα ψευδείς ενδείξεις. (Fearntley, 1995) Το βερνίκι νυχιών μπορεί να προκαλέσει ψευδώς χαμηλές τιμές. Μπλε ή μαύρη ή πράσινη απόχρωση επηρεάζουν την παλμική οξυμετρία. (Rodden, 2007) Πρόβλημα μπορεί να δημιουργήσουν τα

καταγραφή του σήματος του ΗΚΓ. Γι' αυτόν το σκοπό, επιβάλλεται να εξασφαλιστεί καλή επαφή μεταξύ ηλεκτροδίων επιφάνειας και ασθενούς με καλό καθαρισμό και τρίψιμο του δέρματος με αλκοόλη, για να απομακρυνθούν τα νεκρά κύτταρα, με ξύρισμα σε τυχόν τριχωτή επιφάνεια και με χρησιμοποίηση επαγωγικής κρέμας. Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται σε στεγνό δέρμα και όχι σε υγρό, γιατί αυξάνονται οι αντιστάσεις. Επιλέγεται η σωστή θέση των ηλεκτροδίων, εκείνη δηλαδή που τους επιτρέπει να προσλάβουν το μέγιστο του ηλεκτρικού σήματος της καρδιάς, σε οστέινη επιφάνεια και όχι σε περιοχές με χαλαρό δέρμα, το οποίο δημιουργεί παράσιτα μυϊκά ή λόγω κίνησης. Απαιτείται η προστασία των ηλεκτροδίων με λευκοπλάστη, αν βρίσκονται κοντά στο χειρουργικό πεδίο για να μην υγρανθούν. (Conrath, 2007; Duffy-Gross, 1997) (Πίνακας 1)

πολύ μικρά δάκτυλα και τα πολύ μεγάλα νύχια λόγω της δυσκολίας της εφαρμογής του ακροδέκτη. Οι χρωστικές του δέρματος (χολερυθρίνη ή μελανίνη) συνήθως δεν επηρεάζουν την ακρίβεια της παλμικής οξυμετρίας. Εντούτοις η παλμική οξυμετρία μπορεί να επηρεαστεί σε ασθενείς με αρκετά σκούρο δέρμα. Η παλμική οξυμετρία είναι ακριβής σε επίπεδα αιμοσφαιρίνης μέχρι 2-3 g/dl. Σε μικρότερου βαθμού αναιμία υποεκτιμάτε μόνο κατά 0,5%. (Attin, 2002)

2.2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Επιλέγεται ο κατάλληλος ακροδέκτης σε σχέση με το μέγεθος του ασθενούς. Υπάρχουν ακροδέκτες μιας χρήσεως, για νεογνά, παιδιά και ενήλικες ανάλογα με το βάρος τους. Επιλέγεται η θέση που θα εφαρμοστεί, η συνθηότερη θέση για τους ενήλικες είναι το δάκτυλο του δείκτη. Σε ασθενείς με μακριά νύχια ο ακροδέκτης προσαρμόζεται στην πλευρική επιφάνεια του δακτύλου.

Η ακρίβεια των μετρήσεων εξαρτάται από τη σωστή τοποθέτηση του αισθητήρα. Οι δύο φωτεινές πηγές πρέπει να είναι απέναντι από τον φωτοανιχνευτή. Ο ακροδέκτης πρέπει να στερεωθεί καλά για να μην μετακινηθεί, μιας και η πρόσβαση σε αυτόν, κατά την διάρκεια της επέμβασης είναι δύσκολη, λόγω του χειρουργικού πεδίου. (Tschupp and Fanconi, 2003)

2.3. Οδηγίες σε περίπτωση προβλήματος

Εάν για οποιοδήποτε λόγο δεν μπορούν να γίνουν μετρήσεις, θα πρέπει να εξεταστεί η κυκλοφορία, η επαναπλήρωση των τριχοειδών, το χρώμα και η θερμοκρασία του άκρου. Επανελέγχεται η σωστή θέση του ακροδέκτη. Ελαττώνεται το φως του περιβάλλοντος (π.χ. χειρουργικοί προβολείς) καλύπτοντας τον ακροδέκτη με τετράγωνο. Σε περίπτωση που συνεχίζεται το πρόβλημα, γίνεται αλλαγή της θέσης, του τύπου του ακροδέκτη ή του καλωδίου σύνδεσης με τον αναλυτή. (Hill, 2000) (Πίνακας 2)

3. Αιματηρή - μη αιματηρή μέτρηση αρτηριακής πίεσης

Η αρτηριακή πίεση αποτελεί ένα γενικό δείκτη της λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος. Υπάρχουν δύο μέθοδοι μέτρησης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) : α) η αιματηρή και β) η αναίμακτη.

3.1. Μη αιματηρή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης

Σε όλους τους ασθενείς, οι οποίοι πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, απαιτείται η μη αιματηρή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Πρόκειται για τη μέτρηση της πίεσης στο αρτηριακό σκέλος της κυκλοφορίας με μη επεμβατικό τρόπο. (Hoover, 2000)

3.1.1. Τεχνική μέτρησης

Οι έμμεσες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης γίνονται με τη βοήθεια μιας συσκευής που αποτελείται από μία περιχειρίδα με ένα εκπυσώσιμο ελαστικό αεροθάλαμο στην εσωτερική της επιφάνεια. Η περιχειρίδα περιτυλίγεται γύρω από το βραχίονα ή την κνήμη και ο αεροθάλαμος φουσκώνει ώστε να δημιουργηθεί μία πίεση που συμπιέζει την υποκείμενη αρτηρία. Ο αεροθάλαμος τότε αποσυμπιέζεται αργά επιτρέποντας την επανακυκλοφορία του αίματος στην συμπιεσμένη αρτηρία. Η αρτηριακή πίεση προσδιορίζεται είτε με την ανίχνευση ήχων που παράγονται (ακροαστική μέθοδος) είτε καταγράφοντας τους αρτηριακούς σφυγμούς (ταλαντωσιμετρία). (Pickering, 2002) (Πίνακας 3)

3.1.2. Διαστάσεις του αεροθαλάμου της περιχειρίδος

Η περιχειρίδα που εκπύσσεται θα πρέπει να προκαλεί ομοιόμορφη συμπίεση στην υποκείμενη αρτηρία ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή καταγραφή της πίεσης. Η ικανότητα της περιχειρίδας να προκαλεί ομοιόμορφη συμπίεση εξαρτάται από το μέγεθος του αεροθαλάμου σε σχέση με το μέγεθος του άκρου. Το μήκος του αεροθαλάμου θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 80% της περιμέτρου του άνω άκρου και το πλάτος του θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 40% της περιμέτρου του άνω άκρου. Αν το μέγεθος του αεροθαλάμου είναι πολύ μικρό σε σχέση με την περίμετρο του άκρου, οι μετρήσεις της πίεσης θα είναι ψευδώς αυξημένες, ενώ συμβαίνει το αντίθετο με τη μεγάλη περιχειρίδα. (Bur, 2003)

3.1.3. Μειονεκτήματα-αντενδείξεις

Στα μειονεκτήματα της τεχνικής περιλαμβάνονται η καθυστέρηση ακόμη και η αδυναμία μέτρησης που προκαλείται από κινήσεις, αρρυθμία, βραδυκαρδία. Ανακριβείς αναγνώσεις έχουμε κυρίως σε υπέρβαρους ασθενείς. Υπό ιδανικές συνθήκες, οι μη αιματηρές μέθοδοι τείνουν να υποτιμούν τη συστολική πίεση και να υπερεκτιμούν τη διαστολική. (Araghi, 2006) Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται κατά την εφαρμογή της περιχειρίδος, η σφικτή περιχειρίδα καταγράφει υψηλές τιμές πίεσης, η χαλαρή θα καταγράψει την ΑΠ χαμηλότερη. (Bur, 2000)

Η περιχειρίδα δεν πρέπει να τοποθετείται στο ίδιο άκρο με την ενδοφλέβια γραμμή, διότι διακόπτεται η ροή

την ώρα της μέτρησης, ενώ αίμα παλινδρομεί προς την συσκευή ορού. Επίσης το παλμικό οξύμετρο δεν τοποθετείται στο ίδιο άκρο με την περιχειρίδα, διότι η λειτουργία του διακόπτεται την ώρα της μέτρησης.

3.2. Αιματηρή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ)

Η αιματηρή μέτρηση της ΑΠ, προϋποθέτει τον καθετηριασμό μιας περιφερειακής αρτηρίας και μας παρέχει παλμό με παλμό την τιμή της αρτηριακής πίεσης. Ενδείξεις για τον καθετηριασμό της περιφερικής αρτηρίας είναι η ακριβής και συνεχής παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, η συνεχής παρακολούθηση της ανταπόκρισης σε αγγειοδραστικά φάρμακα και η συχνή λήψη δειγμάτων για μέτρηση των αερίων του αρτηριακού αίματος.

3.2.1. Σημεία παρακέντησης για την τοποθέτηση του αρτηριακού καθετήρα

Τα σημεία παρακέντησης για την τοποθέτηση αρτηριακού καθετήρα εξαρτώνται από την χειρουργική επέμβαση και από την προτίμηση του αναισθησιολόγου. Η δεξιά κερκιδική αρτηρία είναι η πρώτη θέση εκλογής για τον καθετηριασμό, επειδή το αγγείο είναι επιφανειακό και εύκολα προσπελάσιμο, δέχεται παλίνδρομη αιμάτωση από την ωλένιο αρτηρία και δεν επηρεάζεται η ακρίβεια της τιμής και της κυματομορφής στο συγκεκριμένο χειρουργείο από τυχόν εξαγωγή της αριστερής έσω μαστικής. Ο καθετηριασμός της κερκιδικής αρτηρίας γίνεται, αφού ήδη έχει παρακεντηθεί μια περιφερική φλέβα. (Mignin, 2006)

3.2.2. Γενικές προφυλάξεις για αγγειακή προσπέλαση

Οι συστάσεις που ακολουθούν εφαρμόζονται κατά την τοποθέτηση των αγγειακών καθετήρων: Γίνεται πλύσιμο των χεριών πριν από την τοποθέτηση αγγειακών καθετήρων. Χρησιμοποιούνται προστατευτικά γάντια σε όλους τους καθετηριασμούς. Οι μπλουζες και τα προστατευτικά γυαλιά δεν θεωρούνται απαραίτητα, εκτός αν αναμένεται ότι θα εκσφενδονιστούν σταγόνες αίματος. Τα μέτρα αυτά δεν μειώνουν τη συχνότητα της σήψης που σχετίζεται με τους καθετήρες. Αποφεύγονται οι τραυματισμοί με βελόνες, η επανατοποθέτηση του καλύμματος της βελόνας και η αφαίρεση της βελόνας από τη χρησιμοποιημένη σύριγγα με το χέρι. Τοποθετούνται τα αιχμηρά αντικείμενα σε ειδικό πλαστικό δοχείο αιχμηρών, αμέσως μετά τη χρήση τους. (Rossoll, 1999)

3.2.3. Σύστημα Μέτρησης

Μετά την τοποθέτηση του αρτηριακού καθετήρα, ο καθετήρας συνδέεται με το σύστημα μέτρησης, το οποίο περιλαμβάνει ηπαρισμένο ορό σε ασκό πίεσης (300 mmHg), συσκευή ορού με προεκτάσεις και το μορφομετατροπέα με ενσωματωμένο σύστημα flush.

Για να εξασφαλιστεί η ακρίβεια των αιμοδυναμικών τιμών που λαμβάνονται από κάθε μορφομετροπέα, ο νοσηλευτής πρέπει να ευθυγραμμίσει (levelling) και να μηδενίσει σωστά το σύστημα, να κάνει τη δοκιμασία έκπλυσης.

Η ευθυγράμμιση εκτελείται για την εξάλειψη των επιπτώσεων της υδροστατικής πίεσης στο μορφομετατροπέα. Ο μορφομετατροπέας πρέπει να τοποθετηθεί στο φλεβοστατικό άξονα (στο σημείο που η μέση μασχαλαία γραμμή συναντά το 4ο μεσοπλεύριο διάστημα). Η ευθυγράμμιση θα πρέπει να γίνεται πριν από τον μηδενισμό και τη βαθμονόμηση, πριν και μετά το σύστημα πίεσης συνδεθεί με τον ασθενή και σε οποιαδήποτε σημαντική μεταβολή στις αιμοδυναμικές παραμέτρους του ασθενούς. (Duffy-Gross, 1997)

Ο μηδενισμός εκτελείται για την εξάλειψη των επιπτώσεων της ατμοσφαιρικής πίεσης στο μορφομετατροπέα. Θα πρέπει να γίνεται πριν και μετά τη σύνδεση του ασθενή με το σύστημα πίεσης, μετά την ευθυγράμμιση και κάθε φορά που υπάρχει σημαντική αλλαγή στις αιμοδυναμικές μεταβλητές. (Ahrens, 1995)

Δοκιμασία έκπλυσης (τετραγωνικό κύμα έκπλυσης) είναι μια γρήγορη έκπλυση του συστήματος καθετήρα-σωλήνων, γίνεται για να προσδιορίσει αν το monitor μπορεί με ακρίβεια να αναπαράγει τις καρδιοαγγειακές πιέσεις του ασθενούς. Εντοπίζει προβλήματα όπως: φουσαλίδες

αέρα στο σύστημα, τσάκισμα στους σωλήνες, χαλαρές συνδέσεις, βατότητα του καθετήρα. (Ghee, 2001) (Πίνακας 4,5)

3.2.4. Επιπλοκές σύνδεσης αρτηριακού καθετήρα με το σύστημα μέτρησης

Εμβολή αέρα μπορεί να προκληθεί αν οι σωλήνες και ο μορφομετατροπέας δεν εκπλυθούν κατάλληλα, πριν συνδεθούν με τον ενδοαρτηριακό καθετήρα. Αν οι συνδέσεις δεν είναι στεγανές ή φύγει ο καθετήρας μπορεί να έχουμε σοβαρή απώλεια αίματος. Ανακριβείς μετρήσεις της πίεσης συμβαίνουν από λανθασμένη τοποθέτηση του μορφομετατροπέα πίεσης, εάν δεν εκτελείται ο μηδενισμός, αν υπάρχουν φουσαλίδες στο σύστημα. Άμβλυση της κυματομορφής συμβαίνει όταν το στόμιο του καθετήρα ακουμπά στο τοίχωμα της αρτηρίας ή αν σχηματιστεί θρόμβος αίματος ή καμφθεί ο καθετήρας. Λοίμωξη μπορεί να συμβεί, αν δεν τηρηθούν αυστηρά οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας ή αν υπάρχουν ανοίγματα του συστήματος που επιτρέπουν την ανάπτυξη μικροβίων. (Ahrens, 1995; Ghee, 2001; Beate, 2000)

4. Καθετήρας της πνευμονικής αρτηρίας

Περί τα τέλη της δεκαετίας του 1970 οι H.J.G. Swan και W.Ganz ανέπτυξαν ένα ειδικό καθετήρα ο οποίος έφερε στο άκρο τον αεροθάλαμο που του επέτρεπε να κατευθύνεται από την αιματική ροή και να εισέρχεται στην πνευμονική αρτηρία.

Παρά την ευρεία χρήση του καθετήρα, δεν συνιστάται η γενική χρήση του. Ο πνευμονικός καθετήρας διαδραματίζει ένα κεντρικό ρόλο στη διαχείριση των ασθενών υψηλού κινδύνου και παρεμβάσεων. (Kaluski, 2003)

Ο καθετηριασμός της πνευμονικής αρτηρίας γίνεται συνήθως μετά την εισαγωγή στην αναισθησία, εκτός εάν δεν υπάρχει δυνατότητα περιφερικής γραμμής και ανάλογα με την κλινική εικόνα του ασθενή οπότε τοποθετείται από πριν.

4.1. Κεντρικές φλέβες προσπέλασης

Πολλαπλές είναι οι θέσεις προσπέλασης για την τοποθέτηση του καθετήρα της πνευμονικής αρτηρίας. Η επιλογή της θέσης, εξαρτάται από το είδος της χειρουργικής επέμβασης και την προτίμηση των κλινικών γιατρών. Η δεξιά έσω σφαγίτιδα είναι η πλέον συνήθης κεντρική προσπέλαση κατά την διάρκεια της αναισθησίας στα καρδιοχειρουργικά περιστατικά, λόγω της εύκολης προσβασιμότητας και της απευθείας εισόδου στον δεξιό κόλπο. Η αριστερή έσω σφαγίτιδα είναι η πλέον συνήθης εναλλακτική λύση προσπέλασης σε περιπτώσεις αποτυχίας καθετηριασμού της δεξιάς έσω σφαγίτιδας. (Hocking, 2002)

4.2. Βασικά χαρακτηριστικά του καθετήρα

Ο καθετήρας της πνευμονικής αρτηρίας είναι ένας εύκαμπτος καθετήρας πολλαπλών αυλών, κατευθυνόμενος δια της ροής του αίματος έως την πνευμονική αρτηρία. Υπάρχουν συνήθως τέσσερις αυλοί:

Ο εγγύς αυλός (proximal port) είναι περίπου 25cm από το άκρο του καθετήρα. Έγκειται στο δεξιό κόλπο και

μετρά την κεντρική φλεβική πίεση (συνδέοντας το με το μορφομετατροπέα πίεσης). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την έγχυση ενδοφλεβικών διαλυμάτων ή φαρμάκων και για την αναρρόφηση αίματος. Χρησιμοποιείται επίσης για τη έγχυση γνωστού όγκου ψυχρού διαλύματος κατά τη μέτρηση της καρδιακής παροχής. Κωδικοποιείται με μπλε χρώμα.

Ο περιφερικός αυλός (distal port). Γνωστός ως αυλός της πνευμονικής αρτηρίας. Έγκειται άμεσα στην πνευμονική αρτηρία. Μετράει την πίεση της πνευμονικής αρτηρίας (PAP) και την πίεση ενσφίνωσης των πνευμονικών στα πνευμονικά τριχοειδή. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αναρρόφηση μικτού φλεβικού δείγματος αερίου αίματος. Δεν γίνεται ποτέ χρήση για έγχυση φαρμάκων. Κωδικοποιείται με κίτρινο χρώμα. (Pinsky, 2007)

Ο θερμίστορας είναι αυλός στο τέλος του καθετήρα. Συνδέει τον πνευμονικό καθετήρα με το monitor για τη μέτρηση της καρδιακής παροχής. Θερμικό σύρμα μεταδίδει εντός του αυλού τη θερμοκρασία στο αίμα. Κωδικοποιείται με κίτρινο χρώμα με κόκκινο συνδετικό.

Ο αυλός μπαλονιού (balloon port). Βρίσκεται περίπου 1cm από το άκρο του καθετήρα. Όταν φουσκώνεται το μπαλόνι με περίπου 0,8-1,5cc ατμοσφαιρικό αέρα, ο καθετήρας θα ενσφηνωθεί στην πνευμονική αρτηρία και θα δώσει την πίεση ενσφίνωσης των πνευμονικών στα πνευμονικά τριχοειδή. Το μπαλόνι φουσκώνεται πάντα με αέρα και ποτέ με υγρό. Όταν ξεφουσκώνεται το μπαλόνι, η στρόφιγγα στρίβεται στη θέση off και η σύριγγα παραμένει συνδεδεμένη με τον αυλό. Κωδικοποιείται με κόκκινο χρώμα. (Rogers, 1999)

4.3. Εισαγωγή πνευμονικού καθετήρα

Πριν την εισαγωγή του πνευμονικού καθετήρα το χειρουργικό κρεβάτι τοποθετείται λίγο πιο ψηλά σε κλίση 15o-20o ώστε η πνευμονική βαλβίδα να βρίσκεται σε υψηλό-

τερο επίπεδο. (Szahó, 2003) Ο καθετήρας της πνευμονικής αρτηρίας εισάγεται δια μέσω ενός θηκαριού που έχει τοποθετηθεί στην δεξιά έσω σφαγίτιδα. Η δυνατότητα να κατευθύνεται μέσω της ροής του αίματος του, δίνεται με την ύπαρξη ενός αεροθαλάμου, όγκου 1,5 cc που ευρίσκεται στην άκρη του. Ακριβώς πριν από την εισαγωγή στο περιφερικό άκρο του καθετήρα, συνδέεται ο μορφομετατροπέας πίεσης. Όταν εισαχθεί ο καθετήρας ΠΑ έως τα 20cm, δηλαδή στη συμβολή άνω κοίλης φλέβας και δεξιού κόλπου, ο αεροθάλαμος εκπνύσσεται κατευθύνοντας την καμπύλη του προς την κατεύθυνση της δεξιάς κοιλίας και της τριγλώχινας βαλβίδας. Η έκπτυξη του αεροθαλάμου επιτρέπει στον καθετήρα να ακολουθεί τη ροή του φλεβικού αίματος από την δεξιά κοιλία (30-35cm) στην πνευμονική αρτηρία (40-45 mm).

Κατά την προώθηση του καθετήρα πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς το ΗΚΓ, η κυματομορφή της αρτηριακής πίεσης και οι κυματομορφές των κοιλοτήτων από τις οποίες διέρχεται η άκρη του πνευμονικού καθετήρα. Η συνεχής παρακολούθηση της κυματομορφής καθορίζει τη θέση στην οποία βρίσκεται ο καθετήρας της πνευμονικής αρτηρίας. (Mathews, 2007; Amin, 1993) (Πίνακας 4, 6)

4.4. Μέτρηση παραμέτρων

Μέσω του πνευμονικού καθετήρα θα μετρηθούν οι παράμετροι: η καρδιακή παροχή και ο κορεσμός μικτού φλεβικού αίματος.

4.4.1. Μέτρηση καρδιακής παροχής

Για τη μέτρηση της καρδιακής παροχής, με τη μέθοδο της θερμοραϊώσης, χρειάζεται να εισαχθεί γρήγορα (μέσα σε 2sec-4sec) στον εγγύς αυλό του καθετήρα εφάπαξ ποσότητα ψυχρού διαλύματος (συνήθως 10ml N/S) ή διαλύματος σε θερμοκρασίας περιβάλλοντος. Το ψυχρό διάλυμα αναμιγνύεται και ψύχει το αίμα που το περιβάλλει

και η θερμοκρασία που προκύπτει, μετράται στην αιματική ροή της πνευμονικής αρτηρίας από ειδικό θερμίστορα, που βρίσκεται ενσωματωμένος στον καθετήρα. Για κάθε μέτρηση της καρδιακής παροχής συνιστώνται τρεις διαδοχικές μετρήσεις. (Renner, 1993)

Η καρδιακή παροχή (CO) είναι πιο ακριβής όταν ο όγκος του διαλύματος είναι 10ml και η θερμοκρασία του 0oC. (Boldt, 1994) (Πίνακας 6)

Καινούριας γενιάς monitor έχουν τη δυνατότητα μέτρησης καρδιακής παροχής αρτηριακής πίεσης (APCO). Χρησιμοποιώντας την υπάρχουσα κυματομορφή αρτηριακής πίεσης του ασθενούς για τη συνεχή μέτρηση της καρδιακής παροχής. Η καρδιακή παροχή εμφανίζεται πολλαπλασιάζοντας το ρυθμό παλμού και τον υπολογιζόμενο όγκο εξώθησης, όπως καθορίζεται από την κυματομορφή πίεσης.

4.4.2. Μέτρηση κορεσμού μικτού φλεβικού αίματος (SVO2)

Μια άλλη δυνατότητα του πνευμονικού καθετήρα είναι ο υπολογισμός και η καταγραφή της κατανάλωσης του μικτού φλεβικού αίματος. Ο προσδιορισμός του SVO2 γίνεται με την λήψη δείγματος αερίων αίματος από τον καθετήρα της πνευμονικής αρτηρίας ή μέσω ειδικού καθετήρα που φέρει ειδικό ινοπτικό κανάλι για συνεχή προσδιορισμό του κορεσμού. (Surum, 2004)

Για λήψη δείγματος μικτού φλεβικού αίματος γίνεται αναρρόφηση 5 ml από τον περιφερικό αυλό του καθετήρα για να καθαριστεί ο αυλός από το διάλυμα της ηπαρίνης. Μετά προσαρμόζεται ηπαρισμένη σύριγγα 2.5 ml και αναρροφάται 1 ml αίμα . Γίνεται έκπλυση του αυλού. Η αναρρόφηση πρέπει να γίνεται αργά τόσο κατά τον καθαρισμό του αυλού όσο και κατά τη λήψη του δείγματος. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η ανάμιξη του μικτού φλεβικού αίματος με οξυγονωμένο αίμα από την πνευμονική κυκλοφορία. (Rossoll, 1999) (Πίνακας 6)

5. Διοισοφάγειος υπερηχογραφή

Η διοισοφάγειος υπερηχοκαρδιογραφία, αποτελεί μια αναίμακτη μέθοδο αιμοδυναμικού monitoring. Παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την καρδιαγγειακή ανατομία, τη λειτουργία του μυοκαρδίου και των βαλβίδων καθώς και για διάφορες αιμοδυναμικές ανωμαλίες, (Click, 2000) συνεισφέροντας διαρκώς όλο και περισσότερο στην ορθότερη εκτίμηση των ασθενών, επηρεάζοντας την θεραπευτική αντιμετώπιση τους είτε από αναισθησιολογικής είτε από χειρουργικής απόψεως. (Couture, 2000)

5.1. Διοισοφάγειος μορφομετατροπέας

Κύρια φροντίδα του νοσηλευτή είναι η συντήρηση και φύλαξη του διοισοφάγειου μορφομετατροπέα.

Ο μορφομετατροπέας είναι πολύ ευαίσθητος, για το λόγο αυτό απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή κατά τη χρήση του, προς αποφυγή βλαβών. Μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δοθεί κατά την εισαγωγή του στον οισοφάγο, όπου θα πρέπει να βρίσκεται σε ουδέτερη θέση, να είναι ξεκλειδωτός

και να αποφεύγονται οι χειρισμοί. Θα πρέπει επίσης να ακολουθούνται οι οδηγίες του κατασκευαστή, όσον αφορά την απολύμανσή του για να αποφεύγονται οι μολύνσεις.

Πριν την εισαγωγή του μορφομετατροπέα στον οισοφάγο θα πρέπει να γίνεται προσεκτικός έλεγχος στο εξωτερικό τοίχωμα για τυχόν βλάβες, ελλείμματα και αμυξές από δαγκώματα προς αποφυγή μηχανικών, θερμικών ή ηλεκτρικών βλαβών στον ασθενή. Θα πρέπει να γίνεται επίσης έλεγχος, για την ύπαρξη τυχόν αντενδείξεων της διοισοφάγειου υπερηχογραφίας. Παράλληλα ελέγχεται, εάν οι στροφείς με τους οποίους χειρίζεται τον μορφομετατροπέα λειτουργούν και είναι ξεκλειδωτοί. Επίσης σύμφωνα με τις συστάσεις του κατασκευαστή, θα πρέπει να τοποθετηθεί στο μορφομετατροπέα ένα αποστειρωμένο προστατευτικό θηκάρι (αποτελεί επιπρόσθετη προφύλαξη προς αποφυγή επιμολύνσεων).

Η εισαγωγή του μορφομετατροπέα σε ασθενή με αναισθησία είναι τεχνικά πιο εύκολη. Η κεφαλή του ασθενούς θα πρέπει να τοποθετηθεί σε μέση θέση με ελαφρά κάμψη. Ο

ενδοτραχειακός σωλήνας θα πρέπει να είναι τοποθετημένος στη μια άκρη του στόματος, ώστε να υπάρχει αρκετός χώρος για την εισαγωγή του μορφομετατροπέα. Γίνεται έλεγχος της στοματικής κοιλότητας και της κατάστασης των δοντιών. Η τοποθέτηση στοματοδιαστολέα θα αποτρέψει τις εκδορές του μορφομετατροπέα από τα δόντια. Το εύκαμπτο άκρο του μορφομετατροπέα επαλείφεται με γέλη λιδοκαΐνης, εισάγεται και εν συνεχεία κατευθύνεται τυφλά στη μέση γραμμή του οπίσθιου μέρους του φάρυγγα, ενώ παράλληλα γίνεται έλξη της κάτω γνάθου προς τα άνω. Συχνά κρίνεται απαραίτητη η χρήση λαρυγγοσκοπίου ή των δακτύλων για την εισαγωγή του μορφομετατροπέα στον οισοφάγο.

(Papadopoulos, 2005)

Μετά από κάθε χρήση γίνεται έλεγχος για τυχόν βλάβες και εν συνεχεία ο καθαρισμός αρχικά με νερό και ενζυματικό σαπούνι για την απομάκρυνση τυχόν εκκρίσεων και ακολούθως τοποθετείται σε ειδικό διάλυμα για απολύμανση. Μέσω αυτής της διαδικασίας καταστρέφονται κάθε ιογενείς και βακτηριακοί οργανισμοί. Στο τέλος αυτής της διαδικασίας, το ενδοσκοπιο πλένεται με αποσταγμένο νερό και στεγνώνεται καλά. Στο άκρο του τοποθετείται ένα προστατευτικό κάλυμμα από σφουγγάρι. Κρεμιέται σε ειδικό ερμάριο για την αποθήκευση του. (Taillefer, 2002) (Πίνακας 7)

6. Επίλογος

Η εξέλιξη της Αναισθησιολογίας ήταν αναγκαία και οφείλεται όχι μόνο στον πολλαπλασιασμό των γνώσεων και την εισβολή της σύγχρονης τεχνολογίας, αλλά κατά ένα μεγάλο μέρος και στην εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Ο νοσηλευτής του αναισθησιολογικού αποτελεί πολύτιμο και επιδέξιο συνεργάτη του αναισθησιολόγου που εργάζεται πάνω σε μοντέλα εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας παρέχοντας βέλτιστη ποιότητα υπηρεσιών για την μεγαλύτερη ασφάλεια του καρδιοχειρουργικού ασθενή.

Πίνακας 1. Ηλεκτροκαρδιογραφία σε καρδιοχειρουργικό ασθενή

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	
Συγκέντρωση υλικού • Συσκευή παρακολούθησης ΗΚΓ (monitor) • Συσκευή απινιδωτή • Ενδοαορτική αντλία (αν ζητηθεί) • Αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια μιας χρήσης (8ή 2)	
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
Ελέγξτε το σύστημα παρακολούθησης, να είναι συνδεδεμένο με την παροχή του ρεύματος Ελέγξτε όλα τα καλώδια ΗΚΓ Αυτόματος έλεγχος του συστήματος παρακολούθησης Ρυθμίστε το σύστημα παρακολούθησης, ώστε να υπάρχει δυνατότητα συνεχής καταγραφής της II και V5 απαγωγής, δυνατότητα για ΗΚΓ I2 απαγωγών και δυνατότητα αυτοματοποιημένης ανάλυσης του διαστήματος ST σε συνάρτηση με το χρόνο Ρυθμίστε τη συσκευή παρακολούθησης ώστε ο ήχος του QRS να είναι ακουστός Τοποθετήστε καλώδιο ηλεκτροκαρδιογραφήματος 5 απαγωγών συνδεδεμένο με τη συσκευή παρακολούθησης στο χειρουργικό κρεβάτι Τοποθετήστε καλώδιο 3 ηλεκτροδίων συνδεδεμένο με απινιδωτή στο χειρουργικό κρεβάτι Τοποθετήστε καλώδιο 5 ηλεκτροδίων έτοιμο προς σύνδεση με ενδοαορτική αντλία (αν ζητηθεί από τον αναισθησιολόγο) στο χειρουργικό κρεβάτι	Αν δεν είναι συνδεδεμένο θα έχουμε διακοπή της λειτουργίας του Μπορεί να είναι φθαρμένα, τσακισμένα Οι απαγωγές II και V5 βοηθούν για τη διάγνωση πολύπλοκων αρρυθμιών, ισχαιμία του μυοκαρδίου. Η ανάλυση του ST διαστήματος για διάγνωση ισχαιμίας Γίνεται πάντα αντιληπτή η μεταβολή του ρυθμού Τα ηλεκτρόδια κωδικοποιούνται με διάφορα χρώματα Κόκκινο για δεξί ώμο, Μαύρο για δεξί πόδι, Κίτρινο για αριστερό ώμο, Πράσινο για αριστερό πόδι, Άσπρο για προκάρδια απαγωγή Και με τα αρχικά γράμματα του σημείου εφαρμογής που αναγράφεται πάνω στο καλώδιο ΗΚΓ (RA,RL,LA,LL,V) Οι καρδιοχειρουργικοί ασθενείς έχουν υψηλό ποσοστό επικίνδυνων για τη ζωή αρρυθμιών Τοποθετούνται σε καρδιοχειρουργικές επανεπεμβάσεις και σε βαριά περιστατικά, σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις ανάγκης μηχανικής υποστήριξης.

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
<p>Τοποθετήστε τα ηλεκτρόδια σε στεγνό δέρμα</p> <p>Μην χρησιμοποιείτε ηλεκτρόδια στα οποία έχει ξεραθεί κρέμα</p> <p>Χρησιμοποιείτε επαγωγική κρέμα – γέλη</p> <p>Κάντε σωστή επιλογή θέσης των ηλεκτροδίων, Σε οστέινη επιφάνεια και όχι σε περιοχές με χαλαρό δέρμα</p> <p>Καλύψτε τα ηλεκτρόδια για αποφυγή της ύγρασής τους</p> <p>Τοποθετήστε 3 ηλεκτρόδια στο δεξιό ώμο ή 5 εάν ζητηθεί ενδοαορτική αντλία</p> <p>Τοποθετήστε 2 ηλεκτρόδια στον αριστερό ώμο ή 3 εάν ζητηθεί ενδοαορτική αντλία.</p> <p>Τοποθετήστε 3 ηλεκτρόδια ή 5 εάν ζητηθεί ενδοαορτική αντλία.</p>	<p>Βοηθούν στην ελάττωση των αντιστάσεων</p> <p>Δημιουργείται μεγάλη αντίσταση</p> <p>Δημιουργείται μικρότερη αντίσταση στην επαφή με το δέρμα και επιτρέπει καλύτερη ηλεκτρική επαφή</p> <p>Το χαλαρό δέρμα προκαλεί παράσιτα μυϊκά ή λόγω κίνησης.</p> <p>Δημιουργία παράσιτων - αποκόλληση</p> <p>Τα δύο ηλεκτρόδια συνδέονται με το monitor, το ένα με τον απινιδωτή και τα άλλα δύο θα συνδεθούν με την ενδοαορτική αντλία.</p> <p>Το ένα ηλεκτρόδιο συνδέεται με το monitor το άλλο με τον απινιδωτή και το τρίτο θα συνδεθεί με την ενδοαορτική αντλία</p> <p>Τα δύο συνδέονται με το monitor, το ένα με τον απινιδωτή και τα άλλα δύο θα συνδεθούν με ενδοαορτική αντλία.</p>

Πίνακας 2. Τοποθέτηση παλμικού οξύμετρου

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
<p>Συνδέστε τη συσκευή με το καλώδιο τροφοδοσία ρεύματος</p> <p>Ανοίξτε την συσκευή και περιμένετε να περάσει τον αυτόματο έλεγχο</p> <p>Ρυθμίστε ακουστικούς συναγερμούς</p> <p>Επιλέξτε τον κατάλληλο ακροδέκτη σε σχέση με το μέγεθος του ασθενούς και τη θέση εφαρμογής</p> <p>Καθαρίστε το δάκτυλο από τυχόν βερνίκι νυχιών ή ξεραμένο αίμα</p> <p>Εφαρμόστε τον ακροδέκτη στη θέση που επιλέξατε. Για την εξασφάλιση της ακρίβειας των μετρήσεων είναι σημαντική η τοποθέτηση των δύο φωτεινών πηγών ακριβώς απέναντι από τον φωτοανιχνευτή</p> <p>Στερεώστε τον ακροδέκτη με ασφάλεια γύρω από το δάκτυλο.</p> <p>Επιτρέψτε μερικά δευτερόλεπτα στον αναλυτή να ανιχνεύσει τον παλμό και να υπολογίσει τον κορεσμό οξυγόνου</p> <p>Ελέγξτε την κυματομορφή</p> <p>Ελέγξτε την εμφάνιση ψηφιακής ανάγνωσης του κορεσμού O₂ και της παλμικής συχνότητας</p>	<p>Το ηχητικό σήμα παλμού πέφτει με την μείωση των τιμών</p> <p>Υπάρχουν μίας χρήσεως νεογνικά ,παιδιατρικά και ενηλίκων. Ανάλογα με τη θέση υπάρχουν για το δάκτυλο, τη μύτη, το λοβό του αυτιού</p> <p>Ανακριβείς μετρήσεις</p> <p>Η συνηθέστερη θέση στον ενήλικα είναι το δάκτυλο του δείκτη</p> <p>Μειώνει το βαθμό μετακίνησης του αλλά και εμποδίζει τις φωτεινές πηγές του περιβάλλοντα χώρου (χειρουργικοί προβολείς) να επηρεάσουν την ακρίβεια του αναλυτή.</p> <p>Χωρίς την ύπαρξη κυματομορφής, οποιαδήποτε ψηφιακή ανάγνωση δεν έχει νόημα.</p>

Πίνακας 3. Αναίμακτη αρτηριακή πίεση

ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΕΡΙΧΕΙΡΙΔΟΣ

Το πλάτος της περιχειρίδος πρέπει να είναι περίπου το 40% της περιμέτρου του άκρου

Το μήκος της περιχειρίδος πρέπει να είναι περίπου το 80% της περιμέτρου του άκρου. Είναι περίπου το διπλάσιο του προτεινόμενου πλάτους

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Ανοίξτε την οσιλομετρική συσκευή

Επιλέξτε το σωστό μέγεθος της περιχειρίδας ανάλογα με το μέγεθος του ασθενή

Ευθυγραμμίστε την περιχειρίδα έτσι ώστε ο επιμήκης άξονας να είναι παράλληλος προς τον επιμήκη άξονα του βραχίονα

Περιτυλίξτε την περιχειρίδα γύρω από τον βραχίονα, πάνω από την έσω επιφάνεια του αγκώνα. Κεντράρετε τον ελαστικό αεροθάλαμο πάνω στην αρτηρία

Εφαρμόστε την περιχειρίδα ούτε πολύ σφικτά ούτε πολύ χαλαρά

Πίνακας 4. Προεγχειρητική ετοιμασία για αρτηριακή γραμμή και πνευμονικό καθετήρα

Οι βασικές αρχές προετοιμασίας υλικού και χειρουργικής αίθουσας ισχύουν τόσο για την τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής όσο και την εισαγωγή καθετήρα στην πνευμονική αρτηρία, γι αυτό θα αναλυθούν μαζί.

ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΥ ΥΛΙΚΟΥ Διατηρείτε άσηπτη τεχνική για όλη τη διαδικασία

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
<p>Σύστημα μέτρησης πίεσης</p> <p>Διάλυμα έκπλυσης 1000ml N/S 9% εμπλουτισμένο με 5000 IU Heparine</p> <p>Συσκευή συνεχούς έκπλυσης με διπλό μορφομετατροπέα ενσωματωμένο σύστημα flush και επέκταση σωλήνων πίεσης</p> <p>Τοποθετήστε το διάλυμα έκπλυσης σε ασκό υπό πίεση 300mmHg</p>	<p>Για τη βατότητα και το ξέπλυμα της αρτηριακής γραμμής το διάλυμα γίνεται ανάλογα με την τακτική του Νοσοκομείου</p> <p>Διπλό μορφομετατροπέα για τη μέτρηση της ΑΠ και της ΠΑΠ</p> <p>Παρέχει τη δυνατότητα γρήγορου flush για να παρασύρει τις φυσαλίδες και γρήγορο ξέπλυμα της γραμμής από αίμα</p>

Τροχήλατο ενδιαγγειακών μεθόδων

Στο επάνω μέρος του τροχήλατου υπάρχουν τα εξής:	Στο κάτω μέρος του τροχήλατου υπάρχουν τα εξής:
<p>Αρτηριακοί καθετήρες 18-20G</p> <p>Αντισηπτικό διάλυμα</p> <p>Λευκοπλάστης</p> <p>Βάμμα βενζόης</p> <p>Νεφροειδή</p> <p>Ράμμα</p> <p>Μαχαίριδιο</p> <p>Σύρμα-οδηγός</p> <p>Αποστειρωμένο διαφανές κάλυμμα</p> <p>Δοχείο αιχμηρών</p> <p>Λιδοκαΐνη 1% για τοπική αναισθησία</p> <p>Ηπαρινισμένες σύριγγες για flush</p>	<p>Κεντρικοί καθετήρες 3 lumen, 4 lumen, θηκάρι, Swan-Ganz</p> <p>Αποστειρωμένα γάντια</p> <p>Αποστειρωμένα τετράγωνα</p> <p>Αποστειρωμένο σετ σφαγίτιδος(με τετράγωνα, εργαλεία για τον καθετηριασμό της έσω σφαγίτιδος)</p>

ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΙΘΟΥΣΑΣ

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
<p>Ελέγξτε το ηλεκτρολογικό υλικό. Τα καλώδια να είναι στις παροχές ρεύματος, να είναι σε καλή κατάσταση, να μην έχουμε διαρροές ρεύματος</p> <p>Συνδέστε τα καλώδια της συσκευής παρακολούθησης με τους μετατροπείς</p> <p>Ανοίξτε την οθόνη αιμοδυναμικής παρακολούθησης και αφήστε το σύστημα να κάνει αυτόματο έλεγχο</p> <p>Επιλέξτε την ανάλογη πίεση. Ορίστε την κλίμακα της κάθε πίεσης</p> <p>Ενεργοποιήστε τους συναγερμούς παρακολούθησης</p> <p>Τοποθετήστε το μορφομετατροπέα πίεσης, έτσι ώστε να είναι στο επίπεδο του δεξιού κόλπου(στο σημείο που η μέση μασχαλαία γραμμή συναντά το 4ο μεσοπλεύριο διάστημα-φλεβοστατικός άξονας)</p> <p>Ελέγξτε ότι όλες οι συνδέσεις είναι ασφαλείς</p> <p>Εξαερώστε καλά το σύστημα πίεσης ενεργοποιώντας τη συσκευή έκπλυσης. Αφαιρέστε και τη μικρότερη φυσαλίδα αέρα</p> <p>Μηδενίστε το σύστημα στην ατμοσφαιρική πίεση</p>	<p>Για την ασφάλεια του ασθενή και τη δική σας</p> <p>Για τη μετάδοση του σήματος</p> <p>Απαραίτητο για την απεικόνιση της κυματομορφής και την ακριβή λήψη της πίεσης</p> <p>Καλύτερη ασφάλεια</p> <p>Αν ο μορφομετατροπέας τοποθετηθεί σε επίπεδο υψηλότερο από το επίπεδο του δεξιού κόλπου, η πίεση που αναγράφεται στην οθόνη είναι μικρότερη από την πραγματική. Αντίθετα εάν τοποθετηθεί κάτω από το επίπεδο του δεξιού κόλπου θα είναι μεγαλύτερη από την πραγματική πίεση του ασθενή.</p> <p>Για τυχόν διαρροή του συστήματος πίεσης</p> <p>Και η πιο μικρή φυσαλίδα πρέπει να αφαιρεθεί για να εξασφαλιστεί η ακρίβεια του μορφομετατροπέα</p> <p>Εκτελείται για την εξάλειψη των επιπτώσεων της ατμοσφαιρικής πίεσης του μορφομετατροπέα</p>

ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ - ΜΗΔΕΝΙΣΜΟΣ

Ευθυγράμμιση

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
<p>Βεβαιωθείτε ότι ο μορφομετατροπέας πίεσης είναι τοποθετημένος σταθερά πάνω στο μορφομετατροπέα με στατό υποδοχή, η οποία στηρίζεται σε βραχίονα πάνω στο χειρουργικό τραπέζι</p> <p>Εντοπίστε τον φλεβοστατικό άξονα(το σημείο που η μέση μασχαλαία γραμμή συναντά το 4ο μεσοπλεύριο διάστημα)</p> <p>Τοποθετήστε την στρόφιγγα του μορφομετατροπέα στο επίπεδο του δεξιού κόλπου. Στο σημείο που η μέση μασχαλαία γραμμή συναντά το 4ο μεσοπλεύριο διάστημα-φλεβοστατικός άξονας</p>	<p>Για να αποφύγετε την μετατόπιση του μορφομετατροπέα</p> <p>Η σήμανση της θέσης διασφαλίζει την ακρίβεια των μετρήσεων</p> <p>Όλες οι πιέσεις καταγράφονται χρησιμοποιώντας αυτό, ως μηδενικό επίπεδο αναφοράς. Αν ο μορφομετατροπέας είναι χαμηλότερος υπάρχει προστιθέμενη υδροστατική πίεση, όταν η στρόφιγγα είναι ανοικτή στον αέρα, η οποία προκαλεί εσφαλμένες υψηλές πιέσεις. Αντίστροφα, συμβαίνει όταν ο μορφομετατροπέας είναι υψηλότερος, η υδροστατική πίεση είναι χαμηλότερη στη στρόφιγγα και προκαλεί αναγνώριση χαμηλής πίεσης</p>

ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ - ΜΗΔΕΝΙΣΜΟΣ

Μηδενισμός

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
<p>Πριν από το μηδενισμό ελέγξτε εάν ο μορφομετατροπέας είναι στη σωστή θέση</p> <p>Αφαιρέστε το εξαεριστικό καπάκι από τη στρόφιγγα.</p> <p>Γυρίστε τη στρόφιγγα, κλειστή προς τον ασθενή και ανοιχτή προς τον αέρα</p> <p>Ενεργοποιήστε στο monitor τη λειτουργία "μηδέν" πατώντας το κουμπί στην ανάλογη πίεση</p> <p>Κλείστε τη στρόφιγγα προς τον αέρα μόλις το monitor δείξει μηδενισμό και αντικαταστήστε το καπάκι</p>	<p>Για ακριβείς μετρήσεις</p> <p>Ανοίγει το σύστημα προς την ατμόσφαιρα</p> <p>Για την εξάλειψη των επιπτώσεων της ατμοσφαιρικής πίεσης στο μορφομετατροπέα.</p>

Πίνακας 5. Διεγχειρητική ετοιμασία - τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
<p>Τοποθετήστε στον ασθενή μάσκα O₂</p> <p>Συνδέστε τον ασθενή με ΗΚΓ και παλμικό οξύμετρο</p> <p>Τοποθετήστε μια περιφερική Ε.Φ. γραμμή, συνδεδεμένη με ορο</p> <p>Επισκοπήστε το σημείο παρακέντησης</p> <p>Ελέγξτε την παράπλευρη κυκλοφορία του χεριού με τη δοκιμασία Allen</p> <p>Τοποθετήστε το άκρο σε έκταση</p> <p>Καθαρίστε τη περιοχή με αντισηπτικό διάλυμα</p> <p>Διηθήστε το σημείο που θα τοποθετηθεί η αρτηριακή γραμμή με τοπικό αναισθητικό</p> <p>Βοηθήστε τον αναισθησιολόγο για τον καθετηριασμό της αρτηρίας</p> <p>Συνδέστε με ηπαρινισμένο flush.</p> <p>Καθαρίστε το σημείο με αντισηπτικό, βάλτε βάμμα βενζόνης γύρω από το σημείο της εισαγωγής και στερεώστε το με αποστειρωμένο κάλυμμα</p> <p>Συνδέστε τον καθετήρα με τον μορφομετατροπέα πίεσης</p> <p>Ενεργοποιήστε τη συσκευή έκπλυσης</p> <p>Ξαναμηδενίστε το μορφομετατροπέα</p> <p>Παρατηρήστε την κυματομορφή</p> <p>Διαβάστε τη ψηφιακή ένδειξη της πίεσης</p> <p>Τοποθετήστε νάρθηκα χεριού</p>	<p>Είναι απαραίτητη λόγω της επιδράσεως της καταστολή από τη προνάρκωση</p> <p>Για τη χορήγηση φαρμάκων αν χρειαστεί</p> <p>Κοιτάζουμε για δερματικές αλλοιώσεις, ουλές, πληγές, διόγκωση, παρουσία αγγειακής νόσου</p> <p>Μειώνει τον κίνδυνο ισχαιμίας με τον καθετηριασμό</p> <p>Η αρτηρία θα έρθει σε πιο επιφανειακή θέση</p> <p>Μειώνει τον κίνδυνο μόλυνσης</p> <p>Μειώνει το αίσθημα του πόνου</p> <p>Δίνοντας τα απαραίτητα υλικά</p> <p>Πρόληψη μόλυνσεως</p> <p>Ο μορφομετατροπέας μετατρέπει τη μηχανική ενέργεια του κύματος πίεσης σε ηλεκτρικό σήμα</p> <p>Για καθαρισμό της γραμμής από παλινδρόμηση αίματος</p> <p>Για να εξουδετερωθεί η πίεση που ασκείται από το ηπαρινισμένο flush</p> <p>Είναι ο καλύτερος τρόπος για να εξακριβώσουμε την σωστή θέση του καθετήρα</p> <p>Για καλύτερη σταθεροποίηση του χεριού</p>

ΛΗΨΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Πλύνετε τα χέρια
 Φορέστε γάντια μιας χρήσεως
 Βγάλτε το καπάκι της στρόφιγγας του μορφομετατροπέα
 Προσαρμόστε σύριγγα 5ml
 Ανοίξτε τη στρόφιγγα προς τον ασθενή και τον αέρα
 Αναρροφήστε 5ml για αφαίρεση τυχόν ηπαρισμένου αίματος από τη γραμμή και πετάτε το
 Κλείστε τη στρόφιγγα προς τον αέρα
 Εφαρμόστε την ηπαρισμένη σύριγγα 2,5ml

Ανοίξτε πάλι τη στρόφιγγα προς τον ασθενή και τον αέρα
 Αναρροφήστε 1ml αίματος
 Κλείστε τη στρόφιγγα προς τον αέρα
 Αφαιρέστε την ηπαρισμένη σύριγγα
 Ξεπλύνετε τη γραμμή του ασθενούς, ξεπλύνετε τη στρόφιγγα προς τον αέρα
 Καλύψτε τη στρόφιγγα με αποστειρωμένο καπάκι
 Βγάλτε τον αέρα από τη σύριγγα 2,5ml και στείλτε το δείγμα αίματος για ανάλυση στο μηχάνημα αερίων

Πίνακας 6. Διεχειρτητική ετοιμασία για εισαγωγή πνευμονικού καθετήρα

Η πρώτη επιλογή για κεντρική προσπέλαση είναι δεξιά έσω σφαγίτιδα. Η εισαγωγή του καθετήρα γίνεται στον ασθενή συνήθως μετά την εισαγωγή στην αναισθησία. Εξαρτάται όμως από την κλινική εικόνα του ασθενούς καθώς και την δυνατότητα ή μη να έχουμε περιφερική ΕΦ γραμμή

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
<p>Συνδέστε τον ασθενή με ΗΚΓ και παλμικό οξύμετρο</p> <p>Τοποθετήστε περιφερική ΕΦ γραμμή</p> <p>Γυρίστε το κεφάλι προς την άλλη κατεύθυνση, μακριά από τη πλευρά του καθετηριασμού</p> <p>Τοποθετήστε τον ασθενή σε ελαφρά θέση Trendelenburg</p> <p>Βοηθήστε τον αναισθησιολόγο να φορέσει αποστειρωμένη μπλούζα και γάντια</p> <p>Ανοίξτε το σετ σφαγίτιδος τηρώντας τους κανόνες αντισηψίας</p> <p>Δώστε στον αναισθησιολόγο τους καθετήρες, τηρώντας τους κανόνες αντι- αντισηψίας</p> <p>Δώστε μία σύριγγα 2,5ml, μαχαιρίδιο και ράμμα</p> <ul style="list-style-type: none"> * Καθαρίστε το σημείο εισαγωγής με αντισηπτικό διάλυμα * Καλύψτε με αποστειρωμένα τετράγωνα την κεφαλή και τη περιοχή γύρω από το σημείο του καθετηριασμού * Καθετηριάστε τη φλέβα με την τεχνική που επιλέξατε και εισαγάγετε τον εισαγωγέα(θηκάρι 8,5f) και το 3-lumen * Αλλάξτε αποστειρωμένα γάντια, βάλτε καινούργια αποστειρωμένα τετράγωνα στο σετ σφαγίτιδος * Πάρτε τον καθετήρα της πνευμονικής αρτηρίας * Τοποθετήστε το sheath στο πνευμονικό καθετήρα <p>Ελέγξτε το μπαλόνι για διαρροές αέρα, φουσκώνοντάς το με 1,5ml αέρα</p>	<p>Υπάρχει κίνδυνος αρρυθμιών κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του καθετήρα</p> <p>Χορήγηση φαρμάκων αν χρειαστεί</p> <p>Η φλέβα ευθυγραμμίζεται με μια ευθεία γραμμή που αρχίζει από το πτερύγιο του ωτός και καταλήγει στην στερνοκλειδική συμβολή</p> <p>Καλύτερη πρόσβαση της κεντρικής φλέβας και αποφυγή εμβολής αέρα</p> <p>Η σύριγγα θα βοηθήσει για τον εντοπισμό της φλέβας. Το μαχαιρίδιο για τη διάνοιξη του δέρματος για να περάσει ο καθετήρας. Το ράμμα για τη στερέωση του καθετήρα</p> <p>Κρατάει τον καθετήρα αποστειρωμένο ώστε να μπορεί να προωθείται ή να μπορεί να ανακληθεί χωρίς να εκθέτει τον ασθενή σε κίνδυνο λοίμωξης</p> <p>Μπορεί να υπάρχει ρήξη του μπαλονιού</p>

<p>Εξαερώστε τους αυλούς του πνευμονικού καθετήρα, με ηπαρισμένα flush</p> <p>* Προωθήστε τον πνευμονικό καθετήρα μέσα στον εισαγωγέα περίπου 20cm και ασφαλίστε το</p> <p>* Στερεώστε τον εισαγωγέα και το 3-lumen με ράμμα</p> <p>Καλύψτε το σημείο παρακέντησης με αποστειρωμένο διαφανές κάλυμμα</p> <p>Εξαερώστε τους αυλούς του θηκαριού και του 3-lumen</p> <p>*Προωθήστε το καθετήρα μέσα στον εισαγωγέα αφού έχετε συνδέσει το περιφερικό άκρο του καθετήρα με το μορφομετατροπέα πίεσης, μέχρι να φθάσει στο δεξιό κόλπο, οπότε στην οθόνη εμφανίζεται η κυματομορφή του δεξιού κόλπου. Σε αυτό το σημείο φουσκώστε το μπαλόνι με 1,5ml αέρα.</p> <p>Παρακολουθείτε στην οθόνη την ανταπόκριση του ασθενούς κατά τη διάρκεια προώθησης του πνευμονικού καθετήρα</p> <p>Παρακολουθείτε το ηλεκτροκαρδιογράφημα για τυχόν αρρυθμίες κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του καθετήρα</p> <p>*Προωθήστε το καθετήρα ενώ το μπαλόνι παραμένει φουσκωμένο στη δεξιά κοιλία, πνευμονική αρτηρία</p> <p>Ξεφουσκώστε το μπαλόνι μετά τη μέτρηση της πίεσης ενσφήνωσης. Τοποθετήστε το διακόπτη του αυλού του μπαλονιού στη θέση off</p> <p>*Γίνεται από τον Αναισθησιολόγο</p>	<p>Εξασφαλίζει τη βατότητα και ακεραιότητα του καθετήρα</p> <p>Παρατηρείτε τις κυματομορφές των κοιλοτήτων από τις οποίες διέρχεται η άκρη του πνευμονικού καθετήρα</p> <p>Κοιλιακές έκτακτες συστολές και κοιλιακή ταχυκαρδία παρατηρούνται συχνά κατά τη διέλευση του καθετήρα από το δεξιό κόλπο στη δεξιά κοιλία</p> <p>Με τον τρόπο αυτό το μπαλόνι δεν μπορεί να φουσκώσει κατά λάθος</p>
---	---

ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ

Συγκέντρωση υλικού: Σύριγγα 10ml με διάλυμα κλωριούχου νατρίου ή διάλυμα δεξτρόζης 5%

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Απομακρύνετε το καπάκι της στρόφιγγας στον εγγύ αυλό του πνευμονικού καθετήρα

Προσαρμόστε σύριγγα 10ml με ψυχρό υγρό ή υγρό θερμοκρασίας δωματίου

Πατήστε στο monitor το κουμπί <<CO>>

Χορηγείστε γρήγορα την ποσότητα υγρού στο δεξιό κόλπο, μόλις το monitor σας δείξει <<έτοιμο>>

Κλείστε την στρόφιγγα προς τον αέρα

Περιμένετε τη ψηφιακή ένδειξη στο monitor

ΛΗΨΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΜΙΚΤΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Συγκέντρωση υλικού: σύριγγα 5ml, ηπαρινισμένη σύριγγα 2,5 ml, αποστειρωμένο καπάκι

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Πλύνετε τα χέρια
 Φορέστε γάντια μιας χρήσεως
 Απομακρύνετε το καπάκι της στρόφιγγας στον περιφερικό αυλό του πνευμονικού καθετήρα
 Προσαρμόστε σύριγγα 5ml
 Ανοίξτε τη στρόφιγγα προς τον ασθενή και τον αέρα
 Αναρροφήστε αργά 5ml μέχρι να καθαριστεί ο αυλός του καθετήρα από το διάλυμα ηπαρίνης και πετάτε το
 Κλείστε τη στρόφιγγα προς τον αέρα

Προσαρμόστε την ηπαρινισμένη σύριγγα 2,5 ml
 Ανοίξτε πάλι τη στρόφιγγα προς τον ασθενή και τον αέρα
 Αναρροφήστε αργά 1ml αίματος
 Κλείστε τη στρόφιγγα προς τον αέρα
 Ενεργο Ενεργοποιείστε το σύστημα έκπλυσης για να ξεπλύνετε τον αυλό και τη στρόφιγγα
 Καλύψτε Καλύψτε τη στρόφιγγα με αποστειρωμένο καπάκι
 Βγάλτε τον αέρα από τη σύριγγα 2,5ml και στείλτε το δείγμα μικτού φλεβικού αίματος για ανάλυση αερίων

Πίνακας 7. Διοισοφάγειος υπερηχογραφία

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
<p>Ελέγξτε το εξωτερικό τοίχωμα του διοισοφάγειου για τυχόν βλάβες, ελλείμματα και αμυχές από δαγκώματα</p> <p>Ελέγξτε εάν οι στροφείς με τους οποίους χειρίζεστε το μορφομετατροπέα λειτουργούν και είναι ξεκλειδωτοι</p> <p>Τοποθετήστε την κεφαλή του ασθενούς σε μέση θέση, με ελαφριά κάμψη</p> <p>Στερεώστε τον Ε.Τ.Σ στην άλλη άκρη του στόματος</p> <p>Ελέγξτε την στοματική κοιλότητα και την κατάσταση των δοντιών</p> <p>Τοποθετήστε στο μορφομετατροπέα ειδικό κάλυμμα</p> <p>Επαλείψτε το εύκαμπτο άκρο με gel λιδοκαΐνης</p> <p>Εφαρμόστε στο στόμα του ασθενή τον στοματοδιαστολέα</p> <p>Ξεκλειδώστε το μορφομετατροπέα, βάλτε το σε ουδέτερη θέση και αποφύγετε τους χειρισμούς</p> <p>Εισάγετε το μορφομετατροπέα και εν συνεχεία κατευθύνετε τον τυφλά στην μέση γραμμή του οπίσθιου μέρους του φάρυγγα ενώ παράλληλα έλξτε την κάτω γνάθο προς τα άνω</p> <p>Χρησιμοποιείστε λαρυγγοσκόπιο αν υπάρχει δυσκολία στην εισαγωγή</p>	<p>Προς αποφυγή μηχανικών, θερμικών και ηλεκτρικών βλαβών στον ασθενή</p> <p>Για να υπάρχει αρκετός χώρος για την εισαγωγή του μορφομετατροπέα</p> <p>Ο μορφομετατροπέας δεν αποστειρώνεται απλώς απολυμαίνεται, επιπρόσθετη προφύλαξη προς αποφυγή επιμόλυνσης</p> <p>Βοηθάει για να γλιστράει πιο εύκολα μέσα στη στοματική κοιλότητα και τον οισοφάγο</p> <p>Για να αποφύγουμε τις βλάβες του μορφομετατροπέα από τα δόντια</p> <p>Θα βοηθήσει στην απομάκρυνση της γλώσσας και στο να επιτραπεί το πέρασμα του ακροδέκτη στον οισοφάγο</p>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adams-Hamoda M, Caldwell MA, Stotts NA, Drew BJ. Factors to Consider When Analyzing 12-lead Electrocardiograms for Evidence of Acute Myocardial Ischemia. *American Journal of Critical Care* 2003; 12:9-16
2. Ahrens T, Penick JC, Tucker MK. Frequency requirements for zeroing transducers in hemodynamic monitoring. *American Journal of Critical Care* 1995; 4:466-471
3. Amin DK, Shah PK, Swan HJC. The technique of inserting the Swan-Ganz catheter. *J Crit Illness* 1993; 8:1147-1156
4. Araghi A, Bander J, Guzman JA. Arterial Blood pressure monitoring in overweight critically ill patients invasive or noninvasive? *Critical Care* 2006; 10:64
5. Attin M, Carbin S, Dee V, Doering L, Dunn D, Ellstrom K, Erickson Y, Etchepare M, Gawlinski A, Haley T, Henneman E, Keckeisen M, Malmset M and Olson L. An educational project to improve Knowledge related to pulse oximetry. *American Journal of Critical Care* 2002; 11:524-534
6. Beate H, Ghee BH, Bridges EJ. Monitoring Arterial Blood pressure: What You May Not Know; *Crit Care Nurse* 2000; 22:60-79
7. Boldt J, Menges T, Wollbruck M. Is continuous cardiac output measurement using thermodilution reliable in the critically ill patient? *Crit Care Med* 1994; 22:1913-1918
8. Boldt J. Hemodynamic monitoring in the intensive care unit. *Critical Care* 2002; 6:52-59
9. Bur A, Herkner H, Vice KM, Woisetschlager C, Demaschnig V, Karth G, Laggner AN, Hirschl MM. Factors influencing the accuracy of oscillometric blood pressure measurement uncritically ill patients. *Crit Care Med* 2003; 31:793-799
10. Bur A, Hirschl MM, Herkner H, Oschatz E, Kofler J, Woisetschlager C, Laggner AN. Accuracy of oscillometric blood pressure measurement according to the relation between cuff size and upper-arm circumference in critically ill patients. *Crit Care Med* 2000; 28:371
11. Click RL, Abel, Schaff HV. Intraoperative transesophageal echocardiography: 5-year prospective review of impact on surgical management. *Mayoclin Proc.* 2000; 75:241-247
12. Conrath C, Ophof T. The patient U wave. *Cardiovasc Res* 2007; 67:184-186
13. Couture P, Denauff A, Kenty S, Boudreant D, Plante F, Perron R, Babin D, Normandin L and Poirier N. Impact of routine use of intraoperative transesophageal echocardiography during cardiac surgery. *Anesth* 2000; 47:20-26
14. Drew BJ, Califf RM, Funk M, Kaufman E, Lacks MM, Marfarlane PW, Sommargen C, Swiry S, Hare GF. Practice Standards for Electrocardiographic Monitoring in Hospital Settings. *American Heart Association* 2004; 110:2721-2746
15. Duffy-Gross D. Intraoperative Patient Monitoring. In: McIntosh LW. *Essentials of Nurse Anesthesia. USA: McGraw - Hill* 1997; 6:81-102
16. Enseleit F, Duru F. Long-term continuous external electrocardiographic recording. A review *Europace* 2006; 8:255-266
17. Fearnley SJ. Pulse Oximetry. *Practical procedures* 1995; 5:1-2
18. Finlay DD, Nugent CD, Kellett JG, Donnelly MP, Cullaph PJ, Black ND. Synthesising the 12-lead electrocardiogram: Trends and challenges. *Eur. J intern Med* 2007; 18:566-570
19. Ghee BH, Woods SL. Critical care nurses' Knowledge of arterial pressure monitoring. *Am J Crit Care* 2001; 10:43-51
20. Hersi A, Fu Y, Wond B, Mahaffey KW et al: Does the discharge ECG provide additional prognostic insight(s) in non ST elevation ACS patients from that acquired on admission? *European Heart Journal* 2003; 24:522-531
21. Hill E, Stoneham DM. Practical applications of; pulse oximetry. *Practical Procedures* 2000; 11:1-2
22. Hocking G. Central Venous Assess and Monitoring *Practical Procedures* 2002; 12: 10-16
23. Hoover L. Comparison of Blood pressure readings between cuff pressures and radial arterial catheters with changes in transducer level and patient position. *Am J Crit Care* 2000; 9:220-221
24. Jacobson C. Bedside Cardiac Monitoring. *Critical Care Nurse* 2003; 23:71-73
25. Jahrs M, Giuliano K, Stephens D. Clinical use Fulness of the EASY 12-lead Continuous Electrocardiographic Monitoring System. *Critical Care Nurse* 2005; 25:28-37
26. Jubran A. Pulse Oximetry. *Critical Care* 1999; 3:11-17
27. Kaluski E, Shah M, Kobrin I, Cotter C et al. Right Heart Catheterization: Indications, Technique, Safety, Measurements, and Alternatives. *Heart Drug* 2003; 3:225-235
28. Klic H, Atalar E, Ozer N, Ovunck, Aksoyeks, Ozmen F, Akdemir R. Early electrocardiographic diagnosis of acute coronary ischemia on the paced electrocardiogram. *Int Cardiol* 2007; 20 [Epub ahead of print PMID 18035432]
29. Mathews L. Paradigm Shift in Hemodynamic Monitoring. *The internet Journal of Anesthesiology* 2007; 11:1-2
30. Meek M, Morris F. ABC of clinical electrocardiograph. *BMJ* 2002; 324:415-418
31. Mignin MA, Piacentini E, Dubin A. Peripheral arterial blood pressure monitoring adequately tracks central arterial blood pressure in critically ill patients: an observational study. *Critical Care* 2006; 10:43-49
32. Monnet X, Lamia B and Teboul JL. Pulse Oximeter as a sensor of Fluid responsiveness: do we have our finger on the best solution. *Crit Care* 2005; 9: 429-430
33. Papadopoulos G., Arnaoutoglou E, Achenback K. Η πρακτική της περιεχειρητικής ΔΟΥ. Ενδείξεις, Αντενδείξεις και Επιπλοκές. Τσιάπρας Δ, Αντωνίου Θ, Κοντογιώργη Π, Παπαδόπουλος Γ. *Περιεχειρητική Διοισοφάγειος Υπερηχοκαρδιογραφία. Εκ. Έφρα Ιωάννινα* 2005; 3:33-41
34. Pickering TG. Principles and techniques of blood pressure measurement. *Cardiol Clin* 2002; 20:207-223
35. Pinsky MR. Hemodynamic Evaluation and Monitoring in the ICU. *Chest* 2007; 132:2020-2029
36. Pinsky MR and Payen D. Functional hemodynamic monitoring. *Critical Care* 2005; 9:566-572
37. Renner LE, Morton MG, Sakuma GY. Indicator amount, temperature, and intrinsic cardiac output affect thermodilution cardiac output accuracy and reproducibility. *Crit Care Med* 1993; 21:586-597
38. Respir AJ. Accuracy of Pulse Oximetry in Sickle Cell Disease. *Critical Care Medicine* 1999; 159:447-451

39. Rodden AM, Spicer L, Diaz VA and Steyer TE. Does fingernail polish affect pulse Oximeter readings? *Intensive and Critical Care Nursing* 2007; 23:51-55
40. Rogers J. The coronary circulation. *Physiology* 1999; 10:2-3
41. Rossoll LW. Μη Αναίμακτη Αιμοδυναμική Παρακολούθηση. In Proehl JA. *Επείγουσες Νοσηλευτικές Διαδικασίες*. 2nd ed. Αθήνα Λαγός 1999;327-343
42. Rudiger A, Hellermann JP, Mukherjee R, Follath F, Tutina J. Electrocardiographic artifacts due to electrode misplacement and their frequency in different clinical setting. *The American journal of Emergency Medicine* 2007; 25:174-178
43. Sandham JD, Hull RD, Brant RF, Knox L, Pineo GF, Poig CJ, Laporta DP, Viner S, Passerini L, Davits H, Kirby A, Jacka M. A randomized, controlled trial of the use of pulmonary-artery catheters in high-risk surgical patients. *N Engl J* 2003; 348:5-14
44. Surum J. SVO2 Monitoring. *Critcare Nurse* 2004; 24:73-76.
45. Szahó Z. A simple method to pass a pulmonary artery flotation catheter rapidly into the pulmonary artery in anaesthetized patients. *Br J Anaesth*, 2003; 90:794-796
46. Taillefer J, Couture P, Sheridan P, Gigard A, Babin D, Denault A. A comprehensive strategy to avoid transesophageal echocardiography probe damage. *Canadian Journal of Anesthesia* 2002; 49:500-502
47. Tschupp A and Fanconi S. A Combiner Ear Sensor for Pulse Oximetry and Carbon Dioxide Tension Monitoring: Accuracy in critically Ill Children. *Anesthesia and Analgesia* 2003; 1:82-84
48. Havell M. Pulse oximetry. *British Journal of Nursing* 2002; 11:191-197
49. Velisvan N, Batchvarov, Malik M and Camm J. Incorrect electrode cable connection during electrocardiographic recording. *Europace* 2007; 9:1081-1090
50. Wahr J, Parks R, Boisvert D, Comunale M, Fabian J, Ramsay J, Mangano DT. Preoperative serum potassium levels and perioperative outcomes in cardiac surgery patients. Multicenter Study of Perioperative Ischemie Research Group. *Jama* 1999; 28:2203-2210

Ποιοτική Νοσηλευτική Φροντίδα: Μία Επιλεκτική Βιβλιογραφική Επισκόπηση των Ερμηνειών Ασθενών και Νοσηλευτών

Dr. Andreas Charalambous

Member of the Transcultural Centre of Middlesex University
Special Scientific Personnel at Cyprus University of Technology
DiplGN, BSc, MSc, PGCERT, PhD (Oncology Nursing)

Professor (I) Rena Papadopoulos

PhD, MA, BA, DipNEd, DipN, RN, RM, NDNCert
Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health, Chair, School Ethics Committee,
Editor-in-Chief Journal of Health, Social and Environmental Issues, Programme Leader in MSc in European Nursing.

Alan Beadsmoore

MA, BA (Hons), PG CertHE, RMN, Senior Lecturer
The Centre for Excellence in Professional Learning from the Workplace, University of Westminster

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τι είναι ήδη γνωστό για το θέμα

- Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα είναι μια έννοια που προσέκλυσε το ενδιαφέρον των επαγγελματιών νοσηλευτών σε όλο τον κόσμο.
- Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα είναι μια πολυδιάστατη έννοια που είναι δύσκολο να καθοριστεί ή να γίνει αντικείμενο μέτρησης.
- Οι ασθενείς και οι νοσηλευτές ερμηνεύουν με διαφορετικές έννοιες την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα.

Τι προσθέτει αυτό το άρθρο

- Παρά τις διαφορετικές αντιλήψεις μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών δύο πτυχές της φροντίδας βρέθηκαν κοινές, η φροντίδα από ικανούς νοσηλευτές και η κάλυψη των αναγκών του ασθενή.
- Συνεισφέρει στη συζήτηση περί ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και τροφοδοτεί την ανησυχία για τη σαφήνεια, και την ακρίβεια σε σχέση με τη σύλληψη του όρου.
- Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα είναι ένας συγκεκριμένος όρος πλαισίου, που σημαίνει ότι πολλές μεταβλητές που προέρχονται από ικανοποιητικούς παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο που οι ασθενείς και οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την ποιότητα.

Εισαγωγή

Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα επιδιώκεται από τους ασθενείς και υπόσχεται από τους νοσηλευτές. Εντούτοις, η πολυπλοκότητα και η ασάφεια του όρου που έχει τονιστεί στη βιβλιογραφία εμποδίζουν τους νοσηλευτές που κινούνται πέρα από τη βεβαίωση στην εξασφάλιση ότι η φροντίδα που παρέχουν είναι άριστη. Ένας κύριος λόγος για αυτήν την πολυπλοκότητα προέρχεται από τις πολλές απόπειρες σύλληψης του όρου και από την έλλειψη ενός όρου συναίνεσης. Η βιβλιογραφική επισκόπηση έδειξε ότι πολλές εναλλακτικές έννοιες χρησιμοποιούνται εναλλακτικά με την «ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα». Ένας άλλος λόγος για τη δυσκολία ορισμού της ποι-

οτικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι οι διαφορές μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών και των νοσηλευτών όσον αφορά το τι είναι σημαντικό για την ερμηνεία και παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι ερευνητές έχουν ερευνήσει το ζήτημα της ποιότητας κυρίως από την πλευρά των νοσηλευτών ενώ μετά τη δεκαετία του '80 υπήρξε ένας αναδυόμενος όγκος βιβλιογραφίας που ερεύνησε το ζήτημα από την πλευρά του ασθενή. Η κλινική ερώτηση που αυτή η αναθεώρηση προσπάθησε να εξετάσει ήταν εάν υπάρχει μια συναινετική κατανόηση για το θέμα της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας μεταξύ των ασθενών και των νοσηλευτών.

Μεθοδολογία για την αναθεώρηση των μελετών

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την αναθεώρηση της νοσηλευτικής βιβλιογραφίας βασίστηκε σε δύο βάσεις δεδομένων ηλεκτρονικών υπολογιστών (PubMed και Cinahl). Η βάση δεδομένων αναζητήθηκε για άρθρα που δημοσιεύθηκαν από το 1993 ως το 2007 και περιείχαν τους όρους ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα, ποιοτική περίθαλψη, ποιοτική υγειονομική περίθαλψη ή ποιότητα στον τίτλο ή στην περιληψη. Άλλοι όροι που χρησιμοποιήθηκαν στις αναζητήσεις ήταν «ορισμός ποιότητας», «ποιοτικοί δείκτες», και «αντιλήψεις για την ποιότητα». Η ηλεκτρονική αναζήτηση παρήγαγε συνολικά 3417 παραπομπές. Προερχόμενος από ένα ελληνικό υπόβαθρο και εξετάζοντας τις μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιούνται στα υγειονομικά συστήματα στην Ελλάδα και τη Κύπρο θέλησα να περιλάβω οποιαδήποτε άρθρα έρευνας ή βιβλιογραφικής επισκόπησης από την Ελλάδα και τη Κύπρο. Επομένως, η στρατηγική αναθεώρησης περιέλαβε 4 πρόσθετες παραπομπές από δύο νοσηλευτικά περιοδικά, Nosileftiki και the Cyprus Nursing Chronicles, αυξάνοντας επομένως τον αριθμό παραπομπών σε 3421. Αυτό το σύνολο παραπομπών περιορίστηκε έπειτα στα άρθρα που δημοσιεύονται στα νοσηλευτικά περιοδικά που δημοσιεύθηκαν στις Η.Π.Α., στο Ηνωμένο Βασίλειο, και στις Σκανδιναβικές χώρες. Η αναζήτηση περιορίστηκε στις μελέτες που προέρχονται από αυτές τις χώρες προκειμένου να διατηρηθεί μια συγκεκριμένη περιφερειακή (Ευρώπη - ΗΠΑ) εστίαση της αναθεώρησης αντί της χρησιμοποίησης δεδομένων που προέρχονται από τις διάφορες περιοχές. Το προκύπτον σύνολο 97 παραπομπών και περιλήψεων τους αναθεωρήθηκε έπειτα δια χειρός για να αποκλειστούν τα άρθρα εκείνα χωρίς σαφή εστίαση στη νοσηλευτική. Επιπλέον, τα άρθρα περιλήφθηκαν στην αναθεώρηση με βάση ορισμένα κριτήρια συνυπολογισμού που περιέλαβαν (α) μια σαφή εστίαση στην νοσηλευτική, (β) μια περιγραφή της έννοιας της ποιότητας (γ) μια διευκρίνιση των στοιχείων που χρησιμοποιήθηκαν από τους νοσηλευτές και τους ασθενείς για να ερμηνεύσουν την ποιότητα και τελικά (δ) ενδονοσοκομειακή νοσηλευτική φροντίδα για τους ενηλίκους (19-65+). Επιπλέον, η μεθοδολογική ποιότητα των μελετών αξιολογήθηκε στη βάση ότι οι ερευνητές επέτυχαν την ισχύ και την

αξιοπιστία με τον δείκτη Oxman & Guyatt, ένα επικυρωμένο εργαλείο που σημειώνει τις αναθεωρήσεις σε μια κλίμακα σημείου επτά (Oxman & Guyatt 1991). Οι εκθέσεις θεωρήθηκαν ότι είχαν σοβαρά ή εκτεταμένα ελαττώματα εάν έλαβαν ένα αποτέλεσμα 1 έως 3, και ότι είχαν ελάχιστα ή δευτερεύοντα ελαττώματα εάν έλαβαν τα αποτελέσματα από 4 έως 7. Η αλήθεια και η ακρίβεια των ποιοτικών μελετών που περιλήφθηκαν στην αναθεώρηση λήφθηκαν υπόψη, δηλαδή αν καθιέρωναν την αλήθεια των απολογισμών (δεδομένου ότι αντιπροσωπεύουν κάποια πραγματικότητα έξω από η ίδια την έρευνα) και προσθέτοντας στην θεωρία (δεδομένου ότι τα συμπεράσματα ισχύουν σε έναν πληθυσμό ή ένα ευρύτερο φάσμα από αυτό της μελέτης). Με βάση αυτά τα κριτήρια αποκλεισμού και συνυπολογισμού συνολικά 80 άρθρα αποβλήθηκαν δια χειρός, αφήνοντας 17 άρθρα προσδιορισμένα από την ηλεκτρονική αναζήτηση.

Μια αξιοπρόσεκτη ετερογένεια παρατηρήθηκε μεταξύ των μελετών. Υπήρχαν διαφορές μεταξύ των μελετών όσον αφορά το περιβάλλον, την χώρα, το επίπεδο κατάρτισης νοσηλευτών, και της χρονικής περιόδου μελέτης, παράγοντες δηλαδή που είχαν ήδη προβλέψει, παρόλα αυτά υπήρχε ακόμα αρκετή ετερογένεια. Αυτή η ετερογένεια απεικονίζεται ακόμα καλύτερα στους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους οι νοσηλευτές και οι ασθενείς καταλαβαίνουν την έννοια «ποιότητα». Επομένως, συγκρίσεις, ασφαλή συμπεράσματα και γενικεύσεις πρέπει να συναχθούν έχοντας κατά νου αυτόν τον περιορισμό.

Οι περιλήψεις αναθεωρήθηκαν προσεκτικά και ταξινομήθηκαν σύμφωνα με την μείζον εστίαση ή τη θεωρητική εστίαση έρευνας χρησιμοποιώντας μια επαγωγική ποιοτική μέθοδο για την κατηγοριοποίηση. Τα άρθρα χωρίστηκαν σε 2 κατηγορίες, με κάθε κατηγορία να συμπεριλαμβάνει άρθρα με θεωρητική εστίαση και ερευνητική εστίαση αντίστοιχα. Τα έρευνα-βασισμένα άρθρα υποδιαιρέθηκαν σε 3 κατηγορίες σύμφωνα με τη μείζον εστίασή τους. Οι 3 υποκατηγορίες αποτελούνταν από τα άρθρα που ερευνούν το ζήτημα της ποιότητας από πλευρά των νοσηλευτών, από την πλευρά των ασθενών και τελικά από έναν συνδυασμό των δύο πλευρών (νοσηλευτής-ασθενής).

Άρθρα με μια θεωρητική εστίαση

Σύμφωνα με την Raya (1994) η ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να βασιστεί στις απόψεις των ασθενών, οι οποίοι είναι άμεσοι εκτιμητές της παρεχόμενης φροντίδας. Οι ασθενείς είναι εκείνοι που καθορίζουν και αξιολογούν την ποιότητα (σελ. 1). Εδώ βρίσκεται ίσως ο λόγος για τον οποίο οι απόψεις τους σχετικά με αυτό που αποτελεί υψηλής ποιότητας φροντίδα ή με αυτό που καθιστά την φροντίδα ανεπαρκή πρέπει να ληφθούν υπόψη (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1993). Εντούτοις, αυτό σύμφωνα με τους Gunther & Alligood (2002) εμπόδισε το νοσηλευτικό επάγγελμα να ορίσει σαφώς τι περιλαμβάνει η υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα επειδή την είχαμε καθορίσει ως προϊόν από την ματιά των ασθενών παρά μια υπηρεσία που προσφέρεται από το επάγγελμα. Η Raya (1994) βεβαιώνει ότι η ποιότητα «είναι η σχετική αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία θεωρείται συνάνθρωση των αξιών και των δεικτών της κατάστασης της υγείας, μέσα στα όρια της συντήρησης ή της βελτίωσης της υγείας των ασθενών» (σελ. 2). Ο καθορισμός και η αξιολόγηση της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας φαίνεται να είναι μια σύνθετη και δύσκολη διαδικασία, λόγω της δυσκολίας του ορισμού και της μέτρησης της ίδιας της νοσηλευτικής. Χρειάζεται η γνώση της διαδικασίας περίθαλψης, ο προσδιορισμός της επαγγελματικής ικανότητας των νοσηλευτών καθώς επίσης και της νοσηλευτικής επιδεξιότητας: διαπροσωπικός, διανοητικός, τεχνικός, κοινωνικός, διευθυντικός, ηγεσία, συνεργασία, έρευνα, διδασκαλία, οργανωτικός και αυτό-αξιολόγηση. Η Raya (1994) βεβαιώνει ότι οι εκβάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας απεικονίζουν μια βασική άποψη της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Τέλος, σχολιάζει ότι ο καθορισμός της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι μόνο η αρχή των προσπαθειών μας να επιτύχουμε την ποιότητα.

Οι Raftopoulos & Theodosopoulou (2001) εκτέλεσαν μια ιστορική αναθεώρηση της ποιότητας στον τομέα της υγείας. Βεβαιώνουν ότι ακόμα κι αν η ποιότητα έχει διαφορετική σημασία για διαφορετικούς ανθρώπους, υπάρχουν μερικά κοινά στοιχεία στους διάφορους ορισμούς που επιτρέπουν την αξιολόγηση και την εκτίμησή της. Υπογραμμίζουν ότι η ποιότητα είναι το αποτέλεσμα δύο εξαρτημένων μεταβλητών: η σχέση μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή. Ως εκ τούτου, ο ασθενής και ο νοσηλευτής βλέπουν την ποιότητα από διαφορετικές οπτικές γωνίες. Η ποιότητα της φροντίδας είναι «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρονται στους ανθρώπους και στους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών εκβάσεων, με βάση την τρέχουσα γνώση» (Raftopoulos & Theodosopoulou 2001, σελ. 21). Βεβαιώνουν ότι οι διαστάσεις της ποιότητας περιλαμβάνουν: την ασφάλεια του περιβάλλοντος, την δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες, την κατάλληλη φροντίδα, και η συνέχεια της φροντίδας, την αποδοτικότητα, την αποτελεσματική και έγκαιρη φροντίδα.

Οι Gunther & Alligood (2002) θέσπισαν ένα πλαίσιο για τον ορισμό της ποιοτικής φροντίδας που βασίστηκε στον όγκο γνώσης της νοσηλευτικής μέσω του προσδιορισμού των ενεργειών φροντίδας που συνδέθηκαν με την υψηλής

ποιότητας φροντίδα. Οι συντάκτες βεβαιώνουν ότι η έννοια της ποιότητας δεδομένου ότι αναφέρεται στην φροντίδα παραμένει αόριστη επειδή τα πλαίσια που χρησιμοποιούνται για να καθορίσουν την έννοια και να αναπτύξουν τις θεωρίες προκύπτουν από τις απόψεις των ανθρώπων εκτός του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Η παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας απαιτεί τη γνώση των βασικών βιολογικών επιστημών (Gunther & Alligood 2002). Στριζόμενος σε αυτά τα θεμέλια, ο νοσηλευτής προσοδίδει την εξειδικευμένη γνώση από άλλους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζονται με τον πληθυσμό των ασθενών. Επιπλέον, η υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την κατανόηση και χρήση των αρχών των Κοινωνικών Επιστημών. Εντούτοις, μόνη της η γνώση δεν είναι αρκετή για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής πρέπει να εφαρμόσει εκείνη την γνώση στη ζωή του ασθενή (Astedt-Kurki & Haggman-Laitila 1992, Allan 2001). Όταν γίνεται η παροχή από νοσηλευτές που είναι ενημερωμένοι, καλά πληροφορημένοι και πρόθυμοι να μεταβιβάσουν τις πληροφορίες για το πρόβλημα υγείας και για την απαραίτητη φροντίδα διαμορφώνουν το κύριο μέρος του καθορισμού των ασθενών (Fitzpatrick και λοιποί 1992, Meister & Boyle, 1996, Ming Ho Lau & Mackenzie 1996). Οι ασθενείς απαιτούν από τους νοσηλευτές να κατέχουν ορισμένες διαθέσεις προκειμένου να προσφερθεί η ποιοτική περίθαλψη όπως η κατανόηση, η αξιοπιστία, η ανταπόκριση και η φροντίδα. Επιπλέον, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι φιλικόι, καλοί, αντικειμενικοί και να έχουν μια αίσθηση του χιούμορ. Απεικονίζοντας τις αξίες των ασθενών τους, οι νοσηλευτές αναφέρουν ως πρωταρχικός δείκτης της ποιότητας τη δυνατότητα να ενεργήσουν για το συμφέρον του ασθενή. Οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν ως αναγκαία για την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας τα στοιχεία: κατανόηση, αφοσίωση, χαρά, διακριτικότητα, υποχρέωση, εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια, ταπεινότητα, οξύνιοια και συμπόνια (Gunther & Alligood 2002).

Αντίθετα με τις απόψεις των προηγούμενων ερευνητών δηλαδή ότι η ποιότητα εξαρτάται από τον ασθενή και τον νοσηλευτή η Normand και λοιποί (2000) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η τρέχουσα συζήτηση γύρω από τους ορισμούς της ποιότητας στην νοσηλευτική φροντίδα ριζοβολεί σε μια ευρύτερη συζήτηση για το πώς οι υγειονομικές υπηρεσίες οφείλουν να οργανωθούν, στα επιχειρήματα για την αποδοτικότητα και το επαγγελματικό μίγμα ικανότητας, και τον επαναπροσανατολισμό των ορίων υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης. Επομένως, η διαδικασία ορισμού και μέτρησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας δεν αφορά μόνο τους μεμονωμένους επαγγελματίες αλλά και το πώς η νοσηλευτική οργανώνεται μέσα στα ιστοιούτα υγειονομικής περίθαλψης. Προσθέτοντας σε αυτό είναι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές έχουν «έλλειψη ενός αποδεκτού όγκου ερευνητικών στοιχείων στο οποίο να βασίσουν τα πρότυπα τους για βέλτιστη πρακτική, και δεν είναι σαφές ότι οι προσεγγίσεις στην ποιότητα που επικρατεί στην ιατρική πρακτική είναι κατάλληλες για την νοσηλευτική» (σελ. 407). Η έννοια της ποιότητας έχει τις διαφορετικές έννοιες στον

ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Θεώρησαν ότι η έννοια της ποιότητας στον ιδιωτικό τομέα θα μπορούσε να επαναδιατυπωθεί ως «ικανοποίηση του πελάτη», που είναι «η αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία συμμορφώνεται σε ένα συμφωνημένο σύνολο προτύπων και χαρακτηριστικών που θα έπρεπε να ενσωματώνονται σε ένα προϊόν ή μια υπηρεσία». Η ποιότητα συνδέεται έπειτα με την επιτυχία που μια υπηρεσία έχει στην προσαρμογή στις δυναμικές ανάγκες των πελατών, οι οποίοι διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη βοήθεια της υπηρεσίας να θέσει ορισμένες προδιαγραφές για τις υπηρεσίες. Επομένως, η ποιότητα είναι αποτέλεσμα και της προσαρμογής σε κοινά πρότυπα που μπορούμε να μετρήσουμε αντικειμενικά, και μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο μια οργάνωση μπορεί να προσαρμοστεί στις μεμονωμένες προτιμήσεις πελατών. Αυτή η άποψη προσαρμόζεται στην άποψη που εκφράζεται νωρίτερα από τον Donabedian (1980) που έδωσε στον ορισμό της ποιότητας μια ευρύτερη προοπτική μέσω της κλασικής διατύπωσης της ποιότητας συστήματος γύρω από την δομή, διαδικασία και την έκβαση μιας υπηρεσίας. Η σύλληψη της ποιότητας στο δημόσιο τομέα εστιάζει σε έξι θεμελιώδη στοιχεία σύμφωνα με τον ορισμό Maxwell (1984): δικαιοσύνη, αποτελεσματικότητα, αποδοχή, αποδοτικότητα, πρόσβαση και σχετικότητα. Αυτός ο ορισμός της ποιότητας ενσωματώνει τις έννοιες του κοινωνικού οφέλους και της δικαιοσύνης και όχι μόνο «την ικανοποίηση του πελάτη», εστιάζοντας στην πρόσβαση και στη δικαιοσύνη. Έγινε σαφές ότι οι δημόσιες υπηρεσίες πρέπει να συμβάλουν στους κοινωνικούς καθώς επίσης και ατομικούς στόχους. Τέλος, οι υγειονομικές υπηρεσίες πρέπει να βασιστούν στα θετικά στοιχεία της κλινικής αποτελεσματικότητας παρά να είναι απλά μια επιθυμητή υπηρεσία.

Η Currie και λοιποί (2005) εκτέλεσαν μια βιβλιογραφική επισκόπηση που ερευνά τη σχέση μεταξύ της ποιότητας της φροντίδας και επιλεγμένων οργανωτικών μεταβλητών μέσω μιας εκτίμησης των αντιλήψεων της ποιότητας, οι αντιλήψεις ποιών ατόμων κυριαρχούν και εάν αλλαγές στο προσωπικό, στο μίγμα ικανότητας και στην αυτονομία έχουν επιπτώσεις στις αντιλήψεις για την ποιότητα. Όσον αφορά τις αντιλήψεις για την ποιότητα, ερευνητές έχουν προσπαθήσει να αποσπασούν την αντίληψη και των ασθενών και του προσωπικού για την ποιότητα μέσω της χρήσης ποιοτικών προσεγ-

γίσεων (Fosbinder 1994). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική επισκόπηση φαίνεται να υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με τις αντιλήψεις για την ποιότητα που εκφράζονται από νοσηλευτές και από ασθενείς. Μερικές μελέτες (Al-Kantari & Ogundeyin 1998, Clemes και λοιποί 2001) φαίνεται να υποστηρίζουν την άποψη ότι οι νοσηλευτές και οι ασθενείς εκφράζουν παρόμοιες αντιλήψεις όσον αφορά την ποιότητα της φροντίδας ενώ άλλες μελέτες υποστηρίζουν το αντίθετο (Ervin και λοιποί. 1992, Bassett 2002). Η έρευνα των αντιλήψεων των νοσηλευτών για την ποιοτική φροντίδα υποδηλώνουν ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ το τι οι ασθενείς και νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ως καλή φροντίδα. Οι νοσηλευτές φάνηκε να εκτιμούν διαπροσωπικά στοιχεία, ενώ οι ασθενείς φάνηκαν να εκτιμούν την ικανότητα, τη γνώση και τις τεχνικές δεξιότητες (Currie και λοιποί 2005). Έρευνα από Ervin και λοιποί. (1992) διαπίστωσε ότι οι ασθενείς και το προσωπικό διαφώνουσαν συνήθως για τη φύση των προβλημάτων υγείας, των θεραπειών και των εκβάσεων. Άλλες μελέτες (Iurita 1999 To Attree το 2001) ανέφεραν ότι οι ασθενείς προσδιόρισαν διαφορετικά επίπεδα ποιότητας ανάλογα με τα συμφοραζόμενα και τις μεσολαβητικές καταστάσεις που έχουν σχέση με το περιβάλλον, την οργάνωση, και τα προσωπικά χαρακτηριστικά και του προσωπικού και των ασθενών.

Οι Redfern & Norman (1990) στην αναθεώρησή τους για τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για να μετρηθεί η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ερεύνησαν επίσης τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές βλέπουν την ποιότητα. Με βάση τα συμπεράσματά τους Redfern & Norman (1990) παρέιχαν μια ορολογία για την έννοια της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Βεβαιώνουν ότι η ποιότητα στα πλαίσια της υγειονομικής περίθαλψης είναι κάτι παραπάνω από την ικανοποίηση του ασθενή δεδομένου ότι οι προσδοκίες των ασθενών μπορούν να είναι χαμηλές και η γνώση τους περιορισμένη. Οι κοινωνικές και πολιτιστικές αξίες επηρεάζουν την έννοια της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και αυτές οι πτυχές πρέπει να ενσωματωθούν σε οποιοδήποτε ορισμό. Επομένως, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει επίσης να ενσωματώσει τις εκτιμήσεις της δικαιοσύνης, της δυνατότητας πρόσβασης, της αποδοχής, της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και, ίσως σημαντικότερο, της καταλληλότητας.

Ερευνητικά άρθρα

• Προοπτικές νοσηλευτών

Ο Williams (1998) πραγματοποίησε μια θεμελιωμένη μελέτη θεωρίας των αντιλήψεων των νοσηλευτών σε σχέση με την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Δέκα εγγραμμένοι νοσηλευτές που επιλέχτηκαν σκόπιμα από τέσσερις χειρουργικές ειδικότητες πτέρυγες ενός δημόσιου νοσοκομείου αυξημένης φροντίδας στο Περθ, της δυτικής Αυστραλίας πέρασαν από συνέντευξη. Επιπλέον, τα αντίγραφα 12 πρόσθετων συνεντεύξεων δόθηκαν για τη σύγκριση και τη διευκρίνιση των κατηγοριών προς το τέλος της ανάλυσης. Τα στοιχεία αναλύθηκαν με τη χρήση της σταθερής συγκριτικής μεθόδου ανάλυσης, με το οποίο η συλλογή, η κωδικο-

ποίηση και η ανάλυση συνέβαινε ταυτόχρονα (Glaser & Strauss 1967). Η παρουσία ή η απουσία αναγκών παίζουν πρωταρχικό ρόλο στον καθορισμό της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι νοσηλευτές περιέγραψαν και αξιολόγησαν την έννοια σύμφωνα με τον βαθμό στον οποίο οι ανάγκες των ασθενών ικανοποιήθηκαν. Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα χαρακτηρίστηκε ως «ικανοποιώντας όλες τις ανάγκες των ασθενών ή των πελατών που βρίσκονται υπό την φροντίδα τους» ενώ η χαμηλής ποιότητας προσοχή περιποίησης αφορούσε την παράλειψη της νοσηλευτικής φροντίδας που απαιτείται για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών (Williams 1998, σελ. 811). Σύμφωνα με τους νοσηλευτές, οι

ανάγκες των ασθενών προσδιορίστηκαν ως φυσικές ή ψυχοκοινωνικές. Οι φυσικές ανάγκες αφορούσαν μια έλλειψη προσωπικής ανεξαρτησίας στις σωματικές καθημερινές λειτουργικές δραστηριότητες του ατόμου. Οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες απαιτούσαν από τους νοσηλευτές να ενθαρρύνουν τον ασθενή. Αυτή η φροντίδα περιέλαβε συγκεκριμένους τρόπους επικοινωνίας, παροχής πληροφοριών, φροντίδας και υποστήριξης του ασθενή ενώ παράλληλα η οικογένεια του ασθενή και διάφορες πτυχές της κοινωνικής ζωής τους περιλήφθηκαν επίσης σε αυτήν την φροντίδα. Οι νοσηλευτές έδωσαν μεγάλη έμφαση στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών και περιέγραψαν την φροντίδα αυτών των αναγκών με περισσότερες λεπτομέρειες από την φροντίδα για τις φυσικές ανάγκες (Williams 1998). Εντούτοις, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας περιόρισε το διαθέσιμο χρόνο των νοσηλευτών για την φροντίδα του ασθενή, και τους ανάγκασε να δώσουν προτεραιότητα στις φυσικές ανάγκες παρά στις ψυχοκοινωνικές ή επιπρόσθετες ανάγκες του ασθενή.

Ο Hogston (1995) ερεύνησε τις αντιλήψεις των ασκούμενων νοσηλευτών για την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα ώστε να καθιερώσει έναν ορισμό. Το τυχαία επιλεγμένο δείγμα αποτελούνταν από δεκαοκτώ νοσηλευτές από ένα μεγάλο νοσοκομείο στο νότο της Αγγλίας. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με μη δομημένες συνεντεύξεις και αναλύθηκαν με μια τροποποιημένη θεμελιωμένη μέθοδο θεωρίας. Ακόμα κι αν η φύση της ποιότητας στην φροντίδα είναι περίπλοκη, οι νοσηλευτές έχουν προσδιορίσει εύκολα την υποδομή της. Η ανάλυση δεδομένων αποκάλυψε τρεις κατηγορίες που περιγράφηκαν ως «δομή», «διαδικασία» και «έκβαση». Αυτό υποστηρίζει προηγούμενη δουλειά για την αξιολόγηση της ποιοτικής φροντίδας αλλά θέτει ως αίτημα ότι η δομή, η διαδικασία και η έκβαση θα μπορούσαν επίσης να χρησιμοποιηθούν ως σκελετό για τον ορισμό της ποιότητας. Η κατηγορία της «δομής» προέκυψε από τους ουσιαστικούς κώδικες όπως το μίγμα ικανότητας, χρόνος, φόρτος εργασίας (ανθρώπινα δυναμικά). Για τους νοσηλευτές οι άνθρωποι πόροι και η ποιότητα φαίνονται να ολοκληρώνουν ο ένας τον άλλον. «Η ποιότητα της φροντίδας εξαρτάται από την ύπαρξη ικανού αριθμού προσωπικού που κατέχουν το σωστό μίγμα ικανότητας, ώστε να υπάρχει αρκετός χρόνος για τους ασθενείς». (Hogston 1995, σελ. 119). Η κατηγορία της «διαδικασίας» αποκάλυψε την πολυπλοκότητα των αντιλήψεων των νοσηλευτών για την ποιότητα. Οι νοσηλευτές ανέφεραν την ομαδική εργασία, τη διεπιστημονική διαδικασία, και «το να είναι κανείς ικανός» ως τα πιο σημαντικά στοιχεία αυτής της κατηγορίας. Αυτά τα συμπεράσματα καταδεικνύουν μια πεποίθηση προς το κέντρο ασθενών και την ολιστική φροντίδα που παρέχεται από τους ικανούς νοσηλευτές. Η τρίτη κατηγορία για να περιγραφτούν οι αντιλήψεις των νοσηλευτών για την ποιότητα είναι η «έκβαση». Εδώ οι νοσηλευτές όρισαν την ποιότητα σε όρους ικανοποίησης του ασθενή, ανταπόκρισης στις ανάγκες του ασθενή και παροχής πληροφοριών.

Ο McKenna και λοιποί. (2006) διεξήγαγαν μια μελέτη που στόχευε στην ανάπτυξη ενός εργαλείου για την μέτρηση των αντιλήψεων επαγγελματικού προσωπικού νοσοκομείου στο Ηνωμένο Βασίλειο σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας

που προσφέρεται στους ασθενείς. Οι Cronenwett & Slattery (1999) ήδη είχαν αναπτύξει ένα εργαλείο στις ΗΠΑ και αυτή η μελέτη στόχευε στην έρευνα της δυνατότητας εφαρμογής του εργαλείου με την ίδια ισχύ στο UK. έγινε τυχαία επιλογή πέντε νοσοκομείων στην Βόρεια Ιρλανδία και 4 νοσοκομείων στην Οξφόρδη, Αγγλία. Οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από νοσηλευτές, ιατρικό σύμβουλο, λογοθεραπευτή, φυσιοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι για τους επαγγελματίες σε κλινικές σημαντικά ζητήματα για τον προσδιορισμό της ποιότητας της φροντίδας σχετίζονται με την ικανότητα, την επικοινωνία, την εμπιστευτικότητα και την αξιοπρέπεια των ασθενών, την καθαριότητα, και την υγιεινή, την πείρα και την κρίση, την ασφάλεια, τις διαδικασίες εξιτηρίου, τις πληροφορίες και την εκπαίδευση, το ηθικό προσωπικό και την συνοχή της περιθαλψής. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα ζητήματα όπως οι λίστες αναμονής, οι πόροι, η ηγεσία, και τα ποσοστά μόλυνσεων ήταν επίσης σημαντικά για το προσωπικό ενώ για το προσωπικό στις ΗΠΑ, η γενική συμπεριφορά και η δυνατότητα πρόσβασης του προσωπικού καθώς και οι συνεργασίες ήταν σημαντικές.

• Προοπτικές ασθενών

Ο Oermann (1999) βεβαιώνει ότι παρά την εκτενή έρευνα για τον ορισμό και τη μέτρηση της ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης, η λιγότερη προσοχή έχει δοθεί στις απόψεις των καταναλωτών. Επιπλέον, βεβαιώνει ότι οι καταναλωτές και οι προμηθευτές συχνά έχουν διαφορετικές απόψεις όσον αφορά τον ορισμό της «ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας» (Larrabee 1995, Lynn & Moore 1997, Lynn & McMillen 1999). Ένα δείγμα ευκολίας 239 καταναλωτών πέρασε από συνέντευξη όσον αφορά τις απόψεις τους για την ποιοτική υγειονομική περίθαλψη και την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα και αυτά τα δεδομένα αναλύθηκαν μέσω ανάλυσης περιεχομένου. Μαζεύτηκαν καταναλωτές από αιθουσες αναμονής κλινικών και από γειτονιές μεγάλων μητροπολιτικών περιοχών της Midwest. Οι καταναλωτές όρισαν ως ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα το να έχουν νοσηλευτές που ανησυχούσαν για εκείνους και εκδήλωναν συμπεριφορά στοργής, ήταν ικανοί και εξειδικευμένοι, με αποτελεσματική επικοινωνία διδάσκοντας στους καταναλωτές για την φροντίδα τους. Οι καταναλωτές όριζαν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης από την άποψη της πρόσβασης στην περίθαλψη, το να έχουν ικανούς και ειδικευμένους νοσηλευτές, να λαμβάνουν την σωστή θεραπεία, να έχουν την ελευθερία να επιλέξουν τους παθολόγους και τα νοσοκομεία τους, να έχουν νοσηλευτές που επικοινωνούν αποτελεσματικά, οι οποίοι τους διδάσκουν για τις συνθήκες και τις θεραπείες και που δείχνουν στοργική συμπεριφορά και ανησυχία για εκείνους ως άτομα (Oermann 1999).

Η Oermann και λοιποί. (2000) αναγνώρισαν το γεγονός ότι οι αντιλήψεις της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας διαφέρουν επίσης μεταξύ των ασθενών. Οι νοσηλεύόμενοι έχουν διαφορετικές απόψεις της ποιοτικής περίθαλψης από τους περιπατητικούς χρήστες των εγκαταστάσεων. Ενώ ασθενείς που νοσηλεύονται περιγράφουν την ποιοτική περίθαλψη ως το προσωπικό νοσοκομείου που σέβεται τις αξίες και τις ανάγκες των ασθενών, το συντονισμό της φροντίδας,

την επικοινωνία και την εκπαίδευση, τη σωματική άνεση, τη συναισθηματική υποστήριξη, τη συμμετοχή της οικογένειας και τη συνοχή στη μετάβαση στο σπίτι (Edgman-Levitan & To Cleary το 1996, Ketefian και λοιποί, το 1997), οι περιπατητικοί ασθενείς ενδιαφέρονται για ζητήματα όπως η πρόσβαση στην περίθαλψη, τον χρόνο αναμονής, τη βοήθεια από το προσωπικό γραφείων, και την μετέπειτα περίθαλψη και πληροφόρηση (Chung και λοιποί, 1999, Healy και λοιποί, 1995).

Ο Thorsteinsson (2002) διεξήγαγε μια φαινομενολογική μελέτη προκειμένου να ερευνηθεί πώς τα άτομα με χρόνιες ασθένειες αντιλαμβάνονται την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Ένδεκα ισλανδικοί συμμετέχοντες ηλικίας 38-80 με διάφορες χρόνιες ασθένειες πέρασαν από συνέντευξη και τα στοιχεία αυτά αναλύθηκαν μέσω της μεθόδου κωδικοποίησης και κατηγοριοποίησης. Η ανάλυση αποκάλυψε ότι δεν υπάρχει ένας απλός ορισμός του φαινομένου «ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας». Τα συμπεράσματα τονίζουν ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας δεν μπορεί να χωριστεί από τους νοσηλευτές που παρέχουν την φροντίδα. Όταν ζητήθηκαν να περιγράψουν τις εμπειρίες τους, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν συνήθως τους νοσηλευτές που είχαν επιμεληθεί την φροντίδα, δείχνοντας ότι οι συμμετέχοντες δεν ξεχώριζαν τα δύο στοιχεία. Ο χαρακτήρας των νοσηλευτών φάνηκε να παίζει έναν κύριο ρόλο στην παροχή υψηλής ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, δεδομένου ότι η συμπεριφορά και οι τρόποι διαπέρασαν όλες τις συζητήσεις για την ποιότητα. Αυτό αναλογεί με τα συμπεράσματα από τις διάφορες μελέτες (Williams, 1998 O' Connell και λοιποί, 1999 Redfern και Norman, 1999) μαζί με την κλινική ικανότητα (Iurita, 1999 Radwin, 2000). Τα συμπεράσματα δείχνουν επίσης τις συνδέσεις μεταξύ ποιότητας και φροντίδας. Η σημασία της φροντίδας έχει τονιστεί στη νοσηλευτική βιβλιογραφία (Watson, 1988 Benner και Wrubel, 1989). Ludwig-Beymer και λοιποί. (1993) δήλωσαν ότι η επαγγελματική νοσηλευτική φροντίδα και η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας συνδέονται αναμφισβήτητα, αφού ένα ουσιαστικό συστατικό της ποιότητας φαίνεται να είναι η φροντίδα.

Μια θεμελιωμένη μελέτη θεωρίας από την Radwin (2000) στόχευσε να αναλύσει θεωρητικά τις αντιλήψεις των ασθενών ογκολογίας που αφορούσαν τις ιδιότητες και τις εκβάσεις της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Το σκόπιμο δείγμα περιελάμβανε 22 ασθενείς ογκολογίας που ήταν υπό θεραπεία σε ένα αστικό ιατρικό κέντρο; πέρασαν από συνέντευξη χρησιμοποιώντας ένα ημι-δομημένο πρόγραμμα. Οκτώ ιδιότητες της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας προέκυψαν από τα στοιχεία: η άριστη φροντίδα χαρακτηρίστηκε από την επαγγελματική γνώση, τη συνοχή, το προσοχή, το συντονισμό, τη συνεργασία, την εξατομίκευση, την έκθεση, και τη φροντίδα. Επιπλέον, δύο εκβάσεις της ποιοτικής περίθαλψης αποτελούνταν από αυξανόμενο ψυχικό σθένος και μια αίσθηση της ευημερίας με τα συστατικά της εμπιστοσύνης, αισιοδοξίας και αυθεντικότητας.

Οι Lymer και Richt (2006) επέλεξαν μια φαινομενογραφική προσέγγιση για να περιγράψουν τις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιοτική περίθαλψη και για τα εμπόδια στην φροντίδα. Δεκατέσσερις ενήλικοι ορθοπεδικοί ασθενείς πέρασαν από συνέντευξη. Η ανάλυση των αντιλήψεων των

ασθενών της ποιοτικής περίθαλψης οδήγησε στις ακόλουθες κατηγορίες: καλοί τρόποι, αμοιβαίο επίτευγμα, το να συμμετέχουν, να θεραπευτούν, να τους φροντίζουν και η φροντίδα να είναι ασφαλής. Αυτά τα συμπεράσματα επιβεβαίωσαν σε μεγάλο βαθμό τα συμπεράσματα από άλλες μελέτες της ποιοτικής περίθαλψης (Radwin και Alster, 2002 Attree, 2001 Ουίλιαμς, 1998 Wilde και λοιποί, 1993).

Ο Wilde και λοιποί (1993) διεξήγαγαν μια θεμελιωμένη μελέτη θεωρίας για να αναπτυχθεί μια θεωρητική κατανόηση της ποιοτικής φροντίδας από την πλευρά των ασθενών. Τριάντα πέντε συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με ένα δείγμα 20 ενήλικων ασθενών που νοσηλεύονταν σε μια κλινική για μολυσματικές ασθένειες. Τα στοιχεία αναλύθηκαν σύμφωνα με τη σταθερή συγκριτική μέθοδο. Η ανάλυση δεδομένων υποδηλώνει ότι οι αντιλήψεις των ασθενών διαμορφώνονται από την εμπειρία τους με μια υπάρχουσα δομή για την περίθαλψη και από το δικό τους σύστημα κανόνων, προσδοκιών και εμπειριών. Για τους ασθενείς η ποιότητα της φροντίδας «μπορεί να θεωρηθεί ως διάφορες αλληλένδετες διαστάσεις που συνολικά διαμορφώνουν ένα σύνολο». Αυτές οι διαστάσεις περιλαμβάνουν το «ιατρικό-τεχνικό», τις «φυσικό-τεχνικές συνθήκες», την «ταυτοποιητική προσέγγιση» και το «κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον». Ο Wilde και λοιποί (1993) βεβαίωσαν ότι:

«Το περιεχόμενο αυτού του συνόλου μπορεί να γίνει κατανοητό λαμβάνοντας υπόψη δύο όρους (μεταβλητές πυρήνων) που χαρακτηρίζονται ως «δομή των πόρων της οργάνωσης φροντίδας και προτιμήσεων του ασθενή». Η δομή των πόρων είναι δύο ειδών: πρόσωπο-σχετικές και φυσικές και διοικητικές απολαύσεις. Σχετικές με οι το πρόσωπο ιδιότητες αναφέρονται σε εκείνους που παρέχουν τη φροντίδα (σελ. 115).

Οι συντάκτες σχολιάζουν ότι με εξαίρεση την διάσταση του «κοινωνικό-πολιτιστικού περιβάλλοντος», όλες οι άλλες διαστάσεις έχουν αναφερθεί προηγουμένως στη βιβλιογραφία (Ware & Snyder 1975, Risser 1975, Hinshaw & Atwood 1981, Brody και λοιποί 1989). Αυτή η διάσταση του «κοινωνικού-πολιτιστικού περιβάλλοντος» δεν έχει τονιστεί από τη βιβλιογραφία ενώ μερικοί ερευνητές στα κείμενα τους φαίνονται να καλύπτουν μερικές κοινωνικοπολιτιστικές πτυχές της ποιότητας (Philips και λοιποί 1990 Donabedian 1980).

• Προοπτικές Νοσηλευτών και Ασθενών

Charalambous και λοιποί. (2008) διεξήγαγαν μια ερμηνευτική και φαινομενολογική μελέτη της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας όπως αυτό γίνεται αντιληπτό από τους ασθενείς, τους συνηγόρους τους και τους νοσηλευτές τους. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν μέσω των αφηγημάτων και των ομάδων εστίασης. Η ανάλυση στοιχείων έγινε με την εφαρμογή των αρχών της θεωρητικής ερμηνείας του Ricoeur και των αρχών του ερμηνευτικού κύκλου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχουν επτά κοινές ιδιότητες που χρησιμοποιούνται για την ερμηνεία της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας:

- Λήψη φροντίδας σε υπηρεσίες περίθαλψης καρκίνου με εύκολη πρόσβαση.
- Η φροντίδα να προέρχεται από νοσηλευτές με αποτελεσματική επικοινωνία προς τους ίδιους, προς τις οικογένει-

ες και να προσφέρουν συναισθηματική υποστήριξη.

- Εξουσιοδότηση από τους νοσηλευτές μέσω της πληροφόρησης.
- Η φροντίδα να προέρχεται από κλινικά ικανούς νοσηλευτές.
- Η κάλυψη των θρησκευτικών και πνευματικών αναγκών από τους νοσηλευτές.
- Η φροντίδα να λαμβάνει χώρο σε ένα περιβάλλον που προωθεί την κοινή λήψη αποφάσεων.
- Οι ασθενείς να βρίσκονται με την οικογένεια και να συμμετέχουν στη φροντίδα.

Ο Kunaiviktiluk και λοιποί (2001) διεξήγαγαν μια περιγραφική μελέτη στην Ταϊλάνδη προκειμένου να αναπτυχθεί ένας ορισμός της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και για να καθοριστεί ο τρόπος μέτρησης. Στη πρώτη φάση χρησιμοποιήθηκαν μεμονωμένες συνεντεύξεις και συζητήσεις ομάδων εστίασης και η δεύτερη φάση συμπεριλάμβανε διαβουλεύσεις για την ποιότητα με ειδικούς της νοσηλευτικής φροντίδας. Ένας οδηγός συνέντευξης χρησιμοποιήθηκε για την δομή των συνεντεύξεων και οι πρόχειροι ορισμοί της ποιότητας και οι προτεινόμενοι δείκτες χρησιμοποιήθηκαν κατά τη σύσκεψη με τους ειδικούς στη δεύτερη φάση της μελέτης. Μαζεύτηκαν ενενήντα έξι νοσηλευτές από ένα πανεπιστημιακό και κεντρικό νοσοκομείο. Μαζεύτηκαν εύκολα ασθενείς από επαρχιακά και κεντρικά νοσοκομεία. Η δεύτερη φάση περιλάμβανε 31 συμμετέχοντες. Τα στοιχεία αναλύθηκαν μέσω κωδικοποίησης και κατηγοριοποίησης. Τα κύρια θέματα ήταν: ικανοποίηση των φυσικών αναγκών των ασθενών, παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, εξασφάλιση της κάλυψης των πνευματικών αναγκών, ικανοποίηση των ασθενών όσον αφορά την φροντίδα, η νοσηλευτική φροντίδα ανταποκρίνεται στις ανάγκες όπως καθορίζονται από τον ασθενή και η εξασφάλιση ότι παρέχεται ολιστική φροντίδα. Ο ορισμός της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που προσδιορίστηκε από τους διοικητές νοσηλευτών και από νοσηλευτές προσωπικού ήταν παρόμοιος: «Είναι η συμπεριφορά των νοσηλευτών βασισμένη στα πρότυπα νοσηλευτικής για να δημιουργηθεί ασφάλεια και ικανοποίηση για τους ασθενείς». Ο ορισμός των διευθυντών νοσοκομείων ήταν: «Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι βασισμένη στα επίπεδα της γρήγορης και αποδοτικής εξυπηρέτησης και της ικανοποίησης του ασθενή με την εξυπηρέτηση αυτή». Οι ασθενείς προσφέρουν διαφορετικές αντιλήψεις όταν ρωτιούνται για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας: «Είναι η συμπεριφορά καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού με τις καλή υπηρεσιακή συμπεριφορά όπως η στοργική συμπεριφορά και η ανταπόκριση στις επιθυμίες των ασθενών (Kunaiviktiluk και λοιποί 2001, σελ. 782). Αυτοί αναλύθηκαν και συνοψίστηκαν σε έναν ορισμό ως εξής: «Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ανταπόκριση των νοσηλευτών στις φυσικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών και παρέχονται με στοργικό τρόπο, έτσι ώστε οι ασθενείς να θεραπεύονται, να γίνονται υγιείς, ώστε να ζήσουν φυσιολογικές ζωές και έτσι και οι νοσηλευτές και οι ασθενείς να είναι ικανοποιημένοι». Αυτά τα συμπεράσματα υποστηρίζουν το πρότυπο Donabedian που βλέπει την ποιότητα μέσα στα πλαίσια δομών, διαδικα-

σίας και έκβασης. Αυτά τα στοιχεία παρέχουν μια βάση για να γίνει η αξιολόγηση και η σύγκριση της ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης (Mitchell και λοιποί 1998).

Η Al-Kantari & Η Ogundeyin (1998) χρησιμοποίησαν μια ερευνητική μέθοδο και ένα σκόπιμο δείγμα 109 νοσηλευτών και 148 ασθενών για να εξεταστούν ορισμένες υποθέσεις σε σχέση με την ποιότητα της φροντίδας σε 5 κύρια Γενικά Νοσοκομεία στο Κουβέιτ. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ένα εργαλείο που αποτελούνταν από τα στοιχεία της νοσηλευτικής διαδικασίας. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα δίνεται στους ασθενείς σε μια μονάδα ενός νοσοκομείου βασισμένη στην κατάλληλη χρήση των διαδικασιών περίθαλψης (σελ. 918). Επιπλέον, διαπίστωσαν ότι ανεξάρτητα από τις μονάδες όπου οι ασθενείς βρίσκονταν η ποιότητα της φροντίδας από τους νοσηλευτές αξιολογήθηκε με όμοιο τρόπο από τους ασθενείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στην αντίληψη για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας μεταξύ των ασθενών στις ιατρικές και χειρουργικές μονάδες των πέντε νοσοκομείων που μελετήθηκαν. Τελικά αποδείχθηκε από την ανάλυση ότι δεν υπήρξε καμία σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις για την ποιοτική περίθαλψη των νοσηλευτών σύμφωνα με την επαγγελματική εμπειρία και από ασθενείς σε όλα τα νοσοκομεία ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο τους.

Οι Redfern & Norman (1999) διεξήγαγαν μια ποιοτική μελέτη προκειμένου να προσδιοριστούν οι δείκτες της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας από τις αντιλήψεις των ασθενών και των νοσηλευτών τους. Τρία νοσοκομεία συμμετείχαν στη μελέτη και 96 ασθενείς από ιατρικούς και χειρουργικούς θαλάμους και από θαλάμους για τους ηλικιωμένους πέρασαν από συνέντευξη και 80 νοσηλευτές. Η διαδικασία ανάλυσης βασίστηκε στην κρίσιμη τεχνική ενδεχομένου του Flanagan. Ένας καλός νοσηλευτής σέβεται τους ασθενείς και τους συμπεριφέρεται ως μια ξεχωριστή οντότητα σε μια θεραπευτική ατμόσφαιρα θαλάμων, ανταποκρίνεται στις συναισθηματικές ανάγκες και την ανάγκη τους για πληροφόρηση, και παίρνει πρωτοβουλία ώστε να προσφέρει πλήρης φροντίδα. Άλλες αρετές που εντοπίστηκαν από τους ασθενείς είναι οι νοσηλευτές που αυξάνουν το ηθικό των ασθενών με την άμεση ανταπόκριση στις ανάγκες τους και την προώθηση της αυτονομίας τους, και που επιτυγχάνουν να διαμορφώσουν ένα θεραπευτικό περιβάλλον. Σημαντικός στους νοσηλευτές είναι να έχουν συναδέλφους που προσπαθούν πάντα να κάνουν το καλύτερο που μπορούν και όπου η ηγεσία είναι αποτελεσματική, οι νοσηλευτές είναι κλινικά πεπειραμένοι και είναι δεσμευμένοι στην κλινική διαδικασία και επίβλεψη (σελ. 421).

Οι Charalambous & Το Papastavrou (2006) διεξήγαγαν μια ποσοτική μελέτη σχετικά με τη χρήση της ικανοποίησης των νοσηλευτών και των ασθενών ως δείκτες ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας σε τμήματα ογκολογίας. Η μελέτη συμπεριλάμβανε 194 ασθενείς και 48 νοσηλευτές. Οι ασθενείς και οι νοσηλευτές τους κλήθηκαν να αρθρώσουν τις αντιλήψεις τους για την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα και η ανάλυση έδειξε ότι έχουν παρόμοιες αντιλήψεις σε αυτό το θέμα. Σύμφωνα με την ανάλυση στοιχείων, για τους ασθεν-

νείς η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα είναι «η κατάλληλη εφαρμογή των διαδικασιών περίθαλψης από ένα πεπειραμένο προσωπικό με αξιοπρέπεια και σεβασμό, που στοχεύει στην ολιστική φροντίδα του ασθενή σε καταστάσεις ευθυδικίας». Οι νοσηλευτές από την άλλη πλευρά θεωρούν ότι η

ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα είναι «η παροχή ολιστικής φροντίδας στον ασθενή με τα κατάλληλα μέσα από επιδέξιους και πεπειραμένους νοσηλευτές με τέτοιο τρόπο ώστε ο ασθενής να αισθάνεται ασφαλής και ότι η αξιοπρέπείά του προφυλάσσεται (σελ. 27).

Συζήτηση

Η αναθεώρηση έδειξε ότι οι ερευνητές αρκετά συχνά σχημάτισαν ορισμούς για το τι απαρτίζει την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα ενώ ταυτόχρονα έπαιρναν ως δεδομένο διάφορες υποθέσεις για αυτό το ζήτημα. Συχνά υποθέτουν ότι οι ασθενείς και οι νοσηλευτές έχουν παρόμοιες αντιλήψεις για το ζήτημα αυτό. Επιπλέον η μεγάλη πλειοψηφία των διαθέσιμων ορισμών αναπτύχθηκαν είτε μόνο με τις αντιλήψεις των ασθενών είτε μόνο των νοσηλευτών.

Η αναθεώρηση έχει τονίσει ότι η «ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα» είναι ένας πολυδιάστατος και διαφορούμενος όρος με μεγάλη συζήτηση για την έννοιά της και για τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Οι διαφορετικές τοποθετήσεις, διαφορετικοί ρόλοι νοσηλευτών, η ποικιλομορφία μεταξύ των αντιλήψεων των νοσηλευόμενων και των εξωτερικών ασθενών προσθέτουν στη δυσκολία του ορισμού της ποιότητας. Αν και ειδικευμένοι ορισμοί για την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα είναι διαθέσιμοι, το περιεχόμενο αυτών ποικίλλει. Κατά συνέπεια είναι πιθανό ένας κοινός όρος να μην είναι εφικτός παρά τα κοινά στοιχεία που βρίσκονται στις αντιλήψεις των ασθενών και των νοσηλευτών απλά επειδή οι ασθενείς και οι νοσηλευτές έχουν μια διαφορετική άποψη και δοκιμάζουν την φροντίδα διαφορετικά. Επειδή η καθιέρωση ενός ορισμού βασισμένου σε αυτά τα κοινά θα ήταν απλά ελλιπής και χωρίς να λαμβάνει την ποιότητα ολιστικά.

Ίσως η ποικιλία και η ασάφεια των αντιλήψεων να είναι ο κύριος λόγος ύπαρξης τόσο πολλών διαφορετικών ορισμών

της «ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας», μια κατάσταση που προκαλεί συχνά σύγχυση. Στη βιβλιογραφία, οι ακόλουθες έννοιες έχουν χρησιμοποιηθεί από ερευνητές την περιγραφική φροντίδα, ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, ποιότητα της φροντίδας του ασθενή. Αυτοί οι ορισμοί χρησιμοποιούνται συχνά εναλλακτικά προκαλώντας μεγαλύτερη σύγχυση παρά τις προθέσεις των ερευνητών. Σπάνια οι ερευνητές προσδιορίζουν επακριβώς τι στοχεύουν να εντοπίσουν μέσω της έρευνάς τους, και κατά συνέπεια οι ορισμοί που παρέχουν μπορούν να ερμηνευτούν ελεύθερα από τον αναγνώστη.

Ένα ερώτημα που δημιουργήθηκε από αυτήν την αναθεώρηση είναι εάν θα ήταν αρμόζον και αποτελεσματικότερο να χρησιμοποιηθούν διαφορετικοί ορισμοί της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας για τους ασθενείς και για τους νοσηλευτές. Τι γίνεται με το γεγονός ότι μπορεί οι ασθενείς να έχουν διαφορετικές αντιλήψεις για την ποιότητα ανάλογα με το κλινική τοποθεσία. Θα έπρεπε να χρησιμοποιηθούν διαφορετικοί ορισμοί σε αυτές τις περιπτώσεις; Με τις πολλές διαφορετικές αντιλήψεις για την υγειονομική περίθαλψη θα ήταν μάλλον απαραίτητο να υπάρξουν περισσότεροι από 30 ορισμοί για ένα νοσοκομείο. Αυτό δεν θα δημιουργούσε τη σύγχυση μεταξύ των νοσηλευτών και το επάγγελμα τους και επιπλέον θα ήταν τότε δυνατό να προσφερθεί και να αξιολογηθεί η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα;

Συμπέρασμα

Πολλές αναθεωρήσεις που δημοσιεύονται στα όμοια αναθεωρημένα περιοδικά έχουν σοβαρά μεθοδολογικά ελαττώματα που περιορίζουν την αξία τους να καθοδηγούν αποφάσεις σε σχέση με την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα.

Παρά την πολυπλοκότητα της έννοιας της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και τη δυσκολία να προσδιοριστούν κοινές ιδιότητες όταν ερμηνεύεται αυτή η έννοια, οι ασθενείς και οι νοσηλευτές τείνουν να χρησιμοποιήσουν μερικές κοινές ιδιότητες στις ερμηνείες τους. Η ικανοποίηση των αναγκών μπορεί να προσδιοριστεί ως θεμελιώδης αρχή κατά την ερμηνεία της έννοιας. Η έννοια «των αναγκών» εντούτοις, είναι ένας διαφορούμενος όρος και φαίνεται να έχει τη διαφορετική σημασία σε σχέση με την ποιότητα. Επομένως, μερικοί ασθενείς και νοσηλευτές δίνουν

προτεραιότητα στις φυσικές ανάγκες θεωρώντας ότι είναι σημαντικότερες και άλλοι θεωρούν ότι οι πνευματικές και θρησκευτικές το ανάγκες έχουν προτεραιότητα κατά τη διάρκεια παροχής της φροντίδας για τον ασθενή ή κατά λήψη της φροντίδας. Μια άλλη κοινή αρχή που μπορεί να προσδιοριστεί είναι η έκφραση μιας «στοργικής συμπεριφοράς» κατά την παράδοση και τη λήψη της φροντίδας. Και οι ασθενείς και οι νοσηλευτές θεωρούν ότι είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να είναι «στοργικός» όταν παρέχει την φροντίδα. Αυτή η στοργική συμπεριφορά μπορεί να εκφραστεί με πολλούς τρόπους όπως να αναπτυχθούν σχέσεις εμπιστοσύνης ασθενών-νοσηλευτών και μια μετακίνηση από το «φροντίζω για» στο «φροντίζω σχετικά με» τον ασθενή.

Πηγές

- Allan H. 2001. A 'good enough' nurse: supporting patients in a fertility clinic. *Nursing Enquiry* 8, 52-60.
- Al-Kantari F. & Ogundeyin W. 1998. Patients' and nurses' perceptions of the quality nursing care in Kuwait. *Journal of Advanced Nursing* 27, 914-921.
- Astedt-Kurki P. & Haggman-Laitila A. 1992. Good nursing practice as perceived by clients: a starting point for the development of professional nursing. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1195-1199.
- Attree M. 2001. Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care. *Journal of Advanced Nursing* 33(4), 456-466.
- Bassett C. 2002. Nurses' perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice* 8, 8-15.
- Benner, P. & Wrubel, J. 1989. *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Addison-Wesley, Menlo Park, California.
- Brody D., Miller S., Lerman C., Smith D.G., Lazaro C.G. & Blum M. 1989. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and receive. *Medical Care* 27, 1027-1-35.
- Charalambous A. & Papastavrou E. 2006. Nurses' and Patients' satisfaction as quality indicators in Oncology Departments. *Cyprus Nursing Chronicles* 7(2), 14-34.
- Charalambous, A., Papadopoulos, R., Beadsmoore, A. 2008. Listening to the voices of patients with cancer their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care. *European Journal of Oncology Nursing*, doi:10.1016/j.ejon.2008.05.008.
- Chung K.C., Hamill J.B., Kim H.M., Walters M.R. & Wilkins E.G. 1999. Predictors of patient satisfaction in an outpatient plastic surgery clinic. *Annals of Plastic Surgery* 42(1), 56-60.
- Clemes, M.D., Ozanne, I.K., Laursen, W.L. 2001. Patients' perceptions of service quality dimensions: an empirical examination of health care in New Zealand. *Health Mark Q* 19(1), 3-22.
- Cronenwett, I., Slattery, M.A. 1999. *Measure of perceptions of Unit Quality*. University of North Carolina: Chapel Hill and Dartmouth-Hitchcock.
- Currie V., Harvey G., West E., McKenna H. & Keeney S. 2005. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 51(1), 73-82.
- Donabedian A. 1980. *Definition of quality and approaches to its assessment and monitoring*, vol. I. Health Administration Press, Michigan.
- Edgman-Levitan S. & Cleary P.D. 1996. What information do consumers want and need? *Health Affairs* 15(4), p 42-56.
- Ervin N.E., Walcott-McQuigg M.S., Chen Shu Pi C. & Upshaw H.S. 1992. Measuring patients' perceptions of care quality. *Journal of Nursing Care Quality* 6(4), 25-32.
- Fitzpatrick J.M., While A.E. & Roberts J.D. 1992. The role of the nurse in high-quality patient care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 12, 1210-1219.
- Fosbinder D. 1994. Patient perception of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing* 20, 1085-1093.
- Glaser B. & Strauss A. 1967. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Weidenfeld and Nicolson: London.
- Gunther M & Allgood M.R. 2002. A discipline-specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 38(4), 353-359.
- Healy J.M., Govoni L.A. & Smolker E.D. 1995. Patient reports about ambulatory care. *Quality Management in Health Care* 4(1), 71-81.
- Hinshaw A. & Atwood J. 1981. A patient satisfaction instrument: precision by replication. *Nursing Research* 31, 170-175.
- Hogston R. 1995. Quality nursing care: a qualitative enquiry. *Journal of Advanced Nursing* 21, 116-124.
- Irurita V. 1999. Factors affecting the quality of nursing care: the patients' perspective. *International Journal of Nursing Practice* 5, 86-95.
- Ketefian S., Redman R., Nash M.G. & Bogue E. 1997. Inpatient and ambulatory patient satisfaction with nursing care. *Quality Management in Health Care* 5(4), 66-75.
- Kunaviktikul W., Anders R.L., Srisuphan W., Chontawan R., Nuntasupawat R. & Pumarporn O. 2001. Development of quality of nursing care in Thailand. *Journal of Advanced Nursing* 36(6), 776-784.
- Larrabee J.H. 1995. The changing role of the consumer in health care quality. *Journal of Nursing Care Quality* 9, 8-15.
- Leino-Kilpi H. & Vuorenheimo J. 1993. Perioperative nursing care quality – Patients' opinions. *AORN* 57(5), 1061-1071.
- Ludwig-Beymer, P., Ryan, C.J., Johnson, N.J., Henness, K.A., Gattuso, M.C., Epsom, R., Czurylo, K.T. 1993. Using patient perceptions to improve quality care. *Journal of Nursing Care Quality*, 7(2), p 42-51.
- Lynn M.R. & Moore K. 1997. Relationship between traditional quality indicators and perceptions of care. *Seminars for Nurse Managers* 5, 187-193.
- Lynn M.R. & McMillen B.J. 1999. Do nurses know what patients think is important in nursing care? *Journal of Nursing Care Quality* 13(5), 65-74.
41. Lymer, UB & Richt, B. 2006. Patients' conceptions of quality care and barrier care. *J Eval Clin Pract*. 2006 Dec;12(6):682-91
- Maxwell R. 1984. Quality assessment in health. *British Medical Journal* 288, 1470-1472.
- McKenna H.P., Keeney S., Currie L., Harvey G., West E. & Richey R.H. 2006. Quality of Care: a comparison of perceptions of health professionals in clinical areas in the United Kingdom and the United States. *Journal of Nursing Care Quality* 21(4), 344-351.
- Meister C. & Boyle C. 1996. Perceptions of quality long-term care: a satisfaction survey. *Journal of Nursing Care Quality* 10, 40-47.
- Ming Ho Lau V. & Mackenzie A. 1996. Attributes of nurses that determine quality of care for mentally handicapped people in an institution. *Journal of Advanced Nursing* 24, 1109-1115.
- Mitchell P.H., Fesketch S., Jennings B.M. 1998. American Academy Nursing Expert Panel on Quality Health Care: quality health outcomes model. *Journal of Nursing Scholarship* 30, 43-46.
- Normand C., Douglas H.R. & Castelnuovo E. 2002. Quality in nursing care: context, complexity and the role of professions. *NT Research* 5(6), 407-415.
- O'Connell, B., Young, J., Twigg, D. 1999. Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *International Journal of Nursing Practice*, 5, p 72-77.
- Oermann M.H. 1999. Consumers' descriptions of quality health care. *Journal of Nursing Care Quality* 14, 47-55.

Oermann M.H., Lambert J. & Templin T. 2000. Patients' perceptions of quality health care. *MCN* 25, 242-247.

Oxford University Press. 2002. *The Concise Oxford Dictionary of Current English*. OUP: Oxford.

Oxman AD, Guyatt GH. (1991) Validation of an index of the quality of review articles. *J Clin Epidemiol*; 44, 1271-1278

Phillips L.R., Morrisson E.F. & Young M.C. 1990. The Qualcare Scale: testing of a measurement instrument for clinical practice. *International Journal Nursing Studies* 27, 77-91.

Radwin L. 2000. Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Research in Nursing and Health* 23, 179-190.

Radwin, L.E. & Alster; K. 2002. Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review: Official Journal of the International Council of Nurses* 49, p 54-63.

Raftopoulos B. & Theodosopoulou H. 2001. The quality in health care sector. *Nosileftiki* 1, 8-23.

Raya A. 1994. Quality in Nursing. *Nosileftiki*, 5(30), 317-320.

Redfern S.J. & Norman I. 1990. Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing* 15, 1260-1271.

Redfern S.J. & Norman I. 1999. Quality of nursing care perceived by patients and their nurses: an application of the critical incidence technique (Part I). *Journal of Clinical Nursing* 8(4), 407-413.

Risser N. 1975. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care settings. *Nursing Research* 24, 45-52.

Thorsteinsson, L. 2002. The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), p32-40.

Ware J.E. & Snyder M.K. 1975. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care* 13, 669-682.

Watson, J. 1988. *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing.

Wilde B., Starrin B., Larsson G. & Larsson M. 1993. Quality of care from a patient perspective: a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7, 113-120.

Williams A.M. 1998. The delivery of quality nursing care: a grounded theory study of the nurse's perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 27, 808-816.

βιβλιοκριτικές

Μοντέλο Τεκμηριωμένης Πρακτικής και Κατευθυντήριες Οδηγίες του Νοσηλευτικού Τομέα του ιδρύματος Johns Hopkins.

ISBN: 9781930538719, 224 σελίδες,
Βιβλίο με Μαλακό εξώφυλλο.

Product Id: 76725

Συγγραφείς:

Robin P. Newhouse,

PhD, RN, CNA, CNOR

Sandra L. Dearholt,

MS, RN

Stephanie S. Poe,

MScN, RN

Linda C. Pugh,

PhD, RNC, FAAN

Kathleen M. White,

PhD, RN, CNA, BC

Ειδικότητα: Νοσηλευτική Έρευνα

Εκδότης: The Honor Society of Nursing,
Sigma Theta Tau International.

Τύπος: ΒΙΒΛΙΟ

Ημερομηνία έκδοσης: 2007 1η Έκδοση

Τιμή έκδοσης: \$29.95

Περί των Συγγραφέων

Robin P. Newhouse, PhD, RN, CNA, CNOR:

Κατά την περίοδο συγγραφής του βιβλίου, η Dr. Newhouse ήταν ερευνήτρια νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο Johns Hopkins και επίκουρος καθηγήτρια στο νοσηλευτικό τμήμα του πανεπιστημίου Johns Hopkins, όπου εργάστηκε για την υποστήριξη της τεκμηριωμένης πρακτικής, τη δημιουργία ερευνητικής υποδομής και τη διδασκαλία της εφαρμογής της έρευνας στην νοσηλευτική πρακτική, στο βασικό πρόγραμμα σπουδών.

Κατά την παρούσα χρονική στιγμή είναι αναπληρώτρια καθηγήτρια και αντιπρόεδρος, Διδάκτωρ του Προγράμματος Νοσηλευτικής Πρακτικής στη Νοσηλευτική Σχολή της Βαλτιμόρης, στο Πανεπιστήμιο του Μέριλαντ.

Sandra L. Dearholt, MS, RN: υποδιευθύντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νευρολογικού και ψυχιατρικού τμήματος στο νοσοκομείο Johns Hopkins. Είναι μέλος της οργανωτικής επιτροπής του νοσοκομείου Johns Hopkins για την τεκμηριωμένη πρακτική στη νοσηλευτική (JHNEBP) που οργάνωσε και εφάρμοσε το ομώνυμο μοντέλο.

Stephanie S. Poe, MScN, RN: υποδιευθύντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας του τμήματος κλινικής ποιότητας στο νοσοκομείο Johns Hopkins και ταυτόχρονα συνεργάζεται με τη νοσηλευτική σχολή του πανεπιστημίου Johns Hopkins. Έχει μεγάλη εμπειρία στην συνεργασία με κλινικούς και διοικητικούς νοσηλευτές για την ανάπτυξη και τον έλεγχο των προτύπων νοσηλευτικής φροντίδας, έτσι ώστε να διατηρηθεί η υψηλή ποιότητα στις εξελίξεις, την εκτίμηση του κινδύνου και την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με την κλινική πρακτική και την ασφαλή φροντίδα του ασθενούς.

Linda C. Pugh, PhD, RNC, FAAN: καθηγήτρια της νοσηλευτικής σχολής στο κολλέγιο York της Pennsylvania. Είναι επίσης διευθύντρια της τεκμηριωμένης πρακτικής στη νοσηλευτική έρευνα. Η Dr. Pugh έχει χρηματίσει διευθύντρια του προγράμματος των βασικών σπουδών του Νοσηλευτικού τμήματος του πανεπιστημίου Johns Hopkins στη Βαλτιμόρη, Μέριλαντ.

Kathleen M. White, PhD, RN, CNA, BC: αναπληρώτρια καθηγήτρια και διευθύντρια του μεταπτυχιακού προγράμματος ειδίκευσης του Νοσηλευτικού τμήματος του πανεπιστημίου Johns Hopkins.

βιβλιοκριτικές

Περιγραφή: το βιβλίο περιγράφει το Μοντέλο Τεκμηριωμένης Πρακτικής (JHNEBP) και τις Κατευθυντήριες Οδηγίες του Νοσηλευτικού Τομέα του ιδρύματος Johns Hopkins. Η Τεκμηριωμένη Πρακτική είναι πολύ σημαντική για την ασφάλεια των ασθενών, την ανάπτυξη του νοσηλευτικού επαγγέλματος και την εκπαίδευση των νοσηλευτών. Αυτό το βιβλίο περιγράφει μία προσέγγιση της πρόκλησης για εφαρμογή της Τεκμηριωμένης Πρακτικής. Το μοντέλο δημιουργήθηκε και δοκιμάστηκε από μία ομάδα κλινικών και ακαδημαϊκών νοσηλευτών του ιδρύματος Johns Hopkins. Το Μοντέλο Τεκμηριωμένης Πρακτικής και οι Κατευθυντήριες Οδηγίες του Νοσηλευτικού Τομέα του ιδρύματος Johns Hopkins, απεικονίζουν τους τρεις ακρογωνιαίους λίθους της φιλοσοφίας του νοσηλευτικού τμήματος του ιδρύματος: πρακτική, εκπαίδευση και έρευνα.

Σκοπός: Ο σκοπός του βιβλίου είναι η παροχή του γνωστικού υπόβαθρου σχετικά με την Τεκμηριωμένη Πρακτική. Εμπεριέχει παραδείγματα επιτυχημένης εφαρμογής προγραμμάτων Τεκμηριωμένης Πρακτικής και λεπτομερή αναφορά κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός προγράμματος Τεκμηριωμένης Πρακτικής καθώς και όλα τα εργαλεία, πληροφορίες και πηγές που απαιτούνται για την υλοποίηση της Τεκμηριωμένης Πρακτικής.

Πληθυσμός: Το μοντέλο JHNEBP ευρέως χρησιμοποιούμενο από νοσηλεύτες και διεπιστημονικές ομάδες, ακαδημαϊκούς εκπαιδευτές και φοιτητές νοσηλευτικής, καθιστά εφικτή την Τεκμηριωμένη Πρακτική. Κατά το διάβασμα του βιβλίου προκύπτουν οδηγίες και εργαλεία που συνοδεύουν την περιγραφή του Μοντέλου καθώς και παραδείγματα εφαρμογής του. Το μοντέλο JHNEBP συμπεριλαμβάνεται στις βασικές σπουδές της νοσηλευτικής, προκειμένου να γίνει κατανοητή η έννοια της Τεκμηριωμένης Πρακτικής στη Νοσηλευτική και να αναπτυχθούν οι ικανότητες της κριτικής σκέψης. Τέλος στο βιβλίο συμπεριλαμβάνονται τα συμπεράσματα από την εφαρμογή του μοντέλου JHNEBP σε άλλα ακαδημαϊκά ιατρικά κέντρα καθώς και κοινοτικά και περιφερειακά νοσοκομεία.

Χαρακτηριστικά: Στην εισαγωγή του βιβλίου συμπεριλαμβάνονται στοιχεία από το γνωστικό υπόβαθρο σχετικά με την Τεκμηριωμένη Πρακτική (ΤΠ). Σε έναν οργανισμό παροχής φροντίδας υγείας, η ΤΠ αποτελεί μία προσέγγιση στην λήψη κλινικών αποφάσεων, που ενσωματώνει τις καλύτερες από τις διαθέσιμες επιστημονικές γνώσεις στις καλύτερες από τις διαθέσιμες εμπειρικές πρακτικές (ασθενούς και επαγγελματία υγείας), προκειμένου να βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν. Η ΤΠ εξετάζει τις εσωτερικές και εξωτερικές επιρροές και ενθαρρύνει την κριτική σκέψη. Ο στόχος της ΤΠ είναι η προαγωγή των αποτελεσματικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων, της αποδοτικής φροντίδας και των βελτιωμένων εκβάσεων για τους ασθενείς, καθώς και η παροχή της καλύτερης δυνατής τεκμηρίωσης για τη λήψη αποφάσεων σε κλινικό, διοικητικό και εκπαιδευτικό επίπεδο.

Τα έξι τμήματα αυτού του βιβλίου παρέχουν στους νοσηλευτές την κριτική γνώση, τις δεξιότητες και ικανότητες που απαιτούνται για την ανάληψη τεκμηριωμένων πρωτοβουλιών σε οποιοδήποτε περιβάλλον φροντίδας υγείας.

Στο πρώτο μέρος, εισάγεται η έννοια της ΤΠ. Στο κεφάλαιο 1 δίνονται πληροφορίες για το γνωστικό υπόβαθρο, παρέχεται ένας ορισμός της ΤΠ και περιγράφεται η εξέλιξη της έννοιας της ΤΠ στα πλαίσια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Το κεφάλαιο 2 επικεντρώνεται στο ρόλο της κριτικής σκέψης στην ΤΠ, τη σχέση της με τη νοσηλευτική διεργασία και την σημασία της ανάπτυξης ερωτημάτων, στοιχείων αξιολόγησης και μεταφοράς των ευρημάτων στην καθημέρα πράξη.

Βιβλιοκριτικές

Το δεύτερο μέρος αποτελεί την επισκόπηση του Μοντέλου Τεκμηριωμένης Πρακτικής του Νοσηλευτικού Τομέα του ιδρύματος Johns Hopkins (JHNEBP). Στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσεται το μοντέλο JHNEBP, το οποίο ενσωματώνει ενδείξεις, ερευνητικές και μη, σε ένα νοσηλευτικό επαγγελματικό περιβάλλον, που δίνει έμφαση στην πρακτική, την εκπαίδευση και την έρευνα. Το δεύτερο μέρος τελειώνει με την παράθεση κατευθυντήριων οδηγιών για την εκπόνηση ενός προγράμματος τεκμηριωμένης πρακτικής, χρησιμοποιώντας μία αλληλουχία διεργασιών που περιλαμβάνει την ερευνητική υπόθεση για πιθανή πρακτική εφαρμογή, την Ένδειξη και την Διαδικασία Μεταφοράς των Αποτελεσμάτων από την έρευνα στην πρακτική.

Το τρίτο μέρος εστιάζει στην πιο πάνω αλληλουχία διεργασιών και παρέχει καθοδήγηση και διευκολύνσεις στην εργασία στα πλαίσια του προγράμματος ΤΠ. Στο κεφάλαιο 4 αποσαφηνίζεται η Πρακτική Ερώτηση με την διερεύνηση της απαρχής των ερωτήσεων που αφορούν στην ΤΠ, των κριτηρίων της επιλογής του προγράμματος και την ανάπτυξη μιας διαπραγματεύσιμης ερώτησης τεκμηριωμένης πρακτικής. Στα κεφάλαια 5,6 και 7 συζητιέται η έννοια της Ένδειξης. Στο κεφάλαιο 5 εξετάζονται οι στρατηγικές αναζήτησης ενδείξεων, διαδικτυακές πηγές και τρόποι διεξαγωγής αναζήτησης ενδείξεων. Στο κεφάλαιο 6 εξετάζεται η ένδειξη στα πλαίσια της ερευνητικής δραστηριότητας, η διαδικασία αξιολόγησης και η εκτίμηση και κατάταξη της ένδειξης. Το κεφάλαιο 7 ενσωματώνει τις ενδείξεις από τη μη ερευνητική δραστηριότητα στην διαδικασία. Στο κεφάλαιο 8 περιγράφεται η μεταφορά των αποτελεσμάτων από την έρευνα στην πρακτική, η οποία καθορίζει τα κριτήρια που απαιτούνται για την λήψη μίας απόφασης βασισμένης στην ΤΠ και περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός σχεδίου δράσης, την εφαρμογή του και την διάδοση των αποτελεσμάτων.

Στο τέταρτο μέρος, κεφάλαιο 9, περιγράφεται το περιβάλλον που ευνοεί την ενσωμάτωση της ΤΠ στην νοσηλευτική πράξη.

Επίσης περιλαμβάνονται μαθήματα για την ηγεσία, προκειμένου να δημιουργηθούν και να εφαρμοστούν υποστηρικτικές πρακτικές και στρατηγικές που ευνοούν την καθοδήγηση και ενθάρρυνση του προσωπικού.

Στο πέμπτο μέρος παρέχονται παραδείγματα προγραμμάτων στο νοσοκομείο Johns Hopkins και σε δύο κοινοτικά νοσοκομεία, που επεξηγούν την εφαρμογή του μοντέλου JHNEBP καθώς και της αλληλουχίας των διαδικασιών που συμπεριλαμβάνει. Στο έκτο μέρος, στα παραρτήματα, παρουσιάζεται το μοντέλο JHNEBP, μία σχηματική απεικόνιση των διαδικασιών καθώς και εργαλεία για τη διαχείριση των προγραμμάτων, την ανάπτυξη των ερωτήσεων, την αξιολόγηση των ενδείξεων, κλίμακες εκτίμησης και μεμονωμένες και γενικευμένες συνόψεις. Αυτά τα εργαλεία αναθεωρούνται και ανανεώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα από την οργανωτική επιτροπή του JHNEBP. Ο αναγνώστης μπορεί να «κατεβάσει» τις τρέχουσες εκδόσεις των εργαλείων από την ιστοσελίδα του Νοσηλευτικού Τομέα του ιδρύματος Johns Hopkins, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.ijhn.jhmi.edu ..

Το μοντέλο JHNEBP καθώς και οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι προϊόντα της συνεργασίας μεταξύ τριών κορυφαίων στην ιεραρχία νοσηλευτριών του νοσοκομείου Johns Hopkins και δύο μελών της ακαδημαϊκής εκπαίδευσης από τη Νοσηλευτική Σχολή του Πανεπιστημίου Johns Hopkins. Καθίσταται σαφές ότι το μοντέλο JHNEBP και οι διαδικασίες που περιλαμβάνει, έχοντας εφαρμοστεί και αξιολογηθεί σε πολλά προγράμματα και δομές, στην πράξη μπορούν να εφαρμοστούν στους διάφορους οργανισμούς. Επιπρόσθετα, συμβάλλουν στην αποσαφήνιση και εδραίωση των διαδικασιών ΤΠ για τους κλινικούς νοσηλευτές. Το μοντέλο JHNEBP κέρδισε τη Sigma Theta Tau διεθνή διάκριση ερευνητικής δραστηριότητας το 2005 στην 38η διετή σύσκεψη στην Indianapolis, Indiana.

Η ΤΠ ενισχύει τους νοσηλευτές στο να επιδρούν αποφασιστικά στην λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα υγείας και να συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Πέρα από προσδοκία για την επαγγελματική πρακτική, η ΤΠ παρέχει στους νοσηλευτές μία σημαντική ευκαιρία προκειμένου να αποσαφηνί-

■ βιβλιοκριτικές

σουν την πρακτική και να προσθέσουν αξία στην επαγγελματική εμπειρία. Σήμερα, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και διαδικασίες, πλαισιωμένες από τις καλύτερες ενδείξεις, είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την κατανόηση των βελτιώσεων στον τομέα της φροντίδας της υγείας καθώς και τη μείωση του κόστους. Αυτό το κεφάλαιο διαπραγματεύεται την ΤΠ και συζητά την εξέλιξή της στα πλαίσια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Αξιολόγηση: Οι συγγραφείς πέτυχαν να καλύψουν το εύρος των θεμάτων που αφορούν στην Τεκμηριωμένη Πρακτική. Το βιβλίο είναι εύκολα αναγνώσιμο. Είναι ένα ουσιαστικό βιβλίο για την εκμάθηση σχετικά με ένα μοντέλο ΤΠ και την εφαρμογή του, ενώ θα μπορούσε να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο εκπαίδευσης. Τέλος, δεδομένου ότι καταδεικνύει την ανάγκη για μία μεγαλύτερη βάση στοιχείων, μπορεί να προωθήσει τη συνεργασία, μεταξύ των ερευνητών και των κλινικών νοσηλευτών, προκειμένου να αναπτύξουν πιο αποτελεσματικά προγράμματα και Μοντέλα Καλής Πρακτικής.

Το μοντέλο JHNEBP επιλέχθηκε από την Συμβουλευτική Υγειονομική Επιτροπή ως η καλύτερη πρακτική για το 2005 και κέρδισε από την Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau, τη διεθνή διάκριση ερευνητικής δραστηριότητας.

Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου

Επίκουρος Καθηγήτρια

Κοινωνικής Νοσηλευτικής

Τομέας Δημόσιας Υγείας

Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ για ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης είναι το επίσημο περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα. Ερευνητικές αναφορές, αναλύσεις, άρθρα, βιβλιογραφικές επισκοπήσεις, κλινικές εφαρμογές και περιπτώσιολογικές μελέτες είναι επιθυμητές. Τα κείμενα πρέπει να υποβάλλονται στα αγγλικά και στα ελληνικά.

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης καλωσορίζει ερευνητικά δοκίμια, άρθρα και πρωτότυπες πραγματείες στους ακόλουθους τομείς:

- **Νοσηλευτική Έρευνα** (Μεθοδολογία της έρευνας, ηθική της έρευνας, εργαστηριακή έρευνα, επιδημιολογική έρευνα)
- **Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας** (οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών υγείας, οικονομική αξιολόγηση και αποτίμηση υπηρεσιών υγείας, διαχείριση ανθρωπίνων πόρων, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, στρατηγικός σχεδιασμός, επικοινωνία, διοίκηση χρόνου, ηγεσία)
- **Νοσηλευτική Εκπαίδευση** (Νέες Εκπαιδευτικές Μέθοδοι, Μεθοδολογία Εκπαίδευσης, Μεταπτυχιακή Νοσηλευτική Έρευνα)
- **Κλινική Νοσηλευτική** (Παθολογική Νοσηλευτική, Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Λοιμώξεων, Νεφρολογική Νοσηλευτική, Παιδιατρική Νοσηλευτική, Γαστρεντερολογική Νοσηλευτική, Ογκολογική Νοσηλευτική, Εντατική και Επείγουσα Νοσηλευτική, Καρδιολογική Νοσηλευτική, Ορθοπεδική Νοσηλευτική, Ψυχιατρική Νοσηλευτική)
- **Κοινωνική Νοσηλευτική** (Υποστήριξη Κοινωνικών Ομάδων, Φροντίδα Ευπαθών Πληθυσμιακών Ομάδων, Ενημέρωση και Πρόληψη Νόσων, Προαγωγή Κοινωνικής Υγείας)
- **Ηθική και Δεοντολογία Νοσηλευτικής** (ηθική για τη νοσηλευτική πρακτική, ηθική της έρευνας, ηθικά διλήμματα και λήψη αποφάσεων στη νοσηλευτική πρακτική)
- **Νοσηλευτική Νομοθεσία** (δίκαιο της υγείας, ατομικά δικαιώματα, νοσηλευτικό εργατικό δίκαιο, αξιώσεις ασθενών, επαγγελματικά δικαιώματα)

Οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλουν άρθρο προς δημοσίευση παρακαλούν να επικοινωνήσουν με:

Ιστοσελίδα: **www.enne.gr**
 Ηλεκ. Ταχυδρομείο: **hjns@otenet.gr**
 Ταχ. Διεύθυνση: **Βασ. Σοφίας 47, 10676, Αθήνα**
 Τηλέφωνο: **210 3648 044**
 Fax: **210 3617 859**

Οι οδηγίες για τους συγγραφείς είναι διαθέσιμες στην ηλεκτρονική διεύθυνση **www.enne.gr** ή είναι διαθέσιμες εφόσον ζητηθούν.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης είναι το επίσημο περιοδικό του της ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ. Είναι ένα με σύστημα κριτών, διεπιστημονικό περιοδικό που προορίζεται να προωθήσει την επιστήμη της Νοσηλευτικής στην Ελλάδα.

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης παρέχει ένα φόρουμ για τη δημοσίευση των ακαδημαϊκών άρθρων που εκθέτουν ερευνητικά συμπεράσματα, ανασκοπήσεις βασισμένες στην έρευνα, άρθρα συζήτησης και σχόλια που ενδιαφέρουν ένα διεθνές αναγνωστικό κοινό των επαγγελματιών, των εκπαιδευτικών, των διοικητών και των ερευνητών σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής, της μαιευτικής και των επιστημών φροντίδας. Τα άρθρα πρέπει να δώσουν έμφαση στη συμβολή τους στη θεωρητική ή βάση γνώσεων του επιστημονικού κλάδου.

Τα άρθρα πρέπει να έχουν μια διεθνή διάσταση και εκείνα που εστιάζουν σε μια μόνο χώρα πρέπει να προσδιορίσουν πώς η ύλη που παρουσιάζεται μπορεί να είναι σχετική σε ένα ευρύτερο ακροατήριο.

Η επιλογή των άρθρων για δημοσίευση βασίζεται στη συμβολή τους στη γνώση (συμπεριλαμβανομένης της μεθοδολογικής ανάπτυξης) και τη σημασία τους στη σύγχρονη νοσηλευτική, και τη σχέση τους με την μαιευτική και τα σχετικά επαγγέλματα. Τα άρθρα θα πρέπει να υποβάλλονται στα ελληνικά και στα αγγλικά.

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα άρθρα κάτω από τρεις κύριες κατηγορίες:

Άρθρα σύνταξης και προοπτικές/απόψεις

Γενικά τα άρθρα σύνταξης ανατίθενται αλλά οι συγγραφείς, που έχουν ιδέες για άρθρα σύνταξης που απευθύνονται σε ζητήματα ουσιαστικής ανησυχίας στον επιστημονικό κλάδο που μπορεί να συνδεθούν με το υλικό που δημοσιεύεται στο περιοδικό, πρέπει να έρθουν σε επαφή με τον υπεύθυνο έκδοσης. Τα άρθρα σύνταξης είναι χαρακτηριστικά σύντομα (μέγιστο 200 λέξεων) αν και δεν υπάρχει κανένα σταθερό όριο.

Πρωτότυπα άρθρα - ερευνητικές εργασίες

- Τα πλήρη άρθρα που παρουσιάζουν αρχική έρευνα μπορούν να είναι σε ένα μέγιστο 5000 λέξεων μήκος, αν και τα πιο σύντομα άρθρα προτιμώνται.
- Τα πρωτόκολλα των μελετών ελεγχόμενης επέμβασης και οι συστηματικές ανασκοπήσεις μέχρι 2.500 λέξεις. Οι συγγραφείς πρέπει να δώσουν επιχειρήματα για τη δημοσίευση του πρωτοκόλλου στο οποίο πρέπει να δηλώσουν τον αριθμό μητρώου της δοκιμής (εάν υπάρχει) και πότε θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα.

Ανασκοπήσεις και σύντομες παρουσιάσεις (μέχρι 2000 λέξεις)

• Ανασκοπήσεις, που περιλαμβάνουν:

- συστηματικές ανασκοπήσεις, που εξετάζουν ακριβείς ερωτήσεις πρακτικής
- βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, οι οποίες παρέχουν μια λεπτομερή ανάλυση της βιβλιογραφίας σε ένα ευρύ θέμα
- πολιτικές ανασκοπήσεις, δηλ. ανασκοπήσεις των δημοσιευμένων εγγράφων λογοτεχνίας και πολιτικής που ενημερώνουν την νοσηλευτική πρακτική, την οργάνωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών, ή την εκπαίδευση και την προετοιμασία των νοσηλευτριών ή/και των μαιών.

- Σύντομες εκθέσεις και 5 αναφορές, που εκθέτουν την ανάπτυξη των ερευνητικών όργανων και τις κλίμακες μέτρησης και που συμπεριλαμβάνουν ένα αντίγραφο του σχετικού οργάνου έτσι ώστε να μπορούν να δημοσιευθούν πλήρως. Εάν οι συγγραφείς επιθυμούν να διατηρήσουν τα πνευματικά δικαιώματα - μπορούν να το κάνουν απλά σημειώνοντας το ως πνευματικά δικαιώματα σε αυτούς/το ιστοιτούτο τους και λέγοντας ότι αναπαράγονται με την άδεια τους.

- Άρθρα κριτικής βιβλίων, δηλ. άρθρα που παρέχουν μια κριτική συζήτηση μιας πτυχής της νοσηλευτικής σε σχέση με δύο ή περισσότερες πρόσφατες δημοσιεύσεις σε ένα παρόμοιο θέμα. Ο υπεύθυνος έκδοσης καλωσορίζει προτάσεις για άρθρα κριτικής βιβλίων (μέχρι 1000 λέξεων), και μπορεί επίσης να τις αναθέσει.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

Οι συγγραφείς πρέπει να υποβάλουν τα χειρόγραφα στο περιοδικό ηλεκτρονικά μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του περιοδικού: HYPERLINK "mailto:hjns@otenet.gr" hjns@otenet.gr. Όλη η αλληλογραφία, συμπεριλαμβανομένης της ανακοίνωσης της απόφασης του υπεύθυνου σύνταξης και των αιτημάτων για επανεξέταση, θα γίνονται με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο. Όποιος συγγραφέας δεν μπορεί να υποβάλει ηλεκτρονικά αντίγραφα για κάποιο σημαντικό λόγο πρέπει να έρθει σε επαφή με το εκδοτικό γραφείο κατά αρχήν για συμβουλές (λεπτομέρειες επικοινωνίας στο HYPERLINK "http://www.enne.gr" www.enne.gr).

Η υποβολή ενός εγγράφου προϋποθέτει ότι δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως, ότι δεν είναι υπό εξέταση για δημοσίευση αλλού, και ότι εάν γίνεται αποδεκτό δεν θα δημοσιευθεί αλλού, στα αγγλικά ή σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα, χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του εκδότη.

Διαδικασία αξιολόγησης

Όλα τα άρθρα που γίνονται αποδεκτά για δημοσίευση υποβάλλονται σε μια διπλή τυφλή αξιολόγηση από τουλάχιστον δύο κριτές. Αρχικά όλα τα άρθρα αξιολογούνται από μια εκδοτική επιτροπή. Τα άρθρα που είναι απίθανο να δημοσιευθούν, παραδείγματος χάριν επειδή η

νέα συμβολή τους είναι ανεπαρκής ή η σχετικότητα στον επιστημονικό κλάδο είναι ασαφής, μπορούν να απορριφθούν σε αυτό το σημείο προκειμένου αποφευχθούν καθυστερήσεις στους συγγραφείς που μπορεί να θέλουν να επιδιώξουν τη δημοσίευση αλλού. Περιστασιακά ένα άρθρο μπορεί επιστραφεί στο συγγραφέα με το αίτημα για επανεξέταση προκειμένου να βοηθήσει σε αυτό το σημείο τους συγγραφείς στην απόφαση τους εάν θα το στείλουν ή όχι έξω για αξιολόγηση. Οι συγγραφείς μπορούν να αναμείνουν μια απόφαση σχετικά με αυτό το στάδιο της διαδικασίας αξιολόγησης μέσα σε 2-3 εβδομάδες από την υποβολή. Τα χειρόγραφα που πηγάζουν προς τη διαδικασία αξιολόγησης είναι με δίπλα-κρυφό σύστημα αξιολόγησης με κριτές από τα μέλη μιας διεθνούς επιτροπής ειδικών. Στοχεύουμε να ολοκληρώσουμε αυτήν την διαδικασία μέσα σε 8 εβδομάδες από την απόφαση να αξιολογήσουμε αν και περιστασιακά καθυστερήσεις συμβαίνουν και οι συγγραφείς πρέπει να επιτρέψουν τουλάχιστον 12 εβδομάδες πριν έρθουν σε επαφή με το περιοδικό. Η απόφαση όσον αφορά τη δημοσίευση είναι βασισμένη στην κριτική και την εκδοτική αξιολόγηση της προτεραιότητας για τη δημοσίευση. Ο υπεύθυνος έκδοσης διατηρεί το δικαίωμα στην τελική απόφαση σχετικά με την αποδοχή.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

Γενικές οδηγίες: Οι υποβληθείσες εργασίες πρέπει να είναι κατάλληλες για ένα διεθνές ακροατήριο και οι συγγραφείς δεν πρέπει να θεωρούν ως δεδομένο τη γνώση των εθνικών πρακτικών, των πολιτικών, και της νομοθεσίας. Πρέπει να δακτυλογραφηθούν, με διπλό διάστιχο με τα ευρέα περιθώρια στη μια πλευρά λευκού χαρτιού. Οι συγγραφείς δεν πρέπει να προσδιοριστούν ή τα ινστιτούτα τους στο χειρόγραφο εκτός από τη σελίδα τίτλου, η οποία αφαιρείται πριν από την αξιολόγηση. Για το αντίγραφο σε χαρτί τα τυπωμένα κείμενα καλής ποιότητας με ένα μέγεθος γραμματοσειράς 12 PT απαιτούνται. Οι συγγραφείς πρέπει να συμβουλευθούν ένα πρόσφατο τεύχος του περιοδικού για το ύφος ει δυνατόν. Δεδομένου ότι το περιοδικό διανέμεται σε όλο τον κόσμο, και δεδομένου ότι τα αγγλικά είναι μια δεύτερη γλώσσα για πολλούς αναγνώστες, οι συγγραφείς καλούνται να γράψουν σε σαφή αγγλικά και χρησιμοποιούν μια ορολογία που είναι διεθνώς αποδεκτή. Ο υπεύθυνος έκδοσης διατηρεί το δικαίωμα να ρυθμίσει το ύφος για να εξασφαλίσει ορισμένα πρότυπα ομοιομορφίας.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

Οργανώστε το χειρόγραφο στην ακόλουθη σειρά: τίτλος του άρθρου, σελίδα τίτλου, ευχαριστίες, περίληψη και λέξεις κλειδιού, κείμενο, βιβλιογραφικές αναφορές, πίνακες, αριθμοί, παράρτημα (γραμματοσειρά: TIMES NEW ROMAN μέγεθος 12, 1.5 διάστημα γραμμών). Παρακαλώ αριθμήστε τις σελίδες του χειρογράφου σας.

Μήκος άρθρου: Όλα τα άρθρα υπόκεινται στην αξιολόγηση και οι συγγραφείς ωθούνται να είναι συνοπτικοί; τα εκτενή άρθρα με πολλούς πίνακες και αριθμούς μπορεί να χρειαστεί να γίνουν πιο σύντομα εάν πρόκειται να γίνουν αποδεκτά για δημοσίευση. Δεν υπάρχει κανένα συγκεκριμένο όριο λέξεων, εντούτοις, (εκτός από τις κατηγορίες που απαριθμούνται ανωτέρω) τα άρθρα μπορεί να είναι μέχρι 5000 λέξεις στο μήκος, συν τους πίνακες, τους αριθμούς, και την βιβλιογραφία. Συνήθως δεν πρέπει να υπάρξει κανένα παράρτημα αν και στην περίπτωση των άρθρων που εκθέτουν την ανάπτυξη εργαλείων ή της χρήσης των νέων ερωτηματολογίων είναι συνηθισμένο να περιληφθεί ένα αντίγραφο του εργαλείου ως παράρτημα. Οι συγγραφείς οποιωνδήποτε άρθρων, που δεν συμμορφώνονται με αυτούς τους περιορισμούς, πρέπει να κάνουν την προκαταρκτική ερώτηση στον υπεύθυνο έκδοσης πριν υποβάλουν το χειρόγραφο.

Τίτλος: Ο τίτλος ενός άρθρου πρέπει να δείχνει το θέμα του και όπου είναι σχετικό τον πληθυσμό, το κλινικό πρόβλημα και την μέθοδο της έρευνάς του. Εάν το άρθρο είναι μια ανασκόπηση, αυτό πρέπει να δηλωθεί στον τίτλο π.χ. «μονάδες κατευθυνόμενες από τις νοσηλεύτριες; μια συστηματική ανασκόπηση», «ενδυνάμω-

ση ασθενή : μια βιβλιογραφική ανασκόπηση», «φαινομενολογία για την νοσηλευτική έρευνα: μια μεθοδολογική ανασκόπηση», «βρετανικές οδηγίες για την θεραπεία της κατάθλιψης: μια πολιτική ανασκόπηση».

Για τις ερευνητικές εργασίες το ερευνητικό σχέδιο που υιοθετείται πρέπει να δηλωθεί π.χ. «η αποτελεσματικότητα των μονάδων που κατευθύνονται από νοσηλεύτριες: μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή», «αντιμετωπίζοντας το χρόνιο πόνο: μια εθνογραφία», «εμπόδια επικοινωνίας που γίνονται αντιληπτά από τους ηλικιωμένους ασθενείς και από τις νοσηλεύτριες: μια έρευνα ερωτηματολογίων», «οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας πόνου και στρες : ανάπτυξη κλίμακας».

Σελίδα τίτλου: Περιλάβετε το πλήρες όνομα, τον τίτλο εργασίας, τα υψηλότερα ακαδημαϊκά και επαγγελματικά προσόντα και το ινστιτούτο για κάθε συγγραφέα. Δηλώστε μια διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου για τον αντίστοιχο συγγραφέα.

Ευχαριστίες: περιορίστε τις ευχαριστίες στους βασικούς συνεισφέροντες.

Περίληψη: Προετοιμάστε μια δομημένη περίληψη. Οι περιλήψεις πρέπει να είναι λιγότερο από 250 λέξεις, και δεν πρέπει να περιλάβουν βιβλιογραφικές αναφορές ή τις συντμήσεις.

Οι περιλήψεις των ερευνητικών εργασιών πρέπει να υιοθετήσουν τους ακόλουθους τίτλους, όπου είναι δυνατόν: Υπόβαθρο Στόχοι Σχέδιο Τοποθετήσεις (μην διευκρινίσετε τα πραγματικά κέντρα, αλλά δώστε τον αριθμό και τους τύπους κέντρων και γεωγραφική θέση εάν είναι σημαντικά) Συμμετέχοντες (λεπτομέρειες για το πώς επιλέχθηκαν, κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού, αριθμοί αυτών που εισάγονται και που αφήνουν τη μελέτη, τα σχετικά κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά) Μέθοδοι Αποτελέσματα, εκθέστε την κύρια έκβαση /συμπεράσματα συμπεριλαμβανομένου (όπου σχετικά) επίπεδα στατιστικών σημαντικών και εμπιστοσύνης , και συμπεράσματα, τα οποία πρέπει να αφορούν τους στόχους και τις υποθέσεις μελέτης.

Οι περιλήψεις για τις ανασκοπήσεις πρέπει να παρέχουν μια περίληψη υπό τους ακόλουθους τίτλους, όπου είναι δυνατόν: Στόχοι, σχέδιο, πηγές δεδομένων, μέθοδοι ανασκόπησης, αποτελέσματα, συμπεράσματα.

Οι περιλήψεις για τα άρθρα κριτικής βιβλίων πρέπει να παρέχουν μια συνοπτική περίληψη της γραμμής επιχειρήματος που ακολουθείται και συμπερασμάτων. Ένα δομημένο σχήμα δεν είναι ουσιαστικό.

Λέξεις-κλειδιά: Παρέχετε μεταξύ δύο και έξι λέξεις-κλειδιά κατά αλφαβητική σειρά, οι οποίες προσδιορίζουν ακριβώς το θέμα του άρθρου, σκοπό, μέθοδο και επίκεντρο. Χρησιμοποιήστε τον ιατρικό θησαυρό τίτλων (MeSH®) ή τον αθροιστικό δείκτη για τίτλους στην νοσηλευτική και υγείας (CINAHL) όπου είναι δυνατόν.

Κείμενο: στην εισαγωγή του κειμένου απαιτείται για όλα

τα άρθρα να έχουν μια αναφορά σε αυτό που είναι ήδη γνωστό για το θέμα και τι είναι αυτό που το άρθρο προσθέτει στην νοσηλευτική επιστήμη .

Πίνακες/αριθμοί: Οι πίνακες και οι αριθμοί είναι τυπωμένοι μόνο όταν εκφράζουν κάτι περισσότερο από αυτό που μπορεί να γίνει από τις λέξεις στο ίδιο ποσό διαστήματος. Δείξτε την προτεινόμενη τοποθέτηση των πινάκων ή των αριθμών στο κείμενο. Οι πίνακες πρέπει να αριθμηθούν με συνέπεια και να τους δοθεί ένας κατάλληλος τίτλος και κάθε πίνακα να δακτυλογραφείται σε ένα χωριστό φύλλο.

Συντμήσεις: Αποφύγετε τις συντμήσεις οπουδήποτε είναι δυνατόν. Οποιοσδήποτε συντμήσεις που οι συγγραφείς σκοπεύουν να χρησιμοποιήσουν πρέπει να καταγραφούν πλήρως και να ακολουθηθούν από γράμματα εντός παρενθέσεως την πρώτη φορά που εμφανίζονται, έκτοτε μόνο τα γράμματα εκτός παρένθεσης πρέπει να χρησιμοποιηθούν.

Στατιστική: οι πρότυποι μέθοδοι παρουσίασης στατιστικού υλικού πρέπει να χρησιμοποιηθούν. Όπου οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται δεν αναγνωρίζονται ευρέως μια εξήγηση και πλήρης αναφορά στις ευρέως προσιτές πηγές πρέπει να δοθούν.

συγκατάθεση Ενημέρωσης: Όπου είναι κατάλληλο οι συγγραφείς πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι η συγκατάθεση ενημέρωσης λήφθηκε από τους ανθρώπους και ότι η ηθική εκκαθάριση λήφθηκε από τις αρμόδιες αρχές.

Άδειες: Η άδεια να αναπαραχθεί το προηγούμενος δημοσιευμένο υλικό πρέπει να ληφθεί εγγράφως από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων (συνήθως ο εκδότης) και να αναγνωριστεί στο χειρόγραφο.

Ερωτηματολόγια: Ερωτηματολόγια και προγράμματα αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται στις ερευνητικές μελέτες που δεν είναι καθιερωμένα και καλά – γνωστά πρέπει να περιληφθούν ως παράρτημα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές: Όλες οι δημοσιεύσεις που αναφέρονται στο κείμενο πρέπει να παρουσιαστούν σε έναν κατάλογο βιβλιογραφικών αναφορών μετά από το κείμενο του χειρογράφου. Στο κείμενο αναφερθείτε στο όνομα του συγγραφέα (χωρίς αρχικά) και έτος δημοσίευσης (π.χ. «δεδομένου ότι Peterson (1993) έχει δείξει αυτό;» ή «αυτό το αποτέλεσμα υποστηρίζεται από τα αποτελέσματα που λήφθηκαν προηγούμενως (Kramer, 1994)»). Για τρεις ή περισσότερους συγγραφείς χρησιμοποιήστε τον πρώτο συγγραφέα που ακολουθείται από «και λοιποί.», στο κείμενο. Ο κατάλογος βιβλιογραφικών αναφορών πρέπει να τακτοποιηθεί αλφαβητικά με τα ονόματα των συγγραφέων. Το χειρόγραφο πρέπει να ελεγχθεί προσεκτικά για να εξασφαλίσετε ότι η ορθογραφία των ονομάτων των συγγραφέων και οι ημερομηνίες είναι ακριβώς οι ίδιες στο κείμενο όπως στον κατάλογο βιβλιογραφικών αναφο-

ρών. Οι αναφορές πρέπει να δοθούν στην ακόλουθη μορφή:

Arthur, D., Sohng, K.Y., Noh, C.H., Kim, S., 1998. The professional self concept of Korean hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies* 35 (3), 155-162.

Barnes, B., Bloor, D., 1982. Relativism, rationalism and the sociology of knowledge. In: Hollis, M., Lukes, S. (Eds.), *Rationality and Relativism*. Basil Blackwell, Oxford, pp. 21-47.

Dijkstra, A., Buist, G., Dassen, Th.W.N., 1996. Nursing-care dependency: development and psychometric testing of the NCD-scale for demented and mentally handicapped in-patients. In: *Proceedings of the 8th Biennial Conference of the WENR, Research on Nursing throughout the Lifespan*, vol. 1. Ekblad & Co, Vastervik, pp. 117-126.

Gower, B., 1997. *Scientific method: an historical and philosophical introduction*. Routledge, London.

ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΑ ΑΡΘΡΑ

Εάν υποβάλλετε εκ νέου ένα άρθρο που έχει αξιολογηθεί παρακαλώ περιλάβετε ένα ηλεκτρονικό μήνυμα ή μια επιστολή που παρέχουν μια λεπτομερή περιγραφή για το πώς έχετε απαντήσει στα σχόλια του εκδότη και των κριτών ή άλλη καθοδήγηση που μπορεί να είχατε λάβει. Όπου οι προτάσεις δεν έχουν ακολουθηθεί πρέπει να εξηγήσετε και να δικαιολογήσετε την απόφασή σας. Αυτό πρέπει να περιλαμβάνει μια συγκεκριμένη αναφορά από το τμήμα/αριθμός σελίδων/παραγράφου στις αλλαγές στο κείμενο.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Αποδείξεις /τυπογραφική διόρθωση

Οι αποδείξεις θα σταλούν στο συγγραφέα (στον συγγραφέα με πρώτο το όνομα του εάν κανένας συγγραφέας δεν προσδιορίζεται ως ο συγγραφέας σε επικοινωνία σε άρθρα με πολλούς συγγραφείς) και πρέπει να επιστραφούν μέσα σε 48 ώρες από την παραλαβή. Οι διορθώσεις πρέπει να περιοριστούν στα λάθη στοιχειοθεσίας οποιεσδήποτε άλλες μπορούν να χρεωθούν στο συγγραφέα.

Οποιοσδήποτε ερωτήσεις πρέπει να απαντηθούν πλήρως. Παρακαλώ σημειώστε ότι οι συντάκτες ωθούνται για να ελέγξουν τις αποδείξεις τους προσεκτικά πριν από την επιστροφή, δεδομένου ότι ο συνυπολογισμός των πρόσφατων διορθώσεων δεν μπορεί να εγγυηθεί. Οι αποδείξεις πρόκειται να επιστραφούν στην ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ, Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Ελλάδα

Ανάτυπα

Πέντε ανάτυπα θα δοθούν δωρεάν. Τα πρόσθετα ανάτυπα και τα αντίγραφα του άρθρου μπορούν να ζητηθούν σε ένα ειδικά μειωμένο ποσό κατόπιν αιτήσεως.

Πνευματικά δικαιώματα

Όλοι οι συγγραφείς πρέπει να υπογράψουν τη συμφωνία «μεταφοράς των πνευματικών δικαιωμάτων» προτού να μπορέσει να δημοσιευθεί το άρθρο. Αυτή η συμφωνία

μεταφοράς επιτρέπει στην ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ να προστατεύσει το υλικό για τους συγγραφείς, χωρίς ο συγγραφέας να παραιτείται από τα δικαιώματά του/της ιδιοκτησίας του. Η μεταφορά πνευματικών δικαιωμάτων καλύπτει τα αποκλειστικά δικαιώματα να αναπαρχθεί και να διανεμηθεί το άρθρο, συμπεριλαμβανομένων των ανατύπων, οι φωτογραφικές αναπαραγωγές, το μικροφίλμ ή οποιεσδήποτε άλλες αναπαραγωγές παρόμοιες φύσης, και οι μεταφράσεις. Περιλαμβάνει επίσης το δικαίωμα να προσαρμοστεί το άρθρο για τη χρήση από κοινού με ηλεκτρονικούς υπολογιστές και προγράμματα, συμπεριλαμβανομένης της αναπαραγωγής ή της δημοσίευσης με αναγνώσιμη από μηχανή μορφή και της ενσωμάτωσης στα συστήματα ανάκτησης. Οι συγγραφείς είναι αρμόδιοι για τη λήψη από την άδεια κατόχων πνευματικών δικαιωμάτων να αναπαραγάγουν οποιοδήποτε υλικό για το οποίο τα πνευματικά δικαιώματα υπάρχουν ήδη.

Οι ερωτήσεις για τις ερωτήσεις σχετικά με τη γενική υποβολή των χειρογράφων (συμπεριλαμβανομένου του ηλεκτρονικού κειμένου και καλλιτεχνίας) και τη κατάσταση των αποδεκτών χειρογράφων, παρακαλώ επικοινωνείτε με τον υπεύθυνο σύνταξης (hjns@otenet.gr)

Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

Σύσταση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ συστήθηκε δια του Νόμου 3252/2004 υπό την μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου και λειτουργεί ως επίσημος επαγγελματικός σύλλογος των Νοσηλευτών. Η εγγραφή σε αυτήν όλων των Νοσηλευτών, είναι υποχρεωτική, όπως συμβαίνει σε κάθε αντίστοιχο επιμελητήριο άλλων επαγγελματιών που λειτουργεί ως ρυθμιστικός φορέας και επίσημος σύμβουλος της Πολιτείας (Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών, Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος, κ.τ.λ).

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

Για να γίνουν κατανοητοί οι λόγοι που πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να είναι εγγεγραμμένοι, παραθέτουμε τους βασικότερους στόχους που περιγράφει ο Νόμος 3252/2004 και που καλείται να επιτελέσει η Ε.Ν.Ε:

- την προαγωγή και ανάπτυξη της Νοσηλευτικής ως ανεξάρτητης και αυτόνομης επιστήμης και τέχνης
- την έρευνα, ανάλυση και μελέτη των νοσηλευτικών θεμάτων και τη σύνταξη και υποβολή επιστημονικά τεκμηριωμένων μελετών για τα διάφορα νοσηλευτικά προβλήματα της χώρας
- τη διατύπωση εισηγήσεων για νοσηλευτικά θέματα
- τη διαρκή εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και επιμόρφωση των Νοσηλευτών και την υλοποίηση και αξιοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- τη συμμετοχή στην υλοποίηση προγραμμάτων που επιχορηγούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή άλλους διεθνείς οργανισμούς
- την έκδοση πιστοποιητικών, απαραίτητων για την άδεια άσκησης επαγγέλματος των Νοσηλευτών
- τον περιορισμό της αντιποίησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος
- την αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας
- την εκπροσώπηση της χώρας σε διεθνείς οργανισμούς του νοσηλευτικού κλάδου
- την έκδοση περιοδικού, ενημερωτικού δελτίου, συγγραμμάτων και φυλλαδίων για την ενημέρωση των μελών της αλλά και του κοινωνικού συνόλου
- τη μελέτη υγειονομικών θεμάτων και την οργάνωση επιστημονικών συνεδρίων αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλους φορείς
- τη δημιουργία επιτροπής δεοντολογίας και ηθικής του επαγγέλματος του νοσηλευτή
- τον καθορισμό και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων και
- την προστασία και προαγωγή της υγείας του Ελληνικού Λαού.

Μέλη της ΕΝΕ

Μέλη της Ε.Ν.Ε είναι υποχρεωτικώς όλοι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι: α) Τμημάτων Νοσηλευτικών Α.Ε.Ι., β) Νοσηλευτικών Τμημάτων Τ.Ε.Ι., γ) Πρώην Ανώτερων

Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων, Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δ) Πρώην Νοσηλευτικών Σχολών ΚΑΤΕΕ, ε) Νοσηλευτικών Σχολών ή Τμημάτων της αλλοδαπής, των οποίων τα διπλώματα έχουν αναγνωρισθεί ως ισότιμα με τα πτυχία των νοσηλευτικών σχολών της ημεδαπής από τις αρμόδιες υπηρεσίες και στ) Στρατιωτικών Ανωτάτων Νοσηλευτικών Σχολών.

Διάρθρωση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ διαρθρώνεται σε Κεντρική Διοίκηση, που εδρεύει στην Αθήνα και σε επτά Περιφερειακά Τμήματα, που λειτουργούν σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας.

Κεντρική Διοίκηση

Η Κεντρική Διοίκηση αποτελείται από 15μελές Δ.Σ και έχει έδρα την Αθήνα. Η διεύθυνση των γραφείων είναι: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Η ιστοσελίδα της Ε.Ν.Ε είναι www.enne.gr και το e-mail : info@enne.gr.

Περιφερειακά Τμήματα

Τα επτά Περιφερειακά Τμήματα (Π.Τ) της Ε.Ν.Ε, ακολουθούν τον αριθμό των Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.Π.Ε) και είναι τα ακόλουθα:

1. 1ο Π.Τ. Αττικής: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049
2. 2ο Π.Τ. Πειραιώς και Αιγαίου: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049
3. 3ο Π.Τ. Μακεδονίας: Μαβίλη II, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54630, τηλ. 2310522822 και fax. 2310522219
4. 4ο Π.Τ. Μακεδονίας και Θράκης: Μαβίλη II, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54630, τηλ. 2310522229 και fax. 2310522219
5. 5ο Π.Τ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας: Ναυαρίνου 2, Λάρισα, Τ.Κ. 41223, τηλ. 2410284866 και fax. 2410284871
6. 6ο Π.Τ. Πελοποννήσου, Ιονίων νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας: Υπάτης I και Ν.Ε.Ο Πάτρας – Αθήνας, Πάτρα, Τ.Κ. 26441, τηλ και fax. 2610 423830
7. 7ο Π.Τ. Κρήτης: Μενελάου Παρλαμά II6, Ηράκλειο, Τ.Κ. 73105, τηλ. 2810310366, 2810311684 και fax. 2810310014

Εγγραφή και συνδρομή των μελών

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να υποβάλλει αίτηση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα. Η αίτηση συνοδεύεται υποχρεωτικά από επικυρωμένα αντίγραφα πτυχίου και αστυνομικής ταυτότητας, δυο έγχρωμες φωτογραφίες, το αποδεικτικό της τραπεζικής κατάθεσης των 65 €, απλό φωτοαντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος και προαιρετικά από τους τίτλους που τυχόν κατέχει

το υποψήφιο μέλος (μεταπτυχιακό τίτλο, πιστοποιητικό γνώσης ξένης γλώσσας, κοινωνικές δραστηριότητες κ.τ.λ).

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να ανανεώνει την εγγραφή του ετησίως, αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικώς (όχι με fax) μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου, υποβάλλοντας σχετική δήλωση στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκει. Η δήλωση υποβάλλεται ταυτόχρονα με την καταβολή της ετήσιας συνδρομής, που έχει οριστεί δια του Νόμου 3252/2004 στο ποσό των σαράντα πέντε (45) ευρώ.

Σε κάθε Νοσηλευτή που εγγράφεται ή ανανεώνει την εγγραφή του στην ΕΝΕ χορηγείται Δελτίο Ταυτότητας Νοσηλευτή.

Άδεια άσκησης επαγγέλματος

Για την έκδοση από τις κατά τόπους Νομαρχίες της άδειας άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, οι νοσηλευτές οφείλουν να συμπεριλάβουν, μεταξύ των δικαιολογητικών, και βεβαίωση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα της Ε.Ν.Ε. Με την παραλαβή της άδειας άσκησης επαγγέλματος, υποχρεούνται να καταθέσουν άμεσα αντίγραφο αυτής, στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκουν.

Βάσει του Νόμου 3252/2004, όποιος ασκεί τη νοσηλευτική χωρίς να έχει άδεια άσκησης επαγγέλματος διώκεται ποινικά σύμφωνα με το άρθρο 458 του Ποινικού Κώδικα.

Καταγγελία για παράνομη άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος μπορεί να κάνει οποιοσδήποτε ιδιώτης στα Περιφερειακά Συμβούλια ή στο Δ.Σ. της Ε.Ν.Ε., το οποίο στη συνέχεια υποχρεούται να γνωστοποιήσει το γεγονός στις αρμόδιες δικαστικές αρχές.

Στις περιπτώσεις που επιβάλλεται πειθαρχική ποινή προσωρινής ή οριστικής διαγραφής από την Ε.Ν.Ε., αναστέλλεται αυτοδίκαια η άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Όργανα διοίκησης

Η Ε.Ν.Ε διοικείται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων και το Διοικητικό Συμβούλιο. Τα Περιφερειακά Τμήματα διοικούνται από την Γενική Συνέλευση και το Περιφερειακό Συμβούλιο.

Διεθνής εκπροσώπηση της Ε.Ν.Ε

Η Ε.Ν.Ε είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου Νοσηλευτών (F.E.P.I), κατέχοντας μια από τις επτά θέσεις του Διοικητικού της Συμβουλίου. Στην εν λόγω Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία συμμετέχουν ακόμα η Αγγλία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Πολωνία, η Κροατία, η Ρουμανία, η Πορτογαλία και υπό ένταξη είναι η Γαλλία, η Κύπρος και το Βέλγιο. Για περισσότερες πληροφορίες, συνδεθείτε με την ιστοσελίδα www.fepi.org.

Ανάδειξη και θητεία των αιρετών οργάνων διοίκησης

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ν.Ε, εκλέγεται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων. Οι Αντιπρόσωποι εκλέγονται χωριστά για κάθε Περιφερειακό Τμήμα από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος. Τα Περιφερειακά

Συμβούλια εκλέγονται ομοίως από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Περιφερειακού Τμήματος.

Οι εκλογές διεξάγονται κάθε τρία (3) χρόνια, ενώ συμμετέχουν σ'αυτές όσοι Νοσηλευτές είναι οικονομικώς τακτοποιημένοι.

Πειθαρχικός έλεγχος

Ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών της Ε.Ν.Ε ασκείται σε πρώτο βαθμό από τα Περιφερειακά Συμβούλια, που λειτουργούν και ως Πειθαρχικά Συμβούλια.

Ο δευτεροβάθμιος πειθαρχικός έλεγχος, καθώς και ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και των Περιφερειακών Συμβουλίων ασκείται από το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο, στο οποίο προεδρεύει Εφέτης των Πολιτικών Δικαστηρίων.

Επιστημονικό Περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» που αποτελεί και το επίσημο περιοδικό της. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα.

Το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό που εκδίδεται στην Ελληνική και την Αγγλική γλώσσα και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή με συμβολική αμοιβή σε όλους τους ενδιαφερόμενους ερευνητές, πανεπιστημιακούς δασκάλους, φοιτητές, σε όλη τη νοσηλευτική κοινότητα γενικότερα αλλά και στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (ΑΤΕΙ και ΑΕΙ) της ημεδαπής και της αλλοδαπής.

Παράλληλα παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση και στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν εποικοδομητικές κριτικές. Στο περιοδικό δημοσιεύονται ερευνητικές μελέτες, ανασκοπήσεις, πρωτότυπες πραγματείες και βιβλιοκριτικές.

Οι εργασίες που δημοσιεύονται, μοριοδοτούνται με τρόπο θεσμικά προβλεπόμενο και επικυρωμένο από την ελληνική νομοθεσία και σύμφωνα πάντα με τη διεθνή πρακτική.

Ενημερωτικό περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το μηνιαίο ενημερωτικό περιοδικό «Ο Ρυθμός της Υγείας», με σκοπό την ανάδειξη του νοσηλευτή ως ενιαίας ψυχοσωματικής, και επαγγελματικής οντότητας, με ενδιαφέροντα που κινούνται πέρα από τα τετριμμένα, αγκαλιάζοντας όλα τα επίπεδα της πολύπλευρης κοινωνικής του υπόστασης.

Ο Έλληνας νοσηλευτής, εκτός από την ανάγκη για την επίλυση πρωταρχικών ζητημάτων που τον απασχολούν ως επαγγελματία, έχει ανάγκη να εκφραστεί, να επικοινωνήσει, να διασκεδάσει και να προβάλλει πολύπλευρα τον κοινωνικό του προορισμό.

Έτσι, «Ο Ρυθμός της Υγείας», σκοπεύει να ενώσει τη φωνή όλων των νοσηλευτών της χώρας και να αποτελέσει ένα άμεσο και έγκυρο κανάλι επικοινωνίας, δίνοντας βήμα σε όλες ανεξαιρέτως της φωνές της επαγγελματικής –και όχι μόνο- κοινότητας.

Μελλοντικοί Στόχοι

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας, με τη συνεργασία όλων των μελών της, στοχεύει να υλοποιήσει και να ολοκληρώσει κάποια σημαντικά έργα που αποτελούν πάγια αιτήματα της νοσηλευτικής κοινότητας, ορισμένα από τα οποία ήδη άρχισαν να εκπονούνται:

- Καθορισμός και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων
- Δημιουργία ανοικτής γραμμής επικοινωνίας με σκοπό την καταγραφή και επίλυση των προβλημάτων των νοσηλευτών
- Ενίσχυση των διεθνών σχέσεων των ελλήνων νοσηλευτών με οργανισμούς, fora και ινστιτούτα του εξωτερικού
- Δημιουργία ηλεκτρονικής ψηφιακής βιβλιοθήκης η χρήση της οποίας θα είναι δωρεάν για τα μέλη της ΕΝΕ και προσβάσιμη από όλη την επικράτεια
- Προσφορά ειδικών εκπαιδευτικών και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων
- Διοργάνωση επιστημονικών συνεδρίων και ημερίδων με μοριοδότηση των συνέδρων νομικά ισχύουσα και κατο-

χυρωμένη

- Δημιουργία Ειδικών Επιτροπών Έργου, όπως Εκπαίδευσης, Τεκμηρίωσης, Διεθνών Σχέσεων και Ενημέρωσης
- Οργάνωση δικτύου εμπειρογνομόνων για νοσηλευτικά θέματα και παροχή νομοτεχνικών συμβουλών
- Οργάνωση και λειτουργία προγραμμάτων εξειδίκευσης
- Πιστοποίηση Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων και Νοσηλευτικής επάρκειας

Επικοινωνία

Οι νοσηλευτές μπορούν να απευθύνονται στα τηλέφωνα: 210 3648044, 3648048 (08:00- 15:00), στα fax:210 3648049, 3617859 και στο e- mail : info@enne.gr

- για επαγγελματικά θέματα
- για θέματα εκπαίδευσης
- για νομικά θέματα
- για την εγγραφή τους ή την ανανέωση αυτής
- για γενική ενημέρωση (συνέδρια, δράσεις, εκδηλώσεις κλπ)
- για τις προκηρύξεις μέσω ΑΣΕΠ
- για θέσεις εργασίας στον ευρύτερο τομέα της υγείας