

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
“ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ
ΣΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΟΙΛΙΑΣ ”



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΚΑΣΣΗ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΚΕΛΕΜΠΕΛΗ ΝΤΟΙΝΑ
ΤΖΕΟΡΤΖΙΑΝΑ-ΚΙΡΙΛΑ ΠΑΡΑΣΚΙΒΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΡΙΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2020

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η ανάλυση των επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν μετά από το χειρουργείο της κοιλίας. Επίσης θα εξετάσουμε αναλυτικά το ρόλο του νοσηλευτή και τη βοήθειά του στον ασθενή σε αυτή την περίπτωση.

Υλικό-Μέθοδος: Η εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. Για τη συλλογή πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε το Pubmed, το Google Scholar όπως και πολλά επιστημονικά βιβλία και άρθρα.

Αποτελέσματα: Το χειρουργείο είναι σημαντικό για την αντιμετώπιση σοβαρών περιστατικών. Ο οργανισμός τότε του χειρουργημένου ασθενούς καταπονείται αρκετά. Στις μέρες μας οι μετεγχειρητικές επιπλοκές αποτελούν συχνό φαινόμενο στην κλινική πράξη. Ο νοσηλευτής έχει ενεργό ρόλο σε όλο το χειρουργείο και συνεισφέρει στην ομαλή ολοκλήρωση της επεμβατικής διαδικασίας και στην αποκατάσταση του τραύματος.

Συμπεράσματα: Πολλές φορές μετά το χειρουργείο μπορούν να συμβούν διάφορες επιπλοκές όπως να εμφανιστεί διαπύση της πληγής και μετεγχειρητικές λοιμώξεις. Ο νοσηλευτής πρέπει να προσέχει τον ασθενή, να παρακολουθεί και να φροντίζει το τραύμα του.

Λέξεις Κλειδιά: μετεγχειρητικές επιπλοκές, ο ρόλος του νοσηλευτή, φροντίδα του μετεγχειρητικού τραύματος

Ευχαριστίες

Σε όλη την πορεία της φοίτησής μου δέχτηκα τη στήριξη τόσο της οικογένειάς μου όσο και των καθηγητών μου.

Έρθε η ώρα λοιπόν να τους ευχαριστήσω δημόσια, από τα βάθη της καρδιάς μου. Επίσης θέλω να εκφράσω πολλές ευχαριστίες στο άτομο που με βοήθησε να συγγράψω την πτυχιακή μου εργασία δηλαδή στην υπεύθυνη καθηγήτριά μου.

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη.....	2
Ευχαριστίες.....	3
Περιεχόμενα.....	4

Κεφάλαιο Πρώτο: Τραύμα

1.1. Εισαγωγή.....	6
1.2. Ορισμός τραύματος.....	6
1.3. Ιστορική Αναδρομή.....	7
1.4. Μορφές Τραύματος.....	9
1.5. Αίτια τραύματος.....	13

Κεφάλαιο Δεύτερο: Χειρουργικό Τραύμα

Ορισμός του Χειρουργικού Τραύματος.....	15
2.2. Διαδικασία Επούλωσης Τραύματος.....	16

Κεφάλαιο Τρίτο: Κοιλιακή Χώρα

3.1. Εισαγωγή στην Κοιλιακή Περιοχή.....	18
3.2. Ανατομία Κοιλιακής Περιοχής.....	18
3.3. Προβλήματα Κοιλίας και η Χειρουργική τους Αντιμετώπιση.....	20

Κεφάλαιο Τέταρτο: Μετεγχειρητικές Επιπλοκές και Λοιμώξεις

4.1. Μετεγχειρητικές Επιπλοκές.....	27
4.2. Διάσπαση Τραύματος.....	31
4.2.1. Πύον – Αιμάτωμα – Εξίδρωμα.....	32
4.3. Μετεγχειρητικές Λοιμώξεις.....	33
4.4. Μετεγχειρητικός Πόνος.....	35

Κεφάλαιο Πέμπτο: Ο ρόλος του Νοσηλευτή

5.1. Γενικά Χαρακτηριστικά για το ρόλο του Νοσηλευτή.....	37
---	----

5.2. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Προεγχειρητική Φροντίδα.....	37
5.3. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Διεγχειρητική Φροντίδα.....	39
5.4. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη Μετεγχειρητική Φροντίδα και στη Διαχείριση Επιπλοκών.....	40
5.4.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Πληροφόρηση του Ασθενούς.....	41

**Κεφάλαιο Έκτο: Αξιολόγηση Κλινικής Μέριμνας και η Κατάσταση στα Δημόσια
Νοσοκομεία της Ελλάδας**

6.1. Κριτήρια αξιολόγησης Κλινικής Μέριμνας.....	44
6.2. Σημερινή Κατάσταση στα Δημόσια Νοσοκομεία.....	45

Κεφάλαιο Έβδομο: Μεθοδολογία της παρούσας εργασίας

7.1. Σκοπός της.....	47
Υλικό και στρατηγική αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκε	47

Κεφάλαιο Όγδοο: Αποτελέσματα

8.1. Τα αποτελέσματα από τη μελέτη.....	53
---	----

Κεφάλαιο Ένατο: Συζήτηση-Συμπεράσματα

9.1. Συζήτηση.....	57
9.2. Συμπεράσματα.....	59

Βιβλιογραφία

Ελληνική.....	60
Διεθνής.....	63
Ηλεκτρονική (διαδίκτυο).....	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Τραύμα

1.1. Εισαγωγή

Στη σημερινή εποχή ατυχήματα και διάφοροι τραυματισμοί συμβαίνουν δυστυχώς όλο και περισσότερο. Κάποιες φορές μπορούν να αντιμετωπιστούν εύκολα, ενώ άλλες μπορεί να οδηγηθεί το άτομο στο θάνατο.

Περιστατικά με διάφορους τραυματισμούς παρατηρούνται από την αρχαιότητα και ειδικά από την Ομηρική εποχή. Τότε γνωστοί ιατροί ήταν οι γιοί του Ασκληπιού, Μαχάων και Ποδαλείριος. Οι πληγές μπορεί να είναι ανοιχτές ή κλειστές (Οικονόμος, 1978).

Όταν χρειάζεται να παρέμβει ο χειρουργός για να αφαιρέσει το όργανο που ασθενεί αρκετά και θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου, το τραύμα που δημιουργείται ονομάζεται χειρουργικό. Το άτομο μετά από το χειρουργείο είναι καταπονημένο τόσο από τον πόνο που νιώθει όσο και από το είδος της επέμβασης που υποβλήθηκε. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί η πληγή να θρέψει εύκολα μπορεί όμως να προκύψουν και πολλές επιπλοκές οι οποίες διακρίνονται σε τοπικές όταν επικεντρώνονται στο σημείο του σώματος που γίνεται η τομή και σε συστηματικές όταν πλέον επηρεάζουν τη λειτουργία οργάνων που είναι υγιή και δεν σχετίζονται με την ίδια την επέμβαση. Μετά το χειρουργείο στην κοιλιακή χώρα ενδέχεται να προκύψει από διάχυτη περιτονίτιδα και απόστημα μέχρι και διαπύση του τραύματος, μεγάλη αιμορραγία και να κινδυνεύσει η ζωή του ασθενούς.

Τέλος, ο ρόλος του νοσηλευτή με τις γνώσεις και την εγρήγορση που πρέπει να διαθέτει, είναι βασικός στην αντιμετώπιση τραυμάτων. Πρέπει να στηρίζει τον ασθενή και να παρακολουθεί συνέχεια την πορεία της υγείας του.

1.2. Ορισμός Τραύματος

Ως τραύμα ορίζεται το αποτέλεσμα εφαρμογής βίας στο ζώντα ιστό. Όσον αφορά τα δερματικά τραύματα αυτά ορίζονται ως λύση της συνέχειας των 4 επιπέδων του ιστού του δέρματος (επιδερμίδα-δερμίδα-ορογόνο χιτώνας) (Βώρος, 2014). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας εννοούμε ότι καταστρέφονται απότομα οι ιστοί των εσωτερικών ή εξωτερικών οργάνων (Γκούβας, 2000). Συχνό είναι το φαινόμενο να

τραυματίζονται από μόνα τους τα άτομα, αλλά και να πέφτουν θύματα επιθέσεων. Αν ο τραυματισμός είναι σοβαρός, η μαζική αιμορραγία και απώλεια δραστικού όγκου, μπορεί να αποβούν μοιραία για τη ζωή. Υπάρχουν διάφορα είδη τραυμάτων ανάλογα με τον τρόπο που προκλήθηκαν. Ο κάθε πολιτισμός με γραπτή ιστορία φροντίζει διαφορετικά να θεραπεύσει τα τραύματα.

Διάφορα ξαφνικά και θλιβερά γεγονότα φθείρουν την ψυχολογία μας και κλονίζουν τον εσωτερικό μας κόσμο. Σε αυτή την περίπτωση κάνουμε λόγο για ψυχολογικό τραύμα το οποίο οποίο χαράσσεται για πάντα στη μνήμη μας.

Τέλος, όταν υποβάλλεται κάποιος σε χειρουργική επέμβαση όπου γίνεται διάνοιξη του δέρματος και δεν υπάρχει ένωση στους ιστούς, τότε η τομή που θα σχηματιστεί, είναι το λεγόμενο χειρουργικό τραύμα (Ανδρουλάκης, 2001).

1.3. Ιστορική Αναδρομή

Σύμφωνα με ιστορικές πηγές αναφορά στα τραύματα γινόταν από την αρχαιότητα .

Συγκεκριμένα γύρω στο 25000 π.Χ. αναφέρεται βιβλιογραφικά το πρώτο περιστατικό τραυματισμένου ανθρώπου από βέλη σε σπηλιά στην ανατολική Ισπανία. Από το 3000 π.Χ, οι Αιγύπτιοι έβαζαν πάνω στις πληγές για να θρέψουν πιο γρήγορα μέλι το οποίο με την ινχιδίνη που περιέχει δρα κατά των βακτηρίων (Yawn et al., 2012). Οι λαοί της Μεσοποταμίας και οι Αιγύπτιοι αλλά κυρίως οι πολιτισμοί των επόμενων χρόνων έδιναν μεγάλη έμφαση στην απολύμανση των χώρων όπου δραστηριοποιόντουσαν, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τους Αρχαίους Έλληνες, τους Ρωμαίους και τους Ισραηλίτες που έκαigan αρωματικά ξύλα και θείο. (Αποστολοπούλου, 1997).

Η πρώτη χειρουργική επέμβαση πραγματοποιήθηκε το 2500 π.Χ. Για να θεραπεύσουν τα σοβαρά τραύματα κάποιου, του έκαναν χειρουργείο και του αφαιρούσαν το όργανο που είχε τραυματιστεί και το αντικείμενο που προκαλούσε τη δυσλειτουργία όπως ένα κομμάτι γυαλί στην περίπτωση που είχε κοπεί κάποιος και είχε μείνει υπόλειμμα από το υλικό μέσα του. Στα χειρουργικά εργαλεία εντάσσονται ψαλίδια, νυστέρια, τσιμπίδες, λαβίδες, φρέζες, τροχήλατα (Ομπέση, 2005).

Πολλοί από τον 8^ο αιώνα π.Χ. χτυπούσαν στα χέρια, στα πόδια, στο θώρακα και στο κεφάλι. Το 1100-750 π.Χ. οι άνθρωποι θεωρούσαν ότι κάποιος τραυματισμός μπορεί να συμβούν από επιπολαιότητα, να μην θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή μας και άλλοι να είναι επικίνδυνοι (Χατζηνικολάου & Σκανδαλάκη, 2007). Ο σημερινός όρος “ιατρός” προέρχεται

από το ρήμα «ιάομαι -ιώμαι» δηλαδή από το θεραπεύω για αυτό τότε τον αποκαλούσαν “ιητήρ” (Κουρκούτα, 2010). Οι κυριότεροι ιητήρες ήταν ο Μαχάων και ο Ποδαλείριος δηλαδή τα παιδιά του Ασκληπιού. Από την άλλη, την περίοδο του Μεσαίωνα (476-1492 μ.Χ), διακεκριμένος ιατρός και χειρουργός ήταν ο Henri de Mondeville από την Caen της Γαλλίας, ο οποίος σαν βασικό μέσο για το έργο που παρήγαγε, είχε το κρασί και άλλα ποτά (“Henri de Mondeville”, 2020).

Στόχος των ειδικών ήταν η άμεση θεραπεία του τραύματος και η ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο. Πολλοί τραυματίζονταν τότε από ιούς δηλαδή βέλη. Τότε οι θεραπευτές τους έβγαζαν αμέσως τη μυτερή πλευρά του αντικειμένου που είχε εισχωρήσει στον οργανισμό και αναλάμβαναν το σχολαστικό καθαρισμό της πληγής για να μείνουν μικρόβια. Για την αντισηψία χρησιμοποιούσαν το ξύδι, το κρασί, το θαλασσινό νερό και το θερμό λάδι (Λασκαράτος, 2004). Πίστευαν ότι τα φύλλα δέντρων, τα διάφορα στυπτικά προϊόντα που βοηθούν στη ενδυνάμωση και σφίξη του ιστού όπως καρποί βελανιδιάς, θα σταματούσαν την αιμορραγία (Λυπουρλής, 2008). Στο τέλος έδεσαν το τραύμα με σφενδόνη που το υλικό της ήταν από πρόβατο (Γκουγκουλής, 2011). Στους επιδέσμους σαν δραστικό υλικό υπήρχε και ο άργυρος.

Στους πολέμους, αν τραυματιζόταν κάποιος την ώρα που πολεμούσε, τον περιποιόταν ένας από τους συμπολεμιστές του, όπως συνέβη και στον Τρωικό πόλεμο με τον τραυματισμό του Μενελάου, που τον φρόντισε ο Μαχάων (Ρηγάτος, 2006; Lyons & Petrucelli, 1987). Επιπλέον στον τραυματισμό του Πάτροκλου, ο Αχιλλέας τον βοήθησε και του έδεσε την πληγή με επίδεσμο.



Εικόνα 1. Ο Μαχάων φροντίζει τον τραυματισμένο Μενέλαο («Ο χειρουργός του Ομήρου»),

Στη σημερινή εποχή υπάρχουν τα νοσοκομεία, οι κλινικές και τα κέντρα υγείας όπου παρέχεται βοήθεια στους αρρώστους, ενώ παλαιότερα σαν τέτοιοι χώροι λειτουργούσαν οι σκηνές. Για τη θεραπεία τους οι ασθενείς, τον 7^ο -6^ο π.Χ μεταχειρίζονταν διάφορα βότανα. Ειδικότερα υπήρχαν αυτά που οδηγούσαν κάποιον στο θάνατο και αυτά που ήταν ελαφρά, τα λεγόμενα παυσίπονα. Χρησιμοποιούσαν βότανα που τους έφτιαχναν τη διάθεση και τους έδιωχναν τη λύπη και την απαισιοδοξία. Υπήρχαν τα λυγρά φάρμακα και το νηπενθές που βοηθούσαν στην ηρεμία του νευρικού συστήματος καθώς αναπτυσσόταν σεροτονίνη. Προκαλούσαν βέβαια απώλεια μνήμης. Δρούσαν εύκολα και γρήγορα σε κάποιον που έπινε ταυτόχρονα κρασί. Για την αναισθησία είχαν το μανδαγόρα. Για τα κοιλιακά προβλήματα χρησιμοποιούσαν βασιλικό, χαμομήλι, κύμινο και μάραθο. Γνωστά παραδείγματα για την χρήση αυτών των φαρμάκων συναντάμε στην Οδύσσεια με τη μάγισσα Κίρκη που έριξε κάποιο βότανο μέσα στο ρόφημα των συντρόφων του Οδυσσέα εκτός από τον Ευρύλοχο. Με τον ίδιο τρόπο ενήργησε και η ωραία Ελένη ρίχνοντας την ουσία στο κρασί που έπιναν ο Τηλέμαχος και οι σύντροφοί του, για να μην είναι δυστυχισμένοι που έλειπε ο Οδυσσέας (Μυρωνίδου & Τζουβελέκη, 2009: 124–129).

Τέλος στην αρχαία Ελλάδα όλοι ήξεραν πώς να ανταπεξέλθουν σε μια ασθένεια, σε έναν τραυματισμό. Ο πατέρας όμως της Ιατρικής ήταν ο Ιπποκράτης, ο οποίος βοήθησε στην ανάπτυξη της ιατρικής και της χειρουργικής, με την ανακάλυψη ασθενειών, με την εφεύρεση πολλών χειρουργικών εργαλείων και την πραγματοποίηση δύσκολων χειρουργικών επεμβάσεων όπως εγχείριση θώρακος. Στη συνέχεια διακρίθηκαν και άλλοι Έλληνες γιατροί όπως ο Γαληνός που τόνισε ότι όταν η πληγή διατηρείται υγρή διασφαλίζεται το κλείσιμό της, ο Ξενοκράτης και ο Κέλσος (Χατζηνικολάου & Σκανδαλάκη 2007).

1.4. Μορφές Τραύματος

Το τραύμα δεν περιορίζεται σε έναν συγκεκριμένο τύπο ιστό αλλά μπορεί να προσβάλει τόσο το δέρμα και τις ανοιχτές κοιλότητες όσο και τα σπλάχνα (Βώρος, 2014). Υπάρχουν διάφορα είδη τραυμάτων. Πιο συγκεκριμένα γνωστά είναι τα εσωτερικά τραύματα όπου πλήττονται τα εσωτερικά μας όργανα όπως η περιτοναϊκή κοιλότητα και τα εξωτερικά τα οποία χωρίζονται σε ανοιχτά ή κλειστά.

Όταν αναφερόμαστε στο ανοικτό τραύμα εννοούμε ότι το χτύπημα που συνέβη, κατέστρεψε τους ιστούς που διακρίνονται εύκολα όπως του δέρματος, του υποδορίου και των μυών. Μπορεί όμως να τραυματιστούν και σε βάθος τα όργανα (Ανδρουλάκης, 2001).

Από την άλλη κλειστό τραύμα ονομάζεται το τραύμα που προκαλείται όταν σπάσουμε κάποιο όργανο και έρθει η εσωτερική ρήξη του. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν η ρήξη σπληνός, το κάταγμα σπονδύλου, η ρήξη αορτής, η ρήξη Αχιλλείου και Υπερακανθίου τένοντος. Εντάσσονται οι εκχυμώσεις δηλαδή οι μελανιές που διαρκούν για ώρες έως 10 ημέρες και συμβαίνουν λόγω της ρήξης τριχοειδών αγγείων, όπου το αίμα πηγαίνει στους γύρω ιστούς (Μπαλτόπουλος, 2009). Ακόμα τα αιματώματα προκύπτουν, ύστερα από τραυματική ρήξη φλέβας ή αρτηρίας, όταν μαζεύεται αρκετό αίμα σε ένα σημείο.

Η επιφανειακή βλάβη του δέρματος χαρακτηριστική ως γρατσουνιά ονομάζεται εκδορά. Συνήθως προκαλείται μικρή αιμορραγία και πόνος. Δεν κινδυνεύει το άτομο. Απαιτείται όμως αντισηψία για αποφυγή πιθανής λοίμωξης και προσωρινή επίδεση (Οικονόμου, 1978). Επίσης δεν αφήνει ποτέ ουλές και σημάδια.

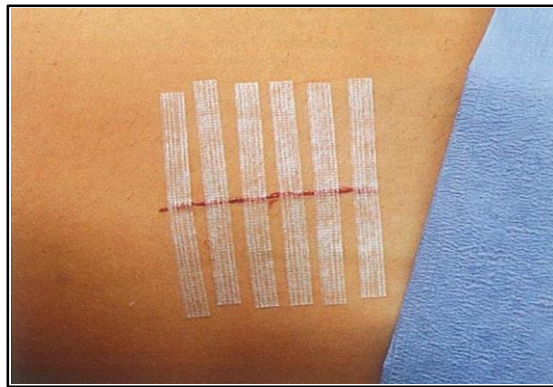
Τα εγκαύματα εκ τριβής είναι αυτά που δημιουργούνται μετά από τριβή με κάποια σκληρή επιφάνεια όπως υαλόχαρτο και από την ασφαλτο όταν πέσουμε από τη μηχανή στο δρόμο. Οφείλονται στην υπερβολική θερμοκρασία που αναπτύσσεται πάνω και κάτω από το δέρμα. Υπάρχουν τα εγκαύματα:

1. πρώτου βαθμού που προκαλούν ζημιά μόνο στην εξωτερική πλευρά του δέρματος, πόνο, ερυθρότητα και πρήξιμο
2. δευτέρου βαθμού που βλάπτουν και το εξωτερικό και το ακριβώς από κάτω στρώμα προκαλώντας πόνο, ερυθρότητα, πρήξιμο και φλύκταινες
3. τρίτου βαθμού τα οποία προκαλούν ζημιά καταστρέφοντας το βαθύτερο στρώμα του δέρματος και τους ιστούς που βρίσκονται από κάτω (Dünser et al., 2013).



Εικόνα 2. Έγκαυμα και Τραύμα (Δριμούρας Γεώργιος, 2018)

Θλαστικό Τραύμα είναι ένα τραύμα του οποίου τα χείλη είναι σε διάσταση και χρήζουν συρραφής. Σταματά η συνέχεια του δέρματος μέχρι και το λίπος. Προκαλείται από βίαιες επιθέσεις και από αντικείμενα που δεν είναι αιχμηρά, όπως πέτρα, ξύλα και τζάμια όπου τότε μένει μέσα μας κομμάτι από το ξένο σώμα. Θλάση συμβαίνει και μετά από πρόσκρουση στον τοίχο. Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται και τραύματα από δάγκωμα ζώων και τότε καλό είναι το θύμα να κάνει το αντιλυσσικό εμβόλιο. Η σοβαρότητά τους είναι μεγάλη σε αντίθεση με τις απλές εκδορές. Όλα είναι επώδυνα και καταβάλλουν και ψυχικά το άτομο. Επειδή το θλαστικό τραύμα αφήνει σημάδια στο δέρμα που θα φαίνονται σε όλη τη ζωή, πολλοί κάνουν Πλαστική Χειρουργική.



Εικόνα 3. Συρραφή θλαστικών τραυμάτων («ΣΥΡΡΑΦΗ ΘΛΑΣΤΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ», 2021).

Πολλές φορές ακούμε περιστατικά όπου ένας μαχαίρωσε τον άλλον καρφώνοντας το μαχαίρι στην κοιλία. Σε αυτή την περίπτωση του προξένησε νύσσον τραύμα. Βαρύτητα δίνεται στο είδος του οργάνου που χτυπήθηκε, στο αν έγινε με κάθετο ή πλάγιο τρόπο η πλήξη όπως και στη θέση του τραυματισμού. Αν χτυπήθηκε ζωτικό όργανο τότε τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του ατόμου (Αθανάτου, 2003). Αν η επίθεση που έγινε δεν είναι σοβαρή και δεν τραυματίστηκε βαριά κάποιο όργανο δεν χρειάζεται να γίνει χειρουργείο, απλά καλύπτουμε την πληγή με επιθέματα όπως γάζες και την κρατάμε ακίνητη. Πρέπει πάντα να εστιάζουμε στις επιπτώσεις από το χτύπημα, αντί για το μέγεθος της πληγής. Για παράδειγμα αν τρυπηθούμε με μια αποστειρωμένη βελόνα δεν θα πάθουμε τίποτα σε αντίθεση με μια μολυσμένη και σκουριασμένη που θα μας προξενήσει τέτανο ή αναερόβια λοίμωξη. Χρειαζόμαστε τότε άμεση και προσεχτική ιατρική παρακολούθηση.



Εικόνα 4. Νύσσον τραύμα («Μαχαίρια και η εκπαίδευση σε αυτά» (3ον), 2015).

Τέμνον τραύμα ή τραύμα διά τέμνοντος οργάνου είναι αυτό που προκαλείται από κάποιο μυτερό μέσο όπως μαχαίρι, νυστέρι, ξυράφι, γυαλί. Φέρει σοβαρές συνέπειες αφού καταστρέφεται το δέρμα, ο βλεννογόνος και ο παρεγχυματικός ιστός. Συχνά ακολουθεί μεγάλη αιμορραγία μέχρι υποογκαιμικό σοκ. Αν τραυματιστούμε με μαχαίρι η επιφάνεια του τραύματος είναι ομαλή, ενώ με το σπασμένο γυαλί ανώμαλη (Αθανάτου, 2003).

Εξελκυστικό ή αποσπαστικό τραύμα προκύπτει όταν βγαίνει από τη θέση του κάποιος ιστός και χάνουμε ένα μέρος του σώματος. Τέτοιο τραύμα παρουσιάζουν τα άτομα που τους κόπηκε το λοβίο του αυτιού, τους έσπασε η μύτη, τους βγήκαν κάποια από τα άκρα από τη θέση τους. Μπορεί κάποιος σε ένα τρακάρισμα να του ακρωτηριαστεί κάποιο άκρο μέσα στις λαμαρίνες του αυτοκινήτου που καταστράφηκε. Επίσης ενδέχεται να του πιάσει με δύναμη μια πόρτα που κλείνει το δάχτυλο μαζί με τους τένοντες και να του το κόψει. Είναι φυσικά πολύ σοβαρά, φέρουν έντονη αιμορραγία και χρήζουν άμεσης νοσοκομειακής φροντίδας (Αθανάτου, 2003).

Επιπλέον όταν αναφερόμαστε στο τραύμα διά πυροβόλου όπλου εννοούμε το τραύμα που προξενείται όταν χτυπηθούμε από σφαίρα, γίνει οπή στο δέρμα και προκληθεί τόσο καταστροφή των ιστών όσο και κάταγμα οστού ή και διάτρηση αγγείων. Η πληγή αυτή πρέπει να παρακολουθείται και συνήθως αντιμετωπίζεται και χειρουργικά για να βγει η σφαίρα. Ζημιά μπορεί να συμβεί όχι μόνο από τις σφαίρες, αλλά και από τη θερμοκρασία τριβής από τα βλήματα.



Εικόνα 5. Τραύμα από πυροβόλο όπλο (Αλέξανδρος Γιατζίδης, M.D, 2018).

Τυφλό τραύμα είναι αυτό που έχει μόνο πύλη εισόδου και όχι εξόδου. Αντίθετα διαμπερές τραύμα λέγεται αυτό που έχει και τις δύο πύλες δηλαδή εισόδου και εξόδου (Ρούσσοι Χ., 2006) και θεωρείται αρκετά επικίνδυνο. Μπορεί να προκληθεί από σφαίρα, από τις βολίδες αεροβόλου αλλά και από μαχαίρι. Η πύλη εισόδου διαφέρει από την πύλη εξόδου ως προς τη μορφή. Δεν μπορεί να ξέρει κάποιος ποιοι ιστοί καταστράφηκαν κατά τη δίοδο του βλήματος ή του μαχαιριού από την μία πύλη στην άλλη.

Όταν οι ιστοί δέχονται τόσο μεγάλη συμπίεση, προκαλείται ρήξη των ιστών και προκύπτει συνθλιπτικό τραύμα. Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται η σύνθλιψη της ραγός δακτύλου που φέρει αιμάτωμα κάτω από το νύχι, η ρήξη της μήτρας του όνυχος, και το κάταγμα συντριπτικό της φάλαγγος. Πιο σοβαροί τραυματισμοί που μπορεί να αποβούν μοιραίοι για τη ζωή είναι οι κακώσεις τραυματικής ασφυξίας ή Σύνδρομο Καταπλάκωσης

1.5. Αίτια Τραύματος

Τα αίτια του τραύματος είναι πολλά και διαφορετικά σε κάθε κατηγορία.

Πιο συγκεκριμένα μπορεί να προκληθούν από απροσεξία, από κάποια απότομη κίνηση του σώματος, από πυροβολισμούς, από εκρήξεις και από υπερβολική δόση ακτινοβολίας που έχει δεχτεί (Γκούβας, 2000). Σημαντικό ρόλο βέβαια παίζουν και τα ψυχολογικά προβλήματα όπως σχιζοφρένεια που αντιμετωπίζει κάθε άτομο.

Πολλές φορές μπορούμε να τραυματιστούμε όταν βιαζόμαστε εξαιτίας κάποιας απότομης, ξαφνικής και γρήγορης κίνησης, όπως να πέσουμε από τη σκάλα, να παραπατήσουμε στο δρόμο ακόμα και να τρακάρουμε. Σε τέτοιες στιγμές μπορεί να χτυπήσουμε άσχημα, να δημιουργηθεί πληγή στα εσωτερικά μας όργανα όπως το ήπαρ, τον εγκέφαλο σε κρανιακή κάκωση και να απαιτούνται εξετάσεις για το εντοπισμό της βλάβης. Σε αντίθετη περίπτωση το τραύμα είναι εξωτερικό και εύκολα αντιμετωπίσιμο (Μπαλτόπουλος, 2009).

Όταν πυροβολήσουμε κάποιον, του δημιουργούμε ανοικτά και τυφλά τραύματα. Αν το βλήμα κινηθεί με μικρή ταχύτητα, θα προκληθεί μικρή βλάβη. Μεγάλη σημασία βέβαια έχει το είδος του όπλου που θα χρησιμοποιηθεί, η απόσταση που θα γίνει ο πυροβολισμός αλλά και το σημείο το οποίο θα τραυματιστεί. Αν η σφαίρα χτυπήσει το κεφάλι ή την καρδιά, το άτομο πεθαίνει ακαριαία σε αντίθεση με το αν χτυπήσει κάποιο άκρο. Αυτές οι επιθέσεις γίνονται συνήθως για επίλυση προσωπικών διαφορών και εκδίκησης, λόγω απροσεξίας και λανθασμένου χειρισμού του όπλου την ώρα του καθαρισμού του. Σε μεγάλο βαθμό επηρεάζουν και τα ψυχολογικά προβλήματα από τα οποία πάσχει κάποιος και τότε μπορεί να γίνει αυτόχειρας και να αυτοκτονήσει.

Τα τραύματα από έκρηξη συμβαίνουν όταν απελευθερωθεί απότομα ενέργεια στο περιβάλλον. Έκρηξη μπορεί να συμβεί από βόμβες, γκαζάκια. Η βλάβη που θα προκληθεί εξαρτάται από την ένταση, την απόσταση, τον χώρο αν είναι κλειστός, ανοικτός ή αν είναι μέσα στο νερό αλλά και τα ξένα σώματα που συμπαρασύρονται. Οι συνέπειες είναι μεγάλες και σοβαρές, εφόσον μπορούν να σκοτωθούν τα άτομα, να χάσουν κάποιο όργανο τους και να τους το ακρωτηριάσουν, να πάθουν μεγάλες αιμορραγίες που δεν σταματούν, ακόμα και να χάσουν για πάντα την ακοή τους, με τη ρήξη τυμπάνου που μπορεί να προκληθεί (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2016).

Επίσης τα άτομα που κάνουν ακτινοθεραπεία και δέχονται υψηλής ενέργειας ακτίνες X, όπως και όσοι κάνουν τεχνητό μαύρισμα και λαμβάνουν μεγάλες ποσότητες υπεριώδους ακτινοβολίας παρουσιάζουν βλάβες των ιστών τις λεγόμενες μετακτινικές κακώσεις, όπου καταστρέφεται το DNA των κυττάρων και οι ινοβλάστες.

Τέλος τραύματα μπορούν να προκληθούν από εγκαύματα, όπως όταν καούμε από καυτό λάδι, σίδηρο, φωτιά, από θερμοπληξία όπως μετά από υπερβολική έκθεση στον ήλιο, από κρυοπαγήματα, όταν παγώνουν οι ιστοί, από υποθερμία και από ηλεκτρικό ρεύμα που θα διαπεράσει στον οργανισμό μας και θα πάθουμε ηλεκτροπληξία (Κωστάκης Ι.

Αλκιβιάδης, 2005). Σε κάθε περίπτωση πάντως αρνητικά δρα κάποια μορφή ενέργειας όπως η κινητική, η ηλεκτρική, η ηλεκτρομαγνητική, η θερμική ή η χημική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Χειρουργικό Τραύμα

2.1. Ορισμός Χειρουργικού Τραύματος

Χειρουργικό τραύμα ονομάζεται το σημείο του σώματος όπου γίνεται η χειρουργική τομή με σκοπό να επιδιορθωθεί το πρόβλημα. Ο χειρουργός θέλοντας να αφαιρέσει το κομμάτι που νοσεί, σταματά τη συνέχεια των ιστών. Με αυτό τον τρόπο τραυματίζονται τα αγγεία της περιοχής και προκαλείται αιμορραγία (Ανδρουλάκης, 2001).

Ο ιατρός ράβει την πληγή και για να την προστατεύσει από εξωτερικούς παράγοντες όπως σκόνες, βάζει πάνω της αποστειρωμένες γάζες για ένα, δύο 24ωρα. Ο ασθενής πρέπει να είναι σε επικοινωνία με τον ιατρό του, κυρίως αν η πληγή δεν θρέφει και παραμένει ανοιχτή στην επιφάνεια του δέρματος για λίγες ημέρες. Δεν χρειάζεται όμως να πανικοβάλλεται γιατί ό,τι και να συμβαίνει αντιμετωπίζεται. Πολλοί οργανισμοί διαφέρουν μεταξύ τους και ο δικός του λοιπόν πιθανόν να είναι αδύναμος για την επίτευξη της επούλωσης. Σε αυτή την περίπτωση οι ειδικοί συνιστούν την επίδεση του τραύματος προκειμένου τα εξωτερικά ερεθίσματα να μην επηρεάζουν το κλείσιμό της.

Ο ασθενής μετά την χειρουργική επέμβαση πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός και να παρακολουθείται από ιατρούς και νοσηλευτές για να μην πάθει κάποια λοίμωξη. Ανάλογα βέβαια και με το είδος και τη σοβαρότητα της επέμβασης, την ηλικία, τις δυνάμεις και τον οργανισμό του ασθενή απαιτείται η κατάλληλη αντιμετώπιση του περιστατικού. Για παράδειγμα μια δύσκολη περίπτωση ασθενούς είναι αυτή που το χειρουργείο κρατά πολλές ώρες και παρουσιάζονται μεγάλες αιμορραγίες, καταστροφές στους ιστούς και γίνονται μεταμοσχεύσεις.

Είναι σημαντική η αφαίρεση παθολογικού υγρού από περιοχές του σώματος που έχουν τραυματιστεί για να μην χειροτερέψει το πρόβλημα και εφόσον οι ιατρικές μέθοδοι εξελίσσονται συνεχώς, κάτι τέτοιο μπορεί να γίνει με τη μέθοδο της αναρρόφησης. Η επίδεση του τραύματος σταματά την αιμορραγία, διατηρεί το τραυματισμένο σημείο υγρό και εμποδίζει διάφορα μικρόβια να εισχωρήσουν στον οργανισμό. Στο εμπόριο κυκλοφορούν διάφορα είδη επιδέσμων ανάλογα με την χρησιμότητά τους, με το σχήμα, με το υλικό τους και με το σημείο του σώματος που θέλουν να καλύψουν. Συγκεκριμένα

υπάρχουν οι επιθεματικοί, οι αιμοστατικοί, οι στηρικτικοί, αυτοί που είναι κυλινδρικού και τριγωνικού σχήματος, οι δικτυωτοί ή σπειροειδείς, οι αδιάβροχοι, οι ελαστικοί και ίσχαιμοι, οι ανελαστικοί, οι γύψινοι, οι αυτοκόλλητοι και υποαλλεργικοί. Αν χτυπήσουμε το κεφάλι, το χέρι, τον αστράγαλο, αν πάθουμε εξάρθρωση ώμου, μπορούμε να βρούμε και τον αντίστοιχο επίδεσμο που μας εξυπηρετεί σε αυτά τα σημεία. Για να χρησιμοποιηθεί το κατάλληλο είδος επίδεσμου, απαιτείται, να δοθεί προσοχή στο δέρμα του ασθενούς αν είναι ευαίσθητο, για να μην προκληθεί ερεθισμός και να είναι υποφερτή η επίδεση του τραύματος. Αν κάποιος έχει αλλεργία, καλό είναι να χρησιμοποιήσει τον υποαλλεργικό. Από τη στιγμή που αρχίσει να κλείνει η πληγή είναι δικαίωμα στον κάθε ασθενή να διαχειριστεί μόνος του πόσο καιρό θα κρατήσει την επίδεση.

2.2. Διαδικασία Επούλωσης του Τραύματος

Τα τραύματα προκαλούνται αφού χτυπήσουμε, τραυματιστεί το δέρμα μας και καταστραφούν στο συγκεκριμένο σημείο τα αιμοφόρα αγγεία. Σε απλές περιπτώσεις όπως σε εκδορές, όταν κοπούμε με ένα αιχμηρό αντικείμενο για την επούλωση της πληγής είναι απαραίτητη η καλή καθαριότητα της περιοχής με άφθονο νερό και ο καθαρισμός με οξυζενέ ή σαπούνι τύπου Μασσαλίας. Χρησιμοποιούνται αντισηπτικά όπως Betadine. Κάποιες φορές κλείνουμε το σημείο με αποστειρωμένη γάζα και στερεώνουμε με τσιρότο για να μην επηρεάζεται από τα εξωτερικά ερεθίσματα και για να καταφέρει να θρέψει.

Από την άλλη πλευρά, όταν διεξάγεται χειρουργική επέμβαση και αφαιρείται το κομμάτι που ασθενεί, αναφερόμαστε στα χειρουργικά τραύματα όπου γίνεται συρραφή της τομής, όχι πολύ σφιχτά για να μην παρεμποδίζεται η κυκλοφορία του αίματος και προκύψουν αιματώματα. Αν κριθεί απαραίτητο χορηγούνται αντιβιοτικά.

Σε κάθε περιστατικό βέβαια, το πρώτο πράγμα που κάνουμε είναι να φροντίσουμε να μην χάνει αίμα ο ασθενής, να μην συμβούν επιπλοκές και οι ουσίες που συντελούν σε αυτό είναι η θρομβοξάνη A2 και η προσταγλανδίνη 2-α (Gabriel et al., 2009). Έχουμε συστολή των αιμοφόρων αγγείων. Το αίμα αποτελείται από πλάσμα, λευκά και ερυθρά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια, από τα οποία τα τελευταία όταν συσσωρευτούν και ενωθούν μέσω της γκλομπουλίνης, βοηθούν στο να μην προχωρήσει το αίμα και στους υπόλοιπους ιστούς και προξενήσει περαιτέρω ζημιές.

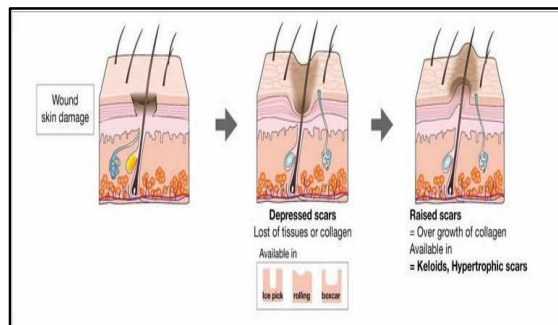
Έντονη και σημαντική είναι η παρουσία του ινωδογόνου, μιας πρωτεΐνης που διαλύεται εύκολα, σε περιπτώσεις που τραυματιστούμε άσχημα και παρουσιαστούν

επιπλοκές όχι μόνο στην πληγή αλλά και στα υπόλοιπα όργανα του σώματος. Αντίθετα το ινώδες, που προκύπτει από τη θρομβίνη, δεν διαλύεται.

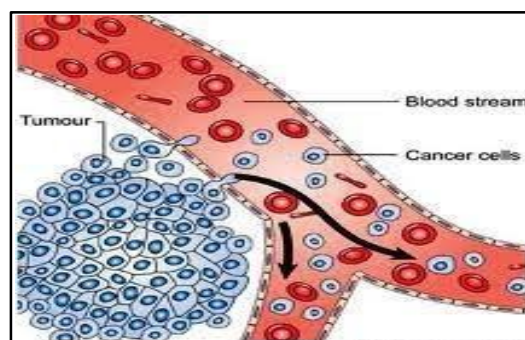
Ύστερα το άτομο τονίζει ότι πονά στο σημείο που χτύπησε. Η πληγή του γίνεται κόκκινη επειδή αυξάνονται τα ερυθροκύτταρα, ζεστή και πρήζεται καθώς ο οργανισμός δεν μπορεί να απορροφήσει το υγρό που συσσωρεύεται (Παυλίδης Θ., 2001). Τους ιστούς κατασκευάζουν οι ινοβλάστες, παράγουν κολλαγόνο, ελαστίνη και υαλουρονικό οξύ μια γλυκοζαμινοπρωτεΐνη που συμβάλλει στην ενδυνάμωση του δέρματος. Τέλος τα λευκοκύτταρα μας κάνουν δυνατούς απέναντι στα μικρόβια, ώστε να μην αρρωσταίνουμε.

Φτιάχνονται νέα κύτταρα και σχηματίζεται κάκαδο, το οποίο αργότερα καλύπτει την πληγή. Η υφή του τραυματισμένου σημείου, δεν είναι λεία, είναι σκληρή και άγρια. Το κόκκινο χρώμα του γίνεται σκούρο και σιγά σιγά ατονεί. Δημιουργούνται πάλι αιμοφόρα αγγεία, μέσω των οποίων μεταφέρεται οξυγόνο και διάφορα θρεπτικά συστατικά στο τραύμα.

Επομένως το δέρμα ξαναρχίζει σταδιακά να παίρνει την κανονική του μορφή και τα σημάδια από την πληγή φεύγουν. Κάποιες φορές συνιστώνται και ειδικές κρέμες ανάπλασης για καλύτερα αποτελέσματα (Παυλίδης Θ., 2001).



Εικόνα 6. Επούλωση μετεγχειρητικών ουλών (Καλλιόπη Καραμανωλάκη, 2017).



Εικόνα 7. Αγγειογένεση (Λεξικό Μαστολογίας, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Κοιλιακή Χώρα

3.1. Εισαγωγή στην Κοιλιακή Περιοχή

Η κοιλία είναι το μέρος του σώματος που βρίσκεται ανάμεσα στο θώρακα και στην πυέλο και πιο συγκεκριμένα μεταξύ του διαφράγματος και του πάνω μέρους της πυέλου. Τα περισσότερα όργανα της ανήκουν στο γαστρεντερικό σύστημα, άλλα στο ουροποιητικό και τα υπόλοιπα στο πεπτικό.

3.2. Ανατομία της Κοιλιακής Περιοχής

Η κοιλιακή περιοχή αποτελείται από το περιτόναιο, τον οισοφάγο, το στομάχι, το λεπτό και παχύ έντερο, το ήπαρ, την χολή, το πάγκρεας, τα νεφρά και τα επινεφρίδια.

Το περιτόναιο είναι μια λεπτή και διάφανη μεμβράνη. Αποτελείται:

- από το τοιχωματικό περιτόναιο που περιβάλλει το εσωτερικό της περιτοναϊκής και πυελικής κοιλότητας
- από το σπλαγγικό περιτόναιο που περιβάλλει όλα τα σπλαγγικά όργανα όπως το ήπαρ, τη σπλήνα, το έντερο

Ανάμεσα σε αυτά τα δύο είδη περιτόναιου συναντάμε την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Το στομάχι υπάρχει στο πάνω μέρος της κοιλίας, κάτω από το αριστερό υποχόνδριο, κυρίως στο επιγάστριο και μοιάζει με άγκιστρο. Στο σημείο αυτό εντοπίζουμε τον θόλο, το σώμα, την καρδιά και τον πυλωρό, την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια και το μείζον και ελάσσον χείλος. Συμβάλλει στην πέψη. Οι τροφές από εκεί πηγαίνουν στο λεπτό έντερο.

Το λεπτό έντερο είναι η προέκταση του στομάχου και το σημείο όπου ο οργανισμός απορροφά όλα τα θρεπτικά συστατικά από τις τροφές. Βρίσκεται από τον πυλωρό μέχρι το παχύ έντερο. Διακρίνεται σε δωδεκαδάκτυλο, νήστιδα και ειλεό. Η διάμετρός του είναι 2,5 εκατοστά και το μήκος του 6-7 μέτρα.

Από την άλλη το μήκος του παχέος εντέρου είναι 1,5 μέτρο. Βρίσκεται γύρω από το λεπτό έντερο και φτάνει από το τυφλό έως τον πρωκτό μαζί με το ορθό. Τα μέρη του είναι το τυφλό, το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν, το σιγμοειδές, ο ορθός και ο πρωκτός. Είναι το όργανο που βοηθά στην κένωση.

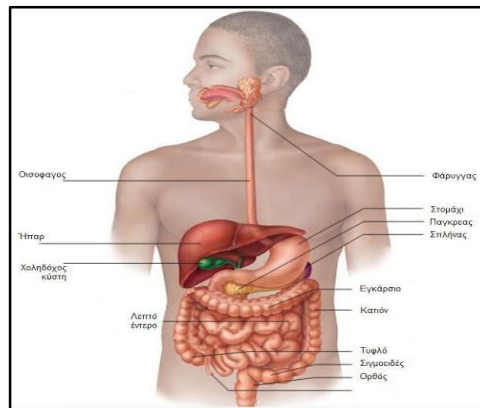
Η σκωληκοειδής απόφυση είναι ένας μικρός, λεπτός σωλήνας, ο οποίος συνδέεται με το παχύ έντερο. Το μήκος της κυμαίνεται από 8 έως 10 εκατοστά. Το όνομα της προέρχεται από τη μορφή της που είναι σαν σκώληκα.

Το ήπαρ ή συκώτι αποτελεί τον μεγαλύτερο αδένα του σώματος και βρίσκεται στο πάνω τμήμα της κοιλίας, κάτω από το διάφραγμα, καταλαμβάνοντας το δεξιό υποχόνδριο. Ζυγίζει περίπου 1,5 κιλό. Είναι το σημαντικότερο όργανο του σώματος. Έχει δύο λοβούς, τον δεξιό που αποτελεί το περισσότερο κομμάτι και τον αριστερό. Παράγει συνεχώς χολή η οποία πηγαινει προς το δωδεκαδάκτυλο ή προς τη χοληδόχο κύστη και βοηθά να διασπαστούν οι τροφές. Το ήπαρ αιματώνεται καλά αφού ρέει αίμα από την ηπατική αρτηρία συντελώντας στη θρέψη του και από την πυλαία φλέβα βοηθώντας το να εκκρίνει ουρία, ινωδογόνο, προθρομβίνη και άλλες ουσίες. Διαλύει ακόμα το γλυκογόνο.

Η χοληδόχος κύστη βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του ήπατος και έχει σχήμα αχλαδιού. Το μήκος της είναι 8-10 cm και η χωρητικότητά της 30-50 cm³. Είναι ο αποθηκευτικός χώρος για την χολή που παράγεται από το ήπαρ, η οποία, μέσω του χοληδόχου πόρου, ρέει στο δωδεκαδάκτυλο κατά την πέψη της τροφής.

Το πάγκρεας είναι ένας αδένας του πεπτικού συστήματος με ενδοκρινή και εξωκρινή μοίρα. Παράγει πολλές ορμόνες με βασικές την ινσουλίνη που ρυθμίζει το μεταβολισμό των υδατανθράκων στον οργανισμό, τη γλυκαγόνη και την αυξητική ορμόνη ή σωματοτροπίνη. Βρίσκεται μπροστά από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα, πίσω από το στομάχι. Έχει μήκος 10-15 cm. Μοιάζει με σφήνα. Έχει κεφαλή, σώμα και ουρά.

Ο σπλήνας βρίσκεται στο πάνω μέρος της κοιλίας, στο βάθος του αριστερού υποχόνδριου. Διαφέρει σε κάθε άτομο όσον αφορά το σχήμα, το μέγεθος, το βάρος και την χροιά της. Συνήθως έχει μήκος 12 cm, πλάτος 7 cm και πάχος 3 cm, ενώ το βάρος του κυμαίνεται από 150-200 gr. Οι λειτουργίες του είναι πολλές. Στα έμβρυα συντελεί στην παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων. Στις λεχώνες βοηθά στην παραγωγή λεμφοκυττάρων και για την καταστροφή των γηρασμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων. Είναι σημαντικό όργανο για την άμυνα του οργανισμού και ρυθμίζει το κυκλοφορικό σύστημα, αφού δέχεται μεγάλη ποσότητα αίματος.



Εικόνα 8. Ανατομία ανθρώπινου σώματος («Ανατομία του Ανθρώπινου Σώματος. Όργανα του Θώρακα και της Κοιλιάς», 2011).

Προβλήματα Κοιλιάς και η Χειρουργική της Αντιμετώπιση

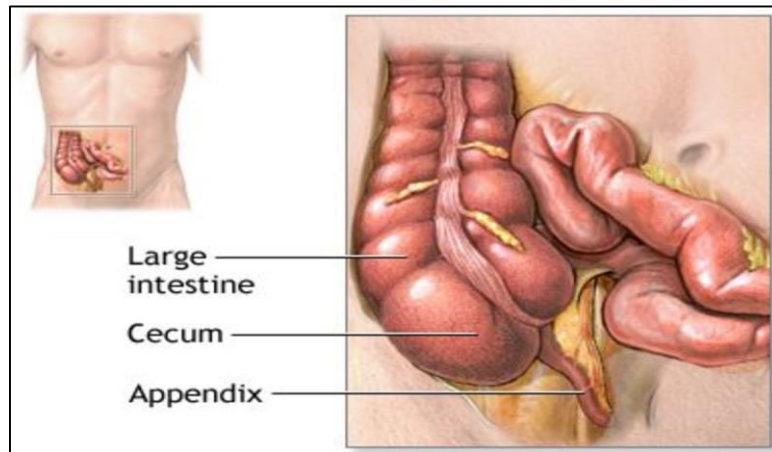
Οξεία σκωληκοειδίτιδα ονομάζεται η οξεία φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης, η απόφραξη του αυλού της. Δημιουργείται εξαιτίας κάποιων βακτηρίων και παρασίτων. Τις περισσότερες φορές οφείλεται σε κοπρόλιθο, ο οποίος δημιουργείται όταν μαζεύονται, ενώνονται και μετατρέπονται σε μια στερεή μάζα όλα τα κόπρανα γύρω από φυτικές ίνες. Ύστερα από ιογενή λοίμωξη όπως η ιλαρά, ο αυλός μπορεί να αποφραχθεί από διογκωμένα λεμφοειδή θυλάκια όπου συμπυκνώνεται μια μορφή από σκώληκες και όγκους. (Βώρος,

Όταν εκκρίνεται βλέννη μεγαλώνει το όργανο, το οποίο έχει χωρητικότητα μόλις 0,1-0,2 mL, ενώ οι ενδοαυλικές πιέσεις φθάνουν έως και 60 cm H₂O. Αυξάνονται τα βακτηρίδια του αυλού και εισέρχονται στο τοίχωμα της σκωληκοειδούς (Thomas et al., 2001). Αν το πρόβλημα εξελίσσεται αργά μπορεί να δημιουργηθεί απόστημα, σε αντίθετη περίπτωση έχουμε διάτρηση και οι σκώληκες πηγαίνουν ελεύθερα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η ρήξη αποστημάτων οδηγεί σε συρίγγια μεταξύ σκωληκοειδούς απόφυσης και ουροδόχου κύστης. Η οξεία σκωληκοειδίτιδα κάποιες φορές μπορεί να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της νόσου Crohn. Επιπλέον η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή πιθανόν να οδηγήσει σε συχνές υποτροπές εξαιτίας μεγάλου μήκους κολοβώματος. (Βώρος, 2014)

Το άτομο που αντιμετωπίζει αυτό το πρόβλημα εισέρχεται στο νοσοκομείο με έντονο και επίμονο πόνο δεξιά και χαμηλά στην κοιλιακή περιοχή. Πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα με χειρουργική επέμβαση για να μη θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου. Έχει διαπιστωθεί

ότι αυτή η μέθοδος φέρει θετικά αποτελέσματα, ενώ το ποσοστό των μετεγχειρητικών σηπτικών επιπλοκών είναι μικρό.

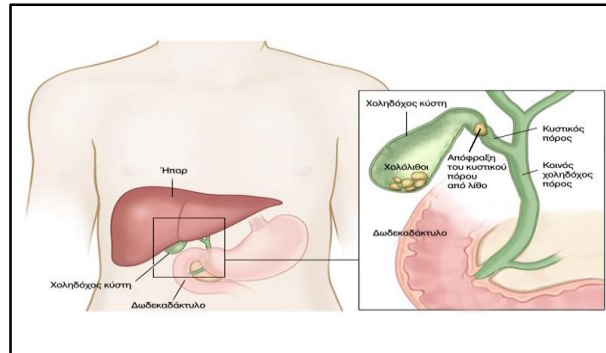
Στα πρώτα της στάδια, η εγχείρηση διαρκεί περίπου 1 ώρα, ενώ σε βαριές περιπτώσεις 6-8 ώρες. Αν παρουσιαστεί όγκος μέσα σε μια βδομάδα μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, απαγορεύεται σε αυτή τη στιγμή να γίνει επέμβαση. Εάν η μάζα μεγαλώσει θα πρέπει να γίνει παροχέτευση του αποστήματος, το οποίο είναι επικίνδυνο και αν συνεχίσει να υπάρχει θα οδηγήσει σε διάτρηση και περιτονίτιδα (Thomas et al., 2001).



Εικόνα 9. Οξεία Σκωληκοειδίτιδα (Σκωληκοειδίτιδα: Συμπτώματα, διάγνωση και αντιμετώπιση, 2020).

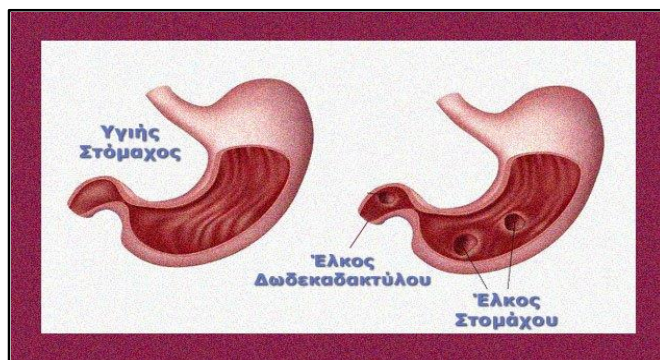
Οξεία χολοκυστίτιδα ονομάζουμε τη φλεγμονή της χοληδόχου κύστης. Τα συμπτώματα που έχει ο ασθενής είναι έντονος πόνος στο επιγάστριο δηλαδή πάνω από το στομάχι που αντανακλά κάποιες φορές στη ράχη, στο δεξιό ώμο ή κάτω από τη δεξιά ωμοπλάτη ή ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο (Λιντζέρης et al., 2010). Ο πόνος συνοδεύεται από ναυτία και εμετούς. Σε αρκετές περιπτώσεις εμφανίζεται πυρετός, εκτός από τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν εξασθενημένο ανοσοποιητικό (Λιντζέρης και συν., 2010). Για τη διάγνωση της γίνονται απλές ακτινογραφίες δεξιού υποχονδρίου, υπερηχογράφημα, ισοτοπική χολοκυστο-χολαγγειογραφία (HIDA) και μερικές φορές αξονική τομογραφία. Όταν εντοπιστεί αέρας στον αυλό της χοληδόχου κύστεως μπορεί να έχει συμβεί αναερόβια λοίμωξη ή να έχει δημιουργηθεί χολοκυστοεντερικό συρίγγιο και να περιορίζεται μόνο στο τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως, τότε αναφερόμαστε στην εμφυσηματική χολοκυστίτιδα. Είναι ένα πρόβλημα το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα είτε με λαπαροσκόπηση είτε με ρομποτική χειρουργική κάτω από ολική αναισθησία για να μην αναπτυχθεί πύον στην χοληδόχο κύστη, να μην καταστραφεί το συγκεκριμένο

όργανο, να μην προκύψει περιτονίτιδα και χολοκυστικό συρίγγιο. Όταν βέβαια η φλεγμονή είναι σε αρχικά στάδια ακολουθείται συντηρητική αγωγή και χολοκυστεκτομή γίνεται μετά από 2-3 μήνες. (Βώρος, 2014).



Εικόνα 10. Οξεία Χολοκυστίτιδα (Ιωάννης Δουβάρας, χ.χ.).

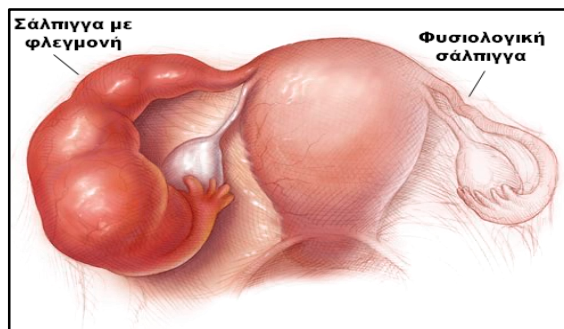
Έλκος δωδεκαδακτύλου ονομάζουμε τις πληγές που εμφανίζονται στο βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου, στην αρχή του λεπτού εντέρου, που ακολουθεί αμέσως μετά το στομάχι. Στο άτομο που προκύπτει διάτρηση, παρουσιάζεται ξαφνικός πόνος στο επιγάστριο που γίνεται όλο και πιο έντονος από τα αρχικά στάδια. Καταστρέφεται το τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου και απελευθερώνονται γαστρικά υγρά στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα. Τότε υπάρχει κίνδυνος να δημιουργηθεί χημική περιτονίτιδα. Είναι αναγκαίο να γίνονται οι απαιτούμενες εξετάσεις για την γρήγορη διάγνωση του προβλήματος. Αντιμετωπίζεται με χειρουργική επέμβαση για να κλειστεί η πληγή που άνοιξε. Δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, όσοι είναι σε προχωρημένο στάδιο και όσοι ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου όπου η συνεχής αναρρόφηση του περιεχομένου με ταυτόχρονη χορήγηση αντιβιοτικών επιλύει προσωρινά το πρόβλημα αφού ενδέχεται να σχηματιστούν περιτοναϊκά ή υποδιαφραγματικά αποστήματα (Μπλιούρας et al., 2000). Το χρόνιο συμπτωματικό έλκος αντιμετωπίζεται μόνο με ριζική χειρουργική επέμβαση. Όταν υπάρχει χρόνιο έλκος του προσθίου τοιχώματος του βολβού του δωδεκαδακτύλου γίνεται τομή πυλωροπλαστικής και στελεχιαία βαγοτομή, ενώ όταν υπάρχει στο πλάγιο τοίχωμα του βολβού που είναι πολύ πιθανό να συνοδεύεται από ρικνό ή φλεγμονώδες τοίχωμα, τότε για τη θεραπεία είναι απαραίτητη η συρραφή του έλκους, η στελεχιαία βαγοτομή και η διαμεσοκολική ΓΕΑ.



Εικόνα 11. Έλκος Δωδεκαδακτύλου («Έλκος Στομάχου: Αιτίες, Συμπτώματα, Διατροφή και Θ

ε

ρ Η πυελική φλεγμονώδης νόσος είναι μόλυνση στην πυελική περιοχή, στα εσωτερικά φωναικεία γεννητικά όργανα, στη μήτρα, στις σάλπιγγες και στις ωοθήκες. Αιτία της είναι η μεταφορά μικροβίων μέσω του κόλπου και του τραχήλου, στη μήτρα, τις ωοθήκες και τις σάλπιγγες. Μπορεί να αναπτυχθεί και μετά από εκτρώσεις και εγχειρήσεις ακόμα και εξαιτίας της σκωληκοειδίτιδας. Τα συμπτώματά της είναι δυνατός πόνος στο υπογάστριο και ξαφνική αιμορραγία όπως και έκκριση πύου από τον τράχηλο. Όταν γίνεται γυναικολογική εξέταση με τα χέρια, η ασθενής πονά αρκετά κυρίως όταν κινείται ο τράχηλος και πιέζονται οι κολπικοί θόλοι, ενώ μέσω της ψηλάφησης εντοπίζονται επώδυνοι όγκοι με ασαφή όρια στα εξαρτήματα και στο δουλγάσειο. Για την αντιμετώπισή της χορηγείται αντιβίωση, αφού εξεταστούν επιχρίσματα από τον κόλπο και πύον από τον τράχηλο και την ουρήθρα. Αυτά τα φάρμακα πρέπει να δρουν κατά των κοινών παθογόνων αλλά και των αρνητικών κατά gram βακτηριδίων, των στρεπτοκόκκων, των αναεροβίων και των μυκοπλασμάτων, συμπεριλαμβανομένων των γλαμυδίων και του γονοκόκκου (Καλογερόπουλος, 2004). Σε περίπτωση όμως που τα συμπτώματα δεν υποχωρούν, γίνεται λαπαροσκόπηση ή και λαπαροτομία, για καλύτερα αποτελέσματα.



Εικόνα 12. Πυελική Φλεγμονή («Πύελος (λεκάνη) και πυελικό άλγος: Οι αιτίες του πόνου»),

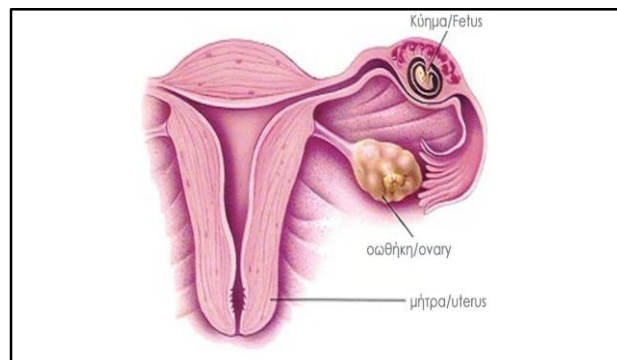
Εξωμήτρια ή έκτοπη εγκυμοσύνη είναι η κύηση που το γονιμοποιημένο ωάριο αναπτύσσεται έξω από τη μήτρα (Καλογερόπουλος, 2004). Παίζει σημαντικό ρόλο η θέση που πιάστηκε το έμβρυο. Τα αίτια που οδηγούν στην ανάπτυξή της είναι φλεγμονές μέσα στην πύελο, διάφορες ανωμαλίες των σαλπίγγων όπως εκκολώματα δηλαδή ο αυλός της αλλού είναι πιο μεγάλος και αλλού πιο μικρός, ορμονικές διαταραχές, εκτρώσεις, εγχειρήσεις στην πύελο, ενδομητρίωση, προηγούμενη σαλπιγγική εγκυμοσύνη μετά από επανορθωτική εγχείρηση και επαναστόμωση της σάλπιγγας, ενδομήτρια σπειράματα, αλλαγή θέσης του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Για την αντιμετώπισή της προτείνεται κυρίως χειρουργική επέμβαση. Πραγματοποιείται λαπαροτομία όταν έχουν γίνει όλες οι απαραίτητες προεγχειρητικές προετοιμασίες. Κατά τη λαπαροτομία γίνεται:

1. ολική αφαίρεση της σάλπιγγας σε περιπτώσεις ρήξης της με μεγάλη αιμορραγία μέσα στο περιτόναιο
2. μακρά σαλπιγγοτομή, σε περιπτώσεις που το έμβρυο εντοπίζεται στη ληκυθική μοίρα της σάλπιγγας
3. έκθλιψη του κυήματος. Στη σαλπιγγική έκτρωση μπορεί να μην καταστραφεί η σάλπιγγα, διότι το τοίχωμα της παραμένει άθικτο, αν το γονιμοποιημένο ωάριο βρίσκεται στο κωδωνικό πέρας της σάλπιγγας και αν δεν παρατηρείται αιμορραγία

4. εκτομή τμήματος της σάλπιγγας, χρησιμοποιείται σε περιστατικά ισθμικής εξωμήτριας εγκυμοσύνης. Δεν πραγματοποιείται στο σημείο όπου έχει εγκατασταθεί το κύημα. Στη συνέχεια δένουμε τα όργανα που απέμειναν και πολύ αργότερα γίνεται η αναστόμωσή τους (Καλογερόπουλος, 2004).

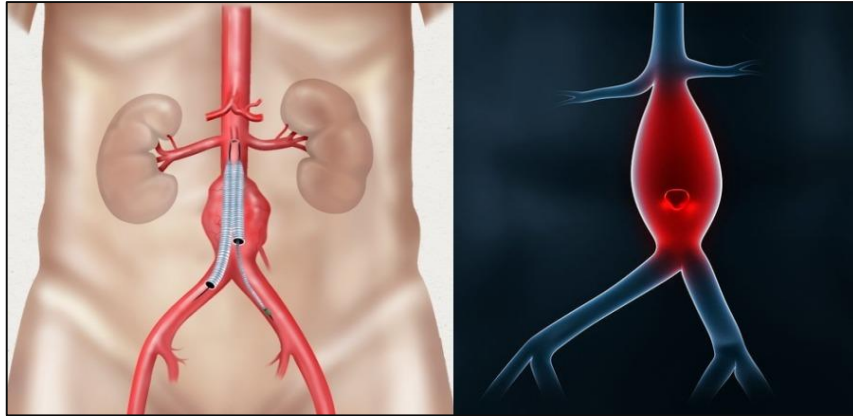
Στη λαπαροσκόπηση, ο γυναικολόγος εισάγει 2, 3 τροκάρ που έχουν διάμετρο 5 mm για να επιτευχθεί εύκολα η επέμβαση της σάλπιγγας με τη βοήθεια των λαπαροσκοπικών εργαλείων. Χορηγεί ενδοφλέβια, διάλυμα αγγειοπρεσσινής στα μεσεντερικά όρια πλευρά του τοιχώματος με ειδικό ψαλίδι ή με laser. Στο τέλος γίνεται καθαρισμός της περιτοναϊκής κοιλότητας. Η λαπαροσκόπηση ολοκληρώνεται αφήνοντας ανοιχτή την τομή της σάλπιγγας. Είναι μια καλή θεραπευτική μέθοδος, οικονομική και δίνει τη δυνατότητα στην ασθενή να επιστρέψει γρήγορα στις καθημερινές της υποχρεώσεις.



Εικόνα 13. Εξωμήτριος Κύηση («ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΗΣΗ», 2021).

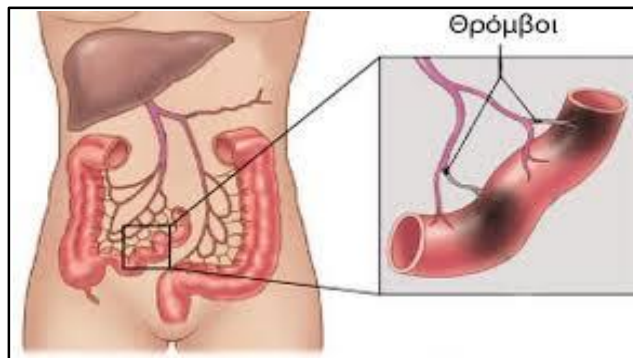
Έλκος λεπτού εντέρου είναι πολύ σοβαρό πρόβλημα όπου αναπτύσσονται στο έντερο αρκετά μικρόβια και οδηγείται το άτομο σε απόφραξη ή ειλέο. Το πιο γνωστό σύμπτωμα είναι κολικός πόνος. Η κοιλία είναι πρησμένη και το άτομο μπορεί να κάνει εμετούς με κοπρανώδης χρώμα. Όταν το πρόβλημα έχει χειροτερέψει, συνιστάται η χειρουργική επέμβαση που γίνεται με λαπαροσκόπηση και αφαιρούνται τα νεκρά κύτταρα.

Επίσης το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής είναι ένα εξόγκωμα και παρουσιάζεται κοντά σε μια αρτηρία σε πολλά μέρη του σώματος που ένα από αυτά είναι η κοιλία. Εμφανίζεται με έντονο πόνο στην κοιλιακή περιοχή. Χρήζει άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης με χειρουργική επέμβαση κάτω από γενική αναισθησία. Αφού γίνει το χειρουργείο, το άτομο μπαίνει για μια μέρα στη μονάδα εντατικής θεραπείας και για μια εβδομάδα πρέπει να τον παρακολουθεί ο ιατρός.



Εικόνα 14. Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής («Τι είναι το Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής – Ποια τα «ύπουλα» συμπτώματα – Ποιοι κινδυνεύουν περισσότερο», 2019).

Εμβολή μεσεντέριας ισχαιμίας προκύπτει, όταν εμποδίζεται το αίμα στις μεσεντέριες αρτηρίες. Το άτομο πονά αρκετά στην κοιλία και δεν λειτουργούν τα έντερα. Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση ενδείκνυται η χειρουργική επέμβαση όπου στόχος του χειρουργού είναι να ανοίξει ο αυλός της αρτηρίας και να υπάρξει σωστή ροή του αίματος προς το έντερο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί είτε με κάποιο μόσχευμα γύρω από την απόφραξη είτε με την τοποθέτηση ειδικού καθετήρα μέχρι τη μεσεντέριο αρτηρία (Φωτιάδης & Βασιλείου, 1999).



Εικόνα 15. Εντερική Ισχαιμία («ΟΞΕΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΤΟΥ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ», 2021).

Άλλες ασθένειες της κοιλιακής χώρας είναι η νεκρωτική εντεροκολίτιδα που φέρει οξεία νεκρωτική ισχαιμία. Παρατηρείται στα πρόωρα νεογνά και μπορεί να προσβάλλει τόσο το λεπτό όσο και το παχύ έντερο. Για την αντιμετώπισή της εκτός από τη φαρμακευτική

αγωγή και ανάλογα με το στάδιο της νόσου συνιστάται και η χειρουργική επέμβαση (Σμπαρούνης, 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Μετεγχειρητικές Επιπλοκές και Λοιμώξεις

4.1 Μετεγχειρητικές Επιπλοκές

Πολλοί ασθενείς αμέσως μετά το χειρουργείο εμφανίζουν επιπλοκές τις λεγόμενες μετεγχειρητικές. Η πιο συχνή είναι η πνευμονία λόγω καθυστέρησης της ορθής επαναφοράς από λειτουργικής απόψεως του θωρακικού κλωβού αμέσως μετά την ανάνηψη. Το εμπύρετο άνω των 38⁰ C μαζί με τη λιπώδη και την πνευμονική εμβολή εξαιτίας της ακινητοποίησης του ασθενούς που συνιστά παράγοντα κινδύνου για εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, απόρροια της οποίας είναι η εμβολή συνιστούν άλλες συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές. (Βώρος, 2014)

Όταν οι επιπλοκές αναφέρονται τοπικά στο χειρουργημένο σημείο ονομάζονται τοπικές. Μπορεί όμως να επηρεάσουν και τη λειτουργία των υπόλοιπων οργάνων του σώματος μας εκτός από αυτό που νοσούσε και χειρουργήθηκε και τότε έχουμε τις λεγόμενες συστηματικές.

Υπάρχουν ακόμα οι άμεσες που παρουσιάζονται πολύ σύντομα, πριν κλείσει ολοκληρωτικά η πληγή και αναπλαθεί το δέρμα και οι αψώτερες που εντοπίζονται μόλις συνέλθουμε, αποκτήσουμε τις δυνάμεις μας και γίνουμε ενεργοί στις δραστηριότητές μας τηρώντας πάντα τις συμβουλές που πρέπει να ακολουθούμε μετά την επέμβαση (Healey et al)

1 Πιο συγκεκριμένα σαν συστηματική επιπλοκή μετά από ένα χειρουργείο στην κοιλιά, θεωρείται η διάχυτη περιτονίτιδα. Το άτομο τότε εμφανίζει πόνο στην κοιλία, ναυτία και έμετο, γίνεται δυσκοίλιο, αποβάλλει τα φυσικά αέρια, ανεβάζει υψηλό πυρετό και γενικά η κατάστασή του κρίνεται κρίσιμη. Μπορεί να συμβεί λόγω κάποιας λανθασμένης κίνησης των ιατρών την ώρα της επέμβασης και μιας ζημιάς στο περιτόναιο. Επίσης μπορεί να μην έγινε σωστά η σύνδεση των αγγείων και οργάνων με αποτέλεσμα να υπάρχει εσωτερική αιμορραγία όπως και να δημιουργούνται συμφύσεις. Αρνητικά δρουν το γεγονός ότι ο οργανισμός του ασθενούς είναι αδύναμος και ενδέχεται να κολλήσει μικρόβια στο χειρουργείο όπως και το γεγονός ότι παρουσιάζεται αίμα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, οξεία μετεγχειρητική χολοκυστίτιδα, μετεγχειρητικός ίκτερος συνήθως μετά από εγχείρηση στο ήπαρ και δείχνει ότι το μέρος του ήπατος που απέμεινε δεν λειτουργεί σωστά όπως ούτε και

τα νεφρά. Στα ηλικιωμένα άτομα συνήθως μετά το χειρουργείο εντοπίζονται αλλοιώσεις στο νοητικό τους επίπεδο, δεν έχουν αίσθηση των πράξεών τους, παρουσιάζουν άνοια, παραλήρημα, αλλάζει η διάθεσή τους και οι συνήθειες του ύπνου τους, αφού μπορεί να κοιμούνται υπερβολικά και πιθανόν να πέσουν σε κώμα. Επίσης μπορεί να προκληθεί αιμορραγία, εφόσον το αίμα δεν μπορεί να πήξει, όπως και έμετος χωρίς βασική αιτία.

Στις άμεσες τοπικές μετεγχειρητικές επιπλοκές παρατηρούμε βλάβες στο σημείο της πληγής. Μπορεί να προκύψει αιμορραγία και μια μικρή ποσότητα αίματος να συσσωρεύεται σε κάποιο σημείο του δέρματος που με τον καιρό μπορεί να εξαλειφθεί με την κατάλληλη αγωγή. Αρνητικά δρα και το πύον το οποίο αν δεν αντιμετωπιστεί, προκύπτει απόστημα. Το ορώδες υγρό, συνήθως δεν θέτει σε κίνδυνο τη ζωή μας, εφόσον απορροφάται εύκολα και γρήγορα περίπου μέσα στο μήνα από τον οργανισμό. Αν όμως επιμένει, πρέπει να αφαιρεθεί. Δεν έγινε σωστή σύνδεση μεταξύ δύο διαφορετικών τμημάτων με αποτέλεσμα να μην δουλεύουν φυσιολογικά κάποια όργανα, να σπάνε νεύρα και αγγεία. (Τσαλής, Καμπαρούδης, λύθηκαν. Προέκυψε ζημιά στην σπλήνα και ανωμαλίες στην πήξη του αίματος εξαιτίας των αντιπηκτικών φαρμάκων που λάμβανε ο ασθενής. Αν υπάρχει μεγάλη αιμορραγία, ο αιματοκρίτης, η αιμοσφαιρίνη, η φεριτινίνη, ο σίδηρος, τα αιμοπετάλια, τα λευκά και τα ερυθρά αιμοσφαίρια, η αρτηριακή πίεση είναι αρκετά χαμηλά, κυριαρχεί ακανόνιστος χτύπος της καρδιάς και συχνά ταχυκαρδία. Προσέχουμε ακόμα το ρυθμό της διούρησης. Ο ασθενής τότε έχει κίτρινο χρώμα και είναι αρκετά εξαντλημένος. Χρειάζεται τότε να γίνει μετάγγιση αίματος. Μέσα από τις απαιτούμενες εξετάσεις που γίνονται και ειδικά με μια ακτινογραφία κοιλίας διαγιγνώσκουμε την ύπαρξη υγρού μέσα στο περιτόναιο (Σμπαρούνης,

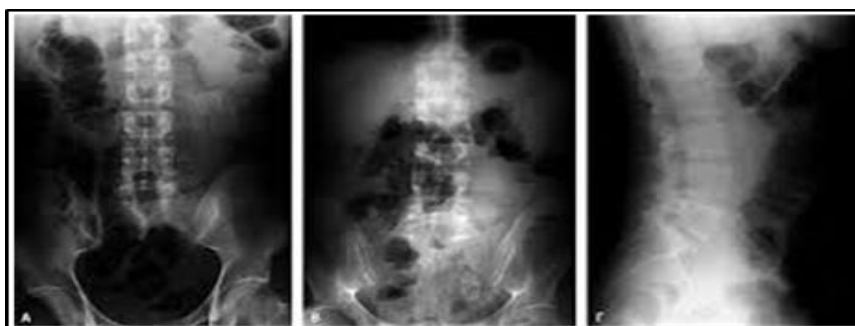
Λίγο καιρό αργότερα εμφανίζεται μετεγχειρητική κήλη, ένα ορατό εξόγκωμα στην κοιλία κοντά στο σημείο τομής που δημιουργείται αφού κόβονται τα τοιχώματα της κοιλίας. Αυτό συμβαίνει γιατί εκεί μαζεύεται λίπος. Το έντερο καταφέρει μέσα από την περιτοναϊκή κοιλότητα και εμφανίζεται κάτω από το δέρμα. Το άτομο πονά ιδιαίτερα με κάποιες κινήσεις, γίνεται δυσκοίλιο, έχει ναυτία, κάνει έμετο και δεν μπορεί να σταθεί όρθιο. Χρειάζεται λοιπόν με προσοχή να επιδιορθωθεί χειρουργικά το πρόβλημα.



Εικόνα 16. Μετεγχειρητική κήλη (Παναγιώτης Αθανασόπουλος, 2019).

Επίσης γνωστό είναι το σύνδρομο Dumping το οποίο εμφανίζεται σε όσους κάνουν χειρουργείο στο στομάχι. Σε αυτά τα περιστατικά, οι τροφές χωρίς να έχει γίνει η πέψη τους πηγαίνουν αμέσως στο λεπτό έντερο. Τα άτομα μετά από ένα δεκάλεπτο μέχρι και μισή ώρα από το φαγητό εμφανίζουν γλωμό δέρμα, νιώθουν ατονία και εξάντληση, έχουν πονοκέφαλο, ταχυκαρδία και θέλουν να λιποθυμήσουν, έχουν τυμπανισμό, ναυτία, παρουσιάζουν ξαφνική διάρροια και σπάνια θέλουν να κάνουν έμετο. Για την εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων ευθύνεται η κακή κυκλοφορία του αίματος. Κάποιοι μετά από 1-2 ώρες αφότου φάνε, παρουσιάζουν αδυναμία, νιώθουν ότι θα λιποθυμήσουν, ιδρώνουν, νιώθουν ταχυκαρδία και τρόμο λόγω υπογλυκαιμίας.

Ο ειλεός είναι το πρόβλημα που κλείνει το έντερο, δεν γίνεται η κένωση και δεν αποβάλλονται αέρια. (Τσαλής, Καμπαρούδης, & Παπαδόπουλος, 2017)

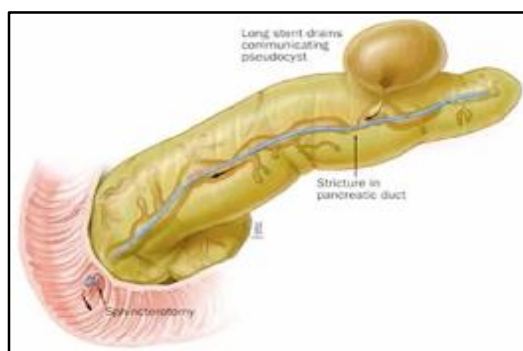


Εικόνα 17. Μετεγχειρητικός ειλεός (Κωνσταντίνος Τσαλής, Απόστολος Καμπαρούδης, Βασίλειος Παπαδόπουλος, 2017).

Η χολαγγειΐτιδα είναι οξεία φλεγμονή της χολής, αφού προσβάλλει και τα αγγεία της. Προκαλείται συνήθως από βακτήρια που έρχονται από τον δωδεκαδάκτυλο, το σημείο μετά το στομάχι και πριν τη νηστίδα. Θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου καθώς μπορεί να πεθάνει. Μπορεί να δημιουργηθεί σε άτομα που υποφέρουν από πέτρα στη χολή. Χρήζει άμεση ιατρική διάγνωση και θεραπεία. Τα χαρακτηριστικά της συμπτώματα περιλαμβάνουν ίκτερο σαν αποτέλεσμα της ανεβασμένης χολερυθρίνης. Τα ούρα δεν έχουν το φυσιολογικό κίτρινο χρώμα και η θερμοκρασία του σώματος ανεβαίνει στους 39-40°C. Είναι έντονος ο πόνος στην κοιλιακή χώρα και σε βαριές περιπτώσεις παρατηρείται χαμηλή αρτηριακή πίεση και σύγχυση. Για την αντιμετώπισή της ενδείκνυται η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, η ενδομυϊκή ή ενδοφλέβια χορήγηση αντιφλεγμονώδων φαρμάκων όπως και αντιβιοτικών με συντηρητική βέβαια αγωγή στα αρχικά στάδια (Μπαλτόπουλος, 2012).

Τέλος η παγκρεατίτιδα είναι μια φλεγμονή στο πάγκρεας. Όσο προχωρά το πρόβλημα διαταράσσεται η λειτουργία του οργάνου. Τραυματίζεται κατά την επέμβαση συχνότερα ο μικρότερος παγκρεατικός πόρος παρά ο μεγαλύτερος. Αρνητικά δρουν το αλκοόλ, τα φάρμακα που λαμβάνει κάποιος, οι ιογενείς λοιμώξεις που έχει περάσει και τα αυτοάνοσα προβλήματα από τα οποία μπορεί να πάσχει.

Η ψευδοκύστη παγκρέατος είναι μια κύστη στο πάγκρεας γεμάτη υγρό, ένζυμα, αίμα και νεκρωτικό ιστό. Θεωρείται σαν επιπλοκή της παγκρεατίτιδας. Για να μην δημιουργηθούν αποστήματα στο πάγκρεας είναι απαραίτητος ο τακτικός έλεγχος, με υπερηχογράφημα ή αξονική τομογραφία (Σμπαρούνης, 1991).



Εικόνα 18. Ψευδοκύστες («Ψευδοκύστες Παγκρέατος», 2021).

4.2. Διάνοιξη Τραύματος

Με τον όρο διάνοιξη του τραύματος εννοούμε τη διάσπαση του, δηλαδή ότι η συρραφή του άνοιξε και βγήκε από την πληγή αίμα, πύον και υγρά. Αυτό συμβαίνει εφόσον

προέκυψε πρόβλημα σε ένα από τα στάδια που περνά η πληγή για να θρέψει. Συγκεκριμένα μπορεί να μην έπηξε το αίμα, με τη διαστολή των σχετικών με την περιοχή αιμοφόρων αγγείων, τα κύτταρα του αίματος να μην πήγαν στον ιστό του τραύματος, να μην δημιουργήθηκαν νέα κύτταρα και να μην σχηματίστηκε κάκαδο, να μην μεταφέρθηκε οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά στην πληγή και έτσι να μην ήρθε η ωρίμανση, όπου ο ιστός της ουλής φτιάχνεται ξανά. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής μπαίνει ξανά στο χειρουργείο. Πολλές φορές τότε επεμβαίνει ο χειρουργός προκειμένου να επιδιορθωθεί το πρόβλημα κάνοντας συρραφή στο χειρουργικό τραύμα.

Οι ασθενείς που τους διασπάται το τραύμα, είναι αυτοί που μπορεί να έχουν αδύναμο οργανισμό και διάφορα προβλήματα υγείας όπως διαβήτη. Με άλλα λόγια μπορεί να έχουν αναιμία, χαμηλό αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνη και σίδηρο, έλλειψη πρωτεϊνών, καρκίνο και να εμφανίζουν ίκτερο. Σε διάνοιξη τραύματος στην κοιλιακή χώρα βασικό ρόλο παίζει το γεγονός ότι τα άτομα δεν ακολουθούν ένα σωστό πρόγραμμα διατροφής, υποσιτίζονται και άλλα είναι παχύσαρκα. Οι παχύσαρκοι επειδή έχουν αρκετά αποθέματα λίπους, εύκολα αρρωσταίνουν, σχηματίζουν αιμάτωμα, αφού δεν υπάρχει αρκετό οξυγόνο στους ιστούς. Χρησιμοποιούν για αρκετό διάστημα στεροειδή. Οι άνδρες όπως και οι μεγάλοι σε ηλικία είναι πιο ευαίσθητοι στην ανάπτυξη μετεγχειρητικών προβλημάτων. Σε μεγάλο βαθμό ευθύνεται και το είδος της χειρουργικής επέμβασης και ο τρόπος που διεξήχθη.

Δεν βοηθούν στην επούλωση της πληγής τα προβλήματα στο κυκλοφορικό μας σύστημα, το κάπνισμα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Αν ο χειρουργός συρράψει πολύ δυνατά την πληγή μπορεί να σχίσει το δέρμα και να μην κυκλοφορεί σωστά το αίμα στα άκρα. Έτσι μπορεί να μην λειτουργεί το σημείο του τραύματος και να μην το αισθάνεται ο ασθενής.

Για να μην συμβαίνουν συχνά διανοίξεις απαιτείται ο ασθενής:

- να ακολουθεί ένα υγιή τρόπο ζωής, μια καλή διατροφή πλούσια σε πρωτεΐνες, δηλαδή να καταναλώνει ψάρια και κρέας και να αθλείται
- να αποφεύγει φάρμακα όπως την ασπιρίνη
- να προσέχει και να ακολουθεί τις οδηγίες των ειδικών για να μην παθαίνει λοιμώξεις μετά το χειρουργείο όπως να ελέγχει τα επίπεδα γλυκόζης και να αποφεύγει ενέργειες που θα βλάψουν το τραύμα όπως τα αρωματικά.

4.2.1. Πύον-Αιμάτωμα-Εξίδρωμα

Πολλές φορές ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα στην περιοχή του τραύματος και ειδικά να εντοπίζει πύον κάποιες ώρες ακόμα και μέρες μετά την χειρουργική επέμβαση. Αυτό το πρόβλημα, γνωστό σαν διαπύηση τραύματος παρατηρείται μόλις ο χειρουργός διανοίξει την χειρουργική πληγή (Τσαλής Κ., Καμπαρούδης Α. & Παπαδόπουλος Β., 2017). Είναι δύσκολο βέβαια να αντιμετωπιστεί η αιτία που προκάλεσε την φλεγμονή.

Πύον είναι ένα παχύρρευστο, δύσοσμο, λευκωπό υγρό που αποτελείται κυρίως από νεκρά λευκά αιμοσφαίρια και υπολείμματα δερματικού ιστού και εκκρέει από μια φλεγμονώδη περιοχή. Από τη στιγμή που το πύον αρχίζει να συσσωρεύεται σε έναν ιστό καλύπτεται από μία μεμβράνη και αποκτά μια δομή, τη λεγόμενη απόστημα, που πρέπει να αντιμετωπιστεί όσο το δυνατόν πιο γρήγορα για να μην υπάρξει κίνδυνος σηψαιμίας.

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι που οδηγούν στη διαπύηση τραύματος, όπως οι βακτηριακές λοιμώξεις από το σταφυλόκοκκο και το στρεπτόκοκκο. Για την αντιμετώπιση των μολύνσεων των πληγών ενδείκνυται η χορήγηση αντιβίωσης στον ασθενή και ο καλός καθαρισμός της πληγής που δεν έχει θρέψει.

Επίσης μπορεί να προκύψει αιμάτωμα, αφού συσσωρευτεί κάποια ποσότητα αίματος κάτω από την επιφάνεια του δέρματος επειδή μπορεί να σπάσει μια αρτηρία, μια φλέβα, ένα αγγείο. Προκαλείται οίδημα, δυσφορία και αλλάζει χρώμα η πληγή. Σε αυτή την περίπτωση ενδέχεται να κυριαρχήσουν και να πολλαπλασιαστούν τα βακτήρια και έτσι το άτομο να κινδυνεύει να πάθει λοίμωξη. Όταν μεγαλώσει το αιμάτωμα μπορεί να σπάσει και να ανοίξει το τραύμα. Ο νοσηλευτής για να βοηθήσει τον ασθενή, δίνει βαρύτητα στο μέγεθος και στη σημασία του αιματώματος. Περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης αιματώματος έχουν όσοι παίρνουν αντιπηκτικά γιατί δεν πήζει το αίμα τους, έχουν υψηλή ενδοκοιλιακή και ενδοθωρακική πίεση που επιδεινώνεται όταν βήχουν και έχουν αρτηριακή υπέρταση αντιμετωπιστούν τα αιματώματα μικρού μεγέθους συγκριτικά με τα μεγαλύτερα.

Κάποιες φορές παρατηρείται εξίδρωμα, εφόσον μαζεύεται παθολογικό υγρό και πρήξιμο, οίδημα. Με σκοπό το κλείσιμο της πληγής, από το τραύμα βγαίνει και ρέει πάντα μια φυσιολογική ποσότητα υγρού.

Μετεγχειρητικές Λοιμώξεις

Τα άτομα μετά την χειρουργική επέμβαση που υποβάλλονται, έχουν αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα με αποτέλεσμα να είναι αρκετά επιρρεπείς στα μικρόβια που υπάρχουν στο περιβάλλον γύρω τους.

Πιο συγκεκριμένα μπορεί να νοσήσουν την ώρα του χειρουργείου, αν τα εργαλεία όπως νυστέρια που χρησιμοποιούνται είναι μολυσμένα. Οι ιατροί πρέπει να προσέχουν αρκετά τις πράξεις τους, να επικεντρώνονται στην πληγή, να την καθαρίζουν καλά, να μην προξενούν ζημιά σε υγιείς ιστούς και να μην ξεχνούν εργαλεία μέσα στο σημείο της τομής. Όλοι όπως και οι νοσηλευτές αν δεν πλένουν τα χέρια τους, δεν φορούν την κατάλληλη χειρουργική στολή, ούτε την χειρουργική τους μάσκα και τον χειρουργικό σκούφο μπορούν εύκολα να μεταφέρουν ιούς (Σαχίνη & Πάνου, 1984).

Ασθενείς με προβλήματα σίτισης που τους τοποθετούνται εντερικοί σωλήνες και ρινογαστρικοί καθετήρες, όσοι κάνουν μεταμόσχευση νεφρού, όσοι έχουν λάμες, ουροκαθετήρες, εσωτερικά ράμματα ενδέχεται ο οργανισμός τους να αντιδράσει προκαλώντας φλεγμονές, σε αντίθεση με εκείνους που τους χορηγείται αίμα την ώρα της εγχείρισης.

Σε κάθε περίπτωση πάντως το σημείο που χειρουργήθηκε, παραμορφώνεται, βγαίνουν υγρά που μυρίζουν άσχημα, συσσωρεύεται πύον, το οποίο αν δεν αντιμετωπιστεί αμέσως, προσβάλλει και τους γύρω ιστούς, οδηγεί σε δημιουργία αποστήματος και συριγγίου και θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου (Γολεμάτης, 1996). Οι ασθενείς, υποφέρουν από τον πόνο και μπορεί να ανεβάσουν πολύ υψηλό πυρετό.

Σε εγχειρίσεις στο έντερο, εκκρίνονται διάφορες εντεροτοξίνες που προκαλούν διάρροιες και εμετούς. Υπάρχει το ενδεχόμενο να εμφανίσουν μετεγχειρητική περιτονίτιδα, δηλαδή φλεγμονή του περιτόναιου. Σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος, όπως και σε όσους κάνουν αιμοκάθαρση αυτή η λοίμωξη εντοπίζεται μετά από εκτεταμένες εξετάσεις. Κάποιες από τις αιτίες που οδηγούν σε περιτονίτιδα είναι η διάτρηση γαστρικού έλκους στην αρχική φάση του προβλήματος και καταστροφή στο ήπαρ. Συμβαίνει ακόμα εξαιτίας της βλάβης στην χολή και μαζεύεται αίμα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Άλλες λοιμώξεις μετά από την επέμβαση στην κοιλιακή χώρα είναι:

- ενδοκοιλιακά αποστήματα που αντιμετωπίζονται με αντιβίωση και αφαίρεση του υγρού. Για παράδειγμα αν δημιουργηθεί σοβαρή και προχωρημένη λοίμωξη στο πάγκρεας, προκύπτει παγκρεατικό απόστημα

- ενδοηπατικά αποστήματα
- οξεία μη λιθισιακή νεκρωτική χολοκυστίτιδα και οπισθοπεριτοναϊκές φλεγμονές.

Συχνή είναι η εμφάνιση της μικροβιαμίας που προκαλείται λόγω των κεντρικών αγγειακών καθετήρων, της ουρολοίμωξης μιας λοίμωξης της ουροδόχου κύστης που έχει σχέση με τους ουροκαθετήρες που τοποθετούνται στους ασθενείς που δεν μπορούν να αποβάλλουν τα ούρα τους (Σκρεπέτης & Μακρής, 2009). Επίσης μπορεί να συμβούν φλεγμονές των ιστών που βρίσκονται στο μεσοθωράκιο, σηπτικές θρομβοφλεβίτιδες που συνήθως δημιουργούνται από τραυματισμό του ενδοθηλίου και των κιρσών.

Πολλές φορές συμβαίνουν και λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος όπως πνευμονία και πνευμονικό οίδημα όταν χρησιμοποιούνται μολυσμένες συσκευές μηχανικής αναπνευστικής υποστήριξης όπως οι μάσκες οξυγόνου και όταν συσσωρεύεται αρκετό αίμα και υγρό στον πνεύμονα (“Νοσοκομειακές Λοιμώξεις”). Ασθενείς συνήθως που δεν δουλεύει σωστά ο λάρυγγας ή εισπνέουν απότομα και πηγαίνουν το σάλιο, τα πτύελα στις αναπνευστικές οδούς όπως και αυτοί που χειρουργούνται στον πεπτικό σωλήνα και στο στομάχι και τους βάζουν τραχειοσωλήνα, ρινογαστρικό καθετήρα και εντερικούς σωλήνες ενδέχεται να πάθουν πνευμονία (Ferrara & Cunha, 2008). Αν τα άτομα δεν μπορούν να σηκωθούν καθόλου από το κρεβάτι κινδυνεύουν από λοιμώξεις μαλακών μορίων.

Επιπλέον εγχειρίσεις άνω κοιλίας και θώρακος φέρουν μετεγχειρητική ατελεκτασία εξαιτίας της ολικής νάρκωσης και των λανθασμένων ενεργειών του χειρουργού. Έρευνες έδειξαν ότι ένα 10-30 % ασθενών με κίρρωση του ήπατος που υποβάλλονται σε εγχείριση

ο Συμπεραίνουμε ότι όλες οι λοιμώξεις, χρήζουν άμεσης ιατρικής και νοσοκομειακής παρακολούθησης. Για την αντιμετώπισή τους, χορηγείται αντιβίωση συνήθως η augmentin εκτός αν κάποιος έχει αλλεργία σε κάποιο από τα συστατικά της. Επίσης δίνονται συνδυαστικά τα κατάλληλα αντιφλεγμονώδη.

α

4.4. Μετεγχειρητικός Πόνος

, Κάθε ασθενής αμέσως μετά την εγχείριση νιώθει πόνους. Καταβάλλεται έτσι ψυχολογικά, ξεσπά κάποιες φορές σε κλάματα, νιώθει μελαγχολία, απαισιοδοξία, νευρική και φόβο. Ο πόνος όμως δείχνει ότι υπάρχει πρόβλημα στον οργανισμό του ανθρώπου και ότι τραυματίστηκαν οι ιστοί κατά την επέμβαση. Επιδεινώνεται συνεχώς όταν κινείται ο ασθενής, όταν βήχει, όταν αναπνέει και γενικά όταν διαστέλλονται όλα τα

ο

ύ

ν

ε

κοιλιακά όργανα. Οι περισσότεροι ασθενείς την πρώτη μέρα μετά το χειρουργείο πονούν αρκετά και το άσχημο είναι ότι μπορεί να ξεκινήσει η ενόχληση απαλά και να γίνει ανυπόφορη. Τις επόμενες μέρες αισθάνονται λίγο καλύτερα. Ο πόνος αρχίζει να εξαλείφεται σε μια βδομάδα ή σε 10 ημέρες μετά το χειρουργείο, όταν η πληγή αρχίζει να κλείνει και οριστικά περνά μέσα σε 6 μήνες (Dewit, 2006).

Παίζει όμως ρόλο και το είδος της χειρουργικής επέμβασης. Συγκεκριμένα το άτομο που υποβάλλεται σε εγχείρηση προστάτη ή σε αφαίρεση της μήτρας διακοιλιακά πονά αρκετά για τις δύο πρώτες μέρες, σε αντίθεση με όσους κάνουν επεμβάσεις άνω κοιλίας, θώρακος, νεφρών και αρθρώσεων, εκτομή οισοφάγου, αφαιρούν τις αμυγδαλές και επιδιορθώνουν προβλήματα στη σπονδυλική στήλη. Επίσης η εγχείρηση για σκωληκοειδίτιδα, οι επεμβάσεις πλαστικής βουβωνοκήλης και η διακολπική υστερεκτομή θεωρούνται απλές και δεν δημιουργούν ιδιαίτερα προβλήματα. Μεγάλη προσοχή και υπομονή στον πόνο απαιτούν οι καρδιοχειρουργικές και ωτορινολαρυγγολογικές επεμβάσεις.

Για τον πόνο που νιώθουμε, όταν τραυματιστούμε ευθύνεται το γεγονός ότι διεγείρονται τα νεύρα από τους νευροδιαβιβαστές δηλαδή την ισταμίνη και τις βραδυκινίνες αυτό το ενοχλητικό πρόβλημα τους.

Πολλοί βέβαιοι όταν πονούν εμφανίζουν υψηλή αρτηριακή πίεση, ταχυκαρδία και συσπάσεις των αγγείων. Αναπνέουν με ένα περίεργο ρυθμό και μπορεί να έχουν δύσπνοια (Wood, 2010). Δημιουργούνται προβλήματα ούρησης, κένωσης, μείωση της όρεξης και τάση για έμετο. Κυριεύονται από το άγχος για το πως θα εξελιχθεί η πορεία της υγείας τους και από κατάθλιψη. Ακόμα ταλαιπωρούνται στον ύπνο. Προκαλείται και ορμονική διαταραχή καθώς απελευθερώνονται περισσότερο κορτιζόνη, κατεχολαμίνες, γλυκαγόνη, αυξητική και αντιδιουρητική ορμόνη και λιγότερο τεστοστερόνη και ινσουλίνη.

Στις μέρες μας υπάρχουν πολλοί τρόποι για να βοηθηθεί και να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο. Ειδικότερα συνιστώνται φάρμακα με αντιφλεγμονώδη δράση τα οποία μπορεί να τα προμηθευτεί κάποιος από το φαρμακείο και χωρίς ιατρική συνταγή όπως το Algofren, Muscorin και αυτά που περιέχουν απλή παρακεταμόλη και είναι το Deron και το Panadol. Άλλες δραστικές ουσίες κατά του πόνου είναι η κωδεΐνη, η μορφίνη αλλά και η κοκαΐνη (Dewit, 2009). Από εκείνη τη στιγμή χαλαρώνει το κεντρικό νευρικό σύστημα και ηρεμεί ο ασθενής. Αν το άτομο μετά από ένα δίμηνο από την επέμβαση, δυσκολεύεται στις

κινήσεις του και στην επαναφορά του στις υποχρεώσεις του γιατί πονά, πάσχει από χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο. Για να προκληθεί αυτή η κατάσταση σημαίνει ότι έγινε επιπλοκή με τα νεύρα κατά την επέμβαση. Επιπλέον ευθύνονται τα χρόνια προβλήματα υγείας που μπορεί να υπάρχουν και να έχει ευαισθητοποιηθεί ο οργανισμός λόγω των ακτινοθεραπειών που έκανε. Δυσκολεύει τότε η διάγνωση του προβλήματος και η αντιμετώπισή του γίνεται μακροπρόθεσμα (Wood, 2010).

Τέλος είναι απαραίτητο ιατροί και νοσηλευτές να είναι επικοινωνιακοί, έμπειροι, να αγαπούν το συνάνθρωπο που τους έχει ανάγκη και να παρέχουν ουσιαστικό έργο. Χρειάζεται να έχουν υπομονή, να στηρίζουν και να βοηθούν τον ασθενή να γίνει καλά υποστηρικτικού περιβάλλοντος ώστε να βελτιωθεί η ψυχολογία του ατόμου και να υποχωρήσει ο πόνος του στο σημείο του τραύματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Ο ρόλος του Νοσηλευτή

5.1 Γενικά Χαρακτηριστικά για το ρόλο του Νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής είναι πτυχιούχος της Νοσηλευτικής Σχολής. Είναι πολύ σημαντικό πρόσωπο όπως και οι ιατροί και έχει συνεχώς ενεργό ρόλο.

Για να δραστηριοποιηθεί κάποιος σε αυτή την επιστήμη και να θεωρείται αποδοτικός στο έργο που παράγει, χρειάζεται να είναι επικοινωνιακός και να διακατέχεται από ομαδοσυνεργατικό πνεύμα, δηλαδή να συνεργάζεται τόσο με το ιατρικό προσωπικό όσο και με τον ασθενή και τους οικείους του. Οφείλει να είναι σωστός επαγγελματίας, να μην κάνει διακρίσεις και να μην διακατέχεται από ξеноφοβία και προκαταλήψεις. Είναι τίμιος και δεν κατακρίνει το έργο που παράγει κάθε ειδικός.

Πρέπει να διαθέτει τις κατάλληλες γνώσεις και να χαρακτηρίζεται από αγάπη, ευγένεια, εχεμύθεια, ανθρωπισμό, αλληλεγγύη, αίσθηση του χιούμορ, φιλικότητα, καλοσύνη, υπευθυνότητα, ταπεινότητα και ειλικρίνεια (Πουλάτου, 2007). Απαιτούμενο προσόν θεωρείται η ευχάριστη προσωπικότητα. Επιπλέον πρέπει να είναι έμπιστος και πρόθυμος να βοηθήσει το άτομο που έχει ανάγκη και να του διαμορφώσει ένα κατάλληλο, καθαρό και ασφαλές περιβάλλον.

Είναι το πρόσωπο που θα έρθει τις περισσότερες φορές σε επαφή με τον ασθενή, θα αναλάβει τη φροντίδα του τόσο στο προεγχειρητικό στάδιο όσο και στο μετεγχειρητικό και αργότερα, θα το στηρίξει ψυχολογικά και θα καλύψει όλες του τις ανάγκες (Breier-Mackie, . Καθήκον του είναι να αισθάνεται τον πόνο και τη θλίψη του αρρώστου, να του συμπαραστέκεται και να στοχεύει στο να αποβάλλει το άγχος και τους φόβους του, που δεν συντελούν στην επούλωση της πληγής. Τέλος του τονίζει να μην ανησυχεί καθώς όλα θα πάνε καλά, θέλοντας να του αναπτρώσει το ηθικό (Σαχίνη & Πάνου, 1997).

5.2. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Προεγχειρητική Φροντίδα

Η προεγχειρητική φροντίδα παρέχεται συνήθως μία ημέρα πριν από την επέμβαση. Σε κάποια όμως περιστατικά ενδέχεται να ξεκινήσει δύο με τρεις ημέρες νωρίτερα.

Ο νοσηλευτής σε όλη τη διαδικασία ακολουθώντας το πρωτόκολλο που του δίνεται στην αρχή συζητά με τον ασθενή, με στόχο να τον καθησυχάσει, να του φτιάξει την ψυχολογία και να αποβάλλει το άγχος και τους φόβους του. Τον στηρίζει και τον ενημερώνει για όλες τις εξετάσεις που θα κάνει και για τη διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης. Ελέγχει τον ιατρικό φάκελο του αρρώστου, για να δει αν έχουν καταγραφεί σωστά τα προσωπικά στοιχεία του όπως ονοματεπώνυμο, ηλικία, ύψος, βάρος, το ιστορικό του δηλαδή τα προβλήματα υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζει, αν υπάρχει κληρονομικότητα και αν καπνίζει ή αν πίνει. Παρακολουθεί τα φάρμακα που λαμβάνει σε καθημερινή βάση και τον ρωτάει αν έχει αλλεργία σε κάποια ουσία, ώστε να μην του χορηγήσουν παρόμοιο σκεύασμα. Σύμφωνα με τις εντολές του ιατρού, κάνει αιμοληψία στον ασθενή για να γίνει γενική αίματος και να ελεγχθούν οι δείκτες της πήξης του αίματος. Γίνεται βιοχημικός έλεγχος για να ελεγχθεί η ουρία, κρεατινίνη, σάκχαρο, κάλλιο, ηπατικά ένζυμα και ηλεκτρολύτες. Επίσης γίνεται γενική ούρων. Αν το άτομο πάσχει από θυρεοειδή, γίνεται ορμονικός έλεγχος. Αν εντοπιστεί χαμηλός αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη και φερριτίνη δίνονται συμπληρώματα σιδήρου, είτε από το στόμα είτε ενδοφλέβια. Επιπλέον τα επίπεδα του καλλίου πρέπει να ρυθμίζονται έγκαιρα, αφού φέρουν προβλήματα με την υπερκαλιαιμία να δημιουργεί αρρυθμίες και την υποκαλιαιμία καρδιολογικές διαταραχές

Όλοι οι ασθενείς πρέπει να υπογράψουν το ειδικό έντυπο που θα τους δοθεί σχετικά με το αν επιτρέπουν να γίνει η χειρουργική επέμβαση. Στην περίπτωση όμως που οι ίδιοι δεν είναι σε θέση να λάβουν αποφάσεις, τότε υπεύθυνη είναι η οικογένειά τους. Ιδιαίτερα επικίνδυνη θεωρείται η εγχείρηση στον ηλικιωμένο και σε κάποιον που έχει προβλήματα με την καρδιά του και τότε καλό είναι να γίνεται ηλεκτροκαρδιογράφημα και έλεγχος στο βηματοδότη αν υπάρχει. Μεριμνά, ο ασθενής να φορά την χειρουργική στολή, κάλυμμα κεφαλής και ποδονάρια όπως και να μην έχει βαμμένα νύχια και χείλη γιατί εκεί φαίνεται αν γίνεται σωστά η κυκλοφορία του αίματος όπως και αν υπάρχει οξυγόνο σε ικανοποιητικά επίπεδα. Ελέγχει να έχει γίνει αποτρίχωση ειδικά σε επεμβάσεις σε σημεία με τριχοφυΐα και προσέχει αν δουλεύουν τα εσωτερικά μας όργανα, όπως η καρδιά. Διευκρινίζει στο άτομο ότι δεν πρέπει να τρώει πριν την επέμβαση και ότι είναι ανάγκη να έχει αδειάσει το έντερο και η ουροδόχος κύστης, διαφορετικά γίνεται υποκλισμός και τοποθετείται καθετήρας. Σε κάποια περιστατικά με δυσκολία κατάποσης σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες εισάγει το ρινογαστρικό καθετήρα. Τον βοηθά να τοποθετηθεί στο φορείο. Τονίζει στους συγγενείς του, να είναι ψυχικά ήρεμοι, να μην ανησυχούν και να κάνουν υπομονή, λέγοντας ότι ακριβώς μόλις τελειώσει η επέμβαση θα τους ενημερώσει ο ιατρός για την κατάσταση της υγείας του δικού τους ανθρώπου. Φροντίζει να ακολουθούνται οι κανόνες υγιεινής, να γίνεται καλή αντισηψία και από την πλευρά των ατόμων που συνεισφέρουν στην πραγματοποίηση της επέμβασης για να μην μεταδοθούν μικρόβια, εφόσον το δέρμα μας περιέχει περίπου 3.000.000 μικροοργανισμούς (Ανδρουλάκης, 2001). Επομένως είναι σημαντικός ο καθαρισμός του δέρματος του ασθενούς με ένα αντιμικροβιακό διάλυμα, που τον αναλαμβάνει μόνος του ή τον περιποιείται ο νοσηλευτής. Προετοιμάζει το δωμάτιο του ασθενή για τη μετεγχειρητική φροντίδα, να είναι καθαρό, ευχάριστο και ασφαλές.

5.3. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Διεγχειρητική Φροντίδα

Η διεγχειρητική φροντίδα ξεκινά από τη στιγμή που θα μεταφερθεί ο ασθενής στο χειρουργείο και διαρκεί μέχρι να τελειώσει η επέμβαση και να επιστρέψει στον χώρο της ανάληψης και αργότερα στο δωμάτιό του. Ο νοσηλευτής εδώ λειτουργεί σαν νοσηλευτής κίνησης, εργαλειοδότης και αναισθησιολόγος και έτσι αναλαμβάνει πολλές υποχρεώσεις.

Αρχικά βάζει τον ασθενή με ήρεμο και μαλακό τρόπο πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι. Βοηθά τους χειρουργούς να φορέσουν την ειδική χειρουργική τους στολή. Είναι υπεύθυνος

για την καθαριότητα της αίθουσας και προσέχει να μην υπάρχουν εμπόδια στον χώρο όπως κάδοι απορριμάτων για να κινούνται με άνεση οι χειρουργοί. Φροντίζει να επικρατεί ησυχία και τάξη μέσα στην χειρουργική αίθουσα. Θέλει όλη η χειρουργική ομάδα να είναι ενωμένη και αφοσιωμένη στο σκοπό τους δηλαδή να αφαιρέσουν το όργανο του ασθενούς που παρουσιάζει πρόβλημα και να τον θεραπεύσουν. Ελέγχει ξανά πριν αρχίσει η επέμβαση τα στοιχεία του ασθενούς για να είναι σίγουρος ότι δεν έχει γίνει κάποιο λάθος στην καταγραφή τους και ότι πρόκειται για το σωστό ασθενή.

Στηρίζει το άτομο, του λέει να μην ανησυχεί και του κρατά το χέρι μέχρι την αναισθησία για να τον ενθαρρύνει. Συμβάλλει στην τοποθέτηση των ειδικών μηχανημάτων όπως των μικρών πλαστικών ηλεκτροδίων που τοποθετούνται στο στήθος και στα άκρα, συνδέονται με το monitor και ελέγχουν τη λειτουργία της καρδιάς. Ακόμα τοποθετείται σφυγμομανόμετρο για τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και οξύμετρο για την παρακολούθηση του οξυγόνου. Συνεργάζεται με τον αναισθησιολόγο σχετικά με την αναισθησία που θα χορηγηθεί. Σε δύσκολα πάντως περιστατικά εφαρμόζεται γενική αναισθησία. Φροντίζει όλα τα χειρουργικά εργαλεία να είναι στη θέση που πρέπει και να έχουν αποστειρωθεί. Βοηθά τον χειρουργό δίνοντας του τα εργαλεία και σημειώνει τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν, τα φάρμακα που χορηγήθηκαν και την κατάσταση του ασθενούς. Σε περίπτωση που χαθεί κάποιο υλικό και ξεχαστεί μέσα στο σώμα του ασθενούς φέρει μεγάλη ευθύνη (“Υπόμνημα της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος για το Καθηκοντολόγιο Νοσηλευτικού Προσωπικού των Νοσοκομείων και των Λοιπών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του ΕΣΥ”, 2020)

5.4. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη Μετεγχειρητική Φροντίδα και στη Διαχείριση Επιπλοκών

Μετά το πέρας της εγχείρησης ο ασθενής μεταφέρεται στην αίθουσα ανάνηψης και δέχεται την μετεγχειρητική φροντίδα.

Από εκείνη τη στιγμή ο νοσηλευτής οφείλει:

- Να γράφει την ώρα που προσήλθε ο χειρουργημένος.
- Να παρακολουθεί και να κρίνει την πορεία της υγείας του, αν ξυπνήσει από τη νάρκωση, όπως και αν λειτουργούν όλα τα ζωτικά του όργανα, αν ανταποκρίνεται σε εξωτερικά ερεθίσματα, αν έχει επαφή με τον χρόνο, τον τόπο και αν αναγνωρίζει τα πρόσωπα που βλέπει γύρω του (Αγγελόπουλος, 2009).

- Να προσέχει το σημείο του τραύματος και να ελέγχει τα επίπεδα οξυγόνου και την κυκλοφορία του αίματος (Αθανάτου, 2010). Αν η κατάσταση του περιστατικού είναι πολύ δύσκολη και το άτομο δεν μπορεί να αναπνεύσει, χορηγείται οξυγόνο με μάσκα.
- Να παρακολουθεί τον ορό των ασθενών και αν αδειάσει να τοποθετεί καινούριο Όταν το άτομο μεταφερθεί στο δωμάτιο του, εκείνος:
- Το βοηθά και το βάζει στο κρεβάτι και στην κατάλληλη θέση ώστε να μην πατά το σημείο του τραύματος.
- Του εξηγεί να κινείται όσο μπορεί για να λειτουργήσει σωστά το κυκλοφορικό σύστημα και να μην συμβούν θρομβώσεις (Αθανάτου, 2010). Σε αντίθετη περίπτωση που δεν μπορεί να κινηθεί γίνονται αντιπηκτικές ενέσεις και επιβάλλεται η χρήση ειδικών καλτσών για αποφυγή θρομβώσεων. Συνιστάται για ώρες η ημικαθιστική θέση, για αποφυγή κατάκλισης.
- Παρακολουθεί το τραύμα αν έχει πύον, αν έχει πρηστεί, αν έχει διανοίξει ή αν αιμορραγεί και ενημερώνει τον ιατρό όπως και του αλλάζει συνεχώς τις γάζες για αποφυγή μολύνσεων (Osborn, Wraa, & Watson, 2012). Για την αιμορραγία συνιστάται η ακινησία και δίνονται αιμοστατικά φάρμακα. Χρησιμοποιεί αντισηπτικά για απολύμανση του δέρματος. Στην περίπτωση της διάνοιξης τοποθετεί τον άρρωστο στο κρεβάτι και κατεβάζει ελαφρά το κεφάλι στις 20 μοίρες.
- Ελέγχει τη θερμοκρασία του σώματος, την αρτηριακή πίεση και αν λειτουργεί σωστά ο ορός και ο καθετήρας. Επειδή κάποιοι ασθενείς είναι αρκετά ανήσυχοι προσέχει το σημείο φλεβοκέντησης και αν χρειαστεί τους δένει τα χέρια στο κρεβάτι για να μη σπάσει η φλέβα. Αν έχουν υψηλό πυρετό, χορηγεί ενδοφλέβια αντιπυρετική αγωγή, υγρά και ηλεκτρολύτες. Αν έχουν ρίγη, τους σκεπάζει με κουβέρτες. Τους κάνει αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο.
- Αν κάνουν έμετους, καταγράφει την ποσότητά τους, παρακολουθεί το ισοζύγιο υγρών και τους ηλεκτρολύτες και τοποθετεί σωλήνα Levin.
- Κοιτά το χρώμα και την ποσότητα των ούρων, προσέχει αν υπάρχει πόνος στην κοιλιακή χώρα ή στην πύελο. Αν εντοπίσει πρόβλημα γίνονται άμεσα εξετάσεις λαμβάνεται δείγμα και γίνονται καλλιέργειες όπως αυτή των ούρων. Φροντίζει να αλλάζει συχνά τον ουροκαθετήρα, όπως και τον φλεβοκαθετήρα.
- Αν νιώθουν πόνο, με ειδικές κλίμακες αξιολογεί την ένταση του (Gelinias et al., 2013), τους χορηγεί τα κατάλληλα αναλγητικά και τους βάζει σε μια θέση που θα τους

ανακουφίζει. Προγραμματίζει να γίνουν εξετάσεις όπως υπέρηχος για να παρακολουθηθεί η φλεγμονή.

- Στηρίζει πάντα τον ασθενή και την οικογένειά του, τους ενθαρρύνει λέγοντας ότι θα γίνει σύντομα καλά και θα επιστρέψει στις υποχρεώσεις του.
- Γενικά είναι σε εγρήγορση για να εντοπίσει γρήγορα και να αντιμετωπίσει όλες τις μετεγχειρητικές επιπλοκές (Taylor, Lillis & LeMone, 2006). Τα τρία πρώτα 24ωρα κρίνονται σοβαρά καθώς μπορούν να δείξουν την πορεία του ασθενούς. Για προληπτικούς λόγους τους χορηγεί αντιβίωση που έχει συστήσει ο ιατρός. Απαγορεύεται φυσικά τότε το κάπνισμα και το αλκοόλ.

5.4.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πληροφόρηση του ασθενούς

Η πληροφόρηση του ασθενούς είναι πολύ σημαντική διαδικασία και την αναλαμβάνουν όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας με πιο βασικά ιατρούς και νοσηλευτές. Όλοι ακολουθούν τον Κώδικα Ιατρικής και Νοσηλευτικής Δεοντολογίας (ΝΟΜΟΣ 4368/2016, ΦΕΚ 21/Α/21.2.2016). Όταν συζητούν για διάφορα κλινικά θέματα είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα θετικό κλίμα επικοινωνίας έτσι ώστε ο τρόπος που μεταδίδονται ο

ι Ειδικότερα ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον ιατρό και τον ασθενή και μεταφέρει στον δεύτερο τις ιατρικές οδηγίες, του τις επεξηγεί ώστε να τις κατανοήσει επαρκώς, να μπορέσει να τις εφαρμόσει στην πράξη. Αν το άτομο που νοσεί γνωρίζει αναλυτικά όλες τις διαδικασίες από τις οποίες θα περάσει για να θεραπευτεί και να επιστρέψει στους κανονικούς ρυθμούς της ζωής του, το λόγο που θα γίνει χειρουργική επέμβαση και τις ριπιτώσεις που μπορεί να προκύψουν και να ξεπεραστούν με την άμεση διάγνωσή τους, θα νιώθει πιο ήρεμος, δεν θα έχει άγχος και θα αναρρώσει πιο γρήγορα (Κοτρώτσιου et al., Φεκμήρια στον προφορικό του λόγο και κάνει επίκληση στη λογική, στο συναίσθημα και στο ήθος του πομπού. Επίσης χρήσιμο είναι το οπτικοακουστικό υλικό δηλαδή κασέτες ήχου από συνεντεύξεις παλαιότερων ασθενών, κάποιο βίντεο, φωτογραφίες και ενημερωτικά έντυπα. Οι πληροφορίες που τους δίνονται είναι αρκετές και υπολογίζεται ότι οι ασθενείς θυμούνται τις μισές από αυτές (Abdallah et al., 2011). Για αυτό καλό θα ήταν να τις έχουν καταγεγραμμένες ή να τους τις θυμίζει συνεχώς κάποιο δικό τους άτομο.

ν

α

ε

ί

ν

Ο νοσηλευτής που θα αναλάβει ένα τέτοιο ρόλο, απαιτείται να είναι ο ίδιος κατάλληλα μορφωμένος και εξειδικευμένος, να κατανοεί τις ανάγκες και τις ιδιομορφίες του χαρακτήρα κάθε ανθρώπου, να ακολουθεί τις κατευθυντήριες κλινικές οδηγίες και τα πρωτόκολλα και να συνεργάζεται με τις υπόλοιπες ειδικότητες προκειμένου να βοηθήσει το άτομο σε ικανοποιητικό επίπεδο. Πρέπει βέβαια να εκπαιδεύονται όλα τα μέλη της οικογένειας καθώς είναι τα πρόσωπα που θα συμβάλλουν στο να γίνει εντελώς καλά το άτομο και ειδικά μετά τα εξιτηρίο του. Αν οι ασθενείς βλέπουν τους οικείους τους να τους στηρίζουν, να είναι περήφανοι για αυτούς, να τους ενθαρρύνουν, να τους κατανοούν και γενικά να βρίσκονται συνέχεια στο πλευρό τους, παίρνουν δύναμη και θάρρος να αγωνιστούν ώστε να ξεπεράσουν τις νόσους που τους βασανίζουν (Ζαχαρής & Καμπουρέλλη, 2011).

Κάποια επιπλέον πλεονεκτήματα μιας σωστής ενημέρωσης και καθοδήγησης από την πλευρά των ειδικών κυρίως πριν πάρουν εξιτήριο οι ασθενείς, είναι ότι αποκτούν αρκετές γνώσεις και είναι σε θέση να διαχειριστούν μόνοι τους τη φροντίδα της χειρουργικής τους πληγής και να επισκεφτούν σε ελάχιστες περιπτώσεις νοσοκομεία, κέντρα υγείας και κλινικές. Στόχος της πληροφόρησης είναι να μπορεί το άτομο να αυτοεξυπηρετείται, να είναι προσεκτικός στις κινήσεις του και να φροντίζει την πληγή του ώστε να μην προκύψουν αρνητικές συνέπειες στην κατάσταση της υγείας του. Για παράδειγμα ο ασθενής θα κατανοήσει ότι μετά από επέμβαση στην κοιλία δεν πρέπει να σηκώνει βάρη για ένα διάστημα και χρειάζεται όσο μπορεί σιγά σιγά να είναι περιπατητικός προκειμένου να κυκλοφορεί το αίμα σε όλα τα όργανα.

Σε γενικές γραμμές ο ασθενής μέσα από τις οδηγίες του νοσηλευτή για την υπεύθυνη συμπεριφορά που πρέπει να έχει απέναντι στο τραύμα του και την φροντίδα που θα αναλάβει μόνος του, κατανοεί:

α) Πως να συμπεριφερθεί απέναντι σε κάθε τραύμα και ειδικά στο σημείο της χειρουργικής τομής, ώστε να μην προκύψουν επιπλοκές, λοιμώξεις και ταλαιπωρηθεί περισσότερο. Καθαρίζει με μαλακές κινήσεις το δέρμα του με χλιαρό νερό για αποφυγή μικροβίων, μετά όμως από δύο 24ωρα από το χειρουργείο. Στο τέλος αφού σκουπίσει απαλά την πληγή, για να μην υπάρχει υγρασία, χρησιμοποιεί ιωδιούχο ποβιδόνη και την κλείνει με γάζες για να την προστατεύσει από εξωτερικούς παράγοντες. Σε περίπτωση που διαπιστώσει πύον, διάνοιξη τραύματος ή ανεβάσει πυρετό χωρίς να είναι κρυωμένος με ψυχραιμία, επικοινωνεί αμέσως με τους ειδικούς.

β) Ότι πρέπει να κινείται με ήρεμο και απαλό τρόπο για περίπου ενάμιση μήνα μετά την επέμβαση και να αποφεύγει να σκληρές χειρωνακτικές δουλειές, να σηκώνει βάρη, να τρέχει, να βήχει και να φτερνίζεται γιατί διαταράσσονται τα όργανα της κοιλιακής περιοχής, το τραύμα αργεί να επουλωθεί και το άτομο υποφέρει.

γ) Τις ενδείξεις ότι υπάρχει πρόβλημα με το χειρουργικό τραύμα. Επομένως μπορεί να χρειαστεί ξανά επέμβαση στο ίδιο σημείο για να επιδιορθωθεί η βλάβη όταν εμφανιστούν:

- Μελανιές πόνο τοπικά στην περιοχή της πληγής, φλεγμονή, ναυτία και έμετο
- Παραμόρφωση του δέρματος μας γύρω από το τμήμα που χειρουργήθηκε

δ) Πως πρέπει να μην έχει ενεργή σεξουαλική ζωή στην αρχή για τρεις εβδομάδες

ε) Πως πρέπει να σταματήσει το κάπνισμα, να περπατά, να σιτίζεται σωστά λαμβάνοντας τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται και να πίνει αρκετό νερό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Αξιολόγηση Κλινικής Μέριμνας

και η Κατάσταση στα Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας

6.1. Κριτήρια Αξιολόγησης Κλινικής Μέριμνας

Όλοι όσοι εργάζονται αξιολογούνται ανάλογα με την ποιότητα του έργου που παράγουν. Έτσι και οι νοσηλευτές κρίνονται από τους ανωτέρους τους αλλά και από τους ίδιους τους ασθενείς ανάλογα με τις υπηρεσίες και με την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που τους παρέχουν. Λαμβάνουν θετικά σχόλια όταν διαθέτουν τις απαιτούμενες γνώσεις, είναι επικοινωνιακοί και φιλικοί, έχουν υπομονή, νιώθουν αγάπη προς τον άρρωστο τον οποίο βοηθούν, στηρίζουν και κατανοούν τόσο τις ανάγκες τις δικές του όσο και της οικογενείας του. Αν βρίσκονται συνεχώς στο πλευρό του ασθενούς και ξέρουν να διαχειριστούν σωστά το πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζουν, βρίσκουν τις κατάλληλες μεθόδους για να τον ανακουφίσουν από τα συμπτώματα που τον ταλαιπωρούν, τον κάνουν να νιώθει ασφαλής και του παρέχουν μια ουσιαστική φροντίδα (Καλαφάτη et al., 2007).

Πρέπει να φροντίζουν όλο τον κόσμο που νοσεί ανεξάρτητα από το φύλο, την καταγωγή, την ηλικία και την οικονομική κατάσταση του καθενός και να γνωρίζουν αρκετά πράγματα για τη νόσο, τα συμπτώματά της, τις παρενέργειες που ενδέχεται να προκύψουν

από την θεραπευτική αγωγή και τις αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες που φέρει. Το πρόγραμμα που θα ακολουθήσουν, πρέπει να είναι εύχρηστο σε όλους και να τροποποιείται εύκολα σε περίπτωση ανάγκης. Αν το άτομο κάνει τον ιατρικό έλεγχο που πρέπει, εντοπίζεται έγκαιρα το πρόβλημά του και κάτω από την απαιτούμενη ιατρική παρακολούθηση και τις παρεμβάσεις των ειδικών, επιδιορθώνεται. Χρειάζεται συνεχής παρακολούθηση και να εξετάζουν τη λειτουργία όλων των οργάνων όπως της καρδιάς. Βαρύτητα δίνεται και στο αν το άτομο πάσχει από αυτοάνοσα νοσήματα, νευροπάθειες, αντιμετωπίζει διανοητικά και ψυχολογικά προβλήματα όπως άνοια, κατάθλιψη, στην κοινωνική του τάξη, στις αντιλήψεις του περίγυρού του με τις οποίες έχει μεγαλώσει και στο ιστορικό της οικογενείας του.

Είναι απαραίτητο να ακολουθούν πάντα τα κλινικά πρωτόκολλα, δηλαδή ένα σύνολο κανόνων που στηρίζονται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες απόψεις όπως και τις Κατευθυντήριες Κλινικές Οδηγίες, οι οποίες δείχνουν τον τρόπο που θα ενεργούν και θα συμπεριφέρονται όλοι οι επιστήμονες υγείας στην περίθαλψη του ασθενή. Σχηματίζουν μια ολοκληρωμένη εικόνα για τον ασθενή μετά από συζήτηση που κάνουν, από τον έλεγχο της πορείας της υγείας του και όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται. Παρατηρούν για αλλοιώσουν του δέρματος, τη μορφή και το μέγεθος των ογκιδίων που τυχόν υπάρχουν. Οφείλουν να εντοπίζουν και να κατανοούν τις ανάγκες και δυνατότητες κυρίως του αρρώστου αλλά και του περιβάλλοντός του. Η οικογένεια όπως και οι φίλοι πρέπει να υποστηρίζουν πάντα τον ασθενή που αγωνίζεται για τη ζωή του. Επίσης βλέπουν αν σιτίζεται και αν ενυδατώνεται επαρκώς, για να μην συμβεί νεφρική ανεπάρκεια. Εστιάζουν την προσοχή τους στις καθημερινές του συνήθειες για να ξέρουν αν καπνίζει, αν πίνει ή αν παίρνει ναρκωτικά και προσπαθούν αρκετά να του αλλάξουν αυτόν τον τρόπο ζωής. Εξετάζουν την ψυχολογία του αρρώστου και να προσπαθούν να του αποδιώξουν τους φόβους, τις ανησυχίες, τη θλίψη και τη μελαγχολία. Διαχειρίζονται κατάλληλα ασθενείς με χειρουργικά τραύματα, περιποιούνται συνεχώς την πληγή αλλάζοντας τα επιθέματα και καθαρίζοντας το δέρμα, για να μην αναπτυχθεί κάποια μικροβιακή λοίμωξη. Οφείλουν να γνωρίζουν τα μέσα που διατίθενται όπως και τα συστήματα υποστήριξης για την αντιμετώπιση προβλημάτων. Για παράδειγμα πρέπει να γνωρίζουν αν υπάρχουν holder πίεσης και καρδιακών παλμών για να μετρήσουν την πίεση και την καρδιακή λειτουργία κάποιου, μάσκα οξυγόνου, καθετήρες, απινιδωτές σε περιστατικά που συμβεί ανακοπή καρδιάς.

Συμπεραίνουμε ότι είναι αρκετά δύσκολο να κρίνει αμέσως με αντικειμενικό και ακριβή τρόπο ο ειδικός ένα περιστατικό αν είναι επικίνδυνο, εφόσον κάθε ασθενής περιγράφει το πρόβλημα που τον ταλαιπωρεί με διαφορετικό τρόπο.

6.2. Σημερινή Κατάσταση στα Δημόσια Νοσοκομεία

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα δημιουργήθηκε το 1983 και το κράτος από τότε υποχρεούται να βοηθά τους πολίτες του.

Στις μέρες μας η κατάσταση που επικρατεί στα Δημόσια Νοσοκομεία δεν είναι καλή καθώς υπάρχουν πολλά προβλήματα. Ειδικότερα δεν υπάρχουν αρκετές νοσοκομειακές κλίνες, δηλαδή δωμάτια για να εξυπηρετήσουν όλους τους πολίτες που νοσοούν, ούτε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Προτεραιότητα τότε δίνεται στα σοβαρά περιστατικά και σε άτομα νεαρής ηλικίας. Δυστυχώς πολλοί τοποθετούνται σε επικουρικές κλίνες δηλαδή σε ράντζα στους θαλάμους. Ο Υπουργός Υγείας κ. Κικιλίας, το Σεπτέμβριο, τόνισε ότι διατίθενται 930 κλίνες στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στα Νοσοκομεία και ότι με τις δωρεές κάποιων προσώπων όπως του κ. Μαρινάκη και οργανισμών κατασκευάζονται και άλλες (“Δήλωση Υπουργού Υγείας Βασίλη Κικιλία για τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στα Νοσοκομεία της χώρας”, 2020).

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν επαρκεί. Η δουλειά σε κάθε κλινική προσπαθεί να βγει με ένα νοσηλευτή. Οι συνθήκες εργασίας τους είναι κουραστικές καθώς παίρνουν σπάνια άδειες. Υπάρχουν φορές που και άρρωστοι να είναι υποχρεούνται να πάνε κανονικά στη δουλειά τους. Έντονο είναι το πρόβλημα στα περισσότερα νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας στην επαρχία και στα νησιά όπως στους Φούρνους Ικαρίας, όπου υπάρχουν ένας γιατρός συνήθως παθολόγος, ένας νοσηλευτής και προσφέρουν τις πρώτες βοήθειες στους ασθενείς, τονίζοντάς τους, να μεταφερθούν στα νοσοκομεία των πόλεων.

Δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μηχανήματα, ο κατάλληλος εξοπλισμός και φάρμακα. Για παράδειγμα ελλείψεις παρατηρούνται σε μάσκες οξυγόνου, απινιδωτές, γάντια, γάζες, σύριγγες, βαμβάκι. Η κατάσταση επιδεινώνεται σε περίπτωση μιας θανατηφόρου πανδημίας και εφημερίας. Δεν γίνονται εξειδικευμένες εξετάσεις που ζητούνται στον άρρωστο. Πολλά κτίρια μπορεί να χρειάζονται επισκευή, άλλα δεν έχουν ούτε θέρμανση τον χειμώνα και το φαγητό που παρέχεται είναι άσχημο.

Επίσης δεν επαρκεί ούτε το διοικητικό προσωπικό καθώς τα ζητήματα του νοσοκομείου και η γραφειοκρατία συνεχώς αυξάνονται. Υπάρχουν περιπτώσεις που ένας

διοικητικός υπάλληλος εργάζεται σε περισσότερες πτέρυγες και αναλαμβάνει διάφορες αρμοδιότητες. Υπάρχει έλλειψη μηχανογράφησης. Για να επισκεφτεί κάποιος ένα νοσοκομείο που δεν εφημερεύει πρέπει να κλείσει ραντεβού στο 1535 και να μπει σε λίστα αναμονής. Πολλοί συχνά αρκετοί δίνουν “φακελάκι” στο υπεύθυνο ιατρό τους θεωρώντας ότι με αυτό τον τρόπο εκείνος θα είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην εγχείρηση που θα πραγματοποιήσει. Κάποιοι ιατροί διατηρούν και ιδιωτικό ιατρείο με αποτέλεσμα να μην είναι αρκετά αποτελεσματικοί στις διαγνώσεις τους στο δημόσιο φορέα και να τους παραπέμπουν σε αυτό για περαιτέρω διερεύνηση του προβλήματος τους.

Παρατηρούνται όμως προβλήματα στην χρηματοδότηση ειδικά σε περιόδους οικονομικής κρίσης που είναι πενιχρός ο προϋπολογισμός του κράτος και τα ταμεία δεν εξοφλούν τα χρέη τους στην ώρα τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Μεθοδολογία της παρούσας εργασίας

7.1 Σκοπός

Μια χειρουργική επέμβαση ενέχει κινδύνους. Στόχος λοιπόν αυτής της εργασίας είναι:

- ✓ να αναλύσει τις επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν μετά από εγχείρηση στην κοιλιακή χώρα ώστε να αντιμετωπιστούν άμεσα και να μην κινδυνεύσει η ζωή του ασθενούς
- ✓ να εξετάσει αναλυτικά το ρόλο του νοσηλευτή και τη βοήθειά του στον ασθενή.

7.2 Υλικό και στρατηγική αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκε

Υλικό

Η παρούσα δευτερογενής μελέτη, πραγματοποιήθηκε με τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κατά το πρόσφατο παρελθόν. Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν για την ανεύρεση της βιβλιογραφίας είναι οι PubMed, Google Scholar και Cochrane Library. Στην επιλογή των συμπεριλαμβανομένων εν τέλει μελετών αξιοποιήθηκαν οι CASP checklists. Η αναζήτηση αφορούσε σε ποσοτικές πρωτογενείς έρευνες καθώς και σε

δευτερογενείς έρευνες, σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με επιπλοκή του τραύματος μετά από χειρουργείο κοιλίας.

Στρατηγική Αναζήτησης

Η παρούσα ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της βάσης PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Moher et al, 2009; 2010). Η λίστα ελέγχου PRISMA παρατίθεται παρακάτω. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν στην Αγγλική γλώσσα και συνδυάστηκαν χρησιμοποιώντας λογικούς τελεστές Boolean (AND, OR). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι : "abdominal surgery", "abdominal trauma", "complications", ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης ξεκίνησε η αναζήτηση της βιβλιογραφίας

Για τη συλλογή πληροφοριών χρησιμοποιήθηκαν:

◆ πολλά επιστημονικά βιβλία και άρθρα, Ελλήνων συγγραφέων όπως του Γ.Α. Ανδρουλάκη, της Αποστολοπούλου, των Αντώνη Χατζηνικολάου και Νεκταρίας Σκανδαλάκη, της Κουρκούτα, του Λασκαράτου Ι.Γ., του Λυπουρλή Δ., του Γκουγκουλή Ι., του Ρηγάτου Γ. Α., του Χατζηνικολάου, των Μυρωνίδου και Τζουβελέκη, του Μπαλτόπουλου Ι. Γεωργίου, του Νικολάου Οικονόμου, του Αθανάτου Ελ., του Γκούβα Χαραλάμπου, του Ρούσσου Χ., του Αγγελόπουλου και πολλών ακόμα. Επίσης οι συγγραφείς της ξένης βιβλιογραφίας που συμπεριλαμβάνεται στην εργασία είναι: Dünser, Ashley, Gabriel A, Mussman J, Rosenberg LZ, Torre JI και διάφοροι άλλοι.

◆ το Pubmed, το Google Scholar και η βιβλιοθήκη Cochraine για αναζήτηση σχετικών με το θέμα δημοσιεύσεων, ερευνών και άρθρων,

◆ διάφορες ιστοσελίδες όπως <http://enne.gr/wp->

Η Για την αναζήτηση πληροφοριών δόθηκε έμφαση στις εξής ορολογίες:

Υ
◆ “τραύματα” όπου κατανοήσαμε την ερμηνεία αυτού του όρου, γνωρίσαμε τις
Ρ απόψεις και τις αντιλήψεις των παλαιότερων εποχών, τα είδη τραυμάτων που προξενούνται
Ε και διερευνήσαμε τα αίτια τους.
R

L

I

N

K

"

- ◆ “χειρουργικό τραύμα” όπου κατανοήσαμε τον όρο, το πως ενεργεί ο υπεύθυνος χειρουργός και το πως πρέπει να αντιδρούμε για να βοηθήσουμε στην επούλωση και στην αποφυγή μολύνσεων. Γνωρίσαμε και τις φάσεις που περνάει μια πληγή για να επούλωθεί.
- ◆ “κοιλιακή χώρα” όπου ήρθαμε σε επαφή με τα μέρη της κοιλιακής περιοχής δηλαδή το περιτόναιο, τον οισοφάγο, το στομάχι, το λεπτό και παχύ έντερο, το ήπαρ, την χολή, το πάγκρεας, τα νεφρά και τα επινεφρίδια. Είδαμε τα κοιλιακά προβλήματα που χρειάζονται χειρουργική επέμβαση όπως η οξεία σκωληκοειδίτιδα, οξεία χολοκυστίτιδα, έλκος δωδεκαδαχτύλου, πυελική φλεγμονώδης νόσος, εξωμήτρια κύηση, έλκος λεπτού εντέρου, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, εμβολή μεσεντέριας ισχαιμίας, νεκρωτική εντεροκολπίτιδα.
- ◆ “μετεγχειρητικές επιπλοκές και λοιμώξεις” όπου είδαμε ποιες επιπλοκές συμβαίνουν μετά από ένα χειρουργείο (υψηλός πυρετός, πόνος, αδυναμία, χολαγγειίτιδα, οξεία περιτονίτιδα, ειλεός, σύνδρομο Dumping, παγκρεατίτιδα, ψευδοκύστη παγκρέατος, κήλη, διάσπαση τραύματος, έκκριση πύου από την πληγή, συσσώρευση αίματος και δημιουργία αιματωμάτων)
- ◆ “ο ρόλος του νοσηλευτή” όπου αφού είδαμε σε γενικές γραμμές τα προσόντα που πρέπει να έχει κάποιος που αναλαμβάνει νοσηλευτικές αρμοδιότητες, επικεντρωθήκαμε στον τρόπο που ενεργεί στην προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς, στη διαχείριση επιπλοκών, στην ενημέρωση τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους ώστε να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι για όλες τις διαδικασίες στις οποίες θα υποβληθούν.
- ◆ “κριτήρια αξιολόγησης κλινικής μέριμνας” όπου ο νοσηλευτής πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη στον ασθενή, να κρίνει σωστά την πορεία της υγείας του λαμβάνοντας υπόψη πολλούς παράγοντες όπως υποκείμενα νοσήματα (αναιμία) στηριζόμενος πάντα σε τεκμηριωμένα δεδομένα, μελέτες, έρευνες που ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και ακολουθώντας τα κλινικά πρωτόκολλα και τις κατευθυντήριες οδηγίες. Τέλος γνωρίσαμε την κατάσταση που επικρατεί σήμερα στα Δημόσια Νοσοκομεία, η οποία δεν είναι καλή, εφόσον δεν υπάρχουν τα απαιτούμενα κονδύλια και το ιατρικό, νοσηλευτικό ακόμα και διοικητικό προσωπικό δεν επαρκεί. Δεν υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός, μηχανήματα, φάρμακα, επικουρικές κλίνες δηλαδή ράντζα και φυσικά ούτε άμεση εξυπηρέτηση με τον ασθενή ο οποίος αναγκάζεται να κλείνει ραντεβού καλώντας στο 1535 και αναμένει τη σειρά του μέχρι να επισκεφτεί τον ιατρό που χρειάζεται.

Τέλος για την αναζήτηση εικόνων στηριχθήκαμε στο κεντρικό θέμα κάθε κεφαλαίου και καταφύγαμε σε ιστοσελίδες. Οι περισσότερες εικόνες που χρησιμοποιούνται αναφέρονται:

- στα είδη των τραυμάτων όπως στα εγκαύματα, στο θλαστικό και νύσσον τραύμα, στο τραύμα από πυροβόλο όπλο ώστε να δούμε τις σπές στο σώμα που δημιουργούν τα βλήματα
- στη διαδικασία επούλωσης τραυμάτων
- στα κοιλιακά προβλήματα όπως οξεία σκωληκοειδίτιδα και χολοκυστίτιδα, έλκος δωδεκαδαχτύλου, πυελική φλεγμονή, εξωμήτρια κύηση, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, εντερική ισχαιμία
- στις επιπλοκές που προκύπτουν μετά από εγχειρήσεις στην κοιλιακή χώρα όπως μετεγχειρητική κήλη, ειλεός, ψευδοκύστη παγκρέατος, αποστήματα-συρίγγια, ενδοκοιλιακά αποστήματα.

Στόχος τους είναι να κινήσουν το ενδιαφέρον του αναγνώστη, να δώσουν ζωντάνια και παραστατικότητα όπως και να γίνει πιο κατανοητό το περιεχόμενο αυτών των σημείων.

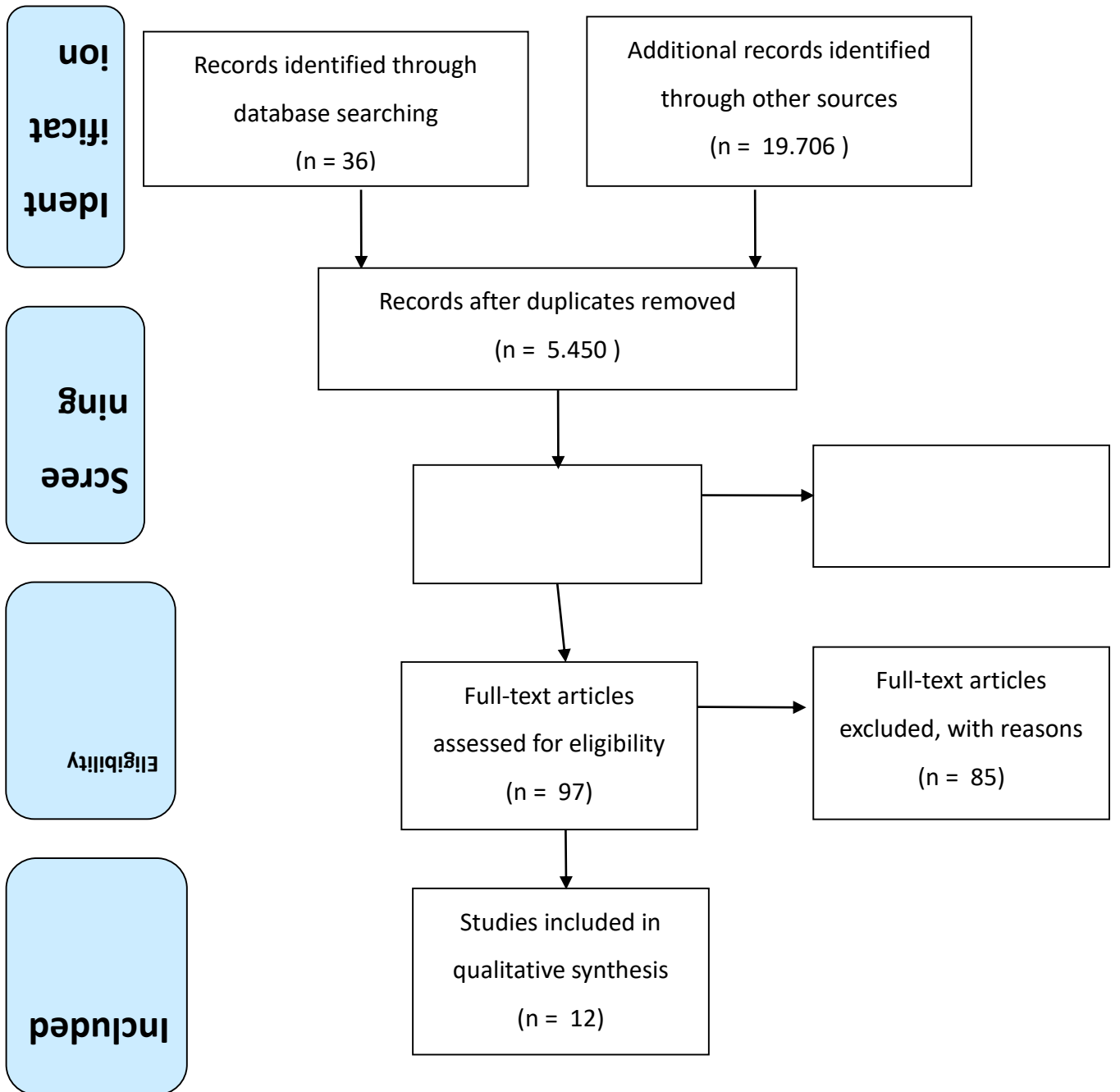
Η πορεία της στρατηγικής αναζήτησης φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 1: Αλφαβητικός κατάλογος των βάσεων δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και η στρατηγική αναζήτησης που εφαρμόστηκε (μέχρι τις 06 Φεβρουαρίου 2021)		
Βάση Δεδομένων	Στρατηγική Αναζήτησης	Αποτελέσματα
Cochrane Library	("abdominal surgery" OR "abdominal trauma") AND "complications"	2.516
Cochrane Library	("abdominal surgery" OR "abdominal trauma") AND "complications" AND "nurse"	80
Cochrane Library	("abdominal surgery" OR "abdominal trauma")	41

	AND "complications" AND "nurse" AND "care"	
Google Scholar	("abdominal surgery" OR "abdominal trauma") AND "complications"	226.000
Google Scholar	("abdominal surgery" OR "abdominal trauma") AND "complications" AND "nurse"	21.600
Google Scholar	("abdominal surgery" OR "abdominal trauma") AND "complications" AND "nurse" AND "care"	19.665
PubMed	("abdominal surgery" OR "abdominal trauma") AND "complications"	17.237
PubMed	("abdominal surgery" OR "abdominal trauma") AND "complications" AND "nurse"	51
PubMed	("abdominal surgery" OR "abdominal trauma") AND "complications" AND "nurse" AND "care"	36
PubMed (TEΛΙΚΗ)	("abdominal surgery" OR "abdominal trauma") AND "complications" AND "nurse" AND "care" με εφαρμογή φίλτρου Re- sults by year: 2010-2021	18

Όλα τα άρθρα και οι περιλήψεις που συγκεντρώθηκαν από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας ελέγχθηκαν. Από το σύνολο των αναφορών (n=19.742) αφαιρέθηκαν οι

διπλές αναφορές (n=14.256), αποκλείστηκαν άρθρα βάση του έτους δημοσίευσης (n=900), βάσει του πληθυσμού μελέτης (n=1.200), βάσει της γλώσσας (n=230) βάσει τίτλου (n=406) καθώς και όλες οι μη πρωτογενείς έρευνες (n=2.500) και στη συνέχεια βάση των περιλήψεων αποκλείστηκαν άρθρα που δεν πληρούσαν τα κριτήρια, που δεν είχαν πλήρες κείμενο ή ξεκάθαρη μεθοδολογία (n=117). Κατά αυτόν τον τρόπο προέκυψαν 97 πλήρη κείμενα προς έλεγχο για καταλληλότητα. Από αυτά αποκλείστηκαν κάποια βάση περιεχομένου (n=85) με αποτέλεσμα να προκύψουν 12 άρθρα προς συμπερίληψη.



Κριτήρια Ένταξη και Αποκλεισμού

Συμπεριλήφθηκαν τα άρθρα της τελευταίας δεκαετίας, μόνο όσα βρίσκονταν στην αγγλική γλώσσα και ήταν προσβάσιμα στην πλήρη μορφή τους από τους συγγραφείς και αφορούσαν πρωτογενή έρευνα. Ο πληθυσμός μελέτης θα έπρεπε να αφορά ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση κοιλίας. Αποκλείστηκαν μελέτες που αφορούσαν ασθενείς με γενική επιπλεγμένη παθολογία και αυτές στις οποίες το δείγμα θα έπρεπε να έχει υποχρεωτικά κάποια σωματική συννοσηρότητα (πχ σακχαρώδη διαβήτη, κακοήθη παχυσαρκία). Επίσης αποκλείστηκαν οι μελέτες που η παθολογία της κοιλίας είχε εξελιχθεί τόσο ώστε να έχει εγκαταστήσει πολύ χαμηλή πιθανότητα επιβίωσης. Δεν συμπεριλήφθηκαν μελέτες όπου όλοι οι ασθενείς ήταν ανοσοκατασταλαμένοι ή είχαν πολύ πτωχή πρόγνωση ή πολύ αυξημένη πιθανότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών και όλες οι μελέτες έπρεπε να εμπλέκουν την αξιολόγηση των νοσηλευτών. Τέλος δεν συμπεριλήφθηκαν πρωτόκολλα και δημοσιεύσεις που δεν παρέθεταν αποτελέσματα αλλά και αυτές που δεν παρέθεταν αποτελέσματα σχετικά με την πορεία του μετεγχειρητικού τραύματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ

Αποτελέσματα

8.1. Τα αποτελέσματα από τη μελέτη

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ορθή νοσηλευτική φροντίδα είναι εξαιρετικά σημαντική για την καλή πρόγνωση του ασθενούς μετεγχειρητικά και ιδιαίτερα όσον αφορά τις επεμβάσεις κοιλίας.

Σε όλες τις αναφερόμενες στον παρακάτω πίνακα, ο οποίος συνοψίζει τα κύρια χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριλαμβάνονται στην ανασκόπηση, μελέτες αξιολογούνταν μέσω εργαλείων η υποκειμενική ή η μετρήσιμη για το αντικείμενο (πχ αριθμός ασθενών, μέρες ανάρρωσης) η συνεισφορά των νοσηλευτών στην πρόληψη και αντιμετώπιση και ανάρρωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών του χειρουργείου άνω ή κάτω κοιλίας.

Πίνακας 2: Αποτελέσματα συστηματικής αναζήτησης και κύρια χαρακτηριστικά μελετών (δείγμα, σχεδιασμός, εργαλεία)

A/A	Αναφορά	Σχεδιασμός μελέτης	Μέθοδος αξιολόγησης	Δείγμα
1	(Amiri, Solankallio-Vahteri & Tuomi 2019)	Έγινε μελέτη της επίπτωσης της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας ανάλογα με τον αριθμό των νοσηλευτών / 1000δια πληθυσμού για διάφορες παθήσεις	Δείκτης επίπτωσης των ασθενών που εμφάνισαν κάθε μία από τις μελετούμενες προς εμφάνιση επιπλοκές	Δεδομένα από το registry 21 χωρών για την πενταετία 2010-2015
2	(Gok et al., 2019)	Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που έφεραν στομία μέσα από την εξειδικευμένη βοήθεια των νοσηλευτών	Αριθμός επιπλοκών	Ασθενείς που είχαν υποστεί επέμβαση του γαστρεντερικού σωλήνα για την περίοδο 01/2012-12/2013
3	(Glance et al., 2016)	Διαφορά των μετεγχειρητικών επιπλοκών ως προς το διάστημα της εβδομάδας που γίνεται το χειρουργείο	Αριθμός έκαστης μελετούμενης επιπλοκής	305,853 ασθενείς που υποβλήθησαν είτε σε επέμβαση του γαστρεντερικού σωλήνα είτε της κοιλιακής αορτής
4	(Chen et al., 2017)	Εφαρμογή από ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές προγραμμάτων για την αποφυγή της μετεγχειρητικής σύγχυσης.	Αριθμός ασθενών ανά ομάδα που εμφάνισαν την επιπλοκή	337 ηλικιωμένοι (>65 ετών) ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε εγχείρηση κοιλίας. Οι μισοί συμμετείχαν στο πρόγραμμα και οι άλλοι μισοί

				ήταν η ομάδα ελέγχου
5	(Wiltse Nicely, Sloane & Aiken, 2013)	Εξέταση της σχέσης του νοσηλευτικού προσωπικού με την προ- και μετεγχειρητική έκβαση σε κέντρα υψηλού όγκου προσωπικού vs χαμηλού	Αριθμός επιπλοκών και δείκτης θνητότητας	Αρχείο δεδομένων νοσοκομείων (βασισμένο στα δεδομένα της AHA Annual Survey)
6	(Lindholm et al., 2013)	Εκτίμηση των μετεγχειρητικών επιπλοκών σε ασθενείς με στομία μετά από επέμβαση κοιλίας	Αριθμός επιπλοκών πριν και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο	144 ασθενείς
7	(Pazar & Yava, 2013).	Η συμβολή των νοσηλευτών στις άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές στην αίθουσα ανάνηψης	Ποσοστό ασθενών που εμφάνισαν επιπλοκές και πόσοι από αυτούς τις ξεπέρασαν άμεσα	123 ασθενείς που υπέστησαν επεμβάσεις κοιλίας ή/και θώρακα
8	(Liu et al., 2014)	Επίπτωση της μετατραυματικής γαστροπάρεσης και επακόλουθες ψυχιατρικού περιεχομένου επιπτώσεις μετά από πρόγραμμα στήριξης ψυχικής υγείας αυτών των ασθενών	Ποσοστό ασθενών που εμφάνισε τη μελετούμενη ψυχοπαθολογία και ποσοστό που επανήλθε ενδονοσοκομεικά	120 ασθενείς με μετατραυματική γαστροπάρεση χωρισμένοι στη μέση

9	(Abdalrahim et al., 2011)	Οι γνώσεις των νοσηλευτών και η γνώμη των ασθενών τους για τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου πριν και μετά την παρακολούθηση προγράμματος κατάρτισης	Συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου	65 ειδικευμένοι νοσηλευτές/τριες & 240 ασθενείς
10	(McCorkle, Jeon, Ercolano & Schwartz, 2011)	Αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών γυναικών που υπέστησαν χειρουργείο κοιλίας για εξάιρεση νεοπλασματος ωοθήκης από ειδικευμένους νοσηλευτές που είχαν και γνώσεις ψυχικής υγείας	Επισκέψεις στο νοσοκομείο μετά την επέμβαση για επιπλοκές και επιπλοκές κατά τη μετεγχειρητική νοσηλεία	67 γυναίκες στο πρόγραμμα παρέμβασης και 70 ως ομάδα ελέγχου
11	(Thomsen et al., 2015)	Η γνώμη των ασθενών για τη διαχείριση των επιπλοκών μετά από επέμβαση οξείας κοιλίας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε εφημερία	Ερωτηματολόγιο	18 ασθενείς που προσήλθαν στα επείγοντα (ΤΕΠ) για οξεία κοιλία και οδηγήθηκαν στο χειρουργείο
12	(Su & Nieh, 2018)	Εκτίμηση της συμβολής συγκεκριμένης τεχνικής στην πρόληψη μετεγχειρητι-	Αριθμός ασθενών που εμφάνισε τις μελετούμενες επιπλοκές	127 ασθενείς χωρισμένοι στη μέση σε δύο ομάδες (παρέμβασης / κινδύνου)

		κών επιπλοκών λαπα- ροσκοπικών επεμβά- σεων κοιλίας		
--	--	---	--	--

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

9.1. Συζήτηση

Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην βελτίωση της πρόγνωσης του μετεγχειρητικού ασθενούς διαμέσου της πρόληψης και της αντιμετώπισης των μετεγχειρητικών επιπλοκών είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Έχει φανεί ότι η αύξηση κατά 1% του επιπέδου του αριθμού των νοσηλευτών ώστε να μπορεί ο νοσηλευτής να ασχοληθεί πιο ειδικά με τον ασθενή του οδηγεί σε μείωση κατά 2,8% την μετεγχειρητική σήψη και κατά 1,1% τη διαπύηση του τραύματος μετά από χειρουργείο κοιλίας. (Amiri, Solankallio-Vahteri & Tuomi 2019) Σε ημέρες όπου το νοσηλευτικό προσωπικό που βρίσκεται σε βάρδια είναι μειωμένο οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και η μετεγχειρητική θνησιμότητα είναι αυξημένες. Συγκεκριμένα τα σαββατοκύριακα οι ασθενείς που χειρουργούνται έχουν 1,5 φορά μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σοβαρότερη μετεγχειρητική επιπλοκή και διαφαίνεται ιδιαίτερα στα επείγοντα περιστατικά. Όταν τα νοσοκομεία έχουν καλό ποιοτικά προσωπικό νοσοκόμων αλλά μη επαρκή αριθμό ανά περιστατικό που υποδέχονται, οι ασθενείς σε νοσοκομεία χαμηλού όγκου νοσηλευτών ανά αριθμό εισαγωγών είναι 3.4 φορές πιο πιθανό να πεθάνουν σε γενικό πλαίσιο και 2.6 φορές πιο πιθανό να πεθάνουν από μετεγχειρητικές επιπλοκές σε σχέση με ασθενείς με την ίδια πάθηση οξείας κοιλίας που χρήζει χειρουργείου που διακομίζονται σε κέντρα με αυξημένο προσωπικό. (Wiltse Nicely, Sloane & Aiken, 2013)

Οι νοσηλευτές έχουν υπέρμετρη συμβολή και στην ποιότητα ζωής που θα συνοδεύει τον ασθενή μετά το χειρουργείο καθώς εκτός από την παροχή φροντίδα στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον, η οποία θα βοηθήσει να αποφευχθούν επιπλοκές που μπορεί να επηρεάσουν καταλυτικά της πορείας του ασθενούς, με την εκπαίδευση που θα προσφέρουν στον ασθενή και τους φροντιστές του θα συμβάλλουν στην ορθή διαχείριση και αντιμετώπιση του

π

ρ

ο

β

λ

al., 2011). Η εκπαίδευση ωστόσο του ασθενή από το νοσηλευτή αφορά και την άμεση αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών. Στο κομμάτι αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι νοσηλευτές να είναι πλήρως εκπαιδευμένοι οι ίδιοι ώστε να μπορούν να μεταδώσουν την ορθή γνώση και στάση ζωής στον ασθενή αλλά και να διαχειριστούν τις όποιες επιπλοκές. Εκπαίδευση των συνοδών παρατηρήθηκαν επιπλοκές του τραύματος γύρω από τη στομία στο 45% των ασθενών ενώ στην ίδια μελέτη φάνηκε η ανάγκη της τοποθέτησης της στομίας από εξειδικευμένους νοσηλευτές καθώς μειώνει δραστικά τις επιπλοκές, τουλάχιστον για τις 2 πρώτες βδομάδες που ο ασθενής νοσηλεύεται (Lindholm et al., 2013).

Η γνώσεις αυτές καθ' αυτές των νοσηλευτών βελτιώνουν την αντιμετώπιση των επιπλοκών τόσο σε επίπεδο θαλάμου όσο και στο επίπεδο της μονάδας ανάνηψης μόλις ο ασθενής εξέλθει του χειρουργικού αμφιθεάτρου (Lindholm et al., 2013; Pazar & Yava, 2013; μπορεί να αποδειχθεί πολύτιμος αρωγός στην προσπάθεια του οργανισμού του χειρουργημένου ασθενούς να εξέλθει της ευαλωτότητας. Συγκεκριμένα οι εκπαιδευμένοι νοσηλευτές μπορούν στα πρώτα 10λεπτά να εξαλείψουν πάνω από το 20% των μετεγχειρητικών επιπλοκών ενώ η έλλειψη εκπαίδευσης είναι υπεύθυνοι για τη νοσηλευτική αδράνεια και τη μη αντιμετώπιση του 60% των επιπλοκών που θα εμφανίσει ο μετεγχειρητικός ασθενής άμεσα μετά την επέμβαση (Pazar & Yava, 2013). Τόσο οι ίδιοι οι νοσηλευτές όσο και οι ασθενείς αναγνωρίζουν τη διαφορά στη διαχείριση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και ιδιαίτερα του πόνου ανάλογα με το επίπεδο της εκπαίδευσης

τ
ο
υ

φ

Η σχέση και η επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή και τούμπαλιν μπορεί επίσης να λειτουργήσει δραστικά στην βελτίωση της μετεγχειρητικής κατάστασης του ασθενούς. Η συχνή επαφή με τους ασθενείς μετά την επιστροφή στο θάλαμο συμβάλει στη μείωση των επιπλοκών και της θνητότητας (Wiltse Nicely, Sloane & Aiken, 2013) Η σχέση αυτή είναι που θα ευοδώσει και τα προγράμματα παρέμβασης που αφορούν την ψυχική υγεία του ασθενή, η διαταραχή της οποίας συνιστά συχνά μετεγχειρητική επιπλοκή. Οι εκπαιδευμένοι νοσηλευτές έχουν αυξημένα ποσοστά επιτυχίας στην πρόληψη αυτών των επιπλοκών στους

(

A

b

ασθενείς τους μέσα από τη συνεχή επαφή μαζί τους, την τόνωση της μνήμης, την ανύψωση

τ
ο
υ

9.2. Συμπεράσματα

η

θ

ι

ο

κ

ο

υ

δ

ε

ς

τ

ο

υ

α

ν

ε

τ

α

λ

λ

υ

ι

ε

τ

α

λ

λ

α

λ

λ

α

λ

λ

α

λ

λ

α

λ

λ

α

λ

λ

α

λ

Το μετεγχειρητικό τραύμα μετά από επεμβάσεις κοιλίας πρέπει να παρακολουθείται διαρκώς από το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς μπορεί να εμφανίσει επιπλοκές. Γενικότερα ο ασθενής μετά από επεμβάσεις κοιλίας είναι επιρρεπής σε μετεγχειρητικές επιπλοκές. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που μπορεί να παίξει το ρόλο του καταλύτη ώστε να αποφευχθούν αλλά και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα αυτές οι επιπλοκές. Στο πλαίσιο αυτό κρίνεται δέουσα σημασία η εκπαίδευση του νοσηλευτή, η εκπαίδευση του ασθενή κι των οικείων του από το νοσηλευτή καθώς και η ανάπτυξη της βέλτιστης σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και των προαναφερομένων με στόχο την καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή.

al., 2014). Η σχέση με το νοσηλευτή αναφορικά με την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και του πόνου δείχνει να είναι ιδιαίτερα σημαντική για τις γυναίκες ασθενείς

M

c

C

o

r

Ελληνική

K

l

e

,

l

Βιβλιογραφία

Αγγελόπουλος (2009). *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία* (Δίτομο). *Μια Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Βήτα.

Αθανάτου (2003). *Κλινική νοσηλευτική. Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες*. Εκδόσεις Παπανικολάου Γεώργιος

Αθανάτου (2010). *Κλινική Νοσηλευτική. Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες*. Εκδόσεις Παρισιάνος Β. Γιάννης

Αλέξανδρος Γιατζίδης, M.D. (2018). *Τι τραύματα μπορεί να προκαλέσει το βλήμα από πυροβόλο όπλο; Πώς αντιμετωπίζει ο χειρουργός το διατιτραίνον τραύμα κοιλίας;*

Α

ν

Ανδρουλάκης, Γ.Α. (2001). *Περιεγχειρητική Φροντίδα*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

κ

Βώρος, Δ. (2014). *Χειρουργική*. Αναθεωρημένη Έκδοση. Αθήνα. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ.

θ

Ηκουγκουλής, Ι. (2011). *Η Νοσηλεία των τραυμάτων στην ομηρική εποχή*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3(4), 127-132.

ε

Γκούβας, Χ. (2000). *Ατυχήματα και μαζικές καταστροφές, αίτια, και αντιμετώπιση*. Έκδοση Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.

π

Γολεμάτης, Β.Χ. (1996). *Χειρουργική Παθολογία* Τόμος Α. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Δριμούρας Γεώργιος (2018). *Έγκαυμα – Τραύμα*. Ανακτήθηκε από <https://gdrimouras.gr/έγκαυμα-τραύμα>.

Ζαχαρής, Α., & Καμπουρέλλη, Α. (2011). *Περιεγχειρητική Εκπαίδευση Ασθενούς που υποβάλλεται σε Καρδιοχειρουργική Επέμβαση Φροντίδας*. 10ος Τόμος. 2ο Τεύχος. Το Βήμα του Ασκληπιού.

Ι

ω

ά

Καλαφάτη, Μ., Μπελλάλη, Θ., Φυτρού, Ε., Χατζοπούλου, Μ., & Λαζάρου, Π. (2007). *Αξιολόγηση της εφαρμογής κλινικών κατευθυντηρίων οδηγιών*. Ομάδα Ανάπτυξης Κλινικών Κατευθυντηρίων Οδηγιών του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, *Νοσηλευτική*, 46(3), 318–325.

Καλλιόπη Καραμανωλάκη (2017). *Μετεγχειρητικές Ουλές – Χηλοειδή*.

ο
Α

υ

ν

β

α

α

ρ

τ

α

ή

θ

η

(

κ

χ

ε

.

χ

α

κ

ο

ό

ξ

ε

ί

α

α

α

α

α

α

α

α

α

α

α

Κωστάκης Ι. Α. (2005). *Σύγχρονη χειρουργική: διαγνωστική & θεραπευτική*. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

Λασκαράτος Ι.Γ. (2004). *Ιστορία της Ιατρικής*. Τόμος 1ος. Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης.

Λιντζέρης, Ι., Αγρογιάμης, Ξ., Πονηράκος, & Βενετσάκος (2010). *Συστροφή συγμοειδούς*, 17-124. Αθήνα.

Λυπουρλής, Δ. (2008). *Ιατρική στην Αρχαία Ελλάδα. Από τον Όμηρο στον Ιπποκράτη*. Αθήνα: Επίκεντρο.

Μπαλτόπουλος, Ι. Γ. (2009). *Πρώτες βοήθειες και Πρακτική Θεραπευτική Συνήθων Καταστάσεων*. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

Μπλιούρας, Ν., Παϊζης, Β., & Κατανάκης Σ. (2000). *Εξωπεριτοναϊκά αίτια κοιλικού πόνου, Παθοφυσιολογία του πεπτικού έλκους, Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας και εγχειρητικής τακτικής του γαστρο-12/δακτυλικού έλκους*. Α΄ Τόμος. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία. Αθήνα, 123,128,899-910, 911-915.

Μυρωνίδου & Τζουβελέκη (2009). Η αναλγητική αγωγή από την Ομηρική στην Ιπποκρατική Ιατρική. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(1), 124–129

ΝΟΜΟΣ 4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 21/Α/21.2.2016.

Οικονόμου, Ν. (1978). *Χειρουργική*. Αθήνα. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ομπέση (2005). *Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης*. Β. Αθήνα.

Παναγιώτης Αθανασόπουλος (2019). *Μετεγχειρητική κήλη*. Ανακτήθηκε από [https://athanasopoulos-surgery.com/service/μετεγχειρητική κήλη](https://athanasopoulos-surgery.com/service/μετεγχειρητική_κήλη).

Παυλίδης, Θ. (2001). *Επούλωση Τραύματος*. Γενική Χειρουργική του Τομέα Χειρουργικής του Ιατρικού Τμήματος του Α.Π.Θ. *University Studio Press*.

Πουλάτου, Ν., & Θεοφάνης, Φ. (2007). *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα*. Αθήνα Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Ρηγάτος, Γ.Α. (2006). *Ιστορία της Νοσηλευτικής*. Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα.

Ρούσσος, Χ. (2006). *Επείγουσα Ιατρική*. Αθήνα. Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Σαχίνη, Α., & Πάνου, Μ. (1984). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική*. Τόμος Α΄ και Τόμος Β΄. Έκδοση Α. Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα.

Σαχίνη, Α., & Πάνου, Μ. (1997). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες*. 2nd ed. Αθήνα. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Σαχίνη-Καρδάση, Α., & Πάνου, Μ. (2016). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες*. 3^{ος} Τόμος. Β΄ Έκδοση. Ανατύπωση 2016, 2010. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Σκρεπέτης & Μακρής (2009). *Ουρολοιμώξεις σε ασθενείς με ουροκαθετήρα. Παθογένεση- Πρόληψη*. *Αρχαία Ελληνικής, Ιατρικής*, 26(6), 741-750.

Σμπαρούνης, Χ. (1991). *Γενική Χειρουργική – Τόμος Γ΄/Κοιλία – Αγγεία*. Αθήνα Εκδόσεις *Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών*, 983 – 999.

Τσαλής, Κ., Καμπαρούδης, Α., Παπαδόπουλος, Β. (2017). *Γενική Χειρουργική - Τομέας Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.* Β΄ έκδοση. *University Studio Press*.

Φωτιάδης, Κ., & Βασιλείου, Ι. (1999). *Οξεία ισχαιμία της μεσεντέριου κυκλοφορίας, Χειρουργικά προβλήματα κατά την εγκυμοσύνη*. Β΄ Τόμος. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία.

Χατζηνικολάου, Α., & Σκανδαλάκη, Ν. (2007). *Η παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στα Ασκληπιεία της Αρχαίας Ελλάδας*. Νοσηλευτική. Τόμος 46 (Τεύχος 3), 326-334.

Διεθνής

A

b

d

Amiri, A., Solankallio-Vahteri, T., & Tuomi, S. (2019). Role of nurses in improving patient safety: Evidence from surgical complications in 21 countries. *International journal of nursing sciences*, 6(3), 239–246.

a

Breier-Mackie S. (2006). Medical ethics and nursing ethics: is there really any difference?. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 29(2), 182–183

M

Bloch, R. S., Allaben, R. D., & Walt, A. J. (1985). Cholecystectomy in patients with cirrhosis. A surgical challenge. *Archives of surgery (Chicago, Ill. : 1960)*, 120(6), 669–672.

a

Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P. (2006). *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

l

David H. Yawn James Robert Rice Bruce M. Alberts Don W. Fawcett Encyclopædia Britannica, Kevin Brown (2012). Actin filaments, angiogenesis, biosynthesis, capillary, collagen(extracellular fibres of connective tissue), collagen(protein), endothelial cells, fibrin(biochemistry), fibroblast, fibronectin(matrix proteins),henry drysdale dakin biography, honey, hyaluronic acid, lymph(anatomy), macrophage(immune system), isotropic material(mechanics of solids), gel(physics and chemistry), myofibroblast, mechanics of solids, viscoelastic solids, mammalian muscle panniculus carnosus, mitosis(biology),

b

e

r

g

M

W

D

plasma(biology), silver(chemical element), sir alexander fleming. Chicago: Encyclopædia Britannica Ultimate Reference Suite.

Dewit. S.(2009). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες&Πρακτική*. Τόμος Ι (επιμέλεια/μετάφραση Λαμπρινού Α. &Λεμονίδου Χ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

Dünser, M., Duranteau, J., Geeraerts, T., Oakley, P. & Stricker (2013). K. Severe and Multiple trauma.

Ferrara, A., & Cunha, BA. (2008). *Pneumonia Essentials*. 2nd ed. Royal Oak, Michigan: Physicians Press

Gabriel, A., Mussman, J., Rosenberg, L.Z., Torre, J.I. (2009). Wound healing, growth factors. *Plastic Surgery*. Ανακτήθηκε από emedicine.medscape.com

Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in critical care*, 18(6), 307–318.

Chen, C. C., Li, H. C., Liang, J. T., Lai, I. R., Purnomo, J., Yang, Y. T., Lin, B. R., Huang, J., Yang, C. Y., Tien, Y. W., Chen, C. N., Lin, M. T., Huang, G. H., & Inouye, S. K. (2017). Effect of a Modified Hospital Elder Life Program on Delirium and Length of Hospital Stay in Patients Undergoing Abdominal Surgery: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA surgery*, 152(9), 827–834.

Gök, A., Özgür, I., Altunsoy, M., Üçüncü, M. Z., Bayraktar, A., Bulut, M. T., & Keskin, M. (2019). Complicated or not complicated: Stoma site marking before emergency abdominal surgery. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery : TJTES*, 25(1), 60–65.

- Glance, L. G., Osler, T., Li, Y., Lustik, S. J., Eaton, M. P., Dutton, R. P., & Dick, A. W. (2016). Outcomes are Worse in US Patients Undergoing Surgery on Weekends Compared With Weekdays. *Medical care*, 54(6), 608–615.
- Healey, M. A., Shackford, S. R., Osler, T. M., Rogers, F. B., & Burns, E. (2002). Complications in surgical patients. *Archives of surgery (Chicago, Ill. : 1960)*, 137(5), 611–618.
- Lindholm, E., Persson, E., Carlsson, E., Hallén, A. M., Fingren, J., & Berndtsson, I. (2013). Ostomy-related complications after emergent abdominal surgery: a 2-year follow-up study. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 40(6), 603–610.
- Liu, Y., Song, X., Zhang, Y., Zhou, L., & Ni, R. (2014). The effects of comprehensive mental intervention on the recovery time of patients with postsurgical gastroparesis syndrome. *Journal of clinical nursing*, 23(21-22), 3138–3147.
- McCorkle, R., Jeon, S., Ercolano, E., & Schwartz, P. (2011). Healthcare utilization in women after abdominal surgery for ovarian cancer. *Nursing research*, 60(1), 47–57.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097.
- Osborn, Wraa & Watson (2012). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- Pazar, B., & Yava, A. (2013). Evaluation of Early Warning Scoring System and Nursing Guide Application in Post-Anaesthesia Care Unit. *Turkish journal of anaesthesiology and reanimation*, 41(6), 216–222.
- Sarakatsianou (2012). *Assessment and undertreatment of postoperative pain. Myth or reality?*. *Rostrum og Asclepius*, 11 (2), 154 – 170

Su, S. F., & Nieh, H. C. (2018). Efficacy of forced-air warming for preventing perioperative hypothermia and related complications in patients undergoing laparoscopic surgery: A randomized controlled trial. *International journal of nursing practice*, 24(5), e12660.

Thomas J. Marrie, G. Douglas Campbell, David H. Waker, Donald E. Low, Phillip P. Toskes. Norton J. Greenberger, Alvin C. Powers (2001). *Πνευμονία, Οξεία Σκωληκοειδίτιδα και Περιτονίτιδα, Οξεία και Χρόνια Παγκρεατίτιδα, Σακχαρώδης Διαβήτης, Εσωτερική Παθολογία*. Β' Τόμος 16η Έκδοση. Harrison (Επιμ.). Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Π

α

Thomsen, T., Vester-Andersen, M., Nielsen, M. V., Waldau, T., Møller, A. M., Rosenberg, J., Møller, M. H., Nystrup, K. B., & Esbensen, B. A. (2015). *Patients' experiences of post-operative intermediate care and standard surgical ward care after emergency abdominal surgery: a qualitative sub-study of the Incare trial*. *Journal of clinical nursing*, 24(9-10), 1280–1288.

ν

Wiltse Nicely, K. L., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality for abdominal aortic aneurysm repair in high-volume hospitals is contingent upon nurse staffing. *Health Services research*, 48(3), 972–991

Ε

Wood (2010). *Postoperative pain: understanding the factors affecting patient's experiences of pain*. *Nursing Times*, (106), 10-13.

Ηλεκτρονική (Διαδίκτυο)

(2020, Νοέμβριος 28). Ανακτήθηκε από www.wikipedia.com

Α

Γ

γ

Ανατομία του Ανθρώπινου Σώματος - Όργανα του Θώρακα και της Κοιλιάς (2011).

Α

Θ

φ

ξ

ν

ή

θ

η

Δήλωση Υπουργού Υγείας Βασίλη Κικίλια για τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στα

Ν

ο

σ

ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΗΣΗ (2021, Φεβρουάριος 20). Ανακτήθηκε από <https://www.hometest.gr/el/blog/egymosyni/εξωμήτριος-κύηση>.

ο

Έλκος Στομάχου: Αιτίες, Συμπτώματα, Διατροφή και Θεραπεία (2016, Δεκέμβριος 6).

Α

ύ

Μ

α

Ν

ά

Υπόμνημα της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος για το Καθηκοντολόγιο Νοσηλευτικού

Προσωπικού των Νοσοκομείων και των Λοιπών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του ΕΣΥ (2020,

Α

ώ

Ο χειρουργός του Ομήρου (2018, Ιούνιος 13). Ανακτήθηκε από <https://www.metropolitan-hospital.gr/el/metropolitan-blog/ιστορικά/1134-ο-χειρουργός-του-ομήρου>.

Π

Ρ

Σ

Πύελος (λεκάνη) και πυελικό άλγος: Οι αιτίες του πόνου (2014, Μάρτιος 13). Ανακτήθηκε

Θ

Φ

Ακωληκοειδίτιδα: Συμπτώματα, διάγνωση και αντιμετώπιση (2020, Οκτώβριος 18).

Α

Β

ΚΥΡΡΑΦΗ ΘΛΑΣΤΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ (2021, Φεβρουάριος 20).

Α

Β

Γ

Δ

Ε

Σ

Τι είναι το Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής – Ποια τα «όπουλα» συμπτώματα – Ποιοι

κ

ι

ν

ψ

θ

υ

δ

ό

κ

ύ

σ

τ

π

ε

θ

ι

Η

α

φ

κ

ρ

ρ

α

τ

ο

ς

2

0

2

θ

2

1

0

κ

κ