

# Ο Ρόλος των Νοσηλευτών στην Αποκατάσταση Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια

Μαρία Μαγγανά,<sup>1</sup> Αλέξανδρος Μιχόπουλος<sup>2</sup>

## Nurses and Rehabilitation of Patients with Heart Failure

Abstract at the end of the article

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια ΠΕ

<sup>2</sup>Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, PhD,

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

«Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ»,

Διδάσκων ΠΔ 407/80, Τμήμα Νοσηλευτικής,

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

«Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ»

Υποβλήθηκε: 30.7.2013

Επανυποβλήθηκε: 27.2.2014

Εγκρίθηκε: 6.3.2014

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Αλέξανδρος Μιχόπουλος

Πατησίων 136, 115 27 Αθήνα

Τηλ.: 6944 423 173

e-mail: almihop@otenet.gr

**Εισαγωγή:** Η αποκατάσταση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια στηρίζεται ολοένα και περισσότερο διεθνώς σε νοσηλευτές, τόσο σε νοσοκομεία όσο και σε εξωνοσοκομειακές δομές, με προοπτική αφενός τη βελτίωση της κατάστασης υγείας των ασθενών και αφετέρου τη μείωση και την ανακατανομή των δαπανούμενων πόρων. **Σκοπός:** Η διερεύνηση των αποτελεσμάτων από προγράμματα αποκατάστασης ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια βασιζόμενα σε νοσηλευτές. **Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε διερεύνηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed, IATROTEK και Google Scholar (χρονικό διάστημα: 2000-2012), με τις εξής λέξεις-κλειδιά: “nurse-led clinics”, “rehabilitation”, “heart failure”, “nursing role”. **Αποτελέσματα:** Η British Heart Foundation αναφέρει μείωση κατά 43% στις εισαγωγές περιστατικών καρδιακής ανεπάρκειας και εξοικονόμηση £8.000.000 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας ετησίως. Στην Ιταλία, τα ποσοστά ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια σταδίων III-IV μειώθηκαν από 34,5% σε 12,3%. Σε πανεπιστημιακή κλινική για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια στη Ν. Καρολίνα (ΗΠΑ), οι επανεισαγωγές ελαττώθηκαν από 38 σε 19, οι ημέρες νοσηλείας από 4,3 σε 3,8 και το μέσο κόστος νοσηλείας μειώθηκε από \$10.624 σε \$5.893. Στην Ελλάδα, τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης περιορίζονται κυρίως στην ευεργετική επίδραση της άσκησης και της εκπαίδευσης σε άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια. **Συμπεράσματα:** Ο ρόλος των νοσηλευτών σε προγράμματα αποκατάστασης καρδιοπαθών αποδεικνύεται παγκοσμίως σήμερα καταλυτικός τόσο στη βελτίωση του επιπέδου υγείας τους όσο και στην εξοικονόμηση πόρων που ανακατανέμονται στο κοινωνικό σύνολο. Είναι ευνόητο ότι η υιοθέτηση παρόμοιων προγραμμάτων αποκατάστασης θα ήταν ευεργετική και για την ελληνική κοινωνία, ειδικά σε εποχές κρίσης, όπως η σημερινή.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Καρδιακή ανεπάρκεια, κλινικές αποκατάστασης, νοσηλευτικός ρόλος

## Εισαγωγή

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί το κυριότερο και συνηθέστερο χρόνιο καρδιολογικό νόσημα. Ως ΚΑ ορίζεται η ανικανότητα της καρδιάς να ανταποκρίνεται με την παροχή της στις περιφερικές ανάγκες των ιστών για οξυγόνο, μέσω της αιμάτωσής τους. Αυτό ισχύει, με την προϋπόθεση ότι η φλεβική επιστροφή

παραμένει φυσιολογική.<sup>1</sup> Η διάγνωση της ΚΑ μπορεί να τεθεί όταν υπάρχουν τυπικά συμπτώματα ΚΑ (είτε σε ανάπαυση είτε σε προσπάθεια), αντικειμενική διαπίστωση καρδιακής δυσλειτουργίας, ενώ σε περίπτωση αμφιβολίας η ανταπόκριση στα θεραπευτικά μέτρα μπορεί να παραμερίσει την αβεβαιότητα.<sup>2</sup> Αναφορικά με την ταξινόμηση των ασθενών στα διάφορα στάδια ΚΑ, υπάρχουν δύο τρόποι που χρησιμοποιούνται: ο πρώτος κατά ACC/AHA<sup>3</sup> εξετάζει το βαθμό βλάβης του μυοκαρδίου, ενώ ο δεύτερος κατά New York Heart Association (NYHA)<sup>4</sup> κατατάσσει τους ασθενείς ανάλογα με το βαθμό της λειτουργικής καρδιακής ικανότητας.

### Προγράμματα φροντίδας

Η διαδικασία αποκατάστασης μπορεί να αφορά στο διάστημα της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο, αλλά κύριος στόχος αυτών των προγραμμάτων είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε εξωνοσοκομειακές δομές. Το πρόγραμμα φροντίδας περιλαμβάνει ένα ευρύ πεδίο τεχνικών και μέτρων προληπτικής Καρδιολογίας και δεν περιορίζεται μόνο στην τήρηση ενός προγράμματος φυσικής δραστηριότητας, αλλά επεκτείνεται στα ζητήματα απλού καθημερινού ελέγχου που όμως συχνά δεν εφαρμόζονται ούτε από τους ίδιους τους ασθενείς ούτε από το περιβάλλον τους. Τέτοιες τεχνικές πρόληψης είναι ο τακτικός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης, η ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) και της δυσλιπιδαιμίας, ο έλεγχος του σωματικού βάρους και της διατροφής, η εφαρμογή άσκησης/φυσικής δραστηριότητας ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση, η ενθάρρυνση του ασθενούς να τηρεί τη φαρμακευτική του αγωγή, ενώ πολύ σημαντική είναι η ψυχολογική υποστήριξη και η αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης. Αυτές οι προσπάθειες έχουν ως ακρογωνιαίο λίθο το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που ορίζει την αντιμετώπιση του ασθενούς ως μια συνεχώς μεταβαλλόμενη οντότητα με ιδιαίτερες ανάγκες, επιθυμίες και δυνατότητες. Η παρεχόμενη φροντίδα υγείας εξατομικεύεται για τον κάθε ασθενή, σεβόμενη πάντα τις δυνατότητες αυτού και του υποστηρικτικού του δικτύου (οικογένεια, συνοδοί). Παράλληλα, η ΚΑ, εκτός από σοβαρή παθολογική κατάσταση είναι και σημαντικά δαπανηρή αφού το κόστος αντιμετώπισής της είναι υψηλό.<sup>5,6</sup>

### Έλεγχος φαρμακευτικής αγωγής, σακχάρου, χοληστερίνης, βάρους

Είναι δεδομένο ότι ένας ασθενής με ΚΑ τελικού σταδίου δεν μπορεί να ιαθεί πλήρως, οπότε η θεραπεία είναι συμπτωματική. Ωστόσο, ασθενής με ΚΑ μπορεί να μεταβεί σε προηγούμενο στάδιο με τη χορήγηση κατάλληλης

φαρμακευτικής αγωγής,<sup>7</sup> ανάλογα με το στάδιο ΚΑ. Στην ΚΑ σταδίου I, στόχος είναι η μείωση των παραγόντων κινδύνου που επιτυγχάνεται μέσω της εκπαίδευσης του ίδιου του ασθενούς ή του συνοδού του. Σε αυτό το στάδιο, η αγωγή στοχεύει στη διαχείριση της υπέρτασης με αναστολείς αγγειοτενσίνης (α-MEA και AT-2), στη βελτίωση της δυσλιπιδαιμίας με τη χρήση στατινών και τη σταθεροποίηση του ΣΔ με αντιδιαβητικά δισκία και ινσουλίνη.<sup>8</sup> Σύμφωνα με μελέτες, η χρήση στατινών και η μείωση της LDL ελαττώνουν σημαντικά τη θνησιμότητα, αυξάνοντας την επιβίωση.<sup>9</sup> Στην ΚΑ σταδίου II, στόχος είναι τόσο η μείωση των παραγόντων κινδύνου όσο και η επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χορήγηση α-MEA και AT-2 σε όλους τους ασθενείς και β-αποκλειστών σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν κατακράτηση υγρών ή ασθενείς που δεν χρειάζονται θεραπεία με ινότροπα.<sup>10</sup> Στην ΚΑ σταδίου III, σκοπός είναι η καθυστέρηση εξέλιξης της νόσου, η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η βελτίωση της επιβίωσης. Στη φαρμακευτική αγωγή (α-MEA, β-αποκλειστές, διουρητικά) προστίθενται και μη φαρμακευτικοί παράγοντες, όπως η μείωση νατρίου στη διατροφή και η ένταξη της φυσικής δραστηριότητας.

### Άσκηση

Η άσκηση μπορεί να ενταχθεί ενεργά στο κομμάτι της αποκατάστασης της ΚΑ, όπως προτείνεται από την πλειοψηφία των ερευνών, αλλά με κατάλληλη εκπαίδευση των ασθενών.<sup>11</sup> Όπως προκύπτει από μελέτες, η άσκηση σε συνδυασμό με την αποτελεσματική διαχείριση της ΚΑ και των συνοδών νοσημάτων έχει σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο και της θνησιμότητας.<sup>12,13</sup> Ωστόσο, η άσκηση πρέπει να προσαρμόζεται τόσο ως προς την ένταση και τη διάρκεια, όσο και ως προς τη μορφή (ισοτονική/ισομετρική, αερόβια/αναερόβια) ανάλογα με τον ασθενή. Όμως, παρά την ιδιαίτερη σημασία της άσκησης στην αποκατάσταση ασθενών με ΚΑ, φαίνεται ότι στην πράξη το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αδυνατεί να εκπαιδεύσει και να συμβουλευσει επαρκώς τους ασθενείς.<sup>14</sup>

### Συναισθηματικά προβλήματα-κατάθλιψη

Σύμφωνα με τον ορισμό στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (1946), υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Η συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής βασίζεται στην «απάντηση του ατόμου για την επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, την ψυχολογική και την κοινωνική διάσταση της ζωής του, απάντηση που επη-

ρεάζει το βαθμό στον οποίο το άτομο μπορεί να νοιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του». <sup>15</sup> Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυσχιδής και περιλαμβάνει τόσο την κατάσταση υγείας όσο και τις λειτουργικές ικανότητες του ατόμου. Άτομα με ΚΑ βιώνουν την απειλή της νόσου, καθώς και τις αλλαγές στην κοινωνική τους ζωή, στη λειτουργικότητα και την ψυχολογική τους ακεραιότητα. Η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα που συσχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΚΑ, αλλά και παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) και αύξησης της θνησιμότητας. Για τη διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης, εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά, πολύ χρήσιμη είναι η άσκηση, η δημιουργική ενασχόληση ανάλογα με τις προτιμήσεις του ασθενούς και ο παραγωγικός διάλογος. Τέλος, από άλλες έρευνες έχει βρεθεί σημαντική συσχέτιση μεταξύ του σταδίου ΚΑ κατά ΝΥΗΑ και του επιπέδου ποιότητας ζωής. <sup>16,17</sup> Άτομα με προχωρημένου σταδίου ΚΑ βιώνουν κόπωση, μείωση των λειτουργικών τους ικανοτήτων, εμφανίζουν διαταραχές στην ακεραιότητα του «εγώ» και οδηγούνται έτσι στη μείωση του επιπέδου ποιότητας ζωής.

### Σκοπός

Η διερεύνηση και η ανάδειξη του ρόλου και της συμμετοχής των νοσηλευτών σε προγράμματα αποκατάστασης ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια μέσω της ανασκόπησης των αποτελεσμάτων από προγράμματα αποκατάστασης, τόσο ενδονοσοκομειακά όσο και εξωνοσοκομειακά, σε παγκόσμιο επίπεδο.

### Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε διερεύνηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed, IATROTEK και Google Scholar (χρονικό διάστημα: 2000-2012), με τις εξής λέξεις-κλειδιά: “nurse-led clinics”, “rehabilitation”, “heart failure”, “nursing role”. Για την αποφυγή ξεπερασμένων και ανεπίκαιρων αντιλήψεων, εφαρμογών, τεχνικών και ερευνών, αποκλείστηκε βιβλιογραφία/αρθρογραφία προγενέστερη της τελευταίας εικοσαετίας (δηλαδή πρότερη του 1994).

### Αποτελέσματα

#### Κλινικές ελεγχόμενες από νοσηλευτές

##### *Ο ρόλος των ειδικευμένων νοσηλευτών*

Γενικά, η νοσηλευτική φροντίδα των χρόνιων καρδιολογικών ασθενών περιλαμβάνει τη συστηματική μέτρηση

και τον έλεγχο των ζωτικών σημείων, έλεγχο διατροφής-ισοζυγίου υγρών, έλεγχο φαρμακευτικής αγωγής, αναπνευστική υποστήριξη/διδασκαλία χρήσης σχετικών συσκευών, προγραμματισμό εμβολιασμών/μείωση πιθανότητας λοιμώξεων και συναισθηματική υποστήριξη. Ακόμα ειδικότερα, οι ειδικευμένοι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα υγείας, ειδικά σχεδιασμένη για ασθενείς με ΚΑ, μέσω ενός συγκεκριμένου πλάνου φροντίδας. Αυτό το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας θα καλύπτει τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς και θα προνοεί επίσης και για την κατάλληλη υποστήριξη των φροντιστών του. <sup>18</sup>

Τα άτομα που πάσχουν από ΚΑ έχουν ανάγκη από συμβουλευτική σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και τους τρόπους με τους οποίους μπορούν οι ίδιοι να συμβάλλουν στην καλύτερη πορεία της νόσου. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν τα προσόντα γι' αυτού του είδους τη συμβουλευτική, ώστε να είναι σε θέση να σχεδιάζουν και να υλοποιούν προγράμματα ενημέρωσης και διδασκαλίας των ασθενών σε θέματα που αφορούν στην ΚΑ. Έχει φανεί από μελέτες <sup>19</sup> ότι τα άτομα που πάσχουν και έχουν χαμηλά επίπεδα γνώσης και κατανόησης της καρδιακής ανεπάρκειας καταλήγουν σε επιδείνωση της νόσου, με αποτέλεσμα πολλές επανεισαγωγές στο νοσοκομείο. Σε κράτη όπου υπάρχουν εξειδικευμένες κλινικές με έμφαση στην ΚΑ, <sup>20,21</sup> ο ρόλος των νοσηλευτών περιλαμβάνει εκτός από την εκπαίδευση των ασθενών, την παρακολούθησή τους μετά το πέρας της ενδονοσοκομειακής τους νοσηλείας, την τηλεφωνική παροχή συμβουλών, τη φυσική εξέταση και την τροποποίηση της δόσης των φαρμάκων τους.

Οι νοσηλευτές με εξειδίκευση στην ΚΑ διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και στην εξασφάλιση παροχής τόσο της γενικής όσο και της εξειδικευμένης παρηγορητικής φροντίδας για τους ασθενείς με προχωρημένη ΚΑ. Πολλά είναι τα άτομα εκείνα που πάσχουν από ΚΑ και έχουν ανάγκη από επικοινωνία σχετικά με την παροχή παρηγορητικής φροντίδας και οι νοσηλευτές έχουν καίριο ρόλο σε αυτή την επικοινωνία. <sup>22</sup>

### Διεθνείς μελέτες

Το 1950 άρχισαν να εφαρμόζονται για πρώτη φορά στις ΗΠΑ προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης. Τα προγράμματα αυτά αρχικά αφορούσαν κυρίως σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου και εφαρμόζαν τη φυσική δραστηριότητα ως κύριο μέσο αποκατάστασης. Σήμερα, τα εν λόγω προγράμματα απευθύνονται κυρίως σε χρόνιους καρδιολογικούς ασθενείς και μάλιστα ασθενείς με χρόνια ΚΑ, ενώ μεριμνούν όχι μόνο για τη βελτίωση της ποιότητας

ζωής μέσω της άσκησης αλλά και μέσω της καθημερινής παρακολούθησης της λειτουργικότητας των ασθενών, την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Πρόσφατες μελέτες που δημοσιεύτηκαν από το Βρετανικό Καρδιολογικό Ίδρυμα BHF (British Heart Foundation) έδειξαν ότι η παροχή φροντίδας από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό εμφανίζει πολλά πλεονεκτήματα που αφορούν στην παροχή πληροφοριών και την εκπαίδευση των ασθενών και των συνοδών τους, τη βοήθεια για συμμόρφωση των ασθενών ως προς τη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής, τη μείωση των εξόδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των συνοδών τους.<sup>23</sup>

Για την Ευρώπη, από μελέτες έχει καταδειχθεί<sup>24</sup> ότι λίγες μόνο χώρες έχουν δώσει έμφαση στη δημιουργία και την υποστήριξη κλινικών αποκατάστασης ατόμων με ΚΑ. Οι κλινικές αυτές συνήθως δεν εδράζονται στο χώρο του νοσοκομείου και επανδρώνονται κυρίως από ιατρούς και νοσηλευτές.

Υπολογίζεται ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο<sup>25,26</sup> εμφανίζονται 63.000 νέα περιστατικά ΚΑ κάθε χρόνο. Η ΚΑ εκπροσωπεί το 5% επί του ποσοστού των επειγόντων ιατρικών περιστατικών και η δαπάνη για την αντιμετώπιση της αντιπροσωπεύει περίπου το 2% των συνολικών εσόδων του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρόγραμμα BHF στέφθηκε με επιτυχία, όπως φαίνεται από τη μείωση στις εισαγωγές περιστατικών ΚΑ κατά 43%, την εξοικονόμηση 1.826 £ ανά ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια και περίπου 8.000.000 £ στα συνολικά έσοδα του ΕΣΥ σε περίοδο ενός έτους. Μελέτες που προέκυψαν από τη διαρκή νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με ΚΑ έδειξαν ότι οι ασθενείς αναφέρουν μεγάλη ικανοποίηση ως προς την παροχή φροντίδας από τους ειδικευμένους νοσηλευτές, επιδεικνύουν μεγαλύτερο βαθμό συμμόρφωσης στη φαρμακευτική τους αγωγή, αφού φαίνεται να κατανοούν τη σοβαρότητα του προβλήματός τους και εμφανίζονται απαλλαγμένοι από λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Επίσης αποδείχθηκε ότι οι ασθενείς αισθάνονται περισσότερο ικανοί να φροντίσουν τον εαυτό τους (αυτονομία), ενώ οι συνοδοί δηλώνουν καλύτερα προετοιμασμένοι να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών. Τέλος, οι επανειλημμένες εισαγωγές των ασθενών στο νοσοκομείο παρουσίασαν σημαντική μείωση.

Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα που διεξήχθη στην Ιταλία<sup>27</sup> και εξέτασε 122 ασθενείς με ΧΚΑ, για το χρονικό διάστημα 2001-2005, επιτεύχθηκαν ιδιαίτερα σημαντικά αποτελέσματα μέσα από τη διεπιστημονική προσέγγιση στην αποκατάσταση των ασθενών με ΧΚΑ. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των επειγουσών

επανεισαγωγών των ασθενών στα νοσοκομεία από 54-56 ετησίως σε 14-21 σε διάστημα ενός έτους, ενώ σημαντική ήταν και η βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας των εν λόγω ασθενών, αφού όπως προέκυψε από την έρευνα, τα ποσοστά των ασθενών που κατατάσσονταν σε ΚΑ σταδίου I-II αυξήθηκαν, ενώ τα ποσοστά των ασθενών που κατατάσσονταν σε σταδίου ΚΑ III-IV μειώθηκαν. Τα ποσοστά των ασθενών με ΚΑ σταδίου I-II αυξήθηκαν από 65,5% σε 87,7% ενώ τα ποσοστά των ασθενών με ΚΑ σταδίου III-IV μειώθηκαν από 34,5% σε 12,3%.

Στις ΗΠΑ, οι κλινικές καρδιακής ανεπάρκειας τις οποίες διαχειρίζονται νοσηλευτές, εμφανίστηκαν την τελευταία εικοσαετία ως αποτέλεσμα των συστάσεων από διάφορα συμβουλευτικά όργανα της υγειονομικής περίθαλψης.<sup>28</sup> Τα πλεονεκτήματα που προέκυψαν από τη μείωση των επανεισαγωγών περιστατικών ΚΑ, αποτέλεσαν σημαντικό παράγοντα για τη δημιουργία αυτών των δομών.

Σε έρευνα που διεξήχθη σε πανεπιστημιακή κλινική για ασθενείς με ΚΑ στην πολιτεία Νότια Καρολίνα (South Carolina) των ΗΠΑ,<sup>29</sup> προέκυψε ότι όχι μόνο μειώθηκαν οι επανεισαγωγές και οι ημέρες νοσηλείας κατά την επανεισαγωγή, αλλά ελαττώθηκαν επίσης και τα νοσήλια (κόστος νοσηλείας) ανά ασθενή. Συγκεκριμένα, οι επανεισαγωγές ασθενών στην κλινική μειώθηκαν από 38 σε 19, ενώ οι ημέρες νοσηλείας σε κάθε επανεισαγωγή ελαττώθηκαν κατά μέσο όρο από 4,3 σε 3,8. Ακόμη, το μέσο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή μειώθηκε από \$10.624 σε \$5.893.

Στη Σουηδία, στο πλαίσιο έρευνας<sup>30</sup> παρακολουθήθηκαν 106 ασθενείς με ΚΑ σταδίων II-IV κατά ΝΥΗΑ. Η πρώτη επίσκεψη αυτών των ασθενών σε κλινική διοικούμενη αποκλειστικά από νοσηλευτές εξειδικευμένους στην ΚΑ, ήταν 2-3 εβδομάδες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων, οι νοσηλευτές αξιολογούσαν την κατάσταση των ασθενών και τη φαρμακευτική αγωγή που ελάμβαναν, ενώ, παράλληλα, ασκούσαν και συμβουλευτική τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στους συνοδούς τους. Η ετήσια αυτή παρακολούθηση έφερε σημαντικά αποτελέσματα. Οι θάνατοι μειώθηκαν από 20 σε 7 μέσα στο έτος, ενώ οι επανεισαγωγές ελαττώθηκαν από 56 σε 33 και οι ημέρες νοσηλείας από 592 σε 350 στους πρώτους τρεις μήνες. Επίσης, σημειώθηκε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό αυτοφροντίδας στους πρώτους τρεις μήνες ( $p=0,02$ ) και ακόμη περισσότερο στους δώδεκα μήνες ( $p=0,01$ ).

## Συζήτηση

Είναι γεγονός ότι ανά τον κόσμο τα προγράμματα αποκατάστασης και οι κλινικές που διοικούνται αποκλει-

στικά από νοσηλευτές, κατέχουν ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παρέχοντας αποτελεσματική και ταυτόχρονα οικονομικά αποδοτικότερη φροντίδα στους ασθενείς.<sup>31</sup> Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι ο αριθμός των νοσηλευτών με εξειδίκευση στην ΚΑ έχει αυξηθεί ιδιαίτερα κατά την τελευταία δεκαετία και ο ρόλος τους έχει εδραιωθεί σε πολλές χώρες παγκόσμια.<sup>28</sup>

Η εκτίμηση ενός ασθενούς με καρδιακή ανεπάρκεια περιλαμβάνει τις γνωστές αρχές της λήψης ιστορικού, της κλινικής εξέτασης και της παραγγελίας του κατάλληλου εργαστηριακού ελέγχου. Η κλινική εξέταση των ασθενών είναι γνωστό ότι πραγματοποιείται πρωτευόντως από τους ιατρούς. Ο ρόλος των ειδικευμένων νοσηλευτών, ωστόσο, επεκτείνεται και στην κλινική αξιολόγηση του πάσχοντα, κάνοντας έτσι επιτακτική την ανάγκη για διέγρυνση του γνωστικού υπόβαθρου και της κατάρτισης των εμπλεκόμενων νοσηλευτών, γεγονός που συνεπάγεται μεγαλύτερη ανάληψη ευθυνών που δεν θα αναλάμβαναν στο περιβάλλον μιας συμβατικής κλινικής κάποιου νοσοκομείου αλλά και παράλληλα υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση.

#### Διεπιστημονική συνεργασία

Η ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελεί σχετικά πρόσφατη εξέλιξη. Το 1978, με τη Διακήρυξη της Άλμα-Ατά στο Καζακστάν και τη συμμετοχή του ΠΟΥ<sup>32</sup> σημειώθηκε μεταξύ άλλων η ανάγκη για αποτελεσματικότερη συνεργασία των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας, καθώς και η συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σκοπό την πληρέστερη παροχή φροντίδας και την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών.

Η ανάπτυξη εξειδικεύσεων στο χώρο της υγείας ανέδειξε επίσης την ανάγκη για συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η εξειδίκευση σημαίνει και «εξειδικευμένη» μεθοδολογία στην παροχή φροντίδας ανάλογα με την ειδικότητα του κάθε επαγγελματία. Επίσης, οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις του χώρου υγείας καθιστούν αναγκαία τη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών και επιστημόνων και διευρύνουν τα παραδοσιακά πρότυπα σκέψης και πρακτικής.

Άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, όπως είναι η ΚΑ, δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν μονομερώς, αλλά είναι απαραίτητη η συνεργασία τόσο του ιατρικού όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού για την καλύτερη αντιμετώπιση και την επίτευξη υψηλότερων επιπέδων βελτίωσης της κατάστασης υγείας και παράλληλα ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.<sup>33</sup>

#### Ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα, τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης φαίνεται να περιορίζονται ως επί το πλείστον στην ευεργετική επίδραση της φυσικής άσκησης και της εκπαίδευσης σε άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια ή άλλο καρδιολογικό νόσημα. Παρά το γεγονός ότι έχει διαπιστωθεί πως οι ασθενείς που έχουν ένδειξη ένταξης σε προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης δεν δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την παρακολούθησή τους, κάτι που πάντως ισχύει, σε μικρότερο βαθμό βέβαια, και στα αντίστοιχα προγράμματα χωρών του εξωτερικού, έχει διαφανεί ότι άτομα που συμπλήρωσαν 36 συνεδρίες είχαν 18% χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου σχετικά με τα άτομα που είχαν συμπληρώσει 24 συνεδρίες, 29% χαμηλότερο κίνδυνο σε σχέση με τα άτομα που είχαν συμπληρώσει 12 συνεδρίες και 58% χαμηλότερο κίνδυνο σε σχέση με αυτούς που είχαν παρακολουθήσει μόνο μία συνεδρία. Σε παλαιότερες αντίστοιχες μελέτες, είχε σημειωθεί μείωση της συνολικής θνησιμότητας από καρδιακή ανεπάρκεια κατά 26-31% στο σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν σε προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης, γεγονός που συνηγορεί στο ότι τέτοιου είδους προγράμματα αποκατάστασης αποδεικνύονται σωτήρια για τη ζωή καρδιοπαθών και κατ' επέκταση των οικογενειών τους.

#### Συμπεράσματα

Με βάση το αδιαμφισβήτητο λοιπόν δεδομένο ότι τα προγράμματα αποκατάστασης ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια που βασίζονται σε νοσηλευτές έχουν, πέρα από συνεισφορά στην κλινική βελτίωση και την ελάττωση της θνησιμότητας, ιδιαίτερα θετική σχέση κόστους-οφέλους και κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effective programs), όπως αποδείχθηκε στα προγράμματα τα οποία εφαρμόστηκαν στο εξωτερικό, είναι ευνόητο ότι η υιοθέτηση αντίστοιχων προγραμμάτων και στην Ελλάδα θα οδηγούσε σε σημαντική εξοικονόμηση πόρων που θα μπορούσαν να διοχετευτούν περαιτέρω σε άλλους τομείς υγείας και πρόνοιας όπου υπάρχουν μεγάλες ανάγκες.

Το γεγονός μάλιστα ότι η χώρα μας βρίσκεται σήμερα σε περίοδο μεγάλης κοινωνικής κρίσης και οικονομικής ύφεσης καθιστά ακόμη μεγαλύτερη την αναγκαιότητα εφαρμογής αντίστοιχων μέτρων. Μέτρα που αφενός μέσω της συνεισφοράς στους ασθενείς και τις οικογένειές τους προσφέρουν στην κοινωνική και ανθρωπιστική αρωγή, αφετέρου μέσω του οικονομικού οφέλους εξοικονομούν πόρους, τόσο για τον τομέα της υγείας και πρόνοιας όσο και για το κοινωνικό σύνολο γενικότερα.

## ABSTRACT

## The Role of Nurses in the Rehabilitation of Patients with Heart Failure

Maria Magana,<sup>1</sup> Alexandros Mihopoulos<sup>2</sup><sup>1</sup>RN, <sup>2</sup>RN, MSc, PhD, "Korgialenio-Benakio Hellenic Red Cross" General Hospital of Athens, PD 407/80 Instructor, Faculty of Nursing, University of the Peloponnese, Sparta, Greece

**Introduction:** Internationally the rehabilitation of patients with heart failure (HF) relies increasingly on nurses, both in hospitals and outpatient units, with the potential of improving the health status of patients while allowing for reduction and redistribution of the available funds. **Aim:** To investigate reports on nursing-based rehabilitation programmes for individuals with HF. **Method:** A search was made in PubMed, Iatrotek and Google Scholar for the period 2000 to 2012, using the key-words "nurse-led clinics", "rehabilitation", "heart failure", "nursing role". **Results:** Evidence of the beneficial effects of rehabilitation programmes is strong. The British Heart Foundation reported a 43% decrease in admissions for HF incidents, with annual savings of £8,000,000 for the NHS. In Italy the percentage of patients with HF stage III-IV was reduced from 34.5% to 12.3%. In a university hospital for patients with HF in North Carolina (USA) re-admittance decreased from 38% to 19%, days of hospitalization decreased from 4.3 to 3.8 and the average cost of hospitalization decreased from \$10,624 to \$ 5,893. In Greece, cardiac rehabilitation programmes are mostly limited to information on the beneficial effects of exercise and training for individuals with HF. **Conclusions:** The role of nurses in heart rehabilitation programmes has been shown worldwide to be a catalyst for improvement of the level of health which saves resources that can be redistributed. These results indicate that the adoption of similar rehabilitation programmes would be beneficial for the Greek society, particularly in times of financial crisis such as the current situation.

**Key-words:** heart failure, nursing role, rehabilitation clinics



**Corresponding Author:** Alexandros Mihopoulos, 136 Patision street, GR-115 27 Athens, Greece, tel.: +30 6944 423 173, e-mail: almihop@otenet.gr

## Βιβλιογραφία

- Φερτάκης Α. Καρδιακή ανεπάρκεια. Στο: Παθολογική Φυσιολογία. Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2009:162-168.
- Classen M, Diehl V, Kochsiek K. Καρδιακή ανεπάρκεια. Στο: Εσωτερική Παθολογία και διαφορική διαγνωστική: Βασικές αρχές εσωτερικής Παθολογίας. Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2010:1244-1258.
- Hunt SA; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *J Am Coll Cardiol* 2005, 46:e1-e82.
- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur J Heart Fail* 2008, 10:933-989.
- Grange J. The role of nurses in the management of heart failure. *Heart* 2005, 91(Suppl 2):ii39-ii42.
- McMurray JJ, Stewart S. Nurse led, multidisciplinary intervention in chronic heart failure. *Heart* 1998, 80:430-431.
- Jessup M, Brozena S. Heart failure. *N Engl J Med* 2003, 348:2007-2018.
- Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, Eckel R et al. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: A scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2007, 30:162-172.
- Gastelurrutia P, Lupón J, de Antonio M, Urrutia A, Díez C, Coll R et al. Statins in heart failure: the paradox between large randomized clinical trials and real life. *Mayo Clin Proc* 2012, 87:555-560.
- Bristow MR. Beta-adrenergic receptor blockade in chronic heart failure. *Circulation* 2000, 101:558-569.
- Heart Failure Society of America. Nonpharmacologic management and health care maintenance in patients with chronic heart failure. *J Card Fail* 2006, 12:e29-e37.
- Flynn KE, Piña IL, Whellan DJ, Lin L, Blumenthal JA, Ellis SJ et al. Effects of exercise training on health status in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *JAMA* 2009, 301:1451-1459.
- Hambrecht R, Gielen S, Linke A, Fiehn E, Yu J, Walther C et al. Effects of exercise training on left ventricular function and peripheral resistance in patients with chronic heart failure: A



- randomized trial. *JAMA* 2000, 283:3095-3101.
14. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001, 345:892-902.
  15. Πολυκανδριώτη Μ, Βουλγαρίδου Κ, Θεμελή Α, Γαλύφα Δ, Λιάπη Ε, Κυρίτση Ε. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική* 2009, 48:94-104
  16. Coelho R, Ramos S, Prata J, Bettencourt P, Ferreira A, Cerqueira-Gomes M. Heart failure and health related quality of life. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005, 1:19.
  17. Masoudi FA, Rumsfeld JS, Havranek EP, House JA, Peterson ED, Krumholz HM et al. Age, functional capacity, and health-related quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail* 2004, 10:368-373.
  18. Bekelman DB, Plomondon ME, Sullivan MD, Nelson K, Hattler B, McBryde C et al. Patient-centered disease management (PCDM) for heart failure: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord* 2013, 13:49.
  19. Strömberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail* 2005, 7:363-369.
  20. Strömberg A, Mårtensson J, Fridlund B, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics in Sweden. *Eur J Heart Fail* 2001, 3:139-144.
  21. Strömberg A. Nurse-led heart failure clinics: Swedish experiences of advanced nursing practice during 10 years. *Pflege* 2004, 17:237-242.
  22. Hjelmfors L, Strömberg A, Friedrichsen M, Mårtensson J, Jaarsma T. Communicating prognosis and end-of-life care to heart failure patients: A survey of heart failure nurses' perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014, 13:152-161.
  23. British Heart Foundation. Cardiac rehabilitation. Available at: <http://www.bhf.org.uk/heart-health/living-with-heart-disease/cardiac-rehabilitation.aspx>.
  24. Jaarsma T, Strömberg A, De Geest S, Fridlund B, Heikkilä J, Mårtensson J et al. Heart failure management programmes in Europe. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006, 5:197-205.
  25. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995, 333:1190-1195.
  26. Stewart S, Vandenbroek AJ, Pearson S, Horowitz JD. Prolonged beneficial effects of a home-based intervention on unplanned readmissions and mortality among patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 1999, 159:257-261.
  27. Conte MR, Mainardi L, Iazzolino E, Casetta M, Asteggiano R, Lai F et al. Outpatient medical and nurse management program in patients with chronic heart failure in a large territorial area in Piedmont. Four years of follow-up. *Ital Heart J Suppl* 2005, 6:812-820.
  28. Blue L, McMurray J. How much responsibility should heart failure nurses take? *Eur J Heart Fail* 2005, 7:351-361.
  29. Paul S. Impact of a nurse-managed heart failure clinic: A pilot study. *Am J Crit Care* 2000, 9:140-146.
  30. Strömberg A, Mårtensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: Results from a prospective, randomised trial. *Eur Heart J* 2003, 24:1014-1023.
  31. Griffith R, Tengnah C. District nurse clinics: accountability and practice. *Br J Community Nurs* 2013, 18:94-97.
  32. Anonymous. Primary health care: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. *Nurs J India* 1979, 70:285-295.
  33. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2012, 33:1787-1847.