

Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

*«Αξιολόγηση της ποιότητας
της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας
σε χειρουργικά τμήματα
του ΠΑ.Γ.Ν.Η. και του Γ.Ν. Ρεθύμνου».*

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009



Σπουδάστριες: Γιαννοπούλου Ελένη
Γιαννοπούλου Χρυσούλα
Δερμιτζάκη Αικατερίνη

Επιβλέπων καθηγητής:

Περιεχόμενα

A) Γενικό μέρος

Περίληψη	σελ. 5
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή.....	σελ. 8
Κεφάλαιο 2. Εκτίμηση της δυνατότητας χειρουργικής επέμβασης	σελ. 12
Κεφάλαιο 3. Προεγχειρητική φροντίδα.....	σελ. 15
3.1. Εκτίμηση του χειρουργικού ασθενούς.....	σελ. 16
3.1.1. Ιστορικό.....	σελ. 16
3.1.2. Φυσική εκτίμηση/ κλινικές εκδηλώσεις.....	σελ. 26
3.1.3. Ψυχοκοινωνική εκτίμηση.....	σελ. 29
3.1.4. Εργαστηριακές εξετάσεις.....	σελ. 30
3.1.5. Ακτινολογικός έλεγχος.....	σελ. 31
3.1.6. Άλλες εξετάσεις.....	σελ. 32
Κεφάλαιο 4. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.....	σελ. 35
4.1. Ενημέρωση του ασθενούς.....	σελ. 36
4.2. Νομικά θέματα – συγκατάθεση.....	σελ. 37
Κεφάλαιο 5. Διδασκαλία ασθενούς.....	σελ. 41
5.1. Προεγχειρητική εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του.....	σελ. 41
5.2. Ασκήσεις και μετεγχειρητικές κινήσεις.....	σελ. 43
5.2.1. Διδασκαλία μετεγχειρητικών διαδικασιών και ασκήσεων.....	σελ. 43
5.3. Σχεδιασμός – αναμενόμενες εκβάσεις.....	σελ. 49
Κεφάλαιο 6. Σωματική προετοιμασία του ασθενούς.....	σελ. 53
6.1. Υγιεινή και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου.....	σελ. 53
6.2. Γενική σωματική υγιεινή – καθαριότητα.....	σελ. 55
6.3. Διατροφή και υγρά.....	σελ. 55
6.3.1 Δίαιτα.....	σελ. 55
6.3.2 Υποκλισμός.....	σελ. 55
6.4. Προαγωγή της ανάπαυσης και του ύπνου.....	σελ. 58
6.4.1. Διευκόλυνση της ανάπαυσης.....	σελ. 58
6.4.2. Ηρεμιστικά.....	σελ. 58

Κεφάλαιο 7. Φαρμακευτική αγωγή.....σελ. 60	σελ. 60
7.1. Προνάρκωση.....σελ. 63	σελ. 63
7.2. Φροντίδα σχετικά με την αναισθησία.....σελ. 64	σελ. 64
7.3. Προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών σε χειρουργικές επεμβάσεις.....σελ. 65	σελ. 65
7.4. Αντιεμετικά – αντιλιγγικά.....σελ. 66	σελ. 66
Κεφάλαιο 8. Προετοιμασία ασθενούς την ημέρα της επέμβασης.....σελ. 68	σελ. 68
8.1. Προετοιμασία του ασθενούς.....σελ. 68	σελ. 68
8.2. Καθήκοντα του νοσηλευτή.....σελ. 69	σελ. 69
8.3. Μεταφορά του αρρώστου από το τμήμα στη χειρουργική μονάδα.....σελ. 71	σελ. 71

B) Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 9. Μεθοδολογία της έρευνας.....σελ. 74	σελ. 74
9.1. Σκοπός.....σελ. 74	σελ. 74
9.2. Σχεδιασμός.....σελ. 74	σελ. 74
9.3. Ανάλυση δεδομένων.....σελ. 75	σελ. 75
Κεφάλαιο 10. Αποτελέσματα.....σελ. 77	σελ. 77
10.1. Περιγραφική στατιστική ανάλυση.....σελ. 77	σελ. 77
10.2. Μελέτη συσχετίσεων παραμέτρων.....σελ. 119	σελ. 119
Κεφάλαιο 11. Συμπεράσματα – συζήτηση.....σελ. 189	σελ. 189
11.1. Συμπεράσματα σχετικά με την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών.....σελ. 189	σελ. 189
11.2. Συμπεράσματα σχετικά με την διδασκαλία των ασθενών...σελ. 189	σελ. 189
11.3. Συμπεράσματα σχετικά με την κλινική αξιολόγηση των ασθενών.....σελ. 190	σελ. 190
11.4. Συμπεράσματα σχετικά με την σωματική προετοιμασία του ασθενούς.....σελ. 190	σελ. 190
11.5. Συμπεράσματα σχετικά με την χορήγηση φαρμάκων.....σελ. 191	σελ. 191
11.6. Συμπεράσματα σχετικά με την προετοιμασία του ασθενούς την ημέρα της επέμβασης.....σελ. 191	σελ. 191

B) Ειδικό μέρος

Βιβλιογραφία	σελ. 194
Παράρτημα 1 (εργαλείο συλλογής δεδομένων)σελ. 198	σελ. 198
Παράρτημα 2 (κωδικοποίηση μεταβλητών στο SPSS)σελ. 202	σελ. 202

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Περίληψη

Τις τελευταίες δεκαετίες σημειώθηκαν σημαντικές πρόοδοι στην χειρουργική παρέμβαση και στη μετεγχειρητική φροντίδα. Σ' αυτό συντέλεσαν πολλοί παράγοντες. Κατανοήθηκε η φύση ορισμένων παθήσεων. Αναγνωρίστηκε η σπουδαιότητα του ρόλου της υδατοηλεκτρικής, οξεοβασικής και θρεπτικής ισορροπίας στην αντιμετώπιση του χειρουργικού αρρώστου. Βελτιώθηκαν τα εργαλεία, οι συσκευές και τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται στις επεμβάσεις. Προόδευσε η αναισθησιολογία, ώστε σήμερα να είναι δυνατές μεγάλες επεμβάσεις. Μειώθηκαν αποτελεσματικά οι λοιμώξεις και βελτιώθηκε η αποκατάσταση του χειρουργημένου αρρώστου.

Σήμερα, πολλοί άρρωστοι που προγραμματίζονται για χειρουργείο κάνουν τις διαγνωστικές εξετάσεις και την προεγχειρητική ετοιμασία προτού εισαχθούν στο νοσοκομείο.

Όλες αυτές οι αλλαγές απαιτούν ένα χειρουργικό νοσηλευτή που να γνωρίζει όλη την περιεγχειρητική φροντίδα του χειρουργικού αρρώστου. Ο όρος περιεγχειρητική νοσηλευτική χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ευρεία ποικιλία των νοσηλευτικών λειτουργιών που συνδέονται με τη χειρουργική εμπειρία του αρρώστου και περιλαμβάνει τρεις φάσεις:

- Την προεγχειρητική
- Την διεγχειρητική και
- Την μετεγχειρητική

Η προετοιμασία του αρρώστου κατά την προεγχειρητική φάση είναι από τα σημαντικότερα στάδια της νοσηλευτικής φροντίδας αφού μπορεί να ελαττώσει πολύ τον προεγχειρητικό φόβο και το άγχος του αρρώστου και να μειώσει τον κίνδυνο των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Οι στόχοι της προεγχειρητικής φροντίδας είναι να προετοιμαστεί ο άρρωστος σωματικά και ψυχολογικά για την επέμβαση.

Στην παρούσα εργασία ασχοληθήκαμε με την αξιολόγηση της ποιότητας της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας σε χειρουργικά τμήματα του ΠΑ.Γ.Ν.Η. και του Γ.Ν. Ρεθύμνου».

Σκοπός μας ήταν η διερεύνηση, η καταγραφή και αξιολόγηση του νοσηλευτικού έργου στον προεγχειρητικό έλεγχο των ασθενών και των δυο νοσοκομείων

Στόχος ήταν η ανάδειξη τυχόν αποκλίσεων από τα γνωστά, αποδεκτά διεθνώς κλινικά νοσηλευτικά πρότυπα προεγχειρητικής φροντίδας καθώς επίσης και η καταγραφή της πολιτικής που ακολουθείται σε ένα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και σε ένα τυπικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο.

Η χρονική περίοδος της έρευνας ήταν από Οκτώβρη 2008 μέχρι τον Μάρτη 2009. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε η καταγραφή-έρευνα η οποία στηρίχθηκε σε συλλογή δεδομένων που έγινε από τα δύο Νοσοκομεία (Ρεθύμνου και ΠΑΓΝΗ). Στη συνέχεια έγινε συγκέντρωση των αποτελεσμάτων, ομαδοποίηση των δεδομένων και στατιστική επεξεργασία αυτών.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκέντρωση των απαραίτητων ερευνητικών στοιχείων ήταν υπό τη μορφή φόρμας καταγραφής νοσηλευτικών πράξεων-κωδικοποιημένης λογοδοσίας, (check-box form) η συμπλήρωση του οποίου έγινε από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. .

Το δείγμα της μελέτης κυμάνθηκε σε 160 χειρουργικά περιστατικά συνολικά από τα 2 νοσοκομεία. Οι κλινικές που εστίασαμε ήταν η Γενική Χειρουργική του Ρεθύμνου και του ΠΑΓΝΗ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

1. Εισαγωγή

Η χειρουργική επέμβαση είναι μια επεμβατική διαδικασία που πραγματοποιείται προκειμένου να διαγνωστεί ή να αντιμετωπιστεί μια παθολογική κατάσταση, κάκωση ή ανατομική ανωμαλία. Αν και η χειρουργική επέμβαση αποτελεί μια ιατρική θεραπευτική πράξη, ο νοσηλευτής αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στη φροντίδα του ασθενούς πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την χειρουργική επέμβαση. Με την ταυτόχρονη εφαρμογή της **συντονισμένης** και της **αυτόνομης νοσηλευτικής φροντίδας** προλαμβάνονται οι επιπλοκές, αλλά και προάγεται η ταχεία και πλήρης ανάρρωση του χειρουργικού ασθενούς.[22]

Κάθε ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση σήμερα επωφελείται από την πρόοδο στις χειρουργικές τεχνικές, την αναισθησία, τη φαρμακολογία, τις ιατρικές συσκευές και τις υποστηρικτικές παρεμβάσεις. Η διερεύνηση των βέλτιστων πρακτικών αποδίδει βελτιωμένη έκβαση σε όλο το φάσμα της περιεγχειρητικής νοσηλείας. Η τεχνολογική έκρηξη συνεισφέρει νέα διαγνωστικά και επεμβατικά συστήματα προς όφελος της χειρουργικής, καθιστώντας δυνατές νέες χειρουργικές τεχνικές. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν το γ- knife για την αφαίρεση όγκων του εγκεφάλου, η ρομποτική, και άλλες μορφές ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής. Πρόοδος έχει σημειωθεί επίσης στους αναισθητικούς παράγοντες και μεθοδολογίες. Οι αλλαγές αυτές έχουν βελτιώσει την αντιμετώπιση του χειρουργικού ασθενούς, ενώ έχουν καταστήσει την αναισθησία ασφαλέστερη από ποτέ.

Οι πρωτοβουλίες περιορισμού του κόστους από την πλευρά ασφαλιστικών οργανισμών αποτελούν επίσης μια κινητήρια δύναμη στην αντιμετώπιση του χειρουργικού ασθενούς από τους επαγγελματίες της φροντίδας υγείας. Η βραχυχρόνια νοσηλεία και η θεραπεία σε εξωνοσοκομειακή βάση αποτελούν τον κανόνα. Οι χειρουργικές θεραπείες σε περιπατητικούς ασθενείς είναι συνήθειες, ενώ πολλοί ασθενείς εισάγονται για νοσηλεία μετά την επέμβαση. Έτσι, υπάρχουν ασθενείς που έρχονται σε επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό μετά το χειρουργείο, ενώ μπορεί να μην εισαχθούν καθόλου στο νοσοκομείο. Ανταποκρινόμενοι στις συνεχόμενες τροποποιήσεις του συστήματος παροχής φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές τροποποιούν τις παρεμβάσεις τους, παραμένοντας επικεντρωμένοι στη φροντίδα του ασθενούς πριν (προεγχειρητικά), στη διάρκεια (διεγχειρητικά) και μετά το χειρουργείο (μετεγχειρητικά).[28]

Η **περιεγχειρητική νοσηλευτική** αποτελεί ένα εξειδικευμένο πεδίο της νοσηλευτικής πρακτικής. Καλύπτει και τις τρεις φάσεις της νοσηλείας του χειρουργικού ασθενούς.

Η **προεγχειρητική φάση** αρχίζει όταν λαμβάνεται η απόφαση για χειρουργική επέμβαση και τελειώνει όταν ο ασθενής μεταφέρεται στη χειρουργική αίθουσα.

Η **διεγχειρητική φάση** αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής θα βρεθεί στο χειρουργείο και τελειώνει με τη μεταφορά του στη μονάδα μετα- αναισθητικής φροντίδας ή αλλιώς αίθουσα ανάνηψης.

Η **μετεγχειρητική φάση** αρχίζει με την εισαγωγή του ασθενούς στην αίθουσα ανάνηψης και τελειώνει με την πλήρη ανάρρωση του ασθενούς από την χειρουργική επέμβαση.[22]

Οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με το στόχο, το βαθμό επικινδυνότητας και το ποσό επείγουσες είναι

Επιλεγμένες κατηγορίες επεμβάσεων.

Κατηγορία	Περιγραφή	Πάθηση
Αίτια για χειρουργική επέμβαση		
Διαγνωστική	Στοχεύει στο προσδιορισμό της προέλευσης ή της αιτίας μιας πάθησης, ή του ιστολογικού τύπου ενός νεοπλασματος	Βιοψία μαστού, διερευνητική λαπαροτομία, αρθροσκόπηση
Θεραπευτική	Στοχεύει στην ανάταξη μιας πάθησης επανορθώνοντας ή αφαιρώντας την αιτία	Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, μαστεκτομή, υστερεκτομή
Αποκατάσταση	Στοχεύει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας	Ολική αρθροπλαστική γόνατος, συγκόλληση δακτύλου
Παρηγορητική	Στοχεύει στην ανακούφιση συμπτωμάτων, αλλά όχι στη θεραπεία μιας πάθησης	Κολοστομία, εκτομή νευρικής ρίζας, μειωτική όγκου, ειλεοστομία,
Κοσμητική	Στοχεύει κυρίως στη βελτίωση της εμφάνισης	Λιποαναρρόφηση, αφαίρεση ουλών, ρινοπλαστική, βλεφαροπλαστική

Επείγουσα χειρουργική επέμβαση

Προγραμ/μένη	Προγραμματίζεται για την επανόρθωση μη οξείας πάθησης	Αφαίρεση καταρράκτη, ανάταξη κήλης, αιμορροϊδεκτομή, ολική αντικατάσταση άρθρωσης
Επείγουσα	Απαιτείται ταχεία επέμβαση. Αν καθυστερήσει περισσότερο από 24-48 ώρες, ίσως απειλείται η ζωή του ασθενούς	Ειλεός, απόφραξη κύστης, λιθίαση νεφρών ή ουρητήρων, κάταγμα, τραύμα οφθαλμού, οξεία χολοκυστίτιδα,
Κατεπείγουσα	Απαιτείται άμεση επέμβαση λόγω θανάσιμου κινδύνου	Τραύμα από μαχαίρι ή πυροβόλο όπλο, βαριά αιμορραγία, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, σύνθετο κάταγμα, σκωληκοειδεκτομή

Βαθμός κινδύνου της επέμβασης

Μικρός	Επέμβαση χωρίς σημαντικό κίνδυνο. Συχνά γίνεται υπό τοπική αναισθησία	Διάνοιξη και παροχέτευση, εισαγωγή φλεβικού καθετήρα, βιοψία μυός
Μεγάλος	Επέμβαση με σημαντικό κίνδυνο, συνήθως παρατεταμένη και σε μεγάλη έκταση	Αντικατάσταση μιτροειδούς, μεταμόσχευση παγκρέατος, λεμφαδενικός καθαρισμός

Έκταση της επέμβασης

Απλή	Μόνο οι εμφανώς προσβεβλημένες περιοχές περιλαμβάνονται στην επέμβαση	Απλή/ μερική μαστεκτομή
Ριζική	Εκτεταμένη επέμβαση πέρα από τις εμφανώς προσβεβλημένες περιοχές. Επιχειρείται η αποκάλυψη της ρίζας της πάθησής.[6]	Ριζική προστατεκτομή, ριζική υστερεκτομή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Εκτίμηση της δυνατότητας χειρουργικής
επέμβασης

2. Εκτίμηση της δυνατότητας χειρουργικής επέμβασης

Η εκτίμηση είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί σε πολλά σημεία. Μια αρχική εκτίμηση της δυνατότητας είναι δυνατό να γίνει από τον οικογενειακό γιατρό, στη συστατική επιστολή. Στην συνέχεια, ο χειρουργός θα εκτιμήσει τον ασθενή στο εξωτερικό ιατρείο, όπου είναι δυνατό να προγραμματιστούν ειδικές εξετάσεις. Ο χειρουργός, μπορεί να ζητήσει αναισθησιολογική εκτίμηση πριν από την εισαγωγή στο νοσοκομείο, ιδιαίτερα σε ασθενείς με υψηλό περιεγχειρητικό κίνδυνο. Σε ορισμένα νοσοκομεία, ο ασθενής προσέρχεται σε μία κλινική προεισαγωγής, αρκετές ημέρες πριν από το χειρουργείο και εκεί γίνεται λήψη του ιστορικού και πραγματοποιούνται η σχετική κλινική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις. Ο αναισθησιολόγος μπορεί να εξετάσει τον ασθενή στην κλινική προεισαγωγής αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτό γίνεται μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Μετά την εισαγωγή πραγματοποιείται μια περαιτέρω εκτίμηση της δυνατότητας χειρουργικής επέμβασης και λήψης αναισθησίας. Όλο και μεγαλύτερος αριθμός ασθενών εισάγεται εικοσιτέσσερις ώρες πριν από το χειρουργείο, για το λόγο αυτό είναι σημαντικό, οι βασικές εξετάσεις να γίνονται σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου ή αμέσως μετά την εισαγωγή. Επίσης είναι σημαντικό, να αναγνωρίζονται τα δυνητικά προβλήματα πρώιμα, ώστε να αποφεύγονται οι καθυστερήσεις και η ταλαιπωρία του ασθενούς.

Η απόφαση για την δυνατότητα του ασθενούς να χειρουργηθεί ανήκει στον αναισθησιολόγο. Η αναγνώριση των ασθενών με σημαντικά αυξημένο περιεγχειρητικό κίνδυνο, αποτελεί βασικό μέρος της προεγχειρητικής εκτίμησης. Στις περιπτώσεις αυτές η συνάντηση με τον αναισθησιολόγο πριν από την εισαγωγή θα περιορίσει τις άσκοπες καθυστερήσεις πριν από το χειρουργείο. Πολύ λίγοι ασθενείς χρήζουν εισαγωγής, περισσότερο από 24-48 ώρες πριν από το χειρουργείο, αν οι απαραίτητες εξετάσεις έχουν ληφθεί υπόψη και έχουν πραγματοποιηθεί.

Μετά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, ο χειρουργός καταγράφει ένα πλήρες ιστορικό και τα αποτελέσματα της κλινικής εξέτασης. Αυτός πρέπει να επιβεβαιώσει την ύπαρξη παλαιότερων στοιχείων για τον ασθενή και να προγραμματίσει διάφορες εξετάσεις όπως ΗΚΓ, ουρία και ηλεκτρολύτες, γενική εξέταση αίματος και ακτινογραφία θώρακα. Η ανάγκη για επιπρόσθετες εξετάσεις καθορίζεται από τα συνοδά νοσήματα που προκύπτουν από το ιστορικό και την κλινική εξέταση, από την φαρμακευτική αγωγή, από το είδος της χειρουργικής επέμβασης και από το χρονικό διάστημα μεταξύ της επίσκεψης στο εξωτερικό ιατρείο και της εισαγωγής στο νοσοκομείο.

Πρέπει να αναζητείται η συμβουλή του αναισθησιολόγου, όταν υπάρχει αβεβαιότητα για την ανάγκη επιπρόσθετων εξετάσεων. Είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής και οι συγγενής του είναι ενημερωμένοι σχετικά με την διάγνωση και ότι κατανοούν την φύση και τις επιπλοκές της επέμβασης που προτείνεται. Μια περισσότερο λεπτομερής εξήγηση και συζήτηση, σχετικά με την επέμβαση, τους κινδύνους και τα οφέλη που σχετίζονται με αυτήν πρέπει να πραγματοποιείται από το χειρουργό, πριν από την συμπλήρωση του δελτίου συγκατάθεσης.

Ο αναισθησιολόγος επισκέπτεται τον ασθενή, το προηγούμενο βράδυ ή την ημέρα του χειρουργείου. Πραγματοποιείται μια συστηματική λήψη ιστορικού και μια κλινική εξέταση, με έμφαση στο καρδιαγγειακό και στο αναπνευστικό σύστημα. Μια εξέταση του ανώτερου αναπνευστικού, των οδόντων και του τραχήλου, θα θέσει υπόψη δυνητικά προβλήματα των αεραγωγών. Δίνεται εξήγηση σχετικά με την προτεινόμενη αναισθησία, καθώς και σχετικά με το πρόγραμμα της πρώιμης μετεγχειρητικής φροντίδας και αναλγησίας. Στο σημείο αυτό ο ασθενής πρέπει να έχει την δυνατότητα να εκφράσει οποιαδήποτε απορία και να καθησυχαστεί. Όταν είναι απαραίτητο, η επιλογές για την αναισθησία και για την μετεγχειρητική αναλγησία, είναι δυνατόν να συζητηθούν με τον ασθενή και να ληφθούν υπόψη οι προτιμήσεις του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Προεγχειρητική φροντίδα

3. Προεγχειρητική φροντίδα

Η προεγχειρητική περίοδος αρχίζει όταν ο ασθενής προγραμματίζεται για χειρουργική επέμβαση και τελειώνει με τη μεταφορά του στο χειρουργείο. Ο νοσηλευτής οφείλει να λειτουργεί ως εκπαιδευτής, ως συνήγορος και ως προαγωγός της υγείας. Το χειρουργικό περιβάλλον απαιτεί γνώση, κρίση και δεξιότητες βασισμένες στις αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης. Η περιεγχειρητική χειρουργική επικεντρώνεται ιδιαίτερα στην ασφάλεια και την εκπαίδευση του ασθενούς.

Η προετοιμασία του ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας για την έκβαση. Στην προετοιμασία επικεντρώνεται η προεγχειρητική φροντίδα. Σ' αυτήν συμπεριλαμβάνεται η εκπαίδευση και κάθε παρέμβαση που απαιτείται για τον περιορισμό του άγχους, των επιπλοκών και την προαγωγή της συνεργασίας στη μετεγχειρητική περίοδο. Στη διδασκαλία του ασθενούς και των οικείων αξιοποιούνται αρχές της διδασκαλίας και μάθησης των ενηλίκων. Σημαντικό είναι να επικυρώνονται και διευκρινίζονται πληροφορίες που παρέχονται στον ασθενή από το χειρουργό ή άλλα μέλη της χειρουργικής ομάδας. Κατά την προεγχειρητική εξέταση δεν είναι σπάνιο να αναδεικνύονται ζητήματα που επιβάλλουν παραπέρα διερεύνηση και/ή παρέμβαση πριν από το χειρουργείο. Η επικοινωνία και η συνεργασία με τη χειρουργική ομάδα είναι ουσιώδης, ώστε να επιβεβαιωθεί η ορθότητα των δράσεων που θα αποφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Η ανταπόκριση κάθε ασθενούς στην προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση σε μεγάλο βαθμό ποικίλλει. Κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας, να λαμβάνονται υπόψη οι προσωπικές, ψυχολογικές και σωματικές ιδιαιτερότητες κάθε ασθενούς, το είδος της επέμβασης και οι εκάστοτε συνθήκες που οδήγησαν στην ένδειξη της χειρουργικής παρέμβασης. Προκειμένου να προσδιοριστεί η καλύτερη δυνατή φροντίδα κάθε ασθενούς που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση, απαιτείται λεπτομερής νοσηλευτική εκτίμηση.

Πριν από τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής προχωρά σε εκτίμηση του χειρουργικού ασθενή λαμβάνοντας ένα νοσηλευτικό ιστορικό και κάνοντας μια φυσική εξέταση. Οι πληροφορίες αυτές χρησιμοποιούνται προκειμένου να εκτιμηθεί η αρχική κατάσταση του ασθενούς πριν το χειρουργείο, να αναγνωριστούν οι σωματικές ανάγκες του, να προσδιοριστούν οι απαιτήσεις όσων αφορά την εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειάς του και να ιεραρχηθούν οι προτεραιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο τρόπος εκτίμησης του

ασθενούς και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις καθορίζονται ανάλογα με το είδος της χειρουργικής επέμβασης.

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί ένα σημαντικό στρεσογόνο γεγονός. Ανεξάρτητα από την φύση της χειρουργικής επέμβασης (είτε πρόκειται για μείζονα είτε για ελάσσονα) ο ασθενής και η οικογένειά του θα νοιώσουν άγχος. Η ένταση του άγχους τους δεν είναι κατ' ανάγκη ανάλογη με το μέγεθος και την βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης. Για παράδειγμα, ο ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε βιοψία για τον αποκλεισμό της διάγνωσης του καρκίνου, που ως επέμβαση θεωρείται μικρής βαρύτητας, πιθανόν να παρουσιάσει μεγαλύτερο άγχος σε σύγκριση με τον ασθενή που υποβάλλεται σε χολοκυστεκτομή, επέμβαση που θεωρείται μείζονος βαρύτητας.

Η ικανότητα του νοσηλευτή να ακούει με ενδιαφέρον και να λαμβάνει υπόψη του τόσο τα λεκτικά όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα του ασθενούς, είναι μεγάλης σημασίας για την δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένειά του. Η «θεραπευτική επικοινωνία» είναι δυνατόν να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια να αναγνωρίσουν τους φόβους και τις επιφυλάξεις τους. Ο νοσηλευτής έχει την δυνατότητα, στην συνέχεια, να σχεδιάσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και την υποστηρικτική φροντίδα του ασθενούς με τέτοιο τρόπο ώστε να ελαττώσει το άγχος του και να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει με επιτυχία τους διάφορους παράγοντες που δημιουργούν άγχος στη διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου.[2][11][12]

3.1. Εκτίμηση του χειρουργικού ασθενούς

3.1.1. Ιστορικό

Η συλλογή των πληροφοριών ιστορικού προς της επέμβασης γίνεται σε ποικίλα περιβάλλοντα (π.χ. το ιατρείο του χειρουργού, τον προθάλαμο ή την αίθουσα αναμονής, την κλινική, ακόμα και από τηλεφώνου). Η διακριτικότητα και η απομόνωση θα επιτρέψουν στον ασθενή να αισθανθεί καλύτερα. Η αναισθησία και η χειρουργική επέμβαση αποτελούν παράγοντες stress σε φυσικό και συναισθηματικό επίπεδο. Συλλέγονται οι παρακάτω πληροφορίες:

- Ηλικία
- Χρήση καπνού, αλκοόλ και παράνομων ουσιών, όπως μαριχουάνα
- Φάρμακα που λαμβάνονται
- Χρήση συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών, όπως βοτανοθεραπεία, λαϊκή ιατρική ή βελονισμό
- Ιατρικό ιστορικό

- Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις και εμπειρίες
- Προηγούμενη εμπειρία αναισθησίας
- Μεταγγίσεις αίματος και αιμοδοσίες
- Αλλεργίες, ιδιαίτερα ευαισθησία σε προϊόντα λατέξ
- Γενική υγεία
- Οικογενειακό ιστορικό
- Είδος προγραμματισμένου χειρουργείου
- Γνώση και κατανόηση των διαδικασιών της προεγχειρητικής περιόδου
- Επάρκεια του υποστηρικτικού συστήματος του ασθενούς.[28]

Κατά τη λήψη του ιστορικού διερευνώνται καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο επιπλοκών στη διάρκεια ή την επέμβαση. Ορισμένες τέτοιες καταστάσεις είναι:

Επιλεγμένοι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο διεγχειρητικών ή μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Ηλικία

- Άνω των 65 ετών

Φάρμακα

- Αντιυπερτασικά
- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά
- Αντιπηκτικά
- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη

Ιατρικό ιστορικό

- Μειωμένη ανοσία
- Διαβήτης
- Πνευμονοπάθεια
- Καρδιοπάθεια
- Αιμοδυναμική αστάθεια
- Πολυσυστηματική νόσος
- Διαταραχές πήκτικότητας
- Αναμία
- Αφυδάτωση
- Υπέρταση
- Υπόταση

- Οποιαδήποτε χρόνια πάθηση

Προηγούμενο χειρουργείο

- Δυσμενής συναισθηματική απόκριση
- Αντιδράσεις ή επιπλοκές της αναισθησίας
- Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Υγεία

- Κακή διατροφή ή παχυσαρκία
- Φαρμακοθεραπεία, κάπνισμα, αλκοόλ, χρήση παράνομων ουσιών
- Μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης

Οικογενειακό ιστορικό

- Κακοήθης υπερθερμία
- Καρκίνος
- Αιμορραγικές διαταραχές

Είδος επέμβασης

- Επεμβάσεις στο πρόσωπο, την κεφαλή ή τον τράχηλο (επιπλοκές από τους αεραγωγούς)
- Επεμβάσεις στο θώρακα ή στην άνω κοιλιά (πνευμονικές επιπλοκές)
- Επεμβάσεις στην κοιλιά (παραλυτικός ειλεός, εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση).

[28]

Ηλικία. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών. Η φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης περιορίζει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και επιβραδύνει την επούλωση των τραυμάτων. Η συχνότητα χρόνιων παθήσεων είναι αυξημένη στους ηλικιωμένους. Στο παρακάτω διάγραμμα περιγράφονται άλλες επιπτώσεις της γήρανσης που επιβαρύνουν την έκβαση του χειρουργείου.

Επιλεγμένες κατηγορίες επεμβάσεων.

Κατηγορία	Περιγραφή	Πάθηση
Αίτια για χειρουργική επέμβαση		
Διαγνωστική	Στοχεύει στο προσδιορισμό της προέλευσης ή της αιτίας μιας πάθησης, ή του ιστολογικού τύπου	Βιοψία μαστού, διερευνητική λαπαροτομία, αρθροσκόπηση

	ενός νεοπλάσματος	
Θεραπευτική	Στοχεύει στην ανάταξη μιας πάθησης επανορθώνοντας ή αφαιρώντας την αιτία	Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, μαστεκτομή, υστερεκτομή
Αποκατάσταση	Στοχεύει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας	Ολική αρθροπλαστική γόνατος, συγκόλληση δακτύλου
Παρηγορητική	Στοχεύει στην ανακούφιση συμπτωμάτων, αλλά όχι στη θεραπεία μιας πάθησης	Κολοστομία, εκτομή νευρικής ρίζας, μειωτική όγκου, ειλεοστομία,
Κοσμητική	Στοχεύει κυρίως στη βελτίωση της εμφάνισης	Λιποαναρρόφηση, αφαίρεση ουλών, ρινοπλαστική, βλεφαροπλαστική

Επείγουσα χειρουργική επέμβαση

Προγραμ/μένη	Προγραμματίζεται για την επανόρθωση μη οξείας πάθησης	Αφαίρεση καταρράκτη, ανάταξη κήλης, αιμορροϊδεκτομή, ολική αντικατάσταση άρθρωσης
Επείγουσα	Απαιτείται ταχεία επέμβαση. Αν καθυστερήσει περισσότερο από 24- 48 ώρες, ίσως απειλείται η ζωή του ασθενούς	Ειλεός, απόφραξη κύστης, λιθίαση νεφρών ή ουρητήρων, κάταγμα, τραύμα οφθαλμού, οξεία χολοκυστίτιδα,
Κατεπείγουσα	Απαιτείται άμεση επέμβαση λόγω θανάσιμου κινδύνου	Τραύμα από μαχαίρι ή πυροβόλο όπλο, βαριά αιμορραγία, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, σύνθετο κάταγμα, σκωληκοειδεκτομή

Βαθμός κινδύνου της επέμβασης

Μικρός	Επέμβαση χωρίς σημαντικό κίνδυνο. Συχνά γίνεται υπό τοπική αναισθησία	Διάνοιξη και παροχέτευση, εισαγωγή φλεβικού καθετήρα, βιοψία μυός
Μεγάλος	Επέμβαση με σημαντικό κίνδυνο, συνήθως παρατεταμένη και σε μεγάλη έκταση	Αντικατάσταση μιτροειδούς, μεταμόσχευση παγκρέατος, λεμφαδενικός καθαρισμός

Έκταση της επέμβασης

Απλή	Μόνο οι εμφανώς προσβεβλημένες περιοχές περιλαμβάνονται στην επέμβαση	Απλή/ μερική μαστεκτομή
Ριζική	Εκτεταμένη επέμβαση πέρα από τις εμφανώς προσβεβλημένες περιοχές. Επιχειρείται η αποκάλυψη της ρίζας της πάθησής.	Ριζική προστατεκτομή, ριζική υστερεκτομή

[8]

Χρήση φαρμάκων και ουσιών. Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο πνευμονικών επιπλοκών λόγω της επίπτωσής του στους πνεύμονες και τη θωρακική κοιλότητα. Η χρήση αλκοόλ και παράνομων ουσιών μπορεί να αλλοιώσει την απάντηση του ασθενούς στην αναισθησία και την αναλγητική αγωγή. Η διακοπή του αλκοόλ πριν από την επέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε τρομώδες παραλήρημα (delirium tremens). Συνταγογραφούμενα ή μη φάρμακα μπορούν επίσης να επηρεάζουν την αντίδραση του ασθενούς στην εμπειρία της επέμβασης. Οι πιθανές επιπτώσεις ορισμένων φαρμάκων καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα.

Αποτελέσματα συνηθισμένων φαρμάκων πριν από την επέμβαση.

Φάρμακο	Επιπτώσεις στην περιεχειρητική εμπειρία	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αιτιολογία
Αντιαρρυθμικά			
Γλυκονική κινιδίνη (Quinate, Quinaglute Dyratabs)	Η αντιαρρυθμική αγωγή έχει επίπτωση στην ανοχή του ασθενούς στην αναισθησία και ενισχύει τη δράση αναισθητικών που αναστέλλουν το	Η αντιαρρυθμική αγωγή γνωστοποιείται στην αναισθησιολογική ομάδα. Παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία. Καταγράφεται ένα	Οι καρδιολογικές επιπλοκές στη διάρκεια του χειρουργείου μπορεί να είναι θανατηφόρες. Η συνεχής παρακολούθηση
Υδροχλωρική προκαιναμίδη (Pronestyl, Procan SR)			

νευρομυϊκό σύστημα	ΗΚΓ αναφοράς. Εξετάζεται η περιγραφική κυκλοφορία του ασθενούς	συμβάλλει στην ανίχνευση παρεκκλίσεων και πιθανών επιπλοκών
--------------------	---	---

Αντιυπερτασικά

Μεθυλντόπα (Aldomet, Novomedopa) Καπτοπρίλη (Capoten) Υδροχλωρική κλονιδίνη (Catapres)	Τα αντιυπερτασικά αλλοιώνουν την απόκριση στα μυοχαλαρωτικά και τα οπιοειδή αναλγητικά, αναστέλλοντας τη σύνθεση και αποθήκευση της νοραδρεναλίνης. Ακόμα μπορούν να προκαλέσουν υποτασική κρίση διεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά	Παρακολουθείται τακτικά η πίεση και ο σφυγμός. Ο ασθενής εξετάζεται για υπόταση κατά τη μεταφορά και επιστροφή	Η συνεχής παρακολούθηση συμβάλλει στην ανίχνευση παρεκκλίσεων και πιθανών επιπλοκών. Η επαπειλούμενη υποτασική κρίση μπορεί να προληφθεί με έγκαιρες επανεξετάσεις
---	---	--	--

Κορτικοστεροειδή

Δεξαμεθαζόνη (Decadron, Dexasone) Νατριούχος υδροκορτιζόνη (Solu- Cortef) Πρεδνιζόνη (Deltasone, Winpred)	Η χειρουργική αυξάνει τις ανάγκες σε κορτικοστεροειδή στον ασθενή με επινεφριδιακή ανεπάρκεια. Τα στεροειδή επιβραδύνουν την επούλωση των τραυμάτων, καθώς παρεμποδίζουν τη	Η θεραπεία με στεροειδή συνεχίζεται κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία. Παρακολουθούνται σημεία υπεργλυκαιμίας. Αναζητούνται	Η συνέχιση της αγωγής με κορτικοστεροειδή αποφεύγει τις επιπτώσεις της απότομης διακοπής. Η συνεχής παρακολούθηση συμβάλλει στην ανίχνευση παρεκκλίσεων και
--	---	---	---

σύνθεση κολλαγόνου. Τα στεροειδή αυξάνουν τη συγκέντρωση γλυκόζης στον ορό και αναστέλλουν τη διαφοροποίηση ινοβλαστών. Τα στεροειδή αυξάνουν τον κίνδυνο αιμορραγίας. Τα στεροειδή αποκρύπτουν τα συμπτώματα και σημεία λοίμωξης	ανεπαίσθητα σημεία λοιμώξης και αιμορραγίας. Αναζητούνται η επούλωση, η τομή υποστηρίζεται με επιδεσμικό υλικό, προστατεύεται κατά τη στροφή του σώματος, τον βήχα και τη βαθιά αναπνοή	πιθανών επιπλοκών. Είναι σημαντική η ανίχνευση των πρώιμων συμπτωμάτων και σημείων λοίμωξης. Η κατάλληλη φροντίδα του τραύματος και της τομής προλαμβάνει τις επιπλοκές
---	---	---

Αντιπηκτικά

Νατριούχος βαρφαρίνη (Coumadin, Warfilone sodium) Νατριούχος ηπαρίνη (Leo- Heparin, Hepalean) Ασπιρίνη (ακετυλοσαλικυλικό οξύ, Ancasal, Astrin, Coryphen)	Η αντιπηκτική αγωγή αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά	Αναζητούνται οι δείκτες πηκτικότητας (aPTT, PT, INR). Αναζητούνται εκδηλώσεις αιμορραγίας. Τα αντιπηκτικά διακόπτονται σταδιακά, 24-48 ώρες προ της επέμβασης, σύμφωνα με τις οδηγίες. Υπάρχει διαθέσιμο αντίδοτο [θευική πρωταμίνη για την ηπαρίνη, βιταμίνη K (Mephyton) για την	Οι δείκτες πηκτικότητας αποκαλύπτουν τις αιμορραγίες διαταραχές. Η αντιπηκτική αγωγή διακόπτεται για να αποφευχθούν οι αιμορραγίες. Η χορήγηση αντιδότη θα προλάβει τις επιπλοκές σε κατάσταση ανάγκης
---	--	--	---

ουαρφαρίνη], ώστε να αντιστραφούν τα αποτελέσματα του αντιπηκτικού

Σπασμολυτικά

Φαινοβαρβιτάλη (Luminal, Gardenal)	Οι σπασμοί μπορεί να προκαλέσουν διάσπαση του χειρουργικού τραύματος. Οι σπασμολυτικοί παράγοντες αλλοιώνουν το μεταβολισμό των αναισθητικών	Συνεχίζεται η χορήγηση του φαρμάκου. Ενημερώνεται ο αναισθησιολόγος, ώστε να προσαρμόσει τη δόση. Εξετάζεται η τάση προς σπασμούς. Το κιγκλίδωμα της κλίνης επιστρώνεται με μαλακά υλικά. Τοποθετείται συσκευή αναρρόφησης κοντά στην κλίνη	Η σπασμολυτική αγωγή αναστέλλει τους σπασμούς. Μέτρα ασφάλειας και πρόληψης τραυματισμών
------------------------------------	--	---	--

Αντιγλαυκωματικά

Βρωμιούχο δεμεκάριο (Humorsol)	Τα αντιγλαυκωματικά έχουν αθροιστική συστηματική δράση και μπορεί να προκαλέσουν αναπνευστική και καρδιαγγειακή κατάρρευση, ιδιαίτερα στη διάρκεια του	Με τη σύμφωνη γνώμη του ιατρού, το Humorsol διακόπτεται τουλάχιστον 2 εβδομάδες προ του χειρουργείου. Παρακολουθείται η κατάσταση του αναπνευστικού και η καρδιακή παροχή.	Η συνεργασία με τον ιατρό συμβάλλει στην πρόληψη επιπλοκών. Η συνεχής παρακολούθηση συμβάλλει στην ανίχνευση επιπλοκών.
Εκοθειοπάτη (Phospholine iodide)			
Υδροχλωρική πιλοκαρπίνη (Isopto Carpine, Pilocar, Miocarpine)			
Μαλεϊκή τιμολόλη (Timoptic)			

χειρουργείου
Εξετάζεται η
ενδοφθάλμια πίεση.

Αντιδιαβητικά

Ινσουλίνη	Η ινσουλίνη πρέπει να ελαττώνεται προεγχειρητικά, όσο ο ασθενής βρίσκεται σε νηστεία. Μετεγχειρητικά οι ανάγκες σε ινσουλίνη αυξάνονται λόγω iv χορήγησης δεξτρόζης. Η συγκέντρωση ινσουλίνης κατά την επούλωση μπορεί να κυμαίνεται λόγω περιορισμών στη διαίτα και τη δραστηριότητα, όπως και από το στρες του χειρουργείου.	Παρακολουθείται η συγκέντρωση γλυκόζης ορού. Αντιβιοτικά και άλλα φάρμακα χορηγούνται με φυσιολογικό ορό αντί δεξτρόζης όπου είναι δυνατό, σύμφωνα με τις οδηγίες.	Η παρακολούθηση αποκαλύπτει την αυξημένη η μειωμένη ανάγκη ινσουλίνης. Η χρήση φυσιολογικού ορού προλαμβάνει τις επιπλοκές.
-----------	--	--	---

[1]

Ιατρικό ιστορικό. Ο ασθενής ερωτάται για το ιατρικό του ιστορικό. Πολλές χρόνιες παθήσεις επιβαρύνουν το χειρουργείο και πρέπει να αξιολογηθούν κατά το σχεδιασμό της θεραπείας. Για παράδειγμα, ασθενής με ερυθματώδη λύκο ίσως χρειάζεται καλή προετοιμασία του εντέρου, λόγω μειωμένης εντερικής κινητικότητας. Μια λοίμωξη θα πρέπει να αντιμετωπιστεί πριν από το χειρουργείο.

Καρδιολογικό ιστορικό. Ο ασθενής ερωτάται συγκεκριμένα για καρδιακή πάθηση, καθώς οι επιπλοκές της αναισθησίας εμφανίζονται συχνότερα στους καρδιοπαθείς. Καρδιολογικές παθήσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο του χειρουργείου είναι

οι παθήσεις των στεφανιαίων, η στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΕΜ) σε διάστημα 6 μηνών προ της επέμβασης, η καρδιακή ανεπάρκεια, η υπέρταση και οι δυσρυθμίες. Οι παθήσεις αυτές μειώνουν την ικανότητα του ασθενούς να αντεπεξέρχεται σε αιμοδυναμικές μεταβολές και αλλοιώνουν την απόκριση στην αναισθησία. Ο κίνδυνος ΕΜ στη διάρκεια του χειρουργείου είναι αυξημένος σε ασθενείς με προϋπάρχοντα καρδιολογικά προβλήματα.

Αναπνευστικό ιστορικό. Οι ηλικιωμένοι, οι ασθενείς με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα και οι καπνιστές απειλούνται από πνευμονικές επιπλοκές λόγω των πνευμονικών αλλοιώσεων. Η αυξημένη ακαμψία του θώρακα και η απώλεια της ελαστικότητας των πνευμόνων περιορίζουν την αποβολή του αναισθητικού. Το κάπνισμα αυξάνει τη συγκέντρωση της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης (μόρια αιμοσφαιρίνης των οποίων η θέση δέσμευσης οξυγόνου έχει καταληφθεί από μονοξείδιο του άνθρακα), πράγμα που περιορίζει την παροχή οξυγόνου στους ιστούς. Η κινητικότητα των κροσσών του αναπνευστικού βλεννογόνου ελαττώνεται, επιτρέποντας την κατακράτηση εκκρίσεων και προδιαθέτοντας σε λοίμωξη (πνευμονία) και ατελεκτασία (σύγκλειση των κυψελίδων). Η ατελεκτασία περιορίζει την ανταλλαγή των αερίων και προκαλεί δυσανεξία στην αναισθησία.

Χρόνιες πνευμονοπάθειες όπως το άσθμα, το εμφύσημα και η χρόνια βρογχίτιδα επίσης μειώνουν την ελαστικότητα των πνευμόνων, περιορίζοντας την ανταλλαγή των αερίων. Ασθενείς με τέτοιες παθήσεις εμφανίζουν μειωμένη οξυγόνωση των ιστών.

Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις και αναισθησία. Ο αριθμός και το είδος προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων έχει επίπτωση στην ετοιμασία του ασθενούς για το χειρουργείο. Προηγούμενες επεμβάσεις, ιδιαίτερα με επιπλοκές, θα αυξήσουν το φόβο και την ανησυχία του για την επικείμενη επέμβαση. Ο ασθενής ερωτάται για προηγούμενες εμπειρίες από αναισθησία και κάθε είδους αλλεργία. Τα δεδομένα αυτά αποκαλύπτουν την ανοχή αλλά και τον φόβο προς την αναισθησία. Το οικογενειακό ιστορικό μπορεί να αποκαλύψει πιθανές αντιδράσεις προς την αναισθησία, όπως η κακοήθης υπερθερμία. Η κακοήθης υπερθερμία είναι οξεία, επικίνδυνη επιπλοκή ορισμένων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη γενική αναισθησία.

Ευαισθησία ή αλλεργία προς ορισμένες ουσίες δείχνει πιθανή αντίδραση σε αναισθητικά ή σε άλλες ουσίες που χρησιμοποιούνται προ ή κατά την επέμβαση. Για παράδειγμα, η ιωδιούχος ποβιδόνη που χρησιμοποιείται για την αντισηψία του δέρματος, περιέχει τα ίδια αλλεργιογόνα που βρίσκονται στα οστρακόδερμα. Ασθενείς αλλεργικοί σε

οστρακόδερμα ίσως εμφανίσουν αντίδραση στην ιωδιούχο ποβιδόνη. Ασθενείς αλλεργικοί στη μπανάνα, εξάλλου, συχνά εμφανίζουν αλλεργία στο λατέξ.[28]

Αιμοδοσία. Ο ασθενής μπορεί να αποθηκεύσει το δικό του αίμα (αυτομετάγγιση) λίγες εβδομάδες πριν από το προγραμματισμένο χειρουργείο. Αν στη διάρκεια της επέμβασης ή μετά χρειαστεί μετάγγιση, του χορηγείται από την αποθηκευμένη ποσότητα. Με τη μέθοδο αυτή εξαλείφονται οι επιπλοκές της μετάγγισης και περιορίζεται η πιθανότητα αιματογενούς μετάδοσης νοσημάτων.

Ο ασθενής μπορεί να δώσει αίμα μέχρι και 5 εβδομάδες προ της επέμβασης, εφόσον δεν έχει λοίμωξη, έχει αιμοσφαιρίνη άνω των 11 g/dL (110 g/L) και με τη σύμφωνη γνώμη του ιατρού. Οι καρδιοπαθείς θα πρέπει να συμβουλευτούν τον καρδιολόγο τους πριν υποβληθούν στη διαδικασία αυτή. Ο ιατρός ίσως χορηγήσει συμπληρωματικό σίδηρο πριν από την αιμοληψία. Αιμοληψίες για αυτομετάγγιση μπορούν να πραγματοποιούνται κάθε 3 ημέρες, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις. Συνήθως συλλέγονται 2-4 μονάδες αίματος. Η τελευταία αιμοδοσία δεν μπορεί να απέχει λιγότερο από 72 ώρες από την επέμβαση.

Ο σάκος αυτομετάγγισης φέρει ειδική σήμανση. Η αιμοδοσία προμηθεύει τον ασθενή με ανάλογο σήμα, το οποίο αυτός φέρει στο χειρουργείο κατά την επέμβαση. Με τη διαδικασία αυτή εξασφαλίζεται ότι ο ασθενής θα λάβει το δικό του αίμα. Αν τελικά το αίμα αυτό δεν χρησιμοποιηθεί, αποθηκεύεται στην τράπεζα αίματος και χρησιμοποιείται όπως κάθε άλλη μονάδα αίματος.

Ο ασθενής ίσως επιθυμεί να του χορηγηθεί αίμα από συγκεκριμένα πρόσωπα του οικογενειακού ή φιλικού του περιβάλλοντος. Η διαδικασία αυτή (κατευθυνόμενη αιμοδοσία) είναι δυνατή μόνον εάν οι ομάδες αίματος είναι συμβατές και ο δότης καλύπτει τις προϋποθέσεις. Ο ασθενής ίσως ανησυχεί για την πιθανή αιματογενή μετάδοση νοσημάτων από ανώνυμο αιμοδότη, ενώ αισθάνεται ήσυχος όταν γνωρίζει από πού προέρχεται το αίμα. Πολλά κέντρα δεν δέχονται την πρακτική αυτή, θεωρώντας ότι παρέχει μια ψευδή αίσθηση ασφάλειας. Όπως και στην αυτομετάγγιση, η φιάλη φέρει ειδικό σήμα με το όνομα του δότη και του δέκτη, όπως και την υπογραφή του ασθενούς.

Ο ασθενής ερωτάται αν έχει γίνει αιμοληψία για αυτομετάγγιση ή κατευθυνόμενη αιμοδοσία και η πληροφορία καταγράφεται στο αρχείο. Είναι σημαντικό να γνωστοποιείται το κέντρο όπου έχει γίνει η αιμοληψία και να εξασφαλίζεται ότι το αίμα έχει παραληφθεί πριν από την επέμβαση. Το νοσοκομείο παραλαμβάνει και αποθηκεύει το αίμα μέχρι να χρησιμοποιηθεί ή να αποφασιστεί ότι δεν θα χρειαστεί. Η αχρησιμοποίητη ποσότητα επιστρέφεται στο κέντρο αιμοδοσίας.[5]

3.1.2 φυσική εκτίμηση/ κλινικές εκδηλώσεις

Ο χειρουργικός ασθενής μπορεί να έχει κάθε ηλικία, ενώ η κατάσταση της υγείας του ποικίλει αποκαλεί μέχρι εξασθενημένη. Πριν από την επέμβαση πραγματοποιείται πλήρης εξέταση ώστε να συλλέγονται τα βασικά δεδομένα. Στα πλαίσια της εξέτασης εντοπίζονται τα τρέχοντα προβλήματα υγείας, αναγνωρίζονται πιθανές επιπλοκές της αναισθησίας και επιπλοκές που ίσως εμφανιστούν μετά την επέμβαση.

Στην αρχή της εξέτασης καταγράφονται όλα τα ζωτικά σημεία. Ίσως χρειαστεί η επανειλημμένη καταγραφή τους, ώστε να επιβεβαιωθεί η ορθότητά τους. Προηγούμενα ζωτικά σημεία από άλλη εισαγωγή (αν υπάρχουν στο ιστορικό) μπορούν να συγκριθούν με τα τρέχοντα. Παθολογικά ζωτικά σημεία ίσως επιβάλλουν την αναβολή της επέμβασης μέχρι την αντιμετώπιση της διαταραχής και τη σταθεροποίηση της κατάστασης. Εξετάζεται ακόμα το άγχος, που ίσως προκαλέσει αύξηση της πίεσης, του σφυγμού και της αναπνευστικής συχνότητας. Και αυτά τα ευρήματα καταγράφονται ως μέρος της συνολικής αξιολόγησης. Στη διάρκεια της εξέτασης ο νοσηλευτής επικεντρώνεται στις προβληματικές περιοχές που αναδεικνύονται από το ιστορικό και απ' όλα τα συστήματα του οργανισμού που θα επηρεαστούν από την επέμβαση. Ο ηλικιωμένος ή ο χρονίως πάσχων ασθενής έχει αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών κατά τη διάρκεια και μετά το χειρουργείο. Η περιεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα είναι αυξημένες σε τέτοιους ασθενείς.

Κάθε ασυνήθιστο εύρημα αναφέρεται στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο. Με τον τρόπο αυτό ο νοσηλευτής εκπληρώνει το επαγγελματικό και νομικό του καθήκον, ενώ αναδεικνύεται σε συνήγορο του ασθενούς. Συχνά τα καθιερωμένα πρωτόκολλα ή διαγράμματα φροντίδας υποδεικνύουν τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις πριν από την επέμβαση.

Καρδιαγγειακό σύστημα. Οι καρδιοπάθειες πιθανώς ευθύνονται για το 30% των περιεγχειρητικών θανάτων. Ο ασθενής ελέγχεται για υπέρταση, μια κοινή, συχνά υποδιαγνωσμένη πάθηση, που επηρεάζει την απόκριση στη χειρουργική επέμβαση. Η καρδιακή εκτίμηση περιλαμβάνει την ακρόαση των καρδιακών ήχων καθώς και τη συχνότητα, το ρυθμό και τυχόν διαταραχές των σφύξεων. Εξετάζονται τα άκρα ως προς τη θερμοκρασία, το χρώμα, τον περιφερικό σφυγμό, την πλήρωση των τριχοειδών και το οίδημα. Διαταραχές όπως η απουσία περιφερικών σφυγμών και το οίδημα που διατηρεί το εντύπωμα, ή καρδιολογικά συμπτώματα όπως ο πόνος στο στήθος και η δύσπνοια, αναφέρονται στον ιατρό για παραπέρα διερεύνηση.

Αναπνευστικό σύστημα. Στην εξέταση του αναπνευστικού συστήματος λαμβάνεται υπόψη η ηλικία του ασθενούς, το ιστορικό καπνίσματος (και παθητικού) και κάθε χρόνια πάθηση. Παρατηρείται η στάση του ασθενούς, ο ρυθμός και το βάθος της αναπνοής, η αναπνευστική προσπάθεια και η έκπτυξη των πνευμόνων. Καταγράφεται τυχόν πηληκτροδακτυλία (οίδημα στις κοίτες των νυχιών λόγω χρόνιας έλλειψης οξυγόνου) ή κυάνωση. Στην ακρόαση των πνευμόνων αναζητούνται ανώμαλοι ήχοι (τριζόντες, συρίττοντες).

Νεφροί/ουροποιητικό σύστημα. Η νεφρική λειτουργία επηρεάζει την απέκκριση φαρμάκων και άχρηστων προϊόντων, όπως αναισθητικών και αναλγητικών. Επί ελαττωμένης νεφρικής λειτουργίας μπορεί να υπάρχει διαταραχή υγρών και ηλεκτρολυτών, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους. Ο ασθενής ερωτάται για προβλήματα όπως συχνοουρία, δυσουρία (πόνος κατά την ούρηση), νυκτουρία (αφύπνιση τη νύχτα λόγω ανάγκης για ούρηση), δυσκολία στην έναρξη της ούρησης, ή ολιγουρία. Ερωτάται ακόμα για το χρώμα και την οσμή των ούρων. Εξίσου σημαντική είναι η αξιολόγηση των λαμβανόμενων υγρών και η δυνατότητα εγκράτειας. Αν διαπιστώνονται ουρολογικά προβλήματα, ενημερώνεται ο ιατρός για παραπέρα διερεύνηση.

Η νεφρική δυσλειτουργία περιορίζει την απέκκριση φαρμάκων και αναισθητικών παραγόντων, με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων. Η σκοπολαμίνη (Buscopan), η μορφίνη, η μεπεριδίνη (Demerol) και τα βαρβιτουρικά συχνά προκαλούν σύγχυση, αποπροσανατολισμό και ανησυχία σε ασθενείς με διαταραγμένη νεφρική λειτουργία.

Νευρικό σύστημα. Πριν σχεδιαστεί η προεγχειρητική διδασκαλία και η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς, εξετάζεται η συνολική διανοητική κατάσταση του, το επίπεδο συνείδησης, ο προσανατολισμός και η ικανότητα να ακολουθεί οδηγίες. Κάθε ανωμαλία στα πεδία αυτά τροποποιεί το είδος της περιεγχειρητικής φροντίδας που θα απαιτηθεί. Η βασική διανοητική κατάσταση του ασθενούς θα πρέπει να του παρέχει τη δυνατότητα να αναγνωρίζει αλλαγές που ίσως συμβούν αργότερα. Εξετάζονται επίσης τυχόν κινητικά ή αισθητηριακά ελλείμματα.

Η συνηθισμένη διανοητική κατάσταση ενός πνευματικά καθυστερημένου ή ηλικιωμένου ασθενούς ίσως είναι δύσκολο να εκτιμηθεί. Ο ασθενής που εμφανίζεται ανεξάρτητος και προσανατολισμένος στην κατοικία του, ίσως δείχνει σημεία αποπροσανατολισμού στον ανοίκειο χώρο του νοσοκομείου. Οι οικείοι είναι σε θέση να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς στην κατοικία του.

Εξετάζεται ο κίνδυνος πτώσεων του ασθενούς, ιδιαίτερα του ηλικιωμένου. Συνεκτιμώνται παράγοντες όπως η πνευματική του κατάσταση, η μυϊκή δύναμη, η σταθερότητα του βαδίσματος και η αίσθηση ανεξαρτησίας. Τα στοιχεία αυτά καταγράφονται ως βασικά δεδομένα.

Μυοσκελετικό σύστημα. Μυοσκελετικά προβλήματα μπορεί να αλλοιώνουν τη στάση του σώματος στη διάρκεια και μετά το χειρουργείο. Για παράδειγμα, ασθενείς με αρθρίτιδα μπορεί να είναι ικανοί να λάβουν την κατάλληλη θέση για το χειρουργείο, μετεγχειρητικά όμως να αισθάνονται δυσφορία λόγω της παρατεταμένης ακινησίας. Άλλα ανατομικά χαρακτηριστικά, όπως το σχήμα και το μήκος του λαιμού ή το σχήμα της θωρακικής κοιλότητας, μπορούν να επηρεάζουν την αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία, ή να επιβάλλουν ειδική θέση κατά την επέμβαση.

Ο ασθενής ερωτάται για ιστορικό αντικατάστασης αρθρώσεων και καταγράφεται η ακριβής θέση κάθε πρόσθεσης. Στη διάρκεια της επέμβασης εξασφαλίζεται ότι οι επαφές του ηλεκτροκαυτηριασμού, που μπορούν να προκαλέσουν ηλεκτρικό έγκαυμα, τοποθετούνται μακριά από τις προσθέσεις.

Κατάσταση θρέψης. Η κακή διατροφή και η παχυσαρκία αυξάνουν τους κινδύνους του χειρουργείου. Η χειρουργική επέμβαση προκαλεί αύξηση του μεταβολισμού και εξαντλεί τα αποθέματα καλίου και βιταμινών C και B, που είναι απαραίτητα για την επούλωση των τραυμάτων και την πήξη του αίματος. Λόγω της έλλειψης πρωτεϊνών μπορεί να εμφανιστεί αρνητικό ισοζύγιο αζώτου. Πράγμα που ίσως επιβραδύνει την επούλωση, ενώ αυξάνει τις πιθανότητες διάσπασης του τραύματος ή κήλης, αφυδάτωσης και σήψης.

Ηλικιωμένοι ασθενείς ίσως πάσχουν από διαταραχές της θρέψης λόγω χρόνιων παθήσεων, χρήσης διουρητικών ή υπακτικών, κακών διατροφικών συνηθειών ή εσφαλμένου προγραμματισμού, ανορεξίας. Έλλειψης κινήτρων ή οικονομικής στενότητας. Ενδείξεις διαταραχών της θρέψης ή των υγρών αποτελούν τα εύθραυστα νύχια, η απώλεια μυϊκής μάζας, το ξηρό ή φολιδώδες δέρμα, η υποβάθμιση του τριχώματος (π.χ. θαμπά, αραιά ή ξηρά μαλλιά), η μειωμένη ελαστικότητα του δέρματος, η ορθοστατική υπόταση, η μειωμένη συγκέντρωση πρωτεϊνών ορού και οι διαταραχές στις συγκεντρώσεις ηλεκτρολυτών του ορού.

Ο παχύσαρκος ασθενής συχνά πάσχει από διαταραχές της θρέψης λόγω μη ισορροπημένου διαιτολογίου. Η παχυσαρκία αυξάνει τους κινδύνους ανεπαρκούς επούλωσης των τραυμάτων λόγω πλεονάζοντος λιπώδους ιστού. Ο λιπώδης ιστός περιέχει λίγα αιμοφόρα αγγεία, μικρή ποσότητα κολλαγόνου και περιορισμένα θρεπτικά συστατικά,

στοιχεία απαραίτητα για την επούλωση των τραυμάτων. Ακόμα η παχυσαρκία επιβαρύνει την καρδιά και περιορίζει τον όγκο των πνευμόνων, πράγματα που μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην επέμβαση και την ανάρρωση. Επιπλέον, ο παχύσαρκος ασθενής ίσως λάβει μεγαλύτερες δόσεις φαρμάκων, τις οποίες θα αποβάλει με βραδύτερο ρυθμό μετά την επέμβαση.[28]

3.1.3. Ψυχοκοινωνική εκτίμηση

Η ψυχοκοινωνική εκτίμηση πραγματοποιείται για να προσδιοριστεί το επίπεδο άγχους του ασθενούς, οι δυνατότητές του να αντιμετωπίσει την κατάσταση και τα συστήματα υποστήριξης που διαθέτει. Όπου χρειάζεται, παρέχονται πληροφορίες και προσφέρεται υποστήριξη.

Οι περισσότεροι ασθενείς εκδηλώνουν σε κάποιο βαθμό άγχος και φόβο πριν από την επέμβαση. Η έκταση των αντιδράσεων αυτών ποικίλει ανάλογα με το είδος της επέμβασης, την αντίληψη του ασθενούς σχετικά με τα αποτελέσματα και την έκβαση της επέμβασης, και τέλος την προσωπικότητα του. Η επέμβαση μπορεί να θεωρηθεί απειλή για τη ζωή, την εικόνα του σώματος, την αυτοεκτίμηση, την αντίληψη του εαυτού ή τον τρόπο ζωής. Ο ασθενής μπορεί να φοβάται το θάνατο, τον πόνο, το αίσθημα ανικανότητας, την υποβάθμιση της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, τη διάγνωση μιας ανίατης νόσου, την πιθανή αδυναμία ή αναπηρία, ή το άγνωστο.

Το άγχος και ο φόβος επηρεάζουν την ικανότητα του ασθενούς να μάθει, να αντιμετωπίσει την κατάσταση και να συνεργαστεί στις διαδικασίες του χειρουργείου. Μπορούν ακόμα να έχουν επίπτωση στο είδος και την ποσότητα του αναισθητικού που θα απαιτηθεί, αλλά και να επιβραδύνουν την ανάρρωση. Ο νοσηλευτής λαμβάνει υπόψη του τον φόβο και το άγχος όταν συζητά με τον ασθενή και καθώς προγραμματίζει τη διδασκαλία του.

Αξιολογούνται οι μηχανισμοί αντιμετώπισης που χρησιμοποίησε ο ασθενής σε παρόμοιες συνθήκες ή κατά το παρελθόν, όταν βρέθηκε απέναντι σε αγχογόνες καταστάσεις. Ο ασθενής αφήνεται να απαντήσει ελεύθερα σε ερωτήσεις σχετικά με τα αισθήματά του για την όλη χειρουργική εμπειρία. Παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς αντιμετώπισης είναι η ηλικία, προηγούμενες εμπειρίες χειρουργείου ή ασθένειας, όπως και τα συναισθηματικά ή φυσικά σημεία φόβου, άγχους ή δυσφορίας. Τέτοια σημεία είναι ο θυμός, οι φωνές, η ανησυχία, η έντονη εφίδρωση, ο ταχύς σφυγμός, ο τρόμος, η αϋπνία, η διάρροια και η συχνοουρία.[10]

3.1.4. Εργαστηριακές εξετάσεις

Ο εργαστηριακός έλεγχος πριν από το χειρουργείο αποτυπώνει τα βασικά δεδομένα της υγείας του ασθενούς και συμβάλλει στην πρόγνωση πιθανών επιπλοκών. Ο ασθενής που προγραμματίζεται για επέμβαση σε περιπατητική βάση, ή εισάγεται στο χειρουργικό κέντρο λίγες ώρες προ της επέμβασης, μπορεί να ολοκληρώσει τον προεγχειρητικό έλεγχο από 24 ώρες μέχρι 28 ημέρες πριν από την προγραμματισμένη ημερομηνία. Τα αποτελέσματα είναι συνήθως αξιόπιστα, εκτός εάν κάποια αλλαγή στην κατάστασή του επιβάλλει τον επανέλεγχο ή τη χορήγηση φαρμάκων που ίσως μεταβάλλουν τις εργαστηριακές τιμές [όπως η βαρφαρίνη (Coumadin), ή τα διουρητικά]. Ορισμένα κέντρα θέτουν χρονικούς περιορισμούς για τον εργαστηριακό έλεγχο, ιδιαίτερα για τον έλεγχο εγκυμοσύνης ή άλλες εξετάσεις που ίσως τροποποιήσουν το σχέδιο της επέμβασης.

Η επιλογή των προεγχειρητικών εξετάσεων ποικίλλει μεταξύ των κέντρων και εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς, το ιατρικό του ιστορικό και το είδος της αναισθησίας που σχεδιάζεται. Οι συνηθέστερες εξετάσεις είναι των ούρων, ομάδας αίματος και διασταύρωση, γενική αίματος ή συγκέντρωση αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτης, παράγοντες πήξης, συγκεντρώσεις ηλεκτρολυτών και συγκέντρωση κρεατινίνης ορού. Σε γυναίκες ασθενείς και ανάλογα με τη φύση της προγραμματισμένης επέμβασης, μπορεί να ζητηθεί και δοκιμασία κύησης.

Στην ανάλυση ούρων αναζητούνται ουσίες που φυσιολογικά δεν υπάρχουν στα ούρα, όπως πρωτεΐνες, γλυκόζη, αίμα και βακτηρίδια. Εάν υπάρχει υποψία νεφρικής πάθησης ή σε ηλικιωμένους ασθενείς, ο ιατρός μπορεί να ζητήσει και άλλες εξετάσεις.

Ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή άλλα ανώμαλα ευρήματα αναφέρονται στον αναισθησιολόγο και χειρουργό πριν από την επέμβαση. Η υποκαλιαιμία αυξάνει τον κίνδυνο τοξικότητας σε ασθενείς που λαμβάνουν δακτυλίτιδα, επιβραδύνει την ανάνηψη από την αναισθησία και αυξάνει τη διεγερσιμότητα της καρδιάς. Η υπερκαλιαιμία αυξάνει τον κίνδυνο αρρυθμίας, ιδιαίτερα σε συνδυασμό με την αναισθησία. *Υπερκαλιαιμία και υποκαλιαιμία πρέπει να ανατάσσονται πριν από την επέμβαση.*

Ίσως απαιτηθούν και άλλες εξετάσεις, ανάλογα με το ιστορικό του ασθενούς. Για παράδειγμα, τα αέρια αρτηριακού αίματος εξετάζονται σε ασθενείς με χρόνια πνευμονοπάθεια.

3.1.5. Ακτινολογικός έλεγχος

Μια ακτινογραφία θώρακα συχνά ζητείται πριν από μια επέμβαση. Η εξέταση αυτή μπορεί να παραληφθεί σε νεαρούς υγιείς ενήλικες. Στην ακτινογραφία εξετάζεται το

μέγεθος και το σχήμα της καρδιάς, των πνευμόνων και των μεγάλων αγγείων, ενώ αναζητούνται ίχνη πνευμονίας ή φυματίωσης. Ακόμα. Η ακτινογραφία θώρακα αποτελεί βασικό δεδομένο σε περίπτωση επιπλοκών. Παθολογικά ευρήματα προειδοποιούν για πιθανές καρδιολογικές ή πνευμονολογικές επιπλοκές. Η καρδιακή ανεπάρκεια, η μυοκαρδιοπάθεια, η πνευμονία ή οι διηθήσεις μπορούν να οδηγήσουν σε αναβολή ή ακύρωση της επέμβασης. Σε επείγον χειρουργείο, η ακτινογραφία θώρακα θα βοηθήσει τον αναισθησιολόγο στην επιλογή αναισθησίας.

Άλλες ακτινογραφικές εξετάσεις ίσως επιβάλλονται από τις ανάγκες του ασθενούς, το ιατρικό του ιστορικό και τη φύση της προγραμματισμένης επέμβασης. Για παράδειγμα, ασθενής με οσφυαλγία μπορεί να υποβληθεί σε υπολογιστική τομογραφία (CT) ή μαγνητική τομογραφία (MRI) πριν από μια πεταλεκτομή (επέμβαση στη σπονδυλική στήλη), προκειμένου να εντοπιστεί η ακριβής θέση της βλάβης.

3.1.6. Άλλες εξετάσεις

Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) ίσως απαιτηθεί στους ασθενείς που υπερβαίνουν ένα όριο ηλικίας και πρόκειται να υποβληθούν σε γενική αναισθησία. Η ηλικία ποικίλλει στα διάφορα κέντρα, συνήθως όμως είναι τα 40- 45 έτη. Ένα ΗΚΓ μπορεί να ζητηθεί ακόμα σε ασθενείς με ιστορικό καρδιοπάθειας ή σε κίνδυνο για καρδιολογικές επιπλοκές. Το ΗΚΓ προσφέρει βασικά δεδομένα σε νέα ή προϋπάρχοντα καρδιολογικά προβλήματα, όπως ένα παλαιό έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ασθενής με γνωστή καρδιολογική πάθηση ίσως πρέπει να συμβουλευτεί καρδιολόγο πριν από την επέμβαση. Προφυλακτική φαρμακευτική αγωγή, όπως νιτρογλυκερίνη και αντιβιοτικά, ίσως χρειαστεί κατά την περιεγχειρητική περίοδο για να μειώσει ή να προλάβει την καταπόνηση της καρδιάς. Παθολογικά ή επικίνδυνα ευρήματα στο ΗΚΓ ίσως επιβάλλουν την αναβολή της επέμβασης μέχρι τη σταθεροποίηση της καρδιολογικής κατάστασης του ασθενούς.

ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ασθενούς με προεγχειρητική εκτίμηση

Στο πλαίσιο της καρδιοπνευμονικής εκτίμησης καταγράφονται τα ζωτικά σημεία, ενώ στον ιατρό αναφέρονται τα παρακάτω:

- Υπέρταση ή υπόταση
- Καρδιακή συχνότητα κάτω των 60 ή άνω των 120 σφυγμών/λεπτό
- Ακανόνιστος σφυγμός
- Πόνος στο στήθος
- Δύσπνοια
- Ταχύπνοια
- Οξυμετρία παλμού κάτω του 94%

Αναζητούνται και αναφέρονται σημεία λοίμωξης, όπως:

- Πυρετός
- Πυώδη πτύελα
- Δυσουρία ή θολά, δύσοσμα ούρα
- Ερυθρότητα, οίδημα, έκκριση στη θέση φλεβοκέντησης ή τραύματος
- Αυξημένα λευκά αιμοσφαίρια

Αναζητούνται και αναφέρονται συμπτώματα ή σημεία που ίσως αποτελούν αντένδειξη για χειρουργική επέμβαση, όπως:

- Αυξημένες τιμές χρόνου προθρομβίνης
- Υποκαλιαιμία ή υπερκαλιαιμία
- Υποψία πιθανής εγκυμοσύνης ή θετική δοκιμασία κύησης

Αναζητούνται και αναφέρονται άλλες κλινικές καταστάσεις που ίσως απαιτούν διερεύνηση

από ιατρό ή εξειδικευμένο νοσηλευτή πριν από την επέμβαση, όπως:

- Μεταβολές της διανοητικής κατάστασης
- Έμετος
- Εξάνθημα
- Πρόσφατη χορήγηση αντιπηκτική αγωγή

[4]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς

4. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς

Η προετοιμασία του αρρώστου κατά την προεγχειρητική φάση είναι από τα σημαντικότερα στάδια της Νοσηλευτικής φροντίδας αφού μπορεί να ελαττώσει πολύ τον προεγχειρητικό φόβο και το άγχος του αρρώστου και να μειώσει τον κίνδυνο των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Η φροντίδα του αρρώστου αρχίζει προεγχειρητικά με την ψυχολογική υποστήριξη και την ενημέρωση του. Από τους σημαντικότερους προδιαθεσικούς παράγοντες επιπλοκών είναι το άγχος και το stress, τα οποία έχουν άμεση σχέση με τις ενδοκρινείς εκκρίσεις και την ανάρρωση του αρρώστου. Η μεγάλη βαθμού προεγχειρητική αγωνία και ο φόβος του αρρώστου για την εγχείρηση συμβάλουν, ώστε να αρχίζει η αντίδραση στο stress πριν την επέμβαση με επιπτώσεις κατά τη χειρουργική και μετεγχειρητική φάση καθώς και κατά την ανάρρωση του.

Κάθε χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται από κάποια μορφή συγκινησιακής αντίδρασης του αρρώστου, έκδηλη ή όχι, φυσιολογική ή παθολογική.

Ο άρρωστος που φοβάται τη χειρουργική επέμβαση κινδυνεύει περισσότερο από εκείνον που την αποδέχεται και επικεντρώνεται στις ωφέλειές της.

Οι προεγχειρητικοί φόβοι που μπορεί να βιώνει ο άρρωστος είναι:

- 1. Φόβος της νάρκωσης.** Ο φόβος αυτός ήταν δικαιολογημένος πριν πολλά χρόνια, όταν ήταν λίγα γνωστά για τον έλεγχο και τα αποτελέσματα των μέσων αναισθησίας. Όμως, με τις εξευγενισμένες σημερινές μεθόδους, τα δοκιμασμένα φάρμακα και τους επιδέξιους αναισθησιολόγους, οι κίνδυνοι έχουν ελαχιστοποιηθεί. Η ευκολία με την οποία δίνεται η νάρκωση σήμερα αποδίδεται στην επαρκή φυσική και ψυχική προετοιμασία του αρρώστου. Στην επικοινωνία

του με τον άρρωστο, ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στη διόρθωση λαθεμένων αντιλήψεων και πληροφοριών, ενώ η επίσκεψη του αναισθησιολόγου και του νοσηλευτή του χειρουργείου, την προηγούμενη της χειρουργικής επέμβασης. Εγκαθιστά επιπρόσθετη εμπιστοσύνη.

2. **Ο φόβος του πόνου και του θανάτου.** Θα αισθανθώ πόνο όταν γίνεται η τομή; Και τι θα συμβεί αν παύσει η δράση του αναισθητικού; Μήπως δεν ξυπνήσω από τη νάρκωση; Ο άρρωστος χρειάζεται επιβεβαίωση ότι ο αναισθησιολόγος θα τον προσέχει συνεχώς για να προλάβει τέτοια προβλήματα. Η καλή σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και το νοσηλευτή, μαζί με τη λεπτότητα και τη διακριτικότητα στη συμπεριφορά από μέρους του νοσηλευτή, μπορούν να βοηθήσουν τον άρρωστο να διαπιστώσει ότι ο φόβος του είναι αδικαιολόγητος.
3. **Φόβος αποχωρισμού** από τα οικεία υποστηρικτικά συστήματα και από προηγούμενες δραστηριότητες μπορούν επίσης να προκαλέσουν άγχος στον άρρωστο.
4. **Φόβος αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου.** Με τη σημερινή έμφαση στη νεότητα και το τέλειο σώμα, ο φόβος αυτός δεν περιορίζεται μόνο στις ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, επεκτείνεται και στις μικρές.[26]

4.1. Ενημέρωση του ασθενούς

Η επίσκεψη του νοσηλευτή του χειρουργείου στον άρρωστο είναι ζωτικής σημασίας. Η ενημέρωση του αρρώστου γύρω από την προεγχειρητική και μετεγχειρητική διαδικασία φαίνεται να ωφελεί πολύ τον άρρωστο τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά στη μετεγχειρητική του πορεία.

Η προεγχειρητική επίσκεψη έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

- Διευκολύνει την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.
- Διευκολύνει το νοσηλευτή του χειρουργείου να συλλέξει πολύτιμες πληροφορίες για τον άρρωστο και να σχεδιάσει πλάνο εξατομικευμένης φροντίδας.
- Επιτρέπει στο νοσηλευτή του χειρουργείου να δώσει πληροφορίες και να εκπαιδεύσει τον άρρωστο.

Έρευνες έχουν αποδείξει, ότι η σωστή ενημέρωση και η εκπαίδευση (π.χ. αναπνοών και κινησιοθεραπείας) προεγχειρητικά μπορούν να μειώσουν:

- Το φόβο και το άγχος.
- Τη μετεγχειρητική ναυτία και τους εμετούς.
- Τις επιπλοκές από τα διάφορα συστήματα (πεπτικό, αναπνευστικό κλπ).

- Τη χρήση αναλγησίας.
- Τη διάρκεια νοσοκομειακής παραμονής.
- Τη μετεγχειρητική κατάκλιση.

Εκτός από την ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του σχετικά με τα μέτρα που συμβάλλουν στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης επιπλοκών, δίνονται και άλλες πληροφορίες προεγχειρητικά ώστε να προετοιμαστεί τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του για τη χειρουργική επέμβαση. Οι πληροφορίες αυτές περιλαμβάνουν τα εξής:

- Διαγνωστικές εξετάσεις: σκεπτικό και προετοιμασία για αυτές
- Χρόνος άφιξης σε περίπτωση που η χειρουργική επέμβαση έχει προγραμματιστεί για νωρίς το πρωί
- Προετοιμασία για την χειρουργική επέμβαση μετά τα μεσάνυκτα εάν αυτή πρόκειται να πραγματοποιηθεί νωρίς το επόμενο πρωί, προετοιμασία του δέρματος, τοποθέτηση ουροκαθετήρα ή αποβολή ούρων με την ούρηση, έναρξη ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών, φύλαξη προσωπικών αντικειμένων (δαχτυλίδια, ρολόγια, χρήματα)
- Κατασταλτικά/ υπνωτικά φάρμακα τα οποία χορηγούνται τη νύχτα πριν από τη χειρουργική επέμβαση προκειμένου να διευκολυνθούν η ανάπαυση και ο ύπνος του ασθενούς
- Συνεννόηση σχετικά με τη λήψη σημαντικών φαρμάκων το πρωί της ημέρας της χειρουργικής επέμβασης
- Πληροφορημένη συναίνεση
- Αναμενόμενη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και χρόνος παραμονής στην αίθουσα ανάνηψης
- Μεταφορά στη χειρουργική αίθουσα
- Αναμονής έξω από τα χειρουργεία
- Μεταφορά στην αίθουσα ανάνηψης
- Συνήθης μετεγχειρητική αγωγή και συσκευές ή εξοπλισμός (παροχετεύσεις, σωλήνες, συσκευές ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών, οξυγόνο ή μάσκες εφύγρανσης, γάζες, γύψοι, νάρθηκες)
- Προγραμματισμός για τον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου[35]

4.2. Νομικά θέματα - συγκατάθεση

Είναι ευθύνη του χειρουργού που θα χειρουργήσει έναν ασθενή να λάβει την έγγραφη συγκατάθεσή του. Ο χειρουργός συζητά με τον ασθενή και την οικογένειά του όλα τα ζητήματα που αφορούν την πάθησή του και τη χειρουργική επέμβαση, σε γλώσσα απλή και κατανοητή. Η πληροφορημένη συναίνεση, είναι νομικό έγγραφο που απαιτείται για ορισμένες διαγνωστικές εξετάσεις και της θεραπευτικές πράξεις συμπεριλαμβανομένης και της χειρουργικής επέμβασης. Το νομικό αυτό έγγραφο προστατεύει τον ασθενή, το νοσηλευτή, τον ιατρό και το νοσηλευτικό ίδρυμα. Για να μπορεί να δώσει συγκατάθεση μετά από ενημέρωση, ο ασθενής θα πρέπει να έχει πληροφορηθεί τα εξής:

- Αναγκαιότητα της χειρουργικής επέμβασης με βάση τη δεδομένη διάγνωση
- Περιγραφή και σκοπός της προτεινόμενης επέμβασης
- Πιθανά οφέλη και δυνητικοί κίνδυνοι
- Πιθανότητα επιτυχούς έκβασης
- Εναλλακτικές διαθέσιμες μέθοδοι θεραπείας ή επέμβασης
- Αναμενόμενοι κίνδυνοι, εφόσον η επέμβαση δεν πραγματοποιηθεί
- Συμβουλή του ιατρού σχετικά με το τι θεωρείται απαραίτητο
- Δικαίωμα άρνησης της θεραπείας ή απόσυρσης της συγκατάθεσης

Ο νοσηλευτής κατά προτίμηση να είναι παρόν όταν ο ασθενής θα δίνει τη συγκατάθεσή του. Αργότερα, ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα, εάν αυτό κριθεί απαραίτητο, να συζητήσει τα διάφορα θέματα (που σχετίζονται με την πάθηση ή την επέμβαση) με τον ασθενή και την οικογένειά του. Αν ο ασθενής έχει ερωτήσεις ή επιφυλάξεις που δεν έχουν συζητηθεί ή δεν έχουν διευκρινισθεί ή σε περίπτωση που ο νοσηλευτής αμφιβάλλει για το εάν ο ασθενής έχει κατανοήσει τα παραπάνω θέματα, υπεύθυνος για την παροχή περισσότερων πληροφοριών είναι ο χειρουργός. Εάν προκύψει κάποια από τις παραπάνω καταστάσεις, ο νοσηλευτής να επικοινωνήσει με το χειρουργό προτού ο ασθενής υπογράψει το έντυπο συγκατάθεσης. Μετά από μία λεπτομερή συζήτηση, ο νοσηλευτής παρίσταται ως μάρτυρας όταν ο ασθενής υπογράφει το έντυπο αυτό. Το έντυπο συνυπογράφει και ο νοσηλευτής, αναφέροντας ότι υπογράφεται από το σωστό πρόσωπο και ότι ο ασθενής είναι σε εγρήγορση και ενήμερος για ότι υπογράφει.[27]

Τυποποιημένο έγγραφο συγκατάθεσης



ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
Πανεπιστημιακή Γενική Χειρουργική Κλινική
Δ/ντής: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗΣ
Καθηγητής Χειρουργικής



Παν/κό Νοσοκομείο Ηρακλείου
 Ηράκλειο 71 110 Ηράκλειο

Τηλ.: 0810392676
 Fax : 0810542063
 e-mail: chalk@med.uoc.gr

Έντυπο Συγκατάθεσης Ασθενών και Συγγενών

Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο: του:

ηλικία: ετών, Α.Μ.: Τηλ.:

Διεύθυνση:

Ο υπογράφων του ενημερώθηκα λεπτομερώς από τους θεράποντες ιατρούς της Κλινικής για τη φύση της πάθησής μου, τη φυσική εξέλιξή της, την πρόγνωση και τις τυχόν επιπλοκές της προτεινόμενης χειρουργικής ή συντηρητικής θεραπείας της, την πρόγνωση και τις τυχόν επιπλοκές της προτεινόμενης αναισθησίας (γενική ή γενική ενδοτραχειακή ή ραχιαία ή επισκληρίδιος ή στελεχιαία, ή τοπική αναισθησία). Παράλληλα, ενημερώθηκα πλήρως και λεπτομερώς για τη διαγνωστική και θεραπευτική αξία, καθώς και τις τυχόν επιπλοκές όλων των παρεμβατικών θεραπευτικών ή διερευνητικών ενεργειών.

Έτσι δηλώνω, με πλήρη πνευματική και ψυχική διαύγεια, ότι αποδέχομαι την τυχόν εκτέλεση των παραπάνω ενεργειών στον εαυτό μου και εμπιστεύομαι απολύτως το επιστημονικό προσωπικό της Κλινικής να καθορίσει το είδος, τον τρόπο και τη διάρκεια της όποιας διαγνωστικής και θεραπευτικής αγωγής που αυτό θα κρίνει ότι είναι απαραίτητη για την αποκατάσταση της υγείας μου.

Ο ασθενής

Ο συγγενής

Ο υπογράφων ιατρός του

Βεβαιώνω ότι εξήγησα λεπτομερώς στον ασθενή το περιεχόμενο της συγκατάθεσής του.

Ο ιατρός

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Διδασκαλία ασθενούς

5. Διδασκαλία ασθενούς

5.1. Προεγχειρητική εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του

Η εκπαίδευση του ασθενούς αποτελεί βασική ευθύνη του νοσηλευτή κατά την προεγχειρητική περίοδο. Η εκπαίδευση και η συναισθηματική υποστήριξη έχουν θετική επίδραση στην αίσθηση σωματικής και ψυχολογικής ευεξίας τόσο πριν όσο και μετά τη χειρουργική επέμβαση. Σε μια συγκεντρωτική ανάλυση 102 μελετών, οι χειρουργικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εκπαίδευση ή άλλες υποστηρικτικές παρεμβάσεις, παρουσίασαν μικρότερου βαθμού πόνο και λιγότερο άγχος, εμφάνισαν λιγότερες επιπλοκές, εξήλθαν από το νοσοκομείο νωρίτερα, ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα τους και επέστρεψαν στις συνήθειες τους δραστηριότητες νωρίτερα από τους ασθενείς στους οποίους δεν εφαρμόστηκαν αυτό το είδος νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτές οι θετικές εκβάσεις μπορούν να αποδοθούν εν μέρει και στην αίσθηση του ελέγχου που αποκτά ο ασθενής με την εκπαίδευση που γίνεται από τον νοσηλευτή.

Η εκπαίδευση να αρχίζει όσο το δυνατό νωρίτερα από τη στιγμή που ο ασθενής πληροφορείται ότι πρέπει να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Η εκπαίδευση είναι δυνατόν να αρχίσει ήδη από το εξωτερικό ιατρείο ή όταν γίνονται οι εξετάσεις πριν την εισαγωγή του ασθενούς. Παρότι η εκπαίδευση συνεχίζεται και κατά τη μετεγχειρητική φροντίδα, το μεγαλύτερο μέρος αυτής πρέπει να γίνει πριν την χειρουργική επέμβαση, καθότι ο πόνος και οι επιδράσεις της αναισθησίας είναι δυνατόν να ελαττώσουν σημαντικά τη μαθησιακή ικανότητα του ασθενούς.

Το πλήθος των πληροφοριών που είναι επιθυμητό να δοθούν, ποικίλει από τον ένα ασθενή στον άλλο. Επομένως, να γίνεται εκτίμηση των αναγκών του κάθε ασθενούς και της ετοιμότητάς του να αφομοιώσει τις πληροφορίες. Η εκπαίδευση κατευθύνεται και με βάση το είδος της συγκεκριμένης χειρουργικής επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί ο ασθενής.[25][29]

Παρεμβάσεις που προσφέρουν γνώση στον ασθενή:

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ σε

Χειρουργικό ασθενή

Προεγχειρητικός συντονισμός: συμβολή στον προεγχειρητικό έλεγχο και την προετοιμασία του ασθενούς

- Ανασκόπηση του προγραμματισμένου χειρουργείου
- Λήψη ιστορικού
- Πλήρης φυσική εκτίμηση
- Περιγραφή και επεξήγηση προηγούμενης θεραπείας και προεγχειρητικού ελέγχου
- Ερμηνεία των αποτελεσμάτων του ελέγχου
- Εξακρίβωση των προσδοκιών του ασθενούς από το χειρουργείο
- Παρέχεται χρόνος στον ασθενή και τους οικείους για να θέσουν ερωτήσεις και να εκφράσουν ανησυχίες
- Συζητείται ο μετεγχειρητικός προγραμματισμός εξόδου
- Προσδιορίζονται οι δυνατότητες φροντίδας από τους οικείους.

Σχέδιο προεγχειρητικής διδασκαλίας.

Στο σχεδιασμό της προεγχειρητικής διδασκαλίας του ασθενούς και των οικείων λαμβάνονται υπόψη τα ακόλουθα:

- Φόβοι και ανησυχίες
- Διαδικασία του χειρουργείου
- Προεγχειρητικές διαδικασίες (π.χ. νηστεία, υποκλυσμοί, δείγματα αίματος, λουτρό)
- Επεμβατικές διαδικασίες (π.χ. φλεβοκεντήσεις, καθετήρες)
- Βήχας, αλλαγή θέσης, βαθιά αναπνοή
- Εξάσκηση αναπνοής
 - Πώς χρησιμοποιείται
 - Πώς φαίνεται η ορθή χρήση
- Ασκήσεις κάτω άκρων
- Θλαστικές κάλτσες και πνευματικές συσκευές συμπίεσης
- Πρώιμη κινητοποίηση
- Ακινητοποίησης με νάρθηκα
- Αναλγητική αγωγή

[7]

5.2. ασκήσεις και μετεγχειρητικές κινήσεις

Εάν ο άρρωστος έχει προετοιμασθεί για το τι πρέπει να κάνει μετά την εγχείρηση, η μετεγχειρητική του φροντίδα θα είναι ευκολότερη και αποτελεσματικότερη.

Πάντα θα πρέπει να διδάσκεται πώς θα αναπνέει, πώς θα βήχει και τι ασκήσεις πρέπει να κάνει μετεγχειρητικά. Είναι ανάγκη να γνωρίζει ο ασθενής ότι οι βαθιές αναπνοές μετά το χειρουργείο διευκολύνουν την απομάκρυνση του αναισθητικού το ταχύτερο και παράλληλα εξασφαλίζουν την οξυγόνωση τόσο των πνευμόνων όσο και του όλου σώματος. Αυτό διευκολύνεται, αν γνωρίζει ο άρρωστος ότι για να μην έχει επιδείνωση του αισθήματος του πόνου, θα πρέπει να λυγίζει τα γόνατα προς την κοιλιά ή ακόμη ίσως χρειασθεί να βοηθηθεί από την νοσηλεύτρια κατά διαστήματα με ελαφρά πίεση προς τα άνω των τοιχωμάτων της κοιλιάς και μάλιστα χαμηλά στο επιγάστριο. Συνεργάσιμοι άρρωστοι, συχνά μετά από επίδειξη μια ή δυο φορές αυτοεξυπηρετούνται. Θα πρέπει επίσης να 'χουν διδαχθεί οι άρρωστοι πώς να γυρίζουν στο κρεβάτι και γιατί είναι ανάγκη να το κάνουν. Πρέπει να γνωρίζουν ότι η νοσηλεύτρια θα τους βοηθήσει μέχρι να μπορούν οι ίδιοι να το κάνουν.[36]

5.2.1 Διδασκαλία μετεγχειρητικών διαδικασιών και ασκήσεων. Ο ασθενής και οι οικείοι διδάσκονται ασκήσεις και διαδικασίες (π.χ. έλεγχο επιδέσμων και συχνή παρακολούθηση ζωτικών σημείων) που θα εκτελούνται μετά την επέμβαση. Οι οικείοι μπορούν να βοηθήσουν, υπενθυμίζοντας στον ασθενή να εκτελεί τις ασκήσεις. Η προεγχειρητική διδασκαλία περιορίζει την ανησυχία και το φόβο, αυξάνει τη συνεργασία και τη συμμετοχή μετά την επέμβαση, ενώ περιορίζει τις επιπλοκές.

Όταν διαπιστώνεται έντονος φόβος ή άγχος, ο νοσηλευτής θα διερευνήσει τα συναισθήματα του ασθενούς πριν συζητήσει για της διαδικασίες.

Η συζήτηση, η επίδειξη με επανάληψη από τον ασθενή και η εξάσκηση σε διάφορες ασκήσεις αναπνοής και ποδιών βελτιώνουν την ικανότητα του ασθενούς να τις εκτελεί αποτελεσματικά. Τονίζεται η σημασία έναρξης των ασκήσεων ενωρίς στη φάση της ανάρρωσης, επαναλαμβάνοντας κάθε άσκηση 5- 10 φορές κάθε 1- 2 ώρες μετά την επέμβαση και η συνέχισή τους τουλάχιστον επί 48 ώρες. Εξηγείται στον ασθενή ότι ίσως χρειαστεί να ξυπνά για να επαναλαμβάνει τις ασκήσεις αυτές.

ΟΔΗΓΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Περιεχειρητική φροντίδα του αναπνευστικού

Βαθιά (διαφραγματική) αναπνοή

1. Καθίστε όρθιος στην άκρη του κρεβατιού ή σε καρέκλα και βεβαιωθείτε ότι τα πόδια σας ακουμπούν σταθερά στο πάτωμα ή σε скаμνί (μετά την επέμβαση, οι αναπνευστικές ασκήσεις εκτελούνται με τον ασθενή σε θέση Fowler ή ημι-Fowler)
2. Εισπνεύσετε απαλά από το στόμα
3. Εκπνεύστε απαλά και πλήρως
4. Πάρτε μια βαθιά αναπνοή από τη μύτη και το στόμα. Κρατήστε την αναπνοή μετρώντας μέχρι το πέντε
5. Εκπνεύστε από την μύτη και το στόμα

Αναπνοή έκπτυξης

1. Βολευτείτε σε όρθια θέση, με τα γόνατα ελαφρά λυγισμένα (με τον τρόπο αυτό χαλαρώνουν οι κοιλιακοί μύες και περιορίζεται η αντίσταση στην αναπνοή και η δυσφορία)
2. Τοποθετήστε τα χέρια στα πλάγια του θώρακα, ακριβώς επάνω από τη μέση
3. Πάρτε μια βαθιά αναπνοή από τη μύτη, ενώ χρησιμοποιείτε τους μύες του ώμου για να εξωθήσετε το κατώτερο τμήμα του θώρακα στη διάρκεια της εισπνοής
4. Εκπνεύστε κινώντας αρχικά το στήθος και στη συνέχεια τις κατώτερες πλευρές προς τα μέσα, ενώ ταυτόχρονα πιέζετε ελαφρά με τα χέρια για να αποβάλλετε τον αέρα από τη βάση των πνευμόνων

Προφύλαξη του χειρουργικού τραύματος

1. Εφόσον ο βήχας δεν αντενδείκνυται, τοποθετήστε ένα μαξιλάρι, μία πετσέτα ή μια διπλωμένη κουβέρτα επάνω από το τραύμα και κρατήστε τη σταθερά στη θέση αυτή
2. Πάρτε τρεις αργές, βαθιές αναπνοές, για να διεγείρετε το αντανακλαστικό του βήχα
3. Εισπνεύσετε από τη μύτη και εκπνεύσετε από το στόμα
4. Στην τρίτη βαθιά αναπνοή βήξετε, ώστε να αποβάλλετε τις εκκρίσεις από τους πνεύμονες, ενώ συγκρατείτε πάντα την πετσέτα επάνω από το τραύμα

Αναπνευστικές ασκήσεις. Κατά τη βαθιά ή διαφραγματική αναπνοή, το διάφραγμα επιπεδώνεται κατά την εισπνοή, διευρύνοντας τη θωρακική κοιλότητα και εκπτύσσοντας τους πνεύμονες. Μετά την επίδειξη και επεξήγηση της τεχνικής, ο ασθενής καθοδηγείται να εκτελεί με συνέπεια τα πέντε βήματα της βαθιάς αναπνοής.

Σε ασθενείς με χρόνια πνευμονοπάθεια ή περιορισμένη κίνηση του θώρακα. Όπως συχνά παρατηρείται σε ηλικιωμένους λόγω της γήρανσης, οι εκτατικές αναπνευστικές ασκήσεις ενισχύουν τους επικουρικούς μύες και αρχίζουν πριν από την επέμβαση. Τέτοιες ασκήσεις μπορούν να εφαρμοστούν μετεγχειρητικά, στα πλαίσια φυσιοθεραπείας του θώρακα (αποστράγγιση με χτυπήματα, νε δονήσεις και με ορθοστασία), ώστε να απελευθερωθούν οι εκκρίσεις και να διευκολυνθεί η ανταλλαγή των αερίων.

Εξασκητής αναπνοής. Ο εξασκητής αναπνοής είναι ένας τρόπος ενθάρρυνσης του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές. Ο σκοπός της είναι η προαγωγή της πλήρους έκπτυξης των πνευμόνων και η πρόληψη πνευμονικών επιπλοκών. Σε αυτές τις συσκευές, ο ασθενής θα πρέπει να κλείσει τα χείλη του γύρω από το επιστόμιο, να εισπνεύσει ελεύθερα και να κρατήσει την αναπνοή του για 3- 5 λεπτά, ώστε να επιτύχει την έκπτυξη των πνευμόνων. Μπορούν να τεθούν συγκεκριμένοι στόχοι (π.χ. συγκεκριμένοι εισπνεόμενοι όγκοι), ανάλογα με τις δυνατότητες του ασθενούς και τον τύπο του σπιρομέτρου. Η εικόνα της ανερχόμενης στήλης ή του ασκού ενθαρρύνει τον ασθενή να συνεχίσει την προσπάθεια.

Βήχας και προφύλαξη. Ο βήχας σε συνδυασμό με την αναπνοή μπορεί να επαναλαμβάνεται κάθε 1- 2 ώρες μετά από την επέμβαση. Σκοπός της άσκησης αυτής είναι να αποβληθούν οι εκκρίσεις, να διατηρηθούν καθαροί οι πνεύμονες, να επιτευχθεί πλήρης αερισμός και να προληφθεί η πνευμονία και η ατελεκτασία. Ο βήχας μπορεί να είναι δυσάρεστος στον ασθενή, αν όμως εφαρμόζεται σωστά δεν θα πρέπει να βλάψει το τραύμα. Η προφύλαξη (π.χ. κρατώντας με το χέρι) της περιοχής της τομής παρέχει υποστήριξη, δίνει μία αίσθηση ασφάλειας και περιορίζει τον πόνο κατά το βήχα. Μια διπλωμένη πετσέτα ή ένα μαξιλάρι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για προστασία του τραύματος.

Η άσκηση του βήχα μετά από επέμβαση είναι αμφιλεγόμενη. Ορισμένοι χειρουργοί υποστηρίζουν ότι ο βήχας είναι επιβλαβής για το χειρουργικό τραύμα και θα ήταν καλύτερα να χρησιμοποιούνται άλλα, ασφαλέστερα μέτρα για την υγιεινή των πνευμόνων, όπως η βαθιά αναπνοή και η άσκηση της προκλητής σπορομετρίας. Όπου υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι για έναν ασθενή να αποφύγει το βήχα, όπως μετά από επέμβαση ανάταξης κήλης, ο χειρουργός γράφει ρητή εντολή.

Άσκήσεις των ποδιών. Αντιεμβολική υπόδηση, ελαστική περίδεση ή συσκευές πνευματικής συμπίεσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη διάρκεια ή μετά το χειρουργείο σε συνδυασμό με ασκήσεις των ποδιών και κινητοποίησης του ασθενούς, ώστε να προάγεται η φλεβική κυκλοφορία. Η φλεβική στάση μπορεί να προκαλέσει φλεβική

θρόμβωση ή και πνευμονική εμβολή, αν ο θρόμβος αίματος αποσπαστεί και μεταφερθεί ως τους πνεύμονες.

Οι ειδικές παρεμβάσεις εξαρτώνται από τους παράγοντες κινδύνου του ασθενούς. Οι παράγοντες που συσχετίζονται με υψηλό κίνδυνο φλεβικής θρόμβωσης είναι οι εξής:

- Παχυσαρκία
- Ηλικία άνω των 40 ετών
- Καρκίνος
- Περιορισμένη κινητικότητα ή πλήρης ακινησία
- Κάταγμα ή τραύμα στο πόδι
- Ιστορικό φλεβοθρόμβωσης, πνευμονικής εμβολής, κιρσών ή οιδήματος
- Λήψη αντισυλληπτικών από το στόμα
- Κάπνισμα
- Μειωμένη καρδιακή παροχή
- Χειρουργείο στην πύελο.

Αντιεμβολικές κάλτσες και ελαστική περιίδεση. Κάλτσες και ελαστικοί επίδεσμοι του τύπου αυτού προσφέρουν διαβαθμισμένη συμπίεση του ποδιού, από το άκρο του και τη φτέρνα. Το κατάλληλο μέγεθος ζητείται μετά από μέτρηση του μήκους και της περιμέτρου του ποδιού. Η ελαστική περιίδεση εφαρμόζεται σε πολύ μεγάλα ή πολύ μικρά πόδια. Ο ασθενής βοηθείται να τα φορέσει και ελέγχεται η σωστή εφαρμογή τους, που δεν πρέπει να είναι ούτε πολύ χαλαρή (άρα αναποτελεσματική), ούτε πολύ σφικτή (ώστε να εμποδίζει την κυκλοφορία του αίματος). Πρέπει να φοριούνται κανονικά και να αφαιρούνται μόνο για μια έως τρεις φορές την ημέρα για 30 λεπτά, για τον έλεγχο και τη φροντίδα του δέρματος.

Συσκευές πνευματικής συμπίεσης. Οι συσκευές πνευματικής συμπίεσης ενισχύουν τη ροή του αίματος στις φλέβες, συμπιέζοντας κατά διαστήματα το πόδι. Μετράται το πόδι του ασθενούς και ζητείται το κατάλληλο μέγεθος. Τοποθετείται στο πόδι του ασθενούς σαν μπότα, τίθεται σε λειτουργία και ελέγχεται η σωστή συμπίεση (συνήθως 35- 55 mmHg). Αντιεμβολικές κάλτσες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ταυτόχρονα με τη συσκευή πνευματικής συμπίεσης, περιορίζοντας τη δυσάρεστη αίσθηση από τις μπότες (π.χ. κνησμό, εφίδρωση, θερμότητα).

Ασκήσεις των ποδιών. Η φλεβική κυκλοφορία προάγεται ακόμα με ασκήσεις των ποδιών. Οι ασκήσεις είναι σημαντικές, ακόμα και όταν χρησιμοποιούνται άλλες συσκευές.

ΟΔΗΓΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Προεγχειρητικές ασκήσεις ποδιών

Άσκηση 1

1. Ξαπλώνετε με το προσκέφαλο υψωμένο σε γωνία περίπου 45°
2. Ξεκινώντας από το δεξί πόδι, λυγίζετε το γόνατο, σηκώνετε το πόδι και το κρατάτε στην θέση αυτή για λίγα δευτερόλεπτα
3. Εκτείνετε το πόδι ανοίγοντας το γόνατο και χαμηλώστε το πόδι στο κρεβάτι
4. Επαναλάβετε την άσκηση τέσσερις ακόμα φορές με το δεξί πόδι και συνεχίστε άλλες πέντε φορές με το αριστερό

Άσκηση 2

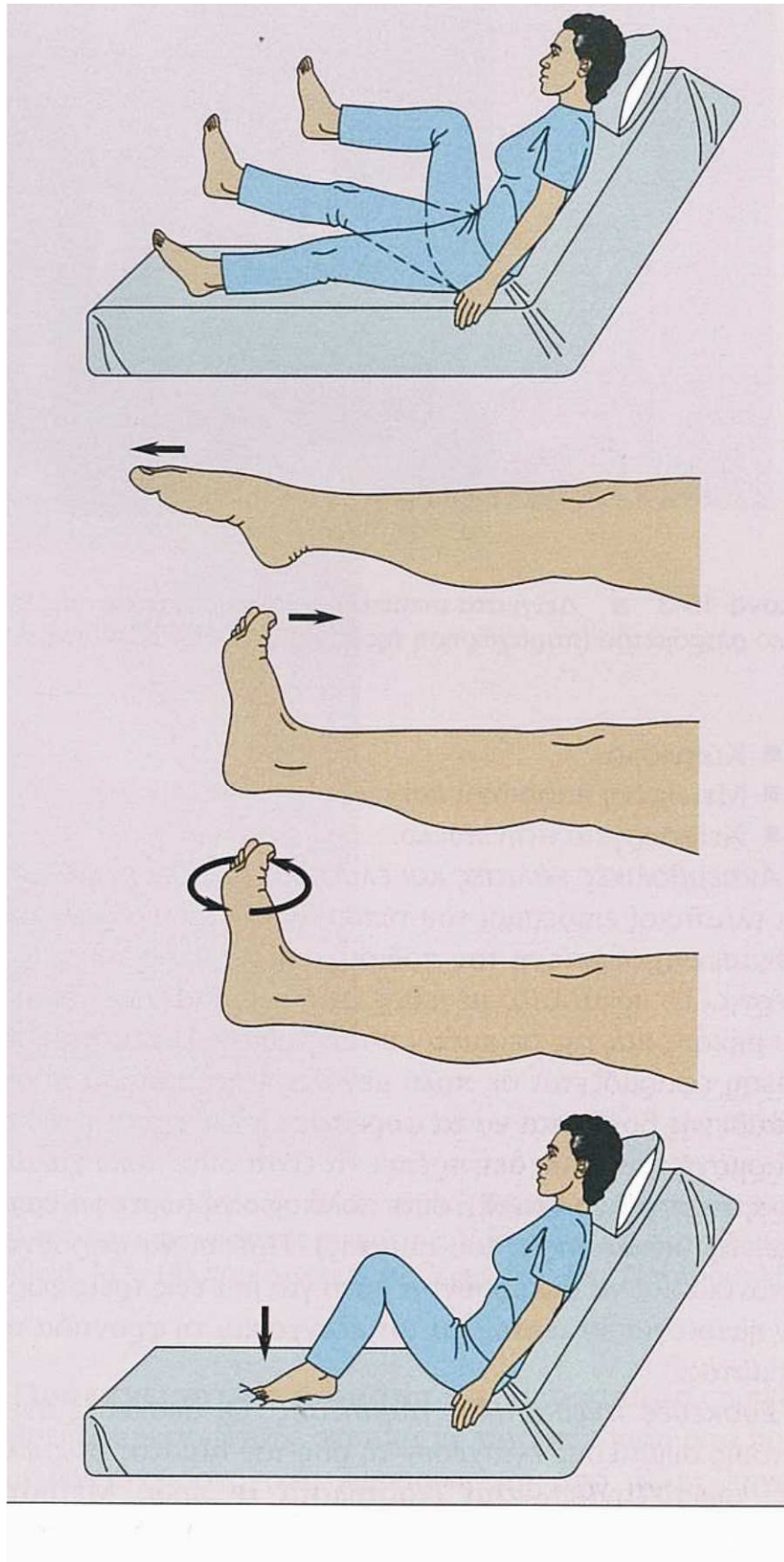
1. Ξεκινώντας από το δεξί πόδι, εκτείνετε τα δάκτυλα προς την άκρη του κρεβατιού
2. Στη συνέχεια, λυγίστε τα δάκτυλα προς το πρόσωπό σας
3. Επαναλάβετε την άσκηση αρκετές φορές με το δεξί πόδι και συνεχίστε με το αριστερό

Άσκηση 3

1. Ξεκινώντας από το δεξί πόδι, κάνετε κύκλους στρέφοντας τον αστράγαλο, αρχικά δεξιόστροφα και στη συνέχεια αριστερόστροφα
2. Επαναλάβετε την άσκηση αρκετές φορές με το δεξί πόδι και συνεχίστε με το αριστερό

Άσκηση 4

1. Ξεκινώντας από το δεξί πόδι, λυγίζετε το γόνατο και ωθείτε με το πέλμα το κρεβάτι ή το πάτωμα, μέχρι να αισθανθείτε τους μύες της κνήμης και του ισχίου να συσπώνται
2. Επαναλάβετε την άσκηση αρκετές φορές με το δεξί πόδι και συνεχίστε με το αριστερό



Πρώιμη κινητοποίηση. Η κινητοποίηση σε σύντομο χρόνο μετά την επέμβαση προάγει την κινητικότητα των εντέρων, την έκπτυξη των πνευμόνων, την αποβολή των εκκρίσεων και τη φλεβική κυκλοφορία, ενώ προλαμβάνει την ακαμψία των αρθρώσεων και περιορίζει την πίεση. Για τα περισσότερα είδη χειρουργικών επεμβάσεων, ο μετεγχειρητικός ασθενής καθοδηγείται να μετακινείται τουλάχιστον κάθε δύο ώρες, για όσο διάστημα παραμένει στο κρεβάτι. Διδάσκεται να χρησιμοποιεί το προστατευτικό κιγκλίδωμα του κρεβατιού για να γυρίζει με ασφάλεια, προφυλάσσοντας παράλληλα το τραύμα. Διαβεβαιώνεται ακόμα ότι θα υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια και αναλγητική αγωγή όποτε χρειάζεται, ώστε να περιορίζεται η δυσφορία του από τη δραστηριότητα αυτή.

Σε ορισμένες επεμβάσεις, όπως στην εγκέφαλο, τη σπονδυλική στήλη και σε ορθοπεδικές επεμβάσεις, ο χειρουργός μπορεί να συστήσει τον περιορισμό των κινήσεων. Ο νοσηλευτής στην περίπτωση αυτή θα ζητήσει οδηγίες για άλλες παρεμβάσεις που θα προλάβουν τις επιπλοκές της ακινησίας. Ακόμα, ο ασθενής θα πρέπει να προειδοποιηθεί στο πλαίσιο της προεγχειρητικής διδασκαλίας για την πιθανότητα τέτοιων περιορισμών.

Πολλοί ασθενείς είναι σε θέση και ενθαρρύνονται να σηκωθούν την ίδια ημέρα της επέμβασης ή την επόμενη. Ο νοσηλευτής υποβαστά τέτοιους ασθενείς ή τους μεταφέρει με τροχήλατη καρέκλα, σύμφωνα με τις οδηγίες του χειρουργού. Αν ο ασθενής πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι, θα χρειαστεί βοήθεια για να αλλάζει θέση, να εκτελεί τις αναπνευστικές και κυκλοφορικές ασκήσεις κάθε 2 ώρες, ώστε να μην υπάρξουν επιπλοκές από την ακινησία.

Κινητικές ασκήσεις. Ενεργητικές ή παθητικές ασκήσεις συμβάλλουν στην πρόληψη της δυσκαμψίας των αρθρώσεων και της σύσπασης των μυών. Ο ασθενής καθοδηγείται να επαναλαμβάνει τρεις με πέντε φορές την κάθε άσκηση, τρεις ή τέσσερις φορές καθημερινά, όσο παραμένει στο κρεβάτι. Οι ασκήσεις διδάσκονται προεγχειρητικά και ο ασθενής διαβεβαιώνεται ότι θα του παρέχεται η αναγκαία βοήθεια μετά την επέμβαση.[28]

5.3. Σχεδιασμός αναμενόμενες εκβάσεις. Πριν από την επέμβαση, ο ασθενής αναμένεται να έχει ελεγχόμενο προεγχειρητικό άγχος, όπως διαπιστώνεται από:

- Την έκφραση περιορισμένων επιπέδων άγχους
- Την απουσία σημείων με τη γλώσσα σώματος σχετικών με άγχος (π.χ. εφίδρωση των χεριών, τάση στο πρόσωπο, διασταλμένες κόρες, αυξημένη πίεση και ταχύ σφυγμό).

Παρεμβάσεις. Το άγχος συχνά προκαλεί ανησυχία και αϋπνία. Ο χειρουργικός ασθενής μπορεί να εκλαμβάνει την επέμβαση ως απειλή για τη ζωή και την ομαλή λειτουργία. Ο νοσηλευτής ελέγχει το επίπεδο άγχους. Παρεμβάσεις όπως η διδασκαλία και η επικοινωνία πριν από την επέμβαση, η κινητοποίηση αποτελεσματικών μηχανισμών αντιμετώπισης και η χορήγηση αγχολυτικής αγωγής συμβάλλουν στον περιορισμό του άγχους. Τα διαθέσιμα συστήματα υποστήριξης ενσωματώνονται στο σχεδιασμό της φροντίδας.

Προεγχειρητική διδασκαλία. Εκτιμάται το επίπεδο γνώσεων του ασθενούς σχετικά με την επέμβαση από προηγούμενες χειρουργικές εμπειρίες και από άλλες πηγές. Παρέχονται τεκμηριωμένες πληροφορίες σχετικά με την επέμβαση και την όλη περιεγχειρητική εμπειρία, ώστε να προαχθεί η κατανόηση του ασθενούς. παρέχεται αρκετός χρόνος για ερωτήσεις. Οι απαντήσεις να είναι ακριβείς, ενώ αναπάντητες ερωτήσεις παραπέμπονται στον αρμόδιο. Στη διάρκεια της συζήτησης ελέγχεται συνεχώς η απόκριση του ασθενούς και το επίπεδο άγχους. Αποφεύγονται επιμελώς πληροφορίες που θα αυξήσουν το άγχος. Οι ασθενείς αξιολογούν την ψυχοκοινωνική υποστήριξη ως το σημαντικότερο τμήμα της προεγχειρητικής διδασκαλίας. Ο ενημερωμένος ασθενής είναι σε θέση να κατανοήσει τα γεγονότα και να διατηρήσει τον αυτοέλεγχό του, παραμένοντας έτσι σε χαμηλά επίπεδα άγχους.

Ενθάρρυνση της επικοινωνίας. Μια μέθοδος περιορισμού του άγχους είναι η ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράσει τους φόβους, τα αισθήματα και τις ανησυχίες του. Αναπτύσσεται μια σχέση εμπιστοσύνης, που θα επιτρέψει στον ασθενή να εκφραστεί ελεύθερα χωρίς το φόβο της γελοιοποίησης ή της κριτικής. Ο ασθενής ενημερώνεται συνεχώς με διευκρινίσεις, απαντήσεις σε ερωτήσεις και κατευνασμό των φόβων του σχετικά με την επέμβαση.

Διδασκαλία των οικείων. Αξιολογείται η ετοιμότητα και η προθυμία των οικείων να συμμετέχουν στη φροντίδα του ασθενούς. η οικογένεια μπορεί να προσφέρει υποστήριξη, να συμβάλλει στο σχεδιασμό της φροντίδας και στον περιορισμό του άγχους. Θετικό σημείο ενδιαφέροντος είναι οι ερωτήσεις μελών της οικογένειας σχετικά με τη χειρουργική εμπειρία. Αφού διαπιστωθεί η προθυμία των οικείων, η οικογένεια ενημερώνεται και ενθαρρύνεται να συμμετέχει ολόπλευρα στη διδασκαλία. Τονίζεται ο σημαντικός ρόλος των οικείων στην προεγχειρητική περίοδο, αλλά οι συζητήσεις και οι πρακτικές συνεδρίες κατευθύνονται ώστε να μην αναλαμβάνουν κυρίαρχο ρόλο οι συγγενείς. Οι οικείοι μπορούν να ενθαρρύνουν και να υποβοηθούν τον ασθενή στις μετεγχειρητικές ασκήσεις.

Η οικογένεια ενημερώνεται για το χρόνο της επέμβασης και για κάθε μεταβολή του προγραμματισμού. Αν πρόκειται για εξωτερικό ασθενή, παρέχονται σαφείς διευκρινήσεις στον ίδιο και τους οικείους του σχετικά με κάθε διαδικασία της παραμονής, το χρόνο και τον τόπο που θα παρουσιαστεί και τι πρέπει να φέρει μαζί του. Οι οικείοι ενθαρρύνονται να συνοδεύουν τον ασθενή για υποστήριξη πριν από την επέμβαση.

Οι περισσότερες οικογένειες αντιδρούν με άγχος στο προγραμματισμένο για το αγαπημένο τους πρόσωπο χειρουργείο. Για να καταπολεμηθεί, περιγράφονται οι διαδικασίες της προεγχειρητικής περιόδου, της επέμβασης και της μετεγχειρητικής περιόδου. Επεξηγείται στους οικείους ότι από τη στιγμή που θα παραληφθεί ο ασθενής από το θάλαμο ή την αίθουσα υποδοχής, θα υπάρχει μια περίοδος προετοιμασίας 30- 60 λεπτά στην πτέρυγα του χειρουργείου, πριν αρχίσει η επέμβαση. Μετά την επέμβαση, ο ασθενής παραμένει 1- 2 ώρες στο χώρο της ανάληψης, πριν επιστρέψει στο θάλαμο ή στην έξοδο. Η οικογένεια ενημερώνεται για το χώρο αναμονής, όπου θα συναντηθούν με το χειρουργό ή τον ασθενή, σύμφωνα με την πολιτική του ιδρύματος και τις προτιμήσεις του ιατρού. Πολλά νοσοκομεία και χειρουργικά κέντρα διαθέτουν διαμορφωμένες αίθουσες αναμονής, όπου οι οικείοι παραμένουν σε ευχάριστο περιβάλλον και μπορούν να ειδοποιηθούν μόλις ολοκληρωθεί η διαδικασία.[10]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Σωματική προετοιμασία ασθενούς

6. Σωματική προετοιμασία του ασθενούς

6.1. υγιεινή και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου

Ο σκοπός της προεγχειρητικής ετοιμασίας του δέρματος είναι η μείωση των βακτηριακών πηγών χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης του δέρματος.

Η προετοιμασία του δέρματος μπορεί να είναι ενοχλητική ή δυσάρεστη για τον ασθενή, ιδιαίτερα αν η επέμβαση πρόκειται να πραγματοποιηθεί σε ευαίσθητη ή ιδιαίτερη περιοχή του σώματος. Για τη διαδικασία εξασφαλίζεται ένα θερμό, άνετο και ιδιαίτερο περιβάλλον. [3]

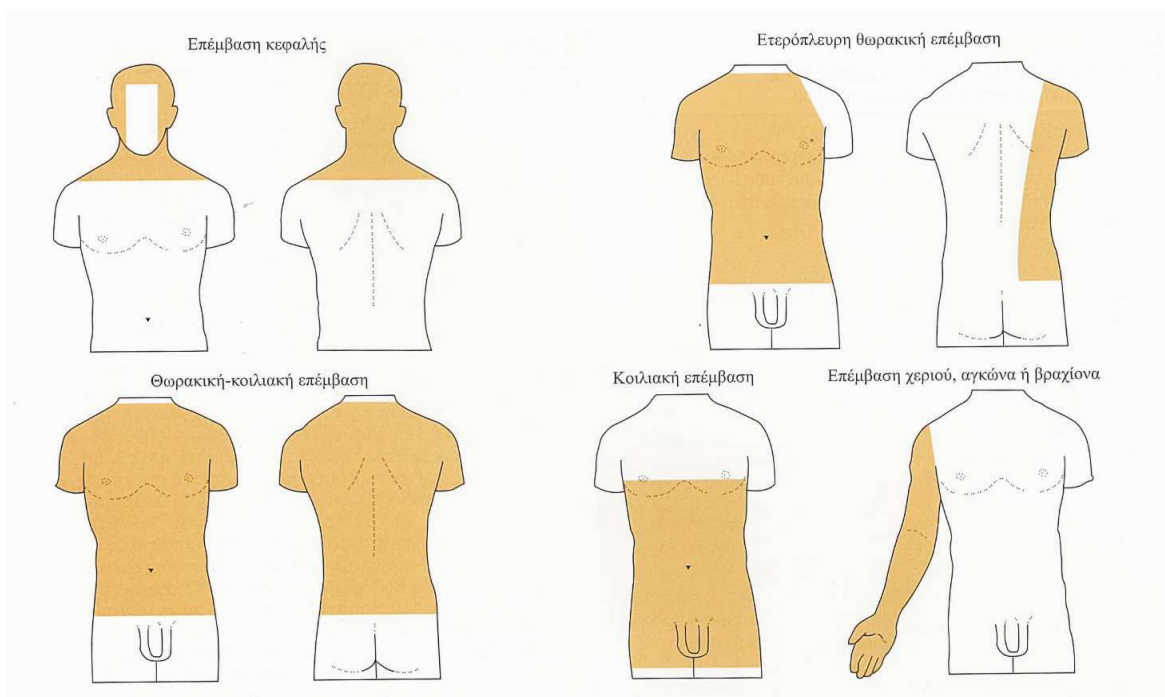
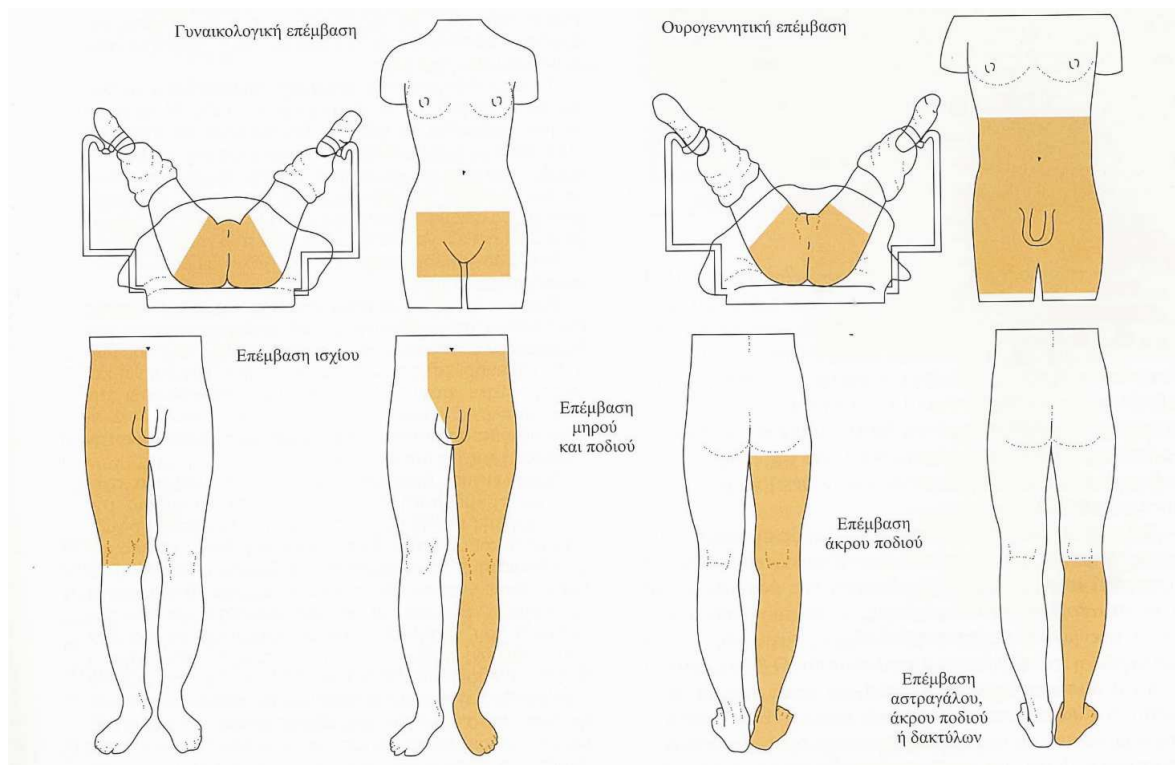
Οι γνώμες για το πώς πρέπει να προετοιμάζεται το δέρμα για χειρουργική επέμβαση διαφέρουν σε ότι αφορά

- α) τον τρόπο καθαρισμού του δέρματος (τοπικό τρίψιμο ή απλό μπάνιο),
- β) το είδος του αντισηπτικού διαλύματος,
- γ) τον τρόπο αποτρίχωσης (ξυραφάκι, ψαλίδια ή κρέμες αποτρίχωσης) και
- δ) το αν η αποτρίχωση είναι απαραίτητη.[14]

Μερικοί χειρουργοί προτιμούν την αποτρίχωση μόνο εφόσον η παρουσία των τριχών εμποδίζει την χειρουργική διαδικασία. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ενήμερος με το πρωτόκολλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του ιδρύματος στο οποίο εργάζεται. Το εγχειρίδιο διαδικασιών συνήθως περιλαμβάνει τη σωστή τεχνική, το μέρος και το μέγεθος της επιφάνειας που πρέπει να ετοιμαστεί και τις ειδικές προτιμήσεις το κάθε χειρουργού.

Αν στην προετοιμασία του δέρματος περιλαμβάνεται η αποτρίχωση, εξηγείται στον άρρωστο η διαδικασία. Μετά την ετοιμασία του δέρματος, ο νοσηλευτής τεκμηριώνει τις παρατηρήσεις του για το εγχειρητικό πεδίο ως μέρος της προεγχειρητικής εκτίμησης. Ειδικά, σημειώνει τυχόν λύση ή σημεία λοίμωξης.[26][9]

Προετοιμασία του δέρματος για συνήθεις θέσεις επέμβασης. Η σκίαση δείχνει περιοχές απ' όπου αφαιρείται το τρίχωμα



[28]

6.2. Γενική σωματική υγιεινή – καθαριότητα

Η ατομική υγιεινή του αρρώστου είναι απαραίτητη την παραμονή της επέμβασης και περιλαμβάνει:

- Λουτρό καθαριότητας.
- Λούσιμο κεφαλής.
- Φροντίδα στόματος και νυχιών.

Αν ο άρρωστος είναι περιπατητικός, αφού του δοθούν ορισμένες πληροφορίες και καταλάβει τη σπουδαιότητα της ατομικής υγιεινής, μπορεί να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του. Αν όμως είναι κλινήρης, οι παραπάνω νοσηλευτικές ενέργειες γίνονται από το νοσηλεύτη στο κρεβάτι ή από άλλο βοηθητικό άτομο.[35]

6.3 Διατροφή και υγρά

6.3.1. Δίαιτα

Το βράδυ προ της εγχειρήσεως ο άρρωστος πρέπει να πάρει ελαφρά δίαιτα. Συνήθως αποτελείται από σούπα, ζελέ και επιτρέπεται λήψη νερού μέχρι τα μεσάνυχτα.

Το πρωί της εγχειρήσεως ο ασθενής μένει νηστικός, εκτός εάν χειρουργηθεί αργά και η εγχείρηση δεν αφορά το γαστρεντερικό σύστημα, οπότε ίσως επιτραπεί να πάρει πρωινό (σπάνια) εφ' όσον όμως σίγουρα θα χειρουργηθεί μετά από οκτώ ώρες. Η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη να απομακρύνει από τον ασθενή το νερό ή άλλα υγρά και τρόφιμα, επίσης να τον ενημερώσει εγκαίρως και κατανοητά ότι πρέπει να παραμείνει νηστικός. Σε περίπτωση παιδιού, υπερήλικα, ή ατόμου που έχει συνοδό επεξηγείται και στον συνοδό, από πότε και γιατί θα μείνει ο άρρωστος νηστικός.[36]

6.3.2. Υποκλυσμός

Η γαστρεντερική οδός χρειάζεται ειδική προετοιμασία την προηγούμενη ημέρα της χειρουργικής επέμβασης για:

- Μείωση πιθανότητας εμετού και εισρόφησης, καθώς και κένωσης του εντέρου κατά τη διάρκεια της αναισθησίας και
- Αποφυγή τυχαίας τρώσης του εντέρου κατά τη διάρκεια λαπαροτομίας.

Καθαρτικός υποκλυσμός γίνεται το προηγούμενο απόγευμα της επέμβασης με σκοπό τον καθαρισμό του εντέρου. Το έντερο πρέπει να είναι απαλλαγμένο από το περιεχόμενό του, ώστε να μην υπάρχει ακούσια κένωση στο χειρουργικό τραπέζι με τη

χορήγηση των αναισθητικών φαρμάκων. Σε ειδικές περιπτώσεις ετοιμασίας εντέρου γίνονται περισσότεροι του ενός υποκλυσμοί.

Ο υποκλυσμός μπορεί να είναι καθαρτικός, με σαπουνούχο νερό, ή απλώς νερό. Σήμερα ολοένα γίνεται μεγαλύτερη χρήση βιομηχανοποιημένων υποκλυσμών (ένεμα) μιας χρήσεως.[36]

Οι προτιμήσεις του χειρουργού και το είδος της επέμβασης καθορίζουν το είδος της προετοιμασίας. Οι συνηθέστερες παρεμβάσεις προετοιμασίας του εντέρου και οι πιθανές επιπλοκές τους είναι:

Επιπλοκές της τακτικής προετοιμασίας εντέρου στο χειρουργικό ασθενή.		
Θέση επέμβασης	Προετοιμασία	Επιπλοκές
Στόμαχος, δωδεκαδάκτυλο και εγγύς νήστιδα	Υπακτικά από το στόμα [π.χ. σκευάσματα καστορέλαιου (Dulcolax, Laxit)]. Μόνο υγρά το απόγευμα της προηγούμενης. Νηστεία από τα μεσάνυχτα.	Κράμπες στην κοιλιά Αφυδάτωση Ηλεκτρολυτικές διαταραχές Κόπωση
Λεπτό έντερο	Υπακτικά από το στόμα (π.χ. κιτρικό μαγνήσιο) Μόνον υγρά το απόγευμα της προηγούμενης Υποκλυσμός πολλαπλών θέσεων το βράδυ Νηστεία από τα μεσάνυχτα	Κράμπες στη κοιλιά Αφυδάτωση Ηλεκτρολυτικές διαταραχές Κόπωση
Παχύ έντερο και ορθό	Πολλαπλών θέσεων ή σε συνδυασμό με υπακτικά από το στόμα 12- 24 ώρες	Κράμπες στην κοιλιά Κόπωση και αδυναμία Περίσσεια ή έλλειμμα υγρών

πριν την επέμβαση	Έλλειμμα καλίου ή νατρίου
Υποκλυσμός πολλαπλών θέσεων με νερό ή αντιβιοτικό (νεομυκίνη) τρεις φορές ή μέχρι να βγει διαυγές υγρό, το βράδυ και το πρωί πριν από την επέμβαση	Μειωμένη καρδιακή παροχή λόγω διέγερσης του πνευμονογαστρικούερεθισμός του εντερικού και ορθικού βλεννογόνου από τους υποκλυσμούς
Αντιβιοτικά από το στόμα ώστε να αποστειρωθεί το έντερο (π.χ. νεομυκίνη και ερυθρομυκίνη) 24 ώρες πριν από την επέμβαση	
Μόνον υγρά το απόγευμα της προηγούμενης	
Νηστεία από τα μεσάνυχτα	

[28]

Οι σκοποί του προεγχειρητικού υποκλυσμού είναι κυρίως:

- Να απομακρυνθεί οτιδήποτε υπόλειμμα τροφής υπάρχει από το έντερο, πριν από την επέμβαση, η οποία θα γίνει στο πεπτικό σύστημα.
- Να ανακουφίσει τον άρρωστο από μετεγχειρητικό πόνο ο οποίος ίσως οφείλεται σε διάταση του εντέρου μετά από κοιλιακή εγχείρηση.
- Να αποφευχθεί μετεγχειρητικός μετεωρισμός.
- Να αποφευχθεί μετεγχειρητική δυσφορία και προσπάθεια για κένωση σε ειδικές επεμβάσεις, όπως π.χ. σε οφθαλμολογικές εγχειρήσεις, που αντενδείκνυνται.
- Για ψυχολογικούς λόγους, γιατί ο ασθενής ίσως φοβάται μήπως έχει κένωση (απώλειες κοπράνων) κατά την διάρκεια της ναρκώσεως ή της εγχειρήσεως.

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο χειρουργικός άρρωστος έχει μετά την δεύτερη ή τρίτη μετεγχειρητική ημέρα κένωση, εφ' όσον βέβαια προεγχειρητικά για τους παραπάνω λόγους έχει γίνει υποκλυσμός. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι σίγουρη ότι κατά την διαδικασία του υποκλισμού ο υποκλισμός πέτυχε το σκοπό του, δηλαδή να αδειάσει το εντερικό περιεχόμενο και ότι όλη η ποσότητα του εισερχόμενου υγρού έχει βγει. Γι' αυτό μετά το τέλος του υποκλυσμού πρέπει να γράφεται στα φύλλα νοσηλείας το αποτέλεσμα, μέτριο ή ικανοποιητικό κτλ.

6.4. Προαγωγή της ανάπαυσης και του ύπνου

6.4.1. Διευκόλυνση της ανάπαυσης.

Το άγχος και το στρες για την επικείμενη επέμβαση συχνά δεν επιτρέπει στον ασθενή να κοιμηθεί και να αναπαυθεί τη παραμονή. Η προεγχειρητική περίοδος είναι αγχογόνος τόσο από φυσική όσο και από συναισθηματική άποψη. Προκειμένου να βοηθηθεί, ο νοσηλευτής αναζητά τι συνηθίζει να κάνει ο ασθενής για να χαλαρώσει και να αποκοιμηθεί. Αν του είναι δυνατό, ενθαρρύνεται να εφαρμόσει αυτές τις μεθόδους χαλάρωσης. Ένα χαλαρωτικό μασάζ στην πλάτη μπορεί να επιχειρηθεί από το νοσηλευτή ή από κάποιον οικείο. Ο χειρουργός μπορεί να χορηγήσει κάποιο ηρεμιστικό ή υπνωτικό, ώστε να τον βοηθήσει να αναπαυθεί πριν από την επέμβαση.[10]

6.4.2. Ηρεμιστικά

Ηρεμιστικό ή ελαφρό κατευναστικό φάρμακο συνήθως δίνεται στον άρρωστο το βράδυ, δηλαδή 10 μμ την παραμονή προ της εγχειρήσεως για να εξασφαλισθεί αρκετός ύπνος και ανάπαυση.

Μετά την χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να εξηγηθεί στον ασθενή ότι θα πρέπει να μείνει στο κρεβάτι του, κι όταν χρειασθεί να σηκωθεί να ζητήσει βοήθεια, επειδή συχνά ο άρρωστος βρίσκεται σε κατάσταση σύγχυσης. Σε περίπτωση ηλικιωμένου αρρώστου ίσως χρειασθεί να μπουν περιορισμοί και απαιτείται συχνή παρακολούθηση. Επίσης σε μερικές περιπτώσεις ίσως πρέπει να φυλαχθούν και να μετρηθούν τα αποβαλλόμενα ούρα μετά την λήψη του ηρεμιστικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7
Φαρμακευτική αγωγή

7. Φαρμακευτική αγωγή

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση, λαμβάνει φάρμακα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη χειρουργική επέμβαση, έτσι ώστε να επιτευχθούν συγκεκριμένοι θεραπευτικοί στόχοι. Κατ' αρχάς, όλες οι ιατρικές οδηγίες που αφορούν την φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς θεωρούνται άκυρες από την στιγμή που ο τελευταίος οδηγείται στο χειρουργείο. Η φαρμακευτική αγωγή ορίζεται εκ νέου από τον ιατρό μόλις ο ασθενής επιστρέψει στην μονάδα μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Προεγχειρητική αγωγή. Στο χειρουργικό ασθενής τα προεγχειρητικά φάρμακα χορηγούνται συνήθως 45 έως 70 λεπτά πριν την προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Οποιαδήποτε καθυστέρηση στη χορήγηση των φαρμάκων αυτών, να αναφέρεται εγκαίρως στο χειρουργό.

Προκειμένου να επιτευχθούν αποτελέσματα με τις ελάχιστες δυνατές παρενέργειες, ενδέχεται να χορηγηθεί προεγχειρητικά συνδυασμός φαρμάκων. Τέτοιου είδους επιθυμητά αποτελέσματα είναι η καταστολή του αρρώστου, η ελάττωση του άγχους, η πρόκληση αμνησίας ώστε να μην έχει ο ασθενής δυσάρεστες αναμνήσεις από την χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία, η άνεση του ασθενούς κατά την διάρκεια των προεγχειρητικών επεμβατικών πράξεων, η ελάττωση της έκκρισης και της οξύτητας του γαστρικού υγρού, η διέγερση της γαστρικής κένωσης, η αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού και η ελάττωση της συχνότητας της εισρόφησης που επιτυγχάνεται ελαχιστοποιώντας τις εκκρίσεις από το στόμα και το αναπνευστικό.

Προεγχειρητικά χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή

Δραστική ουσία	Ιδιοσκευασμα	Δόση και οδός χορήγησης	Δράση ανά κατηγορία	Νοσηλευτικές υποχρεώσεις
Βενζοδιαζεπίνες Μιδαζολάμη Διαζεπάμη Λοραζεπάμη	Dormicum Stedon Tavor	3-5 mg IM 5-2 mg PO 1-4 mg IM ή IV	Ελαττώνει το άγχος κ προκαλεί κάποιου βαθμού καταστολή, προκαλεί αμνησία. Μπορεί να προκαλέσει σημαντικό βαθμού αμνησία.	Παρακολούθηση για αναπνευστική καταστολή, υπόταση, ξηροστομία ή αδυναμία συντονισμού των κινήσεων.
Οπιοειδή αναλγητικά Μορφίνη	—	5-15mg IM 50-150mg IM	Ελαττώνει το άγχος, εξασφαλίζει αναλγησία, επιτρέπει τη χρήση μικρότερων δόσεων αναισθητικών	Παρακολούθηση για αναπνευστική καταστολή, ναυτία, εμετό, ορθοστατική υπόταση ή κνησμό.
Μεπεριδίνη(πεθιδίνη)	—			Σε ασθενής που δεν είναι σε καλή γενική κατάσταση ή σε ηλικιωμένους ασθενείς μπορούν να χορηγηθούν και μικρότερες δόσεις.
Αντιόξινα Κιτρικό νάτριο	—	15-30ml PO	Αυξάνει το pH κ ελαττώνει τον όγκο του γαστρικού υγρού. Χρησιμοποιείται σε ασθενείς με γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης ή κ τραύμα.	Δεν αναμένονται ανεπιθύμητες ενέργειες σε αυτήν την ομάδα ασθενών.
Ανταγωνιστές H2 Υποδοχέων Σιμετιδίνη Φαμοτιδίνη Ρανιτιδίνη	Tagamet Peptan Zantac	300mg IV, IM, PO 20mg IV 50mg IV, IM, PO	Ελαττώνει τον όγκο του γαστρικού υγρού και τη συγκέντρωση του οξέος σε αυτό.	Παρακολούθηση για σύγχυση και ζάλη/ίλιγγος σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Αναστολείς της αντλίας πρωτονίων Λανσοπραζόλη Ομεπραζόλη	Laprazol Losec	15-60mg PO 20-40mg PO	Καταστέλλει την έκκριση του γαστρικού οξέος	Παρακολούθηση για ζάλη/ ίλιγγο, κεφαλαλγία, εξάνθημα ή δίψα
Αντιεμετικά Μετοκλοπραμίδη Δροπεριδόλη	Primperan dehydrobenzperidol	10mg IV 10-15mg PO 0,625- 2,5mg IM	Προάγει την κένωση του στομάχου Ηρεμιστικό	Παρακολούθηση για καταστολή του νευρικού συστήματος και εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις (ακούσιες κινήσεις τόνου και παθολογική στάση του σώματος)
Αντιχολιενεργικά Ατροπίνη Γλυκοπυρρολάτη Σκοπολαμίνη	— — Buscopan	0,4-0,6mg IM, IV 0,1-0,3mg IM, IV 0,4-0,6mg IM, IV	Ελαττώνει τις εκκρίσεις του στόματος και του αναπνευστικού, ελαττώνοντας τον κίνδυνο της εισρόφησης. Μειώνεται η πιθανότητα του εμετού κ λαρυγγόπασμου	Παρακολούθηση για σύγχυση, ανησυχία και ταχυκαρδία. Προειδοποιήστε τον ασθενή ότι ίσως να εμφανιστεί η ξηροστομία.

[27]

7.1. Προνάρκωση

Οι αντικειμενικοί και ουσιαστικοί **στόχοι της προνάρκωσης** είναι, η ανακούφιση από το προεγχειρητικό άγχος, η καταστολή, η βελτιστοποίηση της αιμοδυναμικής σταθερότητας, η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας εισρόφησης όξινου γαστρικού περιεχομένου, η αναλγησία, η πρόληψη της μετεγχειρητικής ναυτίας και εμετού, η πρόληψη των διεγχειρητικών λοιμώξεων και επιμολύνσεων, η πρόκληση περιεγχειρητικής αμνησίας, καθώς και ο έλεγχος των εκκρίσεων της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας. Ο σκοπός της προνάρκωσης είναι να βοηθήσει καλύτερα τον άρρωστο να δεχθεί την νάρκωση ευκολότερα και με λιγότερες ανεπιθύμητες αντιδράσεις.[32]

A. σκοπός

Τα φάρμακα της προνάρκωσης είναι τριών ομάδων:

- Η ομάδα των φαρμάκων που προκαλούν χαλάρωση, ελαττώνουν την ανησυχία και το άγχος του αρρώστου και ελαττώνουν τον μεταβολισμό.
- Εκείνα τα οποία ελαττώνουν τις εκκρίσεις του αναπνευστικού συστήματος, βοηθούν να διατηρηθεί όσο γίνεται ελεύθερος ο αναπνευστικός σωλήνας και συγχρόνως συμβάλλουν να μην δημιουργηθεί λαρυγγόσπασμος και
- Τα φάρμακα τα οποία ελαττώνουν το άγχος παράλληλα επιφέρουν υπνηλία και βοηθούν την πρόληψη εμετού κατά την διάρκεια της ναρκώσεως και μετεγχειρητικά. Η προνάρκωση πρέπει να γίνεται ακριβώς την ώρα που ορίζεται, είναι σπουδαίο να χορηγήσει η νοσηλεύτρια εγκαίρως την προνάρκωση, διότι έτσι το μέγιστο της δράσεως των χορηγούμενων φαρμάκων συμπίπτει κατά την ώρα της νάρκωσης και επιτυγχάνεται ελάττωση των πιθανών δυσμενών επιδράσεών της. Εάν για οποιοδήποτε λόγο η προνάρκωση δεν έγινε την ορισθείσα ώρα πρέπει να λάβει γνώση ο αναισθησιολόγος, ο οποίος ίσως προβεί σε αλλαγή της δοσολογίας της προνάρκωσης και στον τρόπο χορήγησης.

B. κριτήρια επιλογής

Η προνάρκωση ορίζεται προσωπικά για τον κάθε άρρωστο, λαμβάνει δε υπ' όψη η ηλικία, η κατάσταση του αρρώστου και τα λαμβανόμενα φάρμακα, όπως εάν παίρνει ο άρρωστος ινσουλίνη κ.α.

Γ. άμεση φροντίδα του αρρώστου μετά την προνάρκωση

Μετά την χορήγηση της προνάρκωσης ο άρρωστος πρέπει να μένει ξαπλωμένος στο κρεβάτι του και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξασφαλίσει ένα ήσυχο και ήρεμο περιβάλλον.

7.2. Φροντίδα σχετικά με την αναισθησία

Ο άρρωστος χρειάζεται να γνωρίσει προηγουμένως τον αναισθησιολόγο για να ενημερωθεί σχετικά με την αναισθησία που θα υποστεί στο χειρουργείο. Με το πρόγραμμα επεμβάσεων που στέλνεται στο χειρουργείο την προηγούμενη ημέρα, στέλνεται επίσης στους αναισθησιολόγους ένα παραπεμπτικό προαναισθητικής εξέτασης όπου αναφέρονται τα στοιχεία του αρρώστου καθώς και εργαστηριακές εξετάσεις του.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης ο αναισθησιολόγος ελέγχει τη γενική του κατάσταση και προσδιορίζει το είδος της αναισθησίας, τη δόση χορήγησης ηρεμιστικού το βράδυ και το πρωί, τη δόση και την ώρα χορήγησης προνάρκωσης. Όλα αυτά ο αναισθησιολόγος τα γράφει και τα υπογράφει στο βιβλίο ιατρικών οδηγιών.

Η προεγχειρητική περίοδος αποτελεί γενεσιουργό παράγοντα άγχους για τους περισσότερους ασθενείς που εκδηλώνεται με φόβο για την μετεγχειρητική έκβαση της νόσου (καρκίνος, φυσικές δυσμορφίες, μετεγχειρητικός πόνος, θάνατος), αλλά και φόβο για την αναισθησία (απώλεια ελέγχου, αφύπνιση, μετεγχειρητική ναυτία, σύγχυση, πόνος, παράλυση, θάνατος). Ο αναισθησιολόγος μέσω της προεγχειρητικής επίσκεψης μπορεί και πρέπει να απαλείψει τους περισσότερους από τους φόβους του ασθενούς και να ελαττώσει το άγχος του. Είναι σημαντικό για τον ασθενή να πεισθεί ότι ο αναισθησιολόγος έχει δείξει κατανόηση για τους φόβους του. Ο αναισθησιολόγος πρέπει να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι θα είναι ο ίδιος αυτός που θα τον υποδεχθεί στο χειρουργείο και θα τον κοιμήσει. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό ο αναισθησιολόγος πρέπει να πείσει τον ασθενή ότι θα μεταβιβάσει τις προσωπικές του ανησυχίες μαζί με το υπόλοιπο ιατρικό ιστορικό στον αντικαταστάτη του. Ο ασθενής προεγχειρητικά πρέπει να είναι ενήμερος για την επιτρεπόμενη ώρα του τελευταίου γεύματος, την προβλεπόμενη διάρκεια της επέμβασης, την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή που θα ακολουθήσει, τους ιατρικούς χειρισμούς- παρεμβάσεις που θα δεχθεί και την αιτιολογία τους, το σχέδιο αναισθησίας, το σχέδιο μετεγχειρητικής αναλγησίας, καθώς και για την άμεση μεταναισθητική φροντίδα που θα δεχθεί στην αντίστοιχη μονάδα. Τέλος, ο αναισθησιολόγος υπόσχεται στον ασθενή, ότι θα

καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια, ώστε αυτός να μην βιώσει καθόλου και να μην θυμάται τίποτα από τη δοκιμασία του χειρουργείου.[36]

7.3. Προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών σε χειρουργικές επεμβάσεις

Οι λοιμώξεις του χειρουργικού τραύματος είναι οι συχνότερες ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις στους χειρουργικούς ασθενείς. Καταλήγουν σε αύξηση της κατανάλωσης αντιβιοτικών, του κόστους και της διάρκειας νοσηλείας. Προσθέτουν σημαντικό πόνο, κίνδυνο σήψης ακόμα και θανάτου.

Η εγκατάστασή τους καθορίζεται από διάφορους παράγοντες που αφορούν στον ξενιστή, στον τοπικό ιστό και στη δραστικότητα του μικροοργανισμού. Προφυλακτικά μέτρα για την αποφυγή τους περιλαμβάνουν κατάλληλη αντιμετώπιση συνυπαρχόντων νοσημάτων, έλεγχο του περιβάλλοντος του χειρουργείου, σωστό καθαρισμό του δέρματος και εφαρμογή άσηπτης χειρουργικής τεχνικής. Ο κίνδυνός του μειώνεται σημαντικά ωστόσο, με την σωστή προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών. Έτσι ορίζεται η χρήση αντιβιοτικών, όταν έχει στόχο την πρόληψη λοίμωξης στη θέση της χειρουργικής επέμβασης

Επέμβαση	Συνιστώμενα αντιβιοτικά
Γενική Χειρουργική <ul style="list-style-type: none"> ■ Σκωληκοειδεκτομή (όχι διάτρηση) ■ Επεμβάσεις παχέως εντέρου ■ Επεμβάσεις οισοφάγου, γαστροδωδ/λου, χοληφόρων (υψηλού κινδύνου) ■ Διατιτραίνον κοιλιακό τραύμα 	Κεφαζολίνη + μετρονιδαζόλη/ κλινδαμυκίνη + αμινογλυκοσίδη Κεφαζολίνη + μετρονιδαζόλη/ κλινδαμυκίνη + αμινογλυκοσίδη Κεφαζολίνη/ κλινδαμυκίνη + αμινογλυκοσίδη Κεφαζολίνη + μετρονιδαζόλη/ κλινδαμυκίνη + αμινογλυκοσίδη
Γυναικολογικές επεμβάσεις <ul style="list-style-type: none"> ■ Καισαρική τομή (μετά την απολίνωση της ομφαλίδας) ■ Υστερεκτομή 	Κεφαζολίνη/ κλινδαμυκίνη + αμινογλυκοσίδη Κεφαζολίνη/ κλινδαμυκίνη +

	αμινογλυκοσίδη
Επεμβάσεις κεφαλής τραχήλου	Κλινδαμυκίνη/ Μετρονιδαζόλη + Κεφαζολίνη
Ουρολογική χειρουργική ■ Ουρογεννητικό (υψηλού κινδύνου)	Κεφαζολίνη/ σιπροφλοξασίνη

[30]

7.4. Αντιεμετικά – Αντιλίγγκικά

Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται στην συμπτωματική θεραπεία ναυτίας, εμετών και ιλίγγων, κεντρικής ιδίως προέλευσης. Πρέπει να χορηγούνται μόνο όταν η αιτία του εμέτου είναι γνωστή αλλιώς η συμπτωματική ανακούφιση μπορεί να καθυστερήσει ή να αποκρύψει την διάγνωση της υποκείμενης νόσου.

Η μετεγχειρητική ναυτία, με ή χωρίς συνοδό έμετο, εκτός από την συχνότερη μεταναισθητική επιπλοκή, αποτελεί και μιά από τις συχνότερες αιτίες παράτασης του χρόνου παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο, όταν πρόκειται για περιστατικά μίας ημέρας νοσηλείας. Επιβαρυντικούς παράγοντες για μετεγχειρητική ναυτία αποτελούν: το φύλο του ασθενούς, η κύηση, ιστορικό ιλίγγου θέσεως, επέμβαση μέσα στην πρώτη εβδομάδα της εμμήνου ρύσεως, λιθοτριπίες, λαπαροσκοπικές και ΩΡΛ επεμβάσεις, καθώς και οπιοειδή φάρμακα που έχουν δοθεί για προνάρκωση.[31]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Προετοιμασία ασθενούς την ημέρα
της επέμβασης

8. Προετοιμασία ασθενούς την ημέρα της επέμβασης

8.1. Προετοιμασία του ασθενούς

Αν και μεγάλο μέρος της προετοιμασίας του ασθενούς έχει ήδη γίνει πριν την μεταφορά του στο χειρουργείο, ενδέχεται να απαιτηθούν και άλλες, επιπλέον πράξεις, όπως ξύρισμα και τοποθέτηση του ασθενούς στη σωστή θέση. Η προετοιμασία του δέρματος, που συνήθως περιλαμβάνει τον καθαρισμό της περιοχής με ένα αντιμικροβιακό διάλυμα, έχει ήδη γίνει είτε από τον ασθενή είτε από το νοσηλευτικό προσωπικό πριν την μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο. Στην αίθουσα χειρουργείου γίνονται επιπλέον καθαρισμός του δέρματος και προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου ώστε να ελαττωθεί ακόμη περισσότερο ο αριθμός των μικροοργανισμών στο δέρμα και να μειωθεί η πιθανότητα διαπύησης του τραύματος.

Ο χειρουργός, επίσης, ενδέχεται να ζητήσει να γίνει ξύρισμα του δέρματος στην περιοχή στην οποία πρόκειται να γίνει η τομή γύρω από αυτήν. Το ξύρισμα γίνεται πριν τη μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο, συχνά όμως γίνεται μέσα στο χώρο του χειρουργείου. Γενικά, η περιοχή που ξυρίζεται είναι μεγαλύτερη σε σχέση με την περιοχή στην οποία πρόκειται να γίνει η τομή, επειδή υπάρχει πάντα η πιθανότητα να ανακύψει η ανάγκη για επέκταση της τομής χωρίς αυτό να είναι προγραμματισμένο. Όπως επιβάλλουν και οι κανόνες ασηψίας, για το ξύρισμα στην αίθουσα του χειρουργείου χρησιμοποιείται αποστειρωμένος εξοπλισμός μιας χρήσης. Εντούτοις, τα πλεονεκτήματα του ξυρίσματος της περιοχής της τομής παραμένουν αμφιλεγόμενα. Οι μικροοργανισμοί που προκαλούνται στο δέρμα στην περιοχή στην οποία γίνεται το ξύρισμα, είναι δυνατόν να ελαττώσουν την άμυνα του οργανισμού εναντίον των μικροοργανισμών του ασθενούς αυξάνοντας, με τον τρόπο αυτό, την πιθανότητα διαπύησης του τραύματος. Επίσης, ενδέχεται να μεταβληθεί η εικόνα του σώματος, ιδιαίτερα αν το ξύρισμα περιλαμβάνει την περιοχή της κεφαλής ή της βουβωνικής χώρας. Να ακολουθούνται η πολιτική που ισχύει στο κάθε νοσοκομείο και οι προτιμήσεις του χειρουργείου.

Η προετοιμασία του ασθενούς για την χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει επίσης την τοποθέτηση του ασθενούς στη σωστή θέση επάνω στην χειρουργική τράπεζα. Με την σωστή τοποθέτηση του ασθενούς εξασφαλίζεται η απαραίτητη έκθεση του χειρουργικού πεδίου και προσφέρεται η αναγκαία προσπέλαση για τη χορήγηση αναισθησίας. Η σωστή τοποθέτηση του ασθενούς είναι βασικής σημασίας για την πρόληψη τραυματισμού. Οι δυνάμεις πίεσης, τριβής, ή/ και διάτμησης είναι δυνατόν να προκαλέσουν κακώσεις στους ιστούς, και ιδιαίτερα πάνω από οστικές προεξοχές. Αν κατά την τοποθέτηση του ασθενούς

γίνει υπέρβαση του ανώτερου ορίου του εύρους των φυσιολογικών κινήσεων των αρθρώσεων, μπορεί να προκληθούν κακώσεις σε μυς και συνδέσμους. Η λανθασμένη τοποθέτηση του ασθενούς είναι δυνατόν, επίσης να οδηγήσει σε διαταραχές της αισθητικότητας και της κινητικότητας λόγω βλάβης στα νεύρα. Η πίεση σε περιφερικά αιμοφόρα αγγεία είναι δυνατόν να ελαττώσει τη φλεβική επάνοδο του αίματος στην καρδιά και να προκαλέσει ελάττωση της αρτηριακής πίεσης. Επίσης, αν ο ασθενής δεν τοποθετηθεί στη σωστή θέση ώστε να διευκολύνεται η έκπτυξη των πνευμόνων, είναι δυνατόν να ελαττωθεί η οξυγόνωση του αίματος.

Καθότι οι αναισθητοποιημένοι ασθενείς δεν είναι σε θέση να αντιδράσουν σε μια λανθασμένη και άβολη στάση του σώματος, η χειρουργική ομάδα ευθύνεται για την τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση και όχι μόνο για την διευκόλυνση της χειρουργικής επέμβασης, αλλά και για την εξασφάλιση άνεσης και ασφάλειας στον ασθενή. Ο νοσηλευτής κίνησης λαμβάνει υπόψη την πολιτική του νοσοκομείου, τις προτιμήσεις του χειρουργού και το ιστορικό του ασθενούς, ώστε να εξασφαλιστεί η τοποθέτησή του στην καλύτερη δυνατή θέση, ενώ αξιολογεί συνεχώς την κατάστασή του.[21]

8.2. Τα καθήκοντα του νοσηλευτή

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης είναι:

- Να βοηθήσει τον ασθενή να πλυθεί, να ευπρεπιστεί και να φορέσει την ειδική ένδυση για το χειρουργείο
- Να διασφαλίσει ότι δεν θα χορηγηθεί στον ασθενή τίποτα από το στόμα
- Να προσφέρει πρόσθετες πληροφορίες και εκπαίδευση προκειμένου να ενισχύσει την προηγούμενη εκπαίδευση του ασθενούς
- Να απομακρύνει τυχόν βαφές νυχιών, κραγιόν ή makeup, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η εκτίμηση της κυκλοφορίας κατά τη διάρκεια της επέμβασης και μετά από αυτή
- Να επιβεβαιώσει ότι ειδικές ταινίες επισήμανσης για την αναγνώριση της ταυτότητας του ασθενούς, της ομάδας αίματος και των πιθανών αλλεργιών του είναι σωστές, ευανάγνωστες και στέρεα τοποθετημένες
- Να απομακρύνει τυχόν κοσμήματα και τσιμπιδάκια για τα μαλλιά.
- Να ολοκληρώσει την προετοιμασία του δέρματος ή/ και του εντέρου, σύμφωνα με τις οδηγίες

- Να τοποθετήσει ουροκαθετήρα, φλεβική γραμμή ή ρινογαστρικό καθετήρα σύμφωνα με τις οδηγίες
- Να αφαιρέσει τυχόν οδοντοστοιχίες, τεχνητά μάτια και φακούς επαφής και να τα τοποθετήσει σε ασφαλές σημείο
- Να αφήσει τυχόν ακουστικό βαρηκοΐας στη θέση του αν ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να ακούσει χωρίς αυτό, και να ενημερώσει σχετικά το νοσηλευτή χειρουργείου
- Να επιβεβαιώσει, πριν από τη προεγχειρητική χορήγηση φαρμάκων, ότι έχει υπογραφεί η συγκατάθεση του ασθενούς μετά από ενημέρωσή του.
- Να επιβεβαιώσει ότι το ύψος και το βάρος του ασθενούς έχουν καταγραφεί στο διάγραμμά του (για τον προσδιορισμό των δόσεων των αναισθητικών φαρμάκων).
- Να επιβεβαιώσει ότι όλες οι απαντήσεις των διαγνωστικών εξετάσεων που έχουν ζητηθεί, βρίσκονται στον φάκελο του ασθενούς.
- Να ζητήσει από τον ασθενή να ουρήσει ώστε να αδειάσει η ουροδόχος κύστη από τα ούρα ακριβώς πριν από τη χορήγηση των προεγχειρητικών φαρμάκων (εκτός και αν έχει τοποθετηθεί ουροκαθετήρας).
- Να χορηγήσει τα προεγχειρητικά φάρμακα με βάση τις οδηγίες.
- Να φροντίσει για την ασφάλεια του ασθενούς μετά την χορήγηση των φαρμάκων, έχοντας για όσο χρονικό διάστημα ο ασθενής βρίσκεται στο θάλαμό του ανασηκωμένα τα πλάγια προστατευτικά κιγκλιδώματα του κρεβατιού και αφήνοντας το ειδικό κουμπί κλήσης για βοήθεια σε θέση προσπελάσιμη από τον ασθενή.
- Να παρακολουθεί και να καταγράφει τα ζωτικά σημεία.
- Να προσφέρει συνεχή ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και την οικογένειά του.
- Να καταγράψει και να τεκμηριώσει την προεγχειρητική φροντίδα στα ανάλογα έντυπα, όπως στο πίνακα προεγχειρητικού ελέγχου, στο διάγραμμα χορήγησης φαρμάκων και στις νοσηλευτικές σημειώσεις.
- Να επιβεβαιώσει- σε συνεργασία με το προσωπικό του χειρουργείου- την ταυτότητα του ασθενούς και ότι όλες οι πληροφορίες που τον αφορούν έχουν καταγραφεί σωστά.
- Να βοηθήσει το προσωπικό του χειρουργείου κατά την μεταφορά του ασθενούς από το κρεβάτι στο φορείο.

- Να προετοιμάσει το θάλαμο του ασθενούς για την μετεγχειρητική φροντίδα τακτοποιώντας το κρεβάτι του και διασφαλίζοντας την ύπαρξη στο θάλαμο των προβλεπόμενων προμηθειών και του απαραίτητου εξοπλισμού.[18]

8.3. Μεταφορά του αρρώστου από το τμήμα στη χειρουργική μονάδα

Ο άρρωστος μεταφέρεται στο χειρουργείο από τον νοσηλευτή του τμήματος και τον τραυματιοφορέα του χειρουργείου. Η μεταφορά πρέπει να γίνει με προσοχή και αφού έχει ειδοποιηθεί το χειρουργείο, για να υποδεχτεί τον άρρωστο.

Υποδοχή του αρρώστου και προετοιμασία στο τμήμα προεγχειρητικής προετοιμασίας.

- Κατά την υποδοχή του αρρώστου, ο νοσηλευτής του τμήματος παραδίδει τον άρρωστο στον νοσηλευτή του χειρουργείου, που έχει αναλάβει την φροντίδα του. Παραδίδεται ο φάκελος και το ντοσιέ του αρρώστου και γίνεται προφορική ενημέρωση για την κατάστασή του, αν παρουσίασε κάποιο πρόβλημα, και τι προετοιμασία πήρε. Η νοσηλεύτρια του χειρουργείου υπογράφει το έντυπο προεγχειρητικής προετοιμασίας, το οποίο έχει συμπληρωθεί στο τμήμα του αρρώστου αφού γίνει προηγουμένως έλεγχος.
- Ενημερώνεται ο νοσηλευτής του αναισθησιολογικού τμήματος για τον άρρωστο. Σήμερα, στα σύγχρονα και μεγάλα νοσηλευτικά κέντρα είναι απαραίτητος ο νοσηλευτής του αναισθησιολογικού, ο οποίος είναι εξειδικευμένος νοσηλευτής με υψηλού επιπέδου γνώσεις στην προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου. Ο ρόλος του είναι:
 - i. Η εκτίμηση, ο σχεδιασμός, η παροχή και η αξιολόγηση της φροντίδας του αρρώστου, σε όλη την περιεγχειρητική διαδικασία από την προεγχειρητική του προετοιμασία μέχρι την έξοδό του από την ανάνηψη.
 - ii. Η προετοιμασία και η συμμετοχή στην παροχή, διατήρηση και διακοπή της αναισθησίας, καθώς και η παρακολούθηση στην ανάνηψη.
- Μέχρι να μεταφερθεί ο άρρωστος στη χειρουργική αίθουσα παραμένει στο προεγχειρητικό τμήμα του χειρουργείου, όπου γίνεται η τελική εκτίμηση του αρρώστου και κάποια, ίσως, ειδική προετοιμασία, που δεν είχε γίνει στο τμήμα (αφαίρεση και φύλαξη οδοντοστοιχίας ή γυαλιών, ξύρισμα της περιοχής της επέμβασης, αφαίρεση βερνικιού από τα νύχια κ.α.). Στο τμήμα αυτό, ο νοσηλευτής πρέπει να δημιουργεί ένα φιλικό και ζεστό περιβάλλον, για να αισθάνεται άνετα ο άρρωστος για να χαλαρώσει. Σε σύγχρονα

νοσοκομεία, σήμερα, δοκιμάζουν και την ύπαρξη της μουσικής σαν μέσο χαλάρωσης και ηρεμίας.

Ο υπεύθυνος νοσηλευτής θα ελέγξει και θα καταγράψει τα εξής στοιχεία στο προεγχειρητικό δελτίο:

- Το βραχιόλι του αρρώστου με τα στοιχεία του.
- Το είδος της επέμβασης, που θα κάνει ο άρρωστος.
- Το σημείο του σώματος, στο οποίο θα γίνει η επέμβαση (για αποφυγή λάθους).
- Αν υπάρχουν αλλεργίες.
- Αν πήρε φάρμακα και ποια φάρμακα πήρε (μπορεί να επηρεάσουν τη νάρκωση).
- Αν χορηγήθηκε προνάρκωση.
- Αν έχει γίνει καθαριότητα δέρματος.
- Αν είναι σωστά ντυμένος για το χειρουργείο.
- Αν έχει υπογράψει το ειδικό έντυπο γραπτής συγκατάθεσης του ασθενή για την επέμβαση.
- Αν χρειάζεται, εφαρμόζονται αντιθρομβωτικές κάλτσες ή το μηχανήμα της κυκλικής εφαρμογής πίεσης των άκρων για την πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας.
- Ελέγχεται ο φάκελος του αρρώστου, αν υπάρχουν όλες οι πληροφορίες, τα έντυπα, οι απαντήσεις των εξετάσεων, αν υπάρχει ομάδα και Rhesus για τη μετάγγιση αίματος σε αρρώστους, που θα πάρουν αίμα.
- Αν υπάρχουν ιατρικές οδηγίες (Χειρουργού, Αναισθησιολόγου).
- Έλεγχος και καταγραφή των ζωτικών σημείων ως σημείο αναφοράς.

Στον προεγχειρητικό χώρο του χειρουργείου μπορούν επίσης να γίνουν:

- Τοποθέτηση καθετήρα (foley) ουροδόχου κύστης
- Τοποθέτηση ορού ενδοφλέβια.
- Τοποθέτηση καθετήρα αιμοδυναμικής παρακολούθησης.
- Χορήγηση προνάρκωσης.

Ο νοσηλευτής πρέπει να παραμένει κοντά στον άρρωστο και να συμμετέχει στις διαδικασίες αυτές. Για το λόγο αυτό οι γνώσεις του είναι κατάλληλες και η ευθύνη του μεγάλη.[35]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Μεθοδολογία της έρευνας

9. Μεθοδολογία της έρευνας

9.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας σε χειρουργικά τμήματα του ΠΑΓΝΗ και του Γ.Ν. Ρεθύμνου. Δηλαδή η διερεύνηση, η καταγραφή και η αξιολόγηση του νοσηλευτικού έργου στον προεγχειρητικό έλεγχο των ασθενών στα χειρουργικά τμήματα.

Στόχος ήταν η ανάδειξη τυχόν αποκλίσεων από τα γνωστά, και αποδεκτά διεθνώς κλινικά νοσηλευτικά πρότυπα προεγχειρητικής φροντίδας.

Επί μέρους στόχοι ήταν η καταγραφή της πολιτικής που ακολουθείται σε ένα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και σε ένα τυπικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο.

9.2. Σχεδιασμός

Η χρονική περίοδος της έρευνας θα ήταν από Ιούνιο 2008 μέχρι τον Ιανουάριο 2009. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε η καταγραφή-έρευνα η οποία στηρίχθηκε σε συλλογή δεδομένων που έγινε από τα δύο Νοσοκομεία (Ρεθύμνου και ΠΑΓΝΗ). Στη συνέχεια έγινε συγκέντρωση των αποτελεσμάτων, ομαδοποίηση των δεδομένων και στατιστική επεξεργασία αυτών.

Μελετήθηκαν και καταγράφηκαν 160 χειρουργικά περιστατικά, 80 από κάθε νοσοκομείο από τις κλινικές της Α Χειρουργικής του Πανεπιστημιακού και της Γενικής Χειρουργικής του νοσοκομείου του Ρεθύμνου.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκέντρωση των απαραίτητων ερευνητικών στοιχείων ήταν υπό τη μορφή φόρμας καταγραφής νοσηλευτικών πράξεων-κωδικοποιημένης λογοδοσίας, (check-box form) η συμπλήρωση του οποίου έγινε από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Το εργαλείο συλλογής διαπραγματευόταν τις εξής θεματικές ενότητες για τον προεγχειρητικό έλεγχο που αφορούσαν τη:

- Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς
- Διδασκαλία
- Κλινική αξιολόγηση
- Σωματική προετοιμασία
- Χορήγηση φαρμάκων
- Προετοιμασία ασθενούς την ημέρα της επέμβασης

Παράρτημα 1.

Επειδή ο ρόλος του νοσηλευτή και η προεγχειρητική φροντίδα είναι πολυδιάστατη και ογκώδης, επιλέχθηκαν από τα διεθνή πρότυπα τεκμηρίωσης και καταγραφής, ορισμένα πεδία νοσηλευτικών παρεμβάσεων, εκείνα που έχουν ήδη αναφερθεί ενδεικτικά.

Η συμπλήρωση του έγινε από τις σπουδάστριες τόσο την ώρα της προφορικής συνέντευξης με τους ασθενείς όσο και από το νοσηλευτικό και ιατρικό φάκελο, για λόγους επιβεβαίωσης των στοιχείων αλλά και πληροφοριών που δε γνώριζαν οι ασθενείς.

9.3 Ανάλυση δεδομένων

Έγινε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων με χρήση σύγχρονων στατιστικών πακέτων που συσχετίστηκαν ακόμη και μεταβλητές από τα δύο νοσοκομεία.

Υλικό και μέθοδος

HOSP	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1 ΠΑΓΝΗ	80	50,0	50,0
2 Ρέθυμνο	80	50,0	50,0
Σύνολο	160	100,0	100,0

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0. Οι ποσοτικές μεταβλητές περιγράφηκαν με τις συχνότητες και τα ποσοστά τους, και οι ποιοτικές μεταβλητές με το μέσο όρο και την τυπική τους απόκλιση. Εν συνεχεία, για την εύρεση της σχέσης μεταξύ ζευγών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες t-test και χ^2 -test. Σε όλες τις περιπτώσεις, στατιστικά σημαντικό χρησιμοποιήθηκε το $P < 0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Αποτελέσματα

10. Αποτελέσματα

Λόγω έκτασης των αποτελεσμάτων κρίνεται σκόπιμο για την διευκόλυνση της ανάγνωσης να παραθέσουμε εκ των πρότερων τις υποενότητες των αποτελεσμάτων:

10.1. Περιγραφική στατιστική ανάλυση (σελ. 77 – 118)

10.2. Μελέτη συσχετίσεων παραμέτρων (σελ.119 – 187)

10.1. Περιγραφική στατιστική ανάλυση

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑ.Γ.Ν.Η.

SEX	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
1 Άντρας	44	55,0	55,0
2 Γυναίκα	36	45,0	45,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΟΡΡΑΤ	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
1 εντερεκτομή	11	13,8	13,8
2 κήλες διάφορες	14	17,5	17,5
3 χολοκυστεκτομή	13	16,3	16,3
4 μαστεκτομή	4	5,0	5,0
5 λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή	15	18,8	18,8
6 θυρεοειδεκτομή	3	3,8	3,8
7 κύστη κόκκυγος	8	10,0	10,0
8 ΚΟΥ	3	3,8	3,8
9 ηπατεκτομή	9	11,3	11,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSA1 ψυχολογική υποστήριξη (για το σύνηθες χρονοδιάγραμμα κ την χρονική διάρκεια της επέμβασης)	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	42	52,5	52,5
1	38	47,5	47,5
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSA1x			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	12	15,0	31,6
2	17	21,3	44,7
3	9	11,3	23,7
Σύνολο	38	47,5	100,0
Missing System	42	52,5	
Σύνολο	80	100,0	

PSA2 την παραμονή του στην ανάνηψη	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	79	98,8	98,8
1	1	1,3	1,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSA2x			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	1	1,3	100,0
Missing System	79	98,8	
Σύνολο	80	100,0	

PSA3 το χρονικό διάστημα ανάρρωσης	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	48	60,0	60,0
1	32	40,0	40,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSA3x			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	25	31,3	78,1
2	7	8,8	21,9
Σύνολο	32	40,0	100,0
Missing System	48	60,0	
Σύνολο	80	100,0	

PSB1 για την διαδικασία της επέμβασης, το σκοπό της προτεινόμενης επέμβασης	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	16	20,0	20,0
1	64	80,0	80,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSB1x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	59	73,8	92,2
2	5	6,3	7,8
Σύνολο	64	80,0	100,0
Missing System	16	20,0	
Σύνολο	80	100,0	

PSB2 την αναγκαιότητα και την σημασία της	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	17	21,3	21,3
1	63	78,8	78,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSB2x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	54	67,5	85,7
2	7	8,8	11,1
3	2	2,5	3,2
Σύνολο	63	78,8	100,0
Missing System	17	21,3	
Σύνολο	80	100,0	

PSB3 το δικαίωμα άρνησης της εγγείρησης			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	47	58,8	58,8
1	33	41,3	41,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSB3x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	30	37,5	90,9
2	3	3,8	9,1
Σύνολο	33	41,3	100,0
Missing System	47	58,8	
Σύνολο	80	100,0	

PSB4 εναλλακτικές διαθέσιμες μέθοδοι θεραπείας			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	69	86,3	86,3
1	11	13,8	13,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSB4x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	11	13,8	100,0
Missing System	69	86,3	
Σύνολο	80	100,0	

PSC1 για τον τρόπο αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών, πιθανότητα εμφάνισης αντιμετωπιζόμενων επιπλοκών			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	60	75,0	75,0
1	20	25,0	25,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSC1x	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
1	13	16,3	65,0
2	7	8,8	35,0
Σύνολο	20	25,0	100,0
Missing System	60	75,0	
Σύνολο	80	100,0	

PSC2 επιπλοκές αναισθησίας (μτχ άλγος, βήχα, μτχ ναυτία-έμετο)	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	47	58,8	58,8
1	33	41,3	41,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSC2x	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
1	4	5,0	12,1
2	18	22,5	54,5
3	11	13,8	33,3
Σύνολο	33	41,3	100,0
Missing System	47	58,8	
Σύνολο	80	100,0	

PSC3 επιπλοκές σχετικά με την χειρουργική επέμβαση	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	68	85,0	85,0
1	12	15,0	15,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSC3x			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	8	10,0	66,7
2	4	5,0	33,3
Σύνολο	12	15,0	100,0
Missing System	68	85,0	
Σύνολο	80	100,0	

PSC4	πιθανότητα ανάπτυξης νοσοκομειακής λοίμωξης			Εγκυρο ποσοστό
		Συχνότητα	Ποσοστό	
	0	66	82,5	82,5
	1	14	17,5	17,5
	Σύνολο	80	100,0	100,0

PSC4x			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	11	13,8	78,6
2	3	3,8	21,4
Σύνολο	14	17,5	100,0
Missing System	66	82,5	
Σύνολο	80	100,0	

PTA1	διδασκαλία ασθενούς, γνωστική διδασκαλία, την περιγραφή των μελών της θεραπευτικής ομάδας			Εγκυρο ποσοστό
		Συχνότητα	Ποσοστό	
	0	31	38,8	38,8
	1	49	61,3	61,3
	Σύνολο	80	100,0	100,0

ΡΤΑ1x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	17	21,3	34,7
2	10	12,5	20,4
3	22	27,5	44,9
Σύνολο	49	61,3	100,0
Missing System	31	38,8	
Σύνολο	80	100,0	

ΡΤΑ2 τον προσανατολισμό- δυνατότητα χρήσης των διαθέσιμων υπηρεσιών (π.χ. τουαλέτας, κομβίο κλήσης προσωπικού, τηλεόρασης, εξοπλισμού διατροφής)	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	31	38,8	38,8
1	49	61,3	61,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΡΤΑ2x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	49	61,3	100,0
Missing System	31	38,8	
Σύνολο	80	100,0	

ΡΤΑ3 αδρή ενημέρωση για τα δικαιώματα του ασθενούς	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	52	65,0	65,0
1	28	35,0	35,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

PTA3x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	28	35,0	100,0
Missing System	52	65,0	
Σύνολο	80	100,0	

PTB1 ασκήσεις δεξιότητας πρόληψης επιπλοκών, αναπνευστικές ασκήσεις-βαθείς αναπνοές	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	57	71,3	71,3
1	23	28,8	28,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

PTB1x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	5	6,3	21,7
2	16	20,0	69,6
3	2	2,5	8,7
Σύνολο	23	28,8	100,0
Missing System	57	71,3	
Σύνολο	80	100,0	

PTB2 σωστή τεχνική και χρήση σπιρομετρου (tri-flow)	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	65	81,3	81,3
1	15	18,8	18,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

PTB2x		Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
	1	7	8,8	46,7
	2	8	10,0	53,3
	Σύνολο	15	18,8	100,0
Missing System		65	81,3	
	Σύνολο	80	100,0	

PTB4 κατάλληλη θέση και αλλαγή θέσης στο κρεβάτι		Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
	0	79	98,8	98,8
	1	1	1,3	1,3
	Σύνολο	80	100,0	100,0

PTB4x		Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
	2	1	1,3	100,0
Missing System		79	98,8	
	Σύνολο	80	100,0	

PTB5 αντιθρομβωτικές κάλτσες		Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
	1	80	100,0	100,0

PTB5 x		Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
	3	80	100,0	100,0

PTC1 ψυχοσωματική διαχείριση πόνου, χρόνος επίκλησης βοήθειας για καλύτερα αποτελέσματα			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	19	23,8	23,8
1	61	76,3	76,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

PTC1x			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	52	65,0	85,2
2	9	11,3	14,8
Σύνολο	61	76,3	100,0
Missing System	19	23,8	
Σύνολο	80	100,0	

PTC3 χρήση τεχνικών χαλάρωσης π.χ σκέψεις, τηλεόραση, φαντασιώσεις, κλπ			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	57	71,3	71,3
1	23	28,8	28,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

PTC3x			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	20	25,0	87,0
2	3	3,8	13,0
Σύνολο	23	28,8	100,0
Missing System	57	71,3	
Σύνολο	80	100,0	

CAB1 νευρολογική εκτίμηση, αισθητικότητα άκρων		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0		79	98,8	98,8
1		1	1,3	1,3
Σύνολο		80	100,0	100,0

CAB1x		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1		1	1,3	100,0
Missing System		79	98,8	
Σύνολο		80	100,0	

CAB2 κινητικότητα άκρων		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0		79	98,8	98,8
1		1	1,3	1,3
Σύνολο		80	100,0	100,0

CAB2x		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1		1	1,3	100,0
Missing System		79	98,8	
Σύνολο		80	100,0	

BPA1 σωματική προετοιμασία του ασθενούς, υγιεινή και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου, πλήση χειρουργικού πεδίου πριν την επέμβαση		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0		39	48,8	48,8
1		41	51,3	51,3
Σύνολο		80	100,0	100,0

ΒΡΑ1x	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
1	4	5,0	9,8
2	28	35,0	68,3
3	9	11,3	22,0
Σύνολο	41	51,3	100,0
Missing System	39	48,8	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΑ2 από τον ίδιο τον ασθενή	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	56	70,0	70,0
1	24	30,0	30,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΒΡΑ2x	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
1	3	3,8	12,5
2	15	18,8	62,5
3	6	7,5	25,0
Σύνολο	24	30,0	100,0
Missing System	56	70,0	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΑ3 από το νοσηλευτή	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	69	86,3	86,3
1	11	13,8	13,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΒΡΑ3x			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	1	1,3	9,1
2	7	8,8	63,6
3	3	3,8	27,3
Σύνολο	11	13,8	100,0
Missing System	69	86,3	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΑ4 από άλλο βοηθητικό άτομο	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	75	93,8	93,8
1	5	6,3	6,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΒΡΑ4x			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
2	5	6,3	100,0
Missing System	75	93,8	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΑ5 ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	34	42,5	42,5
1	46	57,5	57,5
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΒΡΑ5x			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
2	26	32,5	56,5
3	20	25,0	43,5
Σύνολο	46	57,5	100,0
Missing System	34	42,5	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΑ6 στο χειρουργικό τμήμα	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	43	53,8	53,8
1	37	46,3	46,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΒΡΑ6x	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
2	25	31,3	67,6
3	12	15,0	32,4
Σύνολο	37	46,3	100,0
Missing System	43	53,8	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΑ7x	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
3	9	11,3	100,0
Missing System	71	88,8	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΒ1 γενική σωματική υγιεινή- καθαριότητα, λούσιμο των μαλλιών	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	67	83,8	83,8
1	13	16,3	16,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΒΡΑ7 στο χειρουργείο	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	71	88,8	88,8
1	9	11,3	11,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΒΡΒ1x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	1	1,3	7,7
2	8	10,0	61,5
3	4	5,0	30,8
Σύνολο	13	16,3	100,0
Missing System	67	83,8	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΒ2 καθαρισμός-κόψιμο των νυχιών	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	80	100,0	100,0

ΒΡΒ2x	Συχνότητα	Ποσοστό
Missing System	80	100,0

ΒΡΒ3 λουτρό σώματος	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	35	43,8	43,8
1	45	56,3	56,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPB3x			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	19	23,8	42,2
2	20	25,0	44,4
3	6	7,5	13,3
Σύνολο	45	56,3	100,0
Missing System	35	43,8	
Σύνολο	80	100,0	

BPC1 διατροφή και υγρά, κένωση του εντέρου			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	63	78,8	78,8
1	17	21,3	21,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPC1x			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
2	15	18,8	88,2
3	2	2,5	11,8
Σύνολο	17	21,3	100,0
Missing System	63	78,8	
Σύνολο	80	100,0	

BPC2 Υποκλυσμός			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	70	87,5	87,5
1	10	12,5	12,5
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPC2x		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2		10	12,5	100,0
Missing System		70	87,5	
Σύνολο		80	100,0	

BPC3 Υπόθετο		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0		77	96,3	96,3
1		3	3,8	3,8
Σύνολο		80	100,0	100,0

BPC3x		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2		1	1,3	33,3
3		2	2,5	66,7
Σύνολο		3	3,8	100,0
Missing System		77	96,3	
Σύνολο		80	100,0	

BPC4 PER OS		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0		76	95,0	95,0
1		4	5,0	5,0
Σύνολο		80	100,0	100,0

BPC4x		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2		4	5,0	100,0
Missing System		76	95,0	
Σύνολο		80	100,0	

BPC5 κατάλληλη διαίτα πριν τη χειρουργική επέμβαση	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	80	100,0	100,0

BPC5 a	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	53	66,3	66,3
1	27	33,8	33,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPC5 b	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	8	10,0	10,0
1	72	90,0	90,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPC5 c	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	2	2,5	2,5
1	78	97,5	97,5
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPC6 έλεγχος διούρησης λίγες ώρες πριν την επέμβαση		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	0	42	52,5	52,5
	1	38	47,5	47,5
	Σύνολο	80	100,0	100,0

BPC6a		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	0	38	47,5	100,0
Missing	System	42	52,5	
	Σύνολο	80	100,0	

BPC6b		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	0	38	47,5	100,0
Missing	System	42	52,5	
	Σύνολο	80	100,0	

BPC6c		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	1	38	47,5	100,0
Missing	System	42	52,5	
	Σύνολο	80	100,0	

BPD1 προαγωγή της ανάπαυσης και του πόνου, παροχή διδασκαλίας για τη θετική συμβολή του ύπνου		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	0	76	95,0	95,0
	1	4	5,0	5,0
	Σύνολο	80	100,0	100,0

BPD1x			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	3	3,8	75,0
2	1	1,3	25,0
Σύνολο	4	5,0	100,0
Missing System	76	95,0	
Σύνολο	80	100,0	

BPD2 εξασφάλιση ήσυχου και άνετου περιβάλλοντος (π.χ. τήρηση επισκεπτηρίου, ώρες κοινής ησυχίας)			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	15	18,8	18,8
1	65	81,3	81,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPD2a			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	3	3,8	4,6
1	62	77,5	95,4
Σύνολο	65	81,3	100,0
Missing System	15	18,8	
Σύνολο	80	100,0	

BPD2b			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	5	6,3	7,7
1	60	75,0	92,3
Σύνολο	65	81,3	100,0
Missing System	15	18,8	
Σύνολο	80	100,0	

BPD2c	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	5	6,3	7,7
1	60	75,0	92,3
Σύνολο	65	81,3	100,0
Missing System	15	18,8	
Σύνολο	80	100,0	

BPD3 χορήγηση κατάλληλου υπνωτικού φαρμάκου	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	53	66,3	66,3
1	27	33,8	33,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPD3x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	4	5,0	14,8
2	23	28,8	85,2
Σύνολο	27	33,8	100,0
Missing System	53	66,3	
Σύνολο	80	100,0	

DA2 χορήγηση ηρεμιστικών - προνάρκωσης ? ώρες πριν την επέμβαση*	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	80	100,0	100,0

DA2a	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	62	77,5	77,5
1	18	22,5	22,5
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

DA2b	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	24	30,0	30,0
1	56	70,0	70,0
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

DA2c	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	39	48,8	48,8
1	41	51,3	51,3
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

DA3 χορήγηση αντιβιοτικών	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	60	75,0	75,0
1	20	25,0	25,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

DA3a	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	17	21,3	85,0
1	3	3,8	15,0
Σύνολο	20	25,0	100,0
Missing System	60	75,0	
Σύνολο	80	100,0	

DA3b				Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό		
0	5	6,3		25,0
1	15	18,8		75,0
Σύνολο	20	25,0		100,0
Missing System	60	75,0		
Σύνολο	80	100,0		

DA3c				Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό		
0	7	8,8		35,0
1	13	16,3		65,0
Σύνολο	20	25,0		100,0
Missing System	60	75,0		
Σύνολο	80	100,0		

DA4 προϋπάρχουσα λοίμωξη		Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
	0	74	92,5	92,5
	1	6	7,5	7,5
	Σύνολο	80	100,0	100,0

DA5 χορήγηση αντιεμετικών		Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
	0	25	31,3	31,3
	1	55	68,8	68,8
	Σύνολο	80	100,0	100,0

DA5a		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0		48	60,0	87,3
1		7	8,8	12,7
	Σύνολο	55	68,8	100,0
Missing System		25	31,3	
	Σύνολο	80	100,0	

DA5b		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0		9	11,3	16,4
1		46	57,5	83,6
	Σύνολο	55	68,8	100,0
Missing System		25	31,3	
	Σύνολο	80	100,0	

DA5c		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0		18	22,5	32,7
1		37	46,3	67,3
	Σύνολο	55	68,8	100,0
Missing System		25	31,3	
	Σύνολο	80	100,0	

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

SEX	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	45	56,3	56,3
2	35	43,8	43,8
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

OPCAT	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1 εντερεκτομή	16	20,0	20,0
2 κήλες διάφορες	18	22,5	22,5
3 χολοκυστεκτομή	17	21,3	21,3
4 μαστεκτομή	8	10,0	10,0
5 λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή	10	12,5	12,5
6 θυρεοειδεκτομή	11	13,8	13,8
7 κύστη κόκκυγος	0	0	00
8 ΚΟΥ	0	0	0
9 ηπατεκτομή	0	0	0
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSA1 ψυχολογική υποστήριξη, για το σύνηθες χρονοδιάγραμμα, τη χρονική διάρκεια της επέμβασης	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	1	80	100,0
		100,0	100,0

PSA1 x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	77	96,3	96,3
2	3	3,8	3,8
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

PSA2 τη παραμονή του στην ανάνηψη	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	17	21,3	21,3
1	63	78,8	78,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSA2x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	63	78,8	100,0
Missing System	17	21,3	
Σύνολο	80	100,0	

PSA3 το χρονικό διάστημα ανάρρωσης	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	5	6,3	6,3
1	75	93,8	93,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSA3x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	55	68,8	73,3
2	17	21,3	22,7
3	3	3,8	4,0
Σύνολο	75	93,8	100,0
Missing System	5	6,3	
Σύνολο	80	100,0	

PSB1 για τη διαδικασία της επέμβασης, το σκοπό της προτεινόμενης επέμβασης	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	80	100,0	100,0

PSB1 x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	80	100,0	100,0

PSB2 την αναγκαιότητα και τη σημασία της			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	1	1,3	1,3
1	79	98,8	98,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSB2x			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	79	98,8	100,0
Missing System	1	1,3	
Σύνολο	80	100,0	

PSB3 το δικαίωμα άρνησης της εγγείρησης			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	4	5,0	5,0
1	76	95,0	95,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSB3x			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	76	95,0	100,0
Missing System	4	5,0	
Σύνολο	80	100,0	

PSB4 εναλλακτικές διαθέσιμες μέθοδοι θεραπείας			Εγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	80	100,0	100,0

PSB4x		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Missing System	80	100,0

PSC1 για τον τρόπο αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών, πιθανότητα εμφάνισης αντιμετωπιζόμενων επιπλοκών	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	78	97,5	97,5
1	2	2,5	2,5
Σύνολο	80	100,0	100,0

PSC1x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	2	2,5	100,0
Missing System	78	97,5	
Σύνολο	80	100,0	

PSC2 επιπλοκές αναισθησίας (μτχ άλγος, βήχα, μτχ ναυτία-έμετο)	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	80	100,0	100,0

PSC2 x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	14	17,5	17,5
2	66	82,5	82,5
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

PSC3 επιπλοκές σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	80	100,0	100,0

PSC3x	Συχνότητα	Ποσοστό
Missing System	80	100,0

PSC4 πιθανότητα ανάπτυξης νοσοκομειακής λοίμωξης	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	80	100,0	100,0

PSC4x	Συχνότητα	Ποσοστό
Missing System	80	100,0

PTA1 διδασκαλία ασθενούς, γνωστική διδασκαλία, την περιγραφή των μελών της θεραπευτικής ομάδας	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	80	100,0	100,0

PTA1 x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	80	100,0	100,0

PTA2 τον προσανατολισμό δυνατότητας χρήσης των διαθέσιμων υπηρεσιών (π.χ. τουαλέτας, κομβίο κλήσης προσωπικού, τηλεόρασης, εξοπλισμού διατροφής)	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	4	5,0	5,0
1	76	95,0	95,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

PTA2x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	56	70,0	73,7
2	20	25,0	26,3
Σύνολο	76	95,0	100,0
Missing System	4	5,0	
Σύνολο	80	100,0	

PTA3 αδρή ενημέρωση για τα δικαιώματα του ασθενούς	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	58	72,5	72,5
1	22	27,5	27,5
Σύνολο	80	100,0	100,0

PTA3x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	4	5,0	18,2
2	18	22,5	81,8
Σύνολο	22	27,5	100,0
Missing System	58	72,5	
Σύνολο	80	100,0	

PTB1 ασκήσεις δεξιότητας πρόληψης επιπλοκών, αναπνευστικές ασκήσεις-βαθιές αναπνοές	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	80	100,0	100,0

PTB1x	Συχνότητα	Ποσοστό
Missing System	80	100,0

PTB2 σωστή τεχνική και χρήση σπιρομέτρου (tri-flow)	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	80	100,0	100,0

PTB2x	Συχνότητα	Ποσοστό
Missing System	80	100,0

PTB4 κατάλληλη θέση και αλλαγή θέσης στο κρεβάτι	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	80	100,0	100,0

PTB4x	Συχνότητα	Ποσοστό
Missing System	80	100,0

PTB5 αντιθρομβωτικές κάλτσες	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	80	100,0	100,0

PTB5 x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
3	80	100,0	100,0

PTC1 ψυχοσωματική διαχείριση πόνου, χρόνος επίκλησης βοήθειας για καλύτερα αποτελέσματα	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	37	46,3	46,3
1	43	53,8	53,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

PTC1x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	43	53,8	100,0
Missing System	37	46,3	
Σύνολο	80	100,0	

PTC3 χρήση τεχνικών χαλάρωσης πχ σκέψεις, τηλεόραση, φαντασιώσεις, κλπ	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	7	8,8	8,8
1	73	91,3	91,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

PTC3x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	73	91,3	100,0
Missing System	7	8,8	
Σύνολο	80	100,0	

CAB1 νευρολογική εκτίμηση, αισθητικότητα άκρων	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	80	100,0	100,0

CAB1x	Συχνότητα	Ποσοστό
Missing System	80	100,0

CAB2 κινητικότητα άκρων	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	80	100,0	100,0

CAB2x	Συχνότητα	Ποσοστό
Missing System	80	100,0

BPA1 σωματική προετοιμασία του ασθενούς, υγιεινή και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου, πλήση χειρουργικού πεδίου πριν την επέμβαση	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
1	80	100,0	100,0

BPA1 x	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
2	10	12,5	12,5
3	70	87,5	87,5
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

BPA2 από τον ίδιο τον ασθενή	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	31	38,8	38,8
1	49	61,3	61,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPA2x	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
2	4	5,0	8,2
3	45	56,3	91,8
Σύνολο	49	61,3	100,0
Missing System	31	38,8	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΑ3 από το νοσηλευτή	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	69	86,3	86,3
1	11	13,8	13,8
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΒΡΑ3x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	4	5,0	36,4
3	7	8,8	63,6
Σύνολο	11	13,8	100,0
Missing System	69	86,3	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΑ4 από άλλο βοηθητικό άτομο	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	60	75,0	75,0
1	20	25,0	25,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΒΡΑ4x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	7	8,8	35,0
3	13	16,3	65,0
Σύνολο	20	25,0	100,0
Missing System	60	75,0	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΑ5 ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	14	17,5	17,5
1	66	82,5	82,5
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΒΡΑ5x			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
2	6	7,5	9,1
3	60	75,0	90,9
Σύνολο	66	82,5	100,0
Missing System	14	17,5	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΑ6 στο χειρουργικό τμήμα	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	15	18,8	18,8
1	65	81,3	81,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

ΒΡΑ6x			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
2	8	10,0	12,3
3	57	71,3	87,7
Σύνολο	65	81,3	100,0
Missing System	15	18,8	
Σύνολο	80	100,0	

ΒΡΑ7 στο χειρουργείο	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	79	98,8	98,8
1	1	1,3	1,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPA7x		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	3	1	1,3	100,0
Missing System		79	98,8	
	Σύνολο	80	100,0	

BPB1 γενική σωματική υγιεινή- καθαριότητα, λούσιμο των μαλλιών		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	0	4	5,0	5,0
	1	76	95,0	95,0
	Σύνολο	80	100,0	100,0

BPB1x		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	2	76	95,0	100,0
Missing System		4	5,0	
	Σύνολο	80	100,0	

BPB2 καθαρισμός-κόψιμο των νυχιών		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	0	21	26,3	26,3
	1	59	73,8	73,8
	Σύνολο	80	100,0	100,0

BPB2x		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	2	59	73,8	100,0
Missing System		21	26,3	
	Σύνολο	80	100,0	

BPB3 λουτρό σώματος		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	1	80	100,0	100,0

BPB3 x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	80	100,0	100,0

BPC1 διατροφή και υγρά, κένωση του εντέρου	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	80	100,0	100,0

BPC1 x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	80	100,0	100,0

BPC2 Υποκλυσμός	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	28	35,0	35,0
1	52	65,0	65,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPC2x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	52	65,0	100,0
Missing System	28	35,0	
Σύνολο	80	100,0	

BPC3 Υπόθετο	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	68	85,0	85,0
1	12	15,0	15,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPC3x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	12	15,0	100,0
Missing System	68	85,0	
Σύνολο	80	100,0	

BPC4 PER OS		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	0	63	78,8	79,7
	1	16	20,0	20,3
	Σύνολο	79	98,8	100,0
Missing	System	1	1,3	
	Σύνολο	80	100,0	

BPC4x		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	2	16	20,0	100,0
Missing	System	64	80,0	
	Σύνολο	80	100,0	

BPC5 κατάλληλη διαίτα πριν τη χειρουργική επέμβαση		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	1	80	100,0	100,0

BPC5 a		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	0	1	1,3	1,3
	1	79	98,8	98,8
	Σύνολο	80	100,0	100,0
	ο			

BPC5 b		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	1	80	100,0	100,0

BPC5 c		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	1	80	100,0	100,0

BPC6 έλεγχος διούρησης λίγες ώρες πριν την επέμβαση			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
1	80	100,0	100,0

BPC6 a			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	73	91,3	91,3
1	7	8,8	8,8
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

BPC6 b			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	53	66,3	66,3
1	27	33,8	33,8
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

BPC6 c			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	1	1,3	1,3
1	79	98,8	98,8
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

BPD1 προαγωγή της ανάπαυσης και του πόνου, παροχή διδασκαλίας για τη θετική συμβολή του ύπνου			Έγκυρο ποσοστό
	Συχνότητα	Ποσοστό	
0	12	15,0	15,0
1	68	85,0	85,0
Σύνολο	80	100,0	100,0

BPD1x	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	68	85,0	100,0
Missing System	12	15,0	
Σύνολο	80	100,0	

BPD2 εξασφάλιση ήσυχου και άνετου περιβάλλοντος (π.χ. τήρηση επισκεπτηρίου, ώρες κοινής ησυχίας)	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	80	100,0	100,0

BPD2 a	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	76	95,0	95,0
1	4	5,0	5,0
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

BPD2 b	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	3	3,8	3,8
1	77	96,3	96,3
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

BPD2 c	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	79	98,8	98,8
1	1	1,3	1,3
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

BPD3 χορήγηση κατάλληλου υπνωτικού φαρμάκου		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	0	18	22,5	22,5
	1	62	77,5	77,5
	Σύνολο	80	100,0	100,0

BPD3x		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	2	62	77,5	100,0
Missing System		18	22,5	
	Σύνολο	80	100,0	

DA2 χορήγηση ηρεμιστικών - προνάρκωσης ? ώρες πριν την επέμβαση*		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	0	80	100,0	100,0

DA2a	Συχνότητα	Ποσοστό
Missing System	80	100,0

DA2b	Συχνότητα	Ποσοστό
Missing System	80	100,0

DA2c	Συχνότητα	Ποσοστό
Missing System	80	100,0

DA3 χορήγηση αντιβιοτικών	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
	1	80	100,0

DA3a	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	75	93,8	93,8
1	5	6,3	6,3
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

DA3b	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	1	1,3	1,3
1	79	98,8	98,8
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

DA3c	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	53	66,3	66,3
1	27	33,8	33,8
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

DA4 προϋπάρχουσα λοίμωξη	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	75	93,8	93,8
1	5	6,3	6,3
Σύνολο	80	100,0	100,0

DA5 χορήγηση αντιεμετικών	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	80	100,0	100,0

DA5a	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	80	100,0	100,0

DA5b	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	1	1,3	1,3
1	79	98,8	98,8
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

DA5c	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	79	98,8	98,8
1	1	1,3	1,3
Σύνολο	80	100,0	100,0
ο			

10.2 Μελέτη συσχετίσεων παραμέτρων

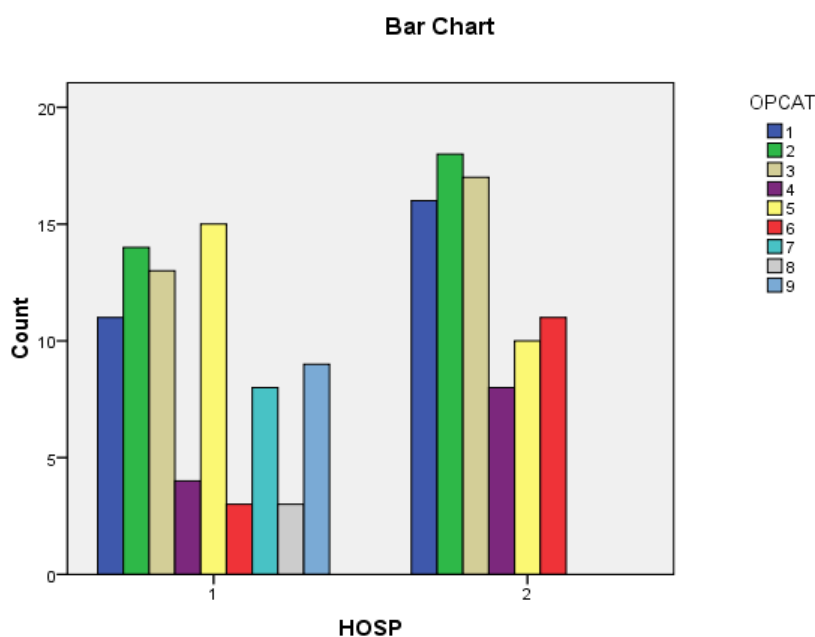
Πίνακας 1. Διερεύνηση του είδους των χειρουργικών επεμβάσεων (OPCAT) ανά νοσοκομείο (HOSP).

$\chi^2=28,864$; β.ε.=8; $P<,001$

Στατιστικά σημαντική.

		OPCAT									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	Σύνολο
HOSP 1	Count	11	14	13	4	15	3	8	3	9	80
	% of Σύνολο	6,9%	8,8%	8,1%	2,5%	9,4%	1,9%	5,0%	1,9%	5,6%	50,0%
2	Count	16	18	17	8	10	11	0	0	0	80
	% of Σύνολο	10,0%	11,3%	10,6%	5,0%	6,3%	6,9%	,0%	,0%	,0%	50,0%
Σύνολο	Count	27	32	30	12	25	14	8	3	9	160
	% of Σύνολο	16,9%	20,0%	18,8%	7,5%	15,6%	8,8%	5,0%	1,9%	5,6%	100,0%

Παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο είδος των χειρουργικών επεμβάσεων που διενεργούνται στα 2 νοσοκομεία. Η βαρύτητα των επεμβάσεων στο ΠΑΓΝΗ είναι μεγαλύτερη από του Ρεθύμνου. Πιθανόν η διαφοροποίηση να έγκειται στο ότι το ένα είναι Πανεπιστημιακό ενώ, το άλλο Νομαρχιακό. Με ότι αυτό συνεπάγεται στην οργανωτική και επιστημονική ανάπτυξη τους



Πίνακες που αφορούν τη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς (2 - 17)

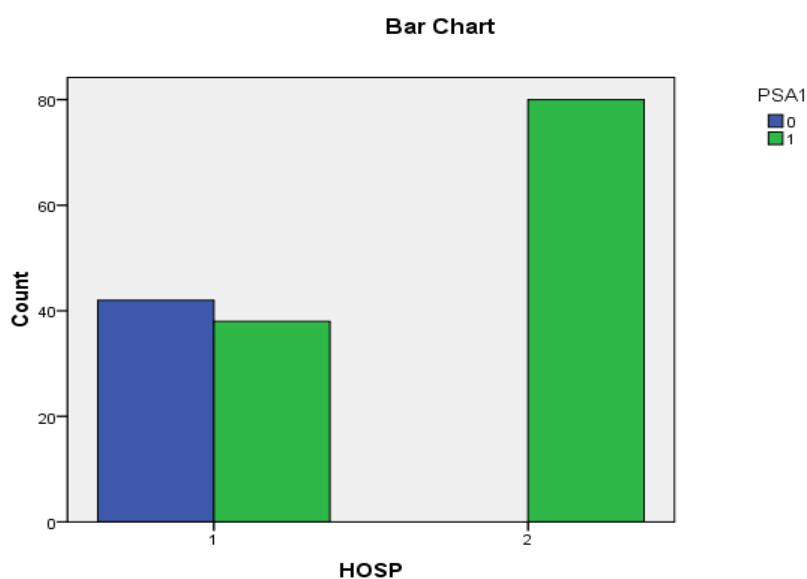
Πίνακας 2. HOSP * PSA1 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής, για το σύνηθες χρονοδιάγραμμα και τη χρονική διάρκεια της επέμβασης.

$\chi^2 = 54,270$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		PSA1 ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, για το σύνηθες χρονοδιάγραμμα και τη χρονική διάρκεια της επέμβασης		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	42	38	80
	% of Σύνολο	26,3%	23,8%	50,0%
2	Count	0	80	80
	% of Σύνολο	0,0%	50,0%	50,0%
Σύνολο Count		42	118	160
% of Σύνολο		26,3%	73,8%	100,0%

Παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση όσον αφορά τη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, για το σύνηθες χρονοδιάγραμμα και την χρονική διάρκεια της επέμβασης μεταξύ των δύο νοσοκομείων. Πιθανόν η διαφοροποίηση να έγκειται στο ότι ο φόρτος εργασίας στο ΠΑΓΝΗ (23,8%) υπερβαίνει αυτόν του Ρεθύμνου (50,0%).



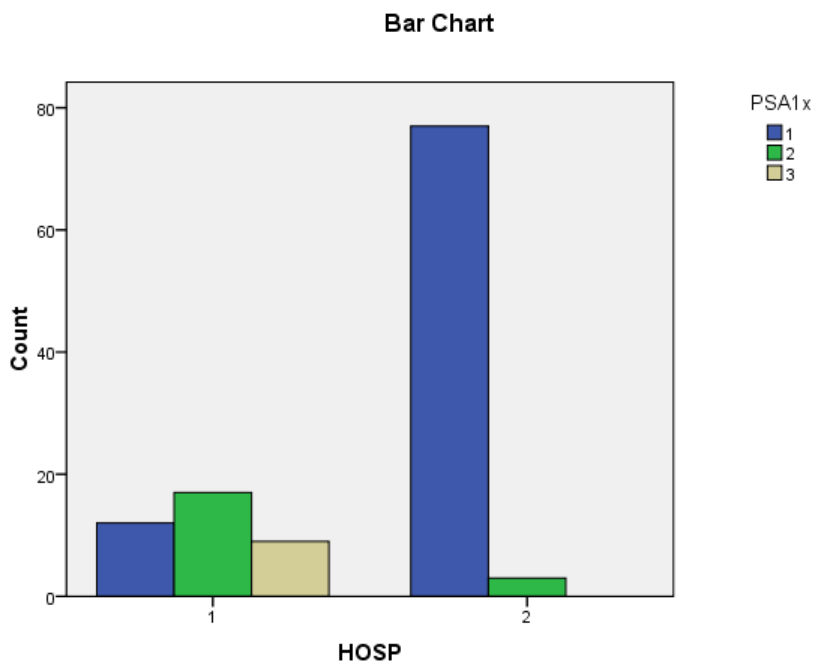
Πίνακας 3. HOSP * PSA1x

$\chi^2 = 58,768$ β.ε.=2 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		PSA1x			Σύνολο
		1	2	3	
HOSP 1	Count	12	17	9	38
	% of Σύνολο	10,2%	14,4%	7,6%	32,2%
2	Count	77	3	0	80
	% of Σύνολο	65,3%	2,5%	,0%	67,8%
Σύνολο	Count	89	20	9	118
	% of Σύνολο	75,4%	16,9%	7,6%	100,0%

Παρατηρείται ότι στο ΠΑΓΝΗ το μεγαλύτερο ποσοστό ψυχολογικής υποστήριξης γίνεται την παραμονή της επέμβασης (14,4%) και το μικρότερο (7,6%), λίγες ώρες πριν ενώ, στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου γίνεται την ημέρα εισαγωγής (65,3%) και καθόλου λίγες ώρες πριν.



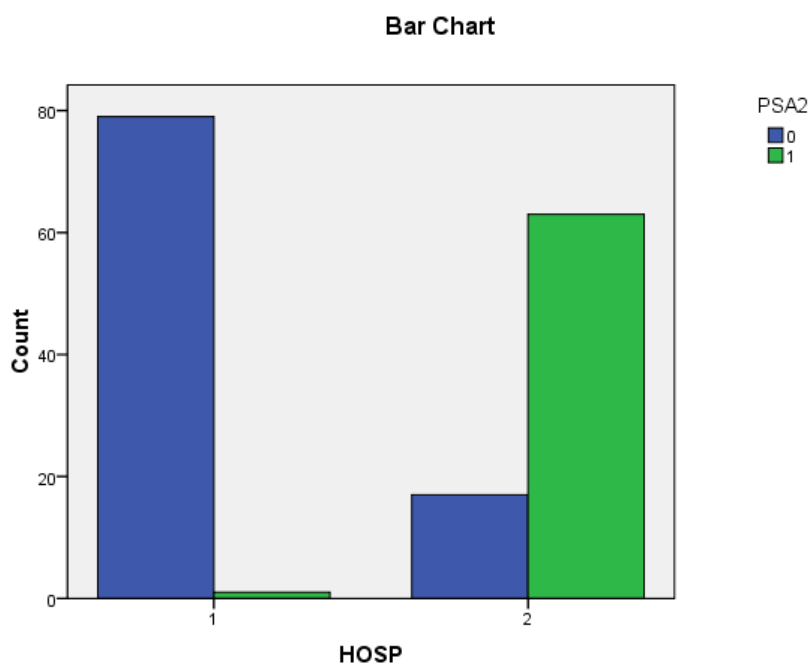
Πίνακας 4. HOSP * PSA2. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για την παραμονή του στην ανάνηψη.

$\chi^2 = 96,901$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		PSA2 την παραμονή του στην ανάνηψη		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	79	1	80
	% of Σύνολο	49,4%	,6%	50,0%
2	Count	17	63	80
	% of Σύνολο	10,6%	39,4%	50,0%
Σύνολο Count		96	64	160
% of Σύνολο		60,0%	40,0%	100,0%

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι στο Πανεπιστημιακό δεν έγινε ψυχολογική υποστήριξη στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών για την παραμονή τους στη ανάνηψη (49,4%), αντιθέτως στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είχε ψυχολογική υποστήριξη (39,4%).



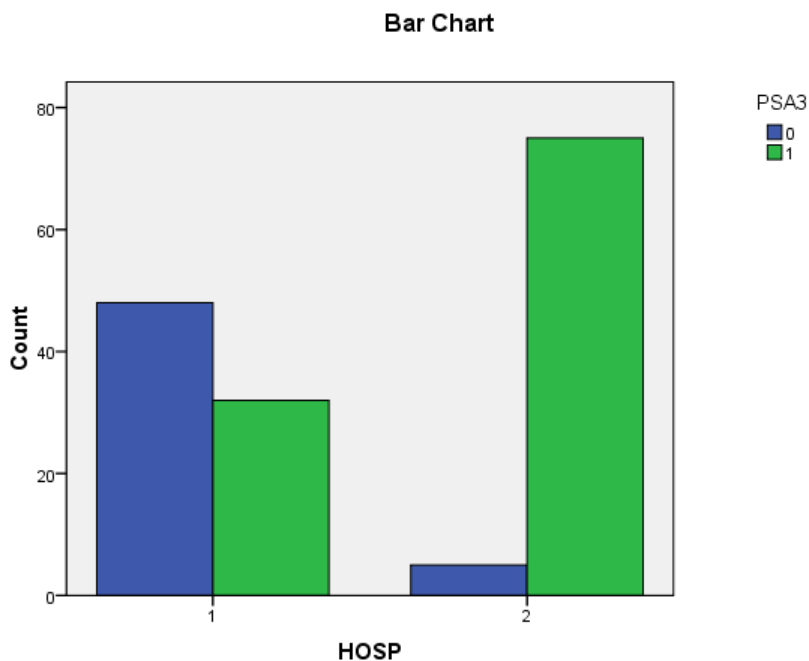
Πίνακας 5. HOSP * PSA3 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για το χρονικό διάστημα ανάρρωσης

$\chi^2 = 52,167$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		PSA3 το χρονικό διάστημα ανάρρωσης		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	48	32	80
	% of Σύνολο	30,0%	20,0%	50,0%
2	Count	5	75	80
	% of Σύνολο	3,1%	46,9%	50,0%
Σύνολο Count		53	107	160
% of Σύνολο		33,1%	66,9%	100,0%

Παρατηρείται στο Ρέθυμνο ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών είχε ψυχολογική υποστήριξη όσον αφορά το χρονικό διάστημα της ανάρρωσής τους (46,9%) ενώ, στο ΠΑΓΝΗ στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δεν πραγματοποιήθηκε (30%).



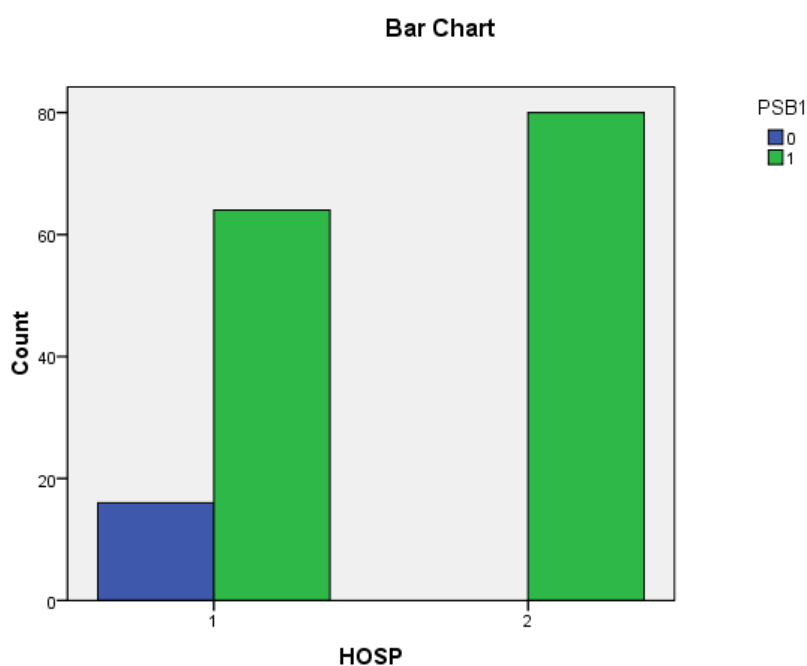
Πίνακας 6. HOSP * PSB1 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για τη διαδικασία της επέμβασης και το σκοπό της προτεινόμενης επέμβασης

$\chi^2=15,625$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		PSB1 για τη διαδικασία της επέμβασης: το σκοπό της προτεινόμενης επέμβασης		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	16	64	80
	% of Σύνολο	10,0%	40,0%	50,0%
2	Count	0	80	80
	% of Σύνολο	0,0%	50,0%	50,0%
Σύνολο Count		16	144	160
% of Σύνολο		10,0%	90,0%	100,0%

Σύμφωνα με τα παραπάνω στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου σε όλους τους ασθενείς παρείχαν ενημέρωση για τη διαδικασία της επέμβασης και το σκοπό της προτεινόμενης επέμβασης (50%) ενώ, στο ΠΑΓΝΗ εμφανίζεται ένα μικρό ποσοστό που δεν ενημερώθηκε (10%).



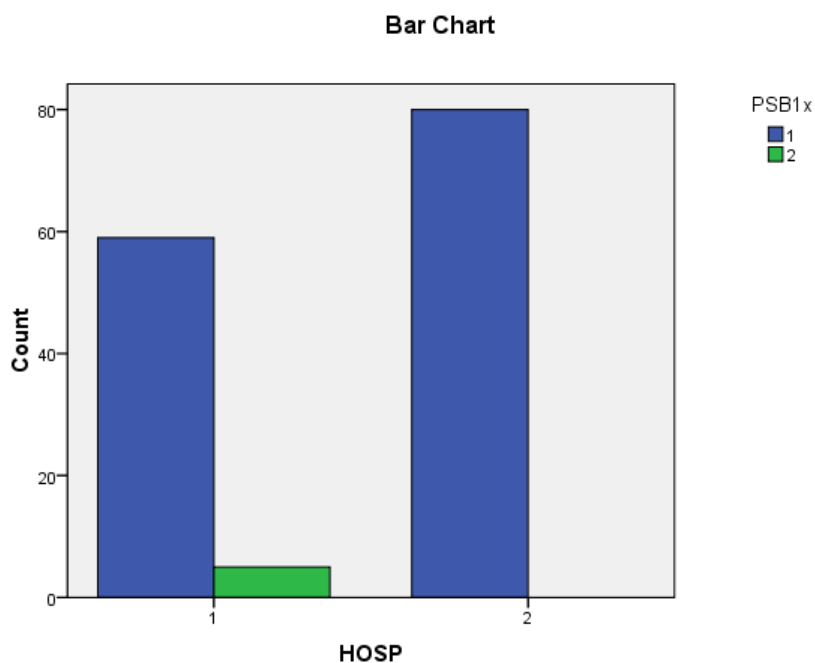
Πίνακας 7. HOSP * PSB1x

$\chi^2 = 4,354$ β.ε.=1 P=0,037 .

Στατιστικά σημαντική

		PSB1x		Σύνολο
		1	2	
HOSP 1	Count	59	5	64
	% of Σύνολο	41,0%	3,5%	44,4%
2	Count	80	0	80
	% of Σύνολο	55,6%	,0%	55,6%
Σύνολο	Count	139	5	144
0	% of Σύνολο	96,5%	3,5%	100,0%

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι ενημέρωση για τη διαδικασία της επέμβασης και το σκοπό της προτεινόμενης επέμβασης στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου έγινε μόνο την ημέρα εισαγωγής (55,6%) ομοίως και στο ΠΑΓΝΗ (41,0%) εκτός από ένα μικρό ποσοστό το οποίο ενημερώθηκε την παραμονή της επέμβασης (3,5%).



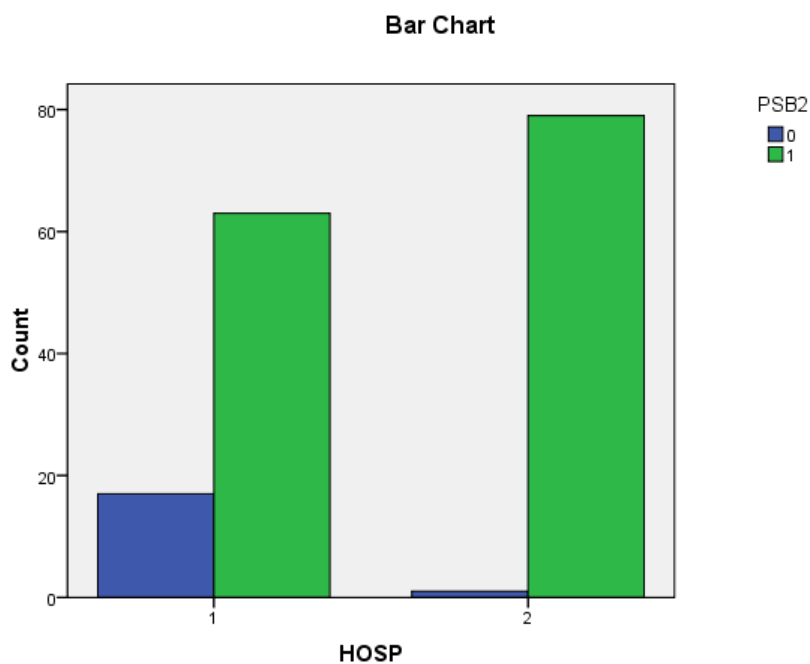
Πίνακας 8. HOSP * PSB2 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για την αναγκαιότητα και τη σημασία της επέμβασης

$\chi^2 = 14,085$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		PSB2 την αναγκαιότητα και τη σημασία της επέμβασης		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	17	63	80
	% of Σύνολο	10,6%	39,4%	50,0%
2	Count	1	79	80
	% of Σύνολο	,6%	49,4%	50,0%
Σύνολο Count		18	142	160
% of Σύνολο		11,3%	88,8%	100,0%

Παρατηρούμε ότι και στα δύο νοσοκομεία έγινε ενημέρωση για την αναγκαιότητα και τη σημασία της επέμβασης με μεγαλύτερο ποσοστό στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου (49,4%).



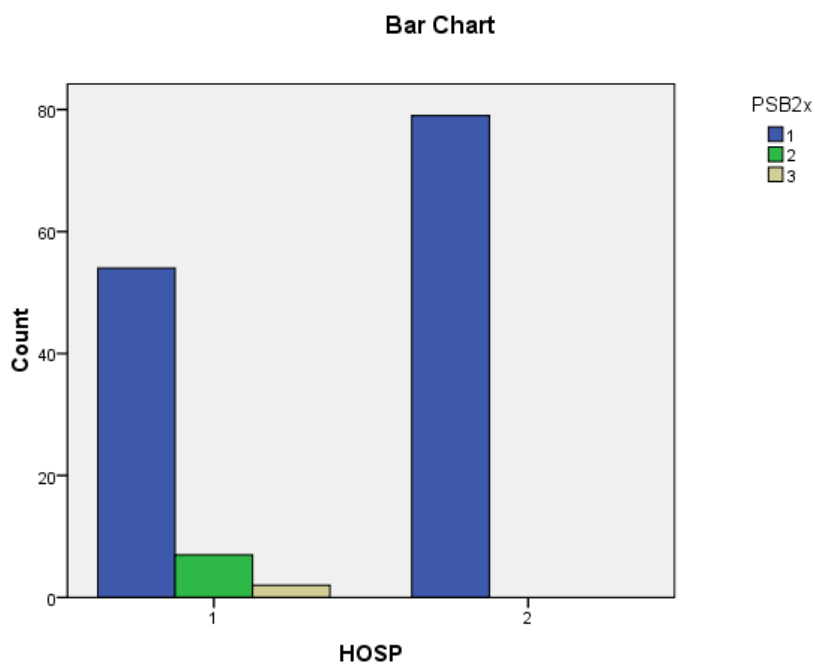
Πίνακας 9. HOSP * PSB2x

$\chi^2 = 12,049$ β.ε.=2 P= 0,002

Στατιστικά σημαντική

		PSB2x			Σύνολο
		1	2	3	
HOSP 1	Count	54	7	2	63
	% of Σύνολο	38,0%	4,9%	1,4%	44,4%
2	Count	79	0	0	79
	% of Σύνολο	55,6%	,0%	,0%	55,6%
Σύνολο	Count	133	7	2	142
	% of Σύνολο	93,7%	4,9%	1,4%	100,0%

Η ενημέρωση για την αναγκαιότητα και την σημασία της επέμβασης έγινε την ημέρα της εισαγωγής και στα δύο νοσοκομεία, παρατηρείται όμως και ένα ελάχιστο ποσοστό στο ΠΑΓΝΗ την παραμονή (4,9%) και λίγες ώρες πριν την επέμβαση (1,4%).



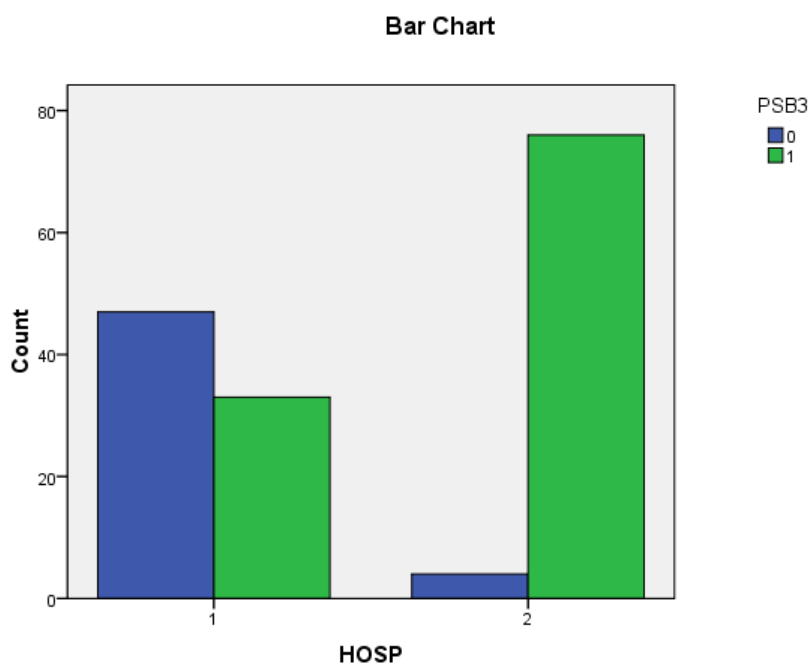
Πίνακας 10. HOSP * PSB3 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για το δικαίωμα άρνησης της εγχείρησης

$\chi^2=50,772$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική .

		PSB3 το δικαίωμα άρνησης της εγχείρησης		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	47	33	80
	% of Σύνολο	29,4%	20,6%	50,0%
2	Count	4	76	80
	% of Σύνολο	2,5%	47,5%	50,0%
Σύνολο Count		51	109	160
% of Σύνολο		31,9%	68,1%	100,0%

Παρατηρούμε σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα ότι στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου σχεδόν όλοι οι ασθενείς ενημερώθηκαν για το δικαίωμα να αρνηθούν την επέμβαση (47,5%) σε αντίθεση με το ΠΑΓΝΗ που το μεγαλύτερο ποσοστό δεν ενημερώθηκε (29,4%).



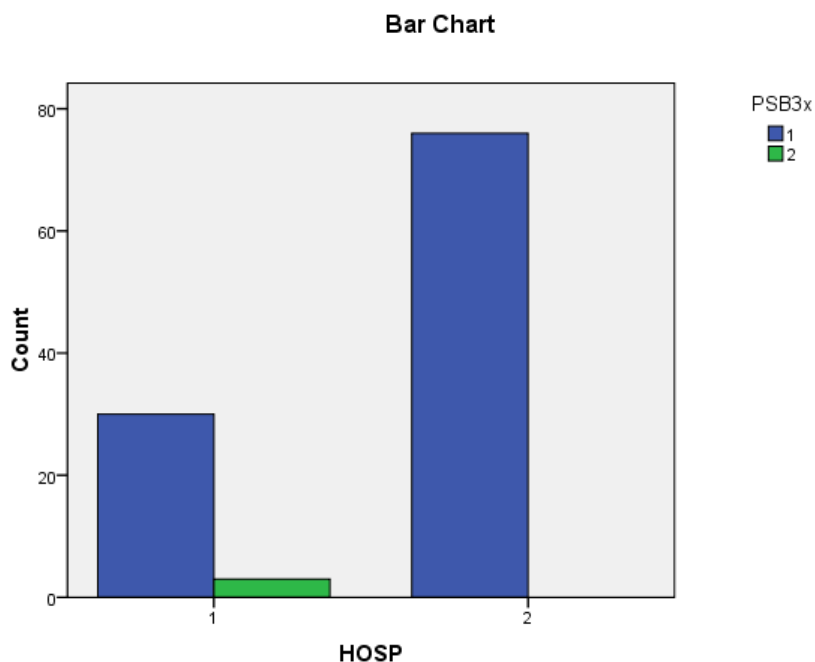
Πίνακας 11. HOSP * PSB3x

$\chi^2=4,114$ β.ε.=1 P=0,043

Στατιστικά σημαντική .

		PSB3x		Σύνολο
		1	2	
HOSP 1	Count	30	3	33
	% of Σύνολο	27,5%	2,8%	30,3%
2	Count	76	0	76
	% of Σύνολο	69,7%	,0%	69,7%
Σύνολο	Count	106	3	109
	% of Σύνολο	97,2%	2,8%	100,0%

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου έγινε ενημέρωση στους ασθενείς για το δικαίωμα άρνησης της εγχείρησης την ημέρα εισαγωγής τους (69,7%) το ίδιο συμβαίνει και στο ΠΑΓΝΗ σε μικρότερο όμως ποσοστό (27,5%) ενώ, παρουσιάζεται και ένα ελάχιστο ποσοστό στο οποίο οι ασθενείς ενημερώθηκαν την παραμονή της εγχείρησής τους (2,8%).



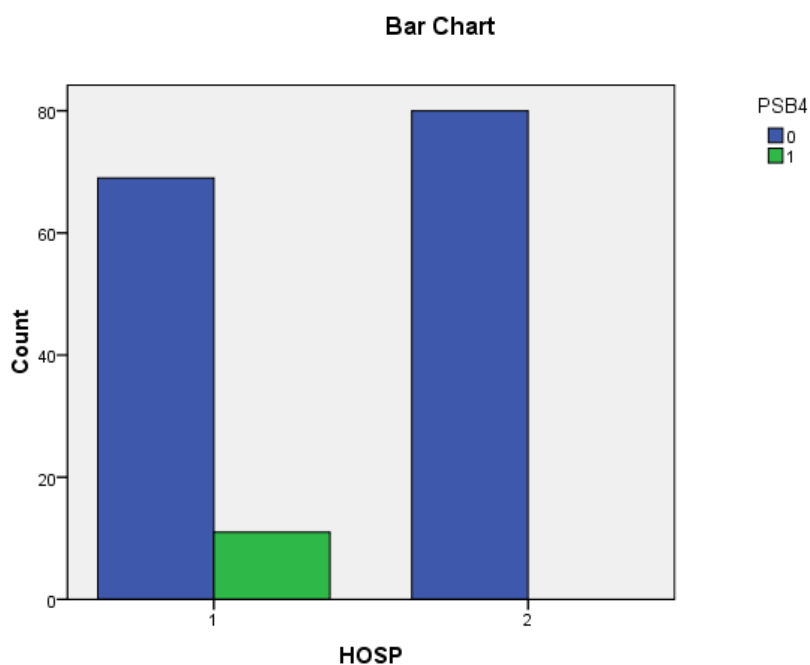
Πίνακας 12. HOSP * PSB4 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για τις εναλλακτικές διαθέσιμες μεθόδους θεραπείας

$\chi^2=9,762$ β.ε.=1 P= 0,002

Στατιστικά σημαντική.

		PSB4 εναλλακτικές διαθέσιμες μέθοδοι θεραπείας		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	69	11	80
	% of Σύνολο	43,1%	6,9%	50,0%
2	Count	80	0	80
	% of Σύνολο	50,0%	,0%	50,0%
Σύνολο Count		149	11	160
% of Σύνολο		93,1%	6,9%	100,0%

Συμπερασματικά και στα δύο νοσοκομεία δεν ενημερώθηκαν οι ασθενείς για πιθανόν ύπαρξη εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας. Ταυτόχρονα υπάρχει και ένα ελάχιστο ποσοστό ασθενών στο ΠΑΓΝΗ το οποίο ενημερώθηκε (6,9%).



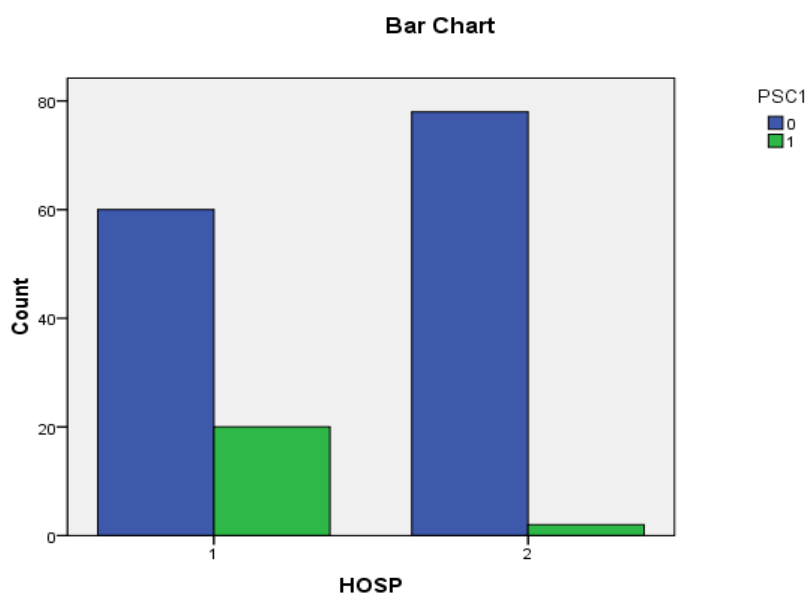
Πίνακας 13. HOSP * PSC1 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για το τρόπο αντιμετώπισης τυχόν επιπλοκών και τη πιθανότητα εμφάνισης αντιμετωπιζόμενων επιπλοκών

$\chi^2=15,231$ β.ε.=1 P=<0.001

Στατιστικά σημαντική .

		PSC1 πιθανότητα εμφάνισης αντιμετωπιζόμενων επιπλοκών		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	60	20	80
	% of Σύνολο	37,5%	12,5%	50,0%
2	Count	78	2	80
	% of Σύνολο	48,8%	1,3%	50,0%
Σύνολο Count		138	22	160
% of Σύνολο		86,3%	13,8%	100,0%

Παρατηρούμε ότι και στα δύο νοσοκομεία το μέγιστο ποσοστό δεν ενημερώθηκε (37, 5%) και (48,8%) για τον τρόπο αντιμετώπισης τυχόν επιπλοκών και την πιθανότητα εμφάνισης αντιμετωπιζόμενων επιπλοκών και ένα ελάχιστο ποσοστό ενημερώθηκε (12,5%) και (1,3%).



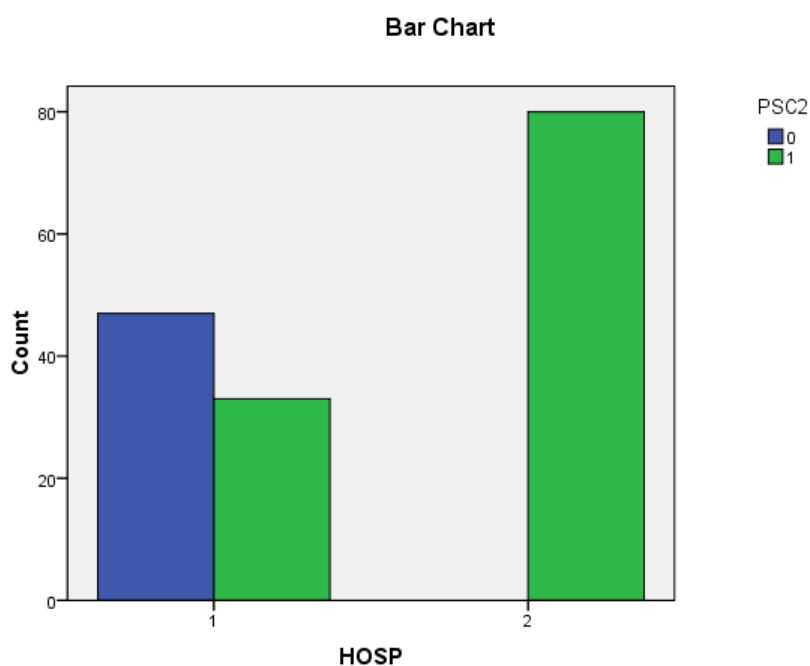
Πίνακας 14. HOSP * PSC2 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για τις τυχόν επιπλοκές αναισθησίας (μτχ άλγος, βήχα, μτχ ναυτία-έμετο)

$\chi^2=63,747$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		PSC2 επιπλοκές αναισθησίας (μτχ άλγος, βήχα, μτχ ναυτία-έμετο)		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	47	33	80
	% of Σύνολο	29,4%	20,6%	50,0%
2	Count	0	80	80
	% of Σύνολο	,0%	50,0%	50,0%
Σύνολο Count		47	113	160
% of Σύνολο		29,4%	70,6%	100,0%

Στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου όλοι οι ασθενείς ενημερώθηκαν για την πιθανή εμφάνιση επιπλοκών κατά την αναισθησία (50%) ενώ στο ΠΑΓΝΗ οι περισσότεροι δεν ενημερώθηκαν (29,4%).



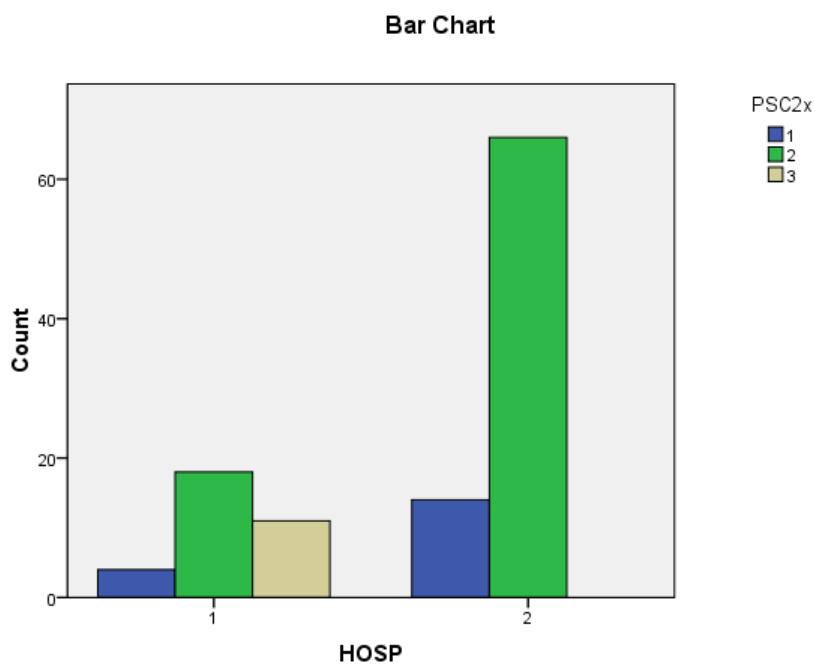
Πίνακας 15. HOSP * PSC2x

$\chi^2=29,547$ β.ε.=2 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική .

		PSC2x			Σύνολο
		1	2	3	
HOSP 1	Count	4	18	11	33
	% of Σύνολο	3,5%	15,9%	9,7%	29,2%
2	Count	14	66	0	80
	% of Σύνολο	12,4%	58,4%	,0%	70,8%
Σύνολο	Count	18	84	11	113
	% of Σύνολο	15,9%	74,3%	9,7%	100,0%

Η ενημέρωση για την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών κατά την αναισθησία και στα δύο νοσοκομεία γινόταν συνήθως την παραμονή της επέμβασης (15,9%) και (58,4%) αντίστοιχα.



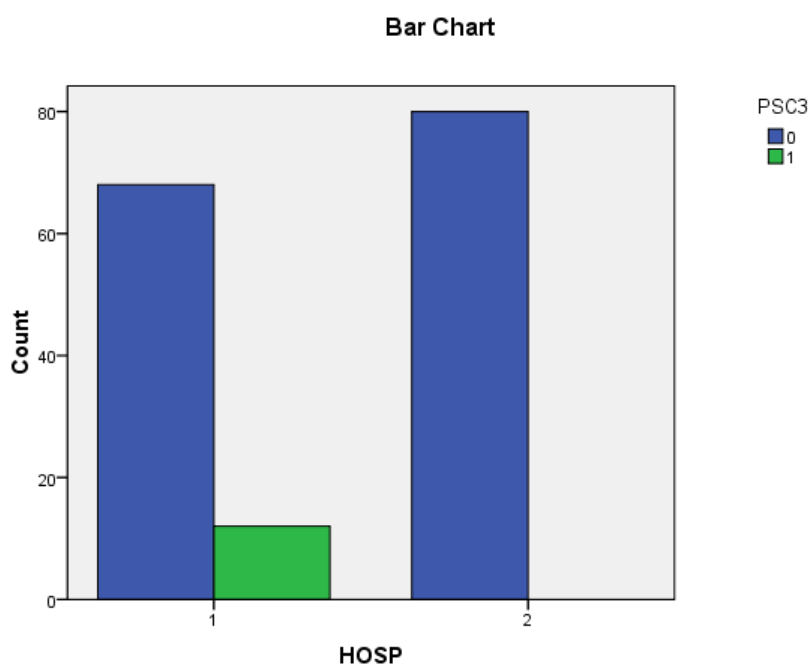
Πίνακας 16. HOSP * PSC3 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής σχετικά με επιπλοκές στη χειρουργική επέμβαση

$\chi^2=10,901$ β.ε.=1 P=0,001

Στατιστικά σημαντική .

		PSC3 επιπλοκές σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	68	12	80
	% of Σύνολο	42,5%	7,5%	50,0%
2	Count	80	0	80
	% of Σύνολο	50,0%	,0%	50,0%
Σύνολο Count		148	12	160
% of Σύνολο		92,5%	7,5%	100,0%

Συμπεραίνουμε ότι σε κανένα από τα δύο νοσοκομεία δεν έγινε ενημέρωση για τις επιπλοκές σχετικά με την χειρουργική επέμβαση. Σημειώνεται ένα μικρό ποσοστό ασθενών στο ΠΑΓΝΗ το οποίο ενημερώθηκε (7,5%).



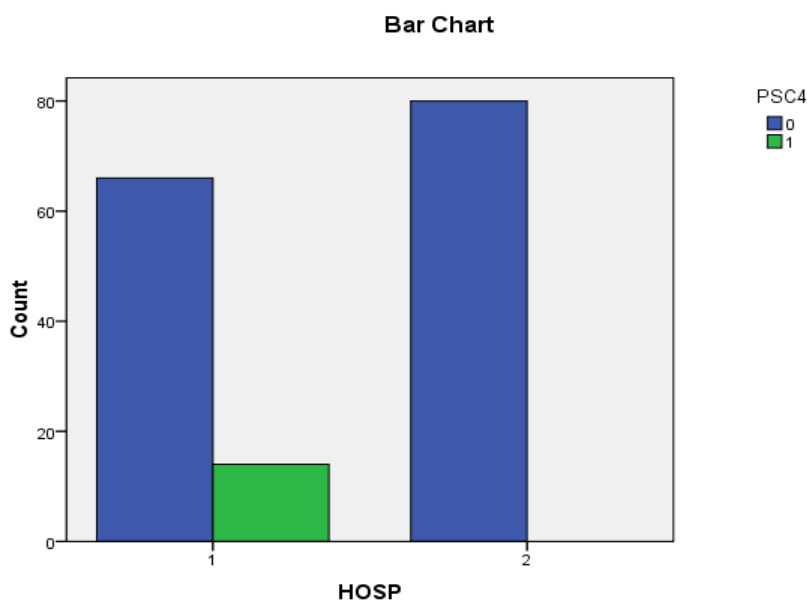
Πίνακας 17. HOSP * PSC4 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής σχετικά με την πιθανότητα ανάπτυξης νοσοκομειακής λοίμωξης

$\chi^2=13,229$ β.ε.=1 P=<0.001

Στατιστικά σημαντική .

		PSC4 πιθανότητα ανάπτυξης νοσοκομειακής λοίμωξης		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	66	14	80
	% of Σύνολο	41,3%	8,8%	50,0%
2	Count	80	0	80
	% of Σύνολο	50,0%	,0%	50,0%
Σύνολο Count		146	14	160
% of Σύνολο		91,3%	8,8%	100,0%

Σύμφωνα με τα παραπάνω στο ΠΑΓΝΗ στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών η ενημέρωση για πιθανότητα ανάπτυξης νοσοκομειακής λοίμωξης δεν έγινε (41,3%) και σε ένα ελάχιστο ποσοστό πραγματοποιήθηκε (8,8%) ενώ, στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου δεν υπήρξε καθόλου ενημέρωση.



Πίνακες που αφορούν τη διδασκαλία του ασθενούς (18 - 28)

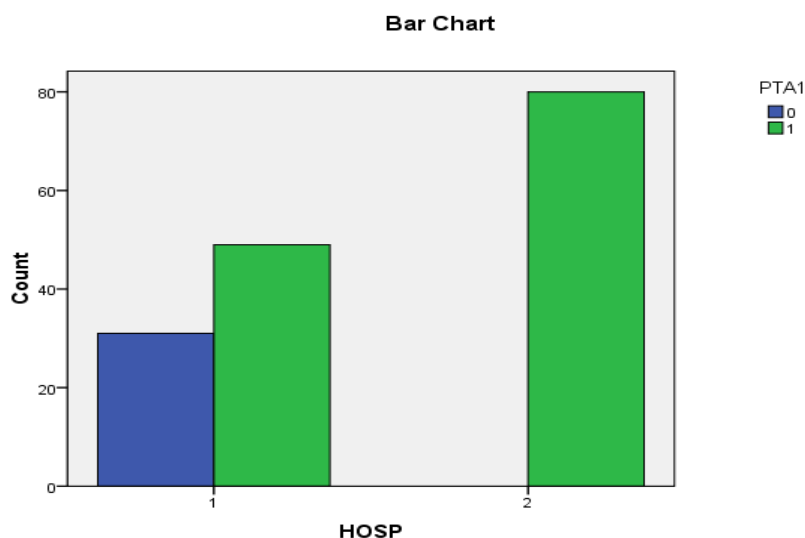
Πίνακας 18. HOSP * PTA1 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής όσον αφορά τη διδασκαλία ασθενούς, γνωστική διδασκαλία, την περιγραφή των μελών της θεραπευτικής ομάδας

$\chi^2=36.009$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική .

		PTA1 διδασκαλία ασθενούς, γνωστική διδασκαλία, την περιγραφή των μελών της θεραπευτικής ομάδας,		
		0	1	Σύνολο
HOSP 1	Count	31	49	80
	% of Σύνολο	19,4%	30,6%	50,0%
2	Count	0	80	80
	% of Σύνολο	,0%	50,0%	50,0%
Σύνολο Count		31	129	160
% of Σύνολο		19,4%	80,6%	100,0%

Στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου η διδασκαλία ασθενούς, η γνωστική διδασκαλία και η περιγραφή των μελών της θεραπευτικής ομάδας διεκπεραιώθηκε σε όλους του ασθενείς (50%) ενώ, στο ΠΙΑΓΝΗ εμφανίζεται και ένα μικρότερο ποσοστό ασθενών στο οποίο δεν έγινε (19,4%).



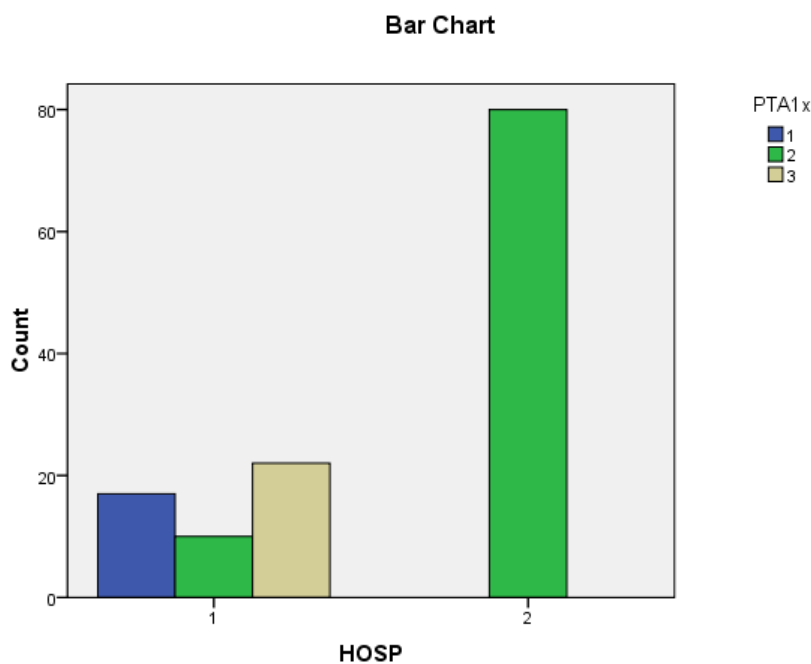
Πίνακας 19. HOSP * PTA1x

$\chi^2=91,265$ β.ε.=2 P= <0,001

Στατιστικά σημαντική

		PTA1x			Σύνολο
		1	2	3	
HOSP 1	Count	17	10	22	49
	% of Σύνολο	13,2%	7,8%	17,1%	38,0%
2	Count	0	80	0	80
	% of Σύνολο	,0%	62,0%	,0%	62,0%
Σύνολο	Count	17	90	22	129
0	% of Σύνολο	13,2%	69,8%	17,1%	100,0%

Σε όλους τους ασθενείς του νοσοκομείου του Ρεθύμνου έγινε γνωστική διδασκαλία και περιγραφή των μελών της θεραπευτικής ομάδας την παραμονή της επέμβασης (62,0%) ενώ, στο ΠΑΓΝΗ έγινε κυρίως λίγες ώρες πριν την επέμβαση (17,1%).



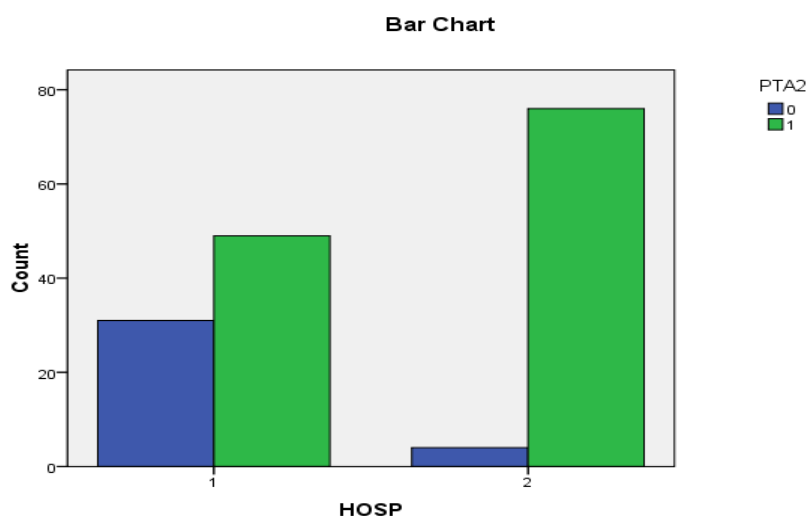
Πίνακας 20. HOSP * PTA2 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής όσον αφορά τον προσανατολισμό- δυνατότητα χρήσης των διαθέσιμων υπηρεσιών (π.χ. τουαλέτας, κομβίο κλήσης προσωπικού, τηλεόρασης, εξοπλισμού διατροφής)

$\chi^2=24,722$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική .

		PTA2 τον προσανατολισμό- δυνατότητα χρήσης των διαθέσιμων υπηρεσιών (π.χ. τουαλέτας, κομβίο κλήσης προσωπικού, τηλεόρασης, εξοπλισμού διατροφής)		
		0	1	Σύνολο
HOSP 1	Count	31	49	80
	% of Σύνολο	19,4%	30,6%	50,0%
2	Count	4	76	80
	% of Σύνολο	2,5%	47,5%	50,0%
Σύνολο Count		35	125	160
% of Σύνολο		21,9%	78,1%	100,0%

Στο μεγαλύτερο ποσοστό και στα δύο νοσοκομεία πραγματοποιήθηκε διδασκαλία προσανατολισμού και δυνατότητας χρήσης των διαθέσιμων υπηρεσιών (π.χ. τουαλέτας, κομβίο κλήσης προσωπικού, τηλεόρασης, εξοπλισμού διατροφής) σε ποσοστό (30,6%) και (47,5%) αντίστοιχα ενώ, σε μικρότερο ποσοστό δεν έγινε (19,4%) και (2,5%).



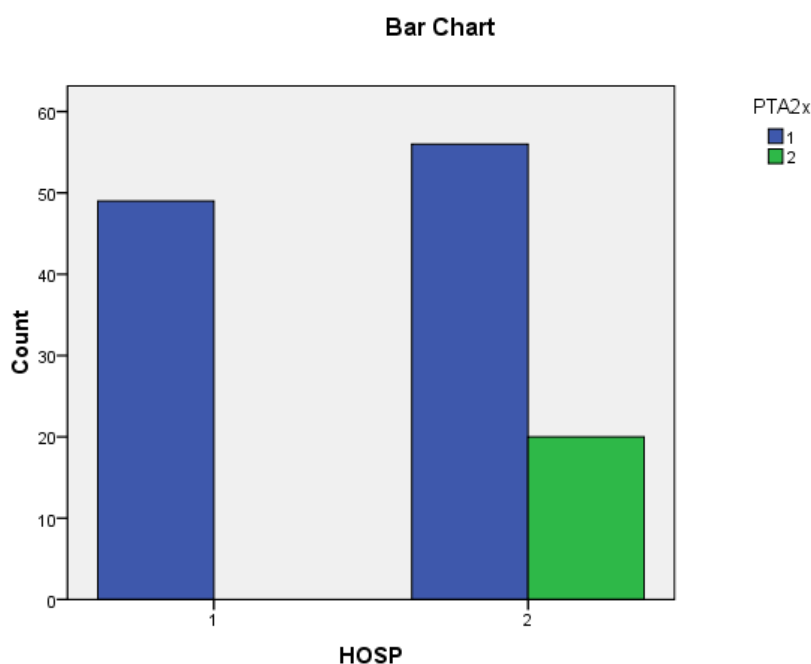
Πίνακας 21. HOSP * PTA2x

$\chi^2=13,455$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική .

		PTA2x		Σύνολο
		1	2	
HOSP 1	Count	49	0	49
	% of Σύνολο	39,2%	,0%	39,2%
2	Count	56	20	76
	% of Σύνολο	44,8%	16,0%	60,8%
Σύνολο	Count	105	20	125
	% of Σύνολο	84,0%	16,0%	100,0%

Η διδασκαλία για τον προσανατολισμό και τη δυνατότητα χρήσης των διαθέσιμων υπηρεσιών (π.χ. τουαλέτας, κομβίο κλήσης προσωπικού, τηλεόρασης, εξοπλισμού διατροφής) και στα δύο νοσοκομεία έγινε κατά την εισαγωγή τους στο χειρουργικό τμήμα σε ποσοστό (39,2%) και (44,8%) αντίστοιχα. Σημειώνεται ένα μικρό ποσοστό στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου στο οποίο παρέιχαν διδασκαλία και τη παραμονή της επέμβασης (16,0%).



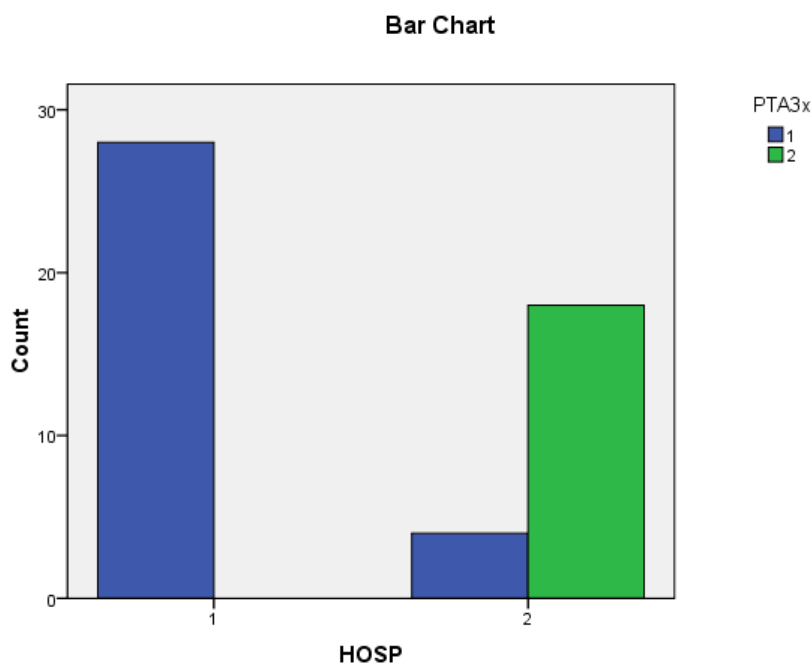
Πίνακας 22. HOSP * PTA3x

$\chi^2=32,332$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική .

		PTA3x		Σύνολο
		1	2	
HOSP 1	Count	28	0	28
	% of Σύνολο	56,0%	,0%	56,0%
2	Count	4	18	22
	% of Σύνολο	8,0%	36,0%	44,0%
Σύνολο Count		32	18	50
ο % of Σύνολο		64,0%	36,0%	100,0%

Παρατηρείται διαφορά μεταξύ των δύο νοσοκομείων ως προς την ημέρα που έγινε η διδασκαλία για τη χρήση τεχνικών χαλάρωσης π.χ. σκέψεις, τηλεόραση, φαντασιώσεις, κλπ. Στο ΠΑΓΝΗ έγινε μόνο την ημέρα εισαγωγής (56,0%) ενώ, στο Ρέθυμνο την παραμονή της επέμβασης (36,0%) και λιγότερο την ημέρα εισαγωγής (8,0%).



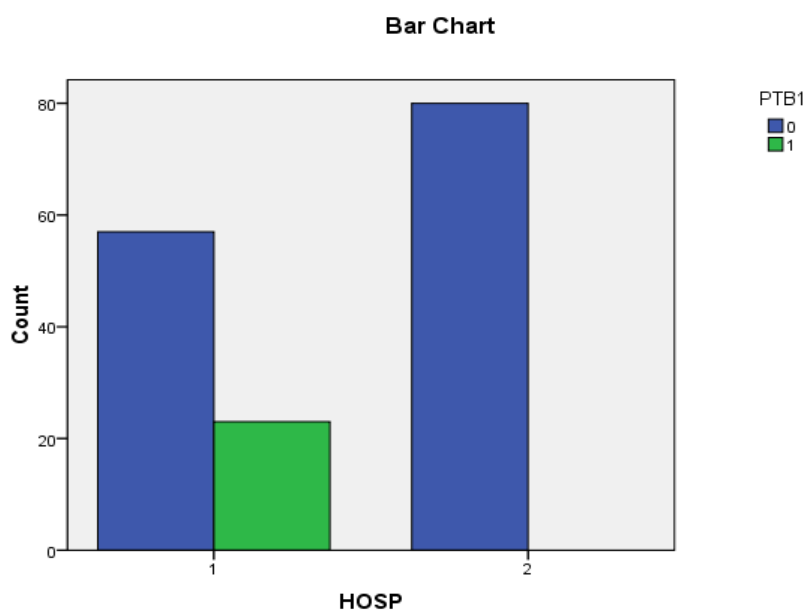
Πίνακας 23. HOSP * PTB1 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής σχετικά με τις ασκήσεις δεξιότητας πρόληψης επιπλοκών, αναπνευστικές ασκήσεις-βαθιές αναπνοές

$\chi^2=24,576$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική .

		PTB1 ασκήσεις δεξιότητας πρόληψης επιπλοκών αναπνευστικές, ασκήσεις-βαθιές αναπνοές		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	57	23	80
	% of Σύνολο	35,6%	14,4%	50,0%
2	Count	80	0	80
	% of Σύνολο	50,0%	,0%	50,0%
Σύνολο Count		137	23	160
% of Σύνολο		85,6%	14,4%	100,0%

Στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου δεν έγινε καθόλου διδασκαλία ασκήσεων δεξιότητας πρόληψης επιπλοκών, αναπνευστικές ασκήσεις-βαθιές αναπνοές (50,0%) ομοίως και στο ΠΑΓΝΗ (35,6%) με εμφάνιση ενός μικρού ποσοστού στο οποίο πραγματοποιήθηκε (14,4%).



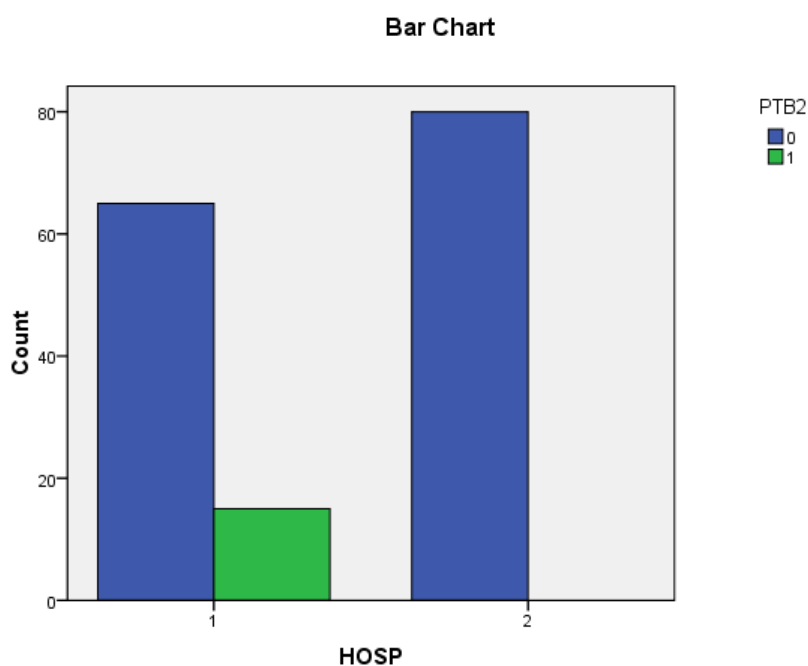
Πίνακας 24. HOSP * PTB2 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για τη σωστή τεχνική και χρήση σπιρομετρου (tri-flow)

$\chi^2=14,418$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική.

		PTB2 σωστή τεχνική και χρήση σπιρομετρου (tri-flow)		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	65	15	80
	% of Σύνολο	40,6%	9,4%	50,0%
2	Count	80	0	80
	% of Σύνολο	50,0%	,0%	50,0%
Σύνολο Count		145	15	160
% of Σύνολο		90,6%	9,4%	100,0%

Παρατηρείται ότι και στα δυο νοσοκομεία η σωστή τεχνική και χρήση σπιρομετρου (tri-flow) δεν έγινε (40,6%) και (50,0%) με τη διαφορά ότι στο ΠΑΓΝΗ σε ένα μικρό ποσοστό έγινε (9,4%).



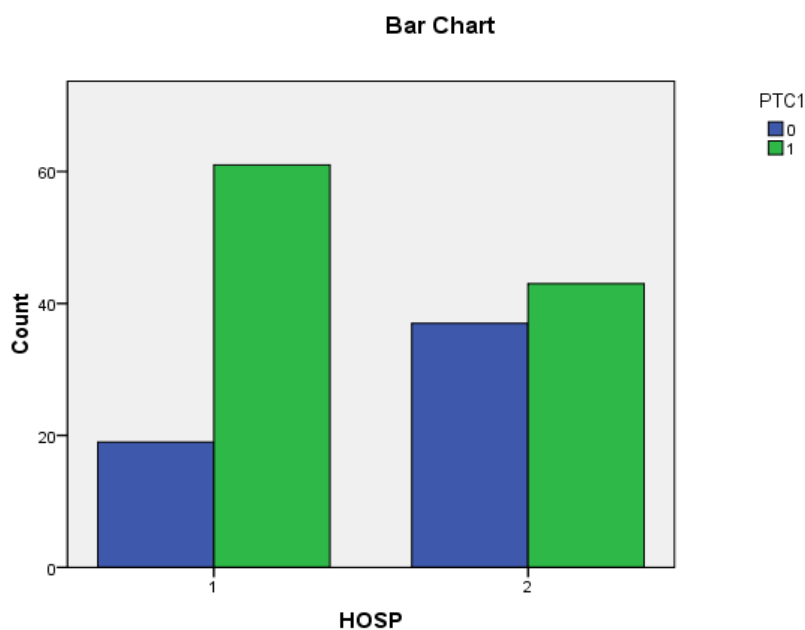
Πίνακας 25. HOSP * PTC1 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής όσον αφορά τη ψυχοσωματική διαχείριση πόνου, χρόνος επίκλησης βοήθειας για καλύτερα αποτελέσματα

$\chi^2=8,901$ β.ε.=1 P=0,003

Στατιστικά σημαντική .

		PTC1 ψυχοσωματική διαχείριση πόνου, χρόνος επίκλησης βοήθειας για καλύτερα αποτελέσματα		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	19	61	80
	% of Σύνολο	11,9%	38,1%	50,0%
2	Count	37	43	80
	% of Σύνολο	23,1%	26,9%	50,0%
Σύνολο Count		56	104	160
% of Σύνολο		35,0%	65,0%	100,0%

Στο ΠΑΓΝΗ στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών έγινε διδασκαλία για την ψυχοσωματική διαχείριση του πόνου, τον χρόνο επίκλησης βοήθειας για καλύτερα αποτελέσματα (38,1%) και σε μικρότερο ποσοστό δεν διεκπεραιώθηκε (11,9%) ενώ, στο Ρέθυμνο η διαφορά μεταξύ στους ασθενείς που πραγματοποιήθηκε ή όχι ήταν ελάχιστη.



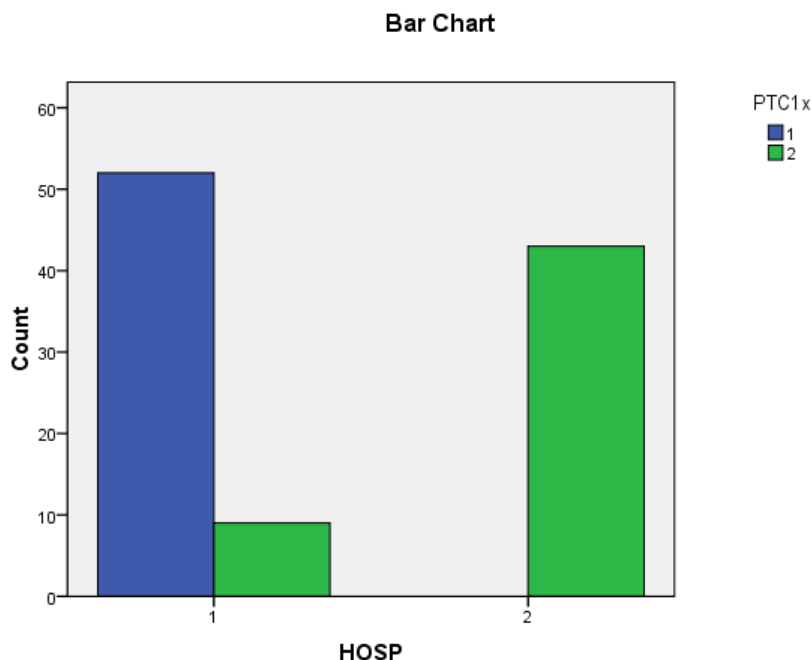
Πίνακας 26. HOSP * PTC1x

$\chi^2=69,941$ β.ε.=1 P= <0,001

Στατιστικά σημαντική

		PTC1x		Σύνολο
		1	2	
HOSP 1	Count	52	9	61
	% of Σύνολο	50,0%	8,7%	58,7%
2	Count	0	43	43
	% of Σύνολο	,0%	41,3%	41,3%
Σύνολο	Count	52	52	104
	% of Σύνολο	50,0%	50,0%	100,0%

Στο ΠΑΓΝΗ παρατηρείται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό η διδασκαλία για την ψυχοσωματική διαχείριση του πόνου, το χρόνο επίκλησης βοήθειας για καλύτερα αποτελέσματα έγινε την ημέρα εισαγωγής των ασθενών (50,0%) ενώ, αντιθέτως στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου έγινε μόνο την παραμονή της επέμβασης (41,3%).



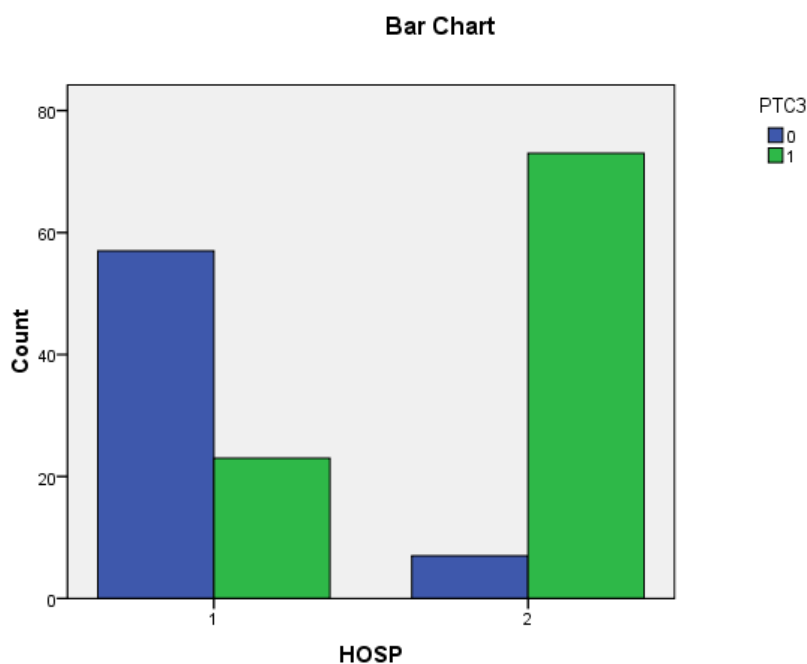
Πίνακας 27. HOSP * PTC3 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για τη χρήση τεχνικών χαλάρωσης π.χ. σκέψεις, τηλεόραση, φαντασιώσεις, κλπ

$\chi^2=65,104$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		PTC3 χρήση τεχνικών χαλάρωσης πχ σκέψεις, τηλεόραση, φαντασιώσεις, κλπ		
		0	1	Σύνολο
HOSP 1	Count	57	23	80
	% of Σύνολο	35,6%	14,4%	50,0%
2	Count	7	73	80
	% of Σύνολο	4,4%	45,6%	50,0%
Σύνολο Count		64	96	160
% of Σύνολο		40,0%	60,0%	100,0%

Παρατηρείται μια αντίθεση ανάμεσα στα δύο νοσοκομεία καθώς στο ΠΑΓΝΗ η χρήση τεχνικών χαλάρωσης π.χ. σκέψεις, τηλεόραση, φαντασιώσεις, κλπ δεν υλοποιείται (35,6%) ενώ, στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου υλοποιείται σε ποσοστό (45,6%).



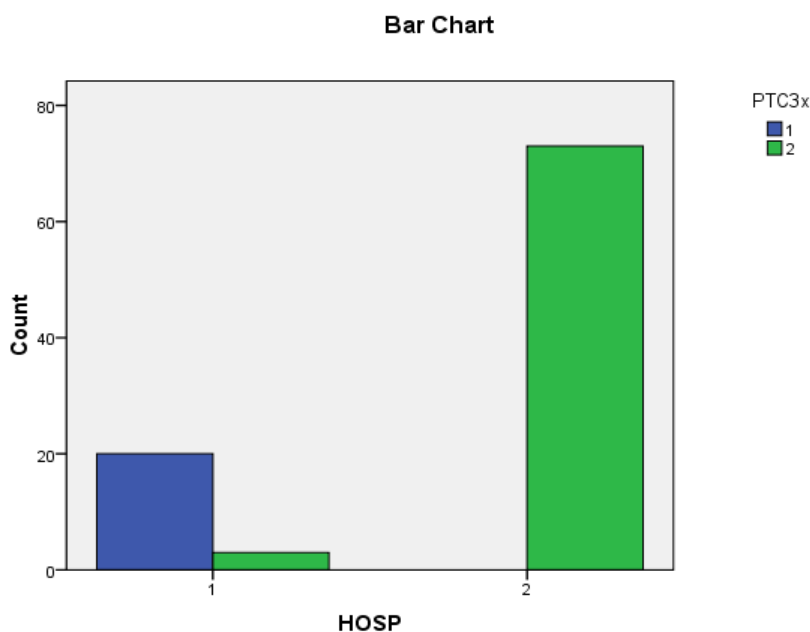
Πίνακας 28. HOSP * PTC3x

$\chi^2=74,997$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		PTC3x		Σύνολο
		1	2	
HOSP 1	Count	20	3	23
	% of Σύνολο	20,8%	3,1%	24,0%
2	Count	0	73	73
	% of Σύνολο	,0%	76,0%	76,0%
Σύνολο	Count	20	76	96
	% of Σύνολο	20,8%	79,2%	100,0%

Στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου παρατηρείται ότι σε όλους τους ασθενείς το νοσηλευτικό προσωπικό παρείχε διδασκαλία για τη χρήση τεχνικών χαλάρωσης π.χ. σκέψεις, τηλεόραση, φαντασιώσεις, κλπ την παραμονή της επέμβασης (76,0%) ενώ, στο ΠΑΓΝΗ το μεγαλύτερο ποσοστό που παρείχαν διδασκαλία ήταν την ημέρα της εισαγωγής (20,8%).



Πίνακες που αφορούν τη σωματική προετοιμασία του ασθενούς (29 – 61)

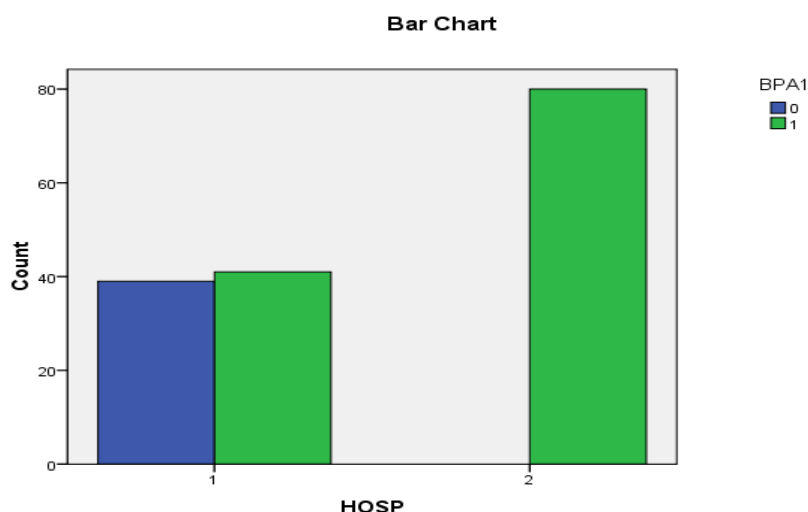
Πίνακας 29. HOSP * BPA1 Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής σχετικά με τη σωματική προετοιμασία του, την υγιεινή και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου, τη πλύση χειρουργικού πεδίου πριν την επέμβαση

$\chi^2=48,960$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPA1 σωματική προετοιμασία του ασθενούς, υγιεινή και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου, πλύση χειρουργικού πεδίου πριν την επέμβαση		
		0	1	Σύνολο
HOSP 1	Count	39	41	80
	% of Σύνολο	24,4%	25,6%	50,0%
2	Count	0	80	80
	% of Σύνολο	,0%	50,0%	50,0%
Σύνολο Count		39	121	160
% of Σύνολο		24,4%	75,6%	100,0%

Στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου σε όλους τους ασθενείς έγινε σωματική προετοιμασία, υγιεινή και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου, πλύση χειρουργικού πεδίου πριν την επέμβαση (50,0%) ενώ, στο ΠΑΓΝΗ παρατηρείται μικρή διαφορά μεταξύ των ασθενών που τους έγινε προετοιμασία (25,6%) και σε αυτούς που δεν έγινε (24,4%).



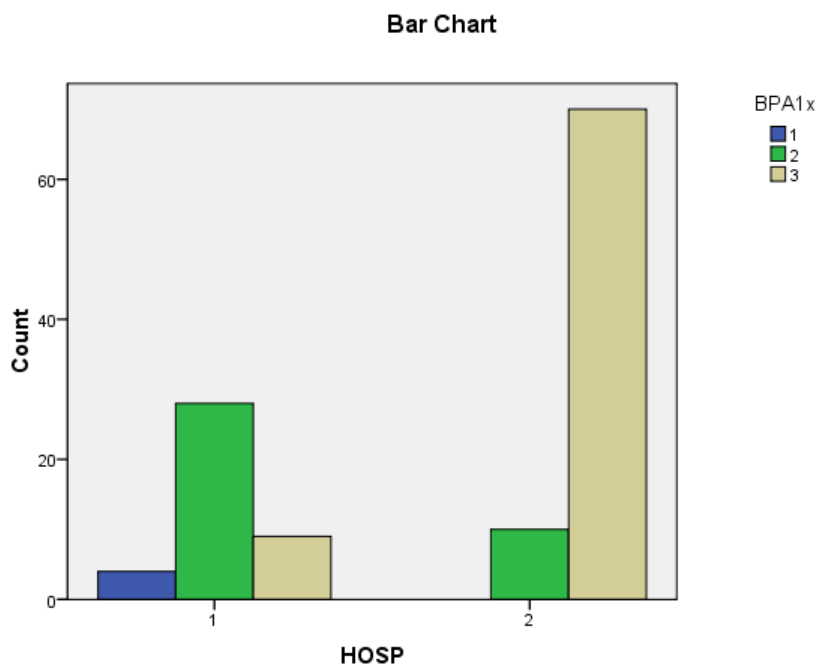
Πίνακας 30. HOSP * BPA1x

$\chi^2=52,513$ β.ε.=2 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική .

		BPA1x			Σύνολο
		1	2	3	
HOSP 1	Count	4	28	9	41
	% of Σύνολο	3,3%	23,1%	7,4%	33,9%
2	Count	0	10	70	80
	% of Σύνολο	,0%	8,3%	57,9%	66,1%
Σύνολ	Count	4	38	79	121
0	% of Σύνολο	3,3%	31,4%	65,3%	100,0%

Στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου παρατηρείται ότι στο περισσότερο ποσοστό παρείχαν σωματική προετοιμασία του ασθενούς, υγιεινή και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου, πλύση χειρουργικού πεδίου λίγες ώρες πριν την επέμβαση (57,9%) ενώ, στο ΠΑΓΝΗ η ίδια διαδικασία πραγματοποιήθηκε την παραμονή της επέμβασης (23,1%).



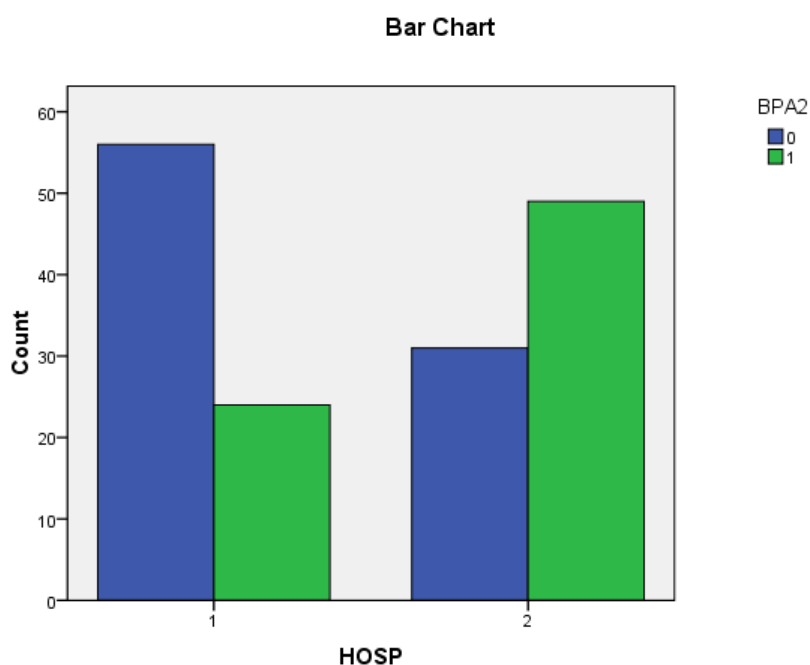
Πίνακας 31.HOSP * BPA2 από τον ίδιο τον ασθενή

$\chi^2=15,746$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPA2 από τον ίδιο τον ασθενή		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	56	24	80
	% of Σύνολο	35,0%	15,0%	50,0%
2	Count	31	49	80
	% of Σύνολο	19,4%	30,6%	50,0%
Σύνολο Count		87	73	160
% of Σύνολο		54,4%	45,6%	100,0%

Παρατηρούμε ότι στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου στο μεγαλύτερο ποσοστό έγινε πλήση χειρουργικού πεδίου από τον ίδιο τον ασθενή πριν την επέμβαση (30,6%) και υπάρχει όμως και ένα μικρότερο ποσοστό στο οποίο δεν έγινε (19,4%), αντίθετα στο ΠΑΓΝΗ μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ασθενών οι οποίοι δεν πραγματοποίησαν αυτή την ενέργεια (35,0%) και μικρότερο εκείνοι που την έπραξαν (15,0%).



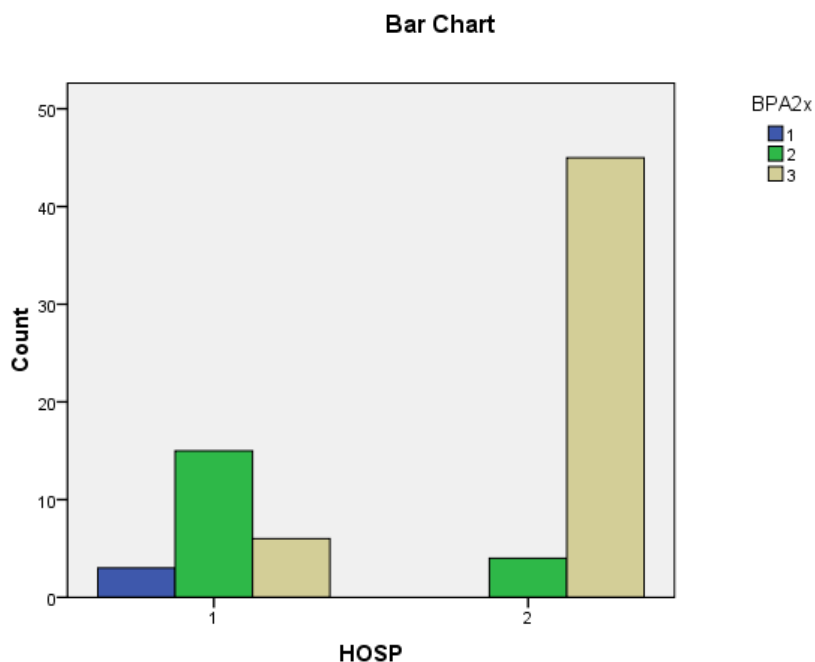
Πίνακας 32.HOSP * BPA2x

$\chi^2=34,700$ β.ε.=2 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPA2x			Σύνολο
		1	2	3	
HOSP 1	Count	3	15	6	24
	% of Σύνολο	4,1%	20,5%	8,2%	32,9%
2	Count	0	4	45	49
	% of Σύνολο	,0%	5,5%	61,6%	67,1%
Σύνολο	Count	3	19	51	73
0	% of Σύνολο	4,1%	26,0%	69,9%	100,0%

Παρατηρούμε ότι στο ΠΑΓΝΗ την παραμονή της επέμβασης έγινε πλύση χειρουργικού πεδίου από τον ίδιο τον ασθενή σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις άλλες μέρες (20,5%) αντιθέτως όμως, στο Ρέθυμνο το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών πραγματοποίησε πλύση χειρουργικού πεδίου λίγες ώρες πριν την επέμβαση (61,6%) και ελάχιστο ποσοστό την παραμονή της επέμβασης (5,5%).



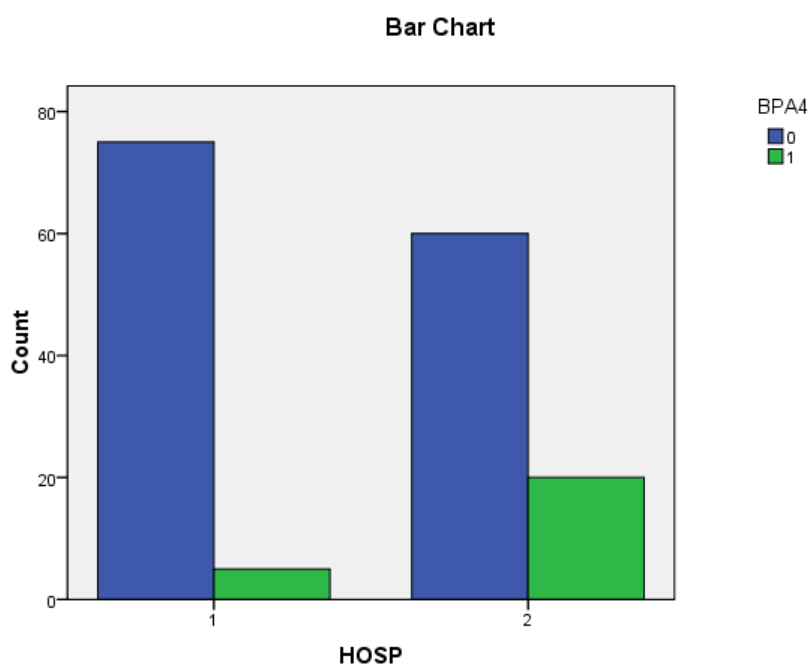
Πίνακας 33.HOSP * BPA4 από άλλο βοηθητικό άτομο

$\chi^2=10,667$ β.ε.=1 P=0,001

Στατιστικά σημαντική .

		BPA4 από άλλο βοηθητικό άτομο		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	75	5	80
	% of Σύνολο	46,9%	3,1%	50,0%
2	Count	60	20	80
	% of Σύνολο	37,5%	12,5%	50,0%
Σύνολο Count		135	25	160
% of Σύνολο		84,4%	15,6%	100,0%

Παρατηρούμε ότι τόσο στο ΠΑΓΝΗ όσο και στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου ελάχιστο ήταν το ποσοστό των ασθενών στους οποίους έγινε πλύση χειρουργικού πεδίου από κάποιο βοηθητικό άτομο (3,1%) και (12,5%) αντίστοιχα.



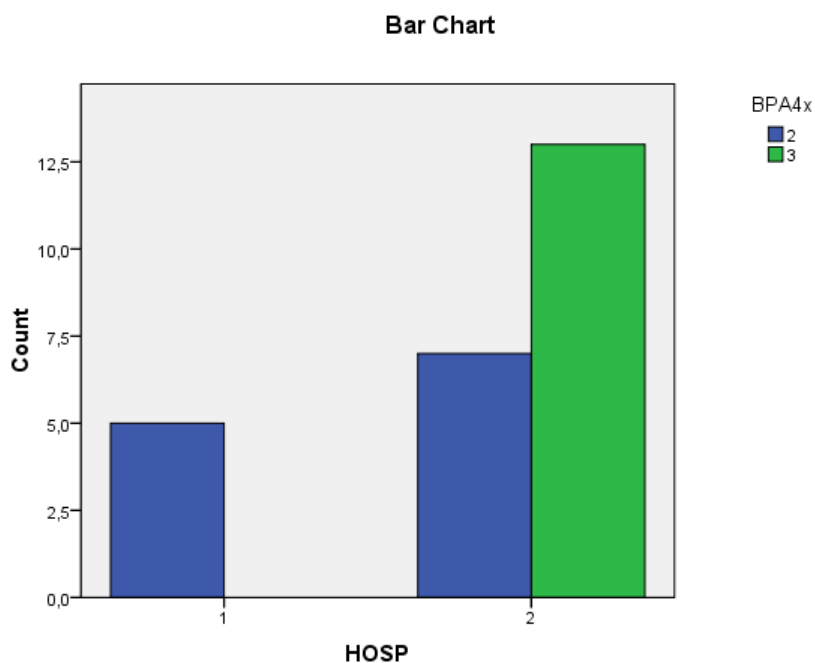
Πίνακας 34.HOSP * BPA4x

$\chi^2=4,417$ β.ε.=1 P=0,036

Στατιστικά σημαντική

		BPA4x		Σύνολο
		2	3	
HOSP 1	Count	5	0	5
	% of Σύνολο	20,0%	,0%	20,0%
2	Count	7	13	20
	% of Σύνολο	28,0%	52,0%	80,0%
Σύνολο	Count	12	13	25
ο	% of Σύνολο	48,0%	52,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι στο Ρέθυμνο πλύση χειρουργικού πεδίου από βοηθητικό άτομο έγινε σε μεγαλύτερο ποσοστό λίγες ώρες πριν την επέμβαση (52,0%) και σε μικρότερο την παραμονή της επέμβασης (28,0%) ενώ, στο ΠΑΓΝΗ έγινε μόνο την παραμονή της επέμβασης (20,0%).



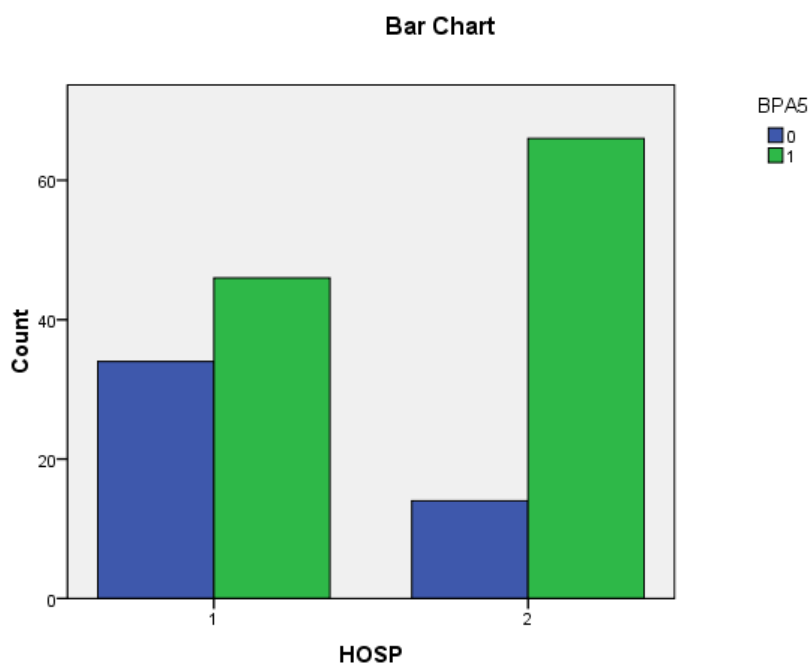
Πίνακας 35.HOSP * BPA5.Λιερέυνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για το ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου.

$\chi^2=11,905$ β.ε.=1 P=0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPA5 ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	34	46	80
	% of Σύνολο	21,3%	28,8%	50,0%
2	Count	14	66	80
	% of Σύνολο	8,8%	41,3%	50,0%
Σύνολο Count		48	112	160
% of Σύνολο		30,0%	70,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι στο Ρέθυμνο σε ένα μεγάλο μέρος των ασθενών έγινε ξύρισμα χειρουργικού πεδίου (41,3%) και σε ένα μικρότερο μέρος δεν έγινε (8,8%) ενώ, στο ΠΑΓΝΗ η διαφορά μεταξύ αυτών που έγινε (28,8%) και αυτών που δεν έγινε (21,3%) ήταν σχετικά μικρή.



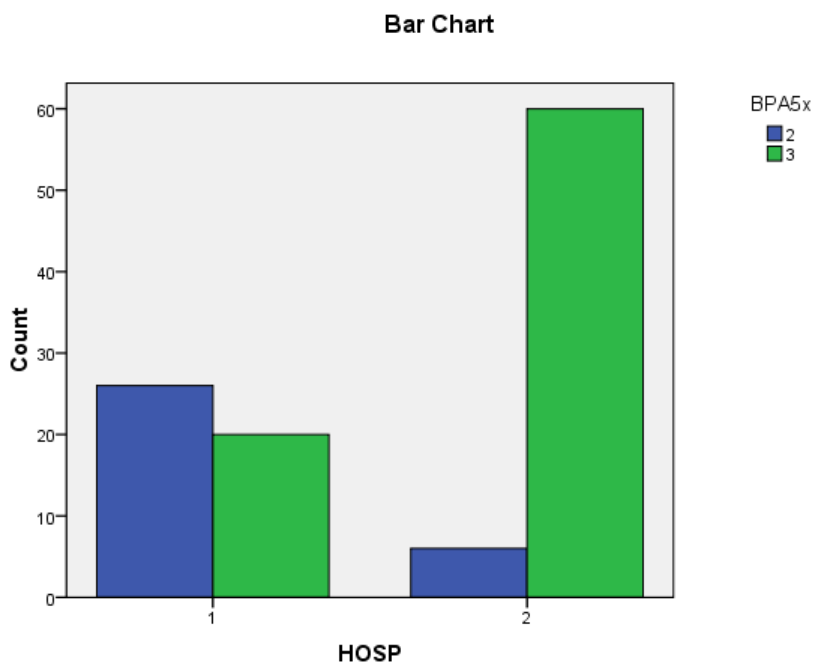
Πίνακας 36.HOSP * BPA5x

$\chi^2=29,881$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPA5x		Σύνολο
		2	3	
HOSP 1	Count	26	20	46
	% of Σύνολο	23,2%	17,9%	41,1%
2	Count	6	60	66
	% of Σύνολο	5,4%	53,6%	58,9%
Σύνολ	Count	32	80	112
0	% of Σύνολο	28,6%	71,4%	100,0%

Στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου ξύρισμα χειρουργικού πεδίου γινόταν σχεδόν πάντα λίγες ώρες πριν την επέμβαση (53,6%) με μικρό ποσοστό να γινόταν την παραμονή της επέμβασης (5,4%) ενώ, στο ΠΑΓΝΗ σημειώνεται μικρή διαφορά ποσοστού μεταξύ ασθενών που πραγματοποιήθηκε ξύρισμα χειρουργικού πεδίου την παραμονή (23,2%) και λίγες ώρες πριν την επέμβαση (17,9%).



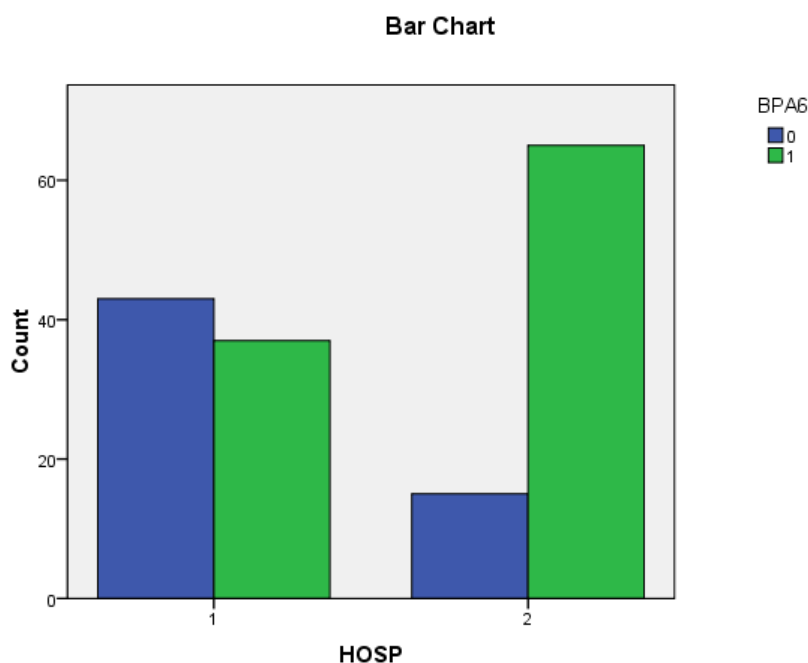
Πίνακας 37. HOSP * BPA6. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για το ξύρισμα στο χειρουργικό τμήμα.

$\chi^2=21,204$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPA6 στο χειρουργικό τμήμα		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	43	37	80
	% of Σύνολο	26,9%	23,1%	50,0%
2	Count	15	65	80
	% of Σύνολο	9,4%	40,6%	50,0%
Σύνολο Count		58	102	160
% of Σύνολο		36,3%	63,8%	100,0%

Στο Ρέθυμνο το ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου γινόταν στο χειρουργικό τμήμα σε μεγάλο ποσοστό (40,6%) και υπάρχει και ένα μικρότερο ποσοστό στο οποίο δεν γινόταν εκεί (9,4%) αντίθετα στο ΠΑΓΝΗ δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά σε αυτούς που γινόταν στο χειρουργικό τμήμα (23,1%) και σε αυτούς που δεν γινόταν (26,9%).



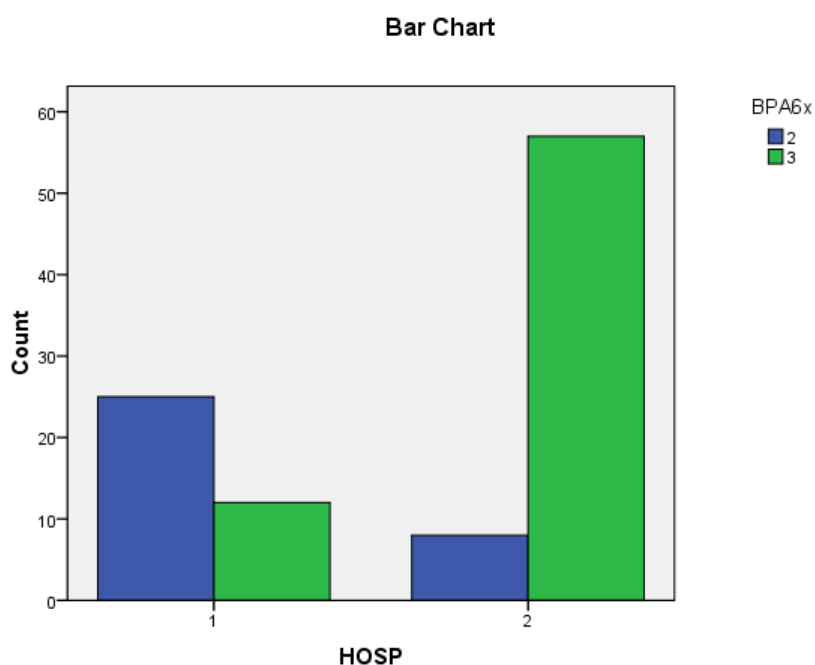
Πίνακας 38.HOSP * BPA6x

$\chi^2=32,898$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPA6x		Σύνολο
		2	3	
HOSP 1	Count	25	12	37
	% of Σύνολο	24,5%	11,8%	36,3%
2	Count	8	57	65
	% of Σύνολο	7,8%	55,9%	63,7%
Σύνολο	Count	33	69	102
	% of Σύνολο	32,4%	67,6%	100,0%

Στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου ξύρισμα χειρουργικού πεδίου στο χειρουργικό τμήμα έγινε σε ένα μεγάλο ποσοστό λίγες ώρες πριν την επέμβαση (55,9%) και σε ένα ελάχιστο την παραμονή της επέμβασης (7,8%) ενώ, στο ΠΑΓΝΗ στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών γινόταν τη παραμονή κυρίως της επέμβασης (24,5%) και λιγότερο λίγες ώρες πριν (11,8%).



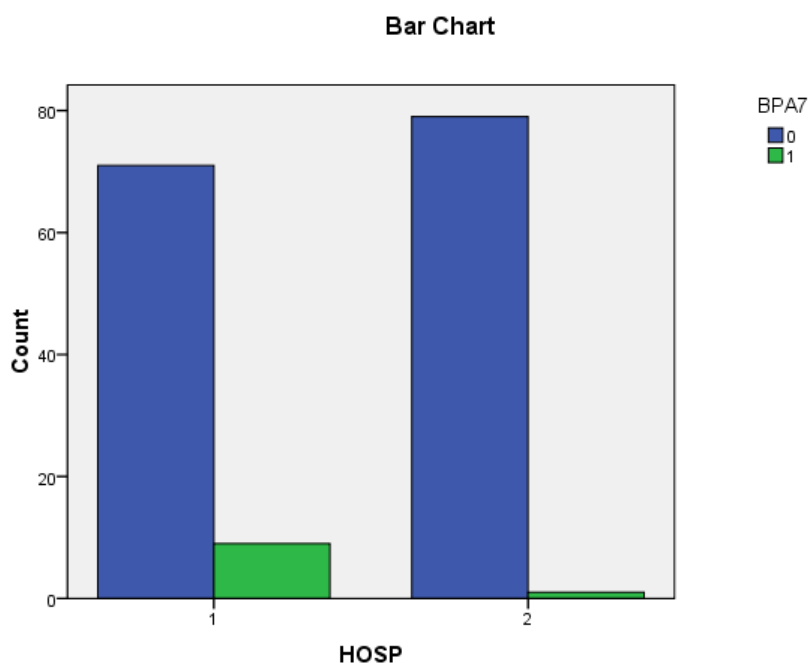
Πίνακας 39.HOSP * BPA7. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για το ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου στο χειρουργείο.

$\chi^2=5,227$ β.ε.=1 P=0,022

Στατιστικά σημαντική

		BPA7 στο χειρουργείο		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	71	9	80
	% of Σύνολο	44,4%	5,6%	50,0%
2	Count	79	1	80
	% of Σύνολο	49,4%	,6%	50,0%
Σύνολο Count		150	10	160
% of Σύνολο		93,8%	6,3%	100,0%

Παρατηρούμε ότι τόσο στο ΠΑΓΝΗ όσο και στο Ρέθυμνο ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου μέσα στο χειρουργείο, στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δεν γινόταν (44,4%) και (49,4%) εκτός από ένα ελάχιστο ποσοστό κυρίως στο ΠΑΓΝΗ στο οποίο και γινόταν (5,6%).



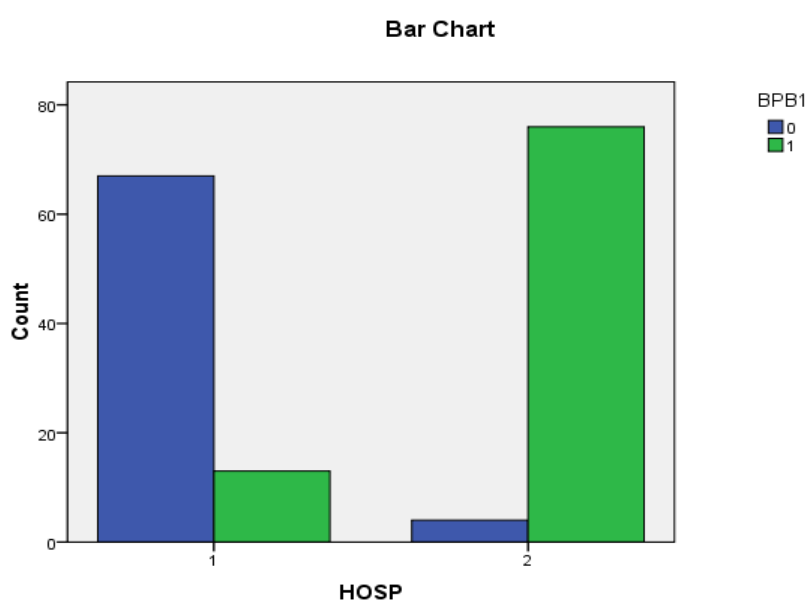
Πίνακας 40.HOSP * BPB1. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για τη γενική σωματική υγιεινή- καθαριότητα, λούσιμο των μαλλιών.

$\chi^2=97,332$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPB1 γενική σωματική υγιεινή- καθαριότητα, λούσιμο των μαλλιών		
		0	1	Σύνολο
HOSP 1	Count	67	13	80
	% of Σύνολο	41,9%	8,1%	50,0%
2	Count	4	76	80
	% of Σύνολο	2,5%	47,5%	50,0%
Σύνολο Count		71	89	160
% of Σύνολο		44,4%	55,6%	100,0%

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου πραγματοποιήθηκε γενική σωματική υγιεινή- καθαριότητα, λούσιμο των μαλλιών στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών (47,5%) αντίθετα με το ΠΑΓΝΗ στο οποίο στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δεν έγινε η διαδικασία αυτή (41,9%) ενώ, υπάρχει και ένα ποσοστό μικρότερο στο οποίο έγινε (8,1%).



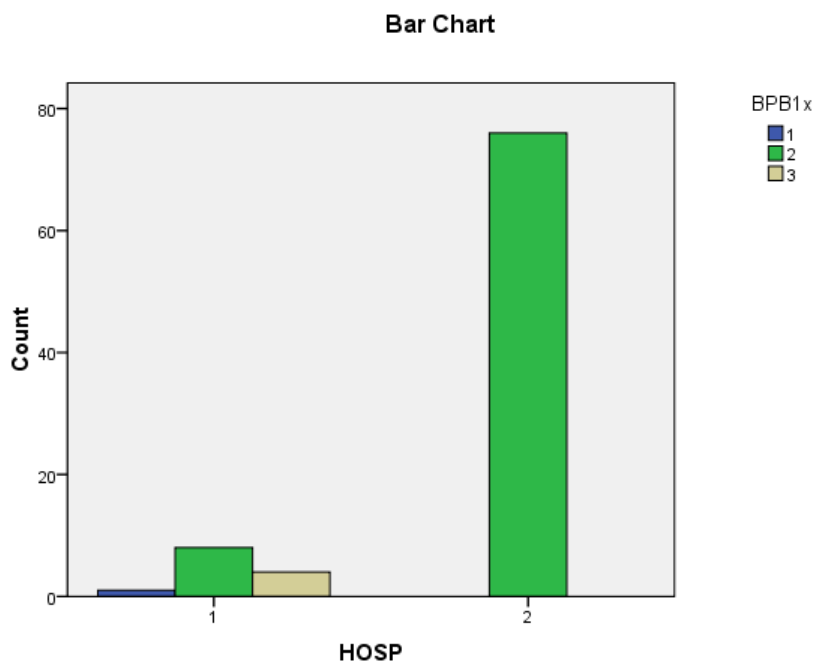
Πίνακας 41.HOSP * BPB1x

$\chi^2=30,971$ β.ε.=2 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPB1x			Σύνολο
		1	2	3	
HOSP 1	Count	1	8	4	13
	% of Σύνολο	1,1%	9,0%	4,5%	14,6%
2	Count	0	76	0	76
	% of Σύνολο	,0%	85,4%	,0%	85,4%
Σύνολο	Count	1	84	4	89
	% of Σύνολο	1,1%	94,4%	4,5%	100,0%

Προκύπτει ότι στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου γενική σωματική υγιεινή- καθαριότητα, λούσιμο των μαλλιών έγινε σε όλους τους ασθενείς την παραμονή της χειρουργικής επέμβασης (85,4%) ομοίως και στο ΠΙΑΓΝΗ το μεγαλύτερο ποσοστό σημειώνεται την παραμονή (9,0%), με μικρότερο ποσοστό λίγες ώρες πριν (4,5%) και ένα ελάχιστο την ημέρα εισαγωγής (1,1%).



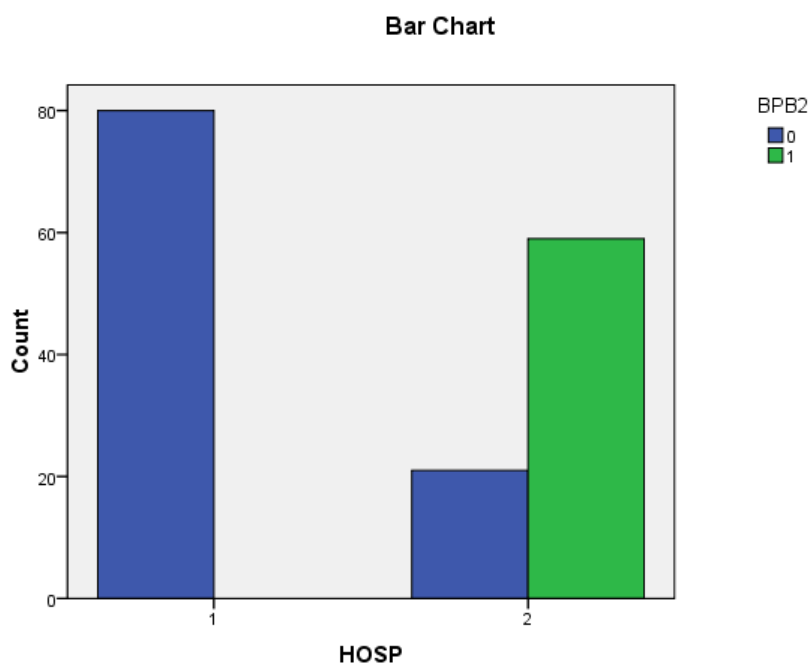
Πίνακας 42.HOSP * BPB2. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για το καθαρισμό-κόψιμο των νυχιών

$\chi^2=90,324$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPB2 καθαρισμός-κόψιμο των νυχιών		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	80	0	80
	% of Σύνολο	50,0%	,0%	50,0%
2	Count	21	59	80
	% of Σύνολο	13,1%	36,9%	50,0%
Σύνολο Count		101	59	160
% of Σύνολο		63,1%	36,9%	100,0%

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι στο ΠΙΑΓΝΗ δεν πραγματοποιήθηκε στους ασθενείς καθαρισμός-κόψιμο των νυχιών ενώ, αντίθετα στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου στο μεγαλύτερο ποσοστό έγινε (36,9%) σημειώνεται όμως και ένα μικρότερο ποσοστό ασθενών στο οποίο και δεν έγινε (13,1%).



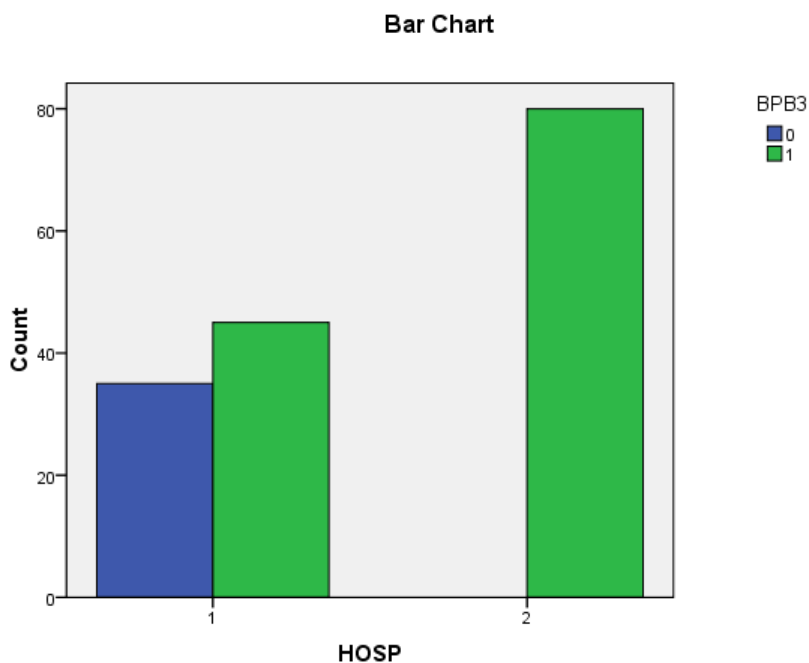
Πίνακας 43.HOSP * BPB3. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για το λουτρό σώματος.

$\chi^2=42,277$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPB3 λουτρό σώματος		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	35	45	80
	% of Σύνολο	21,9%	28,1%	50,0%
2	Count	0	80	80
	% of Σύνολο	,0%	50,0%	50,0%
Σύνολο Count		35	125	160
% of Σύνολο		21,9%	78,1%	100,0%

Παρατηρείται ότι στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου λουτρό σώματος έγινε από όλους τους ασθενείς (50,0%) ενώ, στο ΠΑΓΝΗ σημειώνεται μικρή διαφορά μεταξύ των ασθενών που έκαναν (28,1%) με εκείνων που δεν έκαναν λουτρό σώματος (21,9%).



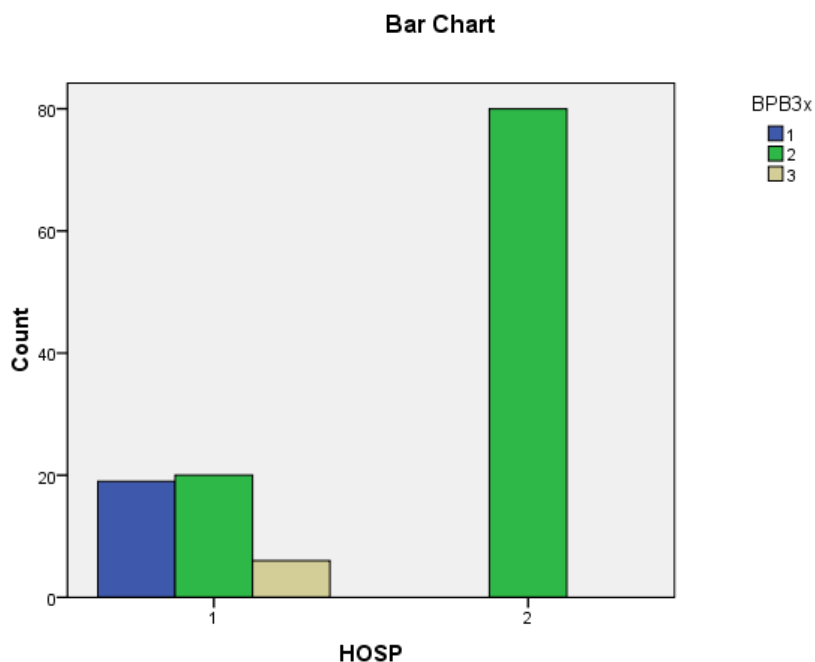
Πίνακας 44.HOSP * BPB3x

$\chi^2=55,556$ β.ε.=2 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPB3x			Σύνολο
		1	2	3	
HOSP 1	Count	19	20	6	45
	% of Σύνολο	15,2%	16,0%	4,8%	36,0%
2	Count	0	80	0	80
	% of Σύνολο	,0%	64,0%	,0%	64,0%
Σύνολο	Count	19	100	6	125
	% of Σύνολο	15,2%	80,0%	4,8%	100,0%

Στο ΠΑΓΝΗ παρατηρούμε ότι λουτρό σώματος έγινε από τους ασθενείς κυρίως τη παραμονή της επέμβασης (16,0%), με ελάχιστη διαφορά από την ημέρα εισαγωγής (15,2%) και με ένα ελάχιστο ποσοστό που έγινε λίγες ώρες πριν την επέμβαση (4,8%) ενώ, στο Ρέθυμνο προκύπτει ότι όλοι οι ασθενείς πραγματοποίησαν λουτρό σώματος μόνο τη παραμονή της επέμβασης (64,0%).



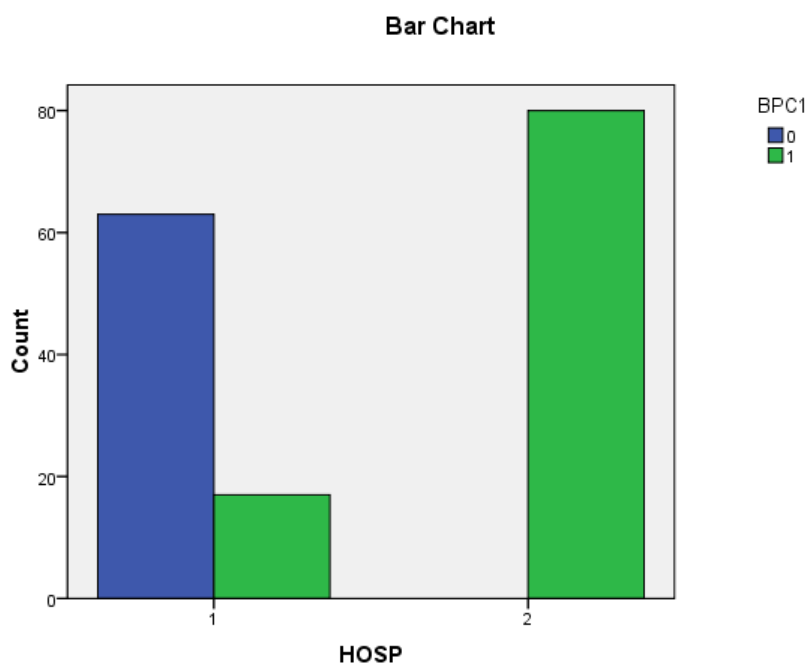
Πίνακας 45.HOSP * BPC1. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για τη διατροφή και υγρά και τη κένωση του εντέρου.

$\chi^2=100,645$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPC1 διατροφή και υγρά, κένωση του εντέρου		
		0	1	Σύνολο
HOSP 1	Count	63	17	80
	% of Σύνολο	39,4%	10,6%	50,0%
2	Count	0	80	80
	% of Σύνολο	,0%	50,0%	50,0%
Σύνολο Count		63	97	160
% of Σύνολο		39,4%	60,6%	100,0%

Προκύπτει ότι στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου έγινε κένωση του εντέρου και κατάλληλη δίαιτα σε όλους τους ασθενείς προεγχειρητικά (50,0%) αντιθέτως στο ΠΑΓΝΗ δεν εφαρμόστηκαν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (39,4%) εκτός και από ένα μικρότερο ποσοστό στο οποίο έγιναν (10,6%).



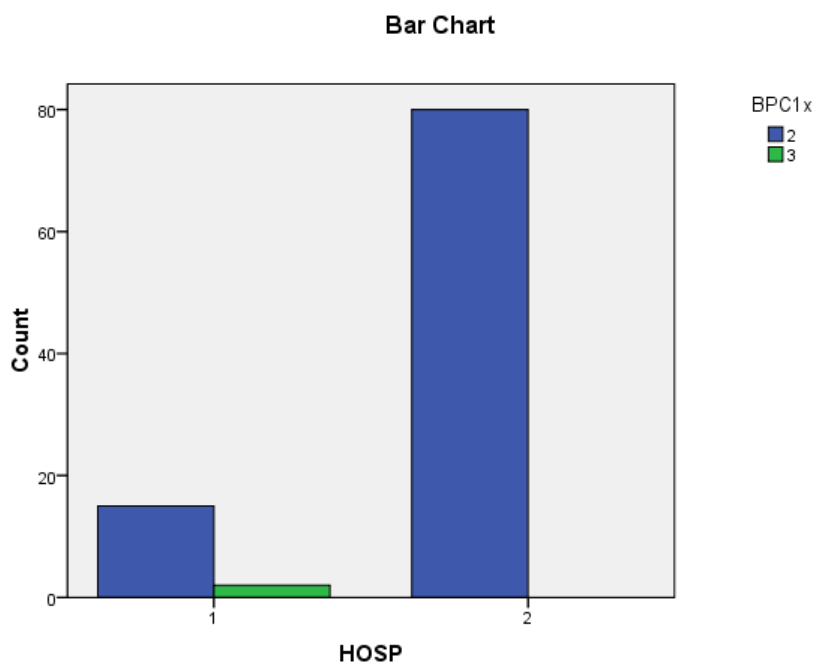
Πίνακας 46.HOSP * BPC1x

$\chi^2=4,667$ β.ε.=1 P=<0,031

Στατιστικά σημαντική

		BPC1x		Σύνολο
		2	3	
HOSP 1	Count	15	2	17
	% of Σύνολο	15,5%	2,1%	17,5%
2	Count	80	0	80
	% of Σύνολο	82,5%	,0%	82,5%
Σύνολο	Count	95	2	97
	% of Σύνολο	97,9%	2,1%	100,0%

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι κένωση του εντέρου έγινε στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου τη παραμονή της επέμβασης (82,5%) ομοίως και στο ΠΑΓΝΗ (15,5%) με την εμφάνιση όμως και ενός μικρότερου ποσοστού που αφορά λίγες ώρες πριν την επέμβαση (2,1%).



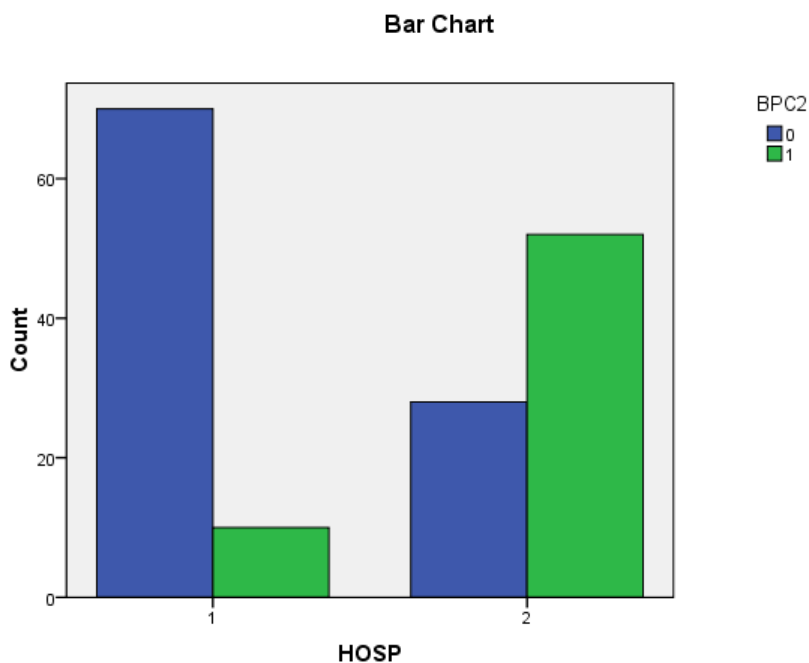
Πίνακας 47.HOSP * BPC2. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για τον υποκλυσμό.

$\chi^2=46,452$ β.ε.=1 P= <0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPC2 Υποκλυσμός		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	70	10	80
	% of Σύνολο	43,8%	6,3%	50,0%
2	Count	28	52	80
	% of Σύνολο	17,5%	32,5%	50,0%
Σύνολ	Count	98	62	160
0	% of Σύνολο	61,3%	38,8%	100,0%

Παρατηρούμε ότι στο ΠΑΓΝΗ στο μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών δεν έγινε υποκλυσμός (43,8%) και σε ένα μικρότερο ποσοστό έγινε (6,3%) ενώ, στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε υποκλυσμό ήταν περισσότεροι (32,5%).



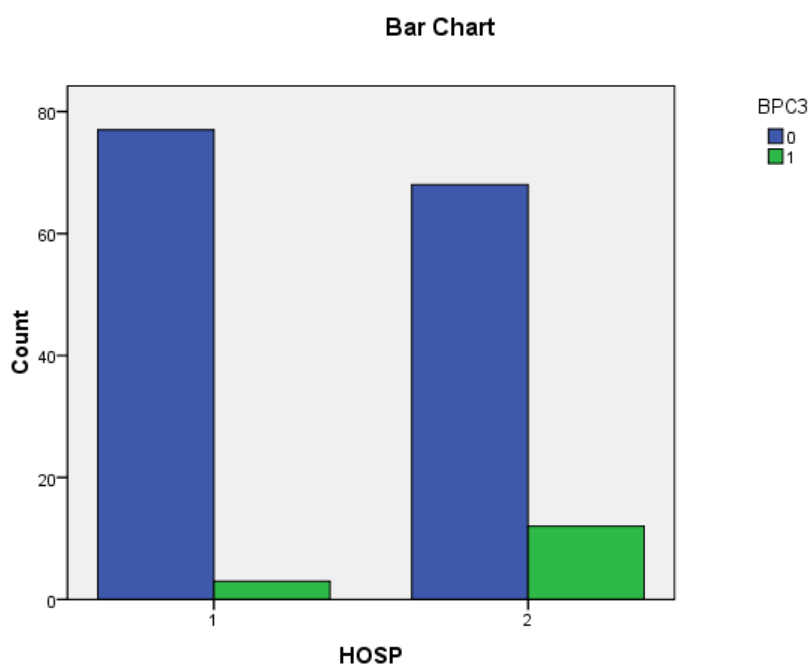
Πίνακας 48.HOSP * BPC3. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για τη χορήγηση υπόθετου.

$\chi^2=4,708$ β.ε.=1 P=0,030

Στατιστικά σημαντική

		BPC3 Υπόθετο		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	77	3	80
	% of Σύνολο	48,1%	1,9%	50,0%
2	Count	68	12	80
	% of Σύνολο	42,5%	7,5%	50,0%
Σύνολο Count		145	15	160
% of Σύνολο		90,6%	9,4%	100,0%

Από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι υπόθετα δεν δόθηκαν και στα δύο νοσοκομεία στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών (48,1%) και (42,5%) αντίστοιχα εκτός από ένα μικρό ποσοστό που εμφανίζεται κυρίως στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου (7,5%) στο οποίο και δόθηκαν.



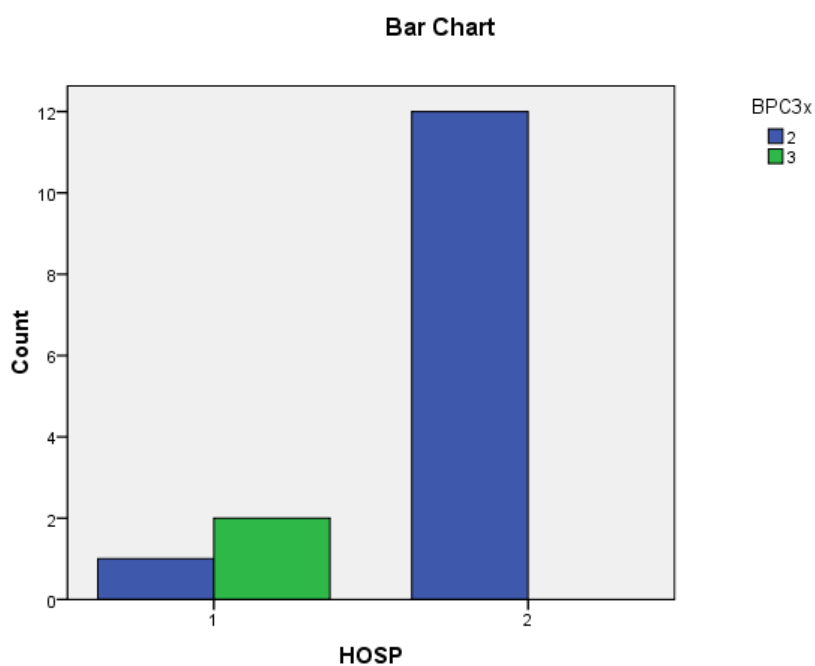
Πίνακας 49.HOSP * BPC3x

$\chi^2=4,363$ β.ε.=1 P=0,037

Στατιστικά σημαντική

		BPC3x		Σύνολο
		2	3	
HOSP 1	Count	1	2	3
	% of Σύνολο	6,7%	13,3%	20,0%
2	Count	12	0	12
	% of Σύνολο	80,0%	,0%	80,0%
Σύνολο	Count	13	2	15
	% of Σύνολο	86,7%	13,3%	100,0%

Παρατηρούμε ότι υπόθετα δόθηκαν στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου μόνο την παραμονή της επέμβασης (80,0%) ενώ, αντίθετα στο ΠΑΓΝΗ δόθηκαν κυρίως λίγες ώρες πριν (13,3%) και σε λιγότερους την παραμονή της επέμβασης (6,7%).



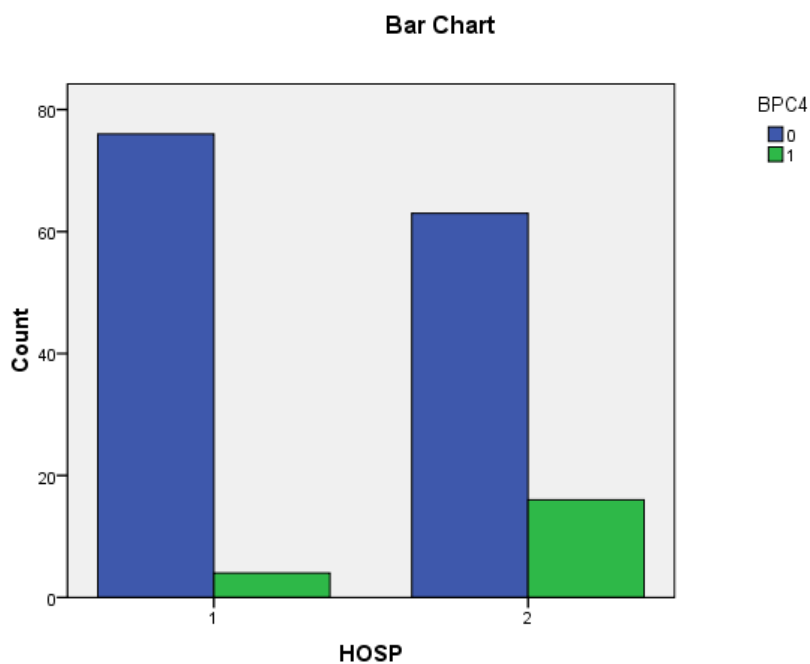
Πίνακας 50.HOSP * BPC4. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για τη χορήγηση PEROS.

$\chi^2=7,080$ β.ε.=1 P=0,008

Στατιστικά σημαντική

		BPC4 PER OS		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	76	4	80
	% of Σύνολο	47,8%	2,5%	50,3%
2	Count	63	16	79
	% of Σύνολο	39,6%	10,1%	49,7%
Σύνολ	Count	139	20	159
ο	% of Σύνολο	87,4%	12,6%	100,0%

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι και στα δύο νοσοκομεία δεν δόθηκε peros για κένωση του εντέρου στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών (47,8%) και (39,6%) αντίστοιχα εκτός από ένα μικρό ποσοστό στο οποίο και δόθηκε (2,5%) και (10,1%).



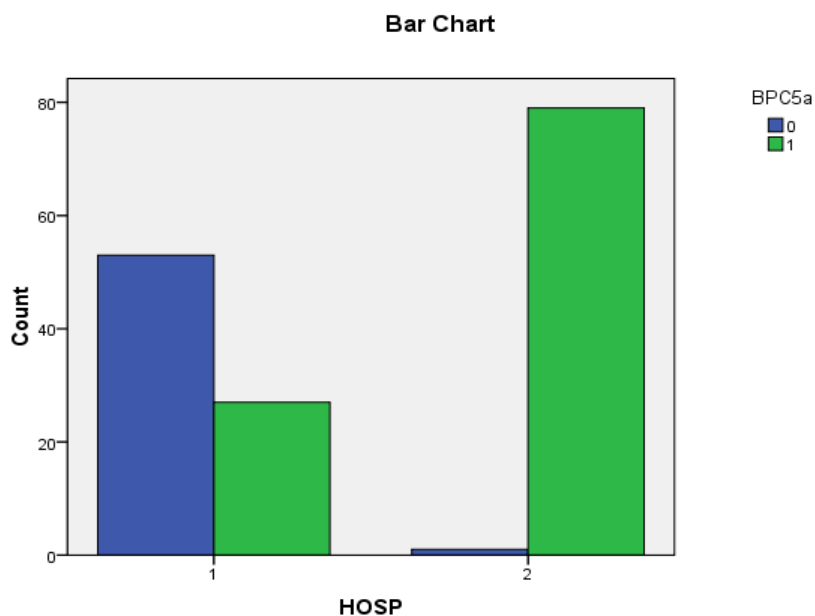
Πίνακας 51.HOSP * BPC5a

$\chi^2=72,704$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

			BPC5a		Σύνολο
			0	1	
HOSP 1	Count	53	27	80	
	% of Σύνολο	33,1%	16,9%	50,0%	
2	Count	1	79	80	
	% of Σύνολο	,6%	49,4%	50,0%	
Σύνολ	Count	54	106	160	
0	% of Σύνολο	33,8%	66,3%	100,0%	

Προκύπτει ότι κατάλληλη διαίτα πριν την χειρουργική επέμβαση την ημέρα εισαγωγής πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου σχεδόν σε όλους τους ασθενείς (49,4%) αντίθετα στο ΠΑΓΝΗ στο μεγαλύτερο ποσοστό δεν εφαρμόστηκε (33,1%) εκτός από ένα μικρότερο ποσοστό στο οποίο και έγινε (16,9%).



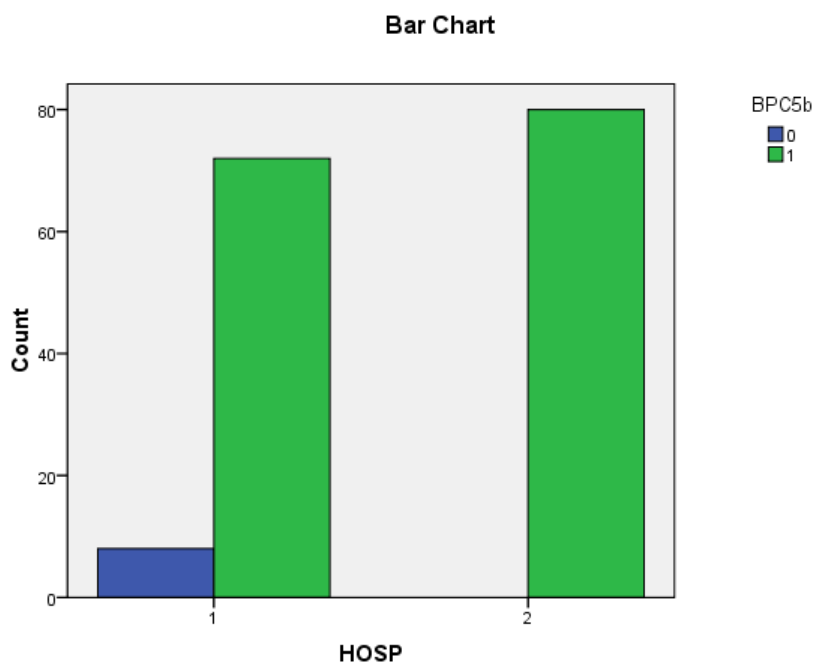
Πίνακας 52.HOSP * BPC5b

$\chi^2=6,447$ β.ε.=1 P= 0,011

Στατιστικά σημαντική

			BPC5b		Σύνολο
			0	1	
HOSP 1	Count	8	72	80	
	% of Σύνολο	5,0%	45,0%	50,0%	
2	Count	0	80	80	
	% of Σύνολο	,0%	50,0%	50,0%	
Σύνολ	Count	8	152	160	
0	% of Σύνολο	5,0%	95,0%	100,0%	

Προκύπτει από τα παραπάνω ότι κατάλληλη διαίτα στους ασθενείς έγινε τη παραμονή της χειρουργικής επέμβασης και στα δύο νοσοκομεία (45,0%) και (50,0%) εκτός από ένα μικρότερο ποσοστό που εμφανίζεται στο ΠΑΓΝΗ στους οποίους και δεν έγινε (5,0%).



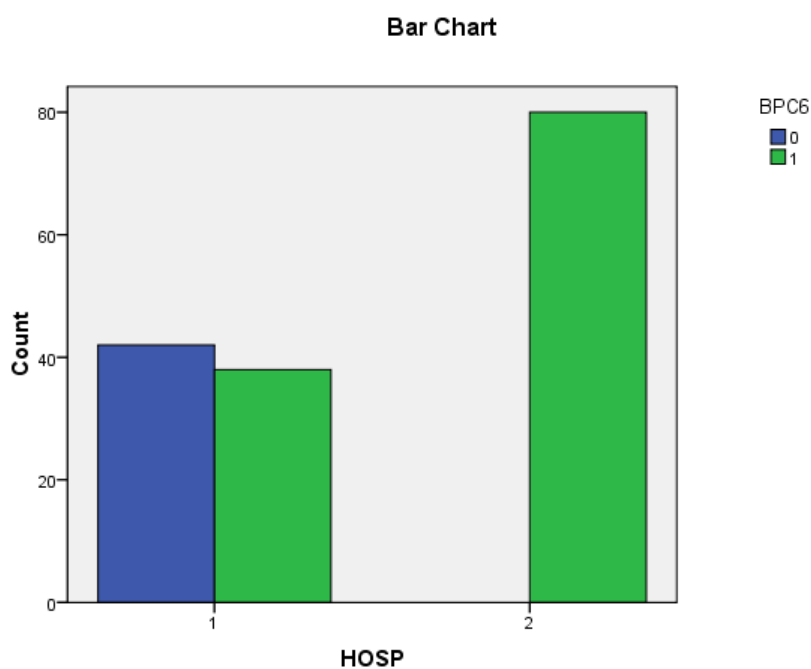
Πίνακας 53.HOSP * BPC6. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για τον έλεγχο διούρησης λίγες ώρες πριν την επέμβαση.

$\chi^2=54,270$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPC6 έλεγχος διούρησης λίγες ώρες πριν την επέμβαση		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	42	38	80
	% of Σύνολο	26,3%	23,8%	50,0%
2	Count	0	80	80
	% of Σύνολο	,0%	50,0%	50,0%
Σύνολο Count		42	118	160
% of Σύνολο		26,3%	73,8%	100,0%

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι έλεγχος διούρησης λίγες ώρες πριν την επέμβαση έγινε σε όλους τους ασθενείς στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου (50,0%) αντίθετα στο ΠΑΓΝΗ παρουσιάζεται μικρή διαφορά μεταξύ των ασθενών που έγινε (23,8%) και αυτών που δεν έγινε ο έλεγχος (26,3%).



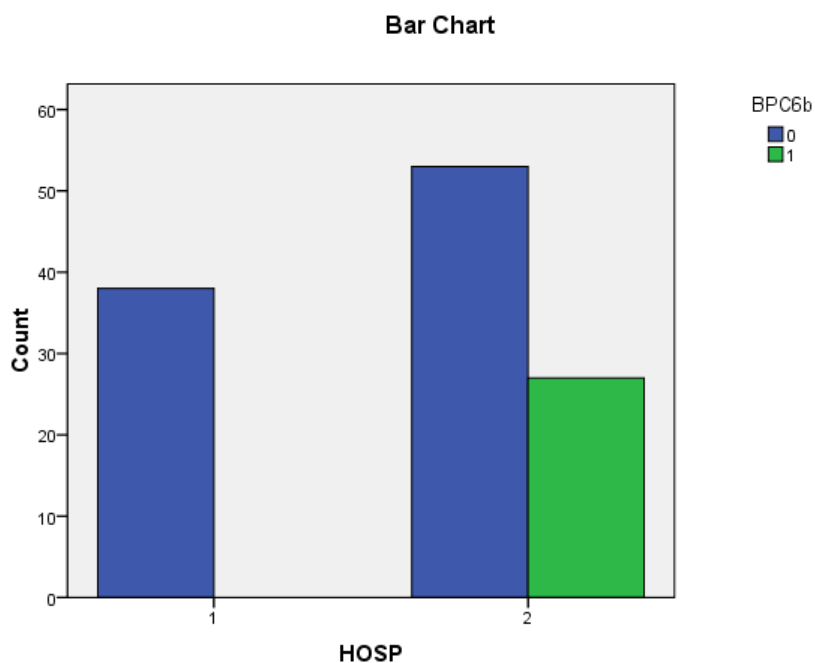
Πίνακας 54.HOSP * BPC6b

$\chi^2=14,773$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

			BPC6b		Σύνολο
			0	1	
HOSP 1	Count	38	0	38	
	% of Σύνολο	32,2%	,0%	32,2%	
2	Count	53	27	80	
	% of Σύνολο	44,9%	22,9%	67,8%	
Σύνολο	Count	91	27	118	
0	% of Σύνολο	77,1%	22,9%	100,0%	

Παρατηρούμε ότι την παραμονή της επέμβασης δεν έγινε έλεγχος διούρησης στους ασθενείς στο ΠΑΓΝΗ (32,2%) ομοίως και στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δεν εφαρμόστηκε (44,9%) ενώ, εμφανίζεται και ένα μικρότερο ποσοστό στο οποίο έγινε (22,9%).



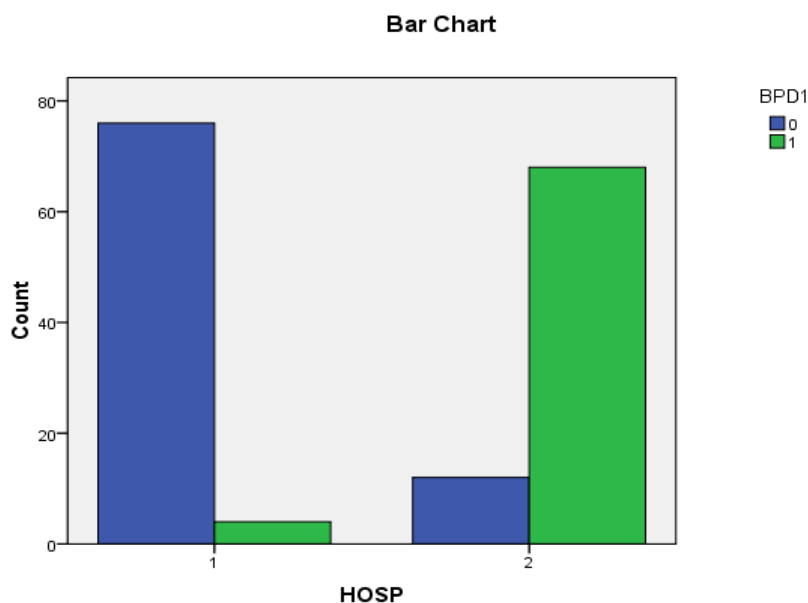
Πίνακας 55.HOSP * BPD1. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για προαγωγή της ανάπαυσης και του πόνου, παροχή διδασκαλίας για τη θετική συμβολή του ύπνου.

$\chi^2=100,227$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPD1 προαγωγή της ανάπαυσης και του πόνου, παροχή διδασκαλίας για τη θετική συμβολή του ύπνου		
		0	1	Σύνολο
HOSP 1	Count	76	4	80
	% of Σύνολο	47,5%	2,5%	50,0%
2	Count	12	68	80
	% of Σύνολο	7,5%	42,5%	50,0%
Σύνολο Count		88	72	160
% of Σύνολο		55,0%	45,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι προαγωγή της ανάπαυσης και του πόνου, παροχή διδασκαλίας για τη θετική συμβολή του ύπνου έγινε μόνο στο Ρέθυμνο στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών (42,5%) ωστόσο υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό στο οποίο δεν έγινε (7,5%) αντίθετα στο ΠΑΓΝΗ εφαρμόστηκε σε ένα ελάχιστο αριθμό ασθενών (2,5%).



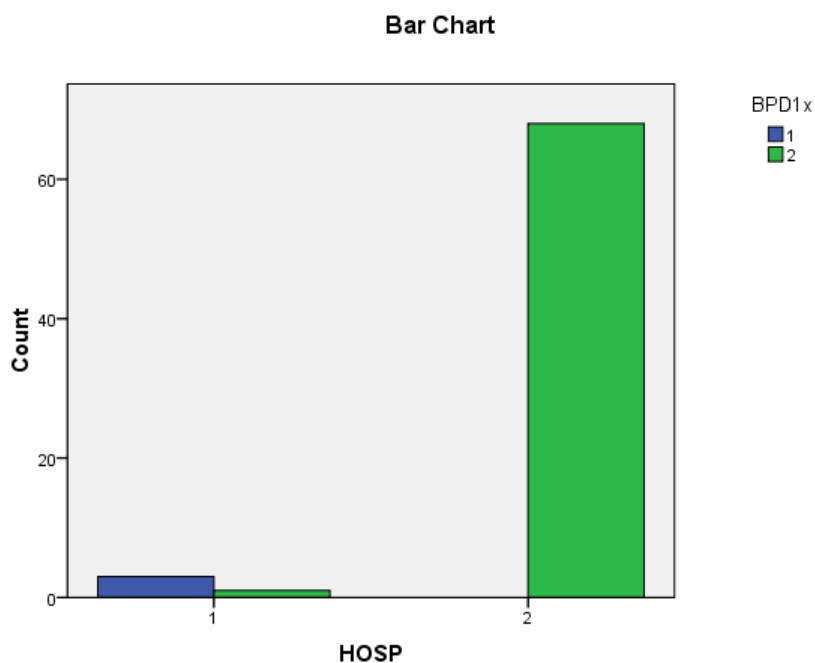
Πίνακας 56.HOSP * BPD1x

$\chi^2=53,217$ β.ε.=1 P= <0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPD1x		Σύνολο
		1	2	
HOSP 1	Count	3	1	4
	% of Σύνολο	4,2%	1,4%	5,6%
2	Count	0	68	68
	% of Σύνολο	,0%	94,4%	94,4%
Σύνολο	Count	3	69	72
	% of Σύνολο	4,2%	95,8%	100,0%

Από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι η προαγωγή της ανάπαυσης και του πόνου, παροχή διδασκαλίας για τη θετική συμβολή του ύπνου έγινε στο Ρέθυμνο μόνο τη παραμονή της επέμβασης (94,4%) ενώ, αντίθετα στο ΠΑΓΝΗ έγινε σε ελάχιστο αριθμό ασθενών την ημέρα εισαγωγής (4,2%).



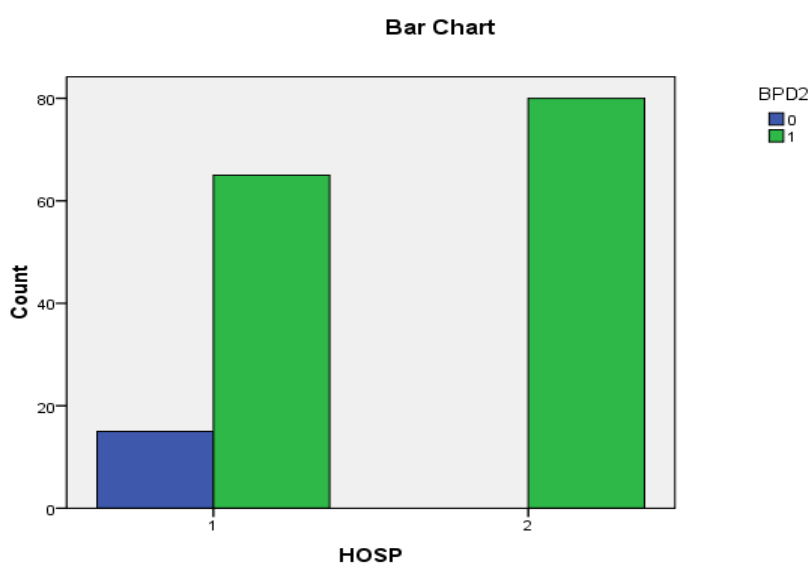
Πίνακας 57.HOSP * BPD2. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για εξασφάλιση ήσυχου και άνετου περιβάλλοντος (π.χ. τήρηση επισκεπτηρίου, ώρες κοινής ησυχίας).

$\chi^2=14,418$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPD2 εξασφάλιση ήσυχου και άνετου περιβάλλοντος (π.χ. τήρηση επισκεπτηρίου, ώρες κοινής ησυχίας)		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	15	65	80
	% of Σύνολο	9,4%	40,6%	50,0%
2	Count	0	80	80
	% of Σύνολο	,0%	50,0%	50,0%
Σύνολο Count		15	145	160
% of Σύνολο		9,4%	90,6%	100,0%

Από τα δεδομένα προκύπτει ότι εξασφάλιση ήσυχου και άνετου περιβάλλοντος (π.χ. τήρηση επισκεπτηρίου, ώρες κοινής ησυχίας) είχαν και στα δύο νοσοκομεία (40,6%) και (50,0%) αντίστοιχα ενώ, προκύπτει και ένα μικρό ποσοστό ασθενών στο ΠΑΓΝΗ (9,4%) το οποίο και δεν είχε αυτήν την εξασφάλιση.



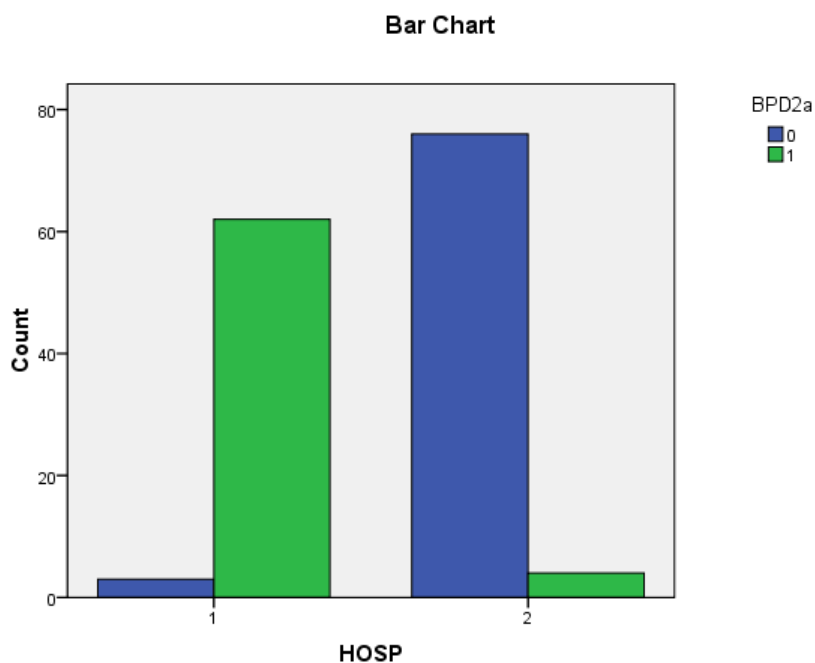
Πίνακας 58.HOSP * BPD2a

$\chi^2=114,521$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPD2a		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	3	62	65
	% of Σύνολο	2,1%	42,8%	44,8%
2	Count	76	4	80
	% of Σύνολο	52,4%	2,8%	55,2%
Σύνολο	Count	79	66	145
0	% of Σύνολο	54,5%	45,5%	100,0%

Προκύπτει ότι δεν εφαρμόστηκε στους περισσότερους ασθενείς, εξασφάλιση ήσυχου και άνετου περιβάλλοντος (π.χ. τήρηση επισκεπτηρίου, ώρες κοινής ησυχίας)την ημέρα εισαγωγής στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου (52,4%) αντίθετα στο ΠΑΓΝΗ εξασφαλίστηκε στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών (42,8%).



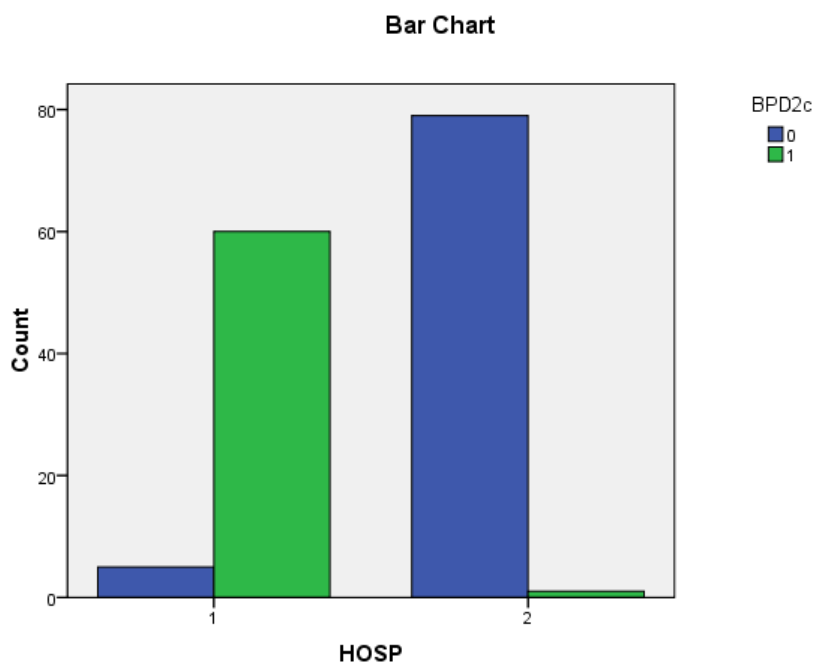
Πίνακας 59.HOSP * BPD2c

$\chi^2=118,302$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPD2c		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	5	60	65
	% of Σύνολο	3,4%	41,4%	44,8%
2	Count	79	1	80
	% of Σύνολο	54,5%	,7%	55,2%
Σύνολο	Count	84	61	145
0	% of Σύνολο	57,9%	42,1%	100,0%

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου δεν εφαρμόστηκε στους περισσότερους ασθενείς, εξασφάλιση ήσυχου και άνετου περιβάλλοντος (π.χ. τήρηση επισκεπτηρίου, ώρες κοινής ησυχίας)λίγες ώρες πριν την επέμβαση (54,5%) σε αντίθεση με το ΠΑΓΝΗ που στο μεγαλύτερο αριθμό των ασθενών εφαρμόστηκε (41,4%).



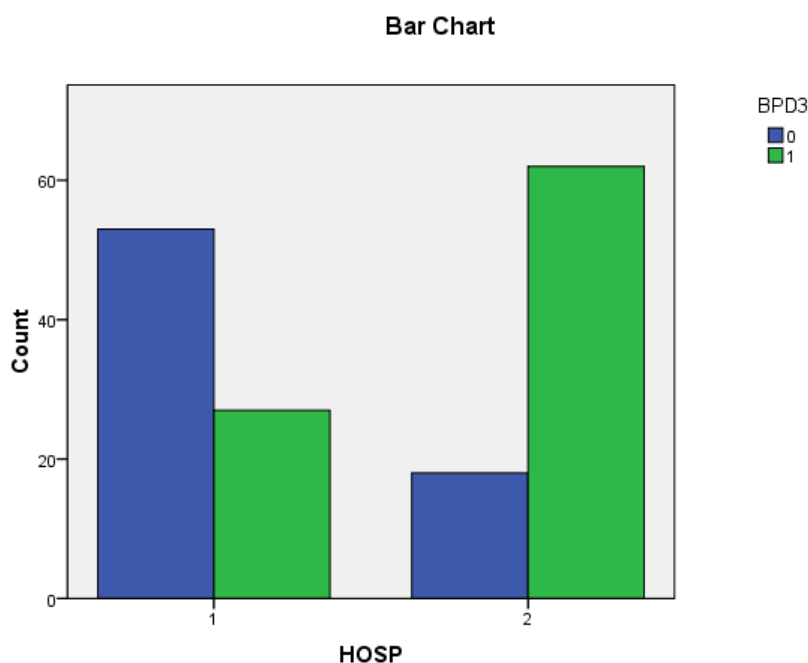
Πίνακας 60.HOSP * BPD3. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για χορήγηση κατάλληλου υπνωτικού φαρμάκου.

$\chi^2=31,018$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		BPD3 χορήγηση κατάλληλου υπνωτικού φαρμάκου		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	53	27	80
	% of Σύνολο	33,1%	16,9%	50,0%
2	Count	18	62	80
	% of Σύνολο	11,3%	38,8%	50,0%
Σύνολο Count		71	89	160
% of Σύνολο		44,4%	55,6%	100,0%

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου χορήγηση κατάλληλου υπνωτικού φαρμάκου δόθηκε στο μεγαλύτερο αριθμό των ασθενών (38,8%) σε αντίθεση με το ΠΑΓΝΗ όπου στους περισσότερους ασθενείς δεν τους είχε χορηγηθεί υπνωτικό (33,1%).



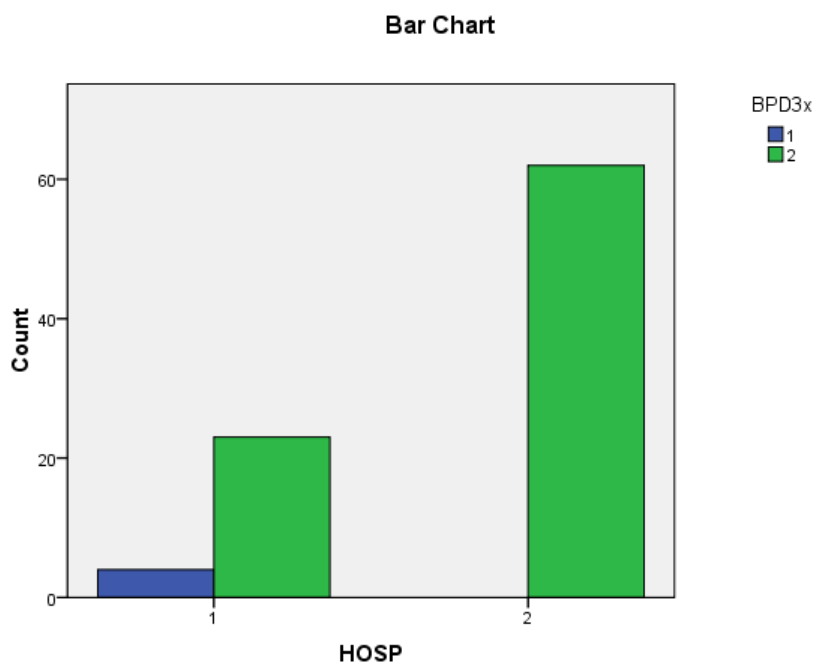
Πίνακας 61.HOSP * BPD3x

$\chi^2=6,476$ β.ε.=1 P=0,011

Στατιστικά σημαντική

		BPD3x		Σύνολο
		1	2	
HOSP 1	Count	4	23	27
	% of Σύνολο	4,5%	25,8%	30,3%
2	Count	0	62	62
	% of Σύνολο	,0%	69,7%	69,7%
Σύνολο	Count	4	85	89
0	% of Σύνολο	4,5%	95,5%	100,0%

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι στο Ρέθυμνο έγινε χορήγηση κατάλληλου υπνωτικού φαρμάκου στους ασθενείς την παραμονή της χειρουργικής επέμβασης (69,7%) ομοίως και στο ΠΑΓΝΗ (25,8%) ενώ, υπάρχει και ένας μικρότερος αριθμός ασθενών στο ΠΑΓΝΗ όπου του δόθηκε υπνωτικό την ημέρα εισαγωγής τους (4,5%).



Πίνακες που αφορούν τη χορήγηση φαρμάκων (62 - 69)

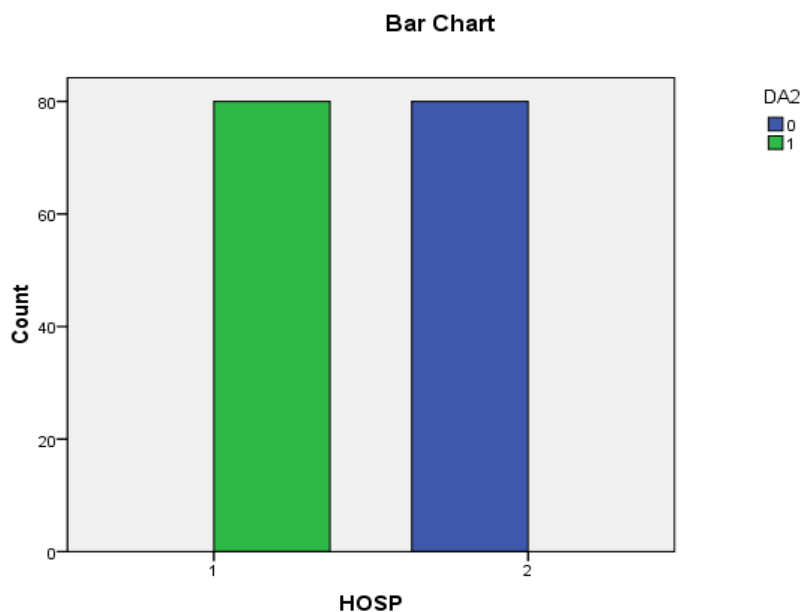
Πίνακας 62.HOSP * DA2. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για χορήγηση ηρεμιστικών - προνάρκωσης ? ώρες πριν την επέμβαση.

$\chi^2=156,025$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		DA2 χορήγηση ηρεμιστικών - προνάρκωσης ? ώρες πριν την επέμβαση*		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	0	80	80
	% of Σύνολο	0,0%	50,0%	50,0%
2	Count	80	0	80
	% of Σύνολο	50,0%	0,0%	50,0%
Σύνολο Count		80	80	160
% of Σύνολο		50,0%	50,0%	100,0%

Προκύπτει ότι στο ΠΑΓΝΗ έγινε χορήγηση ηρεμιστικών –προνάρκωσης ώρες πριν την επέμβαση σε όλους τους ασθενείς (50,0%) ενώ, αντίθετα στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου δεν χορηγήθηκε ηρεμιστικό –προνάρκωσης σε κανέναν ασθενή (0%).



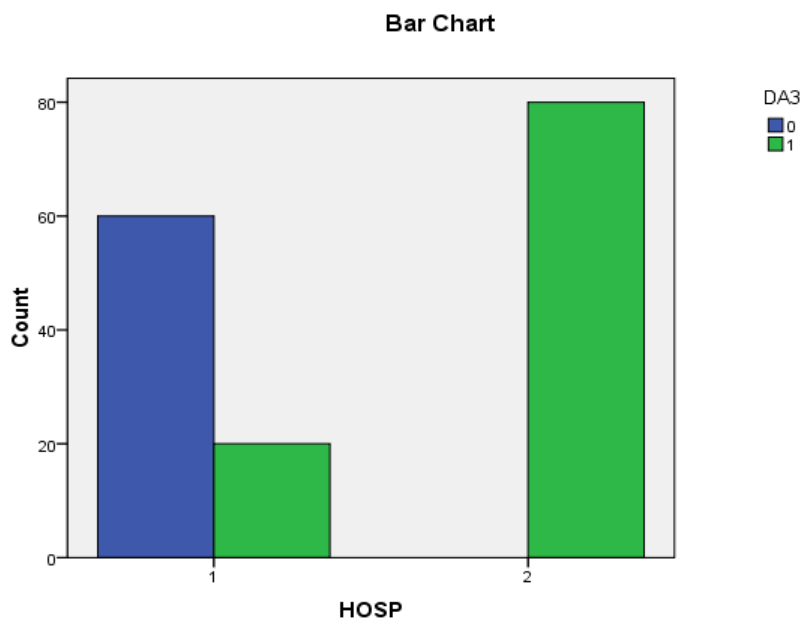
Πίνακας 63.HOSP * DA3. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για χορήγηση αντιβιοτικών.

$\chi^2 = 92,827$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		DA3 χορήγηση αντιβιοτικών		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	60	20	80
	% of Σύνολο	37,5%	12,5%	50,0%
2	Count	0	80	80
	% of Σύνολο	,0%	50,0%	50,0%
Σύνολο Count		60	100	160
% of Σύνολο		37,5%	62,5%	100,0%

Από τα δεδομένα προκύπτει ότι στο ΠΑΓΝΗ αντιβιοτικά δεν δόθηκαν στους περισσότερους ασθενείς (37,5%) ενώ, παρουσιάζεται και ένα μικρότερο ποσοστό στο οποίο και δόθηκε (12,5%) σε αντίθεση όμως με το νοσοκομείο του Ρεθύμνου όπου σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκαν αντιβιοτικά (50,0%).



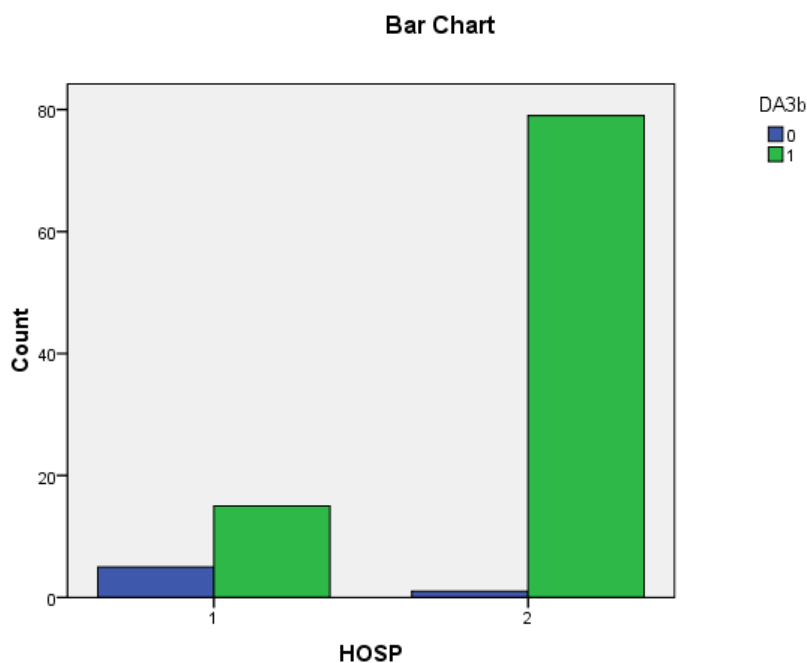
Πίνακας 64.HOSP * DA3b

$\chi^2=12,068$ β.ε.=1 P=0,001

Στατιστικά σημαντική

		DA3b		
		0	1	Σύνολο
HOSP 1	Count	5	15	20
	% of Σύνολο	5,0%	15,0%	20,0%
2	Count	1	79	80
	% of Σύνολο	1,0%	79,0%	80,0%
Σύνολο	Count	6	94	100
	% of Σύνολο	6,0%	94,0%	100,0%

Προκύπτει ότι αντιβιοτικά λίγες ώρες πριν την επέμβαση στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου δόθηκαν σχεδόν σε όλους τους ασθενείς (79,0%) ομοίως και στο ΠΑΓΝΗ σε μικρότερο όμως ποσοστό (15%) ενώ παρουσιάζεται και ένα ποσοστό ασθενών το οποίο δεν πήρε αντιβιοτικά λίγες ώρες πριν (5%).



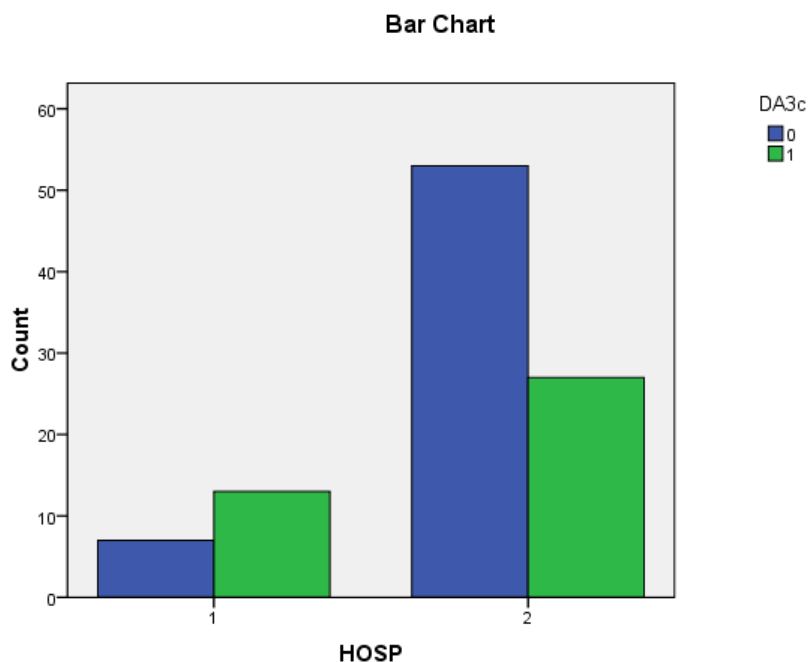
Πίνακας 65.HOSP * DA3c

$\chi^2=6,510$ β.ε.=1 P=0,011

Στατιστικά σημαντική

		DA3c		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	7	13	20
	% of Σύνολο	7,0%	13,0%	20,0%
2	Count	53	27	80
	% of Σύνολο	53,0%	27,0%	80,0%
Σύνολο	Count	60	40	100
0	% of Σύνολο	60,0%	40,0%	100,0%

Από τα δεδομένα προκύπτει ότι αντιβιοτικά στο Ρέθυμνο το προηγούμενο βράδυ δεν χορηγήθηκαν στους περισσότερους ασθενείς (53,0%) ενώ, εμφανίζεται και ένα μικρότερο ποσοστό ασθενών το οποίο πήρε (27,0%) σε αντίθεση με το ΠΑΓΓΝΗ όπου δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών που δεν πήραν καθόλου αντιβιοτικά (7,0%) και αυτών που πήραν το προηγούμενο βράδυ (13,0%).



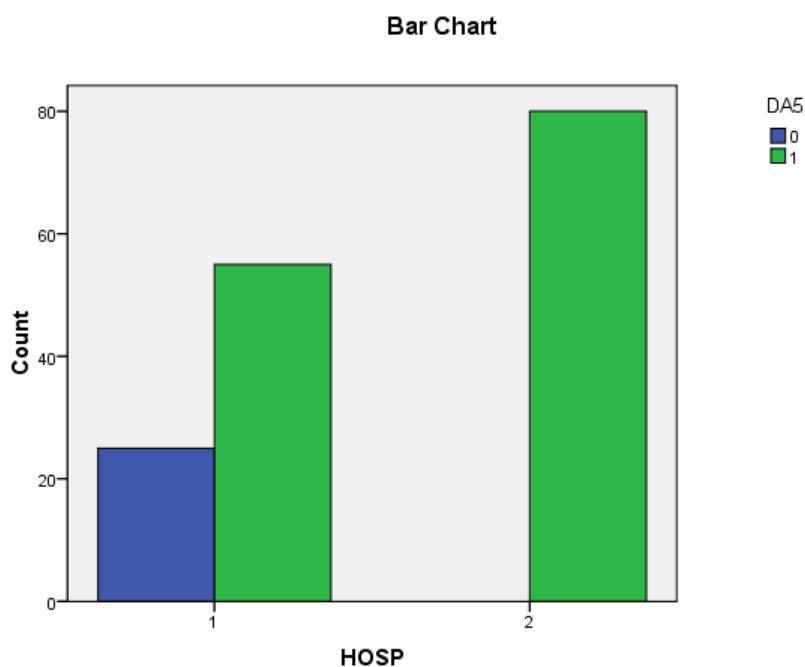
Πίνακας 66.HOSP * DA5. Διερεύνηση κατά πόσο ενημερώθηκε ο ασθενής για χορήγηση αντιεμετικών.

$\chi^2=27,307$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		DA5 χορήγηση αντιεμετικών		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	25	55	80
	% of Σύνολο	15,6%	34,4%	50,0%
2	Count	0	80	80
	% of Σύνολο	,0%	50,0%	50,0%
Σύνολο Count		25	135	160
% of Σύνολο		15,6%	84,4%	100,0%

Από τα δεδομένα προκύπτει ότι χορήγηση αντιεμετικών έγινε στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου σε όλους τους ασθενείς (50,0%) ομοίως και στο ΠΑΓΝΗ σε μικρότερο όμως ποσοστό (34,4%) ενώ, παρουσιάζεται και ένα ποσοστό ασθενών στο οποίο και δεν χορηγήθηκαν καθόλου αντιεμετικά (15,6%).



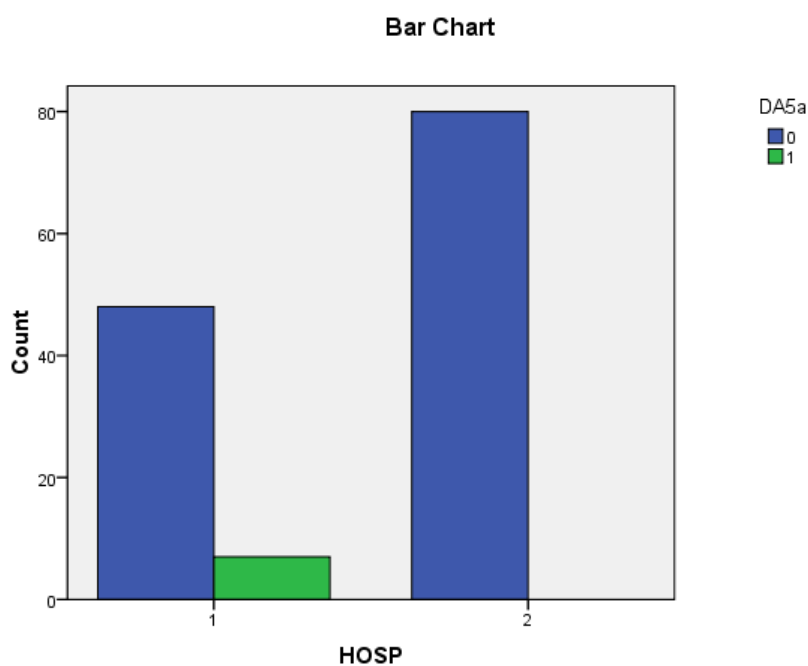
Πίνακας 67.HOSP * DA5a

$\chi^2=8,306$ β.ε.=1 P=0,004

Στατιστικά σημαντική

		DA5a		Σύνολο
		0	1	
HOSP 1	Count	48	7	55
	% of Σύνολο	35,6%	5,2%	40,7%
2	Count	80	0	80
	% of Σύνολο	59,3%	,0%	59,3%
Σύνολο	Count	128	7	135
0	% of Σύνολο	94,8%	5,2%	100,0%

Προκύπτει ότι στο Ρέθυμνο δεν δόθηκαν αντιεμετικά σε κανέναν ασθενή ακριβώς πριν φύγει για το χειρουργείο (59,3%) ομοίως και στο ΠΑΓΝΗ (35,6%) εκτός από ένα ελάχιστο ποσοστό ασθενών στο οποίο του χορηγήθηκαν (5,2%).



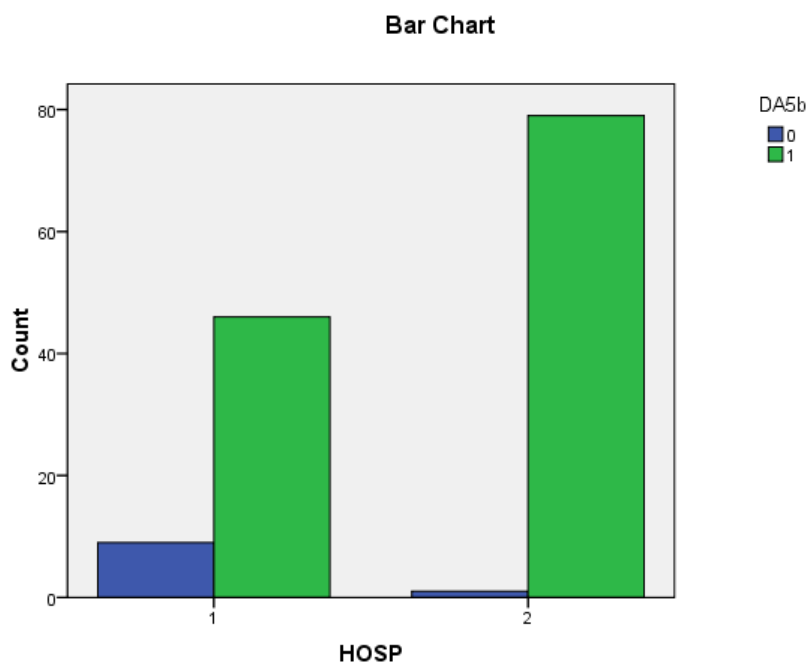
Πίνακας 68.HOSP * DA5b

$\chi^2=8,763$ β.ε.=1 P=0,003

Στατιστικά σημαντική

		DA5b		
		0	1	Σύνολο
HOSP 1	Count	9	46	55
	% of Σύνολο	6,7%	34,1%	40,7%
2	Count	1	79	80
	% of Σύνολο	,7%	58,5%	59,3%
Σύνολο	Count	10	125	135
0	% of Σύνολο	7,4%	92,6%	100,0%

Παρατηρούμε ότι στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου τα αντιεμετικά δόθηκαν σχεδόν σε όλους τους ασθενείς λίγες ώρες πριν το χειρουργείο (58,5%) το ίδιο έγινε και στο ΠΑΓΝΗ σε μικρότερο όμως ποσοστό (34,1%) ωστόσο εμφανίζεται και ένα ποσοστό ασθενών το οποίο και δεν του χορηγήθηκαν αντιεμετικά λίγες ώρες πριν το χειρουργείο (6,7%).



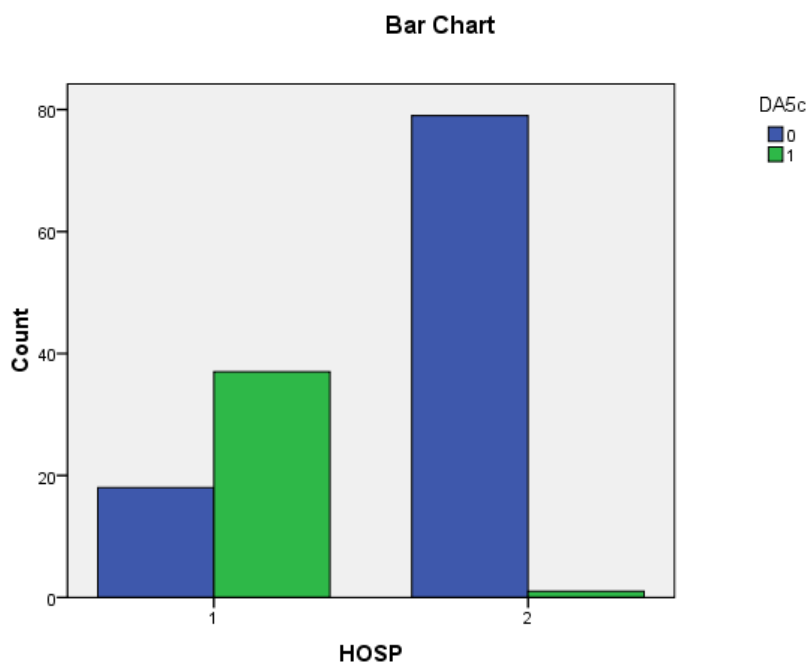
Πίνακας 69.HOSP * DA5c

$\chi^2=67,019$ β.ε.=1 P=<0,001

Στατιστικά σημαντική

		DA5c		
		0	1	Σύνολο
HOSP 1	Count	18	37	55
	% of Σύνολο	13,3%	27,4%	40,7%
2	Count	79	1	80
	% of Σύνολο	58,5%	,7%	59,3%
Σύνολο	Count	97	38	135
0	% of Σύνολο	71,9%	28,1%	100,0%

Προκύπτει στο ΠΑΓΝΗ ότι αντιεμετικά το προηγούμενο βράδυ δόθηκαν στο μεγαλύτερο αριθμό ασθενών (27,4%) ενώ, παρουσιάζεται και ένα μικρότερο ποσοστό ασθενών το οποίο και δεν πήρε (13,3%) αντίθετα με το νοσοκομείο του Ρεθύμνου όπου σχεδόν σε κανέναν ασθενή δεν έγινε χορήγηση αντιεμετικών το προηγούμενο βράδυ (58,5%).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Συμπεράσματα - συζήτηση

11. Συμπεράσματα-συζήτηση

Γενικά από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι στο ΠΑΓΝΗ διενεργούνται χειρουργικές επεμβάσεις μεγαλύτερης βαρύτητας από ότι στο Ρέθυμνο. Είναι αναμενόμενο λόγω της διαφορετικής αποστολής του κάθε νοσοκομείου.

Παρόλα αυτά, η μελέτη σχεδιάστηκε έτσι ώστε τα περιστατικά που επιλέχθηκαν να απαιτούν οργανωμένο προεγχειρητικό έλεγχο και παραμονή των ασθενών στην κλινική από πριν. Επίσης σε όλα τα περιστατικά δόθηκε κάποιου είδους γενικής αναισθησίας ώστε να μην υπάρχει διαφοροποίηση του προεγχειρητικού ελέγχου από αυτό το παράγοντα.

11.1 Συμπεράσματα σχετικά με την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών

Παρατηρείται ότι η παρεχόμενη ψυχολογική υποστήριξη που δίνεται μέσω ενημέρωσης για θέματα της επέμβασης (όπως π.χ. ενημέρωση για το χρονοδιάγραμμα της επέμβασης, για την παραμονή του στην ανάνηψη, το χρονοδιάγραμμα ανάρρωσης, το δικαίωμα άρνησης κ.α.) των ασθενών προεγχειρητικά ήταν πιο εντατική και προγραμματισμένη στο Νοσοκομείο του Ρεθύμνου. Πιθανόν η διαφοροποίηση να έγκειται σε διάφορους παράγοντες που συμβάλλουν ο καθένας χωριστά ή και σε συνέργεια, όπως ο φόρτος εργασίας, η οργανωτική κουλτούρα των 2 νοσοκομείων κ.α.. Μάλιστα στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου η ψυχολογική υποστήριξη γίνεται από νωρίς κατά την εισαγωγή και όχι την τελευταία στιγμή (ΠΑΓΝΗ). Η έγκαιρη ψυχολογική υποστήριξη πιθανόν να συμβάλλει στην μείωση του προεγχειρητικού άγχους του ασθενούς.

Από την άλλη πλευρά φαίνεται ότι στο ΠΑΓΝΗ γίνεται μια προσπάθεια να ενημερώνεται ο ασθενής για εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας ίσως λόγω των πολλών δυνατοτήτων που υπάρχουν σε αυτό το νοσοκομείο.

Η ενημέρωση προεγχειρητικά των ασθενών σχετικά με τις δυνητικές επιπλοκές από το χειρουργείο (όπως π.χ. νοσοκομειακή λοίμωξη, υποτροπή νόσου, κ.α.) υπολείπεται σε απόλυτες τιμές και στα δύο νοσοκομεία, ωστόσο συγκριτικά στο ΠΑΓΝΗ γίνεται σε πιο συχνή βάση από ότι στο Ρέθυμνο.

11.2 Συμπεράσματα σχετικά με την διδασκαλία των ασθενών

Σε θέματα διδασκαλίας που αφορούν τον προσανατολισμό του ασθενούς στο χώρο (ξενοδοχειακός εξοπλισμός, επικοινωνία, μέσα ψυχαγωγίας κ.α.) στο Νοσοκομείο Ρεθύμνου παρατηρείται μια πιο συντονισμένη προσπάθεια ενημέρωσης – διδασκαλίας από το νοσηλευτικό προσωπικό. Από την άλλη πλευρά στο ΠΑΓΝΗ παρατηρείται μια

καλύτερη στόχευση διδασκαλίας σε θέματα ασκήσεων πρόληψης μετεγχειρητικών επιπλοκών και ψυχοσωματικής διαχείρισης του πόνου. Ουσιαστικά παράγοντες όπως η νοσηλευτική κλινική εμπειρία και εκπαίδευση των νοσηλευτών σε θέματα κλινικής διδασκαλίας μέσω της δια βίου εκπαίδευσης, της συμμετοχής τους στην εκπαίδευση των φοιτητών του ΤΕΙ Νοσηλευτικής, ίσως να συντελούν ενισχυτικά στην προαγωγή της δεξιότητας της διδασκαλίας και στη διαμόρφωση αυτής της καλύτερης κατάστασης στο ΠΑΓΝΗ.

11.3 Συμπεράσματα σχετικά με την κλινική αξιολόγηση ασθενούς

Όσον αφορά την κλινική αξιολόγηση του ασθενούς, η λήψη των ζωτικών σημείων και στα δυο νοσοκομεία από την ημέρα εισαγωγής του ασθενούς μέχρι λίγο πριν την επέμβαση, ήταν επιμελής καθώς η συστηματική λήψη ζωτικών σημείων στοχεύει στην αποτελεσματική διεγχειρητική πορεία του ασθενούς. Ένας άλλος παράγοντας εξίσου σημαντικός για τη σωστή κλινική αξιολόγηση του ασθενούς ήταν η νευρολογική εκτίμηση (αισθητικότητα άκρων, κινητικότητα άκρων, επίπεδο συνείδησης GSC) η οποία δεν διεκπεραιώθηκε σε κανένα από τα δυο νοσοκομεία γεγονός που καθιστά την κλινική αξιολόγηση ελλιπή.

11.4 Συμπεράσματα σχετικά με την σωματική προετοιμασία του ασθενούς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η σωματική προετοιμασία του ασθενούς, η υγιεινή και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου, η πλύση χειρουργικού πεδίου πριν την επέμβαση εφαρμόστηκε σε όλους τους ασθενείς στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου ενώ στο ΠΑΓΝΗ η ίδια διαδικασία δεν υλοποιήθηκε σε όλους τους ασθενείς. Ταυτόχρονα και στο δύο νοσοκομεία γίνεται ποιο συχνά από τον ίδιο τον ασθενή με την διαφορά ότι στο Ρέθυμνο πραγματοποιείται λίγες ώρες πριν την επέμβαση ενώ στο ΠΑΓΝΗ την παραμονή της επέμβασης. Πιθανόν αυτό να οφείλεται στην καλύτερη ενημέρωση του ασθενούς για το πόσο σημαντική είναι η σωματική τους προετοιμασία προεγχειρητικά.

Όσον αφορά την διαίτα του ασθενούς και στα δυο νοσοκομεία εφαρμόστηκε από την ημέρα εισαγωγής του μέχρι λίγες ώρες πριν την επέμβαση ενώ, η κένωση του εντέρου με υποκλυσμό πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου με μεγαλύτερη βαρύτητα από ότι στο ΠΑΓΝΗ με προτίμηση και στα δυο νοσοκομεία την παραμονή της επέμβασης. Επίσης, κένωση του εντέρου με υπόθετα και per-os χορηγήθηκαν σε ελάχιστους ασθενούς και στα δυο νοσοκομεία.

Παρατηρείται επίσης ότι έλεγχος διούρησης λίγες ώρες πριν την επέμβαση στο Ρεθύμνο γινόταν σε όλους τους ασθενείς ενώ στο ΠΑΓΝΗ όχι τόσο συχνά. Ωστόσο σε κανένα από τα δύο νοσοκομεία δεν καθυστέρησε ή αναβλήθηκε προγραμματισμένη επέμβαση λόγω πρόσφατης λήψης τροφής ή υγρών. Σε θέματα που αφορούν την προαγωγή της ανάπαυσης και του ύπνου (παροχή διδασκαλίας για την θετική συμβολή του ύπνου, εξασφάλιση ήσυχου και άνετου περιβάλλοντος, τήρηση επισκεπτηρίου, ώρες κοινής ησυχίας, χορήγηση κατάλληλου υπνωτικού φαρμάκου) εφαρμόστηκαν και στα δύο νοσοκομεία με μεγαλύτερη επιμέλεια στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου. Οι παραπάνω παράγοντες συμβάλλουν στην ψυχική ηρεμία του ασθενούς και μειώνουν το προεγχειρητικό άγχος.

11.5 Συμπεράσματα σχετικά με την χορήγηση φαρμάκων

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η χορήγηση των ηρεμιστικών – προνάρκωσης έγινε σε όλους τους ασθενείς στο νοσοκομείο του ΠΑΓΝΗ στη χειρουργική κλινική ενώ αντιθέτως στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου δεν πραγματοποιήθηκε κατά την παραμονή του στο χειρουργικό τμήμα. Η προνάρκωση πραγματοποιείται ακριβώς πριν την επέμβαση μέσα στο χειρουργείο. Αυτή η διαδικασία οφείλεται στην τακτική του κάθε νοσοκομείου. Όσον αφορά την χορήγηση αντιβιοτικών στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου προτιμάται η χημειοπροφύλαξη να γίνεται προεγχειρητικά, κυρίως λίγες ώρες πριν ενώ, στο ΠΑΓΝΗ συνήθως μετεγχειρητικά και σε ειδικές περιπτώσεις λίγες ώρες πριν την επέμβαση. Παρατηρείται ότι, αντιεμετικά χορηγήθηκαν και στα δύο νοσοκομεία με μεγαλύτερη βαρύτητα στο νοσοκομείο του Ρεθύμνου και συνήθως λίγες ώρες πριν την επέμβαση ενώ στο ΠΑΓΝΗ δόθηκαν τόσο την παραμονή της επέμβασης όσο και λίγες ώρες πριν με πολύ μικρή διαφορά.

11.6 Συμπεράσματα σχετικά με την προετοιμασία ασθενούς την ημέρα της επέμβασης

Παρατηρείται ότι και στα δύο νοσοκομεία η προετοιμασία του ασθενούς την ημέρα της επέμβασης (αφαίρεση φακών επαφής ή γυαλιών, αφαίρεση ή ασφάλιση κοσμημάτων, αφαίρεση φουρκετών μαλλιών, μακιγιάζ και μανό νυχιών, χειρουργική ένδυση του ασθενούς.) εφαρμόστηκε αυστηρά.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ
ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βιβλιογραφία

1. American Society of Anesthesiologists Task Force. (1999). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: Application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology*, 90(3), 896-905
2. American Society of PeriAnesthesia Nurses (2004). Standards, recommended practices, and guidelines. Denver: Author
3. Association of Perioperative Registered Nurses. (2002). Recommended practices for skin preparation of patients. *AORN Journal*, 75(1), 184-187
4. Association of Perioperative Registered Nurses.(2003). ANAcode for nurses with interpretive statements: Explications perioperative nursing. In Standards, recommended practices and guidelines (pp.53-83). Denver:Author
5. Cogliano, J., & Kinser. D.(2002). Bloodless medicine and surgery in the OR and beyond. *AON Journal*, 76(5), 830, 832-837, 839.
6. Dochterman, J., & Bulechek, G. (eds). (2004). Nursing interventions classification (NIC) (4th ed). St. Louis: Mosby
7. Dunn, D.(1998). Preoperative assessment criteria and patient teaching for ambulatory surgery patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 13(5), 274-291
8. Dunn, D.(2004). Preventing perioperative complications in an older adult. *Nursing* 2004, 34(11), 36-41
9. Kjonniken, I., et al. (2002). Preoperative hair removal: A systematic literature review. *AORN Journal*, 75(5), 928-936, 938, 940
10. Ebersole, P., Hess, P., & Luggen, A. (2004). Toward healthy aging: Human needs and nursing response (6th ed.). St. Louis: Mosby
11. McEwen, D. (2002). Ambulatory surgery. In M.H. Meeker & J.C. Rothrock (Eds). *Alexanders care of the patient in surgery* (12th ed.). St.Louis: Mosby
12. Meeker, M.H., & Rothrock, J.C. (2003). *Alexanders care of the patient in surgery* (12th ed.). St. Louis: Mosby
13. Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M.(Eds.). (2004). Nursing outcomes classification (NOC) (3rd ed.). St. Louis: Mosby

14. Seal, L., & Paul-Cheadle, D. (2004). A systems approach to preoperative surgical patient skin preparation. *American Journal of Infection Control*, 32(2), 57-62
15. Murphy, J.(1999). Preoperative consideration with herbal medicines. *AORN Journal*, 69(1), 173-183
16. American Society of Perianesthesia Nurses. (1995). *Standards of perianesthesia nursing practice*. Thorofare, NJ: ASPAN.
17. Association of Operating Room Nurses. (1993). *AORN standards and recommended practices for perioperative nursing*. Denver, CO: AORN.
18. Bailes, B.K. (2000). Perioperative care of the elderly surgical patient. *AORN Journal*, 72, 186-207.
19. Brown, B., Riippa, M.,& Shaneberger, K. (2001). Promoting patient safety through preoperative patient verification. *AORN Journal*, 74(5), 690-698.
20. Busen, N.H. (2001). Perioperative preparation of the adolescent surgical patient. *AORN Journal*, 73, 337-363.
21. Fairchild, S. (1996). *Perioperative nursing: Principles and practice* (2nd ed.). Boston : Little, Brown and Company.
22. Hollingsworth, H. (1995). Nurses assessment and management of pain at wound dressing changes. *Journal of Wound Care*, 4(2), 77-83.
23. Kreger, C. (2001). Getting to the root of pain: Spinal anesthesia and analgesia. *Nursing 200*, 31(6), 31-42
24. Lancaster, K. (1997). Patient teaching in ambulatory surgery. *Nursing Clinics of North America*, 32(2)
25. Schick, L.(1998). The postanesthesia patient. In C.Hudak, B.Gallo, & P.Morton (Eds), *Critical care nursing: A holistic approach* (7th ed.) (pp.137-150). Philadelphia: Lippincott
26. Α. Σαχίνη- Καρδάση, Μαρία Πάνου. (2002). *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες*. 1^{ος} τόμος. Β έκδοση. Εκδόσεις: Βήτα.
27. P. Lemone & K. Burke. (2004). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. Τόμος 1^{ος}. 3^η έκδοση. Εκδόσεις: Λαγός.
28. Α. Βασιλειάδου. (2008). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα*. Τόμος 1^{ος}. 5^η έκδοση. Εκδόσεις: Βήτα.

(Προσπελάστηκαν στις: 07/09)

29. internet : <http://www.imlaris.gr/main.php?p=514&more=1>

30. internet : <http://www.anaesthesiology.gr/page/GL11.pdf>
31. internet : <http://www.ifet.gr/es2003/4.13.htm>
32. internet : <http://users.otenet.gr/fkanak/pronark.htm>
33. internet : http://www.uhi.gr/entypa_adobe/nurse/552.pdf
34. internet : <http://www.imlaris.gr/main.php?p=193&more=1>
35. Θ. Ζιάκας, Ε. Θεοδοσοπούλου (2000). Τεχνική Χειρουργίου. Εκδόσεις Λιβάνη
36. Θ. Μανδελινακη – Κοτζαμπασάκη (1998) Νοσηλευτική 3

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Κατάλογος συμπλήρωσης ενεργειών προεγχειρητικού ελέγχου

1. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς

πότε έγινε; α) την ημέρα εισαγωγής
β) την παραμονή της επέμβασης
γ) λίγες ώρες πριν την επέμβαση

ενημέρωση ασθενούς:

για το σύνηθες χρονοδιάγραμμα:

την χρονική διάρκεια επέμβασης
την παραμονή του στην ανάνηψη
Το χρονικό διάστημα ανάρρωσης

για την διαδικασία της επέμβασης:

Το σκοπό της προτεινόμενης επέμβασης
την αναγκαιότητα και την σημασία της
Το δικαίωμα άρνησης της εγχείρησης
εναλλακτικές διαθέσιμες μέθοδοι θεραπείας

για τον τρόπο αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών:

πιθανότητα εμφάνισης αντιμετωπιζόμενων επιπλοκών
επιπλοκές αναισθησίας (μτχ άλγος, βήχα, μτχ ναυτία-
έμετο)
επιπλοκές σχετικά με την χειρουργική επέμβαση
πιθανότητα ανάπτυξης νοσοκομειακής λοίμωξης

2. διδασκαλία ασθενούς

πότε έγινε; α) την ημέρα εισαγωγής
β) την παραμονή της επέμβασης
γ) λίγες ώρες πριν την επέμβαση

γνωστική διδασκαλία για:

την περιγραφή των μελών της θεραπευτική ομάδας
τον προσανατολισμό- δυνατότητα χρήσης των
διαθέσιμων υπηρεσιών (π.χ. τουαλέτας, κομβίο κλήσης
προσωπικού, τηλεόρασης, εξοπλισμού διατροφής)
αδρή ενημέρωση για τα δικαιώματα του ασθενούς

ασκήσεων δεξιότητας πρόληψης επιπλοκών:

Αναπνευστικές ασκήσεις-βαθείς αναπνοές
σωστή τεχνική και χρήση σπιρόμετρου (tri-flow)
ασκήσεις των κάτω άκρων για την εν τω βάθει
θρομβοφλεβίτιδα
κατάλληλη θέση και αλλαγή θέσης στο κρεβάτι
αντιθρομβωτικές κάλτσες

ψυχοσωματική διαχείριση πόνου:

χρόνος επίκλησης βοήθειας για καλύτερα αποτελέσματα
υποστήριξη χειρουργικής τομής
χρήση τεχνικών χαλάρωσης π.χ σκέψεις, τηλεόραση,
φαντασιώσεις, κλπ

3. κλινική αξιολόγηση ασθενούς

λήψη ζωτικών σημείων του ασθενούς:

την ημέρα εισαγωγής
την παραμονή της επέμβασης
λίγο πριν την επέμβαση

Νευρολογική εκτίμηση:

Αισθητικότητα άκρων
κινητικότητα άκρων
επίπεδο συνείδησης (GSC)

4. σωματική προετοιμασία του ασθενούς

πότε έγινε;

α) την ημέρα εισαγωγής
β) την παραμονή της επέμβασης
γ) λίγες ώρες πριν την επέμβαση

υγιεινή και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου:

πλύση χειρουργικού πεδίου πριν την επέμβαση
από τον ίδιο τον ασθενή
από τον νοσηλευτή
από άλλο βοηθητικό άτομο
ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου
στο χειρουργικό τμήμα
στο χειρουργείο

γενική σωματική υγιεινή – καθαριότητα:

λούσιμο των μαλλιών
καθαρισμός-κόψιμο των νυχιών
λουτρό σώματος

**διατροφή
και υγρά:**

κένωση του εντέρου

υποκλυσμός

Υπόθετο

Per-os

κατάλληλη διαίτα πριν την χειρουργική επέμβαση:

έλεγχος διούρησης λίγες ώρες πριν την επέμβαση

καθυστέρηση ή αναβλήθηκε προγραμματισμένη

επέμβαση λόγω πρόσφατης λήψης τροφής

καθυστέρηση ή αναβλήθηκε προγραμματισμένη

επέμβαση λόγω πρόσφατης λήψης υγρών

προαγωγή της ανάπαυσης και του ύπνου:

παροχή διδασκαλίας για τη θετική συμβολή του ύπνου

εξασφάλιση ήσυχου και άνετου περιβάλλοντος (π.χ.

τήρηση επισκεπτηρίου, ώρες κοινής ησυχίας)

χορήγηση κατάλληλου υπνωτικού φαρμάκου

5. χορήγηση φαρμάκων

πότε έγινε;

α) ακριβώς πριν φύγει για το χειρουργείο

β) λίγες ώρες πριν (π.χ. 2-6)

γ) το προηγούμενο βράδυ

καθυστέρηση ή αναβλήθηκε προγραμματισμένη
επέμβαση λόγω πρόσφατης λήψης αντιπηκτικών

χορήγηση ηρεμιστικών - προνάρκωσης ? ώρες πριν την
επέμβαση*

χορήγηση αντιβιοτικών

προϋπάρχουσα λοίμωξη

χορήγηση αντιεμετικών

6. προετοιμασία ασθενούς την ημέρα της επέμβασης

αφαίρεση φακών επαφής ή γυαλιών

αφαίρεση ή ασφάλιση κοσμημάτων

αφαίρεση φουρκετών μαλλιών, μακιγιάζ και μανό

νυχιών

χειρουργική ένδυση στον ασθενή

απωλέσθηκαν αντικείμενα στην κλινική ή στο

χειρουργείο

Όνομα

Ηλικία

Είδος επέμβασης.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Κωδικοποίηση μεταβλητών στο SPSS

Hospital: 1 ΠΑΓΝΗ
2 Ρεθύμνου

Sex: 1 Άνδρας
2 Γυναίκα

Opcat: 1 εντερεκτομή
2 κήλες διάφορες
3 χολοκυστεκτομή
4 μαστεκτομή
5 λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή
6 θυρεοειδεκτομή
7 κύστη κόκκυγος
8 κοιλιακή ολική υστερεκτομή
9 Ηπατεκτομή

Ψυχολογική υποστήριξη	για το σύνηθες χρονοδιάγραμμα:	την χρονική διάρκεια της επέμβασης	PSA1 PSA1x
		την παραμονή του στην ανάνηψη	PSA2 PSA2x
		το χρονικό διάστημα ανάρρωσης	PSA3 PSA3x
	για την διαδικασία της επέμβασης:	το σκοπό της προτεινόμενης επέμβασης	PSB1 PSB1x
		την αναγκαιότητα και την σημασία της	PSB2 PSB2x
		το δικαίωμα άρνησης της εγχείρησης	PSB3 PSB3x
		εναλλακτικές διαθέσιμες μέθοδοι θεραπείας	PSB4 PSB4x
	για τον τρόπο αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών:	πιθανότητα εμφάνισης αντιμετωπιζόμενων επιπλοκών	PSC1 PSC1x
		επιπλοκές αναισθησίας (μτχ. άλγος, βήχα, μτχ.	PSC2

		ναυτία-έμετο)	PSC2x
		επιπλοκές σχετικά με την χειρουργική επέμβαση	PSC3 PSC3x
		πιθανότητα ανάπτυξης νοσοκομειακής λοίμωξης	PSC4 PSC4x
διδασκαλία ασθενούς	Γνωστική διδασκαλία	την περιγραφή των μελών της θεραπευτική ομάδας	PTA1 PTA1x
		τον προσανατολισμό- δυνατότητα χρήσης των διαθέσιμων υπηρεσιών (π.χ. τουαλέτας, κομβίο κλήσης προσωπικού, τηλεόρασης, εξοπλισμού διατροφής)	PTA2 PTA2x
		αδρή ενημέρωση για τα δικαιώματα του ασθενούς	PTA3 PTA3x
	Ασκήσεις δεξιότητας πρόληψης επιπλοκών	αναπνευστικές ασκήσεις-βαθιές αναπνοές	PTB1 PTB1x
		σωστή τεχνική και χρήση σπιρομετρου (tri-flow)	PTB2 PTB2x
		κατάλληλη θέση και αλλαγή θέσης στο κρεβάτι	PTB4 PTB4x
		αντιθρομβωτικές κάλτσες	PTB5 PTB5x
	ψυχοσωματική διαχείριση πόνου	χρόνος επίκλησης βοήθειας για καλύτερα αποτελέσματα	PTC1 PTC1x
		χρήση τεχνικών χαλάρωσης π.χ σκέψεις, τηλεόραση, φαντασιώσεις, κλπ	PTC3 PTC3x
	νευρολογική εκτίμηση	αισθητικότητα άκρων	CAB1 CAB1x
		κινητικότητα άκρων	CAB2 CAB2x
σωματική προετοιμασία του ασθενούς	υγιεινή και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου	πλύση χειρουργικού πεδίου πριν την επέμβαση	BPA1 BPA1x
		από τον ίδιο τον ασθενή	BPA2 BPA2x
		από τον νοσηλευτή	BPA3

	από άλλο βοηθητικό άτομο	BPA3x BPA4 BPA4x
	ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου	BPA5 BPA5x
	στο χειρουργικό τμήμα	BPA6 BPA6x
	στο χειρουργείο	BPA7 BPA7x
γενική σωματική υγιεινή-καθαριότητα	λούσιμο των μαλλιών	BPB1 BPB1x
	καθαρισμός-κόψιμο των νυχιών	BPB2 BPB2x
	λουτρό σώματος	BPB3 BPB3x
διατροφή και υγρά	κένωση του εντέρου	BPC1 BPC1x
	Υποκλ	BPC2 BPC2x
	Υποθ.	BPC3 BPC3x
	PER	
	OS	BPC4 BPC4x
	κατάλληλη διαίτα πριν την χειρουργική επέμβαση:	BPC5
	A	BPC5a
	B	BPC5b
	Γ	BPC5c
	έλεγχος διούρησης λίγες ώρες πριν την επέμβαση	BPC6
	A	BPC6a
	B	BPC6b
	Γ	BPC6c
προαγωγή της ανάπαυσης και του πόνου	παροχή διδασκαλίας για τη θετική συμβολή του ύπνου	BPD1 BPD1x
	εξασφάλιση ήσυχου και άνετου περιβάλλοντος (π.χ. τήρηση επισκεπτηρίου, ώρες κοινής ησυχίας)	BPD2
	A	BPD2a
	B	BPD2b
	Γ	BPD2c
	χορήγηση κατάλληλου υπνωτικού φαρμάκου	BPD3

		BPD3x
	χορήγηση ηρεμιστικών - προνάρκωσης ? ώρες πριν την επέμβαση*	DA2
	A	DA2a
	B	DA2b
	Γ	DA2c
	χορήγηση αντιβιοτικών	DA3
	A	DA3a
	B	DA3b
	Γ	DA3c
	Προϋπάρχουσα λοίμωξη	DA4
	χορήγηση αντιεμετικών	DA5
	A	DA5a
	B	DA5b
	γ	DA5c
	αφαίρεση φουρκετών μαλλιών, μακιγιάζ και μανό νυχιών	LP3