



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

---

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ Ο  
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ»

«BIOPSYCHOSOCIAL NEEDS OF THE SURGICAL PATIENT AND THE ROLE OF  
THE COMMUNITY NURSE ON THE PROMOTION OF HIS HEALTH»



ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ: ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΚΟΥΡΜΠΕΛΗΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΠΕΡΙΚΛΗΣ ΡΟΜΠΟΛΑΣ

ΠΑΤΡΑ, 2018

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας επιθυμώ να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στην εκπόνηση της. Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον εισηγητή μου κ. Περικλή Ρόμπολα. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου που με βοήθησαν να ανταπεξέλθω σε αυτό το δύσκολο έργο των σπουδών μου και με στήριξαν και σε όλη τη διάρκεια φοίτησης μου.*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Οι χειρουργικοί ασθενείς αποτελούν μια κατηγορία ασθενών που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Αυτό γιατί εκτός της νοσηλείας του στο νοσοκομείο και της υποκείμενης ασθένειάς του, βρίσκεται υπό την πίεση του χειρουργείου. Στα πλαίσια της ολιστικής προσέγγισης, τόσο η προεγχειρητική, όσο και η μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου, περιλαμβάνει παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη τους παράγοντες που συνοδεύουν τον χειρουργικό ασθενή.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των βιοψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση και ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην προαγωγή της υγείας του.

**Μεθοδολογία:** Για την συλλογή των θεωρητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονα άρθρα τα οποία αναζητήθηκαν σε διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως το PubMed και Scopus.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της εργασίας μας δείχνουν ότι ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει επαγγελματική κατάρτιση στην φροντίδα των χειρουργικών ασθενών και να είναι ικανός να καθοδηγήσει ψυχολογικά τον ασθενή με διάλογο και συμβουλευτικά μέτρα. Προσπαθεί να δημιουργήσει ένα περιβάλλον ηρεμίας και σιγουριάς για τον ασθενή και τους συγγενείς του ώστε να διευκολύνει το δικό του έργο αλλά και των υπόλοιπων φορέων που συμμετέχουν.

**Συμπεράσματα:** Η φροντίδα του χειρουργικού ασθενούς δεν αποτελεί μόνο τις τεχνικές λεπτομέρειες μιας χειρουργικής επέμβασης αλλά πρέπει να ενσωματώνει τις ψυχολογικές ανάγκες του. Οι ανάγκες των νοσηλευόμενων χειρουργημένων ασθενών αφορούν την εμπιστοσύνη / επικοινωνία, την πληροφόρηση, την εκπαίδευση, την αυτο-φροντίδα και την υποστήριξη.

**Λέξεις κλειδιά:** χειρουργημένοι ασθενείς, ανάγκες, κοινότητα, νοσηλευτής

## ABSTRACT

**Introduction:** Surgery patients are a category of patients requiring particular attention as the patient to be treated, other than hospitalization and his / her illness as a whole, is under the pressure of the operating room, which is a state of charge emotionally with more fear, stress and anxiety for its outcome. Within the holistic approach, both pre-operative and postoperative care of the patient includes interventions that take into account the psychological factors that accompany the surgical patient.

**Purpose:** The aim of the work is to study the biochemical and social needs of patients undergoing surgery and the role of nursing staff in the community.

**Methodology:** For the collection of theoretical data, modern articles were used which were searched in international electronic databases such as PubMed and Scopus.

**Results:** The results of our work show that the nurse must have professional training in the care of surgical patients and be able to mentally guide the patient through dialogue and counseling. It strives to create an environment of calm and security for the patient and his relatives to facilitate his own work and the other actors involved.

**Conclusions:** Caring for a surgical patient is not only the technical details of a surgical procedure but must incorporate its psychological needs. The needs of hospitalized surgical patients are related to trust / communication, information, education, self-care and support.

**Key words:** surgical patients, needs, community, nurse

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ</b> .....	7
1.1 Ορισμός της υγείας .....	7
1.2 Προαγωγή υγείας.....	7
1.3 Αρχές προαγωγής υγείας .....	9
1.4 Δραστηριότητες - προτεραιότητες.....	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ</b> .....	12
2.1 Βιολογικές ανάγκες .....	12
2.2 Ανάγκη για ασφάλεια και προστασία.....	12
2.3 Ανάγκη για κατανόηση και αποδοχή .....	12
2.4 Ανάγκη για αυτοεκτίμηση.....	13
2.5 Ανάγκη για αυτοπραγμάτωση .....	13
2.6 Ανάγκες ασθενών.....	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ</b> .....	17
3.1 Ο ασθενής που πρόκειται να υποστεί χειρουργική επέμβαση .....	17
3.2 Η ψυχολογία του ασθενή.....	17
3.3 Κοινωνική υποστήριξη και προεγχειρητικό άγχος.....	20
3.4 Διαχείριση του stress .....	21
3.5 Ενημέρωση του ασθενή και προεγχειρητικό άγχος .....	23
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b> .....	26
4.1 Προεγχειρητική φάση νοσηλείας .....	26
4.1.1 Ο προεγχειρητικός έλεγχος (πε) .....	27
4.1.2 Ιστορικό .....	30
4.1.3 Εργαστηριακές εξετάσεις.....	31
4.1.4 Ενημέρωση και συγκατάθεση ασθενούς.....	32
4.1.5 Ειδικές προετοιμασίες .....	33
4.2 Διεγχειρητική διαδικασία .....	37
4.3 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα .....	40
4.3.1 Ζωτικά σημεία.....	41

4.3.2 Περιποίηση τραύματος – τομής χειρουργικής επέμβασης.....	43
4.4 Παράγοντες κίνδυνου ανάπτυξης λοιμώξεων .....	44
4.5 Μετεγχειρητικές επιπλοκές .....	45
4.5.1 Μη ειδικές με την επέμβαση (κοινές) επιπλοκές .....	48
4.5.2 Κοινές επιπλοκές κατά συστήματα.....	49
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5° Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ</b> .....	<b>53</b>
5.1 Περιεγχειρητική νοσηλευτική συμβουλευτική .....	53
5.2 Εφαρμογή της περιεγχειρητικής νοσηλευτικής συμβουλευτικής.....	54
5.3 Διεγχειρητική συμβουλευτική παρέμβαση συμβουλευτική «μετάβασης – τοποθέτησης».....	55
5.4 Μετεγχειρητική συμβουλευτική παρέμβαση συμβουλευτική μετεγχειρητικής στήριξης .....	55
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ</b> .....	<b>57</b>
6.1 Κλινική περίπτωση Α' .....	57
6.2 Κλινική περίπτωση Β' .....	67
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>76</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>77</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας αυξάνεται συνεχώς προς την αξιολόγηση και την κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Δεδομένου ότι κάθε ασθένεια απαιτεί σημαντικές και μερικές φορές απότομες αλλαγές, ειδικά μετά τη διάγνωση στη ζωή των ασθενών, η αξιολόγηση των αναγκών τους θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε ευεργετικά αποτελέσματα για τη διαχείριση και τη θεραπεία ασθενειών. Επίσης, δεδομένου ότι το νοσοκομείο είναι ένας χώρος όπου η ψυχολογική δύναμη των ασθενών είναι συνήθως μειωμένη, είναι ευρέως αποδεκτό ότι η διάσταση του προβλήματος δεν περιορίζεται στη θεραπεία της ασθένειας αυτή καθαυτή αλλά και σε άλλα προβλήματα που προκύπτουν ή στις βαθύτερες ανάγκες των ασθενών.

Η συλλογή πληροφοριών από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και ιδιαίτερα από το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τις ανάγκες των ασθενών, που λαμβάνονται είτε άμεσα είτε από τους συγγενείς τους, είναι απαραίτητη και πρέπει να καταγράφουν, να αξιολογούν και, κυρίως, να ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Η ανίχνευση, η αξιολόγηση και η κάλυψη των αναγκών των ασθενών έχουν πολλά οφέλη τόσο για τους ασθενείς όσο και για το σύστημα υγείας της κάθε χώρας.

Τα σημαντικότερα οφέλη είναι: η βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται, η αποτελεσματική διαχείριση των πηγών χρηματοδότησης της υγείας, η ανάπτυξη του συστήματος υγείας και η κοινωνική στήριξη και η αποτελεσματική χρήση της επαγγελματικά προσόντα των επαγγελματιών υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1 Ορισμός της υγείας

Ο ορισμός της υγείας συνεχώς εξελίσσεται, όμως ο κλασικός ορισμός της υγείας ο οποίος δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) το 1946, εκφράζει μια γενική τάση ορισμού της υγείας βάσει κοινωνικών παρά ιατρικών όρων. Πράγματι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγεία ως μια «κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως την απουσία νόσου ή αναπηρίας» (DeWit, 2009).

Υγεία είναι η κατάσταση της τέλει σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, η ευεξία και συμμετρία των σωματικών δυνάμεων και της διάθεσης της ψυχής και η ικανότητα να χρησιμοποιεί ο άνθρωπος καλά τις δυνατότητές του. Η υγεία είναι βασική ανθρώπινη αξία, ανθρώπινο δικαίωμα αλλά και προσωπική ευθύνη κάθε ενήλικα ανάλογα με τις ικανότητές του. Είναι η βάση για την ανάπτυξη και πρόοδο του ατόμου και της κοινωνίας και εμφανίζει σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές, οικονομικές και διεθνείς παράμετρους. (Ραγιά, 2009).

### 1.2 Προαγωγή υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας και η ιατρική φροντίδα υπάρχουν για να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας κάθε κοινωνίας. Οι κοινωνίες όμως αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν οι ανάγκες υγείας και οι προσδοκίες του πληθυσμού για φροντίδα και περίθαλψη. Είναι δε φυσικό, αυτές οι αλλαγές να παρασύρουν προς νέους προσανατολισμούς και τα συστήματα υγείας, που έτσι και αλλιώς δεν παραμένουν σε ακινησία αλλά συνεχώς εξελίσσονται, υποχρεωμένα από ευρύτερες διεργασίες όπως είναι η ανάπτυξη της οικονομίας και της τεχνολογίας ή από εσωτερικές δυνάμεις όπως είναι οι φωτεινές εμπνεύσεις και η άοκνη προσφορά ορισμένων λειτουργών τους (Koutelekos, 2015).

Μία από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς, υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης. Οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής - νοσοκομειακής ιατρικής απέναντι στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και πρόσφατα το AIDS. Ταυτόχρονα, οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται ή αδυνατούν ακόμα να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καταναλώνονται από το θεραπευτικό - νοσοκομειακό τομέα (Τούντας, 2004).



Αυτά τα δύο φαινόμενα, των υψηλών δαπανών και της περιορισμένης αποτελεσματικότητας, που συνιστούν την πολυσυζητημένη κρίση της σύγχρονης Ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και στην αναβάθμιση άλλων, σε μια προσπάθεια να απαντηθούν αποτελεσματικά αλλά και οικονομικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας. Και κυρίως έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη της Πρόληψης, μια που όλα σχεδόν τα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας είναι αιτιολογικά συνυφασμένα με το σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. (Ewles και Simnett, 1992).

Η 34η γενική συνέλευση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) που πραγματοποιήθηκε το 1981, έθεσε σαν στρατηγική επιδίωξη το «Υγεία για όλους το έτος 2000» (Health For All by the year 2000 - HFA 2000). Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), θεωρήθηκε μοχλός αυτής της προσπάθειας, γι ' αυτά και ένας από τους βασικούς στόχους που τέθηκε ήταν ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Οι άλλοι βασικοί στόχοι ήταν η πρόληψη των νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και η διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών (Koutelekos, 2015).

Για την επίτευξη, αυτών των στόχων, η Π.Ο.Υ. Θεσμοθέτησε το 1986 με την διακήρυξη της Οττάβας, την πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion) που αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία και στη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών (Ewles και Simnett, 1992).

Προσανατολισμένη στην κοινότητα και στις ανάγκες του κάθε τοπικού πληθυσμού και διαποτισμένη από μια ουμανιστική αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια, κοινωνικά προσανατολισμένη, η Προαγωγή Υγείας έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια με την αύξηση του ειδικού βάρους της σύγχρονης νοσοκομειακής - Θεραπευτικής ιατρικής.

Η Προαγωγή Υγείας σύμφωνα με τη διακήρυξη της Π.Ο.Υ. είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Η άποψη αυτή απορρέει από μια ευρύτερη αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα, να μπορεί από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και από την άλλη να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σ' αυτό. Συνακόλουθα, η υγεία θα πρέπει να θεωρείται σαν συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι σαν αυτοσκοπός. Είναι δηλαδή μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στις κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες

και ικανότητες. Σύμφωνα με την ίδια διακήρυξη, η Προαγωγή Υγείας χαρακτηρίζεται από τις ακόλουθες αρχές, δραστηριότητες, προτεραιότητες και διλήμματα (Τούντας, 2004).

### **1.3 Αρχές προαγωγής υγείας**

Η Προαγωγή Υγείας επικεντρώνεται περισσότερο στο σύνολο του πληθυσμού μέσα στα πλαίσια της καθημερινής του ζωής, παρά στα μεμονωμένα άτομα που διατρέχουν κάποιο συγκεκριμένο κίνδυνο να αρρωστήσουν. Καθιστά τα άτομα ικανά να αναλαμβάνουν αυθόρμητα ή οργανωμένα υπεύθυνη δράση για την υγεία τους, που όπως ήδη αναφέρθηκε, αποτελεί σημαντικό συντελεστή της καθημερινής τους ζωής. Η επιδίωξη αυτή απαιτεί πλήρη και συνεχή πρόσβαση στην πληροφόρηση για θέματα υγείας και τη μέγιστη δυνατή κοινοποίηση όλων των σχετικών πληροφοριών στο σύνολο του πληθυσμού (Τούντας, 2004).

Η Προαγωγή Υγείας κατευθύνει τη δράση της προς όλους τους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία. Κατά συνέπεια η Προαγωγή Υγείας, εκτός από τη στενή συνεργασία των υπηρεσιών υγείας, προϋποθέτει και τη συμβολή όλων των φορέων που σχετίζονται με τους ευρύτερους αυτούς παράγοντες. (Τούντας, 2004).

Η Προαγωγή Υγείας συνδυάζει διάφορες αλλά συμπληρωματικές μεθόδους ή τρόπους προσέγγισης, όπως την επικοινωνία, την εκπαίδευση, τη νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα, τις οργανωτικές αλλαγές, την ανάπτυξη της κοινότητας καθώς και αυτογενείς τοπικές δραστηριότητες κατά των κινδύνων της υγείας.

Η Προαγωγή Υγείας στοχεύει ιδιαίτερα στην αποτελεσματική και ουσιαστική συμμετοχή του κοινού. Ο στόχος αυτός απαιτεί την ανάπτυξη επιδεξιότητων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο που διευκολύνουν την αποσαφήνιση των προβλημάτων και τη λήψη των σωστών αποφάσεων. (Ewles και Simnett, 1992).

Η Προαγωγή Υγείας είναι μια ευρύτερη δραστηριότητα στο χώρο της υγείας και της κοινωνίας και όχι μια ιατρική υπηρεσία. Γι' αυτό, όλοι οι επαγγελματίες της υγείας και ιδιαίτερα όσοι ασχολούνται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας (Τούντας, 2004).

### **1.4 Δραστηριότητες - προτεραιότητες**

Η Προαγωγή Υγείας επιδιώκει την αναβάθμιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, όπως είναι οι οικονομικοί, οι περιβαλλοντολογικοί, οι κοινωνικοί κ.ά. Με

δεδομένο το εύρος αυτών των παραγόντων, θα μπορούσε να καταγραφεί ένας σχεδόν ατέλειωτος κατάλογος δραστηριοτήτων: διατροφική πολιτική, στέγαση, κάπνισμα, επιδεξιότητες προσαρμογής, κοινωνική υποστήριξη κ.ά. Για να διευκολυνθεί όμως το έργο της Προαγωγής Υγείας, η διακήρυξη της Οττάβας αναφέρει ότι:

- Στο επίκεντρο της Προαγωγής Υγείας είναι η εξασφάλιση της πρόσβασης στην υγεία, δηλαδή η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και η αύξηση των ευκαιριών για τη βελτίωση της υγείας. Η επιδίωξη αυτή συνεπάγεται αλλαγές στις σχετικές πολιτικές του κράτους και των υπεύθυνων φορέων, καθώς και αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας (Τούντας, 2004).
- Η βελτίωση της υγείας εξαρτάται από τη διαμόρφωση ενός υγιεινού περιβάλλοντος ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις συνθήκες εργασίας και κατοικίας. Επειδή και στις δύο περιπτώσεις πρόκειται για ένα δυναμικό περιβάλλον, η Προαγωγή Υγείας περιλαμβάνει μεθόδους για την εκτίμηση της δυναμικής αυτής μέσα από την αξιολόγηση των τεχνολογικών, πολιτιστικών και οικονομικών τάσεων και προοπτικών (Ewles και Simnett, 1992).
- Η Προαγωγή Υγείας επιδιώκει την ενίσχυση των κοινωνικών δομών και της κοινωνικής υποστήριξης. Η επιδίωξη αυτή στηρίζεται στην αποδοχή του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζουν οι κοινωνικές δυνάμεις και οι κοινωνικές σχέσεις στον καθορισμό των αξιών και των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία.
- Ο κυρίαρχος τρόπος ζωής σε μια κοινωνία είναι καθοριστικής σημασίας γιατί διαμορφώνει τις προσωπικές συμπεριφορές που μπορεί να είναι είτε ωφέλιμες, είτε βλαβερές. Η υιοθέτηση συμπεριφορών που συμβάλλουν στην υγεία προϋποθέτει τη διερεύνηση των σχετικών πεποιθήσεων και αξιών. Η διαμόρφωση μιας υγιεινούς συμπεριφοράς και η ανάπτυξη κατάλληλων μηχανισμών προσαρμογής στο περιβάλλον και συναλλαγής με αυτό, αποτελούν θεμελιώδεις στόχους της Προαγωγής Υγείας (Τούντας, 2004).
- Η Προαγωγή Υγείας στηρίζεται στη συλλογική προσπάθεια για την προάσπιση της υγείας. Οι αρχές, με την άσκηση κοινωνικής πολιτικής, έχουν μια ιδιαίτερη ευθύνη στο να καταστήσουν προσιτές τις ενδεικνυόμενες επιλογές και να εξασφαλίσουν τις βασικές προϋποθέσεις μιας υγιούς ζωής. Οι δε υποστηρικτές της Προαγωγής της Υγείας μέσα στα κέντρα αποφάσεων, πρέπει αφενός να έχουν συνείδηση της σημασίας της αυθόρμητης δραστηριότητας για την υγεία, όπως είναι τα κοινωνικά κινήματα ή τα φαινόμενα της αυτοβοήθειας και της αυτοφροντίδας και αφετέρου να

αναγνωρίζουν την ανάγκη συνεχούς συνεργασίας με το κοινό πάνω σε όλα τα θέματα της Προαγωγής Υγείας (Τούντας, 2004).

- Η έννοια της Προαγωγής Υγείας πρέπει να αποσαφηνίζεται σε κάθε στάδιο του σχεδιασμού δίνοντας έμφαση στις κοινωνικές, οικονομικές και οικολογικές διαστάσεις της υγείας. Η διαμόρφωση πολιτικών Προαγωγής Υγείας μπορεί έτσι να σχετιστεί και να ενοποιηθεί με άλλες πολιτικές, όπως της εργασίας, της στέγασης, των κοινωνικών υπηρεσιών, της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κτλ.
- Η πολιτική βούληση για την ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας πρέπει να οδηγεί στη δημιουργία κέντρων αναφοράς σε όλα τα επίπεδα -τοπικό, περιφερειακό και εθνικό. Τα κέντρα αυτά θα λειτουργούν σαν οργανωτικοί μηχανισμοί για το διατομεακό και συντονισμένο σχεδιασμό της Προαγωγής Υγείας. Θα παρέχουν επίσης ηγεσία και υπευθυνότητα έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανάπτυξη των σχετικών δραστηριοτήτων. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη μακροπρόθεσμων προγραμμάτων είναι και η ύπαρξη επαρκών κονδυλίων και ειδικευμένου προσωπικού (Τούντας, 2004).
- Κατά την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων της Προαγωγής Υγείας Θα πρέπει να υπάρχει συνεχής διάλογος και ανταλλαγή απόψεων μεταξύ ατόμων ή ομάδων και ειδικών επαγγελματιών. Θα πρέπει επίσης να καθιερωθούν μηχανισμοί που θα εξασφαλίσουν ευκαιρίες για να εκφράζει το κοινό τις απόψεις του και για να καλλιεργείται το δημόσιο ενδιαφέρον για την υγεία.
- Για την επιλογή των τομέων προτεραιότητας, Θα πρέπει να έχει προηγηθεί μια αξιολόγηση των δεικτών υγείας, των γνώσεων, των ικανοτήτων και πρακτικών του πληθυσμού σε θέματα υγείας καθώς και της ισχύουσας εθνικής ή τοπικής νομοθεσίας και πολιτικής.
- Επιπλέον Θα πρέπει να έχει εκτιμηθεί η προσδοκώμενη επίδραση στην υγεία των σχεδιαζόμενων μέτρων και προγραμμάτων, οι οικονομικοί περιορισμοί και τα οικονομικά οφέλη, η κοινωνική και η πολιτιστική αποδοχή τους και η δυνατότητα ολοκληρωμένης πραγμάτωσής τους (Τούντας, 2004).
- Τέλος, η ερευνητική υποστήριξη είναι καθοριστική για την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων και για την αξιολόγησή τους. Υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν νέες μεθοδολογίες έρευνας και να επινοηθούν κατάλληλοι τρόποι αξιολόγησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα πρέπει να κοινοποιούνται ευρέως και να πραγματοποιούνται συγκρίσεις ενδοκρατικές και διεθνείς (Ewles και Simnett, 1992).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

### 2.1 Βιολογικές ανάγκες

Καταλαμβάνουν τη βάση της πυραμίδας των αναγκών και είναι οι πλέον σημαντικές για τη ζωή. Οι βιολογικές ανάγκες που πρέπει να ικανοποιούνται για να διατηρηθεί η ζωή είναι το οξυγόνο, η τροφή, το νερό, η θερμοκρασία, η αποβολή άχρηστων ουσιών, η σεξουαλικότητα, η φυσική δραστηριότητα και η ανάπαυση. Οι βιολογικές ανάγκες σε έναν ασθενή μπορεί να είναι οξείες, ή χρόνιες (Davidson et.al. 2007).

### 2.2 Ανάγκη για ασφάλεια και προστασία

Η ανάγκη για ασφάλεια περιλαμβάνει την αποφυγή πόνου, την επιθυμία για σιγουριά. Σε ειρηνικές κοινωνίες οι ανάγκες αυτές καλύπτονται εύκολα ενώ αντιθέτως σε συνθήκες έντονα πιεστικές, όπως φυσικές καταστροφές, πόλεμοι, η ικανοποίηση αυτών των αναγκών είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Όταν στην παιδική ηλικία δεν καλυφθούν οι ανάγκες αυτές οι άνθρωποι αναπτύσσουν ένα βασικό άγχος και ίσως γίνουν νευρωτικοί ενήλικες. Όσον αφορά τον ασθενή, η φυσική ασφάλεια σημαίνει προστασία από δυνητικές ή πραγματικές βλάβες, όπως για παράδειγμα ασφαλής χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ασφαλής κινητοποίηση ασθενών, χρήση άσηπτης τεχνικής για την πρόληψη λοιμώξεων, κ.ά. Η συναισθηματική ασφάλεια και προστασία συνεπάγεται εμπιστοσύνη στους άλλους και απελευθέρωση από το φόβο, το άγχος και την ανησυχία. Για παράδειγμα, ασθενείς που εισάγονται αιφνίδια στο νοσοκομείο βιώνουν το φόβο του αγνώστου και την απειλή επικείμενου θανάτου και συνεπώς έχουν αυξημένες ανάγκες για συναισθηματική ασφάλεια και προστασία (Pandhi et.al. 2007).

### 2.3 Ανάγκη για κατανόηση και αποδοχή

Χαρακτηρίζονται ως ανάγκη υψηλότερου επιπέδου και περιλαμβάνουν την κατανόηση και αποδοχή των άλλων τόσο στην παροχή και την αποδοχή αγάπης όσο και στην αίσθηση ότι όλα τα άτομα ανήκουν κάπου, όπως για παράδειγμα σε φίλους, συγγενείς, κ.ά. Ο Maslow υποστηρίζει ότι αυτό είναι το επίπεδο αναγκών στο οποίο η πλειονότητα των ανθρώπων παραμένει. Η επιθυμία για φιλία, για σχέση, για να ανήκει το άτομο σε μια οικογένεια είναι όλα αντανakλάσεις αυτής της ανάγκης. Ένα άτομο που δεν έχει νιώσει ποτέ αγάπη και στενή σχέση θα υποτιμήσει την αγάπη και δεν θα ανησυχεί

ιδιαίτερα για την αδυναμία του να τη βρει. Αντιθέτως, ένα άτομο που έχει βιώσει την αγάπη στα παιδικά του χρόνια θα μπορεί να αγαπήσει άλλους ανθρώπους και να μην συντριβεται από μια απόρριψη. Ο Maslow υποστηρίζει ότι τα παιδιά χρειάζονται αγάπη ώστε να ωριμάσουν ψυχολογικά (Polikandrioti et.al. 2011).

#### 2.4 Ανάγκη για αυτοεκτίμηση

Η επόμενη προτεραιότητα στην κλίμακα ιεράρχησης, είναι η ανάγκη για αυτοεκτίμηση, η ανάγκη του ατόμου να πιστεύει στις δυνάμεις του, να έχει την αίσθηση της υπεροχής και της αξιοπρέπειας. Ως γνωστό, η νόσος είναι δυνατόν να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση του ατόμου για ποικίλους λόγους, όπως λόγω αλλαγής της εικόνας του σώματος και των διαφόρων ρόλων, της απώλεια ανεξαρτησίας, κ.ά (Pandhi et.al. 2007).

#### 2.5 Ανάγκη για αυτοπραγμάτωση

Ανήκει στο υψηλότερο επίπεδο ιεράρχησης των αναγκών. Πρόκειται για την ανάγκη του ατόμου να φθάσει στο μέγιστο δυναμικό του μέσω της πλήρους δυνατής ανάπτυξης των προσωπικών ικανοτήτων. Ο Maslow υποστήριξε ότι σε έναν μέσο άνθρωπο ικανοποιούνται κατά 85% οι βιολογικές του ανάγκες, 70% οι ανάγκες για ασφάλεια, 50% οι κοινωνικές ανάγκες, κατά 40% η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και κατά 10% οι ανάγκες για αυτοολοκλήρωση. Το μοντέλο του Maslow δεν είναι στατικό αλλά μεταβάλλεται, εξελίσσεται μέσα στον χρόνο και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η ανάπτυξη, η τεχνολογία, οι προσδοκίες, οι μεταβολές αξιών κ.α. Οι ιεραρχικές δομές κατά Maslow μπορεί να διαφέρουν από τόπο σε τόπο και από χώρα σε χώρα λόγω κουλτούρας και κοινωνικών δομών. Η ιεράρχηση των βασικών αναγκών κατά τον Maslow συμβάλλει σημαντικά στον καθορισμό προτεραιοτήτων στην παροχή φροντίδας. Σύμφωνα με την ιεράρχηση του Maslow η βασική ανάγκη είναι εκείνη της οποίας : **α)** η απουσία οδηγεί σε ασθένεια, **β)** η παρουσία προλαμβάνει την ασθένεια ή σηματοδοτεί την υγεία, **γ)** η ικανοποίηση αποκαθιστά την υγεία, **δ)** η μη-ικανοποίηση δημιουργεί την αίσθηση κάποιας έλλειψης και **ε)** η ανάγκη κάλυψης δημιουργεί αίσθημα ικανοποίησης (Pandhi et.al. 2007).

Η κλίμακα ιεράρχησης των βασικών αναγκών κατά Maslow παρέχει ένα πλαίσιο για την κατανόηση, αξιολόγηση και αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών σε όλα τα επίπεδα. Επίσης, αποτελεί τη βάση αναφοράς για το σχεδιασμό ενός προγράμματος

ολιστικής και εξατομικευμένης φροντίδας. Για παράδειγμα, προτεραιότητα στην παροχή φροντίδας υγείας ενός ατόμου που εισάγεται λόγω οξέος προβλήματος στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι η κάλυψη των βιολογικών του αναγκών, όπως η χορήγηση αναλγησίας για την ανακούφιση από τον πόνο. Εξίσου σημαντική όμως είναι η κάλυψη των αναγκών ασφάλειας, όπως για παράδειγμα η πρόληψη πτώσης ή τραυματισμού. Ομοίως και η κάλυψη της ανάγκης για αγάπη, οποία ικανοποιείται με την παραμονή του επισκεπτηρίου (Στεφανίδου et.al. 2012).

## 2.6 Ανάγκες ασθενών

Στη σύγχρονη εποχή, όπου το πατερναλιστικό πρότυπο φροντίδας σταδιακά εγκαταλείπεται προς την αναγνώριση του δικαιώματος των ασθενών να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, οι ανάγκες των ασθενών αναδύονται στο προσκήνιο ολοένα και περισσότερο. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, η έννοια της αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας κάθε χώρας. Είναι ευρέως γνωστό, ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της φροντίδας υγείας και των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων και άλλων φορέων παροχής υγείας. Το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας απαιτεί την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, επιβάλλοντας έτσι την διερεύνηση των αναγκών των ασθενών.

Από την άλλη, λαμβάνοντας υπόψη τον ορισμό όπου ως ανάγκη καθορίζεται "η απαίτηση των ατόμων να μπορέσουν να επιτύχουν, να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν ένα αποδεκτό επίπεδο κοινωνικής ανεξαρτησίας και ποιότητας ζωής, από μια συγκεκριμένη υπηρεσία φροντίδας", γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι, κάποιες φορές το ίδιο το "σύστημα" φαίνεται να ευθύνεται για την αποτυχία κάλυψης των αναγκών και την αύξηση του κόστους φροντίδας καθώς οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι πάντα προσιτές όσον αφορά οικονομικούς, φυσικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Επιπλέον, ο φόρτος εργασίας των επαγγελματιών υγείας σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού και διάθεσης χρόνου επιτείνει την αποτυχία συστηματικής διερεύνησης των αναγκών στην καθημερινή κλινική πράξη. Συνεπώς, παρατηρείται αδυναμία καταγραφής δεδομένων και εκπόνησης συγκριτικών μελετών, οι οποίες θα επιτρέψουν τη βαθύτερη κατανόηση των αναγκών των ασθενών. Αναλυτικότερα, η εκτίμηση των αναγκών προϋποθέτει τη συλλογή και αξιολόγηση πληροφοριών από τους πάσχοντες, τον καθορισμό των στόχων και την ιεράρχηση προτεραιοτήτων με απώτερο σκοπό τη δημιουργία ενός κοινού πλαισίου για την

παρακολούθηση και τη βελτίωση της υγείας, την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένης της παροχής φροντίδας στο κλινικό χώρο, της αποτελεσματικότερης αξιοποίησης των δυνατοτήτων των επαγγελματιών υγείας όπως επίσης και της διαχείρισης των δαπανών για την υγεία.

Πλήθος παραγόντων καθορίζουν τις ανάγκες των ασθενών, που ταξινομούνται σε ιατρικούς και μη-ιατρικούς. Οι παράγοντες που αφορούν τη βιολογική διάσταση της νόσου, όπως η φύση και η χρονιότητά της διαμορφώνουν έως ένα διαφορετικό βαθμό τις ανάγκες των ασθενών. Για παράδειγμα, ασθενείς με χρόνια νόσο ενδεχομένως να βιώνουν μεγαλύτερες ανάγκες που αφορούν τη σωματική ή τη συναισθηματική διάσταση.

Αναλυτικότερα, δεδομένης της αύξησης του προσδόκιμου της επιβίωσης των ασθενών με χρόνια νόσο, βαθύτερες ανάγκες αναδύονται στην επιφάνεια, καθώς τα άτομα αντιμετωπίζουν πολλές αλλαγές στην καθημερινή ζωή, υποχρεώνονται να ακολουθήσουν κάποια θεραπευτική αγωγή όπως επίσης να αποδεχτούν και να χειριστούν τα συμπτώματά τους. Επιπροσθέτως, η σύγχρονη τάση συντόμευσης των ημερών νοσηλείας δημιουργεί ανάγκες που σχετίζονται με την κατ' οίκον νοσηλεία και άλλα πρακτικά θέματα της καθημερινής ζωής(Miner-Williamset.al. 2006).

Η βαρύτητα της νόσου και οι ανάγκες των ασθενών σχετίζονται άμεσα με τη "δυνατότητα των ατόμων να επωφεληθούν" από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Για παράδειγμα, ασθενής που πάσχει από ήπια συμπτώματα της στεφανιαίας νόσου μπορεί να έχει περισσότερες πιθανότητες να επωφεληθεί από την επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης συγκριτικά με ένα μεγαλύτερο σε ηλικία ασθενή που πάσχει από σοβαρή στένωση κλάδων των στεφανιαίων αγγείων και ταυτόχρονα υποφέρει από άλλα προβλήματα διότι το προσδόκιμο της επιβίωσης δεν αναμένεται το ίδιο ικανοποιητικό μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Αναλυτικότερα, "η ικανότητα των ατόμων να επωφεληθούν από την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης" αποτελεί τον πιο διαδεδομένο ορισμό της ανάγκης από την άποψη των οικονομολόγων. Ως εκ τούτου, η ανάγκη μπορεί να υφίσταται, όταν υπάρχει μια αποτελεσματική θεραπεία ή "βελτίωση της υγείας".

Η δυνατότητα να επωφεληθούν τα άτομα από την υγειονομική περίθαλψη μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες, όπως η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Εφαρμόζοντας τον ορισμό αυτό, τα αποτελέσματα των "παρεμβάσεων υγείας" αποκτούν μεγαλύτερη σημασία. Αξίζει να σημειωθεί, ότι παρατηρείται έντονος προβληματισμός όσον αφορά την υιοθέτηση αυτής της άποψης και πιο συγκεκριμένα, οι Culyer και συν., υποστηρίζουν ότι, "η ικανότητα των ατόμων να επωφεληθούν" αποτελεί μέτρο έκβασης και συνεπώς διαφέρει από τις ανάγκες(Culyer et.al. 1998). Ανεξαρτήτως



πάντως των αναγκών που καθορίζει η ίδια η νόσος, η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας προϋποθέτει τη θεώρηση κάθε διάστασης που απαρτίζει την ολότητα του ατόμου και συγκεκριμένα της διανοητικής, συναισθηματικής, κοινωνικής, πολιτισμικής, πνευματικής και περιβαλλοντικής. Οι διαστάσεις αυτές θεωρούνται αλληλένδετες και αλληλοεπιδρώσες και επηρεάζουν σε διαφορετικό βαθμό τις ανάγκες των ασθενών.

Οι κυριότερες ανάγκες των νοσηλευομένων ασθενών είναι οι εξής : εμπιστοσύνης, ενημέρωσης, επικοινωνίας, εκπαίδευσης, στήριξης και αυτοφροντίδας. Οι Davidson και συν., υποστηρίζουν ότι, οι "ανάγκες της υγείας" αφορούν ένα ευρύ φάσμα χαρακτηριστικών, το οποίο περιλαμβάνει την προσωπική και κοινωνική φροντίδα, την υγειονομική περίθαλψη, τη στέγαση, τη χρηματοδότηση, την εκπαίδευση, την απασχόληση την ψυχαγωγία και την εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι ανάγκες που αφορούν κυρίως πρακτικά θέματα σχετίζονται με την ηλικία και το κοινωνικό-μορφωτικό επίπεδο (Davidson et.al. 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

### 3.1 Ο ασθενής που πρόκειται να υποστεί χειρουργική επέμβαση

Η θεώρηση του ανθρώπου ως ψυχοσωματικής ενότητας αποτελεί όλο και περισσότερο την επιλεγμένη μέθοδο προσέγγισης που χρησιμοποιούν τα υγειονομικά επαγγέλματα. Εκτός από τα αναγνωρισμένα νοσογόνα αίτια που προσβάλλουν τον άνθρωπο, παράγοντες όπως τα προβλήματα της καθημερινότητας, οι αρνητικές συμπεριφορές ζωής και οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, όχι μόνο ασκούν επίδραση στην εκδήλωση της αρρώστιας, αλλά και επηρεάζουν την πορεία και την έκβασή της, προσδιορίζοντας έτσι την υγεία και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Αυτές αφορούν τον χρόνο και την περίσταση της εμφάνισης της νόσου, τον τόπο και την εντόπιση της αρρώστιας καθώς και την πορεία, τη διάρκεια και την έκβασή της.

Οι σωματικοί και ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διατήρηση της υγείας ή την εμφάνιση της ασθένειας συνδέονται στενά με την πορεία της ανθρώπινης ανάπτυξης. Στο πλαίσιο αυτής της θεώρησης η πλήρης διάγνωση μιας νόσου συνήθως περιλαμβάνει σωματικούς και ψυχικούς παράγοντες καθώς και κοινωνικά και πολιτιστικά στοιχεία. Οι πιο συνηθισμένες ψυχολογικές αντιδράσεις και καταστάσεις πριν από την εκδήλωση σωματικής αρρώστιας, είναι αισθήματα αμφιθυμίας, μελαγχολίας και απελπισίας για τυχόν απώλεια αγαπημένων και σημαντικών πραγμάτων, προσώπων, ρόλων ή ευκαιριών. Η απώλεια μπορεί να είναι υπαρκτή, απειλούμενη ή και συμβολική. Ο ασθενής που πρόκειται να υποστεί χειρουργική επέμβαση, εκτός της νοσηλείας του στο νοσοκομείο και της ασθένειάς του συνολικά, βρίσκεται υπό την πίεση του χειρουργείου, κατάστασης που τον φορτίζει συναισθηματικά με περισσότερο φόβο, stress και αγωνία για την έκβασή της. Οι κυριότερες παρεμβάσεις σε προεγχειρητικούς και μετεγχειρητικούς ασθενείς αφορούν την διαχείριση του stress, καθώς και την πληροφόρηση και κοινωνική υποστήριξη του ασθενούς (Donabedian, 1966).

### 3.2 Η ψυχολογία του ασθενή

Η ψυχολογία του σωματικά ασθενή ασχολείται με όλους αυτούς τους ψυχολογικούς παράγοντες - της προσωπικότητας του ασθενή - που είτε συνετέλεσαν στη δημιουργία της νόσου είτε θα επηρεάσουν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο τη θεραπευτική διαδικασία και τη ίαση - όπου αυτή είναι δυνατή.

Κυρίως, όμως ασχολείται με τις ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει μία συγκεκριμένη ασθένεια ή παθολογική κατάσταση στον ψυχισμό του ασθενή, ανεξάρτητα από το γεγονός της συμμετοχής ή όχι ψυχολογικών παραγόντων στην δημιουργία της.

Αν προσπαθήσουμε να ταξινομήσουμε τους παράγοντες που θα επηρεάζαν ψυχολογικά έναν ασθενή, θα τους διακρίναμε σε τρεις κατηγορίες:

**A.** Παράγοντες που έχουν σχέση με την προσωπικότητα του ασθενή

**B.** Παράγοντες που έχουν σχέση με τη φύση της ασθένειας ή παθολογικής κατάστασης και

**Γ.** Παράγοντες που έχουν σχέση με το περιβάλλον μέσα στο οποίο ο ασθενής βιώνει και αντιμετωπίζει την ασθένειά του.

Σε αυτούς τους τελευταίους περιλαμβάνονται φυσικά και οι θεραπευτές του ασθενή, από τον υπεύθυνο ιατρό έως και τον νοσηλευτή της νυχτερινής βάρδιας. Οι παράγοντες αυτοί αλληλοεπηρεαζόμενοι θα δημιουργήσουν ένα πεδίο μέσα στο οποίο θα αναπτυχθούν οι οποιεσδήποτε ψυχολογικές αντιδράσεις του ασθενή που θα συντελέσουν θετικά ή αρνητικά στην εξέλιξη της ασθένειάς του. Αυτό ίσως είναι φαινομενικά απλό, αλλά αν προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τους παράγοντες αυτούς και να τους συσχετίσουμε σε διάφορους συνδυασμούς μεταξύ τους, τότε τα πράγματα γίνονται ιδιαίτερα δύσκολα.

Αρχίζοντας από τους παράγοντες της προσωπικότητας του ασθενή, θα πρέπει να έχουμε την ικανότητα διάκρισης τουλάχιστον της χαρακτηριστικής δομής της, γιατί άλλες ανάγκες και αντιδράσεις έχει π.χ. μια ψυχαναγκαστική και άλλες μια υστερική προσωπικότητα. Η προσωπικότητα ενός ατόμου δεν θα επηρεάζει μόνο την σχέση του με την ασθένειά του αλλά θα επηρεάζει και την συμπεριφορά του και τις προσδοκίες του από εμάς. Έτσι θα πρέπει να έχουμε υπ' όψιν μας, για παράδειγμα, ότι ίσως προκαλούμε άγχος και αποδιοργάνωση όταν δεν είμαστε συνεπείς με έναν ψυχαναγκαστικό ασθενή ακόμα και για πράγματα που εμείς κρίνουμε - και μπορεί να έχουμε και δίκαιο- σαν χωρίς ιδιαίτερη σημασία, κάτι που δεν ισχύει για μια οριακή προσωπικότητα που περιμένει από εμάς περισσότερο κάποια συναισθηματικά μηνύματα ενδιαφέροντος παρά την συναισθηματικά ουδέτερη τυπικότητα του ψυχαναγκαστικού.

Η προσωπικότητα λοιπόν του ασθενή θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την επικοινωνία μας μαζί του. Εάν δεν είμαστε σε θέση να διακρίνουμε τα βασικά χαρακτηριστικά της, έτσι ώστε να μπορέσουμε να κατανοήσουμε τις προσδοκίες και τις αντιδράσεις του, τότε η επικοινωνία μας μαζί του ίσως να δυσκολέψει μέχρι του βαθμού να αισθάνεται ο ασθενής ότι δεν τον καταλαβαίνουμε. Κάτι τέτοιο όμως δεν είναι και η καλύτερη προϋπόθεση για μια θεραπευτική σχέση. Θα μπορούσε να δημιουργήσει στον

ασθενή συναισθήματα αμφιθυμίας , όχι μόνο για την ακολουθούμενη θεραπευτική τακτική, αλλά ακόμα και για την αξιοπιστία των λόγων μας.

Είναι ευρέως γνωστό όμως όλοι πόσο σημαντική είναι η πίστη του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία, όχι μόνο στο επίπεδο της συμμόρφωσής του σε αυτή αλλά και σαν ενισχυτικός παράγοντας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυτό φυσικά προϋποθέτει στοιχειώδεις γνώσεις ψυχοδυναμικής ψυχολογίας.

Για τους παράγοντες της δεύτερης ομάδας, θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας τα βασικά χαρακτηριστικά κάθε ασθένειας και με ποια συναισθήματα είναι πιθανόν να συνδεθούν στον ψυχισμό ενός ατόμου. Άλλες ψυχολογικές επιπτώσεις έχει π.χ. μία εμφανής δερματοπάθεια - λόγω της συμβολικότητας του δέρματος - και άλλες μία εσωτερική, μη εμφανής δυσλειτουργία. Όπως και άλλες ψυχολογικές επιπτώσεις έχει μία χρόνια μη ιάσιμη κατάσταση από μια οξεία, επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενή κρίση, ακόμη και όταν αυτή αντιμετωπισθεί πλήρως. Ακόμα, θα πρέπει να γνωρίζουμε κάποιους ψυχολογικούς παράγοντες που συνήθως συνδέονται με συγκεκριμένες κλινικές εικόνες.

Για παράδειγμα ασθενείς με άσθμα χαρακτηρίζονται από αμφιθυμικές τάσεις εξάρτησης και ανεξαρτησίας που υπάρχουν ταυτόχρονα στον ψυχισμό τους. Οι δύο αυτές καταστάσεις είναι το ίδιο επιθυμητές αλλά η μία αναιρεί την άλλη στο βιωματικό επίπεδο του ασθενή. Αυτό εκφράζεται συχνά, σε μία συμπεριφορά απόλυτης εξάρτησης από τον θεραπευτή, στις φάσεις των κρίσεων και τάσεις ανυπακοής στις θεραπευτικές εντολές στα μεσοδιαστήματα, με στοιχεία άρνησης στη θεραπευτική διαδικασία. Αυτό τον κάνει συχνά έναν ιδιαίτερα δύσκολο ασθενή , ο οποίος πιθανόν να μας δημιουργήσει αντίστοιχα συναισθήματα θυμού και απόρριψης, που θα επιτείνουν το πρόβλημα της αμφιθυμίας του, το οποίο θα συμπεριλάβει και τον θεραπευτή του.

Ανάλογες συμπεριφορές παρατηρούμε και σε καρδιακούς ασθενείς, οι οποίοι μετά το αρχικό "σοκ", επανέρχονται στις όποιες παλιές κακές συνήθειές τους πέρα από κάθε ιατρική λογική. Φυσικά, κάθε ασθενής θα έχει τον δικό του τρόπο συναισθηματικής αντιμετώπισης της κατάστασής του, σε κάθε όμως ασθένεια ή διαταραχή της λειτουργίας ενός οργάνου ή οργανικού συστήματος μπορούμε να καταγράψουμε ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία συνδέονται με την λειτουργία ή την συμβολικότητα του οργάνου ή του οργανικού συστήματος και τα οποία θα είναι τα πιθανότερα που θα έχει να επεξεργασθεί συναισθηματικά ο ασθενής λόγω της διαταραχής τους.

Για παράδειγμα το δέρμα, που αποτελεί το πρώτο όργανο επικοινωνίας του ανθρώπου με το περιβάλλον του και είναι αυτό που συμβολικά χωρίζει τον εσωτερικό μας κόσμο από τον εξωτερικό, όχι μόνο μπορεί να εμφανίσει διαταραχές (δερματοπάθειες) που

οφείλονται σε διαταραχές της επικοινωνίας του ατόμου με τον εαυτό του και το περιβάλλον του αλλά και να προκαλέσει τέτοιες όταν αλλοιωθεί για οποιονδήποτε λόγο η μορφή του. Η καρδιά - κέντρο της ζωής και των συναισθημάτων οι πνεύμονες με την λειτουργία της αναπνοής, το γαστρεντερικό, τα όργανα που συνδέονται με την σεξουαλικότητα κ.λ.π. έχουν το κάθε ένα την δική του συμβολική σημασία και σχετίζονται με αντίστοιχες συναισθηματικές επενδύσεις σχετικά κοινές για κάθε άνθρωπο.

Αρκεί κανείς να φέρει στη σκέψη του μερικές χαρακτηριστικές εκφράσεις που χρησιμοποιεί ο κόσμος για να περιγράψει την συμβολική αυτή σύνδεση ανάμεσα σε ψυχολογικές καταστάσεις και σωματικές αντιδράσεις όπως π.χ. "μια ζωή καταπίνει" (προβλήματα , τον θυμό του κ.τ.λ.), "δεν τον χωνεύω", "πέτρωσε η καρδιά μου" (από τον φόβο, την λύπη κ.τ.λ.), "μου κόπηκε η ανάσα" (από το άγχος μου) "παρέλυσσα" (από τον φόβο ή την αγωνία) και τόσα άλλα. Πέρα λοιπόν από την βιολογική λειτουργία ενός οργάνου θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν μας και την συναισθηματική του επένδυση από τον ασθενή , που οπωσδήποτε θα διαταραχθεί μαζί με την οποιανδήποτε λειτουργική διαταραχή του.

Ο τρίτος παράγοντας είναι το περιβάλλον μέσα στο οποίο βιώνει ο ασθενής την παθολογική του κατάσταση. Ολοι γνωρίζουμε την επίδραση του περιβάλλοντος στον ψυχισμό μας. Στην περίπτωση όμως της ασθένειας ενός ατόμου το σημαντικότερο στοιχείο του περιβάλλοντος είναι οι θεραπευτές του. Ο τρόπος αντιμετώπισής του και το συναίσθημα που θα του μεταδώσουμε, θα έχουν καθοριστικό ρόλο για την ανάπτυξη του αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας που του είναι απαραίτητα για να πιστέψει στην θεραπευτική διαδικασία και να ακολουθήσει με προθυμία και αίσθημα ελπίδας τις εντολές μας. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να είμαστε σε θέση, όχι μόνο να διαγνώσουμε ιατρικά την πάθησή του και να του δώσουμε την κατάλληλη θεραπεία, αλλά όλα αυτά να γίνουν με τρόπο που θα του μεταδώσουν το συναίσθημα ότι τον κατανοούμε σαν άνθρωπο, αποδεχόμαστε την προσωπικότητά του και μοιραζόμαστε μαζί του τα άγχη και τις αγωνίες του, όχι φυσικά σαν συμπάσχοντες αλλά σαν θεραπευτές που τον καταλαβαίνουν και γνωρίζουν τον τρόπο να τον βοηθήσουν (Donabedian,1966).

### **3.3 Κοινωνική υποστήριξη και προεγχειρητικό άγχος**

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται για σοβαρές ασθένειες ή χειρουργικές επεμβάσεις, συχνά βιώνουν άγχος. Είναι γνωστό ότι η συναισθηματική υποστήριξη μπορεί να μειώσει το άγχος κατά τη διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων. Τελευταία οι επιστήμονες

χρησιμοποίησαν αυτού του είδους τις παρατηρήσεις για να αναπτύξουν παρεμβάσεις για τους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς. Οι Mayne και Bagaoisan ανέπτυξαν ένα είδος παρέμβασης κοινωνικής υποστήριξης για ασθενείς που επρόκειτο να κάνουν χειρουργείο καρδιάς. Μερικοί από τους ασθενείς τοποθετήθηκαν σε θάλαμο με συγγάτοικο ασθενή που ετοιμαζόταν για χειρουργείο καρδιάς (προεγχειρητική συνθήκη) ενώ άλλοι είχαν ως συγγάτοικο ασθενή που είχε ήδη κάνει χειρουργείο.

Επιπρόσθετα, ασθενείς τοποθετήθηκαν σε δωμάτιο με ασθενή που είχε κάνει χειρουργείο ίδιο ή διαφορετικό με το δικό τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που είχαν ως συγγάτοικο μετεγχειρητικό ασθενή ωφελήθηκαν από αυτή τη συγκατοίκηση. Παρουσίασαν λιγότερο άγχος μετεγχειρητικά, ήταν περισσότερο περιπατητικοί και πήραν γρηγορότερα εξιτήριο από το νοσοκομείο, σε σχέση με αυτούς που είχαν ως συγγάτοικο ασθενή προεγχειρητικής συνθήκης. Το είδος του χειρουργείου του συγκατοίκου (ίδιο ή διαφορετικό), δεν είχε καμία επίδραση. Γιατί όμως η συγκατοίκηση με μετεγχειρητικό ασθενή βελτίωσε την προσαρμογή σε προεγχειρητικούς ασθενείς;

Μπορεί οι μετεγχειρητικοί ασθενείς να παρείχαν πληροφορίες στους συγκατοίκους τους σχετικά με την μετεγχειρητική περίοδο εξηγώντας πως νιώθουν και τι θα έπρεπε να περιμένουν μετά το χειρουργείο. Οι μετεγχειρητικοί ασθενείς μπορεί επίσης να λειτούργησαν ως μοντέλα για το πώς θα έπρεπε κάποιος να αισθάνεται και να συμπεριφέρεται μετά το χειρουργείο. Όποια και να είναι η εξήγηση, είναι εμφανές ότι η κοινωνική επαφή είχε ωφέλιμα αποτελέσματα όσον αφορά την προσαρμογή στη διαδικασία του χειρουργείου. Τα παραπάνω συμπεράσματα δίνουν έναυσμα για τη διενέργεια περαιτέρω μελετών για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που στοχεύουν στην βελτίωση της προσαρμογής των προεγχειρητικών ασθενών καθώς και αυτών που πρόκειται να περάσουν οποιαδήποτε επώδυνη ιατρική διαδικασία.

### 3.4 Διαχείριση του stress

Οι μέθοδοι και οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping) που ενεργοποιούν το άτομο, για να μειώσει το stress και να χειριστεί τις εξωτερικές ή εσωτερικές απαιτήσεις μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: **α)** στις στρατηγικές που επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος (problem focused coping) και **β)** στις στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων του (emotion focused coping). Συνήθως οι στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος χρησιμοποιούνται όταν το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να έχει κάποια επίδραση στις στρεσογόνες συνθήκες, είτε

μειώνοντας τις απαιτήσεις που προβάλλει η πραγματικότητα είτε αυξάνοντας τα αποθέματά του για να τις αντιμετωπίσει. Για παράδειγμα, η ασθενής στην οποία ανακοινώνεται διάγνωση ινομυώματος, συνήθως ανατρέχει σε ιατρικά βιβλία και άλλες πηγές για να ενημερωθεί για την αρρώστιά της και ζητά μια δεύτερη γνώμη πριν δώσει τη συγκατάθεσή της στο προτεινόμενο χειρουργείο (Rosen et.al. 2009).

Το άτομο χρησιμοποιεί στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων, όταν νιώθει ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτα για να τροποποιήσει τη στρεσογόνο κατάσταση, με αποτέλεσμα να επιδιώκει να ελέγξει τη συναισθηματική αντίδρασή του σε αυτήν. Για παράδειγμα, ένα άτομο που πάσχει από κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας μπορεί να καταφύγει στη χρήση ηρεμιστικών, οιοπνευματωδών ποτών, να αναζητήσει την υποστήριξη φίλων και συγγενών ή να ασχοληθεί με δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή του από το ψυχοπιεστικό γεγονός (π.χ. υπερεπενδύει στην εργασία του, παρακολουθεί τηλεόραση κ.λπ.). Άλλοτε πάλι χρησιμοποιεί γνωστικές μεθόδους που αποβλέπουν στην τροποποίηση της αντίληψής του σχετικά με την ψυχοπιεστική κατάσταση που αντιμετωπίζει.

Για παράδειγμα, μπορεί να αρνείται τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που υποδηλώνουν την πιθανότητα υποτροπής της ασθένειας ή μπορεί να εκλογικεύει την κατάστασή του θεωρώντας ότι «υπάρχουν και χειρότερα πράγματα στη ζωή από την κατάσταση που αντιμετωπίζω» ή επανεκτιμώντας θετικά την κατάσταση σκεπτόμενο ότι «αν μη τι άλλο, εξαιτίας της αρρώστιάς μου έμαθα να απολαμβάνω τις χαρές της ζωής». Ένα άτομο που βιώνει στρες συχνά ενεργοποιεί στρατηγικές που αποβλέπουν τόσο στην επίλυση του προβλήματος, όσο και στη ρύθμιση των συναισθημάτων του. Εφόσον το προσωπικό υγείας στηρίζει τον άρρωστο στη διαδικασία της αντιμετώπισης των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που προβάλλει η ασθένεια, είναι σημαντικό να ενθαρρύνει στρατηγικές αντιμετώπισης που αποβλέπουν και στους δυο στόχους.

Ενδεικτικά αναφέρονται παρακάτω μερικές από τις συνηθέστερες στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το άτομο όταν βιώνει στρες. Η λήψη άμεσων μέτρων περιλαμβάνει τις ενέργειες του ατόμου για την αντιμετώπιση της κατάστασης που του δημιουργεί το στρες. Για παράδειγμα, ο άρρωστος συμβουλευτεί το γιατρό, συμμορφώνεται με τις οδηγίες, συμμετέχει στις αποφάσεις που τον αφορούν, δίνει τη συγκατάθεσή του, αλλάζει γιατρό όταν δεν τον εμπιστεύεται κ.λπ. Ακόμη και η δραστηριοποίηση σε τομείς που δεν έχουν καμία σχέση με το πρόβλημα της υγείας μπορούν να λειτουργήσουν εποικοδομητικά στην αντιμετώπιση της κατάστασης, καθώς επιτρέπουν την απόσπαση της προσοχής του αρρώστου από τις συνθήκες που του

δημιουργούν στρες και συμβάλλουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων του. Η αναζήτηση πληροφοριών επιτρέπει στο άτομο να αυξήσει τις γνώσεις του σχετικά με την ψυχοπιεστική κατάσταση που αντιμετωπίζει (Janzen et.al. 2008).

Η στρατηγική αυτή άλλοτε αποβλέπει στην επίλυση του προβλήματος και άλλοτε στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Για παράδειγμα, μια γυναίκα που πληροφορείται ότι έχει καρκίνο του μαστού αναζητά πληροφορίες σχετικές με τις υπάρχουσες εναλλακτικές θεραπείες, πριν δώσει τη συγκατάθεσή της (επίλυση προβλήματος), ή και ζητά μια δεύτερη ιατρική γνώμη για να βεβαιωθεί ότι παίρνει τις σωστές αποφάσεις και για να είναι ήσυχη με τη συνείδησή της «ότι έκανε ότι περνούσε από το χέρι της» (ρύθμιση των συναισθημάτων). Αντίστοιχα, η αναζήτηση υποστήριξης μπορεί να χρησιμεύσει στη ρύθμιση συναισθημάτων, όταν για παράδειγμα, μια ασθενής που βιώνει στρες αναζητά τη συντροφιά και ηθική συμπαράσταση μιας φίλης.

Μπορεί όμως να χρησιμεύσει και στην επίλυση του προβλήματος, όταν, για παράδειγμα, η ίδια ασθενής ζητά από κάποιον συγγενή να αναλάβει τις μητρικές υποχρεώσεις της όσο εκείνη νοσηλεύεται στο νοσοκομείο. Η συναισθηματική εκτόνωση αποβλέπει κυρίως στη ρύθμιση των συναισθημάτων και περιλαμβάνει ενέργειες όπως το κλάμα, τις φωνές, το κάπνισμα, την άθληση, τη χρήση τοξικών ουσιών κ.λπ. Οι ενδοψυχικές διεργασίες περιλαμβάνουν διάφορους μηχανισμούς άμυνας μέσω των οποίων το άτομο τροποποιεί την αντίληψή του για την ψυχοπιεστική κατάσταση και με αυτόν τον τρόπο μειώνει το στρες που του προκαλεί. Γνωστικές στρατηγικές όπως η άρνηση, η απώθηση, η διανοητικοποίηση, η εκλογίκευση και άλλες αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Όσο πιο αδύναμο θεωρεί ένα άτομο τον εαυτό του να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση κ.λπ.) τόσο περισσότερο καταφεύγει στη χρήση παρόμοιων στρατηγικών (Perks et.al. 2009).

### **3.5 Ενημέρωση του ασθενή και προεγχειρητικό άγχος**

Πολλές ασθένειες και τραυματισμοί αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Οι χειρουργικές επεμβάσεις συμπεριλαμβάνουν επεμβατικές τεχνικές και χειρουργικές διαδικασίες που επιβαρύνουν τον ασθενή σε σωματικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο και προκαλούν άγχος τόσο στον ίδιο όσο και στους οικείους του. Οι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για να χειρουργηθούν βιώνουν έντονο ψυχολογικό άγχος. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αβεβαιότητα για την έκβαση του χειρουργείου, στην ανασφάλεια, στον φόβο μπροστά στον μετεγχειρητικό πόνο και στις πιθανές επιπλοκές, στο φόβο του αποχωρισμού από την



οικογένεια, στο φόβο της αναισθησίας καθώς και στην απώλεια της αυτονομίας και του ελέγχου. Το προεγχειρητικό άγχος είναι πιθανό να επηρεάσει αρνητικά την έκβαση του χειρουργείου κάτι που θα μπορούσε να αποφευχθεί αν οι επαγγελματίες υγείας ήταν καλύτερα ενημερωμένοι στη διαχείρισή του. Επίσης οι ασθενείς οι οποίοι δεν είναι προετοιμασμένοι καταλλήλως, παρουσιάζουν φτωχότερη μετεγχειρητική προσαρμογή. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός για την προετοιμασία του ασθενούς κατά την προεγχειρητική περίοδο, την υποστήριξή του κατά το χειρουργείο και την διασφάλιση της σωστής παρακολούθησης και φροντίδας μετεγχειρητικώς (Chetty et.al. 2009).

Η διερεύνηση της περιεγχειρητικής περιόδου και φροντίδας καθώς και των ιατρονοσηλευτικών πράξεων που λαμβάνουν χώρα κατά την περίοδο αυτή είναι ουσιαστική για την εκτίμηση της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης στην οποία περιέρχεται ο ασθενής που υποβάλλεται σε μία χειρουργική επέμβαση. Η παροχή πληροφόρησης και η επικοινωνία του ασθενούς με τους επαγγελματίες υγείας είναι σημαντική για την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και έκβαση της νόσου. Πρόκειται για μία διαδικασία αλληλεπίδρασης συμπεριφορών και αντιλήψεων με στόχο τη βελτίωση της υγείας και την αποκατάσταση της ευημερίας. Οι βασικοί στόχοι της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας είναι η δημιουργία μίας σχέσης εμπιστοσύνης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας προς τους φορείς των υπηρεσιών μέσα από τον αμοιβαίο σεβασμό.

Επίσης, ιδιαίτερα σημαντική είναι η ενημέρωση, η παροχή πληροφοριών σχετικά με τις διαδικασίες διάγνωσης και θεραπείας, τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες και τις πιθανές επιπλοκές, καθώς και τις εναλλακτικές λύσεις, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορέσει να επιλέξει σωστά και να πάρει τις αποφάσεις που απαιτούνται, αλλά και να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή συνεργασία του στις διαδικασίες αυτές. Με τον τρόπο αυτό ενδέχεται να υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση του ασθενούς, συμμόρφωση με το θεραπευτικό πλάνο αλλά και μείωση του άγχους και των πιθανών καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η σχέση του προεγχειρητικού άγχους και της ενημέρωσης των ασθενών έχει διερευνηθεί εκτενώς αλλά υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις. Η ενημέρωση του ασθενούς με την προβολή video και την χρήση σχετικών εντύπων συσχετίστηκε με μικρή μείωση του άγχους (στατιστικά μη σημαντική) σε αντίθεση με την προφορική ενημέρωση που έγινε μέσω προσωπικής επικοινωνίας από τους επαγγελματίες υγείας.

Επιπλέον, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη μείωση του άγχους όταν οι πληροφορίες δόθηκαν από τον θεράποντα ιατρό εξατομικευμένα και προσαρμοσμένα στο μορφωτικό επίπεδο και τις δυνατότητες κατανόησης του ασθενή. Αξιοσημείωτο είναι ότι από τις

σχετικές μελέτες αναδείχτηκε η αναγκαιότητα της ενημέρωσης με σκεπτικισμό, καθώς πολλές φορές παρατηρήθηκε το αντίθετο αποτέλεσμα από το επιδιωκόμενο, δηλαδή αύξηση του προεγχειρητικού άγχους μετά από εκτεταμένη πληροφόρηση (Akbarzadeh et.al. 2010).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

### 4.1 Προεγχειρητική φάση νοσηλείας

Η προεγχειρητική φάση αφορά στη περίοδο νοσηλείας πριν από την χειρουργική φάση και περιλαμβάνει

- την λήψη του ιστορικού
- τη κλινική εξέταση του ασθενούς
- την εκτέλεση εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων

πάνω στα οποία θα στηριχθεί ο προεγχειρητικός έλεγχος για να ακολουθήσει η αναισθησιολογική προεγχειρητική εκτίμηση, λαμβάνοντας βεβαίως υπόψη την διάγνωση τους ασθενούς και το είδος της χειρουργική επέμβαση που πρόκειται να υποβληθεί.

Στην προεγχειρητική φάση περιλαμβάνονται επίσης και ειδικού τύπου προετοιμασίες του ασθενούς που στοχεύουν στην (α) πρόληψη μετεγχειρητικών λοιμώξεων και φλεβικού θρομβοεμβολικού συνδρόμου και στην (β) προετοιμασία ανάλογα με τη χειρουργική επέμβαση και το ιστορικό του ασθενούς.

Με την αναλυτική ενημέρωση και συγκατάθεση του ασθενούς και των οικείων του ολοκληρώνεται η προεγχειρητική φάση. Οι ασθενείς που εισάγονται προγραμματισμένα στη χειρουργική κλινική με σκοπό τη χειρουργική επέμβαση

- έχου
- ν μια συγκεκριμένη διάγνωση η οποία συνιστά και τη ένδειξη προς χειρουργείο
- φέρουν μαζί τους όλο τον έλεγχο (εργαστηριοαπεικονιστικό καθώς και αποτελέσματα βιοψιών) που τεκμηριώνει τη διάγνωση της νόσου για την αντιμετώπιση της οποίας πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση
- έχουν (ή δεν έχουν) ένα συγκεκριμένο ιστορικό λήψης φαρμάκων για χρόνια νοσήματα, τα οποία οπωσδήποτε πρέπει να καταγράφονται και να είναι γνωστά τόσο στο νοσηλευτικό όσο και ιατρικό προσωπικό, αφού ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων πρέπει είτε να τροποποιούνται (αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, ανταγωνιστές βιταμίνης Κ, κορτικοστεροειδή) ή να συνοδεύονται από ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις (σκευάσματα θυρεοειδικών ορμονών)
- παρουσιάζουν μια φυσική – γενική – κατάσταση, που καθορίζεται από την ηλικία, τα χρόνια προβλήματα υγείας, τα φάρμακα που λαμβάνει, τυχόν προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις, η βαρύτητα της νόσου, η κατάσταση της θρέψης, παράμετροι που πρέπει να εκτιμώνται από το ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό

- Θα υποβληθούν στον απαραίτητο για την προγραμματισθείσα χειρουργική επέμβαση προεγχειρητικό έλεγχο
- Θα προετοιμαστούν – ενδεχομένως - στοχευμένα για να βελτιωθούν χρόνια προβλήματα υγείας (π.χ. διακοπή καπνίσματος, βελτίωση βρογχόσπασμου σε ασθματικούς ασθενείς, αποκατάσταση αρρυθμιών) ή για να υποχωρήσουν οξέα νοσήματα (π.χ. αναβολή της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης σε περίπτωση γριππώδους συνδρομής), έτσι ώστε ο ασθενής να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση με τις καλύτερες δυνατές συνθήκες και στη καλύτερη δυνατή κατάσταση

Οι ασθενείς που εισάγονται με επείγον πρόβλημα στη χειρουργική κλινική κατά κανόνα, για αυτονόητους λόγους, δεν έχουν τα χρονικά περιθώρια μιας ενδελεχούς προετοιμασίας για τη βελτιστοποίηση της γενικής τους κατάστασης, όπως αναγράφεται στη προηγούμενη παράγραφο. Μια ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών αφορά σε εκείνους που παρουσιάζονται ως υπερεπείγοντα περιστατικά και τα οποία χρήζουν άμεσης χειρουργικής –σωστικής – παρέμβασης. Οι ασθενείς αυτοί μεταφέρονται άμεσα στο χειρουργείο και χωρίς να έχουν υποβληθεί σχεδόν σε κανένα από τους προαναφερόμενους ελέγχους και αφορούν σε περιστατικά με:

- ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής
- ρήξη εξωμητρίου κύησης
- πολυτραυματίες ασθενείς (Fesler-Birch, 2010).

#### 4.1.1 Ο Προεγχειρητικός Έλεγχος (ΠΕ)

Ο ΠΕ αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της προεγχειρητικής φάσης της νοσηλείας του χειρουργικού ασθενούς και αποσκοπεί (**α**) στη συλλογή στοιχείων (ιστορικό, κλινική εξέταση, εργαστηριακές, απεικονιστικές και λειτουργικές εξετάσεις) που θα βοηθήσουν στη αντικειμενική εκτίμηση της κατάστασης υγείας του χειρουργικού ασθενούς, τόσο από την πλευρά του χειρουργού όσο και από την πλευρά του αναισθησιολόγου (**β**) στη εντόπιση εκείνων των προβλημάτων που μπορεί να απαιτήσουν εκτιμήσεις από ειδικότητες καρδιολογίας και πνευμονολογίας έτσι ώστε να αποσαφηνιστούν αντίστοιχα προβλήματα (**γ**) στη βελτιστοποίηση χρόνιων ή οξέων προβλημάτων υγείας, έτσι ώστε να τελικά να εκτιμηθεί ο χειρουργικός κίνδυνος και να ληφθεί υπόψη στην τελική απόφαση της χειρουργικής επέμβασης. Ο χειρουργικός κίνδυνος συνιστά το μέγεθος της καταπόνησης

του οργανισμού από τη χειρουργική επέμβαση και τη δυνατότητα να ανταπεξέλθει σε αυτή την επιβάρυνση ο χειρουργικός ασθενής χωρίς αξιοσημείωτες επιπλοκές (Levy, 2006).

Ο χειρουργικός κίνδυνος, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι προκύπτει από το παρακάτω άθροισμα: **είδος χειρουργικής επέμβασης + γενική κατάσταση του χειρουργικού ασθενούς + κύρια χειρουργική νόσος**

Έτσι μια σχετικά απλή επέμβαση (π.χ. βουβωνοκήλη) σε ασθενή με πολλά προβλήματα υγείας συνεπάγεται μεγαλύτερο χειρουργικό κίνδυνο από ό,τι η ίδια επέμβαση σε ασθενή χωρίς προβλήματα υγείας. Και αντίστροφα μια πολύπλοκη επέμβαση (π.χ. κολεκτομή) σε ασθενή με κακοήθεια σχετίζεται με αυξημένο χειρουργικό κίνδυνο, οποίος «μεγαλώνει» ακόμη περισσότερο σε ασθενείς με επιβαρυσμένο ιστορικό που συνεπάγεται κακή γενική κατάσταση.

Η φυσική ή γενική κατάσταση του χειρουργικού ασθενούς ταξινομείται εδώ και 70 χρόνια με βάση την κλίμακα της Αμερικανικής Αναισθησιολογικής Εταιρείας (American Society of Anesthesiology, ASA) ως εξής:

ASA 1: ασθενής χωρίς πρόβλημα

ASA 2: ασθενής με ήπια συστηματική νόσο (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, ελεγχόμενη Υπέρταση)

ASA 3: ασθενής με σοβαρή συστηματική νόσο που περιορίζει τη δραστηριότητα (π.χ. προηγμένη έμφραγμα του μυοκαρδίου, στηθάγχη, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια)

ASA 4: ασθενής με συστηματική νόσο που τον καθιστά ανίκανο και αποτελεί συνεχή και μόνιμη απειλή για τη ζωή του

ASA 5: ετοιμοθάνατος ασθενής που δεν αναμένεται να επιβιώσει 24 ώρες, με ή χωρίς εγχείρηση

ASA 6: ασθενής με εγκεφαλικό θάνατο του οποίου τα όργανα λαμβάνονται για μεταμόσχευση (McDonnell, 2009).

Σε περίπτωση επείγουσας χειρουργικής επέμβασης προστίθεται το γράμμα Ε (για Επείγον = emergency). Λαμβάνοντας υπόψη τη κλίμακα ASA ο παραπάνω τύπος που σκιαγραφεί τον εγχειρητικό κίνδυνο μπορεί να τροποποιηθεί ως εξής: **είδος χειρουργικής επέμβασης + κλίμακα ASA + κύρια χειρουργική νόσος**

Αναλύοντας τον παραπάνω τύπο ο κίνδυνος για κάθε ένα παράγοντα του αθροίσματος στη γενική χειρουργική έχει ως εξής:

(Α) *είδος χειρουργικής επέμβασης*: (από την αρχή μέχρι το τέλος: μεγαλύτερος προς μικρότερος κίνδυνος σε αντιστοιχία με βαρύτερες - πολυπλοκότερες προς λιγότερο πολύπλοκες επεμβάσεις)

- (I) οισοφαγεκτομή, ηπατεκτομή, μεταμόσχευση ήπατος, παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή, επεμβάσεις κοιλίας σε πολυτραυματίες
- (II) ολική - υφολική γαστρεκτομή, χαμηλή πρόσθια εκτομή ορθού
- (III) κολεκτομή, εκτομή λεπτού εντέρου, χολοκυστεκτομή (ανοιχτά, λαπαροσκοπικά), θυρεοειδεκτομή, σκωληκοειδεκτομή (ανοιχτά λαπαροσκοπικά)
- (IV) μαστεκτομή, επιδιόρθωση βουβωνοκήλης
- (V) βιοψίες μορφωμάτων δέρματος

Cave: Να σημειωθεί και πάλι ότι (α) η χειρουργική επέμβαση αποτελεί μορφή κάκωσης του οργανισμού που πυροδοτεί μια συγκεκριμένη πολυστηματική απάντηση από λειτουργικά οργανικά συστήματα του οργανισμού, η οποία συνοψίζεται στον όρο της συστηματικής απάντησης στο στρες από την χειρουργική επέμβαση και (β) η επείγουσα χειρουργική επέμβαση αποτελεί από μόνη της ξεχωριστό επιβαρυντικό παράγοντα αύξησης του χειρουργικού κινδύνου

(B) γενική κατάσταση (κλίμακα ASA): παθήσεις και καταστάσεις που επιβαρύνουν – αυξάνουν τον εγχειρητικό κίνδυνο:

- προχωρημένη ηλικία (>75 έτη)
- μειωμένη ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης
- πολυφαρμακία
- καταστάσεις ανοσοκαταστολής
- διαταραχές θρέψης - παχυσαρκία
- νεφρική ανεπάρκεια
- αναπνευστική ανεπάρκεια
- καρδιαγγειακά νοσήματα
- σακχαρώδης διαβήτης
- κάπνισμα
- αναιμία
- ηπατοπάθειες

Η παρουσία μίας ή συνδυασμών αυτών των καταστάσεων ή νοσημάτων μπορεί να επιβαρύνει την πρόγνωση ακόμη και μιας απλής επέμβασης, όσον αφορά τον δυνητικό κίνδυνο επιπλοκών, πόσο μάλλον αυτή των πολύπλοκων επεμβάσεων που περιγράφηκαν παραπάνω (Aescbanch et.al. 2000).

(Γ) χειρουργική νόσος: η επιβάρυνση από την χειρουργική επέμβαση είναι τόσο μεγαλύτερη όσο πιο εκτεταμένη και συστηματική, υπό την έννοια της επίπτωσης της νόσου, στον οργανισμό του ασθενούς, όσο και της πρόγνωσης της, είναι η χειρουργική νόσος που

αποτελεί το στόχο της επέμβασης. Η κακοήθεια, το πολυτραύμα, και οι οξείες φλεγμονώδεις καταστάσεις αποτελούν τυπικά παραδείγματα χειρουργικών νόσων που έχουν συστηματικό – αντίκτυπο στον οργανισμό. Με άλλα λόγια, η απάντηση του οργανισμού στη κάκωση και στην εγχείρηση είναι πιο εκτεταμένη από ό,τι σε καλοήθεις παθήσεις και σε τακτικά περιστατικά (John et.al. 2002).

#### 4.1.2 Ιστορικό

Το ιστορικό και η φυσική – κλινική εξέταση αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο όχι μόνο για την προεγχειρητική εκτίμηση αλλά και στη διαδικασία διάγνωσης οποιαδήποτε ασθένειας. Το ιστορικό στον χειρουργικό ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, γράφεται σε χαρτί ή ειδικά έντυπα του νοσοκομείου, και έχει προσανατολισμένο - για την νόσο που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση χαρακτήρα - και πρέπει να περιλαμβάνει:

- τη τελική διάγνωση (σε περίπτωση προγραμματισμένων περιστατικών) ή την αιτία προσέλευσης (κυρίως σε επείγοντα περιστατικά, όπου η διάγνωση δεν έχει οριστικοποιηθεί)
- την λεπτομερή καταγραφή του χρονικού των συμπτωμάτων και της ακολουθίας των διαγνωστικών προσεγγίσεων που οδήγησαν στη συγκεκριμένη διάγνωση
- την κατάσταση του ασθενούς τώρα σε περίπτωση που η διάγνωση τέθηκε προ καιρού
- την αναλυτική εξέταση κατά συστήματα
- την καταγραφή παλαιότερων επεμβάσεων και χρόνιων νοσημάτων χωρίς να παραλείπεται η χρονολογία εκτέλεσης ή πρωτοδιάγνωση μαζί με τα νοσηλευτικά ιδρύματα ή θεράποντες ιατρούς
- τη καταγραφή όλων των φαρμακευτικών σκευασμάτων που λαμβάνει ο ασθενής μαζί με την χρονολογία έναρξης λήψης τους (δες παρακάτω)
- την επισήμανση τυχόν αλλεργιών και τους γνωστούς εκλυτικούς παράγοντες
- την επιβεβαίωση (checklist) των απαιτούμενων για την χειρουργική επέμβαση εξετάσεων που έχουν εκτελεστεί ή παραγγελθεί
- την ημερομηνία και το ονοματεπώνυμο του ιατρού που ολοκλήρωσε την λήψη του ιστορικού
- το ιστορικό μαζί με την κλινική εξέταση
- δίνουν αντικειμενικές πληροφορίες για την γενική κατάσταση του ασθενούς

- εντοπίζουν προβλήματα υγείας και φάρμακα έτσι ώστε να κατευθυνθεί ανάλογα ο ΠΕ
- να ολοκληρώνονται κάτω από απόλυτες συνθήκες ηρεμίας, οι οποίες εξασφαλίζουν τον απαραίτητο χρόνο και την ιδιωτικότητα.

Στα επείγοντα περιστατικά η λεπτομερής λήψη ιστορικού και προσεκτική κλινική εξέταση μπορεί να οδηγήσουν στη διάγνωση σχεδόν όλων των περιστατικών χωρίς καμία εργαστηριακή ή απεικονιστική εξέταση (Aescbanch et.al. 2000).

#### 4.1.3 Εργαστηριακές εξετάσεις

Περιλαμβάνουν:

- Γενική αίματος (Αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη, λευκοκύτταρα, αιμοπετάλια)
- Βιοχημικό έλεγχο:
  - Βασικός: σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, κάλιο, νάτριο
  - Αναλυτικός: Βασικός + ασβέστιο, μαγνήσιο, φωσφόρος, χλώριο
  - Ειδικός: ηπατική βιολογία (AST(SGOT), ALT(SGPT) γGT, AP, χολερυθρίνη (άμεση και έμμεση) ολικά λευκώματα, αλβουμίνη, σφαιρίνη)
    - Θρέψη (ολικά λευκώματα, αλβουμίνη, σφαιρίνη, φεριττίνη, TIBC, B12, φυλλικό οξύ, τριγλυκερίδια, χοληστερίνη, HDL, LDL, VLDL)
    - Αναιμία (σίδηρος, φεριττίνη, TIBC, B12, φυλλικό οξύ)
    - Έλεγχος λιπαιμίας (ηπατική βιολογία + τριγλυκερίδια, χοληστερίνη, HDL, LDL, VLDL)
    - Διάγνωση παγκρεατίτιδας (αμυλάση, λιπάση)
    - Μυϊκές «κακώσεις» - ραβδομύλυση: LDH, CPK
    - Έμφραγμα μυοκαρδίου: CK-MB, τροπονίνη
    - Ορμονολογικός έλεγχος (βασικός: T3 T4 TSH)
- Έλεγχος πηκτικότητας: Βασικός: Χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης, χρόνος προθρομβίνης, INR
- οξεοβασική ισορροπία –
- οξυγόνωση: αέρια αίματος
- ταυτοποίηση ομάδας αίματος
- διασταύρωση για ενδεχόμενη μετάγγιση αίματος και παραγόντων
- απεικονιστικός – ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος
- βασικός ακτινολογικός έλεγχος: ακτινογραφία θώρακος



- ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος: Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ)

Οι εργαστηριακές – απεικονιστικές εξετάσεις, ενός ασθενούς που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση με κάποιας μορφής αναισθησία, μπορεί να ταξινομηθούν σε τρεις ομάδες

(α) στις εργαστηριακές - απεικονιστικές εξετάσεις που απαιτούνται για τον ΠΕ, και οι οποίες κατά κανόνα για τα περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας είναι: Γενική αίματος, βασικός βιοχημικός, βασικός έλεγχος πηκτικότητας, ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ. Στις βιομηχανοποιημένες χώρες του εξωτερικού η πολιτική αυτού του «υποχρεωτικού» βασικού προεγχειρητικού ελέγχου δεν ισχύει, αλλά τροποποιείται και κατευθύνεται ανάλογα από το ιστορικό του ασθενούς και βάσει ενδονοσοκομειακών πρωτοκόλλων.

(β) στις εργαστηριακές – απεικονιστικές εξετάσεις που σχετίζονται με την διάγνωση. Π.χ. ηπατική βιολογία, υπερηχοτομογραφία ήπατος, χοληδόχου κύστεως, σε περίπτωση χολολιθίασης, ενδοσκοπικός έλεγχος, πόρισμα ιστολογικής ιστολογική εξέτασης, αξονική τομογραφία, πλήρης βιοχημικός έλεγχος σε περίπτωση νεοπλάσματος πεπτικού.

(γ) στις εργαστηριακές – απεικονιστικές – λειτουργικές εξετάσεις που προσδιορίζουν την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια ειδικών φαρμακευτικών ουσιών, καθώς και την κατάσταση συγκεκριμένων οργάνων. Π.χ. επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών σε ασθενείς που λαμβάνουν φάρμακα που σχετίζονται με την λειτουργία του θυρεοειδούς, επίπεδα δακτυλίτιδας σε ασθενείς με καρδιολογική ανεπάρκεια υπό καρδιοτόνωση, χρόνος προθρομβίνης και INR σε ασθενείς που λαμβάνουν από το στόμα αντιπηκτική αγωγή με ανταγωνιστές βιταμίνης Κ, και από πλευράς απεικονιστικών λειτουργικών εξετάσεων το υπερηχογράφημα καρδιάς, η σπιρομέτρηση κλπ.

Σε περίπτωση επειγόντων περιστατικών ο παραπάνω έλεγχος εκλείπει και ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο (Alfredsdottir et.al. 2008).

#### 4.1.4 Ενημέρωση και συγκατάθεση ασθενούς

Η αναλυτική ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του, κάτω από ήρεμες και από πλευράς χρόνου αβίαστες συνθήκες, μέσα σε ένα κλίμα εμπιστοσύνης, αφορά στην εξήγηση και περιγραφή με απλά και κατανοητά λόγια

(α) της φύσης και των κινδύνων της ασθένειας του

(β) του πλάνου της νοσηλείας του

(γ) του είδους της χειρουργικής επέμβασης

(δ) της προβλεπόμενης διάρκειας και της μορφής της μετεγχειρητικής αγωγής

(ε) των απώτερων ενδεχομένως συνεπειών της χειρουργικής επέμβασης

Στις βιομηχανοποιημένες χώρες του εξωτερικού διανέμονται ειδικά έντυπα που περιέχουν με αναλυτικό τρόπο αυτές τις πληροφορίες όπως επίσης και οποιασδήποτε μορφής συμβουλή σχετικά με την προετοιμασία του ασθενούς για τη νάρκωση και τη χειρουργική επέμβαση (Κουτελέκος, 2013).

Πρωταρχικής σημασίας είναι

(α) η ικανότητα τόσο του ιατρού όσο και του νοσηλευτή να ακούν τον ασθενή σε ότι απορίες και σχόλια επιθυμεί να εκφράσει,

(β) η παρότρυνση να αισθανθεί τη βεβαιότητα ότι θα καταβληθεί οποιαδήποτε προσπάθεια για να έχει καλή φροντίδα στο επίκεντρο της οποίας είναι η αντιμετώπιση του πόνου

(γ) η ενθάρρυνση του ασθενούς να κινητοποιηθεί το συντομότερο δυνατό στη άμεση μετεγχειρητική περίοδο

Έχει αποδειχτεί ότι ασθενείς που προσεγγίστηκαν μέσα από την αναλυτική ενημέρωση, την ενθάρρυνση και την παρότρυνση παρουσιάζουν καλύτερη μετεγχειρητική πορεία, υπό την έννοια ότι αναρρώνουν γρηγορότερα και με λιγότερο ποσοστό επιπλοκών. Η ικανότητα της επικοινωνίας στον πυρήνα της οποίας βρίσκεται η προσεκτική και υπομονετική ακρόαση, ο σεβασμός απέναντι στην αξιοπρέπεια του ασθενούς η κατανόηση και αποδοχή πεποιθήσεων και προτιμήσεων του, η καλοσύνη και το αμέριστο ενδιαφέρον για την σωστή αντιμετώπισή του από τελούν τρεις άξονες, στους οποίους πρέπει να κινείται η συμπεριφορά και δράση του ιατρού και του νοσηλευτή (Minnick et.al. 2011).

#### 4.1.5 Ειδικές προετοιμασίες

Στο επίκεντρο της προεγχειρητικής ειδικής ετοιμασίας είναι η λήψη μέτρων που αποσκοπούν

(α) στην μείωση της πιθανότητας κλινικής έκφρασης μετεγχειρητικής λοίμωξης

Κάθε χειρουργική επέμβαση ενέχει έναν κίνδυνο να διαπυηθεί το χειρουργικό τραύμα, κυρίως από μικροοργανισμούς που προέρχονται τις περισσότερες φορές από τον ίδιο τον ασθενή, σε μια έκταση από το υποδόριο μέχρι βαθιά μέσα στο πεδίο που αφορούσε στη χειρουργική επέμβαση (π.χ. υφηπατικός χώρος – κοίτη ήπατος – χοληδόχου κύστεως μετά από χολοκυστεκτομή). Η συλλογή πύου στο υποδόριο, ακριβώς κάτω από την τομή δέρματος είναι η πιο συχνή μορφή διαπύησης και τυπική έκφραση μετεγχειρητικής λοίμωξης. Η συχνότητα της διαπύησης του τραύματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες

(A) από το βαθμό «ρυπαρότητας» ή «καθαρότητας» της χειρουργικής επέμβασης, που σχετίζεται με το είδος της, συγκεκριμένα, οι επεμβάσεις διακρίνονται σε

καθαρές επεμβάσεις, όταν δεν υπάρχει έκθεση σε ενδογενείς ή εξωγενείς λοιμώδεις παράγοντες (π.χ. όταν δεν διανοίγεται - διατέμνεται κανένας αυλός κανενός κοίλου σπλάγγνου), με άλλα λόγια όταν δεν υπάρχει καμία επιμόλυνση στο χειρουργικό τραύμα. Παραδείγματα: επιδιόρθωση βουβωνοκήλης, θυρεοειδεκτομή, μαστεκτομή. Το ποσοστό επιμόλυνσης των τραυμάτων αυτών είναι 1.5%.

- καθαρές / μολυσμένες (ή δυνητικά μολυσμένες ή ελαφρά επιμολυσμένες) επεμβάσεις, (όταν π.χ. διανοίγεται αυλός κοίλου σπλάγγνου χωρίς να υπάρχει σημαντική διαφυγή περιεχομένου). Το ποσοστό επιμόλυνσης των τραυμάτων αυτών είναι 2.5%.
- βαριά μολυσμένες με σημαντικού βαθμού έκθεση σε λοιμογόνους παράγοντες (ρήξη σκωληκοειδούς απόφυσης με διάχυτη διασπορά μολυσματικού υλικού στην περιτοναϊκή κοιλότητα). Ο κίνδυνος επιμόλυνσης εδώ κυμαίνεται μεταξύ 5 και 30 %.
- διαπηγμένα ή μολυσμένα τραύματα (και αντίστοιχα επεμβάσεις) με προφανή επιμόλυνση του χειρουργικού πεδίου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (κοπρανώδης διασπορά σε ασθενή με ρήξη του παχέος εντέρου). Ποσοστό επιμόλυνσης των τραυμάτων μπορεί να ξεπεράσει τα 30 %.

(B) καταστάσεις του ασθενούς που σχετίζονται με κάποιου βαθμού προδιάθεση στην εμφάνιση μετεγχειρητικής λοίμωξης

- σακχαρώδης διαβήτης
- κάπνισμα
- λήψη στεροειδών
- κακή θρέψη
- κακή υγιεινή δέρματος
- καταστάσεις ανοσοκαταστολής

(Γ) περιεγχειρητικοί παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση μετεγχειρητικής λοίμωξης όπως:

- η μη τήρηση άσηπτων συνθηκών που σχετίζονται με τη αποστείρωση των εργαλείων και του ιματισμού του χειρουργείου
- κακός αερισμός χειρουργείου
- επιμολυσμένο ή αποικισμένο προσωπικό χειρουργείου
- μη σωστή περιποίηση τραύματος

- ξύρισμα στην περιοχή της τομής (με ξυραφάκι) μια μέρα πριν από την επέμβαση
- κακή υγιεινή δέρματος του ασθενούς
- κατάχρηση αντιβιοτικών (Κουτελέκος, 2013)

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι (α) ο κίνδυνος διαπύησης σε μια καθαρή χειρουργική επέμβαση είναι μεγαλύτερος σε ασθενείς με προδιάθεση για λοίμωξη από σε ασθενείς χωρίς, όπως επίσης ότι (β) η μη τήρηση αυστηρών άσηπτων κανόνων σε όλες τις παραμέτρους που συνοψίζονται στο (Γ) έχει σαν αποτέλεσμα να αυξάνει το κίνδυνο διαπύησης σε οποιοδήποτε τύπο χειρουργικής επέμβασης και σε ασθενή οποιασδήποτε γενικής κατάστασης (McKie, 2004).

Τα μέτρα που αφορούν στην πρόληψη ή την μείωση του κινδύνου εκδήλωσης μετεγχειρητικής λοίμωξης είναι :

- λουτρό σώματος του ασθενούς το βράδυ της εγχείρησης
- αποτρίχωση με ειδικές μηχανές άμεσα – προ της χειρουργικής
- επέμβασης
- τήρηση κανόνων ασηψίας διεγχειρητικά (προσωπικό χειρουργείου, εργαλεία, ματισμοί, αίθουσες χειρουργείου)
  - ο άσηπτη και άρτια χειρουργική τεχνική
  - ο άρτια περιποίηση τραύματος μετεγχειρητικά
  - ο σωστός τρόπος χορήγησης προφυλακτικής αντιβίωσης

(α) επιλογή μη τοξικού, αντιβιοτικού ευρέως φάσματος (κεφαλοσπορίνη β' γενιάς, ημισυνθετικές πενικιλίνες)

(β) χορήγηση μιας δόσης ενδοφλέβια 60 λεπτά προ της τομής (στην πράξη: στην χειρουργική αίθουσα πριν από την εισαγωγή στη νάρκωση)

(γ) καμία άλλη δόση ή το πολύ συνέχιση της αντιβίωσης για το πολύ ένα 24ωρο. Χορήγησης αντιβίωσης παραπάνω από 24ωρες δεν συμβαδίζει με τους κανόνες της προφυλακτικής αντιβίωσης και επουδενί δεν προστατεύει «περισσότερο τον ασθενή» από το ενδεχόμενο της μετεγχειρητικής λοίμωξης.

(δ) στην μείωση πιθανότητας εκδήλωσης φλεβικού θρομβοεμβολικού συνδρόμου

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί κύριο επιβαρυντικό παράγοντα ανάπτυξης θρόμβου στο εν τω βάθει φλεβικό σύστημα κάτω άκρων τμήμα του οποίου μπορεί να αποσπαστεί και να ενσφηνωθεί στην αρτηριακή πνευμονική κυκλοφορία με αποτέλεσμα την εγκατάσταση πνευμονικής εμβολής.

Προληπτικά μέτρα που μειώνουν τον κίνδυνο εγκατάστασης εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης ή (και) πνευμονικής εμβολής είναι:

- ταχεία κινητοποίηση του ασθενούς (ο ασθενής σηκώνεται από το κρεβάτι του σχεδόν αμέσως μετά από την επέμβαση, αν αυτό είναι εφικτό)
- αποτελεσματική αναλγησία η οποία θα επιτρέψει την κινητοποίηση
- εφαρμογή καλτσών πίεσης των φλεβών κάτω άκρων
- ενημέρωση του ασθενούς για την πορεία του μετά την χειρουργική επέμβαση, παρότρυνση να ακολουθήσει τις οδηγίες για την χρησιμότητα των οποίων ενημερώθηκε και ενθάρρυνση του ασθενούς να τις πραγματοποιήσει
- χορήγηση προφυλακτικής αντιπηκτικής αγωγής με τη χρήση ηπαρινών χαμηλών μοριακού βάρους, οι οποίες χορηγούνται υποδοριώς (Sweeney, 2010)

(ε) στην τροποποίηση ενδεχομένως φαρμακευτικής αγωγής

Βασικός κανόνας που ισχύει για την πλειονότητα των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, είναι λαμβάνουν τα φάρμακά τους χωρίς καμία τροποποίηση μέχρι και το πρωί της επέμβασης. Εξάιρεση αποτελούν τα φάρμακα που επηρεάζουν την πήκτικότητα του αίματος, όπως τα αντιαιμοπεταλιακά (ακετυλοσαλυκυλικό οξύ, τικλοπιδίνη, κλοπιδογέλη, διπυριδαμόλη) τα οποία χορηγούνται σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και προηγηθέντα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια και οι ανταγωνιστές βιταμίνης Κ (παράγωγα κουμαρίνης) που χορηγούνται σε προσθετικές τεχνητές βαλβίδες καρδιάς, καρδιακές αρρυθμίες και φλεβικό θρομβοεμβολικό σύνδρομο. και τα οποία πρέπει να διακόπτονται πριν από μια προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση για τον κίνδυνο της διε- και μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Η αντιπηκτική ή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή υποκαθίσταται με ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Πρόσφατα δεδομένα επισημαίνουν ότι η διακοπή των αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων σε ασθενείς με αγγειοπλαστική (ενδοπροθέσεις αγγείων καρδιάς) προκειμένου να υποβληθούν σε επεμβάσεις γενικής χειρουργικής αντενδεικνύονται, γιατί ο κίνδυνος από καρδιαγγειακό σύμβαμα είναι μεγαλύτερος από την διεγχειρητική αιμορραγία.

Φάρμακα η λήψη των οποίων σχετίζεται με αυξημένου βαθμού επαγρύπνιση, αφού υποδηλώνουν συστηματικά νοσήματα και τα οποία τροποποιούνται περιεγχειρητικά ανάλογα με τα εκάστοτε πρωτόκολλα της κλινικής είναι:

- αντιδιαβητικά δισκία και ινσουλίνη σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (συνήθως: διακοπή του την μέρα την εγχείρησης και έλεγχος σακχάρου με ινσουλίνη ταχείας δράσης)
- κορτικοστεροειδή σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα (συνήθως διακοπή των κορτικοστεροειδών από το στόμα και υποκατάστασή τους την ημέρα της εγχείρησης με υδροκορτιζόνη σε «μικρές δόσεις» π.χ. 80 – 100 mg solucortef ανά 6ωρο ή 8ωρο

Cave: λήψη φάρμακα θυρεοειδικών ορμονών επιβάλλουν τον έλεγχο επιπέδων ορμονών στο αίμα

(στ) στην βελτιστοποίηση παραμέτρων σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα

- διακοπή καπνίσματος
- ρύθμιση επιπέδων σακχάρου αίματος
- αναπνευστική φυσικοθεραπεία
- ρύθμιση άσθματος
- έλεγχος αρρυθμιών
- ομαλοποίηση παρατεταμένων χρόνων προθρομβίνης INR

(η) στον καθαρισμό του παχέως εντέρου

Οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε επεμβάσεις παχέος εντέρου «παραδοσιακά» υποβάλλονται σε καθαρισμό εντέρου από κόπρανα με την λήψη ειδικών διαλυμάτων ή ουσιών που έχουν σαν αποτέλεσμα πολλές κενώσεις υπό την μορφή διαρροιών. Το σκεπτικό του καθαρισμού εντέρου σε επεμβάσεις παχέος εντέρου είναι να μην υπάρχουν κόπρανα στο χειρουργικό πεδίο έτσι ώστε οι χειρισμοί να γίνονται σε άσηπτο πεδίο και να μειωθεί η πιθανότητα εκδήλωσης μετεγχειρητικής λοίμωξης (McKie, 2004).

#### 4.2 Διεγχειρητική διαδικασία

Η διεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών στους οποίους πραγματοποιείται οποιαδήποτε τεχνική περιοχικής αναισθησίας εστιάζεται κυρίως στην ασφαλή εφαρμογή της τεχνικής, στην αξιολόγηση της εγκατάστασης του αποκλεισμού, στην πρώιμη αναγνώριση των πιθανών επιπλοκών και στην ετοιμότητα για την αντιμετώπισή τους.

Η σωστή τοποθέτηση των ασθενών στο χειρουργικό τραπέζι αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές πτυχές της δραστηριότητας του σύγχρονου Νοσηλευτή Αναισθησιολογίας. Απαιτεί στενή συνεργασία του Νοσηλευτή με τον Αναισθησιολόγο καθώς και με τον Χειρουργό, με στόχο τη διευκόλυνση των χειρουργικών χειρισμών.

Οι διαταραχές που μπορεί να προκληθούν από κακή τοποθέτηση του ασθενούς αφορούν κυρίως την κυκλοφορία, την αναπνοή, το μυοσκελετικό σύστημα, ενώ δεν είναι σπάνιος, ο τραυματισμός περιφερικών νεύρων. Να σημειωθεί, ότι η αναισθησία προκαλεί άμβλυση των φυσιολογικών αντιρροπιστικών μηχανισμών, καθιστώντας τους χειρουργικούς ασθενείς ευάλωτους στις αλλαγές θέσης (Sawhney, 2012).

Το 1997, η Αμερικάνικη Εταιρεία Νοσηλευτών Περιεγχειρητικής Ιατρικής (AORN) παρουσίασε τις πρώτες οδηγίες για τους Νοσηλευτές, σχετικά με την σωστή τοποθέτηση των ασθενών κατά την περιεγχειρητική περίοδο, ενώ το 2000, η Αμερικάνικη Εταιρεία Αναισθησιολογίας (ASA) εξέδωσε πρακτικές συμβουλές για την πρόληψη της περιεγχειρητικής εμφάνισης περιφερικών νευροπαθειών. Με βάση τα παραπάνω, οι στόχοι της τοποθέτησης του ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενούς, με την αποφυγή άσκοπης σωματικής έκθεσης.
- Επαρκής έκθεση του σημείου της χειρουργικής επέμβασης.
- Εξασφάλιση βέλτιστου αερισμού, με τη διατήρηση της βατότητας των αεραγωγών και την αποφυγή πίεσης του θωρακικού τοιχώματος.
- Επαρκής πρόσβαση στις ενδοφλέβιες γραμμές καθώς και στον εξοπλισμό παρακολούθησης ζωτικών λειτουργιών.
- Προστασία από βλάβη περιφερικών νεύρων, με την αποφυγή πιεστικών φαινομένων σε μύες, νεύρα, οστά καθώς και με τη προσεκτική παρατήρηση των αγκώνων, των ώμων καθώς και των δακτύλων των ποδιών και των χεριών του ασθενούς.
- Διατήρηση της κυκλοφορίας, με την αποφυγή πίεσης σε οποιοδήποτε μέρος σώματος.
- Λήψη προληπτικών μέτρων για την αποφυγή εμφάνισης εμβολής από αέρα.
- Αποφυγή ιστικής υποάρδευσης, λόγω μειωμένης παροχής αίματος (Κουτελέκος, 2013).

Για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω, θεωρείται σημαντική η κατανόηση των φυσιολογικών διαταραχών των διαφόρων λειτουργιών, που προκαλούνται στις διάφορες χειρουργικές θέσεις (ύπτια, καθιστική, λιθοτομής, πλάγια κατακεκλιμένη, πρηνής) καθώς και σε παραλλαγές αυτών (Trendelenburg/αντι-Trendelenburg). Επίσης, σημαντική θεωρείται και η αναγνώριση παραγόντων που μπορούν να επιδράσουν σημαντικά στις παραπάνω διαταραχές, όπως το είδος και η διάρκεια της επέμβασης και το είδος του απαραίτητου εξοπλισμού.

Η σωστή τοποθέτηση ασθενών στο χειρουργικό τραπέζι θα πρέπει να περιλαμβάνει πολύ περισσότερα από την τυπική διαδικασία τοποθέτησης του ασθενούς. Θα πρέπει να γίνεται από τον Νοσηλευτή προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενούς, επιλογή του κατάλληλου εξοπλισμού, καθώς και μετεγχειρητική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων τεχνικών τοποθέτησης.

Η προεγχειρητική εκτίμηση ξεκινά με τον Νοσηλευτή να ελέγχει το πρόγραμμα του χειρουργείου για την ταυτότητα του ασθενούς, το είδος της επέμβασης και την επιθυμητή χειρουργική θέση. Στη συνέχεια πραγματοποιούνται ερωτήσεις στον ασθενή, οι οποίες

καθορίζουν αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση βλαβών-τραυματισμών σχετιζόμενες με τη θέση. Με βάση τις οδηγίες που εξέδωσε η AORN, οι ερωτήσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν στοιχεία όπως: ηλικία, Β.Μ.Ι, Α.Π, ύπαρξη δερματικών βλαβών, περιορισμένης κινητικότητας, εμφυτευμένων (π.χ βηματοδότης) ή εξωτερικών (π.χ καθετήρας) συσκευών, καταγραφή προϋπαρχόντων νοσημάτων και εργαστηριακών εξετάσεων (Sawhney, 2012).

Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να συνεκτιμηθούν με τη διάρκεια και το τύπο της επέμβασης (π.χ νευροχειρουργικές επεμβάσεις σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμβολής από αέρα). Συστήνεται να γίνεται πριν την επέμβαση ενημέρωση με την συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας του χειρουργείου σχετικά με την επέμβαση, συμπεριλαμβανομένων και των θεμάτων που αφορούν τη τοποθέτηση του ασθενούς. Υπάρχει ποικιλία σχετικά με τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται για την χειρουργική θέση του ασθενούς (ειδικά στρώματα, μαξιλάρια, ρολά, στηρίγματα ποδιών-χειριών, μάντες, κ.α). Στόχος της εφαρμογής του εξοπλισμού είναι η ανακατανομή της ασκούμενης πίεσης, με σκοπό την πρόληψη των βλαβών λόγω θέσης. Ο εξοπλισμός θα πρέπει να ελέγχεται σε τακτική βάση και ιδίως πριν την εφαρμογή του στο χειρουργείο.

Επίσης, είναι σημαντική η εκπαίδευση του προσωπικού. Η ASA συστήνει την καταγραφή όλων των ενεργειών που αφορούν την τοποθέτηση του ασθενούς. Συγκεκριμένα συστήνεται η καταγραφή: της θέσης του ασθενούς σε όλη τη διάρκεια της επέμβασης, της θέσης των άνω και κάτω άκρων, της χρήσης ή μη ειδικών στηριγμάτων, μαξιλαριών, των ενεργειών που ελήφθησαν διεγχειρητικά, σχετικά με τη θέση με βάση την προεγχειρητική εκτίμηση καθώς και την παρουσία ή απουσία επιπλοκών λόγω θέσης. Μετά από τη χειρουργική επέμβαση, ο Νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογήσει τον ασθενή για τυχόν σημεία διεγχειρητικών κακώσεων, σχετικών με τη θέση του ασθενούς.

Επιπλέον, θα πρέπει να ελέγξει τις περιοχές υψηλού κινδύνου, οι οποίες αναγνωρίστηκαν κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής αξιολόγησης. Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να επανατοποθετήσει τον ασθενή, άμεσα μετεγχειρητικά, για την αποφυγή της συνέχισης της εφαρμοζόμενης πίεσης, που τυχόν καταγράφηκε στη διάρκεια της επέμβασης. Η σωστή τοποθέτηση του ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι απαιτεί ομαδικό πνεύμα, συνεργασία, γνώσεις και συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Είναι δεδομένο ότι πριν την εφαρμογή οποιασδήποτε τεχνικής περιοχικής αναισθησίας επιβάλλεται η τήρηση των ελάχιστων προδιαγραφών χορήγησης αναισθησίας, όπως ακριβώς αυτές ισχύουν για τη γενική αναισθησία. Η διεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών στους οποίους πραγματοποιείται οποιαδήποτε περιοχικής



αναισθησίας εστιάζεται κυρίως στην ασφαλή εφαρμογή της τεχνικής, στην αξιολόγηση της εγκατάστασης του αποκλεισμού, στην πρώιμη αναγνώριση των πιθανών επιπλοκών και στην ετοιμότητα για την αντιμετώπισή τους (Κουτελέκος, 2013).

### 4.3 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί την τρίτη φάση της περιεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας. Διευκολύνει την ανάρρωση από τη χειρουργική επέμβαση και ενισχύει τον ασθενή για να αντιμετωπίσει τις σωματικές αλλαγές και παραμορφώσεις. Επικεντρώνεται στην ακριβή αξιολόγηση της κατάστασης και στις σχετικές παρεμβάσεις.

Ο ασθενής μετά από τη χειρουργική επέμβαση είτε μεταφέρεται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, είτε στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας είτε στο συμβατικό τμήμα για τη μετεγχειρητική παρακολούθηση και φροντίδα (ΜΦΦ). Η ΜΦΦ έχει ως σκοπό (την παρακολούθηση και) υποστήριξη του χειρουργικού ασθενούς έτσι ώστε εξασφαλιστεί με το καλύτερο δυνατό και ομαλό τρόπο η επάνοδος του οργανισμού στην φυσιολογική του κατάσταση (αυτή προ της χειρουργικής επέμβασης).

Η έκταση και ένταση της ΜΦΦ εξαρτάται κυρίως από το είδος της χειρουργικής επέμβασης και από την γενική κατάσταση του ασθενούς. Όσο πιο απλή είναι η χειρουργική επέμβαση τόσο πιο σύντομη είναι η μετεγχειρητική περίοδος και τόσο πιο απλή η ΜΦΦ.

Η παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων σε σταθερά χρονικά διαστήματα, η ρύθμιση της παρεντερικής χορήγησης υγρών (έναρξη και διακοπής των παρεντερικά χορηγούμενων υγρών), η αποτελεσματική αναλγητική αγωγή, η ρύθμιση (και οδηγίες) της από του στόματος δίαιτας, η κινητοποίηση του ασθενούς, η περιποίηση του τραύματος (της χειρουργικής τομής) και η ψυχολογική ενθάρρυνσή του ασθενούς αποτελούν αναπόσπαστα μέρη της ΜΦΦ για οποιοδήποτε ασθενή.

Η εφαρμοσμένη λειτουργία μετεγχειρητικών πρωτοκόλλων (υπό την έννοια των απλών εντολών – οδηγιών) σε γραπτή μορφή, που έχουν με λεπτομέρεια αποσαφηνίσει τις μετεγχειρητικές οδηγίες που σχετίζονται με την ΜΦΦ για κάθε είδος επέμβασης που εκτελείται στο συγκεκριμένο τμήμα, λαμβάνοντας υπόψη και τα ιδιαίτερα προβλήματα που μπορεί να έχει ο ασθενής (φάρμακα, χρόνια νοσήματα) βοηθά από κάθε πλευρά στην ομαλή και αποτελεσματική ΜΦΦ. Τα πρωτόκολλα αυτά στηρίζονται σε δεδομένα από κλινικές μελέτες, μεταanalύσεις και ανασκοπήσεις αυτών των μελετών, κατευθυντήριες οδηγίες, αλλά και γνώμες ειδικών, τα οποία διηθούνται μέσα από το πρίσμα της

καθημερινότητας που αφορά στο συγκεκριμένο τμήμα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, έτσι ώστε να προσαρμόζονται αυτά τα καλύτερα δυνατά βιβλιογραφικά δεδομένα στην κλινική πραγματικότητα για την οποία προορίζονται τελικά.

Τα πρωτόκολλα των μετεγχειρητικών οδηγιών στα πλαίσια ΜΦΠ συμβάλλουν στην ουσιαστική εξοικονόμηση χρόνου και κόπου εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού

- στην ομοιογενή προσέγγιση των ασθενών με αποτέλεσμα την καλύτερη αξιολόγηση της παρέκκλισης από την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία
- στην ορθολογική – βιβλιογραφική τεκμηρίωση όλων των παραμέτρων της μετεγχειρητικής αγωγής με αποτέλεσμα τον περιορισμό δογματικών – προσωπικών απόψεων
- στην εύκολη και απρόσκοπτη εφαρμογή μετεγχειρητικών
- στη συνεργασία όλου του προσωπικού του τμήματος όσο αφορά στην αξιολόγηση της λειτουργικότητας και αποτελεσματικότητας των πρωτοκόλλων καθώς και των προτάσεων για την βελτίωσή τους
- στην εξασφάλιση προϋποθέσεων για υπηρεσίες αυξημένου επιπέδου

Η σωστή εφαρμογή των πρωτοκόλλων ΜΦΠ προϋποθέτει ότι υπάρχει

(α) ενημερωτικό σημείωμα αναισθησιολόγου για την αγωγή πόνου και για την κατάστασή του μετά από την ανάνηψη από τη χειρουργική επέμβαση

(β) σαφείς οδηγίες του χειρουργού όσο αφορά στο είδος της επέμβασης που πραγματοποιήθηκε, για τυχόν προβλήματα κατά τη διάρκεια της επέμβασης, για τα είδη των παροχετεύσεων και των καθετήρων και τέλος την υπόδειξη ότι για τον ασθενή θα ακολουθηθεί το συγκεκριμένο προβλεπόμενο πρωτόκολλο

(γ) γνώση εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των παραμέτρων του ασθενούς (ηλικία, είδος επέμβασης, μετεγχειρητική μέρα, χρόνια προβλήματα)

Η πρώτη μετεγχειρητική μέρα είναι αυτή που ακολουθεί την επομένη της χειρουργικής επέμβασης (Κουτελέκος, 2013).

#### 4.3.1 Ζωτικά σημεία

Η λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων (αναπνοές / το λεπτό, σφύξεις / το λεπτό, αρτηριακή πίεση, και θερμοκρασία σώματος) είναι πρωταρχικής σημασίας για την εκτίμηση του ασθενούς στην μετεγχειρητική περίοδο. Η συχνότητα της λήψης τους εξαρτάται από την βαρύτητα και πολυπλοκότητα της επέμβασης, καθώς επίσης και από την γενική κατάσταση του ασθενούς και καθορίζεται από τα πρωτόκολλα της κλινικής.

Οποιαδήποτε παρεκτροπή πρέπει να επισημαίνεται και να αποτελεί αφορμή για την ταχεία αντιμετώπιση του αιτιοπαθογενετικού υποστρώματος που την προκάλεσε. Από το 2005 ως 5<sup>ο</sup> ζωτικό σημείο ορίστηκε ο πόνος, που σημαίνει ότι η αναφορά του ασθενούς ότι έχει πόνο, πρέπει ευαισθητοποιεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τη αποτελεσματική και ταχεία ανακούφιση του από αυτόν. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι αποτέλεσμα των χειρισμών κατά τη διάρκεια της επέμβασης καθώς επίσης και της χειρουργικής τομής.

Βασικές αρχές αντιμετώπισης μετεγχειρητικού πόνου

(α) η εκτίμηση της έντασης του πόνου πρέπει να γίνεται με μια από τις διαθέσιμες κλίμακες (είτε οπτικές είτε αναλογικές) έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η αντικειμενική – μετρίσιμη τιμή της έντασης του μετεγχειρητικού πόνου, τόσο στην ηρεμία όσο και στην μετακίνηση του ασθενούς. Οι κλίμακες εκτίμησης του πόνου προσφέρουν τη δυνατότητα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας αναλγητικής αγωγής στον μετεγχειρητικό πόνο μέσα από τη σύγκριση των τιμών που αναφέρει – υποδεικνύει ο ίδιος ασθενής.

(β) ικανοποιητική αναλγησία με τη ανάνηψη από τη χειρουργική επέμβαση, που σημαίνει ότι ο ασθενής μεταφέρεται στο τμήμα νοσηλείας μόνο όταν αναφέρει ότι δεν πονάει καθόλου ή λίγο πόνο.

(γ) συστηματική κάλυψη του ασθενούς με αναλγητικά για τις τρεις πρώτες μέρες τουλάχιστον όσον αφορά σε ασθενείς με εκτεταμένες τομές και πολύπλοκες χειρουργικές και τουλάχιστον για μια μέρα για επεμβάσεις με μικρές τομές και βραχείας διάρκειας νοσηλείας. Η αντίληψη ή η οδηγία της χορήγησης αναλγητικών «όταν πονέσει ο ασθενής» είναι ξεπερασμένη και από ιατρικής πλευράς εσφαλμένη, αφού έχει αποδειχτεί ότι ο μετεγχειρητικός πόνος αντιμετωπίζεται αποτελεσματικότερα όταν τα αναλγητικά χορηγούνται συστηματικά και κυρίως πριν εκφραστεί μεγάλης έντασης πόνος.

(δ) ο συνδυασμός των κατηγοριών ή των ομάδων των αναλγητικών εξασφαλίζει καλύτερο (από πλευράς ανακούφισης και ανεπιθύμητων ενεργειών) και πιο ισορροπημένο αναλγητικό αποτέλεσμα

(ε) ενημέρωση του ασθενούς για όλες τις πτυχές της μετεγχειρητικής περιόδου και ενθάρρυνση του όσο αφορά στην ενεργητική του μετεγχειρητική συμπεριφορά (να αναπνέει βαθιά, να σηκωθεί από το κρεβάτι, να περπατήσει, να αναφέρει τον πόνο όταν τον αισθάνεται και να καταβάλλει προσπάθεια να επανέλθει σύντομα στην κατάσταση αυτονομίας, όσον αφορά την δυνατότητα της αυτοεξυπηρέτησης), καθώς και την διαβεβαίωσή του ότι ο μετεγχειρητικός πόνος θα αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά.

(στ) η γνώση των φαρμακοκινητικών και φαρμακοδυναμικών ιδιοτήτων των ομάδων των αναλγητικών και του τρόπου και των συνδυασμών της χορήγησης τους

(ζ) η προτίμηση της ενδοφλέβιας οδού για τη χορήγηση των αναλγητικών, εάν υπάρχει φλεβοκαθετήρας ή της χορήγησης του από το στόμα ή διαπρωκτικά. Οι ενδομυϊκές ενέσεις προκαλούν πόνο, και θα πρέπει να αποφεύγονται.

Η επιλογή του αναλγητικού ή του σχήματος των αναλγητικών, καθώς και της διάρκειας χορήγησής του, καθορίζεται από την βαρύτητα, την πολυπλοκότητα, το μήκος και το μέγεθος της τομής της χειρουργικής επέμβασης. Ιδιαίτερη σημασία έχει η τακτική εκτίμηση της έντασης του πόνου του ασθενούς, τόσο στην ηρεμία (ακινησία) όσο και στις κινήσεις του σώματος, έτσι ούτως ώστε να αξιολογείται η αποτελεσματικότητα της αγωγής και να χορηγούνται «δόσεις διάσωσης» συνήθως ενός οπιούχου, για την ανακούφιση του ασθενούς από τον οξύ και ισχυρή έντασης μετεγχειρητικό πόνο, σε περίπτωση που δεν επαρκεί το αναλγητικό σχήμα για τον περιορισμό του πόνου σε χαμηλά επίπεδα (Sawhney, 2012).

#### 4.3.2 Περιποίηση τραύματος – τομής χειρουργικής επέμβασης

Μετά τη χειρουργική επέμβαση, το χειρουργικό τραύμα παραμένει επικαλυμμένο με αποστειρωμένο υλικό (γάζες που προσαρμόζονται με λευκοπλάστη ή αυτοκόλλητες γάζες) για ένα 24ωρο, (εκτός και αν υπάρχει πρόβλημα που κάνει επιτακτική την ανάγκη διερεύνησης του χειρουργικού τραύματος π.χ. αιμορραγία). Μετά από το πρώτο 24ωρο γίνεται η αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού που τοποθετήθηκε στο χειρουργείο, το τραύμα επισκοπείται, καθαρίζεται είτε με αλκοολούχο είτε με ιωδιούχο σκεύασμα και ακολουθεί η τοποθέτηση αυτοκόλλητης γάζας η οποία μπορεί να παραμείνει μέχρι και τρεις μέρες ή μέχρι τη επόμενη αλλαγή (Endacott et.al. 2009).

Στην πράξη υπάρχει μεγάλη παραλλαγή στον τρόπο περιποίησης του τραύματος ανάλογα με τις προτιμήσεις του χειρουργού ή τι οδηγίες του τμήματος. Οι βασικές αρχές στη περιποίηση του χειρουργικού τραύματος είναι:

- κάλυψη του με αποστειρωμένο υλικό για τουλάχιστον 24 ώρες και το πολύ μέχρι 48 ώρες
- αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού υπό άσηπτες – κατά το δυνατό - συνθήκες
- καθαρισμός του τραύματος με αλκοολούχο ή ιωδιούχο διάλυμα
- επισκόπηση των ευρημάτων του τραύματος όσον αφορά στην κατάσταση του, και καταγραφή τυχόν οιδηματος, ερυθρότητας, αιμάτωματος, εκροής οροαιματηρών υγρών, εστίες νέκρωσης των χειλιών του τραύματος
- επικάλυψη του με αυτοκόλλητη γάζα

- μετά τη δεύτερη μέρα τα τραύματα μπορεί να παραμείνουν ακάλυπτα, αφού έχει ολοκληρωθεί η γεφύρωση – επιθηλιοποίηση της επιφάνειας του δέρματος της χειρουργικής τομής (στην πράξη όμως, πολλοί ασθενείς επιθυμούν να είναι καλυμμένες οι τομές τους)

- σε περίπτωση που ο ασθενής παραμένει στην κλινική το τραύμα επισκοπείται την πέμπτη μέρα για τυχόν στοιχεία διαπύησης (ερυθρότητα, οίδημα, πόνος, αύξηση θερμότητας) και νωρίτερα αν υπάρχει πυρετός, έντονος πόνος ή διαφυγή ή εκροή υγρού (αίμα, πύο, ορώδες υγρό).

- κατά κανόνα τα κλινικά σημεία διαπύησης εκφράζονται την 4η με 5<sup>η</sup> μέρα και μετά
- είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι μετά από την δεύτερη μετεγχειρητική μέρα ο ασθενής μπορεί να έρθει σε επαφή με νερό κάνοντας λουτρό σώματος, χωρίς απολύτως κανένα κίνδυνο διαπύησης τραύματος ή διαταραχών επούλωσης

- οι χειρουργικές τομές συρράπτονται και συγκλείονται στεγανά με την ένωση των δυο χειλέων του τραύματος με ένα από τους παρακάτω τρόπους

1. τοποθέτηση ραμμάτων
2. τοποθέτηση μεταλλικών κλιπ
3. εφαρμογή κόλλας τομής
4. τοποθέτηση ράμματος – ραμμάτων στο ενδόδερμα (ενδοδερμική ραφή) (Taylor et.al.2006)

Η αφαίρεση ραμμάτων γίνεται ανάλογα με την περιοχή της χειρουργικής τομής

- ο κοιλιά: 10 – 12 μέρες
- ο ράχη 15 μέρες
- ο τράχηλος – αυχέννας 4 – 6 μέρες
- ο πρόσωπο 6 μέρες
- ο τριχωτό κεφαλής 12 – 15 μέρες
- ο άκρα 12 – 15 μέρες
- ο δάχτυλα 10 μέρες (Endacott et.al. 2009)

#### **4.4 Παράγοντες κίνδυνου ανάπτυξης λοιμώξεων**

Μια από τις συχνότερες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας για ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση είναι οι λοιμώξεις. Λοίμωξη χειρουργικής θέσης ονομάζεται η λοίμωξη της χειρουργημένης περιοχής, μετά από προγραμματισμένη ή επείγουσα επέμβαση, λόγω μικροοργανισμών που ενοφθαλμίζονται στο τραύμα κατά τη

διάρκεια του χειρουργείου με αποτέλεσμα την τοπική ή και τη συστηματική αντίδραση του ξενιστή. Η αναγνώριση των ΛΧΘ περιλαμβάνει την ερμηνεία κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων. Μείζονος σημασίας σε ένα πρόγραμμα επιτήρησης ΛΧΘ θεωρείται τα κριτήρια αυτά να είναι ακριβή και προτυποποιημένα, διαφορετικά τα ποσοστά που θα παράγονται θα είναι ανακριβή και συνεπώς μη συγκρίσιμα. Το εθνικό σύστημα επιτήρησης λοιμώξεων του Κέντρου Πρόληψης και Επιτήρησης Νοσημάτων (Centers for Disease Control and Prevention) έχει δημιουργήσει προτυποποιημένα κριτήρια επιτήρησης για την αναγνώριση των λοιμώξεων χειρουργικής θέσης (Gikas et.al. 2004)

Καταλαμβάνοντας το 14–16% όλων των νοσοκομειακών λοιμώξεων, ταξινομούνται στη δεύτερη θέση όσον αφορά στη συχνότητά τους, μετά από τις λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Τα δεδομένα για τη συχνότητα των ΛΧΘ στην Ελλάδα είναι ελάχιστα, καθώς έχουν καταγραφεί σε λίγες μελέτες. Στις μελέτες αυτές φαίνεται ότι οι ΛΧΘ σε 14 ελληνικά νοσοκομεία αφορούν στο 4,5% των χειρουργικών επεμβάσεων, ποσοστό από τα υψηλότερα στη βιβλιογραφία.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη των ΛΧΘ χωρίζονται σε δύο μεγάλες ομάδες: σε παράγοντες που αφορούν στον ασθενή και σε παράγοντες που προέρχονται από το περιβάλλον και τη θέση της επέμβασης. Όσον αφορά στον ασθενή, οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν μια συνυπάρχουσα λοίμωξη σε κάποια άλλη θέση ή αποικισμό, το σακχαρώδη διαβήτη, το κάπνισμα, τη συστηματική λήψη στεροειδών, την παχυσαρκία (>20% του ιδανικού βάρους σώματος), τις ακραίες ηλικιακές ομάδες (νεογνά, υπερήλικες), την κακή θρέψη, την κακή ανοσιακή κατάσταση και την παρατεταμένη παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο πριν από την επέμβαση, καθώς και την περιεγχειρητική μετάγγιση παραγώγων αίματος. Όσον αφορά στο περιβάλλον και τη θέση της επέμβασης, παράγοντες κινδύνου θεωρούνται η χειρουργική τεχνική, η τήρηση άσηπτων διαδικασιών, η διάρκεια της επέμβασης, οι παροχετεύσεις, η πριν από την επέμβαση προετοιμασία του ασθενούς (ξύρισμα, μπάνιο), η αντιμικροβιακή προφύλαξη ο αερισμός του χειρουργείου, η αποστείρωση των εργαλείων και ο καθαρισμός του χώρου του χειρουργείου (Wilson et.al. 2007).

#### 4.5 Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Ως μετεγχειρητική επιπλοκή (ΜΤΧΕ) ορίζεται οποιαδήποτε παρέκκλιση από την αναμενόμενη – φυσιολογική μετεγχειρητική πορεία. Η ΜΤΧΕ διαφοροποιείται από την (α) απώτερη συνέπεια (after effect) μιας χειρουργικής επέμβασης, η οποία αποτελεί το

αναπόφευκτο αποτέλεσμα της (π.χ. ο ακρωτηριασμός του άκου πόδα συνεπάγεται δυσχέρεια στη βάρδιση) και (β) την αποτυχία του θεραπευτικού σκοπού (failure to treat) (π.χ. υποτροπή ενός καρκινώματος μετά από μια ανεπίπλεκτη χειρουργική επέμβαση) (Margovsky, 2007).

#### Οι ΜΤΧΕ

(α) συνιστούν ένα ιδιαίτερα ευρύ φάσμα εκδηλώσεων που έχουν ως κοινό γνώρισμα την αρνητική – σε διαφορετικό βαθμό διαβάθμισης - έκβαση της χειρουργικής επέμβασης

(β) δοκιμάζουν την σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στο ιατρό και το ασθενή

(γ) έχουν ως κύριο γνώρισμα την απογοήτευση τόσο του ασθενούς, που επιθυμεί τη απρόσκοπτη ανάρρωση) όσο και του θεράποντος ιατρού που επεδίωξε την ανάρρωση

(δ) παρατείνουν την νοσηλεία και την περίοδο επανόδου του ασθενούς στην προηγούμενη κατάσταση σου

(ε) αυξάνουν το κόστος νοσηλείας

#### Οι ΜΤΧΕ μπορεί να σχετίζονται και να αφορούν

(α) στην χειρουργική επέμβαση και συγκεκριμένα στο χειρουργικό πεδίο, αντανακλώντας την αποτυχία των χειρουργικών χειρισμών είτε όσο αφορά στο σκέλος της αποκατάστασης (δημιουργία αναστόμωσης που οδηγεί στην ρήξη της αναστόμωσης, αιμόσταση [π.χ. απολίνωση αγγείων ή καυτηριασμός αγγείων] που μπορεί να οδηγήσει σε αιμορραγία) ή

(β) σε συστηματικές επιπλοκές που σχετίζονται με το (α) (σηψαιμία μετά από ρήξη αναστόμωσης) ή αποτελούν επιπλοκές γενικού τύπου (π.χ. πνευμονία, εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση κάτω άκρου) (Moore et.al. 2002)

Ανεξάρτητα από το παραπάνω διαχωρισμό η σύγχρονη βιβλιογραφία ταξινομεί τις μετεγχειρητικές επιπλοκές στους ακόλουθους βαθμούς βαρύτητας

**1<sup>ο</sup> βαθμού:** οποιαδήποτε απόκλιση από τη αναμενόμενη φυσιολογική

μετεγχειρητική πορεία που δεν απαιτεί κανενός είδους παρέμβαση (είτε φαρμακευτική, χειρουργική ή ενδοσκοπική)

\*φάρμακα που όταν χορηγούνται δεν θεωρείται ότι υπήρξε επιπλοκή: αντιεμετικά, αντιπυρετικά, αναλγητικά, διουρητικά, ηλεκτρολύτες, φυσικοθεραπεία

**2<sup>ο</sup> βαθμού:** απαιτείται φαρμακευτική αγωγή (με εξαίρεση τα προαναφερόμενα φάρμακα)

**3<sup>ο</sup> βαθμού:** απαιτείται χειρουργική, ενδοσκοπική, ή υπό ακτινολογική υποβοήθηση παρέμβαση

**Βαθμός IIIα:** παρέμβαση χωρίς γενική αναισθησία

**Βαθμός IIIβ:** παρέμβαση υπό γενική αναισθησία

**4<sup>ο</sup> βαθμού:** απειλητική για την ζωή επιπλοκή που απαιτεί νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης

**Βαθμός IVα:** ανεπάρκεια ενός οργάνου

**Βαθμός IVβ** ανεπάρκεια πολλών οργάνων

**5<sup>ο</sup> βαθμού:** Θάνατος (Polikandrioti et.al 2011).

ΜΤΧΕ που σχετίζονται **με τη χειρουργική επέμβαση και το χειρουργικό πεδίο:**

**Αιμορραγία:**

- αιμορραγία από αγγείο (λύση απολίνωσης, μή απολίνωση του κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης)
- αιμορραγία διάχυτη από τραυματική επιφάνεια ενός οργάνου (ήπαρ, σπλήνας προϊερός χώρος)
- αιμορραγία από τροφοφόρο αγγείο οργάνου (σπλήνας)
- αιμορραγία διάχυτη από το υποδόριο από αγγείο στο υποδόριο

**Κακώσεις διεγχειρητικά:**

- κάκωση γειτονικών ανατομικών δομών κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (ουρητήρας κατά τη διάρκεια κολεκτομής, κάκωση παλλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου κατά τη διάρκεια θυροειδεκτομής, 12δάκτυλο κατά τη διάρκεια χολοκυστεκτομής, κάκωση αγγείου γειτονικού οργάνου). Η λεπτομερής αναφορά και περιγραφή της κλινικής εικόνας των περιγραφών ξεπερνάει τους στόχους του συγγράμματος. (παραπομπές χρήσιμες)

Οι δυο αυτές ομάδες ή κατηγορίες επιπλοκών εκδηλώνονται κατά κανόνα άμεσα εντός του πρώτου 24ωρου, ή στην καλύτερη περίπτωση εντοπίζονται και αποκαθίσταται διεγχειρητικά.

Αποτυχία επούλωσης χειρουργικού τραύματος:

- **αναστόμωση:** ρήξη (μερική ή ολική διάσπαση) της αναστόμωσης που μπορεί να οδηγήσει είτε σε μικρή διαφυγή περιεχομένου του αυλού του οργάνου που συννεράφη (αναστομώθηκε) (είτε εντερικό περιεχόμενο σε περίπτωση αναστόμωσης παχέως ή λεπτού εντέρου, είτε αίματος σε περίπτωση αναστόμωσης αγγείου, είτε ούρων σε περίπτωση ανατόμωσης ουρητήρων. Η κλινική εικόνα εξαρτάται από τη έκταση - μέγεθος της διάσπασης, την ποσότητα του περιεχομένου που διαρρέει προς τον περιβάλλοντα χώρο και τηνδυνατότητα του οργανισμού να περιχαρακώσει ή όχι την συλλογή.
- **χειρουργική τομή – τραύμα:** διάσπαση (μερική ή ολική) τραύματος – τομής συχνότερα σε τομές κοιλιακής χώρας και σπανιότερα σε θωρακικές τομές. Μερική



διάσπαση εκδηλώνεται με πόνο στη περιοχή της τομής, εκροή υγρών από τραύμα και μερικές φορές την προβολή ενδοκοιλιακού σπλάχνου δια της τομής.

- **Χειρουργικό πεδίο** («εν τω βάθει» περιοχή χειρουργικών χειρισμών): αποστήματα (π.χ. υφηπατικό απόστημα μετά από επέμβασεις ήπατος –παγκρέατος)
- **χειρουργική τομή - τραύμα: συλλογή τραύματος** (ύγρωμα, αιμάτωμα, εκχύμωση)
- **χειρουργική τομή – τραύμα:** διαπύση (δες μετεγχειρητική λοίμωξη)
- **χειρουργική τομή – τραύμα χειρουργική τομή – τραύμα δύσμορφη ουλή** (απώτερη επιπλοκή)
- **χειρουργική τομή – τραύμα μετεγχειρητική κήλη** (απώτερη επιπλοκή) (Speziale et.al. 2011)

#### 4.5.1 Μη ειδικές με την επέμβαση (κοινές) επιπλοκές

Οποιαδήποτε επέμβαση γενικής χειρουργικής μπορεί να οδηγήσει σε ένα ευρύ φάσμα διαφορετικής βαρύτητας επιπλοκών. Η ύπαρξη προδιαθεσικών – επιβαρυντικών παραγόντων, η σημασία της εντόπισης, του περιορισμού και της βελτίωσης των οποίων συζητήθηκε στο κεφάλαιο της προεγχειρητικής εκτίμησης – προετοιμασίας, αυξάνει τον σχετικό ή τους σχετικούς κινδύνους για τη εμφάνιση αντίστοιχων κοινού τύπου – γενικών μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Συνοπτικά ως γενικοί επιβαρυντικοί – προδιαθεσικοί παράγοντες μετεγχειρητικών επιπλοκών θεωρούνται:

- προχωρημένη ηλικία
- καταστάσεις ανοσοκαταστολής
- αλκοολισμός
- κάπνισμά
- χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
- καρδιαγγειακές παθήσεις
- αναπνευστικά νοσήματα
- πολυφαρμακία
- σακχαρώδης διαβήτης
- νεοπλασίες
- επείγουσα χειρουργική επέμβαση
- λήψη κορτικοστεροειδών
- διαταραχές θρέψης (υποσιτισμός – παχυσαρκία)

- επείγουσες καταστάσεις
- μεταγίσεις
- εμπειρία χειρουργού
- όγκος περιστατικών νοσοκομείου (Polikandrioti et.al 2011)

#### 4.5.2 Κοινές επιπλοκές κατά συστήματα

##### (α) επιπλοκές από το αναπνευστικό

- Ατελεκτασία
  - Πνευμονία
1. Εισρόφηση
    - Πλευριτικές συλλογές
    - Αναπνευστική ανεπάρκεια
    - Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενηλίκων
    - Πνευμονική εμβολή
    - Πνευμονικό οίδημα

Η εκδήλωση των προαναφερόμενων επιπλοκών είναι συνισταμένη προϋπάρχουσας παθολογίας από τους πνεύμονες (συμπεριλαμβανομένου και του καπνίσματος) και του τύπου της χειρουργικής επέμβασης και της τοπογραφίας της χειρουργικής τομής. Η αποτελεσματική αναλγησία που ευοδώνει με τις βαθιές αναπνευστικές κινήσεις και επιτρέπει τον βήχα - χωρίς να πονάει ο ασθενής την έκπτυξη των πνευμόνων σε συνδυασμό με την κινητοποίηση του ασθενούς συνιστούν τον ακρογωνιαίο λίθο για τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης επιπλοκών από το αναπνευστικό (Speziale et.al. 2011).

##### 2. Πνευμονική εμβολή

Στη σύγχρονη θεώρηση η πνευμονική εμβολή και η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση αποτελούν ενιαίο σύνδρομο που ορίζεται ως φλεβική θρομβοεμβολική νόσος (ΦΘΕΝ), αφού το 50 % (και πάνω) των ασθενών με πνευμονική εμβολή παρουσιάζει εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση (που αποτέλεσε πηγή απόσπασης του εμβόλου από τον σχηματισμό του θρόμβου) και ως εκ τούτου κάθε ασθενής με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση διατρέχει τον κίνδυνο να παρουσιάσει πνευμονική εμβολή.

Η οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και ο κλινοσταστατισμός - που αποτελεί κανόνα για τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία,- συνιστούν προδιαθεσικούς παράγοντες που ενεργοποιούν τον πηκτικό μηχανισμό ή ομοιόσταση του οποίου

διαταράσσεται όταν υπάρχει μία ή ο συνδυασμός των παρακάτω παθολογικών καταστάσεων, γνωστή και ως τριάδα του Virchow:

- βλάβη – τραυματισμός έσω χιτώνα των αγγείων
- στάση ροής αίματος
- υπερπηκτική κατάσταση

Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση για ΦΘΕΝ

· **γενικοί**

- μεγάλη ηλικία
- κλινοστατισμός
- καρδιοαναπνευστικές παθήσεις
- κίρσοι επιπολής φλεβικού δικτύου κάτω άκρου
- ενδοφλέβιοι καθετήρες

**κληρονομική θρομβοφιλία:**

- έλλειψη πρωτεΐνης C
- έλλειψη πρωτεΐνης S
- έλλειψη αντιθρομβίνης III
- διαταραχές μεταβολισμού ινωδογόνου
- υπερομοκυστιναιμία
- παροξυσμική νυχτερινή αιμοσφαιρινουρία
- μεταλλάξεις στον παράγοντα V και II

**επίκτητη θρομβοφιλία:**

- κακοήθεια
- τραύμα
- μεγάλη χειρουργική επέμβαση
- εγκυμοσύνη / λοχεία
- νεφρωτικό σύνδρομο
- συστηματικός ερυθηματώδης λύκος
- θρομβοπενία επαγόμενη από ηπαρίνη
- φλεγμονώδης νόσος εντέρου

**Ιστορικό ΦΘΕΝ**

Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) μπορεί να οδηγήσει σε αιφνίδιο – ακαριαίο θάνατο, σε ποσοστό μέχρι 2% και με 1 στους 4 θανάτους να συμβαίνει σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε χειρουργική κλινική. Η βαρύτητα της κλινικής εικόνας, και η τελική έκβαση της πνευμονικής εμβολής είναι συνάρτηση του μεγέθους του εμβόλου (που αποσπάστηκε από

τον θρόμβο του εν τω βάθει φλεβικού συστήματος των κάτω άκρων) – (και βεβαίως και το μέγεθος του αγγειακού κλάδου που αποφράχτηκε), της προϋπάρχουσας κατάστασης των πνευμόνων καθώς και τη έντασης – έκτασης της συστηματικής νευροορμονικής απάντησης που πυροδοτείται από την αγγειακή απόφραξη. Οι ασθενείς που θα επιβιώσουν της πρώτης εκδήλωσης της ΠΕ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής (Speziale et.al. 2011).

**Κλινική εικόνα:** Περισσότερο των 50 % των ασθενών παραμένουν ασυμπτωματικοί. Η ΠΕ μπορεί να εκφραστεί με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και κλινικών σημείων που να θυμίζουν έμφραγμα μυοκαρδίου, πνευμοθώρακα και πνευμονία, όπως:

- Πλευριτικός θωρακικός πόνος
- Αιφνίδια δύσπνοια
- Ταχύπνοια
- Αιμόπτυση
- Ταχυκαρδία
- Διόγκωση κάτω άκρου
- Υποξία
- Ανεπάρκεια δεξιάς καρδιάς
- Τέταρτος ήχος
- Εισπνευστικοί τρίζοντες

#### **Διάγνωση**

- Αέρια αίματος  $pCO_2 < 36 \text{ mmHg}$ ,  $pO_2 < 60 \text{ mmHg}$
- ΗΚΓ αλλοιώσεις (πνευμονικά κύματα P, δεξιόστροφος άξονας, δεξιός δεσμικός αποκλεισμός)
- Αιμοδυναμική κατάρρευση
- Ύπαρξη επιβαρυντικών παραγόντων – παραγόντων κινδύνου
- Παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος

Η τεκμηρίωση της διάγνωσης της ΠΕ γίνεται με **ελικοειδή αξονική τομογραφία** ή πνευμονική αξονική αγγειογραφία, ενώ χρήσιμη για τον αποκλεισμό άλλων επειγουσών καταστάσεων που προκαλούν αιμοδυναμική κατάρρευση, όπως ο καρδιακός επιπωματισμός, είναι η υπερηχοτομογραφία καρδιάς. Η ευαισθησία της ελικοειδούς τομογραφίας είναι 86 % (ορθώς αρνητικά ευρήματα) ενώ η ειδικότητα 92 % (ορθώς θετικά ευρήματα).

Η υπερηχοτομογραφία κάτω άκρων, αποτελεί έμμεση διαγνωστική εξέταση στη ΠΕ, αφού εκτελείται για την ανεύρεση ή τον αποκλεισμό θρόμβου στο εν τω βάθει φλεβικό

σύστημα. Συγκεκριμένα το 1/3 των ασθενών με ΠΕ έχουν θετικά ευρήματα στο υπερηχοτομογράφημα των κάτω άκρων και το 80 % αυτών παρουσιάζουν παθολογικά ευρήματα στην φλεβογραφία.

#### **Θεραπεία:**

«κλασσική» μη κλασματοποιημένη Ηπαρίνη

Ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους

Συνθετική πεντασακχαρίδη (fundaparinux)

Ανταγωνιστές βιταμίνης Κ

Θρομβολυτικοί παράγοντες (στρεπτοκινάση, ουροκινάση, ενεργοποιητής ανασυνδιασμένου ιστικού πλασμινογόνου)

Πρέπει να τονιστεί ότι η θεραπεία της ΠΕ στην ουσία αρχίζει από τη πρόληψη, όπως παρατέθηκε στο κεφάλαιο της προεγχειρητικής ετοιμασίας.

#### **Κύρια στοιχεία της πρόληψης:**

∅ Γρήγορη κινητοποίηση του ασθενούς, που ισοδυναμεί με την αποφυγή «καθήλωσης» και πολύωρης παραμονής του ασθενούς στο κρεβάτι.

∅ Ελαστικές κάλτσες

∅ Χορήγηση ηπαρίνης ή ηπαρινών χαμηλού μοριακού βάρους προληπτικά

∅ Ταυτοποίηση των ασθενών αυξημένου κινδύνου

**(β)** επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα

- Έμφραγμα μυοκαρδίου
- Αρτηριακή υπέρταση – υπερτασική κρίση
- Καρδιακή ανεπάρκεια – πνευμονικό οίδημα
- Αρρυθμίες

**(γ)** επιπλοκές από το κεντρικό νευρικό σύστημα

Αιμορραγικά – εγκεφαλικά επεισόδια εγκεφάλου

**(δ)** επιπλοκές από το γαστρεντερικό σύστημα(Polikandrioti et.al 2011)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

### 5.1 Περιεγχειρητική νοσηλευτική συμβουλευτική

Η επάρκεια και η ποιότητα της εκπαίδευσης των ασθενών πριν από την έξοδό τους από το νοσοκομείο, έχει εμφανίσει θετική συσχέτιση με την καλύτερη διαχείριση του τραύματος σε χειρουργημένους ασθενείς και με λιγότερες επισκέψεις σε περιφερικές δομές υγείας. Ο ρόλος και οι δραστηριότητες του κοινοτικού νοσηλευτή ως μέλος της γενικότερης ομάδας του τομέα της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός και επιβεβλημένος (Παπαδάτου κ.α. 1999).

Η συμβουλευτική αποτελεί τμήμα του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτών και απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή ολιστικής φροντίδας, η οποία γεφυρώνει το χάσμα μεταξύ του σώματος και του πνεύματος του ασθενούς.

Αναλυτικότερα, η Συμβουλευτική ενισχύει το θεραπευτικό αποτέλεσμα καθώς οι επαγγελματίες υγείας δεν εστιάζουν μόνον αντιμετώπιση της νόσου αλλά δίδουν σημασία στην επικοινωνία και τη σχέση μεταξύ ασθενούς και θεραπευτών. Η Συμβουλευτική είναι βίωμα των προβλημάτων του ασθενούς, όπου οι νοσηλευτές με πλήρη αυτογνωσία συμμετέχουν στην ενσυναίσθηση των ανησυχιών και των αποριών του, με διαίσθηση και φαντασία.

Αποτελεί μια βαθιά εμπιστευτική, βοηθητική και ενισχυτική σχέση μεταξύ συμβούλου και ασθενή που στηρίζεται στην κατανόηση και στο σεβασμό. Ουσιαστικά με τη συμβουλευτική δημιουργείται μια νέα δυναμική στη σχέση νοσηλευτή, ασθενή και οικογένειας. Ο διάλογος αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της σχέσης, όπου ο σύμβουλος ύστερα από προσεκτική ακρόαση θέτει παρατηρήσεις, εισηγήσεις, προκειμένου να ενισχύσει την αυτοεικόνα, την αυτογνωσία και την αυτοπεποίθηση του ατόμου και να βελτιώσει την προσωπική ψυχική του κατάσταση, δηλ., να ανακουφιστεί από τη λύπη και τη στενοχώρια, να αντιμετωπίσει θετικά κρίσιμες καταστάσεις όπως πένθος, σοβαρή ασθένεια, αναπηρία, απώλεια, κατάθλιψη, προβλήματα στην οικογένεια, στο επάγγελμα, κ.ά.

Το πρόγραμμα συμβουλευτικής παρέμβασης είναι εξατομικευμένο καθώς όση διαφορά υπάρχει στην σκέψη κάθε ανθρώπου τόση διαφορά υπάρχει και στη συμβουλευτική φροντίδα κάθε αρρώστου. Η άσκηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων απαιτεί ικανότητα για αναγνώριση και επίγνωση ακόμα και των ανεπαίσθητων αλλαγών που συμβαίνουν στον συμβουλευόμενο άνθρωπο και γενικότερα επιβάλλει στο νοσηλευτή

να παραμείνει απόλυτα επικεντρωμένος στον άνθρωπο. Η συμβουλευτική ασκείται από κατάλληλα εκπαιδευμένα και ισορροπημένα άτομα που διαθέτουν επικοινωνιακές δεξιότητες και κάνουν λεπτούς χειρισμούς προκειμένου να αποφευχθούν αρνητικές επιρροές στον τρόπο της βίωσης αυτού που συμβουλευέται. Για την καλύτερη εκπαίδευση, τα νοσηλευτικά τμήματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης πρέπει να στραφούν προς την προετοιμασία προπτυχιακών και μεταπτυχιακών μαθημάτων συμβουλευτικής. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στη Νοσηλευτική θα πρέπει να συμπεριλάβει τη διδασκαλία συμβουλευτικών δεξιοτήτων, ώστε να μπορούν οι Νοσηλευτές να εξοικειωθούν με τις συμβουλευτικές παρεμβάσεις, που μπορούν να ασκούν στα πλαίσια του νοσηλευτικού τους έργου. Επίσης, οι νοσηλευτές της κοινοτικής Νοσηλευτικής, θα πρέπει να απευθύνονται στο ευρύ πληθυσμό με συμβουλευτικά προγράμματα σε θέματα πρόληψης και αποκατάστασης. (Sarajärvi et.al. 2006).

## 5.2 Εφαρμογή της περιεγχειρητικής νοσηλευτικής συμβουλευτικής

- Προ-εγχειρητική – Συμβουλευτική Παρέμβαση
- Η προ-εγχειρητική συμβουλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει διάφορα στάδια έως την ημέρα του χειρουργείου, τα οποία συνοψίζονται ως εξής :
- Συμβουλευτική Προσαρμογής: Περιλαμβάνει τη περίοδο της εισόδου στο νοσοκομείο ώστε το άτομο να προσαρμοστεί στο εκάστοτε περιβάλλον και να αξιοποιήσει τον εαυτό του μέσα σε αυτό.
- Συμβουλευτική Επικοινωνίας και Διαπροσωπικών Σχέσεων: Περιλαμβάνει την επικοινωνία του Νοσηλευτή με το παιδί και τους γονείς, ώστε να εδραιωθεί ή σωστή ανθρώπινη σχέση και να εγκατασταθεί η σωστή επικοινωνία με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.
- Συμβουλευτική Πληροφόρηση – Εκπαίδευση: Περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών σχετικά με την επέμβαση και τα στάδια της προ-εγχειρητικής διαδικασίας όπως επίσης και την επεξήγηση των διαστάσεων της συμπεριφοράς, των προβλημάτων, των συναισθημάτων.
- Συμβουλευτική Στήριξης: Αφορά στη ψυχική στήριξη που παρέχει ο Νοσηλευτής απομακρύνοντας τους φόβους, την αβεβαιότητα και την ανησυχία για την έκβαση της νόσου. Η ενεργητική ακρόαση παρέχει ενθάρρυνση και ενίσχυση ώστε το άτομο να ανακουφισθεί από τον προεγχειρητικό φόβο.

- Συμβουλευτική Συνεργασίας: Θεωρείται απαραίτητη καθώς ο Νοσηλευτής θα πρέπει να συνεργαστεί και με άλλους επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την εγχειρητική ομάδα, όπως θεράποντα ιατρό, χειρουργό, αναισθησιολόγο, νοσηλευτή χειρουργείου και αναισθησιολογίας. Η συμβουλευτική συνεργασία απευθύνεται σε ένα τρίτο υπεύθυνο μέρος του οποίου η ενέργεια μπορεί άμεσα ή έμμεσα να επηρεάζει το συμβουλευόμενο παιδί που θα χειρουργηθεί. Αυτό το μοντέλο της προεγχειρητικής συμβουλευτικής μπορεί να τροποποιηθεί και για τους συγγενείς ή το οικείο περιβάλλον του ασθενούς (Li et.al. 2007).

### **5.3 Διεγχειρητική συμβουλευτική παρέμβαση συμβουλευτική «μετάβασης – τοποθέτησης»**

Η είσοδος του ατόμου στο χώρο του χειρουργείου από την κλινική είναι η μετάβαση σε ένα άγνωστο χώρο που κάποιες φορές τον αντικρίζει, αφού δεν είναι απαραίτητη η προνάρκωση. Η σωστή συνοδεία και συνεχής ενημέρωση μέχρι την ώρα της τοποθέτησης στο χειρουργικό τραπέζι αποτελεί ουσιαστική παράμετρο της συμβουλευτικής διαδικασίας διότι επιτρέπει στον ασθενή να σχηματίσει ένα σχήμα ή νοητική εικόνα της χειρουργικής εμπειρίας. Όσο πιο διευκρινιστικές είναι οι αισθητήριες πληροφορίες, τόσο πιο εύκολη και γρήγορη είναι η ανάρρωση.

Συμβουλευτική σε κατάσταση κρίσης – άγχους: Ως γνωστό, το περιβάλλον του χειρουργείου όπως επίσης και οι εντατικοί ρυθμοί που επικρατούν σε αυτό δημιουργούν στο παιδί έντονο άγχος και «κρίση», που μπορεί να εκφράζεται με απειλή ζωής. Για την αντιμετώπιση του άγχους συνιστάται στο χώρο αναμονής του χειρουργείου πριν την χειρουργική επέμβαση, η ακρόαση μουσικής.

Συμβουλευτική στήριξη – πληροφόρηση: Η θεραπευτική συζήτηση «θεραπεία ενόρασης» για την ανακούφιση της προεγχειρητικής ανησυχίας, θα πρέπει να συνεχίζεται και στην είσοδο του χειρουργείου από εκπαιδευμένο νοσηλευτή (Jones, 1994).

### **5.4 Μετεγχειρητική συμβουλευτική παρέμβαση συμβουλευτική μετεγχειρητικής στήριξης**

Κύριο μέλημα του νοσηλευτή είναι η εκπαίδευση και η ενθάρρυνση της ενεργού συμμετοχής.



**Συμβουλευτική:** Αφορά στις καθαρά θεραπευτικές λειτουργίες της Συμβουλευτικής που ταυτίζονται με εκείνες της Συμβουλευτικής Ψυχολογίας και της Ψυχοθεραπείας όταν αυτές είναι αναγκαίες να πραγματοποιηθούν και πάντα στα πλαίσια της εποπτείας και της διεπιστημονικής συνεργασίας.

**Συμβουλευτική για λήψη αποφάσεων:** Πολλές φορές οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται αλλάζουν την ιδεατή εικόνα του εαυτού, την εικόνα σώματος με αποτέλεσμα να βιώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση για αυτό η αξιοποίηση των δυνατοτήτων ξεχωριστά είναι δυνατή μέσω συνεχών αποφάσεων και επιλογών.

Συμβουλευτική για επίλυση προβλημάτων: Αφορά κυρίως στη χρονική περίοδο μετά την χειρουργική επέμβαση και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, όπου ο νοσηλευτής παρέχει πληροφόρηση σε θέματα αποκατάστασης ή δευτερογενούς πρόληψης.

**Συμβουλευτική ανάπτυξης δεξιοτήτων καθημερινής ζωής:** Η συμβουλευτική παρέμβαση όταν γίνεται για μεγάλο διάστημα μέσα στο χώρο του Νοσοκομείου και σε χρόνιες ασθένειες μπορεί να βελτιώσει τις επικοινωνιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και τις δεξιότητες επιβίωσης. Συχνά στα διάφορα στάδια συμπίπτουν πολλές εφαρμογές της Συμβουλευτικής για αυτό και χρειάζεται μια οργανωμένη ομάδα με οργανωτική επιτροπή, συντονιστή, επικεφαλή, μέλη που θα διασφαλίζουν εξατομικευμένο μοντέλο παροχής φροντίδας με κριτήρια δυναμικής αξιολόγησης (Sarajärvi et.al. 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

### 6.1 Κλινική περίπτωση Α΄

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Α.Γ.

Όνομα Πατρός : Χ

Φύλο : θήλυ

Ηλικία : 68 ετών

Τόπος Γέννησης : Πάτρα

Τόπος Κατοικίας : Πάτρα

Επάγγελμα : ιδιωτικός υπάλληλος

Ασφαλιστικός Φορέας : ΙΚΑ

Οικογενειακή Κατάσταση : έγγαμος

Τέκνα : 1

Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών : 1

Ημερομηνία Εισαγωγής : 10/10/2018

Διάγνωση Εισαγωγής : καρκίνος στον τράχηλο

Πηγή Ιστορικού : Ο ίδιος ο ασθενής

Ασθενής ονόματι Α.Γ. ετών 68 , προσήλθε νοσοκομείο ΠΓΝΠ. Η ασθενής είχε κλείσει ραντεβού με σκοπό να αξιολογήσει γυναικολόγος γενικές γυναικολογικές εξετάσεις και εξετάσεις για καρκινικούς δείκτες που είχε κάνει η κυρία μετά από προτροπή γενικού ιατρού.

Ο γιατρός διαπίστωσε πως τα επίπεδα του SCC καρκινικού δείκτη ήταν 50% αυξημένα, πράγμα που δηλώνει παρουσία καρκίνου στον τράχηλο. Το βασικότερο κριτήριο για την εισαγωγή της κυρίας στο νοσοκομείο ήταν το test pap το οποίο ήταν κλάσης IV-V. Η κυρία δεν είχε θορυβηθεί, καθώς δεν είχε γνώση περί της σημασίας των αποτελεσμάτων του τεστ παπ. Αποφασίστηκε να γίνει άμεση βιοψία τραχήλου, η οποία έδειξε καρκίνο σταδίου Ια και άμεση εισαγωγή στην γυναικολογική κλινική με διάγνωση καρκίνου τραχήλου μήτρας. Επιπλέον, αποφασίστηκε ριζική ολική υστερεκτομή, δεδομένου ότι ηλικιακά δεν υπήρχε δυνατότητα τεκνοποίησης.

Η ασθενής εισήχθη στο χειρουργείο στις 8.00πμ όπου υποβλήθηκε σε ριζική ολική υστερεκτομή με γενική αναισθησία και εξήχθη στις 11.00. Η ασθενής παρουσίασε γενικά καλή μετεγχειρητική πορεία. Ο γιατρός συνέστησε χημειοθεραπεία για καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας, ωστόσο η ασθενής αρνήθηκε πιστεύοντας ότι η εγχείρηση ήταν αρκετή και η ηλικία της δεν της επιτρέπει μεγαλύτερη ταλαιπωρία του εαυτού της.

Την προηγούμενη μέρα από το χειρουργείο έγιναν οι κατάλληλες ιατρικές εξετάσεις που όρισαν οι γιατροί και γενική προεγχειρητική προετοιμασία της αρρώστου. Οι νοσηλευτές μετέφεραν την ασθενή σε δίκλινο δωμάτιο, ήρεμο και φωτεινό. Φρόντισαν να είναι καθαρή και έγινε υποκλυσμός μετά από ιατρική οδηγία.

#### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Ημερομηνία Εισόδου : 10/10/2018

Ώρα Παραλαβής : 10:00

Είδος Εισαγωγής : Έκτακτη

Τρόπος Μεταφοράς : Περιπατητικός

Συνοδεύεται από : Σύζυγο

Τις πληροφορίες δίνει : Ο ίδιος ο ασθενής

#### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ**

Αλλεργίες : καμία

Λοιμώδη Νοσήματα : κανένα

Χρόνια Νοσήματα : κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής : 1 λόγω καρκίνου

#### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Από τον πατέρα: -

Από την μητέρα: Καρκίνος τραχήλου

-

#### **ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Διάγνωση εισόδου : Καρκίνος τραχήλου

#### **Ζωτικά Σημεία:**

- Αρτηριακή Πίεση = 148/74 mmHg
- Σφίξεις = 68 σφίξεις
- Θερμοκρασία = 36,6 °C
- Αναπνοές = 22/min

#### **ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

##### **ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ**

Ομιλία : καλή

Όραση : καλή

Ακοή : καλή

ΔΕΡΜΑ : κανονικό

-

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ :

Αναπνοή : φυσιολογική

Βήχας : δεν βήχει

-

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ :

Καρδιακός Ρυθμός : ρυθμικός

-

ΠΕΠΤΙΚΟ :

Δίαιτα : ελεύθερη

Όρεξη : φυσιολογική

Κένωση Εντέρου : φυσιολογική

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ : φυσιολογικό

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ :

Αυτοεξυπηρέτηση : ναι

Βάδιση : κανονική

Ιστορικό Κατάγματος : κανένα

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ : φυσιολογικό

ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :

Επικοινωνία : λεκτική και μη

-

ΝΕΥΡΙΚΟ : φυσιολογικό

Επίπεδο συνείδησης : προσανατολισμένος (τόπο- χρόνο- πρόσωπα)

-

-

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ :

Κάπνισμα : Δεν καπνίζει

Χρήση οινοπνεύματος : ναι (φυσιολογική πλαίσια)

Είδος/ποσότητα : κρασί

Ύπνος(ώρες ανά 24ωρο) : 7 ώρες

Ενδιαφέροντα : πρωινή εργασία και αγροτικές δουλείες

Ζει : με τη σύζυγο του και τα παιδιά του

**ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ :**

Έγγαμος : ναι

Τέκνα : 1

Σχέση με την οικογένεια του : υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση : μέτρια

**ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ :**

Είδος : Θυρεορμόνη

Δόση : 1 χάπι την ημέρα κάθε πρωί

Τελευταία Λήψη :

Νοσηλευτική Εκτίμηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>Η ασθενής παρουσιάζει άγχος και φόβο για την επέμβαση καθώς και τις</p>	<p>Έλεγχος επίπεδου άγχους</p> <p>- Να ελεγχθεί το άγχος και ο φόβος της έως τη στιγμή εισαγωγής στο χειρουργείο</p> <p>-</p>	<p>Επικοινωνία με τον ασθενή για τη διερεύνηση των παραμέτρων άγχους και φόβου</p> <p>-Να παρασχεθεί ενημέρωση στην ασθενή χρησιμοποιώντας απλή ορολογία, προσαρμοσμένη στο γνωστικό της επίπεδο</p> <p>-Να δοθούν συμβουλές καθώς και ψυχολογική υποστήριξη για την ρύθμιση του άγχους. (Το άγχος των συγγενών επηρεάζει άμεσα και την ασθενή)</p> <p>Να παρασχεθεί</p>	<p>-Δόθηκαν στην ασθενή οι απαραίτητες εξηγήσεις σχετικά με το χειρουργείο και δόθηκαν απαντήσεις σε όλες τις απορίες της.</p> <p>-Εξασφαλίστηκε κατάλληλο περιβάλλον, ήσυχο, με χαμηλό φωτισμό και θέρμανση</p> <p>-Να εφαρμοστούν τεχνικές χαλάρωσης όπως βαθιές αναπνοές, απόαση της προσοχής και συγκέντρωσης σε άλλα θέματα</p> <p>-Εξασφάλιση ήρεμου και</p>	<p>-η ασθενής εξωτερέκευσε τις ανησυχίες της, τους φόβους της και τα συναισθήματά της</p> <p>-η εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και οι τεχνικές χαλάρωσης συνέβαλαν στο να είναι η ασθενής ήρεμη</p>

		<p>ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος</p> <p>Να εφαρμοστούν μέθοδοι διαχείρισης του άγχους</p> <p>- Να ολοκληρωθεί ο προεγχειρητικός έλεγχος και προετοιμασία της ασθενούς χωρίς δημιουργία άγχους</p> <p>- Ενημέρωση και ακριβή, όσο γίνεται, τήρηση στο πρόγραμμα του χειρουργείου</p>	<p>αναπαυτικού περιβάλλοντος</p> <p>- Να δημιουργηθεί ζεστό και φιλικό περιβάλλον για την ασθενή</p> <p>- Να παραχθεί ψυχολογική υποστήριξη</p>	
--	--	---	---	--

Νοσηλευτική Εκτίμηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>-Χειρουργική επέμβαση</p> <p>Ολική υστερεκτομή</p>	<p>-Η ασθενής να είναι καθόλα έτοιμη για το χειρουργείο</p> <p>-Να ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση χωρίς προβλήματα-επιπλοκές</p>	<p>-Ενημέρωση ασθενούς για το είδος-σκοπό και διάρκεια του χειρουργείου</p> <p>-Τόνωση ηθικού</p> <p>-Προετοιμασία εντερικού σωλήνα, σύσταση να ουρήσει</p> <p>-Χορήγηση προνάρκωσης-αφαίρεση ξένων αντικειμένων και χειρουργική ενδυμασία στην ασθενή</p> <p>-Λήψη ζωτικών σημείων</p>	<p>-Η ασθενής ενημερώθηκε για το χειρουργείο και απαντήθηκαν όλες οι απορίες της.</p> <p>-Η ασθενής δεν σιτίστηκε και έγινε χαμηλός υποκλυσμός το πρωί, την ημέρα της επέμβασης.</p> <p>-Έγινε λήψη ζωτικών σημείων:Α.Π 120/70mmg</p> <p>Σφ: 95, Θερμ: 36,4°c, Αναπν: 21/min</p> <p>-Χορηγήθηκαν σταγόνες</p>	<p>-Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία με επιτυχία, ο υποκλυσμός απέδωσε, η ασθενής ούρησε.</p> <p>-Η μιδαζολάμη (midazolam) είναι παράγωγο της ομάδας των ιμιδαζοβενζοδιαζεπινών με κατασταλτική και υπναγωγό ενέργεια σημαντικού βάθους. Η μιδαζολάμη είναι ένας δραστικός κατασταλτικός παράγοντας που απαιτεί ρύθμιση</p>



		<p>και συμπλήρωση του προεγχειρητικού δελτίου που συνοδεύει την ασθενή</p> <p>-Καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας</p>	<p>προνάρκωσης Dormicum</p> <p>-Η ασθενής ντύθηκε με την ειδική στολή χειρουργείου</p> <p>-Συμπληρώθηκε το προεγχειρητικό δελτίο καθώς και το φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>δόσεως και αργή χορήγηση. Η ρύθμιση συνιστάται επισταμένως ώστε να εξασφαλιστεί ακίνδυνα το επιθυμητό επίπεδο καταστολής σύμφωνα με την κλινική ανάγκη, τη φυσική κατάσταση, την ηλικία και τη συγχορήγηση άλλων φαρμάκων.</p>
--	--	--	--	---

Νοσηλευτική εκτίμηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>-Χειρουργικό τραύμα</p>	<p>-Να ανακουφισθεί η ασθενής από τα συμπτώματα του τραύματος</p> <p>-Να επουλωθεί το τραύμα όσο το δυνατό γρηγορότερα</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>-Περιποίηση χειρουργικού τραύματος σύμφωνα με τις νοσηλευτικές αρχές.</p> <p>-Χρήση άσηπτης τεχνικής κατά την διάρκεια της περιποίησης καθώς και χρήση αποστειρωμένου υλικού</p> <p>-Παρακολούθηση χειρουργικού τραύματος για τυχόν αιμορραγία</p> <p>-Να δοθεί στην ασθενή κατάλληλη θέση έτσι ώστε να έχουμε χαλάρωση των μυών και άρση της πίεσης στο χειρουργικό τραύμα</p>	<p>-Ζωτικά σημεία: Α.Π.100/70 mmHg</p> <p>Σφ.: 96/min</p> <p>Θερμ: 36,1°c</p> <p>Αναπν. 16</p> <p>-Έγινε περιποίηση του τραύματος με άσηπτη τεχνική και χρήση αποστειρωμένου υλικού</p>	<p>-Δεν παρατηρήθηκαν σημεία μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος</p> <p>-Δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές από το χειρουργικό τραύμα</p> <p>-Παρατηρήθηκε σταδιακή επούλωση του τραύματος</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση χειρουργικού τραύματος και της ασθενούς για να αποφευχθούν οι επιπλοκές από το τραύμα</p>

--	--	--	--	--

## 6.2 Κλινική περίπτωση Β΄

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Ν.Κ

Όνομα Πατρός : Δ.

Φύλο : θήλυ

Ηλικία : 75 ετών

Τόπος Γέννησης : Πάτρα

Τόπος Κατοικίας : Πάτρα

Επάγγελμα : Συνταξιούχος

Ασφαλιστικός Φορέας : Δημοσίου

Οικογενειακή Κατάσταση : έγγαμος

Τέκνα : 3

Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών : 2

Ημερομηνία Εισαγωγής : 15/09/2018

Διάγνωση Εισαγωγής : καρκίνος παχέος εντέρου

Πηγή Ιστορικού : Ο ίδιος ο ασθενής

Ασθενής ηλικίας 75 ετών εισήχθη νοσοκομείο στο ΠΓΝΠ προκειμένου να υπεβληθεί σε επέμβαση αφαίρεσης όγκου. Ο ασθενής τα τελευταία πέντε χρόνια είχε παρουσιάσει πολύποδες οι οποίοι στην πορεία διαφοροποιήθηκαν. Ο ασθενής παρουσίασε αιμορραγία από τον πρωκτό, αναιμία και κοιλιακό άλγος. Μετά από μια σειρά εξετάσεων όπως κολonosκόπηση, αξονική τομογραφία παχέος εντέρου και μετά από τα αποτελέσματα της βιοψίας ιστού ο ασθενής διαγιγνώσθηκε με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Κατόπιν εντολής ιατρού ο ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση προκειμένου να αφαιρεθεί ο όγκος του. Τα συμπτώματα τα οποία παρουσίασε προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά ήταν τα εξής:

Φόβος-άγχος

Πόνος

Πυρετός

Ψυχολογική εξάντληση/ προβλήματα ύπνου

### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Ημερομηνία Εισόδου : 10/10/2018

Ώρα Παραλαβής : 1100

Είδος Εισαγωγής : Έκτακτη

Τρόπος Μεταφοράς : Οδικώς

Συνοδεύεται από : Τέκνα

Τις πληροφορίες δίνει : Ο ίδιος ο ασθενής

-

### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ**

Αλλεργίες : καμία

Λοιμώδη Νοσήματα : κανένα

Χρόνια Νοσήματα : κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής : 2 λόγω καρκίνου

### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Από τον πατέρα: - Ζαχαρώδης διαβήτης

Από την μητέρα: -

-

### **ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Διάγνωση εισόδου : καρκίνος παχέος εντέρου

#### **Ζωτικά Σημεία:**

- Αρτηριακή Πίεση = 138/64 mmHg
- Σφίξεις = 72 σφίξεις
- Θερμοκρασία = 38,5 °C
- Αναπνοές = 22/min

### **ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

#### **ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ**

Ομιλία : καλή

Όραση : καλή

Ακοή : καλή

**ΔΕΡΜΑ** : κανονικό

-

#### **ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ** :

Αναπνοή : φυσιολογική

Βήχας : δεν βήχει

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ :

Καρδιακός Ρυθμός : ρυθμικός

-

ΠΕΠΤΙΚΟ :

Δίαιτα : ελεύθερη

Όρεξη : φυσιολογική

Κένωση Εντέρου : φυσιολογική

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ : φυσιολογικό

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ :

Αυτοεξυπηρέτηση : ναι

Βάδιση : κανονική

Ιστορικό Κατάγματος : κανένα

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ : φυσιολογικό

ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :

Επικοινωνία : λεκτική και μη

-

ΝΕΥΡΙΚΟ : φυσιολογικό

Επίπεδο συνείδησης : προσανατολισμένος (τόπο- χρόνο- πρόσωπα)

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ :**

Κάπνισμα : Καπνίζει

Χρήση οινόπνεύματος : οχι

Είδος/ποσότητα : -

Ύπνος(ώρες ανά 24ωρο) :5 ώρες

Ενδιαφέροντα : Επισκέψεις στο καφενείο

Ζει : μόνος του

**ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ :**

Έγγαμος : ναι

Τέκνα : 2

Σχέση με την οικογένεια του : υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση : καλή

**ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ :**

Είδος : -

Δόση : -

Τελευταία Λήψη :

-

Νοσηλευτική εκτίμηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>Φόβος και άγχος (προεγχειρητικά.)</p> <p>Ενημέρωση ασθενούς για την χειρουργική επέμβαση/ Συμβολή ψυχολόγου και ψυχιάτρου</p>	<p>Εξάλειψη της αγωνίας και του άγχους.</p> <p>Πλήρης ενημέρωση του ασθενούς</p>	<p>Να πραγματοποιηθεί ηθική και ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό την εκτόνωση και την ψυχολογική στήριξη του.</p> <p>Παροχή στήριξης από ψυχολόγους ή ψυχιάτρους.</p>	<p>Δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης και πολύωρη συζήτηση με τον ασθενή.</p> <p>Χορηγήθηκε tabletLexotanil1,5 mg μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Δόθηκαν απαντήσεις στον ασθενή, σχετικά με τον σκοπό και την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης.</p>	<p>Το άγχος της ασθενούς περιορίστηκε.</p> <p>Ύστερα από την συζήτηση με τον ψυχολόγο της κλινικής η ασθενής δέχτηκε να πραγματοποιηθεί η επέμβαση.</p>
Νοσηλευτική εκτίμηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
Εισαγωγή ασθενούς στο	Προεγχειρητική	Ιδανική τοποθέτηση του	Ορθή τοποθέτηση	Το άγχος της ασθενούς





			Παροχή στον αναισθησιολόγο πρόσβασης χωρίς εμπόδια στον αεραγωγό του ασθενούς	
--	--	--	--	--

Νοσηλευτική εκτίμηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>Πυρετός 38,5 ο C</p>	<p>Να ανακουφισθεί ο ασθενής από τον πυρετό.</p> <p>Προστασία ασθενούς από τον κίνδυνο επιπλοκών</p> <p>Πρόληψη των επιπλοκών</p>	<p>Να τεθεί ο ασθενής σε τακτή θερμομέτρηση και να καταγραφούν οι τιμές στο θερμομετρικό διάγραμμα, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p> <p>Να τοποθετηθούν χλιαρά – ψυχρά επιθέματα στον ασθενή κατά τη διάρκεια της πυρετικής κίνησης.</p> <p>Προστασία ασθενούς από ρεύματα για την αποφυγή πνευμονίας.</p>	<p>Γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και της θερμοκρασίας ανά 3ωρο</p> <p>Χορηγήθηκε 1amp Aprotel (αντιπυρετική δράση- παρακεταμόλη) κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p>	<p>Η θερμοκρασία του ασθενούς μειώθηκε και επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα (36,8οC)</p> <p>Οι επιπλοκές</p>

			Τοποθετήθηκε η κλίνη του ασθενούς σε σημείο που αποφεύγονται τα ρεύματα	προλήφθηκαν
--	--	--	---	-------------

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά τόσο στο νοσοκομειακό περιβάλλον όσο και στην κοινότητα είναι ζωτικής σημασίας για την ασφάλεια των ασθενών και διαδραματίζει βασικό νοσηλευτικό ρόλο. Η προσεκτική προετοιμασία μπορεί να ελαχιστοποιήσει το άγχος και, ως εκ τούτου, τις σωματικές επιδράσεις και να εξασφαλίσει ότι οι ασθενείς θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν. Αυτό περιλαμβάνει μια σειρά διαδικασιών όπου στόχος είναι ο περιορισμός της μετεγχειρητικής καταπόνησης (του αποκαλούμενου χειρουργικού στρες) σε όσο περισσότερο γίνεται χαμηλότερα επίπεδα, η ομαλή αποκατάσταση του ασθενούς στην προ του χειρουργείου κατάσταση, καθώς και η εντόπιση και έγκαιρη αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Ωστόσο, στο ελληνικό σύστημα υγείας δεν υπάρχουν συστηματικές μετρήσεις των αναγκών των ασθενών καθώς και συγκριτικές μελέτες σχετικά με αυτό το θέμα. Οι κύριοι παράγοντες που υπονομεύουν την εκτίμηση των αναγκών των ασθενών είναι η έλλειψη χρόνου όσον αφορά τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό ενώ όσον αφορά τους ασθενείς θα μπορούσε να είναι το είδος και η σοβαρότητα της νόσου ενώ μπορεί να επηρεάζουν και ορισμένοι δημογραφικοί παράγοντες όπως η προσωπικότητα, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση κλπ.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει ένα πλάνο εφαρμογής, προς οποιοδήποτε άτομο χρήζει βοήθειας είτε βρίσκεται στο προεγχειρητικό – διεγχειρητικό ή μετεγχειρητικό στάδιο. Η εφαρμογή της Νοσηλευτικής επιδιώκει με την ανάπτυξη της επικοινωνίας μέσα από πολυσύνθετα κανάλια, ανάμεσα σε εργαζόμενους νοσηλευτές και ασθενείς και ανάμεσα σε εργαζόμενους στο γενικότερο σύστημα της Νοσηλευτικής Φροντίδας να βελτιώσει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών και να αυξήσει το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευομένων και των οικογενειών τους.

Βασικοί άξονες για το μέλλον αποτελούν:

- Ø Βελτίωση γνώσεων ασθενών στην διαχείριση των χειρουργικών ασθενών
- Ø Πλήρης επαναπροσδιορισμός των καθηκόντων του νοσηλευτή

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aescbanch A, Mekhail, (2000). Common nerve blocks in chronic pain management. *Clinical Anesthesiology, North America*.
- Akbarzadeh F, kouchaksaraei FR, Bagheri Z, Ghezel M. (2010). Effect of Preoperative Information and Reassurance in Decreasing Anxiety of Patients Who are Candidate for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Eur Psychiat*
- Alfredsdottir H, Bjornsdottir K (2008) Nursing and patient safety in operating room. *J Adv Nurs*, 61(1):29–37.
- Chetty. V.J. Ehlers. (2009) Orthopaedic patients' perceptions about their pre-operative information *Curationis*. 32 (4): 55-60
- Culyer A. (1998) Need--is a consensus possible? *J Med Ethics*. 24(2):77–80
- Davidson PM., Macdonald P., Moser DK., Ang E., Paull G., Choucair S., (2007) Cultural diversity in heart failure management: findings from the DISCOVER study (Part 2). *Contemp Nurse* ;25(1-2):50-61.
- DeWit, S. (2013). Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας. 3 η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, Λαγός Δημήτριος.
- Donabedian A.(1966) Assessment and measurement of quality assurance in healthcare. *Milbank Memorial Fund Quarterly* , 44:194–196
- Endacott R, Jevon P, & Cooper S (2009) *Clinical Nursing Skills Core and Advanced*. 1st Ed. New York : Oxford University Press
- Ewles L. and Simnett I. (1992). *Promoting Health: A Practical Guide*. Scutari Press, Harrow.
- Fesler-Birch E (2010) Perioperative Nurses' Ability to Think Critically. *Quality Management in Health Care* , 19(2):137–146.
- Gikas A, Roubelaki M, Padiaditis J, Nikolaidis P, Levidiotou S, Kartali S (2004) Prevalence of nosocomial infections after surgery in Greek hospitals: Results of two nationwide surveys. *Infect Control Hosp Epidemiol* 25:319–324
- Janzen J, Hadjistavropoulos H. (2008) Examination of negative affective response to waiting for surgery. *Can J Nurs Res* 40(4):72-91
- John E., Tetzlaff, (2002), *Peripheral Nerve Blocks*, G. Edward Morgan .Jr, Maged S. Mikhail, Michael J Murray, Philip Larson Jr, *Clinical Anesthesiology*, Mc Graw-Hill, Chicago, 283-308.
- Jones D. (1994) The effect of parental participation on hospitalized child behavior. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 17(2):81 –92
- Koutelekos I. (2015) The need for communication between health professionals and patients. *Perioperative nursing* ; 4(1):1-2.

- Levy D. (2006). Emergency caesarean section best practice, *Anaesthesia*, University of Maryland, America. 167-184
- Li HC, Lopez V, Lee TL. (2007) Psychoeducational preparation of children for surgery: the importance of parental involvement. *Patient Educ Couns* 65(1):34-41.
- Madhok R. (2002) Crossing the quality chasm: Lessons from health care quality improvement efforts in England. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*
- Margovsky A. (2007) Unplanned admission in day-case surgery as a clinical indicator of quality assurance. *Australian & New Zealand Journal of Surgery* 70(3):216-220.
- McDonnell B. (2009). Cardiopulmonary arrest in pregnancy: two case reports of successful outcome in association with perimortem caesarean delivery. *Br. J Anesthesia*, London.
- McKie A. (2004) Ethical reflections in an organizational and technological world. *Br J Perioper Nurs* 14(3):114– 120.
- Miner-Williams D. (2006) Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *J Clin Nurs*. 15(7):811- 21.
- Minnick AF, Donaghey B, Slagle J, Weinger MB (2011) Operating room team members' views of workload, case difficulty, and nonroutine events. *J Healthc Qual* 2011, 34(3):16–24
- Moore J, Ziebland S, Kennedy S. (2002) People sometimes react funny if they're not told enough: women's views about the risks of diagnostic laparoscopy. *Health Expectations* 5(4):302-309
- Nichols RL. (2004) Current strategies for prevention of surgical site infections. *Curr Infect Dis Rep*, 6:426–434
- Pandhi N., Bowers B., Chen FP. (2007) A comfortable relationship: a patient-derived dimension of ongoing care. *Fam Med*. 39(4):266–273.
- Perks A, Chakravarti S, Manninen P. (2009) Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *J Neurosurg Anesthesiol* 21(2):127-130
- Polikandrioti M, Ntokou M. (2011) Needs of hospitalized patients. *Health science journal*.5(1):15-22.
- Rosen S, Svensson M, Nilsson U. (2009) Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. *J Perianesth Nurs* 23(4):237-246.
- Sarajärvi A, Haapamäki ML, Paavilainen E. (2006) Emotional and informational support for families during their child's illness. *Int Nurs Rev*. 53(3):205-10.
- Sawhney M. (2012). Epidural analgesia: What nurses need to know. *Nursing*, Philadelphia, USA 42 (8), 36-41

- Speziale H.S, Streubert H.J, Carpenter D.R. (2011) *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Lippincott Williams & Wilkins, USA
- Sweeny P. (2010) *The Effects of Information Technology on Perioperative Nursing*. *AORN Journal* 92(5):528- 40.
- Taylor C., Lillis C., LeMone C. (2006) *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής Τόμος ΙΙ*. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- Wilson J, Ramboer I, Suetens C. (2007) *Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance (HELICS). Inter-country comparison of rates of surgical site infection – opportunities and limitations*. *J Hosp Infect* 65(Suppl 2):165–170
- Κουτελέκος Ι. (2013) *Ασφάλεια ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*,1(1):1-2.
- Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου, Μ. (2008). *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα*
- Ραγιά, Α., (2009). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. 7 η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, Γιάννης Παρισιάνος.
- Στεφανίδου Σπ., Γερογιάννη Γ. (2012). *Ανάγκη της πληροφόρησης νοσηλευόμενων ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 1(1)15-23
- Τούντας Γ.Κ. ( 2004). *Προαγωγή Υγείας*  
Διαθέσιμο στο  
[http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pubaspis/%CE%91%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE\\_%CE%BA%CE%B1%CE%B9\\_%CE%A0%CF%81%CE%BF%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE.htm#%CE%95%CE%99%CE%A3%CE%91%CE%93%CE%A9%CE%93%CE%971](http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pubaspis/%CE%91%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE_%CE%BA%CE%B1%CE%B9_%CE%A0%CF%81%CE%BF%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE.htm#%CE%95%CE%99%CE%A3%CE%91%CE%93%CE%A9%CE%93%CE%971)