



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΔΕΝΤΣΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ M.Sc., M.Ed., HRD.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΣΙΕΜΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019

Ευχαριστίες:

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την υπομονή και την συμπαράσταση που μου έδειξαν όλα αυτά τα χρόνια στην προσπάθεια που έκανα.

Στη συνέχεια οφείλω να ευχαριστήσω το επιστημονικό και εκπαιδευτικό προσωπικό του νοσηλευτικού ιδρύματος που με την κατάρτιση και τις γνώσεις τους κατάφεραν να μου μεταδώσουν τα απαραίτητα εφόδια και να με εκπαιδεύσουν κατάλληλα.

Ευχαριστώ επίσης την τριμελή επιτροπή για την παρουσία τους και αξιολόγηση της πτυχιακής μου εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να εκφράσω θερμότερες ευχαριστίες στον επιβλέπον καθηγητή μου Δέντσικα Γεώργιο M.Sc., M.Ed., HRD για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε με την ανάθεση του θέματος της πτυχιακής εργασίας, την ενθάρρυνση, την υποστήριξη και τις υποδείξεις καθώς και οδηγίες που μου έδωσε για την διεκπεραίωση της πτυχιακής μου εργασίας.

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT:	8
1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	12
Γενικά:	12
Η Νοσηλευτική Φροντίδα στην Αγγλία και την Ευρώπη:	12
Η προσφορά της Florence Nightingale στη νοσηλευτική φροντίδα:.....	13
Η Nightingale στήριξε την διδασκαλία της στις εξής απόψεις:.....	13
Η Νοσηλευτική στη Βόρεια Αμερική:	14
Η συνεισφορά του Αμερικάνικου Ερυθρού Σταυρού:	14
Η εξέλιξη της Νοσηλευτικής στη Νεότερη και Νεότερη Ελλάδα:.....	15
2° ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	18
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	18
1. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	18
1.1 Γενικά:	18
1.2 Πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών:.....	18
2. ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ (Έλκη πίεσης)	19
2.1 Ορισμός:	19
2.1.1 Αιτιολογία:	20
2.1.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση:.....	20
2.1.3 Εκτίμηση έλκους:	21
2.1.4 Νοσηλευτικές διαγνώσεις:.....	22
2.1.5 Σχεδιασμός:	22
2.2 Παρεμβάσεις:	23
2.2.1 Χαμηλός κίνδυνος (15-18):	23
2.2.2 Μέτριος κίνδυνος (13-14):	23
2.2.3 Υψηλός κίνδυνος (10-12):.....	23
2.2.4 Πολύ υψηλός κίνδυνος (κάτω από 9):.....	24
2.3 Αξιολόγηση:	24
2.4 Πρόληψη των κατακλίσεων:	24
2.5 Κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη των κατακλίσεων:.....	24

3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	27
3.1 Γενικά:	27
3.1.1 Μηχανισμοί άμυνας:.....	27
3.1.2 Σημεία λοίμωξης χειρουργικού πεδίου:	27
3.1.3 Φλεγμονή:.....	29
3.1.4 Εκδηλώσεις της φλεγμονής:.....	29
3.1.5 Υπάρχουν πέντε κύρια τοπικά συμπτώματα μιας φλεγμονής:	29
3.1.6 Τα κύρια συστηματικά συμπτώματα είναι:	29
3.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση:	29
3.3 Αξιολόγηση:	30
3.3.1 Πυρετός:.....	30
3.3.2 Φυσική εξέταση:.....	31
3.3.3 Διαγνωστικές εξετάσεις:.....	31
3.3.4 Θα πρέπει να τηρούνται οι ακόλουθες κατευθυντήριες οδηγίες:	32
3.4 Νοσηλευτική διεργασία – Σχέδιο φροντίδας ασθενών με λοίμωξη:	33
3.4.1 Αξιολόγηση πόνου:	33
3.4.2 Αξιολόγηση πυρετού:	34
3.4.3 Αξιολόγηση κόπωσης:.....	34
3.4.4 Αξιολόγηση κατάστασης όγκου υγρών:.....	35
3.4.5 Αξιολόγηση άγχους σχετιζόμενου με λοιμώξεις:	35
3.4.6 Αξιολόγηση της γνώσης σχετικά με την διαδικασία ανάπτυξης της νόσου:.....	36
3.5 Φαρμακευτική αντιμετώπιση των λοιμώξεων:.....	36
3.5.1 Κατηγορίες φαρμάκων:	36
3.5.2 Ευθύνη νοσηλευτικού προσωπικού στην χορήγηση φαρμάκων:	37
3.6 Βασικές αρχές αλλαγής τραύματος για την αποφυγή λοιμώξεων:.....	38
4. ΠΟΝΟΣ	39
4.1 Γενικά:	39
4.1.1 Φυσιολογία του πόνου:.....	40
4.1.2 Το βίωμα του πόνου:	40
4.1.3 Τύποι πόνου:.....	41
4.1.4 Προσέγγιση αρρώστου με πόνο:	43
4.1.5 Τα ειδικά αντικειμενικά δεδομένα που πρέπει να συλλεγούν κατά συνέπεια περιλαμβάνουν:	43
4.1.6 Μετεγχειρητικός πόνος:	44

4.1.7 Γιατί θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ο πόνος:	44
4.2 Πως πρέπει να αντιμετωπίζεται ο πόνος:	45
4.3 Μέθοδοι αντιμετώπισης:	45
4.3.1 Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν:.....	46
4.3.2 Αναλγησία για μικροεπεμβάσεις και επεμβάσεις μέσης βαρύτητας:	46
4.3.3 Αναλγησία για μείζονες επεμβάσεις και τραύματα:.....	47
4.4 Αντιμετώπιση του πόνου μετά από μείζονες επεμβάσεις:.....	48
4.4.1 Έντονος μετεγχειρητικός πόνος:	49
4.5 Φάρμακα μετεγχειρητικής αναλγησίας:	50
4.5.1 Οπιοειδή:	50
4.5.2 Τοπικά αναισθητικά:	50
4.5.3 Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη:	51
4.6 Μορφές μετεγχειρητικής αναλγησίας:	51
4.6.1 Από του στόματος ή του ορθού(περιπατητικοί άρρωστοι):	52
4.6.2 Ενδομυϊκή αναλγησία (θάλαμος νοσηλείας):.....	52
4.6.3 Ενδοφλέβια αναλγησία:.....	53
4.6.4 Επισκληρίδια αναλγησία(θάλαμος νοσηλείας):	54
4.6.5 Άλλες μορφές(λιγότερο δημοφιλής).....	55
4.7 Πλεονεκτήματα αποτελεσματικής αναλγησίας:	56
4.7.1 Ψυχολογικά:	56
4.7.2 Φυσιολογικά:	56
4.7.3 Κοινωνικο-οικονομικά:	56
4.8 Νοσηλευτική αντιμετώπιση:	57
4.8.1 Σχεδιασμός φροντίδας:	57
4.8.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:.....	57
4.9 Μη φαρμακολογικά μέσα:.....	57
4.9.1 Μείωση άγχους:.....	57
4.9.2 Άγχος εξαιτίας αίσθησης πόνου:	58
4.9.3 Δερματική διέγερση:	59
4.9.4 Περισπασμός:	60
4.9.5 Αναλγησία εγειρόμενης φαντασίας:	61
4.9.6 Χαλάρωση:	62
4.9.7 Βιοατροφοδότηση:.....	62
4.9.8 Θεραπευτικό άγγιγμα:	62

4.10 Αξιολόγηση:	63
ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ	64
5.1 Ορισμός:	64
5.1.1 Αιτιοπαθογένεια:	64
5.1.2 Παράγοντες φλεβικής θρόμβωσης είναι οι ακόλουθοι:.....	64
5.1.3 Θρόμβος:	64
5.2 Κλινική εικόνα:	65
5.2.1 Κλινικά ευρήματα:	65
5.2.2 Διαφορική διάγνωση:	66
5.3 Θεραπεία:	66
5.3.1 Συστηματοποίηση της νοσηλευτικής φροντίδας:	66
5.3.2 Συμπληρωματικές οδηγίες:.....	66
5.3.3 Προφυλακτική θεραπεία:	66
5.4 Θεραπεία πνευμονικής εμβολής:.....	67
5.4.1 Αντιπηκτική αγωγή:	67
5.4.2 Θρομβόλυση:.....	68
5.4.3 Χειρουργική θεραπεία:	68
5.4.4 Επισημάνσεις στους νοσηλευτές:	68
5.5 Πρόληψη:	69
5.6 Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου:.....	69
5.6.1 Ιστορικό υγείας:.....	69
5.6.2 Φυσική εκτίμηση:	70
5.6.3 Εργαστηριακές εξετάσεις:	70
5.7 Προβλήματα του αρρώστου:	71
5.8 Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας:	72
5.8.1 Άμεσοι:	72
5.8.2 Μακροπρόθεσμοι:	72
5.9 Νοσηλευτική παρέμβαση:	72
5.9.1 Οξεία φάση:	72
5.9.2 Υποξεία φάση:.....	72
5.10 Αξιολόγηση:	73
5.11 Διδασκαλία ασθενούς πώς να βήχει αποτελεσματικά:	74
5.12 Πίνακας διδασκαλίας του ασθενούς στην πρόληψη της εμβολής:	75
ΕΡΕΥΝΑ- ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	77

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 92

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή:

Η ικανοποίηση του ασθενούς, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελούν έγκυρους δείκτες της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι δείκτες αυτοί προωθούν την βελτίωση της παρεχόμενης χειρουργικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Σκοπός:

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη των παραγόντων που προκύπτουν στους χειρουργικούς ασθενείς και τις μεθόδους που θα ακολουθήσει ο νοσηλευτής για την βελτίωση της παρεχόμενης χειρουργικής νοσηλευτικής φροντίδας

Υλικό – Μέθοδος:

Η εργασία αυτή εκπονήθηκε με την χρήση βιβλιογραφικής ανασκόπησης και διαδικτυακής έρευνας. Τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν είναι βιβλία και διαδικτυακές μηχανές αναζήτησης όπως το PubMed, το GoogleScholar και το iatronet.gr .

Αποτελέσματα:

Στα αποτελέσματα αναγράφονται οι παράγοντες που προκύπτουν σε ένα χειρουργικό ασθενή οι οποίοι θέλουν αντιμετώπιση, επίλυση και πρόληψη όπου είναι εφικτό. Η έγκαιρη διάγνωση, η αξιολόγηση και η άμεση παρέμβαση θα παίξουν σημαντικό ρόλο στην περαιτέρω πορεία του ασθενούς.

Συμπεράσματα:

Μετά από έρευνα που έγινε στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας συμπεραίνουμε ότι το μετεγχειρητικό περιβάλλον περίθαλψης παίζει καθοριστικό ρόλο στην μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς. Αυτό περιλαμβάνει ιατρικό και νοσηλευτικό το οποίο πρέπει να προσεγγίσει πολλούς παραμέτρους για την αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Λέξεις –Κλειδιά:

Νοσηλευτική χειρουργική φροντίδα, μετεγχειρητική φροντίδα, μέθοδοι βελτίωσης.

ABSTRACT:**Introduction:**

Patient satisfaction, safety and effectiveness of nursing care are valid indicators of the quality of health services provided. These indicators promote the improvement of the surgical nursing care provided.

Purpose:

The purpose of this thesis is to study the factors that arise in surgical patients and the methods that the nurse will follow to improve the surgical nursing care provided.

Material – Methods:

This work was prepared using bibliographic review and online research. The tools used are books and online search engines such as PubMed, GoogleScholar and iatronet.gr.

Results:

The results list the factors that arise in a surgical patient who want treatment, resolution and prevention where possible. Early diagnosis, evaluation and immediate intervention will play an important role in the patient's further course.

Conclusions:

Following the research done in the present thesis, we conclude that the postoperative care environment plays a decisive role in the postoperative course of the patient. This includes medical and nursing which must take into account many parameters to avoid post-operative complications.

Keywords:

Nursing surgical care, postoperative care, improvement methods.

1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κλινικοί δείκτες αξιολογούν τις δομές, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης. Ενώ χρησιμοποιείται ευρέως, ο ακριβής αριθμός και το επίπεδο επιστημονικών στοιχείων αυτοί οι δείκτες παραμένουν ασαφής. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση του αριθμού, του τύπου και της βάσης στοιχείων των κλινικών δεικτών δομής και της δομής που διατίθενται σήμερα για τη μέτρηση της ποιότητας και της ασφάλειας στην μετεγχειρητική φροντίδα.

Πραγματοποιήσαμε μια συστηματική επανεξέταση σε μηχανές αναζήτησης όπως τη Medline, την Embase, την Βιβλιογραφία(CINAHL), Cochrane, Google Scholar σε ευρωπαϊκές βάσεις δεδομένων μελετών σε Άγγλους ενήλικες (ηλικία > 18 ετών) που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία 10 χρόνια (Ιανουάριος 2005 έως Ιανουάριος 2016). Περιλάμβανε δημοσιεύσεις επαγγελματικών και κυβερνητικών οργανισμών και κατευθυντήριες γραμμές που περιγράφουν την ανάπτυξη, επικύρωση και χρήση δεικτών δομής και διεργασίας στην μετεγχειρητική φροντίδα.

Προσδιορίσαμε 43860 άρθρα περιοδικών και 43 σχετικές δημοσιεύσεις προγραμμάτων με δείκτες. Από αυτά, προσδιορίσαμε συνολικά 1282 κλινικούς δείκτες, χωρισμένους σε δομή (36%, n=463) και δείκτες διεργασίας ήταν η αποτελεσματικότητα (38%, n=475) και η ασφάλεια των ασθενών (29%, n=363). Η πλειοψηφία των δεικτών (53%, n=675) δεν είχε ένα επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων που αποδίδεται στη βιβλιογραφία τους. Οι μετρήσεις με επίκεντρο τον ασθενή αντιπροσώπευαν τους λιγότερους δημοσιευμένους κλινικούς δείκτες. Παρά τη διαδεδομένη χρήση, η πλειονότητα των κλινικών δεικτών δεν βασίζεται σε ισχυρό επίπεδο επιστημονικών στοιχείων. Μπορεί να υπάρχει πεδίο εφαρμογής για τη θέσπιση προτύπων για την ανάπτυξη και την επικύρωση των κλινικών δεικτών. Οι περισσότεροι δείκτες επικεντρώνονται στην αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης.

Οι κλινικοί δείκτες αξιολογούν τις δομές, τις διαδικασίες, και τα αποτελέσματα, και μπορούν να παράσχουν μια ποσοτική βάση για την ποιότητα. Η βελτίωση των πρακτικών, των αποτελεσμάτων και των δαπανών στη φροντίδα είναι σημαντική. Η μεταβλητότητα στις μετεγχειρητικές εκβάσεις δεν μπορεί να αποδοθεί μόνο στους παράγοντες κινδύνου του ασθενούς, η διαφοροποίηση θα οφείλεται σε διαφορετικές διαδικασίες και δομές φροντίδας στα ιατρικά κέντρα και κάποια παραλλαγή θα είναι απλά τυχαία ή μη κατανοημένη. Οι

δείκτες ταξινομούνται συνήθως σε συγκεκριμένες περιοχές φροντίδας χρησιμοποιώντας το εννοιολογικό μοντέλο της αξιολόγησης της ποιότητας που αναπτύχθηκε από το Donabedian. Εδώ, οι ασθενείς και οι προηγούμενες συνθήκες σε μία δομή ενός οργανισμού (πώς οργανώνεται η φροντίδα) υποβάλλονται σε διαδικασίες φροντίδας (αυτό που γίνεται), οδηγώντας σε υγειονομικής περίθαλψης γεγονότα (τα επιτευχθέντα αποτελέσματα). Οι δείκτες εξετάζουν όλα τα βήματα και τις ενέργειες που αναλαμβάνονται για την εφαρμογή μιας θεραπείας ή ενός επεισοδίου περίθαλψης. Οι δείκτες δομής αξιολογούν τις ρυθμίσεις στις οποίες λαμβάνει χώρα η υγειονομική περίθαλψη. Αυτά περιλαμβάνουν φυσικούς πόρους (όπως π.χ. τον αριθμό, τα προσόντα και τη διαθεσιμότητα του προσωπικού), και τη διοικητική δομή.

Μια προηγούμενη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έως το 2005 περιγράφει 108 δείκτες ποιότητας και αναισθησίας. Με πολλές νέες πρωτοβουλίες και περαιτέρω εξελίξεις μετά τη δημοσίευση της μελέτης, υποθέσαμε ότι ήταν πιθανό να έχουν αναπτυχθεί νέοι δείκτες ποιότητας. Με ουσιαστικά παράλληλη εργασία στον τομέα των αποτελεσμάτων ήδη σε εξέλιξη, αποφασίσαμε να περιορίσουμε την έρευνά μας για τη δομή και την επεξεργασία δεικτών. Σκοπός αυτής της συστηματικής αναθεώρησης ήταν η διερεύνηση της διαδικασίας και της δομής των κλινικών δεικτών που είναι επί του παρόντος διαθέσιμα, τη μέτρηση της ποιότητας και της ασφάλειας στην μετεγχειρητική περίθαλψη και το επίπεδο των επιστημονικών τους στοιχείων.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) ορίζει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ως «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και να είναι συνεπείς με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις». Υποδιαιρεί περαιτέρω την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στις έξι διαστάσεις της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας, της επικέντρωσης στον ασθενή, της επικαιρότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας.

Κλινικοί δείκτες: Ένας δείκτης είναι μια μετρήσιμη πτυχή της φροντίδας για την οποία υπάρχουν ενδείξεις ότι αντιπροσωπεύει την ποιότητα.

Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: Τα επίπεδα των αποδεικτικών στοιχείων για τα έγγραφα αυτά κατατάσσονται με βάση το Κέντρο Τεκμηριωμένης κλίμακας Ιατρικής της Οξφόρδης. Παρά την ευρεία χρήση, η πλειονότητα των δεικτών για τη μέτρηση της ποιότητας και της ασφάλειας στην μετεγχειρητική φροντίδα δεν είναι υποστηριζόμενη από υψηλό βαθμό επιστημονικών στοιχείων. Η αναφορά των αποδεικτικών στοιχείων που υποστηρίζουν αυτούς τους δείκτες είναι επίσης κακή. Οι περισσότεροι δείκτες επικεντρώνονται στην αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την αποδοτικότητα της φροντίδας, ενώ οι μετρήσεις με βάση τον ασθενή βρέθηκαν λιγότερο συχνά στη βιβλιογραφία.

Έχουμε εντοπίσει 261 κλινικούς δείκτες σχετικά με τη δομή και τη μέτρηση της διαδικασίας της μετεγχειρητικής φροντίδας. Η πλειοψηφία ήταν δείκτες διεργασίας (58%). Περίπου οι μισοί δείκτες δομής (51%) ήταν σχετικοί με το σύνολο της μετεγχειρητικής φροντίδας. Οι δείκτες διεργασίας ήταν περίπου ομοιόμορφα κατανομημένοι μεταξύ προεγχειρητικής (32%), περιεγχειρητικής (28%) και μετεγχειρητικής (27%) φροντίδας. Οι διαστάσεις της ποιότητας που εξετάζονταν συχνότερα ήταν η αποτελεσματικότητα (38%) και η ασφάλεια (29%) του ασθενή. Το πιο αξιοσημείωτο πόρισμα μας ήταν ότι η πλειονότητα των δεικτών (53%) δεν διέθετε ένα επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων στη βιβλιογραφία τους.

Αυτή είναι η πρώτη συστηματική ανασκόπηση των μετεγχειρητικών δεικτών διεργασίας και δομής που έχουν πραγματοποιηθεί, επιτρέποντας όχι άμεση σύγκριση με προηγούμενες εργασίες. Μια συστηματική αναθεώρηση που διευκρινίζει τον αριθμό των δεικτών που διατίθενται αποκλειστικά για την φροντίδα στην αναισθησία δημοσιεύθηκε το 2009. Αυτό ανίχνευσε 108 αναισθητικούς κλινικούς δείκτες, που χωρίστηκαν μεταξύ της διαδικασίας (42%) του αποτελέσματος (57%) και των δεικτών δομής (1%). Η επισκόπησή μας εστιάζοντας σε ολόκληρο το μετεγχειρητικό κομμάτι αναγνώρισε υψηλότερο ποσοστό σε δείκτες δομής. Η προηγούμενη συστηματική ανασκόπηση σε δείκτες που σχετίζονται με την αναισθησία επίσης κατέδειξαν ότι η πλειοψηφία (62%) των συνταγογραφικών δεικτών τους είχε χαμηλό επίπεδο σε στοιχεία που σχετίζονται με τις περιγραφές τους. Η ανασκόπηση μας δείχνει επίσης ότι οι περισσότεροι μετεγχειρητικοί δείκτες δεν έχουν κανένα ή πολύ χαμηλό συσχετισμένο επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων πέραν της εγκυρότητας του προσώπου. Οι κλινικοί δείκτες θα πρέπει να βασίζονται στα καλύτερα διαθέσιμα και τα πιο ισχυρά επιστημονικά στοιχεία. Η δύναμη των αποδεικτικών στοιχείων για έναν δείκτη θα καθορίσει την επιστημονική του ευρωστία και την πιθανότητα βελτίωσης του κλινικού δείκτη έτσι ώστε να παράγει συνεπείς και ουσιαστικές βελτιώσεις στην ποιότητα της φροντίδας. Επιπλέον, οι δείκτες γίνονται πειστικοί εάν στα εργαλεία βελτίωσης υπάρχει αιτιώδης συνάφεια με σημαντικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, εάν αποδειχθεί ότι έχει τεκμηριωθεί η προαναισθητική διαβούλευση και οδηγεί σε μείωση της μετεγχειρητικής νοσηρότητας, μόνο τότε μπορεί αυτός ο δείκτης να θεωρείται ένας έγκυρος στόχος βελτίωσης της ποιότητας.

Αυτός ο κατάλογος δεικτών πρέπει να συμβάλει στην προώθηση και την υποστήριξη της πρωτοβουλίας στην βελτίωση της ποιότητας στην μετεγχειρητική περίθαλψη. Πρέπει να υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία για την εγκυρότητα των δεικτών που διερευνήθηκαν όπως οι αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ της μετεγχειρητικής δομής της ποιότητας διεργασίας της δομής, τις διαδικασίες και αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης. Μπορεί να καθοριστούν και πρότυπα για την περιγραφή του επιπέδου των αποδεικτικών στοιχείων για δείκτες ποιότητας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου μετεγχειρητικού πλαισίου ανάπτυξης δεικτών ποιότητας για την ενίσχυση της επέκτασης των εφικτών, αξιόπιστων και

έγκυρων μετεγχειρητικών δεικτών. Υπάρχει επίσης ανάγκη για περισσότερους κλινικούς δείκτες με επίκεντρο τον ασθενή και δείκτες που εξασφαλίζουν την ισότητα της παρεχόμενης περίθαλψης (Chazapis *et al.*, 2018).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Γενικά:

Η τέχνη της νοσηλευτικής και της νοσηλευτικής φροντίδας έκανε τα πρώτα της βήματα στην πρωτόγονη εποχή, όπου ένας άνθρωπος απλώς φρόντιζε τον πάσχοντα συνάνθρωπο. Καθώς οι οικογενειακές ομάδες ενώνονταν μεταξύ τους σχηματίζοντας μικρές κοινωνίες, ορισμένα άτομα επέκτειναν τη δραστηριότητά τους στη φροντίδα των ασθενών, των αβοήθητων και των γηροντότερων. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η νοσηλευτική φροντίδα περιοριζόταν στην εξασφάλιση θαλπωρής και ανακούφισης του ασθενούς, στη φροντίδα και μέριμνα για τις βασικές του ανάγκες και στη χρήση θεραπευτικών βοτάνων (Dewit, 2009).

Η Νοσηλευτική Φροντίδα στην Αγγλία και την Ευρώπη:

Καθώς οι διάφοροι πολιτισμοί έκαναν την εμφάνισή τους, οι νοσηλευτές ήταν υπό καθοδήγηση των ιερέων, ιατρών, αφού η ασθένεια συχνά θεωρούνταν συνέπεια των αμαρτιών ή της δυσαρέσκειας του Θεού. Με τη διάδοση του Χριστιανισμού, η περίθαλψη των ασθενών τελούσε υπό την εποπτεία της Εκκλησίας. Ο Άγιος Παύλος εισήγαγε στη Ρώμη την εθελοντική διακονία ασθενών, με την δράση μιας γυναίκας που ονομαζόταν Φοίβη και που αποτελούσε την πρώτη επισκέπτρια νοσηλεύτρια στην ιστορία. Την εποχή εκείνη φρόντιζαν τους ασθενείς τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες. Η Νοσηλευτική αναγνωρίστηκε ως επιστήμη κατά την διάρκεια των Σταυροφοριών (1100-1200 μ.Χ.), οπότε κατασκευάστηκαν νοσοκομεία για την περίθαλψη του μεγάλου αριθμού των προσκυνητών οι οποίοι είχαν ανάγκη υγειονομικής περίθαλψης (Dewit, 2009).

Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρέχονταν από τα θρησκευτικά τάγματα στην Αγγλία άλλαξαν όταν ξέσπασε διαμάχη μεταξύ του βασιλιά Ερρίκου VIII της Αγγλίας και της Καθολικής Εκκλησίας το 1500 μ.Χ. Οι μοναχές και οι ιερείς εκδιώχθηκαν από την χώρα, οι ασθενείς εγκαταλείφθηκαν και τα νοσοκομεία τέθηκαν στη δικαιοδοσία της κυβέρνησης. Την εποχή εκείνη επιστρατεύθηκαν εγκληματίες, χήρες και ορφανά που με αντάλλαγμα την παροχή στέγης και τροφής, φρόντιζαν τους ασθενείς. Οι συνθήκες υγειονομικής περίθαλψης επιδεινώθηκαν δραματικά εκείνη την περίοδο (Dewit, 2009).

Η προσφορά της Florence Nightingale στη νοσηλευτική φροντίδα:

Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα η Αγγλίδα Florence Nightingale αισθάνθηκε ότι ο Θεός την καλούσε να γίνει νοσηλεύτρια. Σπούδασε στη Γερμανία με μια ομάδα Προτεσταντών γυναικών οι οποίες φρόντιζαν τους ασθενείς. Στη συνέχεια ασχολήθηκε με την αναμόρφωση και την λειτουργία ενός φιλανθρωπικού νοσοκομείου παιδαγωγών. Κατά τη διάρκεια του πολέμου της Κριμαίας η Florence Nightingale ζήτησε από την Στρατιωτική Διοίκηση να της επιτραπεί να εκπαιδεύσει γυναίκες στη φροντίδα ασθενών και τραυματιών. Μεριμνώντας για την καθαριότητα των θαλάμων και βελτιώνοντας τον εξαερισμό, την υγιεινή των αποχετεύσεων και την διατροφή, η αποτελούμενη από 38 νοσηλεύτριες ομάδα της μείωσε την θνητότητα από 60% σε 1%. Οι νοσηλεύτριες της Nightingale πραγματοποιούσαν τις επισκέψεις τους μετά την δύση του ηλίου με την βοήθεια μιας λυχνίας ελαίου. Έτσι, η λυχνία έγινε το επίσημο σύμβολο της Νοσηλευτικής. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Florence Nightingale διατηρούσε αρχεία και στατιστικές αναφορές που ισχυροποιούσαν τις θεωρίες της για την φροντίδα των ασθενών, πολλές από τις οποίες έχουν ισχύ και στις μέρες μας. Σε ένδειξη ευγνωμοσύνης, οι στρατευμένοι και οι οικογένειές τους πρόσφεραν δωρεές που χρησιμοποιήθηκαν για την ίδρυση και έναρξη λειτουργίας της πρώτης σχολής εκπαίδευσης νοσηλευτών, η οποία είχε την έδρα της στο νοσοκομείο St. Thomas στην Αγγλία (Dewit, 2009).

Η Nightingale στήριζε την διδασκαλία της στις εξής απόψεις:

- Η διατροφή αποτελεί σημαντικό μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας
- Ο καθαρός, φρέσκος αέρας είναι ευεργετικός για τους ασθενείς
- Οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία που περιλαμβάνει πτυχές όπως η δημιουργική απασχόληση και η αναψυχή
- Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμβάλλουν στην αναγνώριση και ικανοποίηση των ατομικών των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης και της παροχής ψυχολογικής υποστήριξης.
- Υπάρχουν δύο καταστάσεις προς τις οποίες θα πρέπει να κατευθύνεται η νοσηλευτική: η υγεία και η ασθένεια.
- Η νοσηλευτική διακρίνεται και διαχωρίζεται από την ιατρική επιστήμη, ενώ πρέπει να διδάσκεται από νοσηλευτές.
- Η συνεχής επιμόρφωση είναι απαραίτητη για τους νοσηλευτές.

Αυτές οι απόψεις ακόμη και σήμερα αποτελούν θεμέλια της νοσηλευτικής (Dewit, 2009).

Η Νοσηλευτική στη Βόρεια Αμερική:

Κατά τη διάρκεια του εμφύλιου στην Αμερική υπήρχε τραγικό έλλειμμα στη νοσηλευτική φροντίδα. Στη φάση αυτή ανατέθηκε από την Κυβέρνηση Ένωσης στην Dorothea Dix, κοινωνική λειτουργό, η οργάνωση εθελοντριών γυναικών προκειμένου να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα στους στρατιώτες. Οι εθελόντριες αυτές εκτελούσαν έργο παρόμοιο με αυτό που εκτελούσαν οι σημερινοί βοηθοί νοσηλευτές. Η Clara Barton συγκέντρωσε εθελόντριες σε μονάδες για την περίθαλψη των στρατιωτών και των δύο αντιμαχόμενων παρατάξεων. Αργότερα ίδρυσε τον Αμερικάνικο Ερυθρό Σταυρό (Dewit, 2009).

Η συνεισφορά του Αμερικάνικου Ερυθρού Σταυρού:

Αυτή η ιστορική αναδρομή από τη Νοσηλευτική της Δημόσιας Υγείας (Ramsay, 1952) στις Ηνωμένες Πολιτείες συνοψίζει την ιστορία των νοσηλευτικών υπηρεσιών δημόσιας υγείας που παρείχε ο Ερυθρός Σταυρός από τη δημιουργία του το 1912 μέχρι τον τερματισμό του τον Ιούνιο του 1951. Ο συγγραφέας του άρθρου ήταν στις δημόσιες σχέσεις του Ερυθρού Σταυρού. Το άρθρο είναι ιστορικά σημαντικό γιατί παρέχει χρονολογίες και στοιχεία που αναφέρονται στον ρόλο του Ερυθρού Σταυρού θεσμοθετώντας τη δημόσια νοσοκομειακή νοσηλευτική περίθαλψη και την νοσηλεία κατοίκων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αξιοσημείωτες είναι οι τρεις νοσηλευτικές υπηρεσίες μέσω των οποίων λειτουργούσε ο Ερυθρός Σταυρός κατά το πρώτο μισό του 20ου αιώνα. Η Jane A. Delano αναφέρεται στη δημιουργία του νοσηλευτή του Ερυθρού Σταυρού που παρέχει υπηρεσίες αρχικά σε αγροτικές περιοχές και καθοδηγείτε από τον Fannie Clement. Ωστόσο σε σύντομο χρονικό διάστημα, η Υπηρεσία Νοσηλευτικής της πόλης και της χώρας που δημιουργήθηκε δεν περιλαμβάνει μόνο την νοσηλευτική της δημόσιας υγείας που παρέχεται από τον Ερυθρό Σταυρό στις αγροτικές περιοχές. Ο τελικός μετασχηματισμός ήρθε όταν η υπηρεσία μετονομάστηκε και πάλι, αυτή τη φορά για να τονίσει την πιο θεμελιώδη αποστολή της, που είναι η Υπηρεσία Υγείας Νοσηλευτικής του Ερυθρού Σταυρού (Ramsay, 2012).

Η επίσημη αυλαία έπεσε όταν μία από τις πιο σημαντικές δραστηριότητες στην αμερικανική νοσηλευτική περνά στην ιστορία με το κλείσιμο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης του Αμερικανικού Ερυθρού Σταυρού. Για σαράντα χρόνια υπερασπίστηκε ο Ερυθρός Σταυρός την υγειονομική περίθαλψη. Οι είκοσι δύο χιλιάδες Αμερικανοί νοσηλευτές που από το 1920 είχαν βραβευτεί με το μετάλλιο της Florence Nightingale, χωρίς καμία εξαίρεση, έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην πορεία του Ερυθρού Σταυρού πάνω στην νοσηλευτική και πάνω από τα δύο τρίτα από αυτούς συμμετείχαν ενεργά στην υπηρεσία. Η κατοίκων νοσηλεία που παρέχεται από την Εταιρεία του Ερυθρού Σταυρού της Φιλαδέλφειας κατά τη διάρκεια πλημμύρας το 1889 ήταν η πιο σημαντική για την χώρα, η οποία θα μπορούσε να ονομαστεί ως δημόσια παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατά τη σημερινή αντίληψη. Επιπροσθέτως

εκτός από την κάλυψη των άμεσων αναγκών των θυμάτων της πλημμύρας, επικεντρώθηκαν στην αξία της επί κλίνης φροντίδας επί μονίμου βάσης. Διεγείρουν και διευρύνουν τη δραστηριότητα του εκείνοι που είχαν οραματιστεί και εργάζονταν για μια ευρέως διαδεδομένη υπηρεσία (Ramsay, 2012).

Όταν ξεκίνησε η αγροτική νοσηλευτική υπηρεσία να λειτουργεί το 1912 τα επίσημα τμήματα υγείας ήταν σπάνια και λίγα, συμπεριλαμβανόμενες και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Σε πολλές κοινότητες με αυξανόμενη συνείδηση αναγκάζονται να στραφούν προς τον Ερυθρό Σταυρό για στήριξη, καθοδήγηση και βοήθεια. Ένα πρώιμο εμπόδιο ήταν η έλλειψη επαρκούς αριθμού προετοιμασμένου νοσηλευτικού προσωπικού δημόσιας υγείας. Με τον καιρό ο Ερυθρός Σταυρός έδωσε υποτροφίες και δάνεια σε επαγγελματίες νοσηλευτές για μεταπτυχιακές σπουδές στη νοσηλευτική δημόσιας υγείας και επίσης επιδοτούσε τέτοια μαθήματα. Λίγο αργότερα η υπηρεσία που δραστηριοποιείτο σε περιοχές που κατέστησαν τον τίτλο αγροτικές επεκτάθηκαν στην πόλη και στην ευρύτερη χώρα. Η νοσηλευτική της δημόσιας υγείας του Ερυθρού Σταυρού άνθισε και προσαρμόστηκε με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες και τις αλλαγές καθώς επίσης ο οργανισμός συνεργάστηκε άριστα για την επίτευξη του τελικού του στόχου (Ramsay, 2012).

Ο πόλεμος ήρθε και πάλι να ασκήσει πίεση στον Ερυθρό Σταυρό και των νοσηλευτών της δημόσιας υγείας. Για άλλη μια φορά οι νοσηλευτές της δημόσιας υγείας έπρεπε να συνεργαστούν με τις οικογένειες των ανδρών που τέθηκαν σε υπηρεσία, να εξυπηρετήσουν γύρω από στρατόπεδα και να επισκέπτονται τα σπίτια των οικογενειών των οποίων ο στύλος και η υποστήριξη τέθηκε σε λειτουργία (Ramsay, 2012).

Έτσι, συνεχώς, ξανά και ξανά, κινούνταν πάντα στις ανάγκες των δημόσιων απαιτήσεων, μέχρις ότου ληφθούν και καθιερωθούν νέες υπηρεσίες να αναλάβουν δουλειά και σταδιακά να κλείσουν εκείνες όπως κοινοτικές υπηρεσίες και εθελοντικές όπως ο Ερυθρός Σταυρός (Ramsay, 2012).

Η εξέλιξη της Νοσηλευτικής στη Νεότερη και Νεότερη Ελλάδα:

Η Ελληνική Νοσηλευτική δεν έμεινε ανεπηρέαστη από την παγκόσμια ανάπτυξη της Νοσηλευτικής και ακολούθησε ισάξια πορεία στο πέρασμα των χρόνων, με ιδιαίτερα σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια (Nurse-educate.blogspot.com, 2019).

Μετά την άλωση της Κωνσταντινούπολης, το 1453, η οργανωμένη Νοσηλευτική σταματά να αναπτύσσεται και αφήνεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Κατά την πολιορκία της Θεσσαλονίκης από τους Τούρκους οι γυναίκες προσέφεραν νοσηλευτικές υπηρεσίες. Αργότερα, και καθ' όλη τη διάρκεια της Τουρκοκρατίας, τα μοναστήρια αποτέλεσαν κέντρα

κοινωνικής πρόνοιας και νοσηλευτικής περίθαλψης. Μετά την απελευθέρωση η υγειονομική κατάσταση της χώρας ήταν άθλια. Ο πρώτος κυβερνήτης της Ελλάδας, Ιωάννης Καποδίστριας, ήταν γιατρός και κατά την επιδημία της πανώλης το 1829 έλαβε όλα τα μέτρα της απομόνωσης της Αίγινας και των άλλων νησιών και πέτυχε την πρόληψη της εξάπλωσης της νόσου σε όλη την Ελλάδα (Nurse-educate.blogspot.com, 2019).

Το 1835 ιδρύεται η Ιατρική Εταιρία Αθηνών και το 1837 η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το πρώτο Νοσοκομείο των Αθηνών ήταν το Στρατιωτικό Νοσοκομείο «Μακρυγιάννη» (1836) και το πολιτικό Νοσοκομείο «Η Ελπίς» (1836) (Nurse-educate.blogspot.com, 2019).

Η πρώτη προσπάθεια εκπαίδευσης και κατάρτισης Νοσοκόμων έγινε από τη Βασίλισσα Όλγα το 1875 με την ίδρυση της πρώτης Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων, της Σχολής του «Ευαγγελισμού», της τρίτης παγκοσμίως. Το 1884 ιδρύεται το θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός» σκοπός του οποίου ήταν η κατά κανόνας της επίσημης μόρφωσης νοσοκόμων γυναικών. Η φοίτηση στη σχολή είχε αρχικά διάρκεια 2 ετών και αργότερα έγινε τριετής. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Σχολής είχε αντίκτυπο στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του θεραπευτηρίου και στη παρεχόμενη νοσηλεία των ασθενών. Διοργανώνονται επιμορφωτικά μαθήματα, σεμινάρια και ειδικά συμπόσια. Απόφοιτοι της Σχολής μετεκπαιδεύονται στο εξωτερικό όπως και «Διπλωματούχες Αδελφές» άλλων χωρών επισκέπτονται τον Ευαγγελισμό και ενημερώνονται για την ελληνική Νοσηλευτική. Εργάζονται σκληρά με κόπο, πόνο, ιδρώτα και ηρωισμό και κατά τους Βαλκανικούς πολέμους (1912-1913) και κατά τον πόλεμο του '40-'41, όπως επίσης σε επιδημίες γρίπης (1918) και δάγγειου πυρετού (1928) (Nurse-educate.blogspot.com, 2019).

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η ίδρυση αυτής της σχολής ήταν ορόσημο για την ελληνική Νοσηλευτική. Δεύτερο εξίσου σημαντικό βήμα ήταν η ίδρυση του «Συνδέσμου Ελληνίδων Νοσοκόμων» το 1923, σκοπός του οποίου ήταν: 1) η πρόοδος της Νοσηλείας, 2) η αμοιβαία βοήθεια των μελών αυτού και 3) η προαγωγή των συμφερόντων του επαγγέλματος της νοσηλείας. Το 1929 ο Σύνδεσμος γίνεται δεκτός στο Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών. Το 1930 αλλάζει ο τίτλος του σε «Εθνικό Σύνδεσμο Διπλωματούχων Ελληνίδων Νοσηλευτριών Ελλάδας»(ΕΣΔΝΕ). Στη χρονική ακολουθία και κατά το έτος 1924, ιδρύεται η Σχολή Νοσοκόμων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, η πρώτη στην Ελλάδα με τριετές πρόγραμμα εκπαίδευσης από την ίδρυσή της, ενώ κατά το 1935 ιδρύεται το πρώτο Κέντρο Υγείας, στην Αθήνα. Το Μάιο του 1948 ιδρύεται το τμήμα Νοσοκόμων στο Υπουργείο Υγείας, το οποίο ήταν υπεύθυνο για την Νοσηλευτική εκπαίδευση, την τήρηση Μητρώου Νοσηλευτών και για όλα τα θέματα που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος. Ιδρύονται πολλές νοσηλευτικές σχολές στα νοσοκομεία και απαιτείται απολυτήριο τριτάξιου Γυμνασίου για την εισαγωγή

στις σχολές. Ενδεικτικά αναφέρονται οι: Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. «Σοφία Σλήμαν» του Γενικού Νοσοκομείου Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης, Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. Γενικού Νοσοκομείου ΚΑΤ και άλλες, οι οποίες ανήκουν στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας. Η εκπαίδευση διεκπεραιώνεται το 1960 με θέματα κοινωνικών επιστημών, Μεθόδων Διοίκησης και διδασκαλίας, Νομοθεσίας, Δημόσιας Υγιεινής, Παιδιατρικής και Ψυχιατρικής. Η Ελλάδα ήταν η πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα που εφάρμοσε γενικευμένο νοσηλευτικό πρόγραμμα, όπως η Αμερική και ο Καναδάς πολλά χρόνια πριν (Nurse-educate.blogspot.com, 2019).

2° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1.1 Γενικά:

Ακόμη και μετά από επαρκή προεγχειρητική αξιολόγηση, άρτια χειρουργική τεχνική, καλή αναισθησία και σωστή περιεγχειρητική διαχείριση ενός ασθενή είναι δυνατόν κατά την μετεγχειρητική περίοδο να εκδηλωθούν αναπάντεχα κλινικά σημεία ή συμπτώματα που υποδηλώνουν την εμφάνιση μιας επιπλοκής. Η έγκαιρη ανακάλυψη αυτών των κλινικών σημείων με την τακτική παρακολούθηση και επανεξέταση του ασθενή από τον χειρουργό μπορεί συχνά να προλάβει μια σοβαρή επιδείνωση της κατάστασης του.

Η αντιμετώπιση προβλημάτων π.χ. πόνος έχει ως προϋπόθεση την έγκαιρη σωστή διάγνωση και στην συνέχεια την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση. Ο προσδιορισμός της αιτίας που μπορεί να ευθύνεται για το εκάστοτε πρόβλημα μπορεί να είναι δύσκολος ιδιαίτερα αν ο ασθενής παρουσιάζει υπερένταση ή άγχος ή πόνο ή αν δεν έχει ανανήψει πλήρως από την αναισθησία. Έχει πολύ μεγάλη σημασία να εξετάσει κανείς προσεκτικά τον ασθενή και αν χρειαστεί να παραγγείλει τις κατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις, ασχέτως ώρας, όταν η επιδείνωση της κατάστασης του αρρώστου υποδηλώνει δυνητικά σοβαρή, αλλά συχνά αντιμετωπίσιμη. Θα πρέπει επίσης να εξετάζεται το ενδεχόμενο να κληθεί για βοήθεια ένας γιατρός με μεγάλη εμπειρία (Quick et al., 2014).

1.2 Πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών:

Μία σημαντική ευθύνη του νοσηλευτή σε μια χειρουργική κλινική είναι να προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές όταν αυτό είναι δυνατόν.

2. ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ (Έλκη πίεσης)

2.1 Ορισμός:

Τα έλκη πίεσης αναπτύσσονται όταν η πίεση προκαλεί μείωση της κυκλοφορίας σε μια περιοχή του σώματος. Η συμπίεση παρεμβαίνει στην αιματική παροχή του ιστού οδηγώντας σε αγγειακή ανεπάρκεια, ιστική ανοξία και κυτταρικό θάνατο, με αποτέλεσμα την ιστική νέκρωση. Σύμφωνα με την Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή ελκών από πίεση(NPUAP) και την αντίστοιχη Ευρωπαϊκή (European Pressure Ulcer Advisory Panel-EPUAP) (EPUAP&NPUAP,200) «το έλκος από πίεση είναι μια εντοπισμένη βλάβη του δέρματος ή και του υποδόριου ιστού συνήθως πάνω από οστική προεξοχή και είναι αποτέλεσμα της πίεσης ή της πίεσης σε συνδυασμό με την τριβή» (Osborn et al., 2016).

Τα έλκη πίεσης συνήθως αναπτύσσονται σε άτομα τρίτης ηλικίας, ωστόσο οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν το μοναδικό πληθυσμό με κίνδυνο ανάπτυξης ελκών. Ασθενείς με παραπληγία, τετραπληγία, εγκεφαλικό επεισόδιο, κατάθλιψη, αλλά και οποιοδήποτε άτομο που δεν μετακινείται (μετά από χειρουργείο) ή δεν θα μετακινηθεί για να ανακουφίσει την πάσχουσα περιοχή υπό πίεση ,μπορεί να παρουσιάσει έλκη πίεσης (Osborn et al., 2016).

Οι συνηθέστερες περιοχές όπου ασκείται πίεση είναι εκείνες που έρχονται σε επαφή με την κλίνη κατά την κατάκλιση. Η πτέρνα, η περιοχή του ιερού οστού, το ισχίο και η οσφυϊκή χώρα είναι οι συνηθέστερες περιοχές. Άλλες περιοχές είναι οι αγκώνες, η ινιακή χώρα της κεφαλής, η σπονδυλική στήλη, ακόμη και τα αυτιά (Osborn et al., 2016).



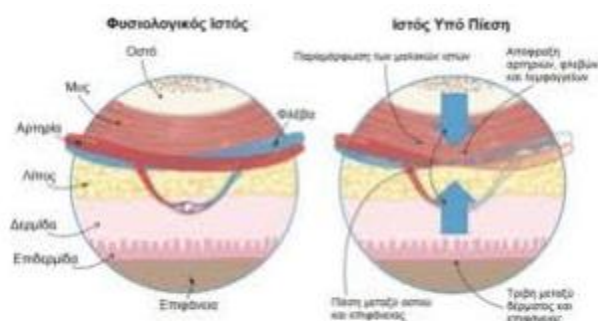
Εικόνα 1 Τα πιο συχνά σημεία εμφάνισης κατακλίσεων. |

2.1.1 Αιτιολογία:

Υπάρχουν 3 σημαντικά στοιχεία που συμμετέχουν στην ανάπτυξη κάποιου έλκους τα οποία είναι:

- Η ένταση στην ασκούμενη περιοχή.
- Η διάρκεια της πίεσης και
- η αντοχή των ιστών.

Έτσι χαμηλής έντασης πίεση για μακρύ χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη ιστού και υψηλή έντασης πίεση για βραχύ χρονικό διάστημα μπορεί επίσης να προκαλέσει βλάβη. Σε ότι αφορά την αντοχή των ιστών η οποία περιγράφει την ακεραιότητα του δέρματος των υποστηρικτικών δομών τελικά αυτή επηρεάζει την ικανότητα να αντιστέκεται στην αύξηση της έντασης και της διάρκειας της ασκούμενης πίεσης. Η αντοχή των ιστών επηρεάζεται από εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες. Ως ενδογενείς παράγοντες ορίζονται οι συνθήκες που σχετίζονται με τη φυσική και πνευματική κατάσταση του ασθενούς, όπως η θρεπτική κατάσταση, η αναπηρία, η ηλικία και η κατάσταση του δέρματος. Οι εξωγενείς παράγοντες συνδέονται άμεσα με το εξωτερικό περιβάλλον, όπως η κινητικότητα, η ακράτεια, οι δυνάμεις διάτμησης και η τριβή (Osborn et al., 2016).



Εικόνα 2 Φυσιολογικός ιστός και ιστός υπό πίεση

2.1.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

Η πρόληψη είναι το κλειδί στην αντιμετώπιση των ελκών. Τα προληπτικά και θεραπευτικά προγράμματα σε ότι αφορά τα έλκη πίεσης θα έπρεπε να περιλαμβάνουν έξι σημαντικά στοιχεία:

- εκτίμηση του έλκους κατά την εισαγωγή στο φορέα φροντίδας,
- καθημερινή εκτίμηση του κινδύνου ανάπτυξης έλκους,
- καθημερινή επισκόπηση του δέρματος,

- διαχείριση της υγρασίας,
- μεγιστοποίηση του οφέλους της κατάλληλης διατροφικής υποστήριξης και
- ελαχιστοποίηση της ασκούμενης πίεσης.

Από την στιγμή που αναπτύσσεται ένα έλκος, οι στόχοι της θεραπείας είναι η διατήρηση ή η βελτίωση της οξυγόνωσης στην περιοχή, η πρόληψη της λοίμωξης και η προαγωγή της επούλωσης. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την εκτίμηση της κατάστασης και την ανταπόκριση στη θεραπεία. Η νοσηλευτική διεργασία παρέχει ένα πλαίσιο για την αντιμετώπιση των ασθενών με έλκη. Η εκτίμηση αυτών των ελκών ξεκινά με την ακριβή καταγραφή τους (Osborn et al., 2016).

2.1.3 Εκτίμηση έλκους:

Με συστηματική εκτίμηση αξιολογούνται οι ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο και στη συνέχεια λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της ανάπτυξης ελκών. Ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμά και να καταγράφει τη θέση του έλκους, καθώς έτσι παρέχονται στοιχεία για την αιτιολογία του.

Ένα έλκος στο ισχιακό κύρτωμα υποδηλώνει πίεση κατά το κάθισμα, ενώ ένα έλκος στην ιεροκοκκυγική περιοχή υποδεικνύει τραυματισμό μαζί με πίεση.

Το μέγεθος του έλκους πρέπει να εξετάζεται και να καταγράφεται, με τον ασθενή στην ίδια θέση κάθε φορά. Πρέπει να σημειώνονται οι μεγαλύτερες τιμές των διαστάσεων του έλκους σε μήκος, πλάτος και βάθος.

Το σύστημα “ κόκκινο, κίτρινο, μαύρο” χρησιμοποιείται συχνά στην περιγραφή του έλκους. Το μαύρο υποδεικνύει εσχάρα, το κίτρινο υποδόριο ιστό ή νεκρωτικό ιστό και το κόκκινο την παρουσία μυός ή επιθηλιοποιημένου ιστού.

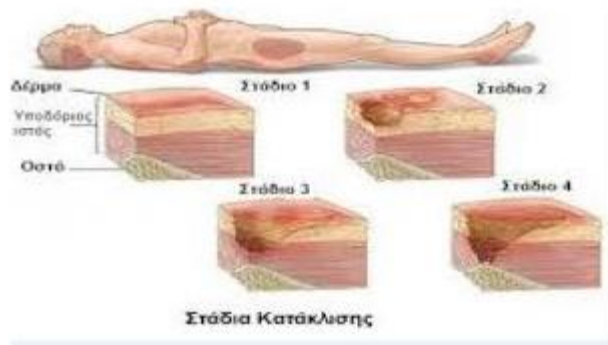
Η χροιά της κοίτης του έλκους παρέχει πληροφορίες για την αιμάτωση, την παρουσία λοίμωξης, τη θρεπτική κατάσταση και την παρουσία υγιούς ή νεκρωτικού ιστού.

Η παρουσία εξιδρώματος πρέπει να σημειωθεί δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην ποσότητα, την χροιά, την υφή και την οσμή του.

Η παρουσία πόνου τόσο κατά την διάρκεια της αλλαγής των επιθεμάτων όσο και κατά τον υπόλοιπο χρόνο πρέπει να σημειώνεται.

Επίσης καταγράφεται ένα πλήρες ιστορικό με τα συνυπάρχοντα νοσήματα, τις θεραπείες του παρελθόντος, την κλίμακα του πόνου και οποιουδήποτε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στο πλάνο φροντίδας.

Η σύγχρονη τεχνολογία περιλαμβάνει τη χαρτογράφηση της ασκούμενης πίεσης και αποτελεί μια μορφή υπολογιστικής τεχνολογίας που επιτρέπει την εκτίμηση των περιοχών με αυξημένη πίεση. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει στο νοσηλευτή να εντοπίζει τις περιοχές του ασθενούς που ενδεχομένως έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ελκών και να εκτιμά τη χρήση μιας ποικιλίας ανακουφιστικών επιφανειών (Osborn et al., 2016).



Εικόνα 3 Τα στάδια της κατάκλισης.

2.1.4 Νοσηλευτικές διαγνώσεις:

Οι ακόλουθες νοσηλευτικές διαγνώσεις σχετίζονται με τα έλκη:

- Κίνδυνος λοίμωξης
- Εξασθενημένη ακεραιότητα ιστών
- Ανεπαρκής αιμάτωση ιστών
- Κακή εικόνα σώματος (Osborn et al., 2016).

2.1.5 Σχεδιασμός:

Στη φροντίδα των ελκών είναι σημαντική η χρήση μιας συνεργατικής και ολιστικής μεθόδου. Πολλά νοσοκομεία ακολουθούν πρωτόκολλα φροντίδας των ελκών, ενώ σε άλλα νοσηλευτές ή ομάδες φροντίδας ορίζονται ειδικά για το σχεδιασμό του πλάνου φροντίδας. Το πλάνο φροντίδας πρέπει να επικεντρώνεται στην άρση της πίεσης, τη θεραπεία του υπάρχοντος έλκους, εκπαίδευση, διατροφή, ενυδάτωση, κινητοποίηση και υποστηρικτικές επιφάνειες στην κλίνη (Osborn et al., 2016).

2.2 Παρεμβάσεις:

Ακολουθούν ορισμένα παραδείγματα παρεμβάσεων που σχετίζονται με τις βαθμολογίες της κλίμακας Braden:

2.2.1 Χαμηλός κίνδυνος (15-18):

- Διατήρηση του δέρματος καθαρού και στεγνού.
- Χρήση ενυδατικού προϊόντος στο ξηρό δέρμα.
- Απαγόρευση μαλάξεων πάνω σε οστικές προεξοχές.
- Προστασία του δέρματος από την υγρασία, χρησιμοποίηση υποσέντονων και εσωρούχων μιας χρήσης.
- Χρήση προστατευτικών για το δέρμα αλοιφών, για την προστασία περιοχών που εκτίθενται σε ούρα, κόπρανα ή παροχετεύσεις.
- Ελαχιστοποίηση της τριβής και των τραυματισμών.
- Αύξηση της κινητικότητας και της δραστηριότητας σε βαθμό ανεκτό.
- Εξέταση του δέρματος καθημερινά (Osborn et al., 2016).

2.2.2 Μέτριος κίνδυνος (13-14):

Όλα τα ανωτέρω και επιπλέον:

- Συντονισμένη εκτίμηση του έλκους.
- Χρήση μαξιλαριών.
- Χρήση συσκευής μείωσης της πίεσης στις κλίνες και τα καθίσματα.
- Τήρηση προγράμματος αλλαγής θέσεων.
- Ενθάρρυνση για κατάλληλη διατροφή και αναζήτηση διαιτολόγου.
- Εάν ο ασθενής δεν είναι περιπατητικός, αλλαγή της θέσης του κάθε μία ή δύο ώρες.
- Προστασία περνών και αγκώνων. Ανασηκώστε τις πτέρνες από την επιφάνεια της κλίνης και χρησιμοποιήστε μαξιλάρια μεταξύ των γονάτων.
- Αύξηση της κινητοποίησης και της δραστηριότητας των ασθενών που είναι κλινήρεις ή μη περιπατητικοί (Osborn et al., 2016).

2.2.3 Υψηλός κίνδυνος (10-12):

Όλα τα ανωτέρω και επιπλέον:

- Συμβολή διαιτολόγου και συντονισμένη εκτίμηση της φροντίδας του έλκους.
- Ανύψωση της κεφαλής της κλίνης μόνο εάν είναι αναγκαία κατά τα γεύματα, τη θεραπεία ή για άλλους ιατρικούς λόγους.

- Οδηγία από τον γιατρό για την χρήση θεραπευτικής κλίνης άρσης της πίεσης (Osborn et al., 2016).

2.2.4 Πολύ υψηλός κίνδυνος (κάτω από 9):

Όλα τα ανωτέρω και επιπλέον:

- Εντολή από το γιατρό για θεραπευτική κλίση άρσης της πίεσης (Osborn et al., 2016).

2.3 Αξιολόγηση:

Το πλάνο φροντίδας των ελκών πρέπει να επανεκτιμάται τακτικά προκειμένου να διασφαλιστεί ότι εξακολουθεί να είναι αποτελεσματικό. Οποιαδήποτε μεταβολή στην κατάσταση του ασθενούς μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην επούλωση του έλκους συνεπώς πρέπει να επανεκτιμάται η αποτελεσματικότητα του πλάνου φροντίδας. Η επανεκτίμηση πρέπει να γίνεται και να καταγράφεται κάθε εβδομάδα, ενώ οι παρεμβάσεις και το πλάνο φροντίδας πρέπει να αναθεωρούνται σε περίπτωση που η τρέχουσα θεραπεία είναι ανεπιτυχής. Ένα κριτήριο αξιολόγησης της προόδου είναι ο περιορισμός του μεγέθους και του βάθους του έλκους. Εάν δεν συμβαίνει αυτό πρέπει να αναζητηθεί η αιτία της μη επούλωσης π.χ. λοίμωξη ή ελαττωμένη ιστική αιμάτωση (Osborn et al., 2016).

2.4 Πρόληψη των κατακλίσεων:

Η πρόληψη των κατακλίσεων είναι περισσότερο επιθυμητή και λιγότερο χρονοβόρα απ' ό τι η θεραπεία τους. Οι προσπάθειες για τη διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος αποτελεί ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και του ίδιου του ασθενούς εφόσον δύναται να συμμετέχει στη φροντίδα του (Dewit, 2009).

2.5 Κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη των κατακλίσεων:

- Αξιολογείται το δέρμα όλων των υψηλού κινδύνου ασθενών τουλάχιστον μια φορά την ημέρα με ιδιαίτερη προσοχή σε περιοχές πάνω από οστέινες προεξοχές. Τα ευρήματα πρέπει να τεκμηριώνονται.
- Οι ασθενείς πρέπει να αλλάζουν θέση κάθε δύο ώρες, να χρησιμοποιείται γραπτό χρονοδιάγραμμα για την αλλαγή της πλευράς και θέσης συστηματικά σε κάθε ασθενή. Οι ασθενείς που βρίσκονται καθηλωμένοι σε τροχήλατη καρέκλα θα πρέπει να αλλάζουν τη θέση τους πιο συχνά.

- Για την τοποθέτηση κατακεκλιμένων ασθενών να χρησιμοποιούνται βοηθήματα όπως μαξιλάρια, σφήνες, από αφρώδες υλικό και μαλακά επιθέματα, ώστε να προλαμβάνεται η άμεση επαφή μεταξύ οστέινων προεξοχών. Οι παραπάνω μηχανισμοί πρέπει να περιλαμβάνονται στο γραπτό σχέδιο φροντίδας.
- Για κατακεκλιμένους ασθενείς σε πλήρη ακινησία να χρησιμοποιούνται μηχανισμοί που εξαλείφουν εντελώς την πίεση στις πτέρνες ανασηκώνοντάς τες πάνω από την επιφάνεια της κλίνης. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται δακτυλιοειδή συστήματα τύπου donut (κουλούρες).
- Όταν ο ασθενής τοποθετείται σε πλάγια κατάκλιση αποφεύγεται η στήριξη του κατευθείαν πάνω στον τροχαντήρα.
- Στους κατακεκλιμένους ασθενείς το προσκέφαλο του κρεβατιού να διατηρείται στο χαμηλότερο επίπεδο που επιτρέπει η κλινική κατάσταση του ασθενούς παρά να σέρνεται όταν δεν είναι σε θέση να βοηθήσει κατά τη μεταφορά του ή τις αλλαγές της θέσης.
- Για ασθενείς με περιορισμένη κινητικότητα να χρησιμοποιούνται μηχανισμοί που μειώνουν την πίεση στο κρεβάτι όπως είναι τα στρώματα που περιέχουν αφρώδες υλικό, στατικό ή εναλλασσόμενο αέρα, ζελέ ή νερό. Τα συστήματα αυτά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για κάθε ασθενή που κινδυνεύει να αναπτύξει κατακλίσεις.
- Για ασθενείς που είναι καθηλωμένοι σε τροχήλατη καρέκλα να χρησιμοποιούνται μηχανισμοί που μειώνουν την πίεση και έχουν κατασκευαστεί από αφρώδες υλικό, ζελέ αέρα ή συνδυασμό τέτοιων υλικών. Να μην χρησιμοποιούνται κυκλικά συστήματα τύπου donut.
- Κατά την τοποθέτηση ασθενών σε τροχήλατη καρέκλα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ευθυγράμμιση της στάσης του σώματος, η κατανομή του βάρους, η ισορροπία και σταθερότητα και η άρση της πίεσης με μηχανισμούς ή αλλαγή της θέσης.
- Να χρησιμοποιείται γραπτό σχέδιο σχετικά με τη χρήση συστημάτων που εξυπηρετούν την τοποθέτηση των ασθενών σε τροχήλατη καρέκλα.
- Ο καθαρισμός του δέρματος θα πρέπει να γίνεται κάθε φορά που ο ασθενής λερώνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα ανάλογα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του. Πρέπει να αποφεύγεται το ζεστό νερό και να χρησιμοποιείται ήπιος καθαριστικός παράγοντας που ελαχιστοποιεί τους ερεθισμούς και την ξηρότητα του δέρματος. Πρέπει να ελαχιστοποιείται η δύναμη και η τριβή που εφαρμόζεται στο δέρμα.
- Κάθε άτομο που κινδυνεύει να αναπτύξει κατακλίσεις, όταν κάθεται σε καρέκλα ή τροχήλατη καρέκλα, θα πρέπει να μεταβάλλει τη θέση του, μετατοπίζοντας σε άλλα

σημεία την πίεση, τουλάχιστον κάθε μία ώρα οι ασθενείς που μπορούν, θα πρέπει να εκπαιδευτούν να μετατοπίζουν το βάρος τους κάθε 15 λεπτά.

- Να διατηρείται η υγρασία στον περιβάλλοντα χώρο πάνω από 40% και να αποφεύγεται η έκθεση στο ψύχος. Στο ξηρό δέρμα πρέπει να εφαρμόζονται προϊόντα ενυδάτωσης.
- Δεν πρέπει να γίνονται μαλάξεις στις οστέινες προεξοχές.
- Πρέπει να ελαχιστοποιείται η έκθεση του δέρματος στην υγρασία που οφείλεται σε ακράτεια, εφίδρωση ή παροχέτευση τραύματος. Όταν οι πηγές υγρασίας δεν μπορούν να ελεγχθούν, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται πάνες ή εσώρουχα που απορροφούν την υγρασία και διατηρούν στεγνή την επιφάνεια του δέρματος. Σε ασθενείς με ακράτεια εφαρμόζεται το κατάλληλο πρόγραμμα φροντίδας.
- Πρέπει να ελαχιστοποιείται ο τραυματισμός του δέρματος που οφείλεται σε δυνάμεις τριβής και διάτμησης τοποθετώντας τον ασθενή σε κατάλληλη θέση και χρησιμοποιώντας τις σωστές τεχνικές κατά τη μεταφορά και περιστροφή του. Οι βλάβες που προκαλούνται από την τριβή, ελαττώνονται χρησιμοποιώντας λιπαντικά μέσα, προστατευτικά φιλμ, ενδύματα και μαλακά ερεθίσματα. Να χρησιμοποιούνται συστήματα ανύψωσης, για την αλλαγή θέσης στον ασθενή, παρά να σύρεται πάνω στην επιφάνεια της κλίνης.
- Η ανεπαρκής διαιτητική πρόσληψη πρωτεϊνών και θερμίδων διορθώνεται είτε με συμπληρώματα διατροφής χορηγούμενα από το στόμα, είτε με εντερική ή παρεντερική σίτιση.
- Εάν υπάρχει ενδεχόμενο να βελτιωθεί η κινητική κατάσταση και η δραστηριότητα του ασθενούς, πρέπει να καθιερώνεται πρόγραμμα αποκατάστασης και να διατηρείται η τρέχουσα κινητικότητα και δραστηριότητα με πρόγραμμα ασκήσεων εύρους κίνησης (Dewit, 2009).

3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

3.1 Γενικά:

Οι λοιμώδεις νόσοι συνιστούν μείζον πρόβλημα υγείας. Η λοίμωξη οφείλεται στην είσοδο ενός μικροοργανισμού στο σώμα. Αυτός ο μικροοργανισμός έχει την δυνατότητα να δημιουργήσει αποικίες και να πολλαπλασιαστεί, οδηγώντας στην ανάπτυξη λοίμωξης και ακολούθως, στην παραγωγή ανοσοαπάντησης. Ένας μικροοργανισμός είναι ένα μικροσκοπικό σώμα, όπως το βακτήριο, ιός, μύκητας ή παράσιτο. Ορισμένοι μικροοργανισμοί διαβιούν στο ανθρώπινο σώμα υπό φυσιολογικές συνθήκες και είναι ωφέλιμοι. Εάν το ανοσοποιητικό σύστημα και το σύστημα παραγωγής φλεγμονωδών αποκρίσεων επηρεάζουν αρνητικά, όπως μπορεί να συμβεί όταν ένα άτομο εμφανίζει μειωμένη ανοσία, όπως συμβαίνει σε ένα χειρουργημένο άτομο, οι οργανισμοί που συνήθως ωφελούν το σώμα εγκαταλείπουν τις κανονικές θέσεις τους και μεταναστεύουν σε άλλες περιοχές του σώματος, προκαλώντας λοίμωξη. Ένας μικροοργανισμός που προκαλεί νόσο ονομάζεται παθογόνο. Σε αντίθεση με τους ωφέλιμους μικροοργανισμούς που μπορεί να προκαλέσουν λοίμωξη όταν οι άμυνες του οργανισμού είναι σε καταστολή, οι υποχρεωτικά παθογόνοι είναι σε θέση να προκαλέσουν νόσο ανεξάρτητα από τις άμυνες του οργανισμού (Osborn et al., 2016).

3.1.1 Μηχανισμοί άμυνας:

Οι περισσότεροι άνθρωποι διαθέτουν άμυνες για την πρόληψη λοιμωδών νόσων, οι οποίες περιλαμβάνουν φυσικούς, χημικούς και ανοσοποιητικούς μηχανισμούς. Η πρόκληση ή μη νόσου σε έναν οργανισμό εξαρτάται εν μέρει από την επιτυχία ή αποτυχία αυτών των μηχανισμών. Οι εν λόγω μηχανισμοί άμυνας περιλαμβάνουν το δέρμα, ένζυμα που καταστρέφουν μικροοργανισμούς, δομές όπως οι κροσσοί, που παγιδεύουν τους μικροοργανισμούς και τους απομακρύνουν από τους βρογχικούς σωλήνες και τους υμένες που εκκρίνουν βλέννα για την αποφυγή προσκόλλησης των οργανισμών αυτών, χημικές εκκρίσεις, όπως το υδροχλωρικό οξύ στο στομάχι και το ανοσοποιητικό σύστημα (Osborn et al., 2016).

3.1.2 Σημεία λοίμωξης χειρουργικού πεδίου:

- Επιπολής λοίμωξη (εντοπίζεται μόνο στο δέρμα και στο υποδόριο).

Χρονική περίοδος εκδήλωσης συμπτωμάτων:

Εντός 30 ημερών από την επέμβαση.

Συμπτώματα:

Πυώδης παροχέτευση από την τομή.

Απομονώνονται οργανισμοί από την καλλιέργεια υγρού ή ιστού από την τομή.

Ένα σημείο και ένα σύμπτωμα λοίμωξης: πόνος , ευαισθησία, ερυθρότητα, εντοπισμένο οίδημα και θερμότητα(Osborn et al., 2016).

- Εν τω βάθει (εντοπίζεται στους εν τω βάθει μαλακούς ιστούς, όπως η περιτονία και τα μυϊκά στρώματα της τομής).

Χρονική περίοδος εκδήλωσης συμπτωμάτων:

Εντός 30 ημερών από την επέμβαση ή εάν έχει εμφυτευτεί υλικό εντός ενός έτους, και η λοίμωξη φαίνεται να έχει σχέση με την επέμβαση.

Συμπτώματα:

Πυώδεις παροχέτευση βαθιά στην τομή, αλλά όχι από όργανο ή από κοιλότητα οργάνου.

Διάταση βαθιά στην τομή ή διάνοιξη του τραύματος από τον χειρουργό, όταν ο ασθενής έχει τουλάχιστον ένα από τα εξής συμπτώματα λοίμωξης: πυρετό, εντοπισμένο πόνο ή ευαισθησία.

Απόστημα ή άλλη ένδειξη λοίμωξης βαθιά στην τομή(Osborn et al., 2016).



Εικόνα 4 Τα βακτήρια ως κύριο αίτιο των λοιμώξεων.

3.1.3 Φλεγμονή:

Το σώμα διαθέτει φυσιολογικές αποκρίσεις, οι οποίες είναι σχεδιασμένες για την εξουδετέρωση των οργανισμών που εισβάλλουν στο σώμα και στην προστασία έναντι των λοιμώξεων. Η φλεγμονώδης απόκριση είναι μια φυσιολογική διαδικασία, η οποία επιτίθεται, περιορίζει και τελικά καταστρέφει τους εισβάλλοντες οργανισμούς. Επίσης επιτρέπει την αναδόμηση ιστού έπειτα από βλάβη οφειλόμενη σε εισβάλλοντα οργανισμό ή έπειτα από τραυματισμό και νέκρωση του ιστού (Osborn et al., 2016)

3.1.4 Εκδηλώσεις της φλεγμονής:

Τα σημεία και τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη φλεγμονή μπορεί να είναι τοπικά ή συστηματικά, ανάλογα με την θέση και την σοβαρότητα της φλεγμονώδους απόκρισης.

3.1.5 Υπάρχουν πέντε κύρια τοπικά συμπτώματα μιας φλεγμονής:

- Ερύθημα λόγω αυξημένης αιμάτωσης στην περιοχή.
- Θερμότητα λόγω αυξημένης αιμάτωσης στην περιοχή.
- Οίδημα λόγω του εξιδρώματος που σχηματίζεται στο διάμεσο ιστό.
- Πόνος οφειλόμενος στην πίεση του εξιδρώματος και στην απελευθέρωση χημικών ουσιών, που προκαλούν ερεθισμό στις νευρικές απολήξεις και
- Απώλεια λειτουργίας σχετιζόμενη με τον πόνο και το οίδημα (Osborn et al., 2016).

3.1.6 Τα κύρια συστηματικά συμπτώματα είναι:

- Πυρετός που εμφανίζεται λόγω της απελευθέρωσης ενδογενών πυρετογόνων στο σημείο της φλεγμονής.
- Λευκοκυττάρωση η οποία προκύπτει από την απελευθέρωση λευκοποιητινών από τα κατεστραμμένα κύτταρα (Osborn et al., 2016).

3.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής διεργασίας ενός ασθενούς που πάσχει από λοίμωξη, απαιτείται αξιολόγηση του ασθενούς και ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου σχεδίου για την ικανοποίηση των αναγκών του εξατομικευμένα. Η διοίκηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών θα πρέπει να εκπονήσει κατάλληλα σχέδια και να προσαρμόζεται αναλόγως, ώστε ο ασθενής να λαμβάνει φροντίδα υψηλής ποιότητας, να επιτυγχάνεται πρόληψη περαιτέρω λοιμώξεων, καθώς και η αποτροπή της μετάδοσής τους σε άλλα άτομα. Η νοσηλευτική διεργασία είναι ιδιαίτερα

σημαντική για τον εντοπισμό δυνητικών επιπλοκών και την ανταπόκριση του ασθενούς στη χορηγούμενη θεραπεία (Osborn et al., 2016).

3.3 Αξιολόγηση:

Κατά την αξιολόγηση ενός ασθενούς που εμφανίζει λοίμωξη, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τα σημεία και τα συμπτώματα της λοίμωξης, την παθογονικότητα του οργανισμού και την ανοσοαπάντηση. Η πραγματοποίηση μιας προσεκτικής αξιολόγησης βοηθά στον εντοπισμό της λοίμωξης και των επιπλοκών της, ώστε να είναι δυνατή η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας (Osborn et al., 2016).

3.3.1 Πυρετός:

Ένα χαρακτηριστικό που είναι κοινό στις περισσότερες λοιμώξεις είναι ο πυρετός. Ως πυρετός ορίζεται η θερμοκρασία σώματος που ξεπερνά τους 38. Ο πυρετός αποτελεί ένδειξη της σοβαρότητας της φλεγμονώδους απόκρισης σε ένα ασθενή με ακέραιη ανοσοαπάντηση. Ο πυρετός επάγεται από μεσολαβητές γνωστούς ως ενδογενή πυρετογόνα, που δρουν άμεσα στο κέντρο ρύθμισης του υποθαλάμου, το οποίο ελέγχει τη θερμοκρασία του σώματος. Ο πυρετός μπορεί να είναι και ωφέλιμος, διότι ορισμένοι μικροοργανισμοί είναι πολύ ευαίσθητοι στις μεταβολές της θερμοκρασίας και δεν μπορούν να επιβιώσουν όταν αυτή αυξηθεί. Η εμφάνιση πυρετού είναι επίσημος πιθανή και όταν δεν υφίσταται διεργασία λοίμωξης, όπως στην περίπτωση της κακοήθειας και του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Παρότι ο πυρετός μπορεί να είναι ωφέλιμος, η θερμοκρασία του σώματος πάνω από 40 μπορεί να είναι επιβλαβής. Η υπερπυρεξία που ορίζεται ως αυξημένη θερμοκρασία σώματος προκαλεί αύξηση του μεταβολικού ρυθμού, η οποία οδηγεί σε αυξημένη ανάγκη για οξυγόνο και θερμίδες, ενώ σχετίζεται με ταχυκαρδία και ταχύπνοια. Αυτές οι καταστάσεις επιβαρύνουν την καρδιά και τους πνεύμονες και μπορεί να οδηγήσουν σε έκπτωση της καρδιακής λειτουργίας και της λειτουργίας των πνευμόνων. Η αυξημένη ανάγκη για θερμίδες μπορεί να οδηγήσει σε διάσπαση πρωτεϊνών για την παραγωγή ενέργειας. Με την αύξηση της θερμοκρασίας αυξάνεται η εφίδρωση, η οποία μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση. Ο υψηλός πυρετός μπορεί επίσης να προκαλέσει πυρετικούς σπασμούς. Η αξιολόγηση του πυρετού μπορεί να παράσχει πληροφορίες σχετικά με την πιθανή αιτία της λοίμωξης. Καθώς θα πρέπει να παρατηρούνται και τα χαρακτηριστικά εμφάνισης του πυρετού (Osborn et al., 2016).

3.3.2 Φυσική εξέταση:

Μια εστιασμένη ιατρική εξέταση που στοχεύει στην αξιολόγηση ενός ασθενούς για λοίμωξη πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

- Ζωτικά σημεία: Καταγραφή του ύψους και του βάρους της θερμοκρασίας σώματος, της αναπνευστικής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης.
- Δέρμα και βλεννογόνοι υμένες: Έλεγχος για ρωγμές στο δέρμα, ερύθημα, θερμότητα, εξανθήματα. Έλεγχος της κατάστασης εξοιδήσεως και ενυδάτωσης του δέρματος, τυχόν παροχέτευσης από τραύματα καθώς και εξέταση των πτυχώσεων του δέρματος για έλκη ή δερματικές λοιμώξεις.
- Κεφαλή και τράχηλος: Εξέταση των οφθαλμών, της μύτης των αυτιών και του φάρυγγα για ερύθημα, παροχέτευση ή οίδημα. Επισκόπηση του στόματος για τυχόν βλάβες. Ψηλάφηση παραρρίνιων κόλπων για πόνο ή οίδημα.
- Λεμφαδένες: Ψηλάφηση όλων των επιφανειακών λεμφαδένων. Έλεγχος για διόγκωση και πόνος.
- Πνεύμονες: Ακρόαση των πνευμόνων για μη φυσιολογικούς αναπνευστικούς ήχους. Έλεγχος εμφάνισης βήχα καθώς και του χρώματος και της σύνθεσης των πτυέλων
- Καρδιά: Ακρόαση της καρδιάς για καταγραφή της συχνότητας και του ρυθμού των ήχων της καρδιάς. Σημείωση τυχόν μη φυσιολογικών ήχων όπως φύσημα ή ήχοι τριβής.
- Κοιλιακή χώρα: Ακρόαση για τυχόν εντερικούς ήχους, ψηλάφηση μάζας, ευαισθησία και διόγκωση του ήπατος ή της σπλήνας. Έλεγχος για διάρροια ή εμετούς καθώς σημείωση της ποσότητας, της ποιότητας, της συχνότητας, του χρώματος και της σύνθεσής τους.
- Ουροποιογεννητική οδός: Εξέταση για ευαισθησία, ερύθημα ή παροχέτευση.
- Αναπαραγωγικό σύστημα: Εξέταση της πυέλου στις γυναίκες. Έλεγχος για απεκκρίσεις, ευαισθησία. Αξιολόγηση του προστάτη αδένου στους άνδρες. Σημείωση του χρώματος, της οσμής και της ποσότητας των ούρων.
- Νευρικό σύστημα: Εξέταση για τυχόν μεταβολές της νοητικής κατάστασης και καταγραφή τυχόν νευρολογικών μεταβολών όπως αδυναμία, τρόμος, σπασμοί ή παραισθησία (Osborn et al., 2016).

3.3.3 Διαγνωστικές εξετάσεις:

Οι διαγνωστικές εξετάσεις χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση, τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις επιλογές θεραπείας και την ανταπόκριση του ασθενούς σε αυτές ή τον εντοπισμό της θέσης και της σοβαρότητας της λοίμωξης (Osborn et al., 2016).

Μια από τις πιο σημαντικές εξετάσεις είναι η γενική αίματος (αιμοδιάγραμμα) .Ο αριθμός και η ποικιλία των λευκοκυττάρων μπορεί να παράσχει στον νοσηλευτή μια πιο σαφή εικόνα σχετικά με την παρουσία και την σοβαρότητα μιας λοίμωξης. Μια τιμή λευκοκυττάρων άνω των 10.000 συνήθως υποδεικνύει την παρουσία φλεγμονής ή λοίμωξης. Όσο πιο αυξημένη είναι η τιμή των λευκοκυττάρων τόσο σοβαρότερη θεωρείται η λοίμωξη. Μια ιογενής λοίμωξη μπορεί συχνά να οδηγήσει σε μείωση της τιμής των λευκοκυττάρων. Η διαφορική τιμή των λευκοκυττάρων θα πρέπει να αξιολογείται. Υπάρχουν πέντε τύποι λευκοκυττάρων: τα ουδετερόφιλα, τα ηωσινόφιλα, τα βασεόφιλα, τα λεμφοκύτταρα και τα μονοκύτταρα. Τα ουδετερόφιλα είναι ο πρώτος τύπος λευκοκυττάρων που καταφθάνουν στο σημείο της φλεγμονής ή της λοίμωξης και η λειτουργία τους συνίσταται στη φαγοκυττάρωση ή καταστροφή των βακτηρίων (Osborn et al., 2016).

Η καλλιέργεια είναι ένας ακόμη πολύ σημαντικός τρόπος διάγνωσης και θεραπείας των λοιμώξεων. Ο νοσηλευτής είναι συχνά υπεύθυνος για την συλλογή δείγματος για καλλιέργεια. Κάθε νοσοκομείο έχει την δική του πολιτική για την συλλογή δειγμάτων, ωστόσο είναι σημαντικό τα δείγματα να συλλέγονται σωστά, ώστε το αποτέλεσμα της καλλιέργειάς να είναι αξιόπιστο(Osborn et al., 2016).

3.3.4 Θα πρέπει να τηρούνται οι ακόλουθες κατευθυντήριες οδηγίες:

- Συλλογή επαρκούς υλικού για διασφάλιση της ακρίβειας της εξέτασης.
- Συλλογή δείγματος από το σημείο, στο οποίο είναι πιο πιθανό να εντοπιστεί ο πιθανολογούμενος παθογόνος οργανισμός.
- Τήρηση των τυπικών μέτρων προφύλαξης κατά την συλλογή του δείγματος.
- Καλλιέργεια μόνο για ένα συγκεκριμένο παθογόνο και όχι σε περιοχές ύπαρξης φυσιολογικής χλωρίδας.
- Συλλογή του δείγματος σε αποστειρωμένο περιέκτη με καπάκι σφράγισης. Η χρήση στείλων με άκρο από πολυεστέρα σε ένα σύστημα συλλογής με μέσο μεταφοράς διασφαλίζει την επάρκεια του δείγματος για 72 ώρες.
- Τοποθέτηση του δείγματος σε σάκο για βιολογικά επικίνδυνα υλικά.
- Τοποθέτηση σωστής ετικέτας στο δείγμα με τα στοιχεία του ασθενούς, την πηγή του δείγματος και τον χρόνο συλλογής του.
- Μεταφορά του δείγματος στο εργαστήριο το συντομότερο δυνατόν. Τα περισσότερα δείγματα είναι δυνατό να διατηρηθούν στο ψυγείο για λίγες ώρες αν είναι απαραίτητο (Osborn et al., 2016).



Εικόνα 5 Η διάσπαση τραύματος ως αποτέλεσμα μετεγχειρητικής λοίμωξης.

3.4 Νοσηλευτική διεργασία – Σχέδιο φροντίδας ασθενών με λοίμωξη:

3.4.1 Αξιολόγηση πόνου:

Νοσηλευτική διάγνωση: οξύς πόνος σχετιζόμενος με την φλεγμονή και την βλάβη ιστών.

Νοσηλευτική φροντίδα – Παρεμβάσεις:

- ❖ Συμβουλευστε τον ασθενή να αναφέρει και να περιγράψει τον πόνο έγκαιρα, προτού η διαχείρισή του καταστεί δύσκολη.
- ❖ Είναι αναγκαία η αξιολόγηση του πόνου και η χορήγηση φαρμάκων, προτού ο πόνος καταστεί αφόρητος για τον ασθενή έτσι η παρέμβαση θα είναι πιο αποτελεσματική εάν χορηγηθούν φάρμακα προτού ο πόνος καταστεί αφόρητος.
- ❖ Περιγραφή τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών όταν ο πόνος δεν υποχωρεί, αυτό σημαίνει ότι ο πόνος μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη φυσιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων νοσηρότητας.
- ❖ Έλεγχος του διαγράμματος του ασθενούς, σχετικά με την χορήγηση φαρμάκων και την συνολική ανακούφιση του πόνου. Η παρακολούθηση του πόνου βοηθά τον νοσηλευτή και τον ασθενή στο σχεδιασμό για την αντιμετώπιση μελλοντικών περιπτώσεων πόνου και τη βελτίωση της αντιμετώπισής του.

Προτροπή του ασθενούς για χρήση μη φαρμακευτικών μέτρων ελέγχου του άλγους, όπως διάσπαση της προσοχής από άλλες δραστηριότητες, δημιουργία νοητών εικόνων κ.α. Ορισμένες μη φαρμακευτικές στρατηγικές μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να επανακτήσει την αίσθηση ελέγχου (Osborn et al., 2016).

3.4.2 Αξιολόγηση πυρετού:

Νοσηλευτική διάγνωση: υπερθερμία σχετιζόμενη με αυξημένο μεταβολικό ρυθμό λόγω λοίμωξης.

Νοσηλευτική φροντίδα- παρεμβάσεις:

- ❖ Έλεγχος της θερμοκρασίας σε τακτά χρονικά διαστήματα και όταν ο ασθενής παραπονείται για ρίγη ή μυαλγία.
- ❖ Αναγνώριση των χαρακτηριστικών του πυρετού και καταγραφή των περιπτώσεων αύξησης ή μείωσης του.
- ❖ Διατήρηση του ασθενούς σε άνετη κατάσταση με στεγνά ρούχα και κλινოსκεπάσματα .Ο ασθενής που φορά υγρά ρούχα και είναι ξαπλωμένος σε υγρά κλινοςκεπάσματα θα εμφανίσει ρίγη, τα οποία οδηγούν σε αυξημένες ανάγκες ενέργειας και ενδεχομένως, σε αύξηση του πυρετού.
- ❖ Προτροπή για κατανάλωση υγρών, 8 έως 10 ποτηριών των 250ml ημερησίως. Είναι απαραίτητη η αναπλήρωση των υγρών που χάνει ο ασθενής.
- ❖ Χορήγηση αντιπυρετικών για μείωση της θερμοκρασίας.
- ❖ Χορήγηση αντιβιοτικών για αντιμετώπιση του οργανισμού που ευθύνεται για την λοίμωξη(Osborn et al., 2016).

3.4.3 Αξιολόγηση κόπωσης:

Νοσηλευτική διάγνωση: κόπωση σχετιζόμενη με αυξημένη παραγωγή ενέργειας.

Νοσηλευτική φροντίδα – Παρεμβάσεις:

- ❖ Παροχή βοήθειας στον ασθενή για καθημερινές δραστηριότητες, σύμφωνα με τις ανάγκες του. Ενθάρρυνση ανεξαρτησίας του ασθενούς και πραγματοποίησης ορισμένων δραστηριοτήτων.
- ❖ Παροχή συμβουλών στον ασθενή για την διάκριση των σημαντικών δραστηριοτήτων από τις μη σημαντικές, προκειμένου να διατηρεί ενέργεια, διατηρώντας παράλληλα στοιχειώδη αυτονομία.
- ❖ Να επιτρέπεται στον ασθενή να ξεκουράζεται ανά διαστήματα, χωρίς διακοπή, ανά δύο ώρες ή συχνότερα, εάν χρειάζεται. Η ξεκούραση επιτρέπει την αποκατάσταση των επιπέδων ενέργειας του ασθενούς
- ❖ Ενημερώστε τον ασθενή σχετικά με στρατηγικές διατήρησης του επιπέδου ενέργειάς του. Ορισμένες δραστηριότητες είναι δυνατόν να εκτελούνται σε καθιστή και όχι όρθια θέση ή με τρόπο κατά τον οποίο απαιτείται λιγότερη ενέργεια (Osborn et al., 2016).

3.4.4 Αξιολόγηση κατάστασης όγκου υγρών:

Νοσηλευτική διάγνωση: ανεπαρκής όγκος υγρών σχετιζόμενος με αυξημένη εφίδρωση και αδυναμία κατάποσης υγρών.

Νοσηλευτική φροντίδα – Παρεμβάσεις:

- ❖ Παρακολούθηση των τάσεων ως προς την ποσότητα των ούρων και την ποσότητα των υγρών πρόσληψης. Καταγραφή του χρώματος και της ειδικής βαρύτητας των ούρων. Τα δεδομένα αυτά παρέχουν μια εικόνα της ενυδάτωσης του ασθενούς.
- ❖ Παρακολούθηση για τυχόν μείωση της σπαργής του δέρματος, δίψα, ξηρούς βλεννογόνους, ξηρό δέρμα, εισέχοντες οφθαλμούς, αδυναμία και σύγχυση. Τα παραπάνω είναι ενδείξεις ανεπάρκειας υγρών.
- ❖ Στοματική υγιεινή πριν από κάθε γεύμα και πριν από την κατάκλιση. Η στοματική υγιεινή μειώνει τη δυσάρεστη γεύση, αυξάνοντας την επιθυμία του ασθενούς να καταναλώσει τροφή και υγρά.
- ❖ Παροχή φρέσκου νερού και υγρών, σύμφωνα με τις επιθυμίες του ασθενούς, κατανεμημένα σε ισόποσες δόσεις στη διάρκεια 24 ωρών. Αυτό συμβάλλει στην αύξηση της πρόσληψης υγρών από το στόμα και στην αντιμετώπιση της αφυδάτωσης. Όταν η πρόσληψη υγρών είναι λειτουργικά κατανεμημένη στη διάρκεια της ημέρας, οι πιθανότητες συγκράτησης των υγρών είναι μεγαλύτερες (Osborn et al., 2016).

3.4.5 Αξιολόγηση άγχους σχετιζόμενου με λοιμώξεις:

Νοσηλευτική διάγνωση: άγχος σχετιζόμενο με απειλή της υγείας του ασθενούς.

Νοσηλευτική φροντίδα – Παρεμβάσεις:

- ❖ Παρακολούθηση των επιπέδων άγχους του ασθενούς και των σωματικών του αντιδράσεων. Τα σημεία του άγχους είναι εξατομικευμένα.
- ❖ Η παρακολούθηση αυτών των αντιδράσεων συμβάλλει στην κατάρτιση σχεδίου για την αντιμετώπιση του άγχους. Διερεύνηση των ικανοτήτων που είχε αναπτύξει ο ασθενής στο παρελθόν για αντιμετώπιση του άγχους. Οι μέθοδοι που είχαν χρησιμοποιηθεί επιτυχώς στο παρελθόν είναι πολύ πιθανό να είναι και πάλι αποτελεσματικές.
- ❖ Προτροπή του ασθενούς για χρήση νέων τεχνικών μείωσης του άγχους όπως δημιουργία νοητών εικόνων, τεχνικές χαλάρωσης ή ακρόαση απαλής μουσικής.

- ❖ Προτροπή του ασθενούς για έκφραση των συναισθημάτων άγχους που βιώνει. Ορισμένες φορές η αναγνώριση και η έκφραση των συναισθημάτων συμβάλλουν στην αντιμετώπισή τους.
- ❖ Επεξήγηση όλων των διαδικασιών περίθαλψης και παροχή του απαραίτητου χρόνου στον ασθενή για πνευματική προετοιμασία. Η πληροφόρηση μειώνει το άγχος που σχετίζεται με άγνωστες καταστάσεις
- ❖ Επεξήγηση της διαδικασίας ανάπτυξης της νόσου και των θεραπευτικών παρεμβάσεων που περιλαμβάνονται στη θεραπεία (Osborn et al., 2016).

3.4.6 Αξιολόγηση της γνώσης σχετικά με την διαδικασία ανάπτυξης της νόσου:

Νοσηλευτική διάγνωση: ανεπαρκής γνώση σχετικά με την λοίμωξη και την πρόληψη ανάπτυξης λοιμώξεων.

Νοσηλευτική φροντίδα – Παρεμβάσεις:

- ❖ Ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του σχετικά με τα σημεία της λοίμωξης και τα στοιχεία που πρέπει να αναφέρουν στον ιατρό, προκειμένου να καταστεί δυνατή ή έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου.
- ❖ Ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του σχετικά με τις αιτίες ανάπτυξης των λοιμώξεων. Βοηθά τον ασθενή να αποφύγει την προσβολή από μια λοίμωξη (Osborn et al., 2016).

3.5 Φαρμακευτική αντιμετώπιση των λοιμώξεων:

3.5.1 Κατηγορίες φαρμάκων:

Αντιβιοτικά:

Χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση λοιμώξεων σχετιζόμενων με βακτηριακούς παράγοντες. Η κύρια δράση τους είναι καταστροφή των βακτηρίων ή αναστολή της αύξησής τους. Κάθε τύπος αντιβιοτικού είναι αποτελεσματικός κατά ενός συγκεκριμένου τύπου οργανισμού.

Αντιϊικά :

Χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ιογενών λοιμώξεων. Προκαλούν αναστολή της DNA πολυμεράσης του ιού οδηγώντας σε διακοπή της αύξησης του ιού (Osborn et al., 2016).

3.5.2 Ευθύνη νοσηλευτικού προσωπικού στην χορήγηση φαρμάκων:

- ❖ Αξιολόγηση του ιστορικού για τυχόν αλλεργίες στο φάρμακο.
- ❖ Αξιολόγηση της ανταπόκρισης του ασθενούς στο φάρμακο, ως προς την αποτελεσματικότητα και τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειές του.
- ❖ Η εκπαίδευση του ασθενούς θα πρέπει να επισημαίνει τη σημασία ολοκλήρωσης του θεραπευτικού σχήματος με το συγκεκριμένο φάρμακο και αναφοράς τυχόν κλινικών εκδηλώσεων σχετιζόμενων με αλλεργίες ή ανεπιθύμητες ενέργειες.
- ❖ Στη ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων λόγω μειωμένης απορρόφησης από την γαστρεντερική οδό, γίνεται αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας.
- ❖ Παρακολούθηση για αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα.
- ❖ Διασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης του ασθενούς.
- ❖ Παροχή μικρών και συχνών γευμάτων για ελαχιστοποίηση της πιθανότητας εμφάνισης στοματίτιδας και στοματικού έλκους.
- ❖ Κατά την λήψη τετρακυκλικών απαιτείται χρήση πρόσθετης μεθόδου αντισύλληψης, λήψη με άδειο στομάχι καθώς ενδέχεται μείωση της απορρόφησης τους εάν λαμβάνονται ταυτόχρονα με ορισμένα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα.
- ❖ Αξιολόγηση των μέγιστων και των ελάχιστων επιπέδων στον ορό.
- ❖ Παρακολούθηση για σημεία θρομβοφλεβίτιδας στο σημείο εισόδου.
- ❖ Η χρήση αντιόξινων μειώνει την απορρόφηση, αποφυγή έκθεσης στον ήλιο καθώς προσοχή για πιθανή ανεπάρκεια φολικού οξέως (Osborn et al., 2016).



Εικόνα 6 Αλλαγή τραύματος.

3.6 Βασικές αρχές αλλαγής τραύματος για την αποφυγή λοιμώξεων:

- ✓ Κλείστε την πόρτα του δωματίου ή τραβήξτε τις κουρτίνες.
- ✓ Εκτελέστε υγιεινή των χεριών, φορέστε μπλούζα, γυαλιά και μάσκα εάν υπάρχει κίνδυνος αιφνίδιας διαφυγής υγρών.
- ✓ Ελέγξτε την ταυτότητα του ασθενούς.
- ✓ Τοποθετήστε τον ασθενή σε άνετη θέση και καλύψτε την περιοχή, φροντίζοντας να είναι εκτεθειμένη μόνο η περιοχή του τραύματος. Εκπαιδεύστε τον ασθενή να μην ακουμπά το τραύμα και τα αποστειρωμένα υλικά.
- ✓ Τοποθετήστε την αδιάβροχη σακούλα μιας χρήσης σε περιοχή εύκολης πρόσβασης στην περιοχή εργασίας.
- ✓ Φορέστε καθαρά γάντια. Αφαιρέστε την ταινία, τους επιδέσμους, τραβώντας παράλληλα στο δέρμα. Αφαιρέστε υπολείμματα κόλλας από το δέρμα αν υπάρχουν.
- ✓ Με μια λαβίδα αφαιρέστε το επίθεμα μια στρώση κάθε φορά. Αφαιρέστε προσεκτικά το εξωτερικό δευτερεύον επίθεμα πρώτα και μετά αφαιρέστε το εσωτερικό πρωτεύον επίθεμα που έρχεται σε επαφή με τον πυθμένα του τραύματος. Αν υπάρχουν εκκρίσεις αφαιρέστε τα επιθέματα αργά και προσεκτικά και αποφύγετε την τάση σε οποιοδήποτε συσκευή παροχέτευσης.
- ✓ Αν το επίθεμα έχει κολλήσει υγράνετε με ορό και αφαιρέστε στη συνέχεια.
- ✓ Αφαιρέστε τα γάντια και απομακρύνετε τα.
- ✓ Επιθεωρήστε το τραύμα για χρώμα, εκκρίσεις, εξίδρωμα, ακεραιότητα και παρουσία παροχέτευσεων.
- ✓ Παρατηρήστε για εμφάνιση εκκρίσεων στο επίθεμα. Εκτιμήστε για οσμή. Ψηλαφήστε απαλά το τραύμα για εκκρίσεις ή για πόνο που αναφέρει ο ασθενής.
- ✓ Μετρήστε το μέγεθος του τραύματος (μήκος, πλάτος, βάθος).
- ✓ Δημιουργήστε ένα αποστειρωμένο πεδίο.
- ✓ Καθαρίστε το τραύμα αφού έχετε φορέσει αποστειρωμένα γάντια χρησιμοποιώντας ένα τολύπιο για κάθε κίνηση καθαρισμού.
- ✓ Καθαρίστε από την λιγότερο μολυσμένη περιοχή προς την περισσότερο μολυσμένη περιοχή.
- ✓ Καθαρίστε και γύρω από την παροχέτευση αν υπάρχει.
- ✓ Ταμπονάρεται με καθαρή στεγνή γάζα με τον ίδιο τρόπο.
- ✓ Εφαρμόστε αντισηπτική αλοιφή αν είναι αναγκαία.
- ✓ Κλείστε το τραύμα με αποστειρωμένες γάζες και στερεώστε με ταινία.
- ✓ Αφαιρέστε τα γάντια και απομακρύνεται όλα τα υλικά.
- ✓ Γράψτε την ημερομηνία και την ώρα αλλαγής του τραύματος.
- ✓ Βοηθήστε τον ασθενή να τοποθετηθεί σε άνετη θέση.
- ✓ Εκτελέστε υγιεινή των χεριών (Perry and Potter, 2012).

4.ΠΟΝΟΣ

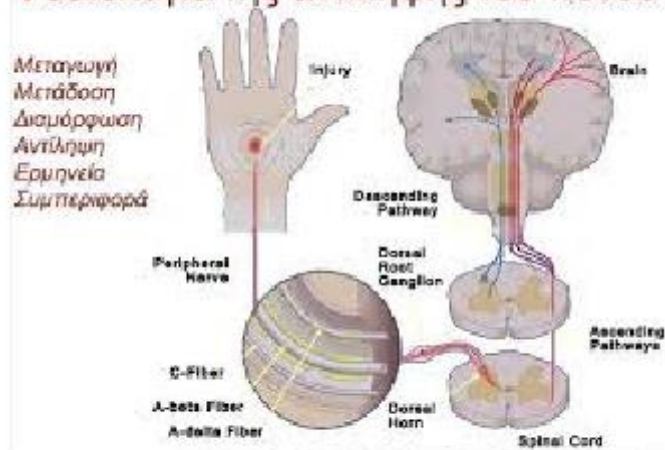
4.1 Γενικά:

Ο πόνος βιώνεται σε κάποιο βαθμό από τον καθένα. Ωστόσο αποτελεί μια πολύ εξοικειωμένη εμπειρία και είναι δύσκολο να οριστεί και να κατανοηθεί. Είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα πολύ υποκειμενικό που μόνο το άτομο που το βιώνει μπορεί να περιγράψει και να αξιολογήσει. Μπορεί να προκληθεί από πολλά ερεθίσματα όμως η αντίδραση σε αυτό δεν μπορεί να μετρηθεί αντικειμενικά.

Ο πόνος είναι μια μαθημένη εμπειρία που επηρεάζεται από ολόκληρη την κατάσταση ζωής του κάθε ατόμου. Ο πόνος συνοδεύει πολλές διαταραχές καθώς επίσης και μερικές θεραπείες όπως χειρουργικές επεμβάσεις.

Η ανακούφιση του πόνου και της δυσχέρειας αποτελεί μια σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση που απαιτεί δεξιότητα και γνώση. Γνώση για έννοιες που συνδέονται με πόνο για συλλογή δεδομένων που αφορούν πόνο και για τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης του. Απαιτεί επίσης συναισθηματική κατανόηση, μια προσπάθεια, δηλαδή από μέρος του νοσηλευτή να κατανοήσει αυτό που ο άρρωστος βιώνει και να του μεταδώσει κατανόηση και ενδιαφέρον. Ο νοσηλευτής είναι ανάγκη να χρησιμοποιεί συστηματική προσέγγιση(διεργασία) του αρρώστου που πονά (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Φυσιολογία της αντίληψης του πόνου



Εικόνα 7 Η φυσιολογία της αντίληψης του πόνου.

4.1.1 Φυσιολογία του πόνου:

Οι υποδοχείς του πόνου ονομαζόμενοι αλγοϋποδοχείς είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις κεντρομόλων ινών. Οι αλγοϋποδοχείς βρίσκονται κύρια στο δέρμα και στους βλεννογόνους και είναι αραιότεροι σε βαθύτερες δομές, όπως τα σπλάχνα, αρθρώσεις, τοιχώματα αρτηριών και χοληφόροι πόροι. Οι αλγοϋποδοχείς αντιδρούν σε βλαβερά ή δυνητικά βλαβερά ερεθίσματα που μπορεί να είναι χημικά, θερμικά ή μηχανικά. Στα χημικά περιλαμβάνονται ισταμίνες, βραδυκινίνες, προσταλαγδίνες και οξέα μερικά από τα οποία ελευθερώνονται από κατεστραμμένους ιστούς. Ο ανοξικός ιστός επίσης ελευθερώνει χημικές ουσίες που προκαλούν πόνο. Το οίδημα ιστού μπορεί να προκαλέσει πόνο εξαιτίας συμπίεσης των αλγοϋποδοχέων.

Μετά την ιστική βλάβη και σε ορισμένες παθολογικές καταστάσεις οι υποδοχείς πόνου δεν προσαρμόζονται στον επαναλαμβανόμενο ερεθισμό και μπορεί να γίνουν περισσότερο ευαίσθητοι. Ως αποτέλεσμα μπορεί να αυξηθεί η ευαισθησία πόνου σε ένα κανονικά επώδυνο ερέθισμα (υπεραλγησία) ή να γίνει επώδυνο ένα κανονικά μη επώδυνο ερέθισμα όπως το άγγιγμα (αλλοδυνία).

Οι ώσεις πόνου διαβιβάζονται στο νωτιαίο μυελό από δύο είδη ινών. Οι κεντρομόλες νευρικές ίνες που άγουν ώσεις πόνου εισέρχονται στον νωτιαίο μυελό μέσω της οπίσθιας ρίζας και συνάπτονται στο οπίσθιο κέρατο με το δεύτερο αισθητικό νευρώνα. Ο άξονας του νευρώνα δύο περνά στην αντίθετη πλευρά του νωτιαίου μυελού και προς το πρόσθιο μέρος του. Κατόπιν μέσα σε ανιούσες οδούς αφού περάσει από το εγκεφαλικό στέλεχος καταλήγει στο θάλαμο όπου συνάπτεται με τον τρίτο νευρώνα. Ο νευράξονας του τρίτου νευρώνα μεταφέρει τις ώσεις στον εγκεφαλικό φλοιό για ερμηνεία (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.1.2 Το βίωμα του πόνου:

Το βίωμα του πόνου κάθε ατόμου περιλαμβάνει την αντίληψη της αίσθησης του πόνου και την αντίδραση σε αυτή την αντίληψη.

Η αντίληψη του πόνου γίνεται στον φλοιό (γνωστική- αξιολογική λειτουργία). Αυτό το συνθετικό σκέψης-αίσθησης του πόνου είναι υποκειμενικό εξαιρετικά πολύπλοκο και εξατομικευμένο. Επηρεάζεται από παράγοντες που επιδρούν στον ερεθισμό των αλγοϋποδοχέων και στη διαβίβαση της ώσης, καθώς επίσης και την δεκτικότητα και ερμηνεία του φλοιού.

Τα σημεία και τα συμπτώματα του πόνου μπορούν να διαιρεθούν σε δύο ομάδες: εκείνα που είναι βασικά συμπαθητικής προέλευσης και εκείνα που είναι κύρια παρασυμπαθητικής προέλευσης.

Η ένταση στην οποία το βλαβερό ερέθισμα κρίνεται υποκειμενικά ως επώδυνο ονομάζεται κατώφλι αντίχενωσης πόνου. Αυτό είναι σχετικά σταθερό στο ίδιο άτομο κα ανάμεσα σε διάφορα άτομα σε ότι αφορά την εντόπιση και το είδος του ερεθίσματος.

Σε αντίθεση η ανοχή του πόνου που είναι ο μέγιστος βαθμός έντασης πόνου που ένα άτομο είναι πρόθυμο να βιώσει ποικίλει πολύ. Πολλοί παράγοντες μπορεί να αυξήσουν και να μειώσουν την ανοχή του πόνου. Παράγοντες που την αυξάνουν είναι το αλκοόλ, φάρμακα, ύπνωση, θερμότητα, τρίψιμο, περισπασμός, πίστη, ισχυρά πιστεύω. Η ανοχή πόνου μπορεί να διαφέρει ανάμεσα σε διάφορα άτομα που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση και στο ίδιο άτομο σε διάφορες καταστάσεις.

Πολυάριθμοι παράγοντες επηρεάζουν την έννοια του πόνου για ένα άτομο συμπεριλαμβανομένων: ηλικίας, φύλου, κοινωνικο-πολιτισμικού υπόβαθρου, περιβάλλοντος και προηγούμενων και παρόντων βιωμάτων.

Οι άνθρωποι αντιδρούν στον πόνο με διαφορετικούς τρόπους που εξαρτώνται από το πώς τον αντιλαμβάνονται και ποια έννοια έχει γι' αυτούς. Μερικοί άνθρωποι μαθαίνουν από την κουλτούρα τους να υποφέρουν χωρίς να εξωτερικεύουν τον έντονο πόνο ενώ αντίθετα άλλοι να εκδηλώνουν οποιοδήποτε βαθμό πόνου. Άνθρωποι των οποίων τα πιστεύω και η αγωγή υγείας τονίζουν πρόληψη δέχονται τον πόνο ως προειδοποίηση για ζήτηση βοήθειας και προσδοκούν ότι θα βρεθεί και θα ιαθεί η αιτία του πόνου (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.1.3 Τύποι πόνου:

Υπάρχουν δύο τύποι συνδρόμων πόνου: οξύς και χρόνιος πόνος.

Ο οξύς πόνος δεν διαρκεί πάνω από 3 μήνες. Είναι συνήθως ένα μεταβατικό επεισόδιο και πληροφορεί το άτομο ότι κάτι δεν πάει καλά. Η εμφάνισή του είναι συνήθως αιφνίδια και οι επώδυνες περιοχές μπορούν γενικά να αναγνωριστούν καλά.

Ο αιφνίδιος έντονος πόνος ενεργοποιεί το αυτόνομο νευρικό σύστημα που μπορεί να προκαλέσει σημεία συμπαθητικής υπερδραστηριότητας. Αυτά τα σημεία περιλαμβάνουν ταχυκαρδία, αύξηση αρτηριακής πίεσης, διαστολή κόρης, εφίδρωση και διέγερση της έκκρισης του μυελού των επινεφριδίων. Σε ορισμένες καταστάσεις, όπως ο έντονος σπλαχνικός αιφνίδιος πόνος μπορεί να συμβεί αγγειοδιαστολή με ακόλουθη πτώση της

αρτηριακής πίεσης και shock. Η συνεχής επώδυνη διέγερση μπορεί να προκαλέσει ένα σταθερά διατηρημένο αντανακλαστικό σύσπασης των παρακείμενων ή απομακρυσμένων μυών.

Ο οξύς πόνος συνοδεύεται συνήθως από αυξημένη μυϊκή τάση και άγχος που και τα δύο μπορεί να συνεισφέρουν στην αυξημένη αντίληψη του πόνου. Αν ο πόνος είναι μέτριος ή έντονος έκδηλα φυσιολογικά και συμπεριφορικά σημεία διευκολύνουν την εκτίμηση του πόνου. Το άτομο συνήθως ζητά ανακούφιση από τον πόνο.

Ο πόνος που επιμένει πάνω από 3 μήνες χαρακτηρίζεται ως χρόνιος πόνος. Η αιτία του ή είναι άγνωστη ή δεν μπορεί να εξαλειφθεί. Η αίσθηση του πόνου συχνά γίνεται πιο διάχυτη έτσι ώστε είναι δύσκολο για το άτομο να αναγνωρίσει το συγκεκριμένο σημείο πόνου. Ο πόνος μπορεί αρχικά να είναι οξύς αλλά επέμεινε ή η εμφάνισή του μπορεί να είναι τόσο ύπουλη που το άτομο δεν μπορεί να αναφέρει συγκεκριμένα πότε τον βίωσε για πρώτη φορά.

Υπάρχουν δύο τύποι χρόνιου πόνου. Ο διαλείπων χρόνιος πόνος συμβαίνει μόνο σε ορισμένες περιόδους (ημικρανία). Ο επίμονος πόνος υπάρχει πάντοτε αν και μπορεί να αυξομειώνεται σε ένταση.

Ο χρόνιος πόνος χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα που οδηγεί σε μείωση ενδιαφερόντων και απομόνωση από φίλους και οικογένεια. Η ζωή του ατόμου επικεντρώνεται στο βίωμα του πόνου και αυξάνονται τα αισθήματα ανικανότητας και απελπισίας καθώς επιμένει ο πόνος. Τελικά το άτομο αποσύρεται από κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Ως μέσο διαχωρισμού ανάμεσα σε οξύ και χρόνιο πόνο ο Crue (1983) ανέπτυξε μια ταξινομία του πόνου αρχίζοντας με σύντομο οξύ πόνο και τελειώνοντας με συνεχή ανίατο πόνο (δεν ανακουφίζεται με θεραπευτικά μέσα).

- Οξύς : Διαρκεί λίγες μέρες, προκαλείται από ιστική κάκωση και εξαλείφεται όταν απομακρυνθεί η πηγή του.
- Υποξύς : Όμοιος με τον οξύ, όμως διαρκεί από μέρες έως εβδομάδες.
- Υποτροπιάζων οξύς πόνος: Έξαρση χρόνιου πόνου.
- Προοδευτικός πόνος καρκίνου: Προκαλείται από εξέλιξη της παθολογικής κατάστασης.
- Ανίατος καλοήθης πόνος (επαρκής αντιμετώπιση): Ο πόνος είναι συνεχής όμως τα άτομα μπορούν να ζήσουν δημιουργική ζωή.
- Ανίατος καλοήθης πόνος (ανεπαρκής αντιμετώπιση): Το άτομο είναι εντελώς ανίκανο εξαιτίας του συνεχούς πόνου (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.1.4 Προσέγγιση αρρώστου με πόνο:

Εκτίμηση οξέως πόνου:

Όταν ένα άτομο αναφέρει ότι πονά ή ζητά παυσίπονο είναι πολύ σημαντικό πριν από κάθε ενέργεια να γίνεται μια γρήγορη εκτίμηση με υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα. Η καλύτερη εκτίμηση του πόνου είναι η αξιολόγηση του ίδιου του αρρώστου. Είναι ανάγκη να συγκεντρώνονται δεδομένα για τη φύση του οξέως πόνου, δηλαδή εντόπιση, ένταση, ποιότητα, χρόνος εμφάνισης, διάρκεια, συχνότητα, αιτία και παράγοντες που τον επιδεινώνουν ή τον ανακουφίζουν.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι εκτίμησης της έντασης του πόνου. Ένας τρόπος είναι να παρακληθεί ο άρρωστος να περιγράψει τον πόνο και τη δυσχέρεια και να διαβαθμίσει την ένταση του σε κλίμακα.

Η διαβάθμιση έντασης μπορεί να γίνει με τσεκάρισμα σε κλίμακα οπτικού αναλόγου.

Η ένταση του πόνου πρέπει να εκτιμάτε τουλάχιστον μία φορά σε κάθε ωράριο ή συχνότερα αν ο άρρωστος παίρνει αναλγητικά ή χρησιμοποιούνται άλλες παρεμβάσεις (χαλάρωση) για ανακούφιση του πόνου. Όταν ο οξύς πόνος υποχωρεί συγκεντρώνονται δεδομένα για το ποια είναι η έννοια του πόνου για τον άρρωστο.

Τα αντικειμενικά σημεία του οξέως πόνου είναι φυσιολογικά και συμπεριφορικά.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί τα φυσιολογικά σημεία οφείλονται σε ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος: συχνός σφυγμός, βαθιά και συχνή αναπνοή, υψηλή αρτηριακή πίεση, εφίδρωση, ωχρότητα, διαστολή κορών, μυϊκή τάση, ναυτία και έμετοι. Τα συμπεριφορικά σημεία δεν είναι ειδικά του πόνου. Κατά συνέπεια αν τα παρατηρήσιμα δεδομένα υπαινίσσονται παρουσία πόνου πρέπει να αποσπώνται από τον άρρωστο υποκειμενικά δεδομένα προκειμένου να εγκυροποιηθεί η υπόθεση ύπαρξης πόνου (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.1.5 Τα ειδικά αντικειμενικά δεδομένα που πρέπει να συλλεγούν κατά συνέπεια περιλαμβάνουν:

- Όψη
- Κινητική συμπεριφορά
- Συναισθηματικές και προφορικές αντιδράσεις
- Ζωτικά σημεία
- Υγρασία και χρώμα δέρματος

- ο Επισκόπηση και ήπια ψηλάφηση της επώδυνης περιοχής (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.1.6 Μετεγχειρητικός πόνος:

Ο πόνος ορίζεται συνήθως ως μία δυσάρεστη εμπειρία που προκαλείται από μια ερεθιστική ουσία, μια ιστική καταστροφή ή την αντιρρόπιση μιας ιστικής καταστροφής. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε αντίδραση η οποία συνίσταται από απάντηση απόσυρσης, από μεταβολική και ορμονική απάντηση και από επαγρύπνηση της συνείδησης. Πριν αναφερθούμε στην θεραπεία είναι αναγκαίο να αναφέρουμε σε συντομία πως παράγεται ο πόνος. Η ιστική καταστροφή (π.χ. χειρουργική τομή) προκαλεί την απελευθέρωση χημικών ουσιών (διαβιβαστών πόνου όπως ισταμίνη, βραδυκινίνες) στο σημείο του τραυματισμού. Οι ουσίες αυτές ερεθίζουν τις νευρικές ίνες που μεταφέρουν την αίσθηση του πόνου δια του νωτιαίου μυελού σε υψηλότερα κέντρα όπου ο πόνος βιώνεται. Για το λόγο αυτό υπάρχουν διάφορα σημεία κατά μήκος αυτής της διαδρομής όπου είναι δυνατόν να μεταβληθεί και να διακοπεί η διάδοση του μηνύματος του πόνου. Οι αντιφλεγμονώδεις παράγοντες αναστέλλουν την απελευθέρωση των διαβιβαστών του πόνου στο σημείο του τραυματισμού. Οι τοπικοί αναισθητικοί παράγοντες αποκλείουν τα περιφερικά και κεντρικά νεύρα και εμποδίζουν το ερέθισμα να φτάσει στον εγκέφαλο. Τα οπιοειδή(π.χ.μορφίνη) δρουν κεντρικά τροποποιώντας την πρόσληψη του επώδυνου ερεθίσματος (Henry and Thomson, 2005).

4.1.7 Γιατί θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ο πόνος:

Οι επιδράσεις του πόνου στο χειρουργικό ασθενή είναι ποικίλες. Είναι φυσικά η δυσάρεστη εμπειρία για τον ασθενή και οι ψυχολογικές επιπτώσεις που αυτή επιφέρει. Παράλληλα ο ανεπαρκώς ελεγχόμενος πόνος οδηγεί σε μια σειρά άλλων ανεπιθύμητων επακόλουθων. Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν υποστεί κοιλιακές και θωρακικές επεμβάσεις αισθάνονται δυσκολία και πόνο στην προσπάθεια να βήξουν και να αναπνεύσουν, με συνέπεια ανεπαρκή αερισμό και υποξία κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο και δευτερογενώς σε λοιμώξεις του αναπνευστικού. Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού μπορούν να περιπλέξουν σε σημαντικό βαθμό την περίοδο ανάνηψης. Στο σημείο αυτό αναπτύσσεται ένας φαύλος κύκλος επειδή η πρόληψη και η αντιμετώπιση των λοιμώξεων του αναπνευστικού απαιτούν εργώδεις φυσιοθεραπείες, οι οποίες με την σειρά τους διογκώνουν το πρόβλημα του ελέγχου του πόνου. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υπέρταση και ταχυκαρδία οι οποίες με την σειρά τους είναι δυνατόν να επηρεάσουν ένα ευάλωτο μυοκάρδιο. Ακόμη ο ανεπαρκής έλεγχος του πόνου είναι δυνατόν να έχει σαν αποτέλεσμα την αργή ανάνηψη και

την καθυστερημένη κινητοποίηση του αρρώστου, καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης (Henry and Thomson, 2005).

4.2 Πως πρέπει να αντιμετωπίζεται ο πόνος:

Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται μια σειρά τεχνικών και φαρμάκων. Οι σημαντικές αρχές που θα πρέπει να υπογραμμιστούν πριν από την συνταγογράφηση είναι οι ακόλουθες:

- Κάθε ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ξεχωριστή περίπτωση και έτσι να προσεγγίζεται από την προεγχειρητική εκτίμηση.
- Ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει και να κατανοεί τις λαμβανόμενες αποφάσεις. Είναι ζωτικής σημασίας η εμπιστοσύνη του ασθενούς στην προγραμματιζόμενη αναλγητική αγωγή.
- Σημαντική είναι η προ-εκτίμηση των ασφαλέστερων φαρμάκων και τεχνικών για τον συγκεκριμένο ασθενή (Henry and Thomson, 2005).

Υπάρχουν επίσης άλλα δυο πολύ σημαντικά ζητήματα. Αρχικά ο μετεγχειρητικός πόνος αντιμετωπίζεται πολύ ευκολότερα εάν έχουμε ήδη ελαχιστοποιήσει τον πόνο όταν ο ασθενής θα ξυπνήσει, για τον λόγο αυτό η αντιμετώπιση θα πρέπει να ξεκινήσει κατά την διάρκεια της επέμβασης ή ακόμη και πριν την επέμβαση. Στη συνέχεια υπάρχει μια σειρά διαφορετικών κατηγοριών φαρμάκων με αναλγητική δράση. Καλή αναλγησία επιτυγχάνεται με συνδυασμό αυτών των φαρμάκων γεγονός το οποίο καθιστά δυνατή την ελαχιστοποίηση των δόσεων κάθε ουσίας που χορηγείται με αποτέλεσμα να ελαχιστοποιούνται και οι κίνδυνοι εμφάνισης παρενεργειών (ισορροπημένη αναλγησία). Είναι προφανές ότι τα δυσκολότερα προβλήματα εμφανίζονται στις περιπτώσεις μείζονων χειρουργικών επεμβάσεων (Henry and Thomson, 2005).

4.3 Μέθοδοι αντιμετώπισης:

Η ένταση του μετεγχειρητικού πόνου μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με διάφορους τρόπους π.χ. με την σωστή προεγχειρητική ενημέρωση του ασθενή, την εφαρμογή των κατάλληλων περιεγχειρητικών μέτρων και την χορήγηση μετεγχειρητικής αναλγησίας. Η προεγχειρητική ενημέρωση του ασθενή του δίνει την δυνατότητα να γνωρίζει εκ των προτέρων την πιθανή ένταση του πόνου, όπως επίσης και τον σχεδιασμό της αναλγητικής αγωγής και τον βαθμό της κινητοποίησης που θα πρέπει να αναμένεται μετά την επέμβαση. Η εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη της εμφάνισης πόνου ήδη κατά τη διάρκεια της επέμβασης (προληπτική αναλγησία) διασφαλίζει το ότι δεν θα παραστεί ανάγκη για την αντιμετώπιση ενός ήδη εγκατεστημένου πόνου μετεγχειρητικά (Quick et al., 2014).

4.3.1 Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν:

- Την ενδοφλέβια χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων μακράς διάρκειας δράσης.
- Την έγχυση στα χείλη του τραύματος τοπικών αναισθητικών παραγόντων με μακρά διάρκεια δράσης (π.χ. βουπιβακαΐνης) λίγο πριν το τέλος της επέμβασης.
- Τους περιοχικούς νευρικούς αποκλεισμούς (π.χ. μεσοπλεύριων νεύρων σε επεμβάσεις στην άνω κοιλία με διήθηση του εγκάρσιου κοιλιακού μυός).
- Την επισκληρίδιο αναλγησία χρησιμοποιώντας τοπικά αναισθητικά και συχνά μορφίνη, τόσο διεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά σε επεμβάσεις κοιλίας και πυέλου. Η μέθοδος δεν επηρεάζει την συχνότητα διαφυγής από την αναστόμωση.
- Μη στεροειδή αναλγητικά που χορηγούνται πριν την αφύπνιση του ασθενή (ενδοφλέβια ή με μορφή υπόθετου). Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) δεν θα πρέπει να χορηγούνται σε ασθενείς με γνωστή αλλεργία στην ασπιρίνη ή σε άλλα ΜΣΑΦ με γνωστό ιστορικό σοβαρού άσθματος ή αγγειοιδήματος, διαταραχές της πήκτικότητας, έκπτωση νεφρικής λειτουργίας, υποογκαιμία ή κύηση. Το μέτριας βαρύτητας άσθμα δεν είναι αντένδειξη για την χορήγηση ΜΣΑΦ. Η χρήση των ΜΣΑΦ για αναλγησία δεν θεωρείται φρόνιμη σε επεμβάσεις που συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας (Quick et al., 2014).



Εικόνα 8 Ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων.

4.3.2 Αναλγησία για μικροεπεμβάσεις και επεμβάσεις μέσης βαρύτητας:

Η ανοχή των διαφόρων ασθενών στον πόνο ποικίλλει ευρέως όπως επίσης και οι ανάγκες τους σε αναλγησία. Για μικροεπεμβάσεις και επεμβάσεις μέσης βαρύτητας συνήθως αρκεί η προληπτική χορήγηση (δηλαδή η χορήγηση πριν την εμφάνιση πόνου) απλών αναλγητικών φαρμάκων από το στόμα. Εντούτοις το άγχος, η εξάντληση και η στέρηση του ύπνου μπορεί

να μειώσουν την ανοχή του ασθενή στον πόνο. Για τον λόγο αυτό η αναλγητική αγωγή θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του εκάστοτε ασθενή (Quick et al., 2014).

4.3.3 Αναλγησία για μείζονες επεμβάσεις και τραύματα:

Πολλά νοσοκομεία διαθέτουν σήμερα ομάδα αντιμετώπισης του οξέως πόνου που στελεχώνεται από αναισθησιολόγους και το αντίστοιχο εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Η ομάδα αυτή σχεδιάζει την αναλγητική αγωγή ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενή και βοηθά στην αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με τον πόνο. Η αντικειμενική βαθμολόγηση της έντασης του πόνου είναι δύσκολη, έτσι η χρήση κάποιας οπτικής αναλογικής κλίμακας μπορεί να φανεί χρήσιμη(Quick et al., 2014).

Ήπιος έως μέτριας έντασης πόνος:

- Παρακεταμόλη
- Συνδυασμός παρακεταμόλης και χαμηλής δόσης κωδεΐνης
- Ήπιος ισχύος μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα(ΜΣΑΦ), π.χ. ιδουπροφένη.

Μέτριας έντασης πόνος:

- Παρακεταμόλη
- Κωδεΐνη ή διυδροκωδεΐνη 30-60 mg
- Ισχυρότερα ΜΣΑΦ υπό τη μορφή δισκίων ή υποθέτων, π.χ. δικλοφενάνη.

Μέτριας έντασης έως ισχυρός πόνος:

- Άλλα οπιοειδή αναλγητικά ισχυρότερα από την κωδεΐνη, όπως οξυκωδόνη ή τραμαδόλη
- ΜΣΑΦ που χορηγούνται ενδοφλέβια π.χ. δικλοφενάνη
- Μορφίνη(δισκία βραδείας αποδέσμευσης)
- Μορφίνη ή διαμορφίνη-αναλγησία ελεγχόμενη από τον ασθενή(PCA) (Quick et al., 2014).

Μετά από μείζονες επεμβάσεις στην κοιλία και στο περίνεο η επισκληρίδιος αναλγησία(με την χρήση τοπικών αναισθητικών παραγόντων και μορφίνης) έχει ανεκτίμητη αξία. Με μια εφάπαξ δόση μπορεί να εξασφαλιστεί η αναλγησία για όλη τη διάρκεια της επέμβασης(π.χ.

διουρηθρική προστατεκτομή), ενώ παρέχεται επιπλέον πλήρης μετεγχειρητική αναλγησία επί αρκετές ώρες. Για περισσότερο εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να παραμείνει στη θέση του ένας επισκληρίδιος καθετήρας μέσω του οποίου χορηγούνται εκ νέου φάρμακα για την παράταση της διάρκειας της μετεγχειρητικής αναλγησίας. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά για τυχόν ενδείξεις τοξικών παρενεργειών, βαριά υπόταση ή καταστολή του αναπνευστικού. Σημειώνεται ότι η μέτριας βαρύτητας υπόταση απλά δείχνει ότι έχει επιτευχθεί ικανοποιητικού βαθμού αποκλεισμός του συμπαθητικού.

Για μείζονες επεμβάσεις και μετά από σοβαρούς τραυματισμούς όπου η επισκληρίδιος αναλγησία δεν είναι κατάλληλη, η δόση των αναλγητικών θα πρέπει να προσαρμόζεται έτσι ώστε να επαρκεί για την εξουδετέρωση του πόνου χωρίς παράλληλα να προκαλούνται επικίνδυνες παρενέργειες. Επίσης τα αναλγητικά θα πρέπει να χορηγούνται ανά κατάλληλα χρονικά διαστήματα και τόσο συχνά ώστε να επιτυγχάνεται επαρκής και συνεχής ανακούφιση από τον πόνο. Η ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία (PCA-Patient controlled analgesia) είναι μία μέθοδος με την οποία είναι δυνατόν να επιτευχθεί αποτελεσματικός έλεγχος του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή στον οποίο δίνεται η δυνατότητα να χορηγήσει στον εαυτό του μικρές ενδοφλέβιες δόσεις οπιοειδών ανάλογα με τις ανάγκες του χρησιμοποιώντας μια ειδική συσκευή (Quick et al., 2014).

4.4 Αντιμετώπιση του πόνου μετά από μείζονες επεμβάσεις:

Το καλύτερο αποτέλεσμα παράγεται από ένα συνδυασμό φαρμάκων. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση τοπικών αναισθητικών παραγόντων είτε στο σημείο της επέμβασης είτε σαν τμήμα ενός περιφερικού νευρικού αποκλεισμού (π.χ. επισκληρίδιος) μαζί με ΜΣΑΦ και οπιοειδή. Η χρήση των οπιοειδών έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια και μια προσεκτική εξέταση της θέσης της μορφίνης αποτελεί χρήσιμο παράδειγμα (Henry and Thomson, 2005).

Για πολλά χρόνια η ενδομυϊκά χορηγούμενη μορφίνη ανά τακτικά χρονικά διαστήματα αποτελούσε το βασικό σκέλος του ελέγχου του πόνου αλλά τα τελευταία χρόνια η μέθοδος αυτή αποτέλεσε αντικείμενο κριτικής. Παρόλα αυτά εάν η μορφίνη δοθεί ανά τακτά χρονικά διαστήματα και στη σωστή δοσολογία είναι δυνατόν να επιτευχθεί ικανοποιητική αναλγησία. Η μέθοδος αυτή είναι επίσης φθηνή και ασφαλής. Ωστόσο σε ένα χειρουργικό θάλαμο με μεγάλη κίνηση είναι δύσκολο να εξασφαλίσει κανείς ότι η μορφίνη χορηγείται σε ικανοποιητική συχνότητα και προσαρμοσμένη στις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενούς. Για τον λόγο αυτό αναπτύχθηκαν άλλες τεχνικές. Η μορφίνη σε bonus ενδοφλέβια έγχυση αποτελεί έναν καλό τρόπο γρήγορου και άμεσου ελέγχου του μετεγχειρητικού πόνου, αλλά η περαιτέρω χρήση κατά τη μετεγχειρητική περίοδο περιορίζεται από παράγοντες ασφαλείας και από την παροδική φύση της αναλγησίας που προσφέρει. Η ενδοφλέβια έγχυση

της μορφίνης επιτρέπει την δημιουργία σταθερής συγκέντρωσης στο αίμα. Παρά το ότι αυτό το γεγονός απαλύνει κατά κάποιο τρόπο το φόβο του πόνου που βιώνει ο ασθενής με τις ενδομυϊκές ενέσεις, είναι ωστόσο δύσκολο να επιλέξει κάποιος το σωστό ρυθμό έγχυσης και η μεταβολή του ρυθμού έγχυσης απαιτεί ένα σημαντικό χρονικό διάστημα μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η διαπίστωση αυτή έχει οδηγήσει στην ευρεία διάδοση συσκευών ελεγχόμενης αναλγησίας από τον ασθενή (PCA) (Henry and Thomson, 2005).

4.4.1 Έντονος μετεγχειρητικός πόνος:

Εάν ο πόνος δεν ελέγχεται παρότι η αναλγητική αγωγή θεωρείται επαρκής (κατάλληλη δόση και συχνότητα χορήγησης αναλγητικού) θα πρέπει κανείς να υποψιαστεί την πιθανή ύπαρξη επιπλοκών. Θα πρέπει καταρχάς να εξεταστεί η δόση του αναλγητικού σε σχέση με την αναμενόμενη ένταση του πόνου και το σωματικό βάρος του ασθενή.

Τοπικές μετεγχειρητικές επιπλοκές: θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ως ενδεχόμενο κατά την αξιολόγηση του ασθενή. Ο πόνος από το τραύμα μπορεί να οφείλεται σε πίεση από ένα αιμάτωμα. Σε τραυματικές κακώσεις των κάτω άκρων, τυχόν αιμορραγία ή φλεγμονώδες μετατραυματικό οίδημα σε κάποιο διαμέρισμα θα πρέπει να διαγιγνώσκεται εγκαίρως πριν αναπτυχθεί ισχαιμία (σύνδρομο διαμερίσματος). Ο πόνος στην περιοχή του τραύματος που αυξάνεται σε ένταση μετά την πάροδο των πρώτων 48 ωρών μπορεί να οφείλεται σε λοίμωξη. Το τραύμα είναι περισσότερο επώδυνο από το σύνηθες ακόμη και πριν εμφανιστεί η ερυθρότητα και η σκληρία κατά την ψηλάφηση του, ενώ συνήθως συνυπάρχει και πυρετός. Άλλες επιπλοκές που μπορεί να υποκρύπτει ο πόνος στα κάτω άκρα είναι η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση και η οξεία ισχαιμία. Τέλος ο πόνος μπορεί να οφείλεται και σε άλλες σημαντικές συνυπάρχουσες παθήσεις όπως για παράδειγμα ισχαιμία του μυοκαρδίου ή κάταγμα της κεφαλής του μηριαίου μετά από πτώση από το κρεβάτι (Quick et al., 2014).

Μείζονες επιπλοκές στο πεδίο της χειρουργικής επέμβασης: μετά από μία ενδοκοιλιακή επέμβαση ο έντονος πόνος μπορεί να οφείλεται σε ενδοκοιλιακή επιπλοκή, όπως αιμορραγία, διαφυγή από αναστόμωση, διαφυγή χολής, δημιουργία αποστήματος, διάταση του εντέρου από αέρα λόγω ειλεού ή λόγω κατάποσης αέρα, εντερική απόφραξη, κατακράτηση ούρων και ισχαιμία εντέρου. Στις περιπτώσεις αυτές είναι δυνατόν να απαιτηθεί ακόμη και επανεπέμβαση. Η δυσκοιλιότητα μπορεί επίσης να προκαλέσει όψιμο μετεγχειρητικό πόνο (Quick et al., 2014).

Κατά κανόνα οι σοβαρές επιπλοκές προκαλούν επιδείνωση της γενικής κατάστασης του ασθενή. Αντίθετα ο ασθενής παραμένει σε καλή γενική κατάσταση σε περίπτωση λιγότερο σοβαρών επιπλοκών όπως κατακράτηση ούρων και δυσκοιλιότητα (Quick et al., 2014).

4.5 Φάρμακα μετεγχειρητικής αναλγησίας:

Τρεις είναι οι ομάδες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για μετεγχειρητική αναλγησία. Τα **οπιοειδή**, που είναι και η παλιότερη ομάδα αναλγητικών, τα **τοπικά αναισθητικά** που άρχισαν να χρησιμοποιούνται στην μετεγχειρητική αναλγησία την τελευταία δεκαετία και τα **μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDS)** που αποτελούν και την νεότερη ομάδα φαρμάκων στον τομέα αυτό. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τόσο τις ενέργειες τόσο και τις παρενέργειες των φαρμάκων αυτών αλλά και τις παθοφυσιολογικές μεταβολές που προκαλούνται σε ορισμένα από τα συστήματα του οργανισμού, αν θέλουμε να τα χρησιμοποιήσουμε με ασφάλεια (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

4.5.1 Οπιοειδή:

Όλα τα οπιοειδή άσχετα με την οδό χορήγησης δρουν σε ορισμένους υποδοχείς που είναι άνισα κατανομημένοι στο κεντρικό νευρικό σύστημα, το νωτιαίο μυελό, τα περιφερικά νεύρα, τις αρθρώσεις και φλεγμαίνοντες ιστούς. Έτσι η δράση των οπιοειδών μπορεί να κατευθύνεται ανάλογα με τον τρόπο χορήγησης στον επιθυμητό στόχο. Εκτός από αυτή την άμεση δράση έχει αποδειχθεί ότι μπορούν να δράσουν και αμέσως μέσω των κατιόντων ανασταλτικών μηχανισμών του φλοιού και του δικτυωτού σχηματισμού.

Τα οπιοειδή χορηγούνται ενδομυϊκά, ενδοφλέβια, επισκληρίδια, υπαραχνοειδώς, ενδαρθρικά και σε στελέχη ή πλέγματα περιφερικών νεύρων. Με όποιο τρόπο και αν χορηγηθούν προκαλούν τις ίδιες περίπου παρενέργειες. Οι παρενέργειες αυτές είναι η αναπνευστική κατάστολή, η υπνηλία, η επίσχεση ούρων, ο κνησμός, η καταστολή του βήχα, η κατακράτηση των εκκρίσεων και η δυσκοιλότητα. Η συχνότητα των ως άνω παρενεργειών εξαρτάται από τις δόσεις και τον τρόπο χορήγησης (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011).

4.5.2 Τοπικά αναισθητικά:

Τα τοπικά αναισθητικά είναι γνωστά από τις αρχές του αιώνα. Αρχικά χρησιμοποιήθηκαν για εφαρμογή τοπικής αναισθησίας από τους μη ειδικούς, στην συνέχεια από τους ειδικούς για εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας και την αντιμετώπιση διαφόρων μορφών χρόνιου πόνου και την τελευταία δεκαετία χρησιμοποιούνται πάλι από ειδικούς γιατρούς για μετεγχειρητική αναλγησία, θεραπεία και αντιμετώπιση χρόνιου πόνου. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα χρησιμοποιούνται για τον σκοπό αυτό μίγματα τοπικών αναισθητικών και οπιοειδών.

Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες των τοπικών αναισθητικών όταν χορηγούνται με σκοπό την μετεγχειρητική αναλγησία είναι υπόταση, η μυϊκή αδυναμία και η κατακράτηση ούρων.

Η υπόταση οφείλεται στον συμπαθητικό αποκλεισμό και δεν είναι ανησυχητική, εκτός και αν συνδυάζεται με καταστολή του μυοκαρδίου από χορήγηση άλλων φαρμάκων ή συνδυάζεται με υποογκαιμία.

Η μυϊκή αδυναμία είναι δυσάρεστη για τον άρρωστο και εμποδίζει την κινητοποίηση. Μπορεί να περιοριστεί με μείωση της χορηγούμενης πυκνότητας του τοπικού αναισθητικού.

Η επίσχεση ούρων αποτελεί πρακτικά την πλέον συχνά παρατηρούμενη παρενέργεια των τοπικών αναισθητικών και απαιτεί συχνά καθετηριασμό (Μπονάτσος, Κακλάμανος και Γολεμάτης, 2011).

4.5.3 Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη:

Τα φάρμακα αυτά αναστέλλουν την δράση της κυκλο-οξυγονάσης, ενζύμου που ρυθμίζει την σύνθεση των κυριότερων ουσιών που προάγουν την φλεγμονή, των προσταγλανδινών, των προστακυκλινών και των θρομβοξανών. Εκτός της αντιφλεγμονώδους-αναλγητικής ιδιότητας έχουν αντιυπερετική και αντιαιμοπεταλιακή δράση. Η τελευταία δε ενέργεια θεωρείται χρήσιμη για την αποφυγή θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

Οι κυριότερες παρενέργειες των μη στεροειδών είναι η αιμορραγία από το πεπτικό σε άτομα με έλκος, η πρόκληση βρογχόσπασμου σε άτομα με άσθμα και η νεφρική ανεπάρκεια σε περίπτωση που χορηγηθούν σε συνδυασμό με αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου.

Θεωρούνται εξαιρετικά σε μυοσκελετικούς πόνους αλλά και στην μετεγχειρητική αναλγησία χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα και μικρό ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών.

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται με επιτυχία για μετεγχειρητική αναλγησία τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη δεύτερης γενιάς που έχουν μικρότερη επίπτωση στο πεπτικό, αναπνευστικό και ουροποιητικό.

Όπως είναι γνωστό κανένα φάρμακο από μόνο του και καμία τεχνική δεν μπορούν να επιφέρουν αποτελεσματική μετεγχειρητική αναλγησία. Αντίθετα ο συνδυασμός φαρμάκων και τεχνικών είναι δυνατόν να επιφέρουν πλήρη μετεγχειρητική αναλγησία με αποδεκτή συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών (Μπονάτσος, Κακλάμανος και Γολεμάτης, 2011) .

4.6 Μορφές μετεγχειρητικής αναλγησίας:

Σαν γενικός κανόνας οποιασδήποτε αποτελεσματικής μετεγχειρητικής αναλγησίας είναι η χορήγηση των αναλγητικών να γίνεται πριν την εμφάνιση του πόνου:

- ❖ Η μετεγχειρητική αναλγησία αρχίζει με ευθύνη του αναισθησιολόγου πριν το πέρας της χειρουργικής επέμβασης.
- ❖ Ο άρρωστος όταν εγκαταλείπει την αίθουσα ανάνηψης δεν πρέπει να υποφέρει από πόνο (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

4.6.1 Από του στόματος ή του ορθού(περιπατητικοί άρρωστοι):

Εφαρμόζεται σε επεμβάσεις μιας ημέρας νοσηλείας, συνήθως μετά το πρώτο 24ωρο. Χρησιμοποιούνται συνήθως ήπια αναλγητικά (παρακεταμόλη, φαινακετίνη, σαλικυλικά) ή μίγματα αυτών με ήπια οπιοειδή (κωδεΐνη) μόνα ή σε συνδυασμό με μη στεροειδή δεύτερης γενιάς σε επαρκείς δόσεις και ανά τακτά χρονικά διαστήματα (ανά 6ωρο τα απλά αναλγητικά και ανά 12ωρο τα μη στεροειδή). Μπορεί επίσης να γίνει συνδυασμός ήπιων αναλγητικών με μη στεροειδή, αν ο πόνος είναι ισχυρός και δεν ελέγχεται με τα κοινά αναλγητικά (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

4.6.2 Ενδομυϊκή αναλγησία (θάλαμος νοσηλείας):

Η ενδομυϊκή οδός αποτελεί την δημοφιλέστερη για εφαρμογή μετεγχειρητικής αναλγησίας στην πλειοψηφία των περιπτώσεων και τούτο γιατί:

- Είναι απλή στην εφαρμογή
- Είναι χαμηλού κόστους
- Έχει αποδεκτή αποτελεσματικότητα
- Είναι ασφαλής (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

Για να είναι όμως αποδεκτά αποτελεσματική θα πρέπει να τηρούνται οι εξής κανόνες:

- Να εφαρμόζονται αποτελεσματικές και συγκεκριμένες δόσεις
- Σε τακτά διαστήματα με βάση το φαρμακολογικό προφίλ του χρησιμοποιούμενου αναλγητικού (6ωρο, 8ωρο, 12ωρο, ποτέ επί πόνου).

Στην μετεγχειρητική ενδομυϊκή αναλγησία χρησιμοποιούνται ισχυρά οπιοειδή όπως η μορφίνη και η πεθιδίνη και λιγότερο τα ήπια οπιοειδή όπως προποξυφαΐνη. Η πεθιδίνη αν και ασθενέστερη αναλγητικά σε σχέση με την μορφίνη είναι περισσότερο δημοφιλής στην Ελλάδα. Η δόση για ενδομυϊκή αναλγησία κυμαίνεται από 50-100mg και ανάλογα με την ηλικία και το βάρος σώματος. Η μορφίνη χορηγείται σε δόση 0.1-0.2mg ανά kg ΣΒ. Η διάρκεια δράσης τόσο της μορφίνης όσο και της πεθιδίνης είναι 4-6 ώρες και κατά συνέπεια κάθε 4-6 ώρες θα πρέπει να επαναλαμβάνεται η δόση αν θέλουμε να έχουμε σταθερά αναλγητικά επίπεδα στο πλάσμα (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ενισχύουν σημαντικά την δράση των οπιοειδών και έχουν σαν αποτέλεσμα βελτίωση της ποιότητας της προσφερόμενης αναλγησίας. Έχουν ιδιαίτερη ένδειξη σε μεγάλες επεμβάσεις και ιδίως το πρώτο μετεγχειρητικό 24ωρο οπότε και η ένταση του μετεγχειρητικού πόνου είναι μεγαλύτερη. Ανάλογα με το φαρμακολογικό τους προφίλ χορηγούνται ανά 8ωρο ή 12ωρο με ενδοφλέβια κάλυψη με ρανιτιδίνη ή πραζόλη (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

4.6.3 Ενδοφλέβια αναλγησία:

- ο Σε τακτά διαστήματα και συνεχής χορήγηση(ΜΕΘ,ΜΑΦ)

Η ενδοφλέβια μετεγχειρητική αναλγησία σε τακτά διαστήματα έχει περιορισμένη ένδειξη σε χώρους όπου μπορεί να ελέγχεται άμεσα η αναπνευστική καταστολή, ιδιαίτερα αν οι ασθενείς λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή, οπότε η ενδομυϊκή αναλγησία είναι αδύνατη. Συνηθίζεται σε ασθενείς στις ΜΑΦ και ΜΕΘ και δίνονται κατά κανόνα μορφίνη και πεθιδίνη (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

- ο Ρυθμιζόμενη από τον άρρωστο(θάλαμος νοσηλείας)

Η ρυθμιζόμενη από τον άρρωστο ενδοφλέβια μετεγχειρητική(PCA-patient controlled analgesia) που είναι πολύ δημοφιλής στις ΗΠΑ εφαρμόζεται με επιτυχία και στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια. Είναι ασφαλής μέθοδος που μπορεί να εφαρμοστεί στο θάλαμο νοσηλείας με την συμμετοχή του ίδιου του ασθενή (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

Υπάρχουν δύο τύποι PCA:

- με συνεχή ροή μικρής ποσότητας αναλγητικού και συμπλήρωση της αναγκαίας ποσότητας με την συμμετοχή του αρρώστου και
- μόνο με συμμετοχή του αρρώστου. Και στις δύο περιπτώσεις χρησιμοποιείται η ίδια συσκευή με διαφορετικό πρόγραμμα. Η συνεχής ροή και οι τμηματικές δόσεις αλλά και η ανερέθιστη περίοδος, δηλαδή το χρονικό διάστημα που όσες φορές και αν πατήσει ο άρρωστος η συσκευή δεν θα χορηγήσει φάρμακο, ρυθμίζονται από τον γιατρό.

Η ασφάλεια της συσκευής έγκειται στο γεγονός αφ ενός μεν τις ανερέθιστες περιόδου, αλλά και στο ότι αν ο άρρωστος λάβει μια δόση ήπιας καταστολής δεν θα πατήσει ξανά τον διακόπτη χορήγησης. Σαν αναλγητικά χρησιμοποιούνται συνήθως η μορφίνη και η πεθιδίνη (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .



Εικόνα 9 Επισκληρίδια αναλγησία.

4.6.4 Επισκληρίδια αναλγησία(θάλαμος νοσηλείας):

Στην επισκληρίδια μετεγχειρητική αναλγησία ανεξάρτητα φαρμάκων που χρησιμοποιούνται μπορεί να εφαρμοστεί αναλγησία σε τακτά χρονικά διαστήματα ή με την αντλία που χρησιμοποιείται και για την ενδοφλέβια αναλγησία με συμμετοχή του αρρώστου. Τα πλεονεκτήματα της επισκληρίδιας αναλγησίας με οπιοειδή σε σχέση με τις άλλες μορφές είναι:

- Η πολύ καλύτερης ποιότητας αναλγησία
- Οι πολύ μικρές δόσεις που χρησιμοποιούνται
- Η μεγάλη διάρκεια δράσης και
- Η διαύγεια του αρρώστου και κατά συνέπεια η συνεργασία του για ενεργητική κινησιοθεραπεία(Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

Η επισκληρίδια αναλγησία με οπιοειδή προκαλεί πλήρη αναλγησία ηρεμίας αλλά πόνο κατά την κίνηση, βήξιμο κλπ. Ο συνδυασμός επισκληρίδιας αναλγησίας με οπιοειδή και ενδομυϊκής αναλγησίας με μη στεροειδή προκαλεί πλήρη αναλγησία ηρεμίας-κίνησης.

Πλήρη αναλγησία προκαλεί βεβαίως και η επισκληρίδια αναλγησία με τοπικά αναισθητικά, έχει όμως το μειονέκτημα του κινητικού αποκλεισμού που καθλώνει τον άρρωστο στο κρεβάτι (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

❖ Οπιοειδή:

Η μορφίνη σε δόσεις 0.5-5mg ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς λόγω μεγάλης διάρκειας δράσης που παρουσιάζει(8-24ώρες) κατέχει τα σκήπτρα στην τμηματική χορήγηση σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η φεντανύλη λόγω της μικρής διάρκειας δράσης(3-6ώρες) αλλά και

λόγω της ταχείας έναρξης δράσης(5-10 λεπτά) ενδείκνυται για ελεγχόμενη από τον άρρωστο επισκληρίδια μετεγχειρητική αναλγησία (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

❖ Τοπικά αναισθητικά:

Η επισκληρίδια αναλγησία με τοπικά αναισθητικά φάρμακα μπορεί να γίνει :

- I. Με συνεχή χορήγηση των τοπικών αναισθητικών
- II. Με τμηματικές δόσεις ανάλογα με την διάρκεια δράσης του κάθε φαρμάκου και
- III. Με ειδικές αντλίες PCA όπου ο άρρωστος συμμετέχει ενεργά στην εφαρμογή της αναλγησίας.

Τα τοπικά αναισθητικά όταν χρησιμοποιούνται αμιγώς για μετεγχειρητική αναλγησία αν και χορηγούνται σε μικρές δόσεις δίνονται σε μεγάλο όγκο (5-15ml) οπότε προκύπτει κάποιος βαθμός κινητικού αποκλεισμού.

Πλεονεκτήματα είναι η πλήρης αναλγησία με ένα φάρμακο και η προστασία από το μετεγχειρητικό stress που καμία άλλη μέθοδος μετεγχειρητικής αναλγησίας δεν προσφέρει (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

❖ Μίγματα τοπικών αναισθητικών οπιοειδών:

Αποτελεί την πιο δημοφιλή μέθοδο διότι στερείται των παρενεργειών της αμιγούς αναλγησίας με τοπικά αναισθητικά, επειδή χρησιμοποιούνται μικρότερες συγκεντρώσεις τοπικών αναισθητικών και υπερέχει της αμιγούς αναλγησίας με οπιοειδή. Τα τοπικά αναισθητικά που χρησιμοποιούνται είναι η μπουπιβακαΐνη και η ροπιβακαΐνη, τα δε οπιοειδή είναι η φεντανύλη και η μορφίνη. Και τα άλλα χρησιμοποιούνται με τους ίδιους τρόπους(συνεχώς σε τμηματικές δόσεις και κατά επίκληση του ασθενή) (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

4.6.5 Άλλες μορφές(λιγότερο δημοφιλής)

- I. Υπαραχνοειδής αναλγησία
- II. Μεσοπλεύριοι αποκλεισμοί
- III. Ενδοϋπεζωκοτικά
- IV. Με διαδερμικό ηλεκτρικό νευρικό αποκλεισμό (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

4.7 Πλεονεκτήματα αποτελεσματικής αναλγησίας:

Τα οφέλη της αποτελεσματικής μετεγχειρητικής αναλγησίας μπορούν να διακριθούν σε ψυχολογικά, φυσιολογικά και κοινωνικο-οικονομικά (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

4.7.1 Ψυχολογικά:

Η μετεγχειρητική αναλγησία διευκολύνει τον ύπνο διώχνοντας το άγχος και την δυσφορία που προκαλεί ο πόνος. Ταυτόχρονα ο άρρωστος αντιλαμβάνομενος ότι τυγχάνει περιποίησης και φροντίδας νοιώθει το ηθικό του να ανεβαίνει και δεν νοιώθει εγκαταλελειμένος και αβοήθητος (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

4.7.2 Φυσιολογικά:

Οι φυσιολογικές αρνητικές επιπτώσεις του πόνου αφορούν τις ζωτικές λειτουργίες. Έτσι η αποτελεσματική μετεγχειρητική αναλγησία διευκολύνει το βήξιμο, τη βαθειά ανάσα και την φυσικοθεραπεία, παράγοντες καθοριστικούς στην μείωση ατελεκτασιών-βρογχοπνευμονιών. Η αποφυγή της μετεγχειρητικής υπέρτασης και ταχυκαρδίας έχει σαν αποτέλεσμα μείωση της συχνότητας της περιεγχειρητικής ισχαιμίας ενώ η έγκαιρη κινητοποίηση μείωση της συχνότητας θρομβοεμβολικών επεισοδίων (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

4.7.3 Κοινωνικο-οικονομικά:

Οι άρρωστοι που δεν υποφέρουν από πόνο μετεγχειρητικά απαιτούν λιγότερη νοσηλευτική φροντίδα με αποτέλεσμα μικρότερο κόστος νοσηλείας, ενώ ο μέσος χρόνος ανάρρωσης είναι βραχύτερος σε σχέση με τους αρρώστους που υποφέρουν από πόνο. Τέλος δε πολύ ευκολότερα προσέρχονται προκειμένου να υποβληθούν σε νέα χειρουργική επέμβαση άρρωστοι που δεν υπέφεραν από πόνο σε προηγούμενα χειρουργική επέμβαση, παρά άρρωστοι που υπέφεραν.

Από όσα αναφέρθηκαν μέχρι τώρα είναι προφανές ότι η αποτελεσματική μετεγχειρητική αναλγησία δεν αποτελεί απλώς ανθρωπιστική βοήθεια προς τον άρρωστο αλλά ενέργεια που συμβάλλει σημαντικά στην μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών, της νοσηρότητας και θνησιμότητας (Μπονάτσος, Κακλαμάνος και Γολεμάτης, 2011) .

4.8 Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

Σκοποί της φροντίδας-Σχεδιασμός φροντίδας:

Οι σκοποί της φροντίδας αρρώστου με πόνο περιλαμβάνουν τα εξής:

- I. Μείωση του πόνου
- II. Αντιμετώπιση συνεπειών πόνου
- III. Ετοιμασία αρρώστου ή της οικογένειας , αν ο άρρωστος βγαίνει από το νοσοκομείο με πόνο, ώστε να χρησιμοποιούν τα προτεινόμενα για την φροντίδα του αρρώστου μέτρα (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.8.1 Σχεδιασμός φροντίδας:

Ο άρρωστος πρέπει να εμπλέκεται στο σχεδιασμό χρήσης μέτρων για ανακούφιση του πόνου του. Για παράδειγμα, μπορεί να προτιμά να παίρνει τα παρεντερικά αναλγητικά την ώρα που πηγαίνει στο κρεβάτι, για βελτίωση του ύπνου, ή να παίρνει λιγότερο δραστικό φάρμακο, που του προκαλεί λιγότερη νύστα πριν από την ώρα επίσκεψης μελών της οικογένειάς του (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.8.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

Οι σκοποί της φροντίδας αρρώστου με πόνο μπορούν να επιτευχθούν με μη φαρμακολογικά μέσα και με φαρμακολογικά μέσα. Στο οξύ στάδιο της αρρώστιας ο άρρωστος μπορεί να μην είναι ικανός να συμμετέχει ενεργά στα μέτρα ανακούφισης. Ωστόσο όταν έχει την απαραίτητη ψυχική και φυσική ενέργεια, μπορεί να μάθει τεχνικές αυτοαγωγής για ανακούφιση του πόνου. Επομένως καθώς ο άρρωστος προχωρεί μέσα από τα στάδια ανάρρωσης, στόχος πρέπει να είναι η μείωση εξάρτησης από τα φάρμακα και η αύξηση χρήσης από αυτόν μη φαρμακολογικών μέτρων για ανακούφιση του πόνου (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.9 Μη φαρμακολογικά μέσα:

4.9.1 Μείωση άγχους:

Το άγχος μπορεί να έχει μεγάλη επίδραση τόσο στην αίσθηση του πόνου όσο και στην επίδραση σ' αυτόν. Η μείωση του επομένως είναι σημαντική στην ανακούφιση του πόνου (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Άγχος εξαιτίας πρόβλεψης πόνου: Για τον άρρωστο που προβλέπει οδυνηρή εμπειρία μπορεί να είναι απαραίτητος ένας μέτριος βαθμός άγχους για επικείμενο πόνο ώστε αυτό να τον

κινητοποιήσει να βρει τρόπους για να τον αντιμετωπίσει. Συνήθως αυτό το χρήσιμο επίπεδο άγχους προέρχεται από πληροφόρηση του αρρώστου για το πότε θα συμβεί ο πόνος και για το ποια θα είναι η εντόπιση, η ένταση και η διάρκεια του πόνου που αναμένεται. Ο νοσηλευτής τότε διοχετεύει το άγχος σε κανάλια που βοηθούν τον άρρωστο να μάθει μια ποικιλία μέτρων ανακούφισης από τον πόνο (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Κατά τη διάρκεια της φάσης πρόβλεψης πόνου η διδασκαλία του αρρώστου για την φύση της επικείμενης οδυνηρής εμπειρίας και για το τι μπορεί ο άρρωστος να κάνει για την ανακούφισή του, συνήθως ελαχιστοποιεί το άγχος (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Όταν ο άρρωστος ενημερώνεται για μια μελλοντική οδυνηρή εμπειρία μπορεί να αντιδράσει ή με έντονο άγχος ή με πλήρη απουσία άγχους. Αποτελεσματικές τεχνικές μείωσης άγχους περιλαμβάνουν επικέντρωση της προσοχής του αρρώστου σε συγκεκριμένη δραστηριότητα ή εξάλειψη της πηγής άγχους, για παράδειγμα με παροχή βοήθειας σε αγχώδη συγγενή του αρρώστου, ώστε να μειώσει το άγχος του. Αν το άγχος του είναι βαρύ μπορεί να ενδείκνυται χορήγηση ηρεμιστικών αν υπάρχει ιατρική οδηγία, τροποποίηση συμπεριφοράς, ύπνωση ή συμβουλές από ψυχίατρο ή ειδικό ψυχιατρικό κλινικό νοσηλευτή (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Το άγχος επίσης επηρεάζεται από τι λέει ο νοσηλευτής στον άρρωστο για τα διαθέσιμα μέτρα ανακούφισης του πόνου και για την αποτελεσματικότητά τους. Ο νοσηλευτής μπορεί να προλάβει αύξηση του άγχους εξηγώντας σύντομα στον άρρωστο το γενικό τύπο ανακούφισης του πόνου που μπορεί να περιμένει από κάθε μέτρο ανακούφισης του. Για παράδειγμα αν ο άρρωστος περιμένει ο περισπασμός ή τα φάρμακα να του εξαφανίσουν τελείως τον πόνο, το άγχος του θα αυξηθεί όταν δεν το βιώσει (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.9.2 Άγχος εξαιτίας αίσθησης πόνου:

Όταν ο άρρωστος αισθάνεται τον πόνο το επίπεδο άγχους του πρέπει να μειωθεί στο κατώτερο δυνατό σημείο. Το άγχος αυξάνει την αντίληψη του πόνου ή μειώνει την ανοχή του πόνου. Αυτό με την σειρά του προκαλεί μεγαλύτερο βαθμό άγχους (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Είναι σημαντικό να διακοπεί η κυκλική αυτή διεργασία όσο το δυνατόν γρηγορότερα για να προληφθεί η αύξηση του επιπέδου του πόνου. Τα χαμηλά επίπεδα πόνου και άγχους τίθενται υπό έλεγχο ευκολότερα. Κατά συνέπεια τα μέτρα ανακούφισης του πόνου πρέπει να χρησιμοποιούνται προτού ο πόνος γίνει πολύ έντονος και είναι σημαντικό να εξηγηθεί σ' όλους τους αρρώστους ότι η καταπολέμηση του πόνου είναι πιο αποτελεσματική προτού ο

πόνος γίνει ανυπόφορος. Μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με εγκατάσταση θεραπευτικών διαπροσωπικών σχέσεων με τον άρρωστο και με διδασκαλία του αρρώστου. Σχεδόν όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για ανακούφιση πόνου συνεισφέρουν κατά κάποιο τρόπο στη μείωση άγχους (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Η σχέση νοσηλευτή-αρρώστου και η διδασκαλία για τον πόνο και την ανακούφιση από αυτόν αποτελούν δυο νοσηλευτικά μέτρα βασικά για όλα τα άλλα μέσα που χρησιμοποιούνται στην αγωγή του πόνου. Αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να ανακουφίσουν τον πόνο ακόμα και όταν τα άλλα μέσα απουσιάζουν. Η εμπιστοσύνη αποτελεί ένα σπουδαίο χαρακτηριστικό της σχέσης νοσηλευτή-αρρώστου. Μεταδίδοντας στον άρρωστο ότι πιστεύει ότι πραγματικά πονά, ο νοσηλευτής συχνά βοηθά στη μείωση του άγχους του. Η παρουσία του πόνου μπορεί να αμφισβητείται από τους άλλους ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος χρησιμοποιεί στρατηγικές αντιμετώπισης που έχουν ως αποτέλεσμα την εκδήλωση ελάχιστων σημείων πόνου ή ψυχικής έντασης. Ο άρρωστος που φοβάται ότι κανείς δεν πιστεύει ότι πονά θα αισθάνεται ευγνωμοσύνη και ανακούφιση όταν γνωρίζει ότι μπορεί να εμπιστευτεί τον νοσηλευτή και ότι αυτός τον πιστεύει. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να επικοινωνεί με τον άρρωστο που πονά, να του δίνει πληροφορίες μέσω διδασκαλίας για το πώς πρέπει να τεθεί ο πόνος υπό έλεγχο π.χ. να τον αναφέρει στα πρώιμα στάδιά του (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.9.3 Δερματική διέγερση:

Σύμφωνα με την θεωρία της πύλης ελέγχου, διέγερση νευρικών ινών μεγάλης διαμέτρου στο δέρμα μπορεί να μειώσει την ένταση του πόνου, «κλείνοντας την πύλη». Η διέγερση του δέρματος μπορεί επίσης να προκαλέσει απελευθέρωση ενδορφινών. Η διέγερση μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους. Ο νοσηλευτής προκειμένου να χρησιμοποιήσει δερματικό ερεθισμό, μελετά ποιος τύπος διέγερσης πρέπει να χρησιμοποιηθεί, καθώς και τη θέση, τη διάρκεια και την ένταση του ερεθισμού (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Διάφορες μορφές δερματικής διέγερσης είναι εύκολα διαθέσιμες και με χαμηλό κόστος. Επειδή ωστόσο, ορισμένες μορφές διέγερσης μπορεί να αντενδείκνυνται εξαιτίας της ιατρικής διάγνωσης ή της φυσικής κατάστασης του αρρώστου, ο νοσηλευτής πρέπει να συζητά με τον γιατρό του ασθενούς πριν τις χρησιμοποιήσει. Όταν χρησιμοποιείται πίεση, δόνηση, θερμό, ψυχρό, μπάνιο, λοσιόν, κρέμα μενθόλης, διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση και βελονισμός, προκαλούνται διάφορα είδη αίσθησης. Η διαδερμική ηλεκτρική διέγερση αποδείχτηκε αποτελεσματική στην ανακούφιση τόσο του οξέος όσο και του χρόνιου πόνου. Γίνεται με μια ηλεκτρική συσκευή που λειτουργεί με μπαταρίες, με ηλεκτρόδια που εφαρμόζονται στο δέρμα για να προκαλέσουν αίσθημα δόνησης στην περιοχή του πόνου (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Η ένταση της εφαρμοζόμενης διέγερσης είναι μέτρια. Η διάρκειά της και το διάστημα εφαρμογής της ποικίλλουν πολύ. Μερικοί αρρώστοι βιώνουν ανακούφιση πόνου για ώρες ή και μέρες μετά την διέγερση. Άλλοι μόνο όσο διαρκεί η διέγερση. Για τους αρρώστους αυτούς, η κρέμα μενθόλης ή η εφαρμογή συσκευής διαδερμικής ηλεκτρικής νευρικής διέγερσης για συνεχή διέγερση αποτελούν αποτελεσματικά μέσα ανακούφισης πόνου χωρίς να εμποδίζουν τις δραστηριότητες του αρρώστου (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Ο βελονισμός είναι μια αρχαία μέθοδος θεραπείας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ανακούφιση πόνου. Στη Δύση έχει πρόσφατα εφαρμοστεί. Μικρές βελόνες εισάγονται με επιδεξιότητα και οδηγούνται σε ειδικά σημεία του σώματος ανάλογα με τον τύπο και την εντόπιση του πόνου. Ερεθίζουν ίνες μεγάλης διαμέτρου και «κλείνουν την πύλη» σε ώσεις πόνου. Δεν είναι γνωστός ο βαθμός που ο ψυχικός παράγοντας και η δύναμη υποβολής συνεισφέρουν στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Η τοπική εφαρμογή ψυχρού σε επώδυνο μέρος είναι πολύ αποτελεσματική μέθοδος στην ανακούφιση του πόνου αν και χρησιμοποιείται πολύ λίγο. Σε σύγκριση με το θερμό επίθεμα, το ψυχρό ανακουφίζει από τον πόνο γρηγορότερα και για περισσότερο χρόνο. Αντίθετα από ότι πιστεύεται, το ψυχρό δεν προκαλεί απαραίτητα μυϊκό σπασμό αλλά επιβραδύνει την αγωγή ώσεων που διατηρούν το μυϊκό τόνο και μπορεί επομένως να προκαλέσει μυϊκή χαλάρωση. Κατά συνέπεια, το ψυχρό δεν ενδείκνυται μόνο για μείωση αιμορραγίας και οιδήματος μιας πρόσφατης κάκωσης, αλλά επίσης μπορεί να συνεχίζεται η εφαρμογή του για ανακούφιση πόνου (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.9.4 Περισπασμός:

Ο περισπασμός ή η επικέντρωση της προσοχής του αρρώστου από τις επώδυνες αισθήσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές μέθοδοι στην ανακούφιση του πόνου ή στην αύξηση της ανοχής του αρρώστου στον πόνο, καθιστώντας τον έτσι λιγότερο ενοχλητικό .

Υπάρχουν πολλά είδη περισπασμού, από την απλή πρόληψη μονοτονίας ως την χρήση πολύ πολύπλοκων φυσικών και διανοητικών δραστηριοτήτων. Όταν τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα είναι ανεπαρκή σε ποσότητα, πρότυπο ή ποικιλία, οι κεντρικά ρυθμιζόμενοι ουδοί για αίσθηση μειώνονται, με αποτέλεσμα την αυξημένη ευαισθησία σε εισροές όπως του πόνου (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Η αποτελεσματικότητα του περισπασμού εξαρτάται από το βαθμό με τον οποίο ο άρρωστος μπορεί να πάρει και να δημιουργήσει αισθητικές εισροές άλλες εκτός του πόνου. Ως κανόνας, η ανακούφιση του πόνου είναι ευθέως ανάλογη προς την άμεση συμμετοχή του αρρώστου,

τον αριθμό των αισθητικών ερεθισμάτων που χρησιμοποιούνται και το ενδιαφέρον του αρρώστου στα ερεθίσματα (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Αύξηση της πολυπλοκότητας των μέσων του περισπασμού με την αύξηση της έντασης του πόνου θα είναι αποτελεσματική στην ανακούφιση του πόνου μόνο όμως μέχρι ένα ορισμένο επίπεδο έντασης του πόνου. Ο άρρωστος που βιώνει πολύ έντονο πόνο μπορεί να είναι ανίκανος να συγκεντρώσει επαρκώς σε πολύ πολύπλοκες διανοητικές και φυσικές δραστηριότητες. Πολλοί άρρωστοι επινοούν δικές τους στρατηγικές περισπασμού τις οποίες ο νοσηλευτής πρέπει να υποστηρίζει και να βοηθά τον άρρωστο να τις βελτιώσει (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Μια τεχνική περισπασμού που μπορεί να διδαχθεί γρήγορα ακόμα και σε εξασθενημένους, κουρασμένους, κατευνασμένους αρρώστους ή σε αρρώστους με έντονο πόνο, είναι ένας συνδυασμός ρυθμικής εντριβής με οπτική συγκέντρωση. Ο άρρωστος παρακαλείται να ανοίξει τα μάτια του και να κοιτάζει σε ένα ειδικό σημείο στον τοίχο ή στην οροφή και να τρίψει ένα μέρος του σώματός του με κυκλικές κινήσεις. Η εντριβή αρχικά μπορεί να γίνει από το νοσηλευτή. Η χρήση αυτών των μέσων προκαλεί μια σταθερή πηγή αισθητηριακής εισροής. Αν αυτό δεν αποσπά αρκετά την προσοχή του αρρώστου, μπορεί να προστεθεί μια άλλη τεχνική όπως της αργής εισπνοής και εκπνοής με τον άρρωστο να λέει στον εαυτό του «πάρε αέρα αργά , βγάλε τον αέρα αργά» (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Μια άλλη τεχνική περισπασμού είναι η «ενεργός ακρόαση». Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιήσει κασετόφωνο με ακουστικά, να διαλέξει μια μουσική και να κρατά ρυθμό χτυπώντας το δάκτυλό του. Για οπτική εισροή μπορεί να επικεντρωθεί σε ένα αντικείμενο ή να κλείσει τα μάτια του και να φανταστεί κάτι για τη μουσική, όπως τον χορό με αυτή τη μουσική. Ο άρρωστος μπορεί να αυξήσει ή να ελαττώσει την ένταση της μουσικής ανάλογα με τον βαθμό του πόνου που βιώνει (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.9.5 Αναλγησία εγειρόμενης φαντασίας:

Αυτή η μέθοδος αναλγησίας είναι όμοια με εκείνη του περισπασμού. Ορίζεται ως φαντασία μιας ευχάριστης κατάστασης όταν χρησιμοποιείται ένα ενοχλητικό ερέθισμα. Το άτομο συγκεντρώνεται σε μια προσπάθεια να ξαναζήσει αισθήσεις που συνέβησαν σε παρελθούσα ευχάριστη εμπειρία. Μια μικρή μόνο αναλογία ατόμων με πόνο μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτή τη μέθοδο (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.9.6 Χαλάρωση:

Η χαλάρωση σκελετικών μυών μπορεί να μειώσει την ένταση του πόνου ή να αυξήσει την ανοχή σε αυτόν. Η χαλάρωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαζί με άλλα μέσα ανακούφισης, όπως αναλγητικά ή θερμά επιθέματα, προκειμένου να αυξήσει την αποτελεσματικότητά τους. Πολλοί άνθρωποι μαθαίνουν τεχνικές χαλάρωσης όπως μεταφυσικό συλλογισμό, γιόγκα, ύπνωση, μουσικοθεραπεία, για να διαπραγματευτούν με το stress της ζωής. Αν ένας άρρωστος με πόνο γνωρίζει ήδη τεχνικές χαλάρωσης, ο νοσηλευτής τον ενθαρρύνει να τις χρησιμοποιήσει.

Όλοι σχεδόν οι άρρωστοι με χρόνιο πόνο είναι απαραίτητο να μάθουν κάποια μέθοδο χαλάρωσης και να την χρησιμοποιούν σε τακτική βάση μερικές φορές την ημέρα ώστε να καταπολεμάται η κόπωση και η μυϊκή ένταση που συμβαίνουν από την ανοχή του χρόνιου πόνου, ή να προλαβαίνεται αύξηση πόνου.

Μια απλή τεχνική χαλάρωσης συνίσταται σε κοιλιακή αναπνοή με βραδύ ρυθμό. Ο άρρωστος μπορεί να κλείσει τα μάτια του και να αναπνέει ήρεμα με ρυθμό 6-9 αναπνοές το λεπτό. Μπορεί να διατηρήσει σταθερό ρυθμό μετρώντας σιωπηλά και αργά καθώς αναπνέει. Ο άρρωστος τελειώνει αυτή την τεχνική χαλάρωσης παίρνοντας άλλη μια βαθιά αναπνοή (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.9.7 Βιοανατροφοδότηση:

Μερικά άτομα έχουν τη δυνατότητα να μεταβάλλουν τις σωματικές τους λειτουργίες μέσω διανοητικής συγκέντρωσης. Στην εκπαίδευση βιοανατροφοδότησης χρησιμοποιείται ένα μόνιτορ που παρακολουθεί το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα του αρρώστου. Ο άρρωστος επικεντρώνεται στην επιβράδυνση της δικής του εγκεφαλικής δραστηριότητας σε ρυθμούς όπου ο πόνος και η ψυχική ένταση είναι απίθανο να προκαλέσουν δυσχέρεια. Μπορεί να χρειαστούν πολλοί μήνες τακτικής άσκησης για την επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου ελέγχου. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενθαρρύνει και να επαινεί τις προσπάθειες του αρρώστου (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.9.8 Θεραπευτικό άγγιγμα:

Είναι μια θεραπεία στην οποία ο νοσηλευτής μεταβιβάζει ενέργεια στον άρρωστο μέσω των χεριών του που είναι λίγο περισσότερο από μια ώθηση ώσπου να πάρει εμπρός το σύστημα ανάρρωσης του αρρώστου. Η έρευνα έχει δείξει ότι το θεραπευτικό άγγιγμα είναι αποτελεσματικό στη μείωση του άγχους και στην ανακούφιση από πόνο. Για εφαρμογή του

θεραπευτικού αγγίγματος από το νοσηλευτή είναι απαραίτητη ειδική εκπαίδευση και εξάσκηση (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

4.10 Αξιολόγηση:

Η αξιολόγηση είναι μια σημαντική φάση της διαδικασίας που συχνά ξεχνιέται στη φροντίδα αρρώστου με πόνο. Είναι ζωτικής σημασίας για την απόφαση συνέχισης, διακοπής, τροποποίησης ή αντικατάστασης παρεμβάσεων ανακούφισης πόνου.

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα της νοσηλευτικής παρέμβασης για ανακούφιση πόνου είναι:

- Ο άρρωστος αισθάνεται ανακούφιση από τον πόνο ή μείωση της έντασής του.
Διαβαθμίζει τον πόνο σε χαμηλότερη ένταση (κλίμακα 0-10) μετά την παρέμβαση.
Διαβαθμίζει τον πόνο σε χαμηλότερη ένταση για μακρύτερο χρόνο.
- Χρησιμοποιεί αποτελεσματικά στρατηγικές αντιμετώπισης.
Είναι ζωντανός και αρκετά ελεύθερος από τον πόνο ώστε να ασχολείται με δραστηριότητες σημαντικές για την ανάρρωσή του.
Κοιμάται όλη νύχτα.
Αυξάνει το χρόνο απασχόλησης με δραστηριότητες εργασίας καθημερινής ζωής, σχολείο, φροντίδα παιδιών, κοινωνική αλληλεπίδραση.
Λέει ότι ο πόνος δεν τον ενοχλεί τόσο όσο πριν την επέμβαση.
Λέει ότι δίνει λιγότερη προσοχή στον πόνο.
Ξοδεύει λιγότερο χρόνο να μιλά για τον πόνο (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

5.1 Ορισμός:

Αποτελεί κλινική και παθολογοανατομική οντότητα που προκύπτει από τη διακοπή της ροής του αίματος λόγω απόφραξης των σύστοιχων αγγείων που αρδεύουν μια περιοχή του πνεύμονος (Προβελέγγιος, 2005).

5.1.1 Αιτιοπαθογένεια:

Η θρόμβωση των εν τω βάθει φλεβών των κάτω άκρων είναι η κύρια πηγή των πνευμονικών εμβολών.

Μελέτες με ινωδογόνο σεσημασμένο έδειξαν ότι η θρόμβωση αρχίζει από τις πελματιαίες φλέβες (Προβελέγγιος, 2005).

5.1.2 Παράγοντες φλεβικής θρόμβωσης είναι οι ακόλουθοι:

- Ελάττωση της αιματικής ροής (φλεβική στάση).
- Αύξηση της πηκτικότητας του αίματος.
- Αλλοιώσεις του φλεβικού τοιχώματος.

Από τους τρεις βασικούς παράγοντες σημαντικότερος είναι η ελάττωση της ροής του αίματος. Η αύξηση της πηκτικότητας και η ελάττωση της ροής προκαλούν θρόμβωση και χωρίς βλάβη του ενδοθηλίου. Η βλάβη του ενδοθηλίου προκαλεί θρόμβωση με φυσιολογική ροή αίματος. Η κατάκλιση προκαλεί αύξηση της πηκτικότητας του αίματος αλλά και βλάβη του αγγειακού τοιχώματος λόγω υποξίας. Η χορήγηση συγχρόνως λιπαρών τροφών συμβάλλει στην αύξηση της πηκτικότητας (Προβελέγγιος, 2005).

5.1.3 Θρόμβος:

Αποτελεί σύμπλοκο αποτελούμενο από στρώματα αιμοπεταλίων, λευκοκύτταρα και ινική με λίγα παγιδευμένα κύτταρα.

Καταστάσεις που ευνοούν τη φλεβική θρόμβωση και πνευμονική θρομβοεμβολή:

- Παρατεταμένη κατάκλιση.
- Παχυσαρκία.
- Μυϊκή αδυναμία.
- Αναπνευστική ανεπάρκεια.

- Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.
- Χειρουργικές επεμβάσεις:
 - Εγχειρήσεις κάτω άκρων, κυρίως ακροτηριαστικές.
 - Εγχειρήσεις πυέλου.
 - Εγχειρήσεις σπονδυλικής στήλης.
- Τραυματισμοί κάτω άκρων:
 - Κατάγματα μηριαίου.
 - Κατάγματα κνήμης.
- Γυναικολογικές επεμβάσεις.
- Λοιμώδεις ή σηπτικές καταστάσεις.
- Πρόσθετοι παράγοντες:
 - Νεοπλασίες.
 - Θρομβοκυττάρωση.
 - Αντισυλληπτικά.
 - Ομάδα αίματος A (Προβελέγγιος, 2005).

5.2 Κλινική εικόνα:

Η κλασική τριάδα δύσπνοια, πλευρικός πόνος και αιμόπτυση σπάνια είναι παρούσα και οπωσδήποτε σε ποσοστό <20%.

Συμπτώματα πνευμονικής εμβολής κατά σειρά συχνότητας είναι τα ακόλουθα:

- ❖ Δύσπνοια 81%.
- ❖ Ταχύπνοια 78%.
- ❖ Ταχυκαρδία 78%.
- ❖ Πλευριτικός πόνος 66%.
- ❖ Βήχας 54%.
- ❖ Αιμόπτυση 34%.
- ❖ Οίδημα κάτω άκρου 30%.
- ❖ Πόνος κάτω άκρου (Προβελέγγιος, 2005).

5.2.1 Κλινικά ευρήματα:

- Διάταση σφαγιτιδών.
- Ηπατοσφαγιτιδική παλινδρόμηση.
- Καλπαστικός ρυθμός δεξιάς κοιλίας.
- Φύσημα ανεπάρκειας τριγλώχινος.

- Πνευμονική υπέρταση (Προβελέγγιος, 2005).

5.2.2 Διαφορική διάγνωση:

- ✓ Έμφραγμα του μυοκαρδίου.
- ✓ Οξεία ρήξη του διαχωριστικού ανeurύσματος της αορτής.
- ✓ Διάτρηση οισοφάγου (Προβελέγγιος, 2005).

5.3 Θεραπεία:

Γενική θεραπευτική αντιμετώπιση:

- Κλινοστατισμός.
- Συμπληρωματική χορήγηση οξυγόνου.
- Αναλγητικά.
- Φαρμακοθεραπεία: Θρομβολυτικοί παράγοντες όπως στρεπτοκινάση, αντιπηκτικά όπως ηπαρίνη.
- Χειρουργική θεραπεία για ασθενείς οι οποίοι δεν απαντούν στη φαρμακοθεραπεία ή εμφανίζουν υποτροπιάζουσα θρομβοεμβολή (Engram, 1997).

5.3.1 Συστηματοποίηση της νοσηλευτικής φροντίδας:

- Ενδοφλέβιος θεραπεία.
- Ακίνησία (Engram, 1997).

5.3.2 Συμπληρωματικές οδηγίες:

- Συνεχής λήψη των φαρμάκων στο σπίτι.
- Συνεχής παρακολούθηση.
- Υποτροπή σημείων και συμπτωμάτων (Engram, 1997).

5.3.3 Προφυλακτική θεραπεία:

- Πρώιμη κινητοποίηση.
- Αντλίες μεταβαλλόμενης πίεσης.
- Κάλτσες αυξημένης ελαστικότητας.
- Ασπιρίνη(600 mg x 2 ημερησίως).
- Χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη (υποδόρια χορήγηση).

- Δεξτράνη χαμηλού μοριακού βάρους.
- Βαρφαρίνη (Προβελέγγιος, 2005).



Εικόνα 10 Απεικόνιση θρόμβου σε αγγείο.

5.4 Θεραπεία πνευμονικής εμβολής:

5.4.1 Αντιπηκτική αγωγή:

Ηπαρίνη:

- Bolus ενδοφλεβίως 80 IV/Kg.
- Συνεχής ενδοφλέβια έγχυση με αντλία.
- Στόχος η διατήρηση του APTT (χρόνος ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης) 1,5-2,5 φορές πάνω από το χρόνο μάρτυρος για την αποφυγή δεύτερου εμβολικού επεισοδίου.

Ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους:

Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι οι χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνες σε δόσεις σύμφωνες με το σωματικό βάρος μια ή δύο φορές την ημέρα είναι το ίδιο δραστικές και ασφαλείς στη θεραπεία της πνευμονικής εμβολής.

Κουμαρινικά:

- Κουμαρινικά χορηγούμενα από το στόμα ταυτόχρονα με την ηπαρίνη μειώνουν το χρόνο νοσηλείας και τον κίνδυνο σοβαρής θρομβοπενίας και αιμορραγίας από την ηπαρίνη.

- Η ηπαρίνη διακόπτεται και συνεχίζεται η θεραπεία μόνο με κουμαρινικά όταν έχουμε ικανοποιητικό χρόνο προθρομβίνης και INR 2-3 συνήθως 4-5 ημέρες αργότερα (Προβελέγγιος, 2005).

5.4.2 Θρομβόλυση:

Η λύση του θρόμβου γίνεται με την ακόλουθη σειρά:

- Στρεπτοκινάση+πλασμινογόνο(ανενεργό προένζυμο).
- Πλασμίνη(πρωτεολυτικές ιδιότητες).
- Διάσπαση ινώδους.
- Λύση θρόμβου.

Αντενδείξεις αποτελούν η εσωτερική αιμορραγία, πρόσφατο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ενδοκρανιακές παθολογικές καταστάσεις (Προβελέγγιος, 2005).

5.4.3 Χειρουργική θεραπεία:

- Απολίνωση κάτω κοίλης.
- Φίλτρο Grenfield στην κάτω κοίλη (επιτρέπει τη δίοδο αίματος και όχι θρόμβων).
- Εμβολέκτομη (Προβελέγγιος, 2005).

5.4.4 Επισημάνσεις στους νοσηλευτές:

- Μη λησμονείται το γενικό κανόνα του «2» που προσδιορίζει χρονικά την εμφάνιση μετατραυματικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών:
- 2 ώρες: ολιγαυμική καταπληξία.
- 2 ημέρες: λιπώδης εμβολή.
- 2 εβδομάδες: πνευμονική εμβολή.
- Η κλασσική συμπτωματολογία της νόσου είναι σπάνια παρούσα γι ' αυτό και η κλινική διάγνωση στηρίζεται εκτός από τη γνώση και σε υψηλού βαθμού υποψία της νόσου.
- Η υψηλή αρνητική προγνωστική αξία των D-Dimers αποτελεί σύγχρονη μέθοδο αποκλεισμού της νόσου.
- Επιπλοκές από την χορήγηση αντιπηκτικών σε πλήρεις θεραπευτικές δόσεις μπορεί να εμφανιστούν μέχρι και στο 20% των ασθενών.

- Είναι εντυπωσιακό ότι σύμφωνα με μελέτες το ¼ όλων των μετεγχειρητικών πνευμονικών εμβολών συμβαίνουν μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Προβελέγγιος, 2005).

5.5 Πρόληψη:

- Αποφυγή ακινητοποίησης και ενθάρρυνση έγκαιρης έγερσης μετά από χειρουργική επέμβαση.
- Εκτέλεση ασκήσεων πλήρους τροχιάς σε αρρώστους κλινήρεις.
- Αποφυγή κρεμασμένων, χωρίς υποστήριγμα κάτω άκρων.
- Αποφυγή καθιστής ή όρθιας για πολύ χρόνο θέσης.
- Αποφυγή σφιχτών ρούχων, ζαρτιέρων, καλτσοδετών.
- Πληροφόρηση γυναικών για το δυνητικό θρομβογόνο αποτέλεσμα των αντισυλληπτικών.
- Εκτίμηση κατάστασης αρρώστων που είναι υποψήφιοι για ανάπτυξη πνευμονικού εμβόλου (μετεγχειρητικοί, εμφραγματίες).
- Χορήγηση αντιπηκτικών, προφυλακτικά σε επιρρεπείς αρρώστους.
- Έλεγχος χρόνου διάρκειας ενδοφλέβιων γραμμών. Εκτίμηση κατάστασης των ιστών που περιβάλλουν την φλέβα.
- Αναγνώριση συνεπειών καπνίσματος (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

5.6 Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου:

5.6.1 Ιστορικό υγείας:

- Ηλικία: η συχνότητα αυξάνεται με την ηλικία.
- Φύλο: συμβαίνει και στα δύο φύλα.
- Επάγγελμα: απαιτεί μακροχρόνιο κάθισμα, με μικρή αλλαγή θέσης.
- Συνήθειες: διαιτητικές, αλκοόλ, κάπνισμα, φάρμακα, καφεΐνη.
- Τρόπος ζωής: μειωμένες δραστηριότητες.
- Προηγούμενο ιστορικό εμβόλων, ιστορικό άλλων προβλημάτων υγείας.
- Παράπονα για δυσκολία στην αναπνοή, για πλευριτικό πόνο που επιδεινώνεται με το χρόνο, για βήχα και αιμόπτυση.
- Πρόσφατο ιστορικό χειρουργικής επέμβασης.(Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

5.6.2 Φυσική εκτίμηση:

- Γενική εμφάνιση του αρρώστου (χλωμός, κυανωτικός).
- Εμφάνιση φλεβών του λαιμού ειδικά κατά την εισπνοή.
- Αναπνευστικοί ήχοι: μειωμένοι, μπορεί να ακούγονται ήχοι τριβής μαζί με ρόγχους και εντοπισμένους συριγμούς. Ασθμαίνουσα αναπνοή.
- Καρδιακές μεταβολές: ανεπάρκεια, ταχυκαρδία.
- Εκτίμηση εμφανών σημείων φλεβίτιδας κάτω άκρων.
- Δέρμα υγρό και κρύο στην αφή ειδικά αν υπάρχει shock.
- Εκτίμηση ζωτικών σημείων.
- Ο άρρωστος είναι συνήθως τρομαγμένος και αγχώδης, γεγονός που διαπιστώνεται από την έκφραση του προσώπου του και από μεταβολές στη συμπεριφορά του.
- Η θωρακική έκπτυξη μπορεί να είναι περιορισμένη εξαιτίας έντονου πόνου.
- Εγκεφαλική υποξία μπορεί να μεταβάλει το επίπεδο συνείδησης και τις διανοητικές λειτουργίες (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

5.6.3 Εργαστηριακές εξετάσεις:

Αέρια αίματος

- Μεγάλη Υποξαιμία.
- διαφορά κυψελιδικής και αρτηριακής PO₂.

Ηλεκτροκαρδιογράφημα

- Διαταραχές στο 80%.
- Επιβάρυνση δεξιάς κοιλίας.
- Αρρυθμίες.

Αιματολογικές εξετάσεις

- Αύξηση D-Dimers.
- Αύξηση LDH.
- Αύξηση SGOT.
- Αύξηση χολερυθρίνης.

Απεικονιστικές μέθοδοι

- Ακτινογραφία θώρακος:
 - Φυσιολογική.
 - Ανύψωση ημιδιαφράγματος.

Διεύρυνση πνευμονικών αρτηριών.

Περιοχές πύκνωσης.

Μικρή υπεζωκοτική συλλογή.

Επί πνευμονικού εμφράκτου η κλασική τριγωνική σκιά με τη βάση στον υπεζωκότα.

- Σπινθηρογράφημα αιμάτωσης αέρωσης πνευμόνων.
- Υπολογιστική τομογραφία πνευμόνων.
- Μαγνητική τομογραφία πνευμόνων.
- Ψηφιακή αγγειογραφία πνευμόνων.
- Αγγειογραφία πνευμόνων:
Αποτελεί την ακριβέστερη μέθοδο διάγνωσης της νόσου.

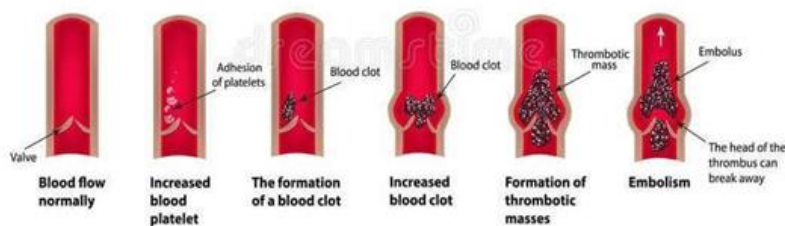
Θνησιμότητα 0,2%.

Απεικονίζεται έλλειμμα αγγείων ή απότομη διακοπή απεικόνισης αγγείων (Προβελέγγιος, 2005).

5.7 Προβλήματα του αρρώστου:

- I. Διαταραχή στη διακίνηση O₂ (πόνος στον θώρακα, βράχυνση αναπνοής, υπόταση).
- II. Ενεργειακό ανισοζύγιο (υποξία, υπόταση, ταχυκαρδία, πυρετός).
- III. Μείωση άνεσης(βήχας, ανησυχία, αγωνία, πόνος).
- IV. Περιορισμός δραστηριοτήτων.
- V. Απώλεια υγρών(εφίδρωση, αιμόπτυση).
- VI. Διανοητική σύγχυση(δευτεροπαθής από την εγκεφαλική υποξία)
- VII. Άγχος.
(Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

Thrombosis



Εικόνα 11 Στάδια σχηματισμού θρόμβου.

5.8 Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας:

5.8.1 Άμεσοι:

- Θεραπεία shock και διατήρηση ζωής.
- Αποκατάσταση καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας.
- Εκτίμηση αποτελεσμάτων παρέμβασης.
- Εκτίμηση συμπτωματικής και υποστηρικτικής φροντίδας.
- Πρόληψη νέας θρομβοεμβολής.

5.8.2 Μακροπρόθεσμοι:

- Διδασκαλία του αρρώστου για την θεραπεία που πρέπει να εφαρμόσει, τα σημεία που δείχνουν προβλήματα και οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν.
- Έμφαση στη σπουδαιότητα της τακτικής παρακολούθησής του από τον γιατρό μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.
- Συμβουλές για το κάπνισμα. (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

5.9 Νοσηλευτική παρέμβαση:

5.9.1 Οξεία φάση:

A. Διατήρηση ενδοφλέβιας γραμμής για χορήγηση φαρμάκων:

- Αντιπηκτικά όπως ηπαρίνη, κουμαρίνη.
- Αναλγητικά και κατευναστικά για μείωση άγχους.
- Καρδιοτονωτικά.
- Διουρητικά.

B. Θεραπευτική ανάπαυση σε θέση fowel για διευκόλυνση αναπνοής.

Γ. Χορήγηση οξυγόνου, βοήθεια για διασωλήνωση και σύνδεση με μηχανικό αναπνευστήρα, αν χρειάζεται.

Δ. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων, αερίων αίματος, ΗΚΓ και αναπνευστικών ήχων.

Ε. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης του αρρώστου για απαλλαγή από άγχος (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

5.9.2 Υποξεία φάση:

A. Εξασφάλιση ελαστικών καλτσών.

Β. Ενθάρρυνση λήψης μεγάλης ποσότητας υγρών. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων.

Γ. Διατήρηση θεραπευτικής ανάπαυσης, βαθμιαία αύξηση δραστηριοτήτων.

Δ. Ασκήσεις πλήρους τροχιάς.

Ε. Φροντίδα δέρματος.

ΣΤ. Έλεγχος χρώματος, ποσότητας και σύστασης πτυέλων.

Ζ. Υγιεινή στόματος.

Η. Αποφυγή δυσκοιλιότητας.

Θ. Προσαρμογή της αντιπηκτικής θεραπείας για διατήρηση της πηκτικότητας μέσα στα θεραπευτικά όρια:

- Έλεγχος χρόνου πήξης, ροής και προθρομβίνης ανάλογα.
- Έτοιμα για περίπτωση ανάγκης αντίδοτα (βιταμίνη Κ για κουμαρίνη και θειική πρωταμίνη για ηπαρίνη).
- Προσοχή για τραυματισμούς κατά το ξύρισμα, το βούρτσισμα δοντιών, το φύσημα μύτης, τις ενέσεις και παρακολούθηση ούρων, κοπράνων, εμετών για αίμα.

Ι. Διδασκαλία αρρώστου για:

- Φάρμακα: σκοπός, δόση, συχνότητα και ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Προληπτικά μέτρα υγιεινής.
- Αναφορά κάθε λιποθυμίας, ζάλης, αίσθησης αδυναμίας, έντονου πονοκέφαλου, μεγάλης μηνορραγίας (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

5.10 Αξιολόγηση:

- Θετική απόκριση στη θεραπεία και τη νοσηλευτική φροντίδα.
- Επιπλοκές: shock.
- Χειρουργική παρέμβαση: όταν δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν αντιπηκτικά ή όταν ξαναδημιουργούνται έμβολα στα κάτω άκρα παρά τη χρήση αντιπηκτικών.
 - a. Εμβολεκτομή: αφαίρεση του εμβόλου.
 - b. Απολίνωση και πτύχωση, για παγίδευση εμβόλων που μπορεί να δημιουργηθούν.
 - c. Εισαγωγή ηθμού θρόμβων στην κάτω κοίλη φλέβα.

- Φάρμακα για διάλυση του θρόμβου.
 - a. Ουροκινάση.
 - b. Στρεπτοκινάση
- (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

5.11 Διδασκαλία ασθενούς πώς να βήχει αποτελεσματικά:

Ο αποτελεσματικός βήχας απαιτεί μια κίνηση κλίσης προς τα εμπρός και δεν μπορεί, επομένως να γίνει όταν ο άρρωστος είναι ξαπλωμένος. Ο άρρωστος διδάσκεται πρώτα να πάρει θέση βήχα δηλαδή καθιστή με το κεφάλι σε κάμψη, τους ώμους χαλαρωμένους και ελαφρά προς τα εμπρός και τα πόδια υποστηριγμένα. Στην αγκαλιά του αρρώστου μπορεί να τοποθετηθεί μαξιλάρι που να χρησιμεύει στην ανύψωση του διαφράγματος.

Στη συνέχεια ρίχνοντας το κεφάλι αργά γέρνει προς τα εμπρός ενώ βγάζει τον αέρα από το στόμα με σουρωμένα χείλη για να δημιουργήσει θετική πίεση πάνω από τους κλειστούς αεραγωγούς και να τους ανοίξει.

Κατόπιν σε θέση καθιστή εισπνέει αργά (σαν να μυρίζει κάτι). Με τον τρόπο αυτόν αυξάνει τον αερισμό των βάσεων των πνευμόνων. Η γρήγορη ασθμαίνουσα αναπνοή δεν αερίζει τις περιοχές του πνεύμονα που οι αεραγωγοί τους είναι γεμάτοι με βλέννα αλλά κατευθύνεται στον άνω θώρακα και στις περιοχές μικρής αντίστασης του κατώτερου θώρακα. Για την εξώθηση των βλεννωδών μαζών έξω από τους αεραγωγούς είναι απαραίτητο να υπάρχει πίσω από αυτούς στήλη αέρα.

Μετά τρεις ή τέσσερις επαναλήψεις αυτής της διαδικασίας ο άρρωστος μπορεί να αισθάνεται τις βλέννες που έχουν κινητοποιηθεί από τους απομακρυσμένους κλάδους. Ωστόσο του λέγεται να κρατήσει το βήχα μέχρις ότου μερικές επιπρόσθετες επαναλήψεις θα ανεβάσουν περισσότερες εκκρίσεις στους μεγάλους βρόγχους. Όταν ο άρρωστος είναι έτοιμος να βήξει πρέπει πρώτα να πάρει μια άνετη βαθιά κοιλιακή αναπνοή (να αισθανθεί τους κοιλιακούς μυς να σπρώχνουν το μαξιλάρι προς τα έξω) και τότε σκύβει προς τα εμπρός για να παραγάγει ένα μαλακό, σταδιακό και διακεκομμένο βήχα, δημιουργώντας μια εκπνευστική δύναμη ικανή να διατηρήσει τη μέγιστη δυνατή εκπνευστική ροή χωρίς να συμπέσουν οι αεραγωγοί (Σαχίνη, Καρδάση και Πάνου, 1997).

5.12 Πίνακας διδασκαλίας του ασθενούς στην πρόληψη της εμβολής:

Περιγράψτε τις ακόλουθες συστάσεις σε ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη εμβολής:

- Φοράτε αντιεμβολικές κάλτσες σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.
- Αποφύγετε να κάθεστε για παρατεταμένες περιόδους.
- Μη σταυρώνετε τα χέρια όταν κάθεστε, όταν ταξιδεύετε αλλάζετε θέση συχνά, περπατάτε σποραδικά, ασκείτε τα πόδια σας και τους αστραγάλους όταν κάθεστε.
- Να πίνετε πολλά υγρά (Baldonado, 1999).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το μετεγχειρητικό περιβάλλον περίθαλψης παρουσιάζει συχνά έδαφος για σφάλματα είτε ιατρικά είτε νοσηλευτικά . Μία ετερογενής ομάδα που αντιπροσωπεύει διεπιστημονικές, διεπαγγελματικές ομάδες από κλινικούς, ακαδημαϊκούς και επιστημονικούς φορείς σε συνδυασμό με έρευνες που περιλαμβάνουν και την οπτική γωνία των ασθενών έχει καθιερώσει μια σειρά από παράγοντες ποιότητας για την ασφαλή φροντίδα του χειρουργικού ασθενή. Επιπλέον, πολλοί από αυτούς τους παράγοντες καλύπτουν πολλαπλές διαδικασίες και οργανωτικής φύσεως στοιχεία που συμβάλλουν στην ουσιαστική βελτίωση της διεγχειρητικής περίθαλψης των ασθενών απαιτώντας μια στοχευμένη προσέγγιση με συγκεκριμένες παραμέτρους για ουσιαστική βελτιστοποίηση του συστήματος εντός του οποίου παρέχεται η περίθαλψη η οποία απαιτεί μια προσέγγιση πολλαπλών παραμέτρων για την αντιμετώπιση των πιθανών μετεγχειρητικών επιπλοκών

Ένας παράγοντας που μπορεί να βελτιώσει - να προλάβει την εμφάνιση ελκών πίεσης - κατακλίσεων, στους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση είναι ο εντοπισμός πιθανών ελλείψεων γνώσης σχετικά με δείκτες και τρόπους ανάπτυξης των κατακλίσεων.

Ως ένας σημαντικός δείκτης βελτίωσης της ποιότητας χειρουργημένων ασθενών επισημαίνεται ο αριθμός των μετεγχειρητικών επισκέψεων - αξιολογήσεων των ασθενών, με νεότερες έρευνες να δείχνουν ότι ο αριθμός των επισκέψεων – αξιολογήσεων πρέπει να βελτιωθεί – αυξηθεί, για να εξασφαλιστεί η προσαρμογή στις ανάγκες των ασθενών π.χ. στην διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου.

Τέλος αριθμός μελετών δείχνει συσχέτιση του επιπέδου στελέχωσης και εξειδίκευσης νοσηλευτικού προσωπικού με την εμφάνιση επιθυμητών αποτελεσμάτων στους ασθενείς. Η επαρκής στελέχωση με υψηλής εκπαίδευσης και εξειδίκευσης νοσηλευτικό προσωπικό δείχνει να μπορεί να αυξήσει την ασφάλεια και να προλάβει την εμφάνιση μιας σειράς πιθανών μετεγχειρητικών επιπλοκών. Περισσότερη έρευνα απαιτείται στον τομέα αυτό , με την στοχευμένη όμως χρήση των ποιοτικών δεικτών να δείχνει ότι βελτιώνει την ασφάλεια και ποιότητα της μετεγχειρητικής πορείας των νοσηλευόμενων ασθενών, με ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών όσο και σε όρους οικονομικούς - αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΡΕΥΝΑ- ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΛΟΜΕΝΑ

1.Nursing Perspectives on Enhanced Recovery After Surgery

ABSTRACT

A growing body of evidence suggests that the implementation of an enhanced recovery after surgery (ERAS) clinical pathway can accelerate recovery and reduce length of stay through the use of a multimodal program that includes guidelines for optimal pain relief, stress reduction, early nutrition, and early mobilization. The article discusses the importance of the nursing body in improving institutional compliance to ERAS clinical pathway measures and describes specific nursing barriers observed in the ERAS implementation in an academic medical center.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα αυξανόμενο σύνολο στοιχείων υποδηλώνει ότι η εφαρμογή κλινικής οδού ενισχυμένης αποκατάστασης μετά από χειρουργική επέμβαση (ERAS) μπορεί να επιταχύνει την αποκατάσταση και να μειώσει τη διάρκεια της παραμονής μέσω της χρήσης ενός πολυτροπικού προγράμματος που περιλαμβάνει οδηγίες για τη βέλτιστη ανακούφιση από τον πόνο, τη μείωση του στρες, την έγκαιρη διατροφή και πρόωρη κινητοποίηση. Το άρθρο εξετάζει τη σημασία του νοσηλευτικού φορέα για τη βελτίωση της συμμόρφωσης των θεσμικών οργάνων στα μέτρα κλινικής οδού του ERAS και περιγράφει συγκεκριμένους φραγμούς νοσηλείας που παρατηρούνται στην εφαρμογή του ERAS σε ένα ακαδημαϊκό ιατρικό κέντρο.

2. Perioperative nurses' knowledge of indicators for pressure ulcer development in the surgical patient population.

ABSTRACT

Despite focused attention to improve the quality and safety of patient care, and the financial impact pressure ulcers (PUs) can have on a health care provider or institution, evidence supports that PUs continue to occur in other patient populations during admission to the hospital. An example of a patient population in which evidence indicates that the development of PUs occurs, is patients who have a surgical procedure. The article discusses a

project designed to identify potential knowledge deficits among perioperative nurses of indicators for PU development in the surgical patient population.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρά την εστιασμένη προσοχή στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της περίθαλψης των ασθενών και των οικονομικών επιπτώσεων που παρουσιάζουν τα έλκη πίεσης (PUs) σε έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης ή σε ένα ίδρυμα, στοιχεία υποστηρίζουν ότι οι PU συνεχίζουν να εμφανίζονται σε άλλους πληθυσμούς ασθενών κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Ένα παράδειγμα ενός πληθυσμού ασθενών, στο οποίο τα στοιχεία δείχνουν ότι συμβαίνει η ανάπτυξη των PU, είναι ασθενείς που έχουν χειρουργική επέμβαση. Το άρθρο εξετάζει ένα σχέδιο που αποσκοπεί στον εντοπισμό πιθανών ελλείψεων γνώσης μεταξύ των περιεγχειρητικών νοσηλευτών των δεικτών για την ανάπτυξη της PU στον πληθυσμό των χειρουργικών ασθενών.

3.Nursing postoperative visit as a quality indicator for surgical patient care.

ABSTRACT

The postoperative visit as a quality indicator for surgical patient care, demands some consideration from perioperative nurses. We evaluated the nursing perioperative interventions on postoperative visits, and adjusted them to the needs of the patients with postoperative pain. Our study indicated that 73% of patients visited didn't have postoperative pain whereas 27% had pain. The pain is aggravated when the patient is mobilised, one of the most common signs and symptoms being gastrointestinal changes. Pharmacological and non-pharmacological measures were used in pain management. The results showed that the percentage of patients with postoperative visits needs to be improved. We aim to have high quality perioperative nursing interventions which raise levels of patient satisfaction.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μετεγχειρητική επίσκεψη ως δείκτης ποιότητας για τη χειρουργική περίθαλψη των ασθενών, απαιτεί κάποια παρατήρηση από τους χειρουργικούς νοσηλευτές. Εκτιμήσαμε τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην νοσηλεία σε μετεγχειρητικούς ασθενείς και τις προσαρμόσαμε στις ανάγκες των ασθενών με μετεγχειρητικό πόνο. Η μελέτη μας έδειξε ότι το 73% των ασθενών που επισκέφθηκαν δεν είχαν μετεγχειρητικό πόνο ενώ το 27% είχε πόνο. Ο πόνος επιδεινώνεται όταν ο ασθενής κινητοποιηθεί, και ένα από τα πιο κοινά σημεία και συμπτώματα είναι οι γαστρεντερικές μεταβολές. Φαρμακολογικά και μη φαρμακολογικά

μέτρα χρησιμοποιήθηκαν για τη διαχείριση του πόνου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό των ασθενών με μετεγχειρητικές επισκέψεις πρέπει να βελτιωθεί. Στόχος μας είναι να παρέχουμε υψηλής ποιότητας περιεγχειρητικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αυξάνουν την ικανοποίηση των ασθενών.

4.Exploring the Relationship Between Nursing Specialty Certification and Surgical Site Infections.

ABSTRACT

OBJECTIVE:

The aim of this study is to explore the relationship between nursing specialty certification and surgical site infections (SSIs) for colon (COLO) and abdominal hysterectomy (HYST) surgical procedures.

BACKGROUND:

SSI following COLO and HYST procedures is a preventable complication now included in the Centers for Medicare & Medicaid Services' Hospital Inpatient Quality Reporting Program.

METHODS:

Data from 69 hospitals, 346 units, and 6585 RNs participating in the National Database of Nursing Quality Indicators and SSI data on 22 188 patient COLO and HYST procedures from the National Healthcare Safety Network were examined in multivariate logistic regression analysis.

RESULTS:

Magnet® status was associated with lower SSI occurrence after adjusting for other variables. Higher American Society of Anesthesiologists scores, longer surgical procedure time, and wound class were associated with higher SSI occurrence.

CONCLUSIONS:

Future theory-based research should examine the association of nursing specialty certification with patient outcomes and investigate the effect of Magnet status on SSI.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ:

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της πιστοποίησης νοσηλευτικής ειδίκευσης και των λοιμώξεων του χειρουργικού ιστού (SSIs) για τις χειρουργικές επεμβάσεις του κόλον (COLO) και της κοιλιακής υστερεκτομής (HYST).

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η SSI ακολουθώντας τις διαδικασίες COLO και HYST είναι μια αποτροπή που μπορεί να αποφευχθεί και τώρα περιλαμβάνεται στο Πρόγραμμα Πληροφόρησης για την Ποιότητα των Νοσοκομειακών Κέντρων Medicare & Medicaid Services.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Τα δεδομένα από 69 νοσοκομεία, 346 μονάδες και 6585 RNs που συμμετείχαν στην Εθνική Βάση Δεδομένων Νοσηλευτικής Ποιότητας και Δεδομένα SSI σε 22 188 ασθενείς COLO και HYST από το Εθνικό Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας εξετάστηκαν με ανάλυση πολλαπλών λογικών παλινδρομήσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η κατάσταση Magnet® συσχετίστηκε με χαμηλότερη εμφάνιση SSI (surgical site infection) μετά την προσαρμογή για άλλες μεταβλητές. Η υψηλότερη βαθμολογία των Αμερικανών Αναισθησιολόγων, ο μεγαλύτερος χρόνος χειρουργικής επέμβασης και η κατάσταση των τραυμάτων συσχετίστηκαν με υψηλότερη εμφάνιση SSI.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η μελλοντική έρευνα βασισμένη στη θεωρία θα πρέπει να εξετάσει τη συσχέτιση της πιστοποίησης νοσηλευτικής ειδίκευσης με τα αποτελέσματα των ασθενών και να διερευνήσει το αποτέλεσμα της κατάστασης του Magnet στην SSI.

5.A tentative model for developing strategic and clinical nursing quality indicators:

Postoperative pain management

ABSTRACT

The purpose of the study was to evaluate the usefulness of a tentative model, based on important aspects of surgical nursing care, for designing strategic and clinical quality

indicators. Objective postoperative pain management was chosen for the model because it is a priority area in surgical nursing care. Items within a questionnaire were designed by using the tentative model as a base and by means of a literature review. The questionnaire, directed to clinical nurses (n = 233), was compiled to establish the validity and the usefulness of the indicators. Fourteen items were assessed as essential for achieving high quality outcomes in postoperative pain management (11 as realistic to carry out, and 13 as possible for nurses to influence) with mean scores \geq 4 (on a 5-point scale). The conclusion reached was that the tentative model combined with a literature search was found to be effective for designing items that might be useful as strategic and clinical indicators of quality in postoperative pain management.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η χρησιμότητα ενός δοκιμαστικού μοντέλου βασισμένου σε σημαντικές πτυχές της χειρουργικής νοσηλευτικής περίθαλψης για το σχεδιασμό στρατηγικών και κλινικών δεικτών ποιότητας. Η αντικειμενική μετεγχειρητική διαχείριση του πόνου επελέγη για το μοντέλο επειδή είναι ένας τομέας προτεραιότητας στη χειρουργική νοσηλευτική φροντίδα. Τα στοιχεία εντός ενός ερωτηματολογίου σχεδιάστηκαν χρησιμοποιώντας το πρόχειρο μοντέλο ως βάση και μέσω μιας ανασκόπησης της βιβλιογραφίας. Το ερωτηματολόγιο, απευθυνόμενο σε κλινικές νοσοκόμες (n = 233), καταρτίστηκε για να διαπιστωθεί η εγκυρότητα και η χρησιμότητα των δεικτών. Δεκατέσσερα στοιχεία αξιολογήθηκαν ως απαραίτητα για την επίτευξη ποιοτικών αποτελεσμάτων στη μετεγχειρητική διαχείριση πόνου (11 ρεαλιστικά άντεξαν και 13 επηρέασαν τους νοσηλευτές) με μέση βαθμολογία \geq 4 (σε κλίμακα 5 σημείων). Το συμπέρασμα που βρέθηκε ήταν ότι το δοκιμαστικό μοντέλο σε συνδυασμό με μια αναζήτηση βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι είναι αποτελεσματικό για το σχεδιασμό αντικειμένων που θα μπορούσαν να είναι χρήσιμα ως στρατηγικοί και κλινικοί δείκτες ποιότητας στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου.

6.Nurse Staffing and Patient Safety in Hospitals. New Variable and Longitudinal Approaches

ABSTRACT

BACKGROUND:

Most studies of the relationship between nurse staffing and patient outcomes in hospitals have shown that worse patient outcomes are associated with lower registered nurse (RN) staffing.

However, inconsistent results exist, possibly because of the use of a variety of nurse staffing and patient outcomes measures and because of statistical methods that employ static, instead of change, relationships.

OBJECTIVES:

The aim of the study was to examine the relationship between changes in RN staffing and patient safety events in Florida hospitals from 1996 through 2004.

METHODS:

Using 9 years of data from 124 Florida hospitals, latent growth curve models were used to assess the impact on patient safety of RN staffing changes in hospitals. Patient safety measures were 4 of the 20 provider-level patient safety indicators (PSIs) developed by the Agency for Healthcare Research and Quality. Two measures of RN staffing-RN full-time equivalents and RN per adjusted patient day-were analyzed.

RESULTS:

Changes in RN full-time equivalents were positively related to changes in RN per adjusted patient day. All PSIs were negatively and significantly related to one or both RN staffing measures. Failure to rescue had the strongest relationship to RN staffing. Models of change relationships between staffing and PSIs were more likely to show significant relationships than models using initial levels. Initial levels of RN staffing tended to be unrelated to initial levels of PSIs.

DISCUSSION:

A negative relationship between RN staffing and PSIs was strongly supported with failure to rescue and was weakly supported with decubitus ulcers, selected infections, and postoperative sepsis. The PSIs should be retested in an expanded change model study using multistate or national sample Healthcare Cost and Utilization Project data.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με τη σχέση ανάμεσα στη στελέχωση του νοσηλευτή και τα αποτελέσματα των ασθενών στα νοσοκομεία έχουν δείξει ότι τα χειρότερα αποτελέσματα των ασθενών συνδέονται με τη μείωση του αριθμού των εγγεγραμμένων νοσηλευτών (RN). Ωστόσο, υπάρχουν ασυνεπή αποτελέσματα, πιθανώς λόγω της χρήσης ποικίλων μέτρων για

τη στελέχωση των νοσηλευτών και των αποτελεσμάτων των ασθενών και λόγω των στατιστικών μεθόδων που χρησιμοποιούν στάσιμες σχέσεις, αντί για αλλαγές.

ΣΤΟΧΟΙ:

Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει τη σχέση μεταξύ των αλλαγών στο προσωπικό RN και την ασφάλεια των ασθενών στα νοσοκομεία της Φλόριδας από το 1996 έως το 2004.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Χρησιμοποιώντας δεδομένα 9 ετών από 124 νοσοκομεία της Φλόριδας, χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα καμπύλης λανθάνουσας ανάπτυξης για να εκτιμηθεί ο αντίκτυπος στην ασφάλεια των ασθενών των μεταβολών στελέχωσης των νοσοκομείων σε ασθενείς με RN (Registered Nurse). Τα μέτρα ασφάλειας των ασθενών ήταν 4 από τους 20 δείκτες ασφάλειας ασθενών σε επίπεδο παρόχων (PSIs) που αναπτύχθηκαν από τον Οργανισμό για την Έρευνα και την Ποιότητα στον τομέα της Υγείας. Δύο μέτρα RN προσωπικό-RN πλήρους απασχόλησης ισοδύναμα και RN ανά προσαρμοσμένη ημέρα ασθενών-αναλύθηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Οι μεταβολές στα ισοδύναμα πλήρους χρόνου RN σχετίζονταν θετικά με τις μεταβολές σε RN ανά διορθωμένη ημέρα ασθενούς. Όλα τα PSI είχαν αρνητική και σημαντική σχέση με ένα ή και τα δύο RN μέτρα στελέχωσης. Η αποτυχία διάσωσης είχε τη μεγαλύτερη σχέση με την στελέχωση του RN. Τα μοντέλα αλλαγής σχέσεων μεταξύ προσωπικού και PSI ήταν πιο πιθανό να παρουσιάσουν σημαντικές σχέσεις από τα μοντέλα που χρησιμοποιούν αρχικά επίπεδα. Τα αρχικά επίπεδα της στελέχωσης του RN έτειναν να μην σχετίζονται με τα αρχικά επίπεδα των PSI.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ:

Μία αρνητική σχέση μεταξύ της στελέχωσης του RN και των PSI υποστηρίχθηκε έντονα με την αποτυχία διάσωσης και ήταν ασθενώς υποστηριζόμενη με έλκη, επιλεγμένες λοιμώξεις και μετεγχειρητική σήψη. Τα PSI θα πρέπει να επανεξετάζονται σε μια μελέτη μοντέλου κλιμακωτής αλλαγής με τη χρήση δεδομένων πολλαπλών ή εθνικών δειγμάτων κόστους υγειονομικής περίθαλψης και αξιοποίησης του έργου.

7. Key Components of the Safe Surgical Ward. International Delphi Consensus Study to Identify Factors for Quality Assessment and Service Improvement

ABSTRACT

OBJECTIVE:

The aim of this study was to prioritize key factors contributing to safety on the surgical ward

BACKGROUND:: There is a variation in the quality and safety of postoperative care between institutions. These variations may be attributed to a combination of process-related issues and structural factors. The aim of this study is to reach a consensus, by means of Delphi methodology, on the most influential of these components that may determine safety in this environment.

METHODS:

The Delphi questionnaire was delivered via an online questionnaire platform. The panels were blinded. An international panel of safety experts, both clinical and nonclinical, and safety advocates participated. Individuals were selected according to their expertise and extent of involvement in patient safety research, regulation, or patient advocacy.

RESULTS:

Experts in patient safety from the UK, Europe, North America, and Australia participated. The panel identified the response to a deteriorating patient and the care of outlier patients as error-prone processes. Prioritized structural factors included organizational and environmental considerations such as use of temporary staff, out-of-hours reduction in services, ward cleanliness, and features of layout. The latter includes dedicated areas for medication preparation and adequate space around the patient for care delivery. Potential quality markers for safe care that achieved the highest consensus include leadership, visibility between patients and nurses, and nursing team skill mix and staffing levels.

CONCLUSION:

International consensus was achieved for a number of factors across process-related and structural themes that may influence safety in the postoperative environment. These should be championed and prioritized for future improvements in patient safety at the ward-level.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ:

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να δοθεί προτεραιότητα σε βασικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ασφάλεια στον χειρουργικό χώρο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ:

Υπάρχει διαφοροποίηση στην ποιότητα και ασφάλεια της μετεγχειρητικής φροντίδας μεταξύ των ιδρυμάτων. Αυτές οι παραλλαγές μπορούν να αποδοθούν σε ένα συνδυασμό ζητημάτων σχετικών με τη διαδικασία και διαρθρωτικών παραγόντων. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να επιτύχουμε τη συναίνεση, με τη μεθοδολογία, για τις πιο σημαντικές από αυτές τις συνιστώσες που μπορούν να καθορίσουν την ασφάλεια σε αυτό το περιβάλλον.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Το ερωτηματολόγιο για τα Delphi παραδόθηκε μέσω μιας ηλεκτρονικής πλατφόρμας ερωτηματολογίων. Ο πίνακας ήταν κρυφός. Πραγματοποιήθηκε μια διεθνής ομάδα εμπειρογνομόνων σε θέματα ασφάλειας, τόσο κλινικών όσο και μη κλινικών, και υποστηρικτών ασφαλείας. Τα άτομα επιλέχθηκαν σύμφωνα με την εμπειρογνομοσύνη τους και την έκταση της συμμετοχής τους στην έρευνα για την ασφάλεια των ασθενών, στη ρύθμιση ή στην υπεράσπιση των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Εμπειρογνώμονες στην ασφάλεια των ασθενών από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική και την Αυστραλία συμμετείχαν. Το πάνελ προσδιόρισε την απόκριση σε επιδεινούμενο ασθενή και τη φροντίδα των ασθενών που έπασχαν από εξωστρέφεια ως διαδικασίες επιρρεπείς σε σφάλματα. Οι διαρθρωτικοί παράγοντες προτεραιότητας περιελάμβαναν οργανωτικούς και περιβαλλοντικούς προβληματισμούς, όπως η χρήση προσωρινού προσωπικού, μείωση των υπηρεσιών εκτός ωρών, καθαριότητα του χώρου και χαρακτηριστικά της διάταξης. Ο τελευταίος περιλαμβάνει ειδικούς χώρους για την προετοιμασία φαρμάκων και επαρκή χώρο γύρω από τον ασθενή για την παροχή φροντίδας. Οι πιθανοί δείκτες ποιότητας για την ασφαλή φροντίδα που επέτυχαν την υψηλότερη συναίνεση περιλαμβάνουν την ηγεσία, την ορατότητα μεταξύ ασθενών και νοσοκόμων και το συνδυασμό δεξιοτήτων νοσηλευτικής ομάδας και το επίπεδο προσωπικού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Διεξήχθη διεθνής συναίνεση για διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με τη διαδικασία και τα δομικά θέματα που μπορούν να επηρεάσουν την ασφάλεια στο μετεγχειρητικό περιβάλλον. Αυτά θα πρέπει να υποστηριχθούν και να δοθεί προτεραιότητα για μελλοντικές βελτιώσεις στην ασφάλεια των ασθενών στο επίπεδο του χώρου.

8.The effect of functional movement ability on the quality of life after total hip replacement.

ABSTRACT

AIM AND OBJECTIVES:

To analyse in detail the relationship between the movement and generic health-related quality of life (HRQoL) indicators and the subjective feeling of health of the patients, as well as the objective movement parameters measured by the surgeon and the patient's opinion about the success of the total hip replacement (THR).

BACKGROUND:

We have only limited information about the effect of mobility function improvement on the HRQoL several years after THR. We have recently found that after THR postoperative health awareness is influenced mainly by cardiovascular diseases, but the effects of the movement parameters on the subsequent feelings of well-being were not examined.

METHODS:

This study involved 109 patients who had had THR. The patients' health status and objective and subjective mobility function at the time of operation and five years later were evaluated using questionnaires (including EQ-5D and WOMAC scores) and the hospital database.

RESULTS:

All components of EQ-5D and WOMAC had significantly improved by Year 5 in patients who experienced a complete recovery after the operation, but not the mobility and pain components of EQ-5D for those patients who felt an improvement only in their subjective mobility function. The surgeon-assessed parameters and use of walking aids showed a similar distribution in patients who considered themselves to be healthy or only moderately sick five years after THR.

CONCLUSION:

Successful THR significantly improves the feeling of well-being and the mobility function of patients even five years after the operation. In individual cases, however, other subjective and objective factors, but not the mobility function, have a major influence on the HRQoL

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ:

Να αναλυθεί λεπτομερώς η σχέση μεταξύ των κινήσεων και των γενικών δεικτών ποιότητας ζωής (HRQoL) που σχετίζονται με την υγεία και το υποκειμενικό αίσθημα υγείας των ασθενών, καθώς και οι αντικειμενικές παραμέτρους κίνησης που μετρήθηκαν από τον χειρουργό και η γνώμη του ασθενούς για την επιτυχία στη συνολική αντικατάσταση ισχίου (THR).

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Έχουμε μόνο περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με την επίδραση της βελτίωσης της κινητικότητας στο HRQoL αρκετά χρόνια μετά την THR. Πρόσφατα διαπιστώσαμε ότι μετά την THR η μετεγχειρητική κατάσταση της υγείας επηρεάζεται κυρίως από καρδιαγγειακές παθήσεις, αλλά οι επιδράσεις των παραμέτρων κίνησης στα επακόλουθα συναισθήματα ευεξίας δεν εξετάστηκαν.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Η μελέτη αυτή περιελάμβανε 109 ασθενείς οι οποίοι είχαν THR. Η κατάσταση της υγείας των ασθενών και η αντικειμενική και υποκειμενική λειτουργία κινητικότητας τη στιγμή της λειτουργίας και πέντε χρόνια αργότερα αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια (συμπεριλαμβανομένων των βαθμολογιών EQ-5D και WOMAC) και τη βάση δεδομένων νοσοκομείων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Όλα τα συστατικά του EQ-5D και του WOMAC βελτιώθηκαν σημαντικά μέχρι το 5ο έτος σε ασθενείς που εμφάνισαν πλήρη ανάκαμψη μετά την επέμβαση, αλλά όχι τα συστατικά κινητικότητας και πόνου του EQ-5D για εκείνους τους ασθενείς που αισθάνονταν βελτίωση μόνο στην υποκειμενική λειτουργία κινητικότητας. Οι παράμετροι που αξιολόγησαν οι χειρουργοί και η χρήση βοηθημάτων για τα πόδια έδειξαν παρόμοια κατανομή σε ασθενείς που θεωρούσαν τους εαυτούς τους υγιείς ή μόνο μέτρια άρρωστους πέντε χρόνια μετά την THR.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Η επιτυχημένη THR βελτιώνει σημαντικά την αίσθηση ευεξίας και την κινητικότητα των ασθενών ακόμη και πέντε χρόνια μετά την επέμβαση. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις, ωστόσο, άλλοι υποκειμενικοί και αντικειμενικοί παράγοντες, αλλά όχι η λειτουργία κινητικότητας, έχουν σημαντική επίδραση στο HRQ

9.Prevention of venous thromboembolism in postoperative abdominal patients: a best practice implementation project.

ABSTRACT

OBJECTIVES:

This project's aim was to ensure that venous thromboembolism assessment was performed accurately, and that adequate prophylaxis was followed-up, resulting in a decrease in the incidence of venous thromboembolism postoperatively and enhancing recovery after surgery.

INTRODUCTION:

Venous thromboembolism (VTE), which includes deep venous thrombosis and pulmonary embolism, is a leading cause of morbidity and mortality in hospitalized patients. Evidence suggests that the majority of hospital patients are at risk for VTE, but the prophylaxis recommended for their risk factors are not adequately utilized. Venous thromboembolism prevention is primarily based on an adequate risk stratification.

METHODS:

A baseline audit on VTE prevention utilizing the Joanna Briggs Institute Practical Application of Clinical Evidence System program was undertaken and involved 21 nurses and 30 patients. An intervention including VTE education, clinical practice and prophylaxis was conducted, following which a post-implementation re-audit was undertaken.

RESULTS:

The baseline audit results showed that four audit criteria results were found to under 30%, which indicated poor compliance with the current evidence. After implementing the strategies, including education, VTE video, etc., there was a huge improvement, with most of the audit criteria achieving 100% compliance.

CONCLUSIONS:

Overall the project achieved a significant improvement in evidence-based practice in the prevention of VTE, implemented in two wards. Sustaining best practice should be planned for the future.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΤΟΧΟΙ:

Σκοπός του έργου ήταν να διασφαλιστεί η ακριβής εκτίμηση της φλεβικής θρομβοεμβολής και η παρακολούθηση της κατάλληλης προφύλαξης, με αποτέλεσμα τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης φλεβικής θρομβοεμβολής μετεγχειρητικά και την ενίσχυση της ανάκτησης μετά από χειρουργική επέμβαση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Ο φλεβικός θρομβοεμβολισμός (VTE), ο οποίος περιλαμβάνει βαθιά φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή, αποτελεί κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε νοσηλεύομενους ασθενείς. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η πλειοψηφία των νοσοκομειακών ασθενών κινδυνεύουν από τη νόσο VTE, αλλά η συνιστώμενη προφύλαξη για τους παράγοντες κινδύνου τους δεν χρησιμοποιείται επαρκώς. Η πρόληψη της φλεβικής θρομβοεμβολής βασίζεται κυρίως σε μια κατάλληλη διαστρωμάτωση κινδύνου.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Διεξήχθη ένας βασικός έλεγχος της πρόληψης των VTE με χρήση του προγράμματος Joanna Briggs Institute Practical Application of Clinical Evidence System και συμμετείχαν 21 νοσηλευτές και 30 ασθενείς. Πραγματοποιήθηκε μια παρέμβαση που περιελάμβανε την εκπαίδευση, την κλινική πρακτική και την προληπτική εκπαίδευση, μετά την οποία πραγματοποιήθηκε επανελέγχος μετά την εφαρμογή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τα αποτελέσματα των ελέγχων βάσης έδειξαν ότι τα τέσσερα αποτελέσματα των κριτηρίων ελέγχου βρέθηκαν κάτω από το 30%, γεγονός που έδειξε ανεπαρκή συμμόρφωση με τα σημερινά στοιχεία. Μετά την εφαρμογή των στρατηγικών, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης, του βίντεο VTE, κ.λπ., σημειώθηκε τεράστια βελτίωση, με τα περισσότερα από τα κριτήρια ελέγχου να επιτυγχάνουν 100% συμμόρφωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Συνολικά, το έργο πέτυχε σημαντική βελτίωση της τεκμηριωμένης πρακτικής για την πρόληψη της VTE, που εφαρμόστηκε σε δύο θαλάμους. Η διατήρηση της βέλτιστης πρακτικής θα πρέπει να προγραμματιστεί για το μέλλον.

10.Catheter-related right internal jugular vein thrombosis after chest surgery.

ABSTRACT

Background: Central venous catheters (CVCs) are frequently used for monitoring haemodynamic status and rapidly delivering fluid therapy during the peri- and postoperative periods. Indwelling CVCs are typically used 7–14 days postoperatively for additional monitoring and treatment, but patients may develop asymptomatic catheter-related thrombosis, leading to life-threatening pulmonary embolism and death. Early detection helps to avoid such complications.

Methods: This prospective observational study investigated the risk factors associated with catheter-related right internal jugular vein thrombosis in patients undergoing chest surgery. The study enrolled 24 patients who were scheduled to receive chest surgeries during which catheters were needed. To detect thrombus formation, Doppler ultrasound examinations from the thyroid cartilage level to the supraclavicular region were used after CVC placement and on each of the following days until the catheter was removed.

Results: No thrombosis was found in patients before surgery, but it appeared in 75% (18/24) after surgery. The risks of thrombosis increased with a longer duration of anaesthesia, greater amounts of bleeding, and use of postoperative ventilator support.

Conclusions: Earlier catheter removal may reduce the risk of catheter-related thrombosis and avoid possibly fatal complications after catheter-related thrombosis.

Key words: catheterization, central venous; internal jugular vein; perioperative period

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ιστορικό: Οι κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες (CVCs) χρησιμοποιούνται συχνά για την παρακολούθηση της αιμοδυναμικής κατάστασης και την ταχεία παροχή ρευστοθεραπείας κατά τη διάρκεια των μετεγχειρητικών περιόδων. Τα ενδογενή CVCs χρησιμοποιούνται συνήθως 7-14 ημέρες μετά την επέμβαση για επιπλέον παρακολούθηση και θεραπεία, αλλά οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν ασυμπτωματική θρόμβωση που σχετίζεται με καθετήρα,

οδηγώντας σε απειλητική για τη ζωή πνευμονική εμβολή και θάνατο. Η έγκαιρη ανίχνευση συμβάλλει στην αποφυγή τέτοιων επιπλοκών.

Μέθοδοι: Αυτή η προοπτική μελέτη παρατήρησης διερεύνησε τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον σωστό εσωτερικό καθετήρα θρομβοειδούς φλεβικής θρόμβωσης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση στο στήθος. Η μελέτη περιελάμβανε 24 ασθενείς που είχαν προγραμματιστεί να λάβουν χειρουργικές επεμβάσεις στο στήθος κατά τη διάρκεια των οποίων χρειάστηκαν καθετήρες. Για τον εντοπισμό του σχηματισμού θρόμβων, έγινε υπερηχογράφημα Doppler από το επίπεδο του θυρεοειδικού χόνδρου στην υπερκλείδια περιοχή και χρησιμοποιήθηκε μετά την τοποθέτηση CVC και σε κάθε μία από τις επόμενες ημέρες έως ότου αφαιρεθεί ο καθετήρας.

Αποτελέσματα: Δεν βρέθηκε θρόμβωση σε ασθενείς πριν από τη χειρουργική επέμβαση, αλλά εμφανίστηκε σε 75% (18/24) μετά τη χειρουργική επέμβαση. Οι κίνδυνοι της θρόμβωσης αυξήθηκαν σε μεγαλύτερη διάρκεια αναισθησίας, μεγαλύτερες ποσότητες αιμορραγίας και χρήση μετεγχειρητικού υποστηρίγματος αναπνευστήρα.

Συμπεράσματα: Η προηγούμενη αφαίρεση του καθετήρα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο θρόμβωσης που σχετίζεται με τον καθετήρα και να αποφευχθούν πιθανές θανατηφόρες επιπλοκές μετά από θρόμβωση που σχετίζεται με καθετήρα.

Λέξεις-κλειδιά: καθετηριασμός, κεντρική φλέβα; εσωτερική σφαγιτιδική φλέβα. περιεγχειρητική περίοδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- Dewit, S. (2009). *Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας*. 3rd ed. Αθήνα: ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Nurse-educate.blogspot.com. (2019). *Η εξέλιξη της νοσηλευτικής στη Νεότερη και Νεότερη Ελλάδα.* [online] Available at: http://nurse-educate.blogspot.com/2014/06/blog-post_5990.html [Accessed 3 Mar. 2019].
- Perry, G. and Potter, P. (2012). *Βασική νοσηλευτική και κλινικές δεξιότητες*. 7th ed. Nicosia Cyprus: broken hill.
- Osborn, Wraa, Watson and Holleran (2016). *Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική προετοιμασία για την νοσηλευτική πρακτική*. 2nd ed. Nicosia Cyprus: broken hill.
- Σαχίνη, Καρδάση, Α. και Πάνου, Μ. (1997). *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική νοσηλευτικές διαδικασίες*. 2nd ed. ΑΘΗΝΑ: ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις.
- Henry, M. and Thomson, J. (2005). *Κλινική χειρουργική*. 2nd ed. Αθήνα: επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου.
- Quick, C., Reed, J., Harper, S. and Saeb Parsy, K. (2014). *Χειρουργική problems diagnosis and management*. 5th ed. ιατρικές εκδόσεις Λαγός.
- Μπανάτσος, Γ., Κακλαμάνος, Ι. και Γολεμάτης, Ι. (2011). *Χειρουργική παθολογία*. 4th ed. Αθήνα: εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Προβελέγγιος, Σ. (2005). *Βασικές γνώσεις ορθοπαιδικής νοσηλευτικής εφαρμογές*. 1st ed. Αθήνα: επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου.
- Engram, B. (1997). *Νοσηλευτική φροντίδα στη παθολογία και χειρουργική*. 3rd ed. Αθήνα: εκδόσεις Έλλην.
- Baldonado, A. (1999). *Γενική παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική*. 1st ed. Αθήνα: εκδόσεις Έλλην.
- Dewit, S. (2009). *Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική*. 2nd ed. Cyprus: broken hill.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- Chazapis, M. *et al.* (2018) ‘Perioperative structure and process quality and safety indicators: a systematic review’, *British Journal of Anaesthesia*. Elsevier Ltd, 120(1), pp. 51–66. doi: 10.1016/j.bja.2017.10.001.
- Ramsay, A. G. (2012) ‘The end of an era’, *Public Health Nursing*, 29(4), pp. 380–383. doi: 10.1111/j.1525-1446.2012.01020.x.
- Hassen, Y., Johnston, M., Singh, P., Pucher, P. and Darzi, A. (2019). *Key Components of the Safe Surgical Ward*.
- Lupear SK, e. (2019). *Perioperative nurses' knowledge of indicators for pressure ulcer development in the surgical patient population*. - PubMed - NCBI. [online] Ncbi.nlm.nih.gov. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25999080> [Accessed 2 Sep. 2019].
- SAGE Journals. (2019). *Nursing Postoperative Visit as a Quality Indicator for Surgical Patient Care - R Silva, MM Martins, HG Jardim, 2016*. [online] Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/175045891602600604> Unruh, L. and Zhang, N. (2019).
- Brown, D. and Xhaja, A. (2019). *Nursing Perspectives on Enhanced Recovery after Surgery*.
- *Nurse Staffing and Patient Safety in Hospitals*. [Accessed 2 Sep. 2019].
- Bergquist-Beringer, S., Cramer, E., Potter, C., Stobinski, J. and Boyle, D. (2019). *Exploring the Relationship between Nursing Specialty Certification and Surgical Site Infections*.
- Idvall E, e. (2019). *A tentative model for developing strategic and clinical nursing quality indicators: postoperative pain management*. - PubMed - NCBI. [online] Ncbi.nlm.nih.gov. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10839032> [Accessed 2 Sep. 2019].
- Király, E. and Gondos, T. (2019). *The effect of functional movement ability on the quality of life after total hip replacement*.
- Zhao, W., McArthur, A., Yu, Z., Hu, Y. and Luo, J. (2019). *Prevention of venous thromboembolism in postoperative abdominal patients*.
- Chen, P., Chang, K., Hu, K., Ting, C., Chan, K. and Chang, W. (2019). *Catheter-related right internal jugular vein thrombosis after chest surgery*.