



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ
ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

NURSING CARE IN
POST ANAESTHESIA CARE UNIT

ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΜ 9023

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΤΣΕΚΟΥΡΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ,2018

Πρόλογος

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα "Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενή στην Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας", διεξάγεται στο πλαίσιο των σπουδών του τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδος. Πραγματεύεται τον ρόλο του νοσηλευτή στην παρεχόμενη φροντίδα προς τον ασθενή από την είσοδό του στο χώρο του χειρουργείου, κατά την διάρκεια της επέμβασης και μέχρι την αποχώρηση του από το χώρο του χειρουργείου.

Η αφορμή της επιλογής του συγκεκριμένου θέματος της εργασίας υπήρξε η παρουσία μου στην Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών "ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ" το διάστημα από 01/07 2017 έως 29/9/2017 στα πλαίσια της πρακτικής άσκησης. Ο λόγος αυτός καθώς και η γνωριμία με την κυρία Τσεκούρα Βασιλική η οποία με ευγένεια και υπομονή με βοήθησε να προσαρμοστώ άμεσα, να γνωρίσω και να εξοικειωθώ με τον τρόπο λειτουργίας της Ανάνηψης και έτσι να μπορέσω να ανταπεξέρθω στα καθήκοντα που μου ανατέθηκαν, με οδήγησαν στην απόφαση να γράψω αυτή την εργασία.

Η εργασία αυτή έχει σκοπό να αναδείξει την σπουδαιότητα και την χρησιμότητα του "Νοσηλευτή Αναισθησιολογικού Τμήματος". Αναλύεται διεξοδικά η Περιεγχειρητική φροντίδα, η Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας καθώς και οι πιθανές Μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η βιβλιογραφία η οποία μελετήθηκε και χρησιμοποιήθηκε για την τέλεση της εργασίας έγινε από πρόσφατα επιστημονικά βιβλία καθώς επίσης και τα άρθρα αναζητήθηκαν από έγκυρες ιστοσελίδες και επιστημονικά περιοδικά όπως Google Scholar, Pub med.

Περίληψη

Οι Μονάδες Μεταναισθητικής Φροντίδας (Μ.Μ.Α.Φ.) αποτελούν απαραίτητα και αναπόσπαστα τμήματα της νοσοκομειακής περίθαλψης στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, όπως συμβαίνει και στην Ελλάδα. Η σπουδαιότητα στην λειτουργία τους έγκειται στο γεγονός ότι μπορεί να γίνει έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των μεταναισθητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών, προκειμένου να μην τεθεί σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία των ασθενών. Για το λόγο αυτό, η Μ.Μ.Α.Φ. λειτουργεί με συγκεκριμένο πρωτόκολλο και διαθέτει κανόνες για θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια, την οργάνωση, τον έλεγχο της ποιότητας καθώς και τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που την απαρτίζει.

Η χρήση της αναισθησίας εκτός από τα οφέλη που προσφέρει μπορεί να αποδειχτεί επικίνδυνη για την υγεία των ασθενών καθώς μπορεί να εκδηλωθεί μία σειρά από πολύ σοβαρές επιπλοκές τις οποίες το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να αναγνωρίσει και σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό να αντιμετωπίσει άμεσα.

Τέλος, η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί την πιο καθιερωμένη και επιστημονικά ενδεδειγμένη μέθοδο την οποία οι νοσηλευτές μπορούν και πρέπει να εφαρμόζουν προκειμένου να αντιμετωπίσουν και να προστατέψουν τον ασθενή από τα κάθε φύσεως προβλήματα που ενδεχομένως θα προκύψουν κατά την παραμονή του στην Μ.Μ.Α.Φ. Εφόσον όλα τα προβλήματα και οι ανάγκες αντιμετωπιστούν κατάλληλα και εφόσον πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις που ορίζονται από τους κανόνες της κλινικής ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει με ασφάλεια στην κλίνη που νοσηλευόταν πριν την είσοδό του στο χειρουργείο.

Summary

Post Anaesthesia Care Units (P.A.C.U.) are indispensable and integral parts of hospital care in most European countries, as is the case in Greece. The importance in their function lies in the fact that early diagnosis and treatment of post-anesthetic and post-operative complications can be made in order not to pose a serious risk to patients' health. For this reason, P.A.C.U. operates with a specific protocol and has rules on issues related to safety, organization, quality control as well as the duties and responsibilities of its medical staff.

The use of anesthesia except for the benefits can be dangerous for the health of patients as they may manifest a range of serious complications which nurses asked to identify, in cooperation with the medical staff to directly address.

Finally, the nursing process is the most well-established and scientifically appropriate method that nurses can and must use to cope with and protect the patient from any kind of problems that may arise during his / her stay in Post Anaesthesia Care Units. Since all problems and needs are properly addressed and if all the conditions set by the rules of the clinic are met, the patient can safely return to the hospital bed before entering the surgery.

Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος	1
Περίληψη	2
Summary	3
Πίνακας περιεχομένων.....	4
Εισαγωγή	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	10
Κεφάλαιο 1ο-Ιστορική αναδρομή-Χειρουργική	10
1.1.Η Χειρουργική στην νεότερη Ελλάδα	12
1.2.Ιστορική αναδρομή - Μονάδα Μετανασθητικής Φροντίδας	12
1.3.Η Μονάδα Μετανασθητικής Φροντίδας.....	12
1.4.Προδιαγραφές Μ.Μ.Α.Φ. σύμφωνα με την ASA.....	14
1.5.Μετακίνηση και Παραλαβή ασθενή στην Μ.Μ.Α.Φ.....	16
1.6.Εκτέλεση νοσηλευτικών διαδικασιών στην Μ.Μ.Α.Φ.....	16
1.7.Κλίμακα Aldrete	18
1.8.Στελέχωση Μ.Μ.Α.Φ. με νοσηλευτικό προσωπικό.....	19
Κεφάλαιο 2ο	21
Κεφάλαιο 2ο-Εννοιολογική προσέγγιση της φροντίδας υγείας.....	21
2.1. Η ποιότητα φροντίδας βάσει ερευνητικών μελετών	23
2.2.Εξασφάλιση της Ποιότητας της Φροντίδας Υγείας.....	24
2.3.Αξιολόγηση παρεχόμενη φροντίδας	24
2.4.Περιεγχειρητική Νοσηλευτική.....	25
2.5.Προεγχειρητική Νοσηλευτική	27
2.5.1.Ταξινόμηση φυσικής κατάστασης σύμφωνα με την ASA.....	27
2.6.Διεγχειρητική φροντίδα	30
2.6.1.Η Αναισθησία	31
2.6.2.Στάδια της Αναισθησίας	31

2.6.3.Γενική Αναισθησία	32
2.6.4.Περιοχική Αναισθησία.....	32
2.6.5.Τοπική Αναισθησία.....	32
2.6.6.Αναισθησία Τύπου Μέθης.....	33
2.7.Αιτίες αναισθητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.....	33
2.8.Επιπλοκές λόγω γενικής αναισθησίας	34
2.8.1.Επιπλοκές λόγω περιοχικής αναισθησίας.....	36
2.9.Αναισθητικά που μπορεί να οδηγήσουν σε θάνατο	37
2.10.Μετεγχειρητική Νοσηλευτική	37
Κεφάλαιο 3°-Καθήκοντα και προδιαγραφές Νοσηλευτών Χειρουργείου.....	39
3.1.Γενικά καθήκοντα και αρμοδιότητες Νοσηλευτών Χειρουργείου	39
3.2.Εργαλειοδότης Νοσηλευτής	40
3.2.1.Τα καθήκοντα του Εργαλειοδότη Νοσηλευτή πριν, κατά την διάρκεια και μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης:.....	40
3.3.Νοσηλευτής Κίνησης.....	41
3.3.1.Αρμοδιότητες Νοσηλευτή Κίνησης στην Έναρξη της επέμβασης.	43
3.3.2.Αρμοδιότητες Νοσηλευτή Κίνησης κατά την διάρκεια της επέμβασης.	43
3.3.3.Αρμοδιότητες Νοσηλευτή Κίνησης μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης.....	44
3.3.4.Καταγραφή Νοσηλευτικής φροντίδας.	44
3.4.Νοσηλευτής Αναισθησιολογικού.....	45
3.4.1.Αρμοδιότητες Νοσηλευτή Αναισθησιολογικού.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	47
Κεφάλαιο 4ο-Ο ασθενής στην Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας.....	47
4.1.Νοσηλευτής Αναισθησιολογικού Τμήματος.....	47
4.2.Παρακολούθηση πορείας υγείας Ασθενών στην Μ.Μ.Α.Φ.	50
4.3.Μετεγχειρητικές δυσχέρειες Ασθενών στην Μ.Μ.Α.Φ.	53
4.4.Κατευθυντήριες Οδηγίες μεταναισθητικής φροντίδας	54
4.5.Κριτήρια αποχώρησης Ασθενών από την Μ.Μ.Α.Φ. - Καθήκοντα νοσηλευτικού προσωπικού.....	55
4.6.Παράγοντες που επηρεάζουν την Αφύπνιση μετά από Αναισθησία	56

4.7.Πρόληψη Μετάδοσης Λοιμώξεων στην Μ.Μ.Α.Φ.	58
4.8.Παράγοντες εμφάνισης λοιμώξεων στην Μ.Μ.Α.Φ.	58
4.9.Μέτρα προστασίας ασθενή από την μετάδοση λοιμώξεων	59
Κεφάλαιο 5ο-Μετεγχειρητικές και Μεταναισθητικές Επιπλοκές στη Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας του Ασθενούς.....	60
5.1.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές Αναπνευστικού Συστήματος	60
5.1.1.Η απόφραξη του ανωτέρου αεραγωγού	61
5.1.2.Ο λαρυγγόσπασμος	61
5.1.3.Η άμεση μετεγχειρητική υποξυγοναιμία.....	62
5.1.4. Κυψελιδικός Υποαερισμός Μεταναισθητικός	62
5.2.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ).....	64
5.2.1Ανησυχία και διέγερση στη Μ.Μ.Α.Φ.....	64
5.3.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές Καρδιαγγειακού Συστήματος	65
5.3.1.Μετεγχειρητική Υπέρταση	65
5.3.2.Μετεγχειρητική Υπόταση	66
5.3.3.Μετεγχειρητικές Καρδιακές Αρρυθμίες	68
5.3.4.Μετεγχειρητική Ισχαμία Μυοκαρδίου.....	69
5.4.Μετεγχειρητικός Πόνος	69
5.5.Μετεγχειρητικό Ρίγος	70
5.6.Δυσκολία επαναφοράς του επιπέδου συνείδησης.....	70
5.7.Ναυτία και Έμετος.....	71
5.8.Μετεγχειρητική Υποθερμία	71
5.9.Μετεγχειρητικό Shock	72
5.10.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές Ουροποιητικού Συστήματος.....	73
5.11.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές στη Νεφρική Λειτουργία	73
Κεφάλαιο 6ο-Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή στην Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας (Μ.Μ.Α.Φ.) με την χρήση της Νοσηλευτικής Διεργασίας	76
6.1. Χαρακτηριστικά Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	76
6.2. Σχέση Νοσηλευτή-Ασθενή	76
6.3. Στάδια Νοσηλευτικής Διεργασίας	77

6.4. Περιστατικό Α΄	79
6.4.1. Ατομικά Στοιχεία Ασθενή.....	79
6.4.2. Ατομικό Ιστορικό Ασθενούς.....	80
6.4.3. Οικογενειακό Ιστορικό	80
6.4.4. Τελική Εκτίμηση.....	81
6.4.5. Πίνακας Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	82
6.5. Περιστατικό Β΄	87
6.5.1. Ατομικά Στοιχεία Ασθενή.....	87
6.5.2. Ατομικό Ιστορικό Ασθενούς.....	87
6.5.3. Οικογενειακό Ιστορικό Ασθενούς	88
6.5.4. Τελική Εκτίμηση.....	88
6.5.5. Πίνακας Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	90
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ.....	97

Εισαγωγή

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο "Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή στην Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας" αναδεικνύει την σπουδαιότητα και το έργο της Μ.Μ.Α.Φ. όσον αφορά την μείωση της θνησιμότητας των ασθενών που υποβάλλονται σε κάποια χειρουργική επέμβαση. Παρουσιάζεται λοιπόν, αναλυτικά ο τρόπος λειτουργίας της και η ανάγκη για περαιτέρω εξέλιξή της σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

Στην εργασία ακόμα αναφέρονται τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών στο χώρο του χειρουργείου και ειδικότερα στην αίθουσα της ανάνηψης. Ειδικότερα, γίνεται εκτενής αναφορά στην νοσηλευτική φροντίδα προς τον ασθενή πριν, κατά την διάρκεια αλλά και μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης. Μεγάλο μέρος της εργασίας παρουσιάζει την μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας, τον τρόπο λειτουργίας της και την στελέχωσή της τόσο με τα απαραίτητα μηχανήματα και εξοπλισμό όσο και με επαρκές και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Τέλος, αναφέρονται τα είδη της αναισθησίας και οι πιθανές επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν στον ασθενή.

Πιο αναλυτικά, παρακάτω φανερώνεται η αναδίπλωση της δομής των κεφαλαίων που απαρτίζουν την εργασία:

Το 1ο κεφάλαιο παρουσιάζει αρχικά τον ρόλο της Μ.Μ.Α.Φ. και τις προδιαγραφές της σύμφωνα με την ASA και την ιστορική αναδρομή της χειρουργικής και της Μ.Μ.Α.Φ. αντίστοιχα.

Στο 2ο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και την αξιολόγησή της καθώς επίσης αναλύονται οι έννοιες της Περιεγχειρητικής, της Προεγχειρητικής, της Διεγχειρητικής και της Μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας. Ακόμα, αναφέρονται οι τύποι της αναισθησίας και οι επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν στους ασθενείς.

Στο 3ο κεφάλαιο αναλύονται οι ρόλοι των νοσηλευτών εντός του χειρουργείου και τα καθήκοντα με τις αρμοδιότητές τους.

Στο 4ο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι αρμοδιότητες του νοσηλευτή του αναισθησιολογικού, τα κριτήρια αποχώρησής των ασθενών από την Μ.Μ.Α.Φ. καθώς και τα μέτρα πρόληψης μετάδοσης λοιμώξεων στην αίθουσα της ανάνηψης.

Στο 5ο κεφάλαιο αναλύονται διεξοδικά οι μετεγχειρητικές και μεταναισθητικές επιπλοκές στην Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας καθώς και οι μέθοδοι αντιμετώπισής τους.

Στο 6ο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται δύο περιστατικά τα οποία μετά την χειρουργική επέμβαση προσέρχονται στην Μ.Μ.Α.Φ. και με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας σχεδιάζεται η νοσηλευτική φροντίδα για τους ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Κεφάλαιο 1ο-Ιστορική αναδρομή-Χειρουργική

Οι χειρουργικές επεμβάσεις πιστεύεται ότι έκαναν την εμφάνισή τους ταυτόχρονα με την παρουσία των πρωτόγονων ανθρώπων στην γη. Οι πρωτόγονοι άνθρωποι συχνά τραυματιζόνταν είτε από μάχες μεταξύ τους είτε από άλλους παράγοντες όπως άγρια ζώα, ατυχήματα, παθολογικοί παράγοντες. Οι πρώτες επεμβάσεις αφορούσαν την αφαίρεση βελών και άλλων ξένων σωμάτων, ορθοπεδικές επεμβάσεις, καισαρικές τομές, καυτηριάσεις με καυτές πέτρες, τοποθέτηση επιδέσμων επιδέσμων σε πληγές και επισχέσεις αιμορραγιών με την άσκηση πίεσης στο σημείο της αιμορραγίας. **(Κωστάκης Ι. Α., 2005)**

Σύμφωνα με πολλά αρχαιολογικά ευρήματα μία σημαντική επέμβαση η οποία πιστεύεται ότι διεξαγόταν συχνά ήταν η διάτρηση του κρανίου του πάσχοντα. Η θεωρία αυτή επιβεβαιώνεται από την ανακάλυψη λίθινων εργαλείων με πριονωτή κατάληξη καθώς επίσης και από πληθώρα κρανίων σε σπηλιές ακόμα και στον ελλαδικό χώρο τα οποία είχαν τρύπες. Υπάρχουν πολλές θεωρίες για τον λόγο για τον οποίο γινόταν η επέμβαση αυτή. Πιστεύεται ότι σκοπός της ήταν η ανακούφιση του ασθενή από πιθανούς πόνους ή οιδήματα του εγκεφάλου. Άλλοι θεωρούν ότι είχαν θρησκευτικά αίτια καθώς πιστεύεται ότι ο λόγος της διεξαγωγής της διάτρησης θα βοηθούσε στην απομάκρυνση των κακών πνευμάτων από το κρανίο με αποτέλεσμα την ανακούφιση του αρρώστου. **(Κωστάκης Ι. Α., 2005)**



(Εικόνα 1: Περίδεση τραύματος στρατιώτη)

Η χειρουργική στην αρχαία Ελλάδα απαντάται το 500 π.Χ ή αλλιώς χρυσό αιώνα του Περικλή και συμπίπτει χρονικά με την αρχή της ελληνικής ιατρικής. Ο όρος <<Χειρουργική>> προέρχεται ετυμολογικά από το χειρ-έργο και χειρ-εργάση. Ο σημαντικότερος χειρουργός κατά την αρχαιότητα υπήρξε ο Ιπποκράτης. Αυτό το οποίο έκανε τον Ιπποκράτη τόσο ξεχωριστό και καταλυτικό για την Ιατρική-Χειρουργική ήταν ότι απέρριψε τις δεισιδαιμονίες, τα κακά πνεύματα, τις προλήψεις και τα μαγικά στοιχεία από την Ιατρική. Η νόσος σύμφωνα με την θεωρία του δεν οφειλόταν σε παρέμβαση κάποιου θεού αλλά αποτελεί μία εξελικτική φυσική διεργασία με συμπτώματα που παρουσιάζει ο οργανισμός.(Χατζηνικολάου Α, Σκανδαλάκη Ν. 2007)

Ο Ιπποκράτης μεταξύ άλλων ανακάλυψε στα φύλλα της ιτιάς το ακετυλοσαλικυλικό οξύ, έγραψε πάρα πολλά συγγράμματα στα οποία περιέγραψε διάφορες ασθένειες εκείνης της εποχής. Ακόμα κατασκεύασε πολλά ιατρικά εργαλεία στα οποία στηρίχτηκαν και οι μετέπειτα επιστήμονες για να εξελίξουν τα εργαλεία αυτά. Συνέθεσε μεταξύ άλλων συγγραμμάτων του και τον οδηγό δεοντολογίας και τις αρχές του ιατρικού λειτουργήματος, ο οποίος παραμένει μέχρι και σήμερα σε ολόκληρο τον κόσμο. Εκτέλεσε χειρουργικές επεμβάσεις ορθοπεδικού τύπου, χειρουργικές κρανιοαναρτήσεις, χειρουργήσε αιμορροΐδες, αποστήματα, ινομώματα και διάφορες άλλες ασθένειες. (Χατζηνικολάου Α., Σκανδαλάκη Ν., 2007)

1.1.Η Χειρουργική στην νεότερη Ελλάδα

Η χειρουργική στην Ελλάδα αναπτύχθηκε ραγδαία μετά το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα παρά τις αντιξοότητες. Κομβικό ρόλο για την ανάπτυξη αυτή υπήρξε το Πανεπιστήμιο καθώς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ευαγγελισμού και του Ερυθρού Σταυρού. Όλα αυτά οδήγησαν στην ίδρυση της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρίας το 1928 η οποία συνεχίζει την λειτουργία της και την προσφορά της μέχρι και σήμερα. (Κωστάκης Ι. Α., 2005)

1.2.Ιστορική αναδρομή - Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας

Η Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας (ΜΜΑΦ) ή Αίθουσα Ανάνηψης αποτελεί το χώρο αποκατάστασης των ασθενών μετά από την αναισθησία και τη χειρουργική επέμβαση. Οι πρώτες αναφορές για τη Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας εντοπίζονται στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, συγκεκριμένα στο Ηνωμένο Βασίλειο στο νοσοκομείο του Newcastle το έτος 1801 όπου περιγράφονται 2 κλίνες σε 1 δωμάτιο παραπλεύρως των χειρουργικών αιθουσών. Αργότερα, το 1875 δημοσιεύτηκε το πρώτο επιστημονικό άρθρο , το οποίο αναφερόταν στο τρόπο λειτουργίας της ΜΜΑΦ ενώ η δημοσίευση έλαβε χώρα στο περιοδικό British Medical Journal. Ακόμα, Μονάδες Μεταναισθητικής Φροντίδας με οργάνωση και παροχές υγιεινής υπήρχαν εκείνη τη περίοδο και στις Η.Π.Α και ειδικότερα στη Βοστώνη , στο Boston City Hospital (1904) και το John Hopkins. Σε μεταγενέστερο χρόνο , σύμφωνα με τις υπάρχουσες Μονάδες Μεταναισθητικής Φροντίδας ως πρότυπα και μετά τη λήξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου , οι ΜΜΑΦ επεκτάθηκαν σε ολόκληρη την Ευρώπη όπου και λειτούργησαν ως Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. (Shields L. & co. 2016)

1.3.Η Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας

Μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης, ο ασθενής μεταφέρεται στην αίθουσα της ανάνηψης η οποία βρίσκεται κοντά στις αίθουσες των χειρουργείων με σκοπό την αφύπνιση του ασθενή από την επίδραση της αναισθησίας. Κάθε ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση αρά και κατά συνέπεια σε κάποια μορφή-τεχνική αναισθησίας π.χ. γενική, περιοχική, ΕΦ καταστολή, πρέπει να παρακολουθείτε και να του παρέχεται υποστήριξη στην Αίθουσα Ανάνηψης (ΑΑ) ή

αλλιώς Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας, (ΜΜΑΦ, PACU=PostAnesthesiaCareUnit). (Apfelbaum JL & co. 2013)

Στην αίθουσα της ανάνηψης, ο άρρωστος παραμένει για κάποιο χρονικό διάστημα, αλλά αυτό εξαρτάται από τη γενική κατάσταση του ασθενούς και τις ανάγκες που έχουν προκληθεί από το χειρουργείο και την πράξη της αναισθησίας.

Η Μ.Μ.Α.Φ. είναι ένας ειδικά διαμορφωμένος χώρος, πολύ οργανωμένος και βρίσκεται παραπλεύρως των χειρουργικών αιθουσών ή της αίθουσας που γίνεται η χορήγηση της αναισθησίας. Σε αυτό το χώρο οι ασθενείς ανανήπτουν ή επανέρχονται από τις άμεσες επιδράσεις της αναισθησίας και του χειρουργείου, ακόμη στην Μ.Μ.Α.Φ. αναγνωρίζονται τυχόν μετεγχειρητικές επιπλοκές και αντιμετωπίζονται έγκαιρα από το προσωπικό. Ο νοσηλευτής της ανάνηψης είναι προετοιμασμένος να αναγνωρίζει και να προλαμβάνει τα σοβαρά προβλήματα που πιθανώς θα εμφανιστούν είτε λόγω της επέμβασης είτε λόγω της δράσης των αναισθησιολογικών φαρμάκων που χορηγούνται κατά την αναισθησία. Ακόμα ο νοσηλευτής της ανάνηψης λαμβάνει προφορική αναφορά από τον αναισθησιολόγο της επέμβασης για το είδος της αναισθησίας, την απώλεια μεγάλης ποσότητας αίματος, τα υγρά και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν καθώς και τα προβλήματα που πιθανώς προέκυψαν.

Οι άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή και την γενικότερη κατάσταση σου σε άσχημη έκβαση, καθώς η βλάβη μπορεί να είναι παρατεταμένη ή μόνιμη ή ακόμη και μη αναστρέψιμη. Ο θάνατος των ασθενών από τις άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι αντικείμενο προβληματισμού τα τελευταία χρόνια. (**Immediate Post-Anaesthesia Recovery, 2013**)

Η δημιουργία των απαραίτητων υποδομών στις αίθουσες ανάνηψων από πλευρά εξοπλισμού, χώρου και στελέχωσης εξειδικευμένου προσωπικού για την απρόσκοπτη και συνεχή μετεγχειρητική παρακολούθηση του κάθε ασθενή συμβάλλει τα μέγιστα στη μείωση των επιπλοκών της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου. Οι προδιαγραφές λειτουργίας στην αίθουσα ανάνηψης που πρέπει να ακολουθούνται έχει απασχολήσει κατά καιρούς επιστημονικές εταιρείες αναισθησιολογίας. Οι προδιαγραφές για τη σωστή λειτουργία της αίθουσας ανάνηψης βασίζονται στις παρακάτω αρχές:

- ▼ Η αίθουσα Ανάνηψης πρέπει να είναι κατάλληλα εξοπλισμένη και στελεχωμένη με σκοπό να μπορεί να γίνει παρακολούθηση και υποστήριξη

των ζωτικών λειτουργιών δίνοντας έμφαση στην άμεση και έγκαιρη αναγνώριση αλλά και αντιμετώπιση μεταναισθητικών ή μετεγχειρητικών επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν, σε αυτές τις επιπλοκές περιλαμβάνεται και η κάρδιο-αναπνευστική ανακοπή.

- ✓ Μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης, ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος παραδίδει τον ασθενή στο νοσηλευτή της Ανάνηψης, με βάση το πρωτόκολλο που ισχύει στο κάθε νοσοκομείο.
- ✓ Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της Ανάνηψης πρέπει να είναι εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο συγκεκριμένα στην μετεγχειρητική παρακολούθηση και ακόμη να έχει την ικανότητα και τις απαραίτητες γνώσεις για την αναζωογόνηση σε επείγουσα κατάσταση που τυχόν να προκύψει.
- ✓ Η Μ.Μ.Α.Φ. πρέπει να ακολουθεί τους κανόνες λειτουργίας όπως ορίζονται στα προκαθορισμένα πρωτόκολλα, τα οποία ορίζουν τα πλαίσια τόσο της παρακολούθησης όσο και της παραμονής και μεταφοράς του ασθενούς στο θάλαμο που νοσηλεύεται.
- ✓ Τέλος, την επίβλεψη της Μ.Μ.Α.Φ. πρέπει να έχει ο υπεύθυνος γιατρός της Αναισθησιολογικής ομάδας και είναι αυτός που πρέπει να αποφασίζει τη μεταφορά του ασθενούς. (DeWit S., 2013)

1.4.Προδιαγραφές Μ.Μ.Α.Φ. σύμφωνα με την ASA.

Σε αυτό το σημείο δίνονται οι προδιαγραφές της Μ.Μ.Α.Φ. όπως αυτές ορίστηκαν από την Αμερικανική Εταιρεία Αναισθησιολογίας ((American Society of Anaesthesiologists, ASA):

- ✓ Κάθε ασθενής ο οποίος έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και του έχει χορηγηθεί οποιαδήποτε μορφή αναισθησίας πρέπει να μεταφέρεται στην μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας, συνοδευόμενος από τον αναισθησιολόγο, ο οποίος ενημερώνει για την γενική κατάσταση, το ιατρικό ιστορικό και την διεγχειρητική πορεία στον υπεύθυνο νοσηλευτή της Μ.Μ.Α.Φ. που ασχολείται με την παρακολούθηση του ασθενούς.
- ✓ Ο νοσηλευτής της Μ.Μ.Α.Φ. παρακολουθεί και καταγράφει με υπευθυνότητα και επαγγελματισμό τα ακριβή στοιχεία των ζωτικών σημείων, της διούρησης, της θερμοκρασίας, της κινητικότητας και της αισθητικότητας των άκρων όταν έχει εφαρμοστεί περιοχική αναισθησία. Ακόμη, παρακολουθεί τις

απώλειες από τους καθετήρες και τις παροχετεύσεις και την χορήγηση φαρμάκων.

- ✓ Ο νοσηλευτής της Μ.Μ.Α.Φ. εφαρμόζει το απαραίτητο και κατάλληλο monitoring για την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, τη λειτουργία του αερισμού, της οξυγόνωσης και της κυκλοφορίας.
- ✓ Ο νοσηλευτής του τμήματος παρακολουθεί την γενικότερη κλινική κατάσταση του αρρώστου και αξιολογεί το χρόνο που θα μπορούσε να επανέλθει στο θάλαμο νοσηλείας, ακολουθώντας τα προκαθορισμένα κριτήρια.
- ✓ Η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά ασθενή στην Μ.Μ.Α.Φ. μεταβάλλεται και καθορίζεται ανάλογα με τη βαρύτητα του χειρουργείου, το είδος αυτού και την γενικότερη κατάσταση του ασθενούς.
- ✓ Είναι απαραίτητο να υπάρχει όλες τις ώρες της μέρας, διαθέσιμος ένας αναισθησιολόγος για να επιβλέπει και να δίνει ιατρικές οδηγίες.
- ✓ Επιβάλλεται σε κάθε θέση ασθενούς στην αίθουσα της ανάνηψης να υπάρχει συγκεκριμένος εξοπλισμός, συγκεκριμένα:
 1. Παροχές οξυγόνου, πεπιεσμένου αέρα και κενού για συνεχή αναρρόφηση,
 2. Ηλεκτρικές υποδοχές.
 3. Βασικά monitors.
 4. Ικανοποιητικός φωτισμός και
 5. Χώροι αποθήκευσης υγειονομικού υλικού.
- ✓ Χώρος απομόνωσης για ασθενείς αυξημένου κινδύνου, επιβάλλεται να υπάρχει σε όλες τις Μ.Μ.Α.Φ.
- ✓ Στις Μ.Μ.Α.Φ. πρέπει να υπάρχει ηλεκτροκαρδιογράφος.
- ✓ Ύπαρξη ασκός Ambu, φορητή οβίδα O₂, τροχήλατο με τον εξοπλισμό και τα φάρμακα της εξειδικευμένης υποστήριξης της ζωής, διάφορα μεγέθη καθετήρων για περιφερική φλεβοκέντηση και καθετηριασμό των μεγάλων αγγείων, απινιδωτής κ.α.
- ✓ Εφεδρικές φιάλες παροχής οξυγόνου για την μεταφορά του ασθενή στο δωμάτιο νοσηλείας του.
- ✓ Πλήρης εξοπλισμός για ενδοτραχειακή διασωλήνωση σε περίπτωση που παραστεί ανάγκη. (Παπαδημητρίου - Παπακώστα Λ.,1999)

1.5.Μετακίνηση και Παραλαβή ασθενή στην Μ.Μ.Α.Φ.

Η διαδικασία και η χρονική περίοδος που πραγματοποιείται η μετακίνηση του ασθενούς από το χειρουργείο στην αίθουσα ανάνηψης είναι χρόνος που ελλοχεύει μεγάλους κινδύνους για τον ασθενή ανάλογα με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, αλλά και την απόσταση. Αφού χορηγηθεί αναισθησία, γενική ή περιοχική ή Εφ καταστολής και πριν πραγματοποιηθεί η μεταφορά πρέπει πρώτα να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός. Ακόμη, το επίπεδο φροντίδας, ελέγχου και παρακολούθησης κατά τη μεταφορά να είναι ισάξιο ποιότητας με αυτή του χειρουργικού κρεβατιού. Κατά τη διάρκεια της μεταφοράς ο άρρωστος πρέπει να μεταφέρεται με τα παρακάτω:

- ✓ ειδικό φορείο,
- ✓ συνεχή χορήγηση O₂,
- ✓ πλήρες monitoring των ζωτικών σημείων,
- ✓ συμπεριλαμβανομένης της καπνογραφίας για τους ασθενείς που έχουν ενδοτραχειακό σωλήνα ή υπεργλωττιδική συσκευή του αεραγωγού,
- ✓ συνοδεία προσωπικού με επαρκείς γνώσεις και εμπειρία.(**Checketts MR & co. 2015**)

1.6.Εκτέλεση νοσηλευτικών διαδικασιών στην Μ.Μ.Α.Φ.

Η διαδικασία που πραγματοποιείται στην Μ.Μ.Α.Φ. κατά τη μεταφορά του ασθενούς στο τμήμα είναι η παρακάτω:

- Αρχικά, γίνεται ενημέρωση του νοσηλευτή της Μ.Μ.Α.Φ. για τον ασθενή και την κατάστασή του. Ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος που έχει αναλάβει τον ασθενή ενημερώνει την νοσηλεύτρια ή το νοσηλευτή λεπτομερώς, ειδικά για την ταυτότητα του ασθενούς, το ιατρικό ιστορικό του και την προεγχειρητική του κατάσταση, τυχόν αλλεργίες, την προεγχειρητική αγωγή που χορηγήθηκε και την προνάρκωση, την αναισθητική τεχνική και το είδος του χειρουργείου.
- Έπειτα, έχει σειρά η παρακολούθηση στην αίθουσα της ανάνηψης, εκεί ο νοσηλευτής ενημερώνεται ακόμη για άλλα φάρμακα που μπορεί να χορηγήθηκαν πχ. Ινότροπα, οπιοειδή, διουρητικά κ.α. Ακόμη, ενημερώνεται για την απώλεια αίματος στην επέμβαση, την διεγχειρητική χορήγηση υγρών και παραγώγων αίματος και για αναισθητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές που μπορεί να προέκυψαν.

- Στην Μ.Μ.Α.Φ. είναι υπεύθυνοι για το μετεγχειρητικό monitoring και εργαστηριακές εξετάσεις (π.χ. αέρια αίματος, γενική αίματος), την ανάγκη για ειδικά φάρμακα ή πράξεις που πρέπει να γίνουν. (Apfelbaum JL & co. 2013)

Ο νοσηλευτής στην Μ.Μ.Α.Φ. φέρει μεγάλη ευθύνη από τη στιγμή που παραλαμβάνει το ασθενή, πρέπει πρωτίστως να πραγματοποιήσει τα εξής:

- Να παρακολουθεί:
 1. Ζωτικά σημεία κάθε 2-5 λεπτά στην αρχή και σταδιακά να αραιώνει τη συχνότητα. Συγκεκριμένα:
 2. Αρτηριακή πίεση.
 3. Αναπνευστική συχνότητα.
 4. Καρδιακή συχνότητα.
 5. Σφυγμούς μέσα από το οξύμετρο.
 6. Θερμοκρασία.
 7. Επίπεδο συνείδησης του ασθενούς.
- Τοποθέτηση αρρώστου με μειωμένη συνείδηση ή αυξημένο κίνδυνο εισρόφησης σε θέση ανάνηψης \hat{a} αριστερά πλάγια θέση με την κεφαλή σε χαμηλότερο επίπεδο, με σκοπό τη διευκόλυνση της παροχέτευση των εκκρίσεων από το στοματοφάρυγγα και την αναπνευστική οδό. Ακόμη την παροχέτευση αίματος από το χειρουργικό πεδίο ή εμέτου από του στόματος.
- Χορήγηση 30-50 % εισπνεόμενο οξυγόνο, με σκοπό τη διατήρηση το SpO₂ > 94-95 % άσχετα από το είδος και τη διάρκεια του χειρουργείου.
- Συνεχής έλεγχος επιπέδου αισθητικότητας και κινητικότητας των άκρων στην περιοχική αναισθησία, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή για πιθανή επέκταση του αποκλεισμού.
- Καθετηριασμός κύστης στη ραχιαία ή επισκληριδίο αναισθησία που διήρκησε > 4 ώρες.
- Ο ασθενής σκεπάζεται με ζεστές κουβέρτες ή γίνεται χρήση της ηλεκτρικής κουβέρτας.
- Καταγραφή των ακριβή τιμών των ζωτικών σημείων μαζί με σημαντικές πληροφορίες σύμφωνα με την κλίμακα Aldrete σε διάγραμμα που συνοδεύει τον φάκελο του ασθενούς.

- Να ελέγξει την ένταση του μετεγχειρητικού πόνου με την κλίμακα VAS (visual analogue scale) και εφόσον είναι > 3 VAS να χορηγήσει την προγραμματισμένη αναλγησία σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. (**Checketts MR & co. 2015**)

1.7.Κλίμακα Aldrete

Η κλίμακα βαθμολόγησης Aldrete δημιουργήθηκε με σκοπό την αναγνώριση και την αξιολόγηση της θετικής έκβασης των ασθενών οι οποίοι νοσηλεύονται στην Μ.Μ.Α.Φ. Η κλίμακα αυτή βαθμολογεί:

- την αναπνοή του ασθενή
- το επίπεδο συνείδησης
- την λειτουργία του αεραγωγού
- την καρδιακή συχνότητα
- τα χαρακτηριστικά του δέρματος
- την κινητικότητα των άκρων

Η κλίμακα μπορεί να δώσει αρκετά συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με την φυσική κατάσταση του ασθενή τόσο κατά τον άφιξή του στην Μ.Μ.Α.Φ. όσο και κατά την διάρκεια παραμονής του εκεί. Προκειμένου ο ασθενής να μπορέσει να αποχωρήσει από την Μ.Μ.Α.Φ πρέπει ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος να εξετάσει τον ασθενή και να σημειώσει τυχόν προβλήματα ή επιπλοκές στο διάγραμμα που συνοδεύει τον ασθενή στην κλινική του.

	Αξιολόγηση	Βαθμός
Αεραγωγός	Ελεύθερος αεραγωγός	2
	Τεχνητός αεραγωγός	1
	Ενδοτραχειακός σωλήνας	0
Αναπνοή	Ακρόαση και αναπνεόμενος όγκος ικανοποιητικός	2
	Δύσπνοια ή μειωμένος αναπνεόμενος όγκος	1
	Απουσία αυτόματης αναπνοής	0
Συνείδηση	Ασθενής σε εγρήγορση και προσανατολισμό	2
	Ασθενής διεγερτικός χωρίς προσανατολισμό	1
	Ασθενής δεν αντιδρά σε ερωτήσεις ή ερεθίσματα	0

Καρδιακός ρυθμός	Παρόμοιος με τον προαναισθητικό ρυθμό	2
	Νέος παθολογικός ρυθμός χωρίς ανάγκη θεραπείας	1
	Νέος παθολογικός ρυθμός με ανάγκη θεραπείας	0
ΣΑΠ	± 20 mmHg του προαναισθητικού επιπέδου	2
	± 40mmHg του προαναισθητικού επιπέδου	1
	≥ 40 mmHg του προαναισθητικού επιπέδου	0
Δέρμα	Ροδαλό, ξηρό	2
	Ωχρό, σκούρο, υγρό	1
	κυανωτικό	0
Κινητική δραστηριότητα	Κινήσεις των 4 άκρων	2
	Κινήσεις των μη αποκλεισμένων άκρων	1
	Καμία κίνηση άκρων	0
	Μέγιστη Θερμοκρασία	14

(Κλίμακα Aldrete για την αξιολόγηση της μεταναισθητική φροντίδα)

Ο κάθε παράγοντας βαθμολογείται από το 0 έως το 2. Μία συνολική βαθμολογία 9 με 10 συνήθως υποδεικνύει ότι ο ασθενής είναι πλέον έτοιμος να μεταφερθεί στην κλινική του. **(Cullen DJ & co. 1992)**

Ένα ακόμα κριτήριο το οποίο χρησιμοποιείται προκειμένου να διαπιστωθεί αν ο ασθενής είναι πλέον σε θέση να επιστρέψει στην κλινική του είναι η απουσία υποθερμίας δηλαδή θερμοκρασία σώματος σταθερά στους 36°C.

(Morgan GE & co. 2006)

1.8.Στελέχωση Μ.Μ.Α.Φ. με νοσηλευτικό προσωπικό

Η Μ.Μ.Α.Φ αποτελεί πολύ σημαντικό τμήμα και για τον λόγο αυτό οφείλει να είναι στελεχωμένη επαρκώς καθώς η φροντίδα των ασθενών πρέπει να είναι συνεχής και εστιασμένη. Έτσι λοιπόν η στελέχωσή της εξαρτάται με βάση:

- Την επαγγελματική εμπειρία και το γνωστικό επίπεδο του νοσηλευτικού προσωπικού λόγω της μεγάλης δυσκολίας του τμήματος και των υψηλών απαιτήσεων.
- Τον αριθμό των ασθενών που είναι προγραμματισμένο να δεχτεί η Μ.Μ.Α.Φ. με βάση το πρόγραμμα των χειρουργείων και των αιθουσών που λειτουργούν.

- Τις ανάγκες μεταναισθητικής φροντίδας των ασθενών οι οποίες απορρέουν από την κατάσταση της υγείας τους, τις πιθανές επιπλοκές και την βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης.

(Shields L. & co. 2016)

Η American Society of Perianesthesia Nurses των Η.Π.Α. προκειμένου να προσδιορίσει τις ανάγκες στελέχωσης της Μ.Μ.Α.Φ έχει καθιερώσει τα εξής κριτήρια:

- 2 νοσηλευτές ανά 1 βαριά πάσχοντα ασθενή με πολλές επιπλοκές και με αναπνευστική και αιμοδυναμική αστάθεια.
- 1 νοσηλεύτης ανά 1 ασθενή ο οποίος ή δεν έχει καλό επίπεδο συνείδησης ή κρίνεται απαραίτητη η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής ή όταν ο ασθενής δεν έχει φυσιολογικές τιμές των ζωτικών του λειτουργιών.
- 1 νοσηλεύτης ανά 2 ασθενείς όταν ο ένας έχει επανέλθει από την αναισθησία χωρίς επιπλοκές ενώ ο δεύτερος δεν έχει αφυπνιστεί αλλά είναι σταθερός ή όταν και οι δύο έχουν αφυπνιστεί, δεν έχουν επιπλοκές και είναι σταθεροί.

(Shields L. & co. 2016)

Κεφάλαιο 2ο

Κεφάλαιο 2ο-Εννοιολογική προσέγγιση της φροντίδας υγείας

Η φροντίδα αποτελεί τη βάση της νοσηλευτικής επιστήμης, οπότε για αυτό είναι επιστήμη φροντίδας υγείας. Παρόλα αυτά, πρέπει να διασαφηνιστεί ότι η φροντίδα είναι αναπόσπαστο στοιχείο όλων των επιστημών που έχουν ως βάση του την ανθρωπινή υπόσταση. Η φροντίδα αποτελεί ένα πανανθρώπινο φαινόμενο που διαφοροποιείται ανάλογα με τις κοινωνίες και τους πολιτισμούς με τους οποίους πραγματεύεται. **(Σαπουντζή Δ., 2001)**

Η Νοσηλευτική έχει να κάνει με την παροχή φροντίδας στον άνθρωπο, την προστασία του, την προαγωγή της υγείας, την εφαρμογή διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων σε μία νόσο καθώς επίσης την αποκατάσταση στην φυσιολογική ζωή και την στήριξη σε έναν αξιοπρεπή θάνατο. Με επίκεντρο τη νοσηλευτική πρακτική και την ανθρώπινη υπόσταση και επαφή. **(Ραυτόπουλος Β. & συν. ,2003)**

Για την ορθή παροχή φροντίδας απαιτούνται ο σεβασμός και η ανάπτυξη πολυεπίπεδων σχέσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους ασθενείς. Μια απειλητική για τη ζωή του ασθενούς, νόσος μπορεί να αφυπνίσει έντονο ψυχολογικά ζητήματα τόσο για τον ίδιο τον άρρωστο όσο και για το νοσηλευτή. **(Rovithis M. 2002)**

Το διαπροσωπικό μοντέλο διαπροσωπικών σχέσεων νοσηλευτή και ασθενή έχει περιγραφεί με τα εξής φάσεις:

Προσανατολισμός,

Ταύτιση,

Φειδώ και

Απόσπαση.

Μεγάλης σημασίας είναι η φάση του προσανατολισμού καθώς πραγματοποιείται η αμοιβαία γνωριμία του επαγγελματία με τον ασθενή και αναπτύσσεται μια διαπροσωπική σχέση. Τόσο ο ασθενής, όσο και ο νοσηλευτής χρειάζονται τον

προσανατολισμό για εντοπίσουν τις δυνατότητες και τα όρια αυτής της επαφής. Ο νοσηλευτής παρατηρεί και μαθαίνει τις εξατομικευμένες ανάγκες του ατόμου που πρέπει να φροντίσει και οι δύο μαζί μαθαίνουν τι πρέπει να περιλαμβάνει η φροντίδα. **(Mischo-Kelling M. & co. 1995)**

Η Νοσηλευτική φροντίδα σύμφωνα με πολλούς ερευνητές ως φαινόμενο απαντάται σε όλους τους πολιτισμούς ενώ φυσικά υπάρχουν και διαφοροποιήσεις ανά κοινωνία σύμφωνα με τις ανάγκες αυτής. Τα κοινά σημεία της φροντίδας είναι τα εξής:

- Η πρόληψη,
- Η αγάπη,
- Ο σεβασμός και
- Η κατανόηση.

Βασικά χαρακτηριστικά Φροντίδας

- Σχέση Φροντίδας
- Στάσεις
- Δραστηριότητες Φροντίδας
- Αποδοχή
- Μεταβλητότητα

Η σχέση φροντίδας χαρακτηρίζεται από ευθύνη, οικειότητα και εμπιστοσύνη ενώ ως στάσεις ορίζεται ο τρόπος με τον οποίο ο νοσηλευτής συμπεριφέρεται και προσεγγίζει τον νοσηλευόμενο, δείχνοντας αληθινό ενδιαφέρον, κατανόηση και σεβασμό προς τις ανάγκες του. Οι δραστηριότητες φροντίδας προέρχονται από την ικανότητα του νοσηλευτή να αναγνωρίζει τις ανάγκες του νοσηλευόμενου και να τις καλύπτει με κατάλληλο τρόπο. Οι δραστηριότητες φροντίδας αποτελούνται από τέσσερις υποκατηγορίες οι οποίες είναι, η νοσηλευτική φροντίδα, η παρουσία, το άγγιγμα και την ικανότητα. Το τέταρτο χαρακτηριστικό της φροντίδας περιλαμβάνει την αποδοχή, την προσέγγιση δηλαδή και την θεώρηση του ασθενή ως άνθρωπο με πολυδιάστατο χαρακτήρα ο οποίος πρέπει να αντιμετωπίζεται με αξιοπρέπεια και σεβασμό. Τέλος, η μεταβλητότητα αποτελεί την ευελιξία με την οποία ο νοσηλευτής μπορεί να προσαρμοστεί στις αλλαγές που μπορεί πιθανώς να προκύψουν από τις συνθήκες, τα άτομα και το περιβάλλον που την επηρεάζουν. **(Σαράφης Π., 2015)**

2.1. Η ποιότητα φροντίδας βάσει ερευνητικών μελετών

Η παρεχόμενη φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς μέσα στα νοσοκομεία διαδραματίζει το σπουδαιότερο, ίσως ρόλο για την μείωση και αποφυγή θανάτων αλλά και μετεγχειρητικών επιπλοκών που μπορεί να παρουσιάσουν οι άρρωστοι. Η παρεχόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και η ποσότητα των ωρών που προσφέρονται στον ασθενή, πιθανότατα θα μειώσουν τους θανάτους στα νοσοκομεία και θα προφυλάξουν τους ασθενείς από σοβαρές επιπλοκές κατά την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και την περιεγχειρητική φροντίδα. **(The New England Journal of Medicine, 2002)**

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι νοσοκομειακές μονάδες που είναι επαρκώς στελεχωμένες με διπλωματούχους και εξειδικευμένους νοσηλευτές και έχουν στην ομάδα τους, λιγότερο νοσηλευτικό προσωπικό με χαμηλότερα προσόντα και ακαδημαϊκές γνώσεις, τείνουν να σημειώνουν χαμηλότερο ποσοστό θανάτων και επιπλοκών στους ασθενείς τους. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε το 1997 σε 799 νοσοκομεία και κλινικές με κλίμακα μέτρησης 6,2 εκατομμύρια ασθενείς στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Ακόμη, ερευνητές από το πανεπιστήμιο Χάρβαρντ εξέτασαν το χρόνο παραμονής στους ασθενείς από το νοσηλευτικό προσωπικό και πόσο αυτή επηρεάζει την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς, έτσι αναλύθηκε ο χρόνος νοσηλευτικής φροντίδας και τα προσόντα του προσωπικού αυτού. **(Σαράφης Π. 2015)**

Οι νοσηλευτές διαχωρίζονταν βασικά σε τρία επίπεδα:

- ✓ οι εγγεγραμμένοι διπλωματούχοι νοσηλευτές που είναι το υψηλότερο επίπεδο,
- ✓ οι αδειούχοι πρακτικοί νοσηλευτές με μόνο ένα χρόνο εκπαίδευσης, χωρίς δίπλωμα και τέλος
- ✓ οι νοσηλευτικοί βοηθοί που έχουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.

Για τους ασθενείς που νοσηλεύονταν σε χειρουργικά τμήματα, τα ευρήματα ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά καθώς αποδείχθηκε ότι μέσα από το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό υπήρχε πρόληψη και δεν υπήρχαν υψηλά ποσοστά θανάτων, επιπλοκών και οι ασθενείς παρέμεναν μικρό χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο. Υπήρχαν έτσι, λιγότερα κρούσματα ουρολοιμώξεων, πνευμονίας, κατάπληξης, αιμορραγίας, καρδιακής ανακοπής και άλλα.

Με βάση αυτών των στοιχείων, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι χιλιάδες ασθενείς χάνουν τη ζωή τους εξαιτίας μη ορθού παρεχόμενου χρόνου και φροντίδας από τους νοσηλευτές. Είναι όποτε, αναμφίβολο το αποτέλεσμα της σημαντικότητας σωστής παροχής υγείας από όλους τους φορείς και του αρμόδιους των επαγγελματιών υγείας. . (Σαράφης Π. 2015)

2.2.Εξασφάλιση της Ποιότητας της Φροντίδας Υγείας

Η διασφάλιση ποιότητας είναι ένα σύστημα διαχείρισης που εντοπίζεται στην κλινική πλευρά της φροντίδας υγείας και στην αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας και το σύστημα αυτό σχεδιάζεται με σκοπό να εξασφαλίσει για τους ασθενείς την επιθυμητή παρεχόμενη ποιότητα. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσηλευτικό τμήμα περιλαμβάνει τα εξής:

- ✓ Την έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας.
- ✓ Την έγκαιρη αντιμετώπιση και νοσηλευτική παρέμβαση.
- ✓ Την χρησιμοποίηση μέσων υψηλής τεχνολογίας .
- ✓ Επαγγελματισμό και ευαισθητοποίηση του προσωπικού.
- ✓ Την διατήρηση και εξασφάλιση της αξιοπρέπειας του ασθενούς. (Λαχανά Ε. & συν. 2002)

2.3.Αξιολόγηση παρεχόμενη φροντίδας

Η αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να είναι μια αναπόσπαστη διαδικασία σε όλους τους τομείς και τα τμήματα όπου φροντίζονται ασθενείς και ακόμη περισσότερο σε χειρουργικούς χώρους. η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται βασισμένη σε συγκεκριμένα κριτήρια και να συγκρίνεται με πρότυπα ποιότητας. Η ουσιαστικότερη τοποθέτηση για την εφαρμογή της αξιολόγησης είναι η εμπειριστατωμένη περιγραφή της εκάστοτε νοσηλευτικής θέσεις εργασίας και τον ορισμό των καθηκόντων ακόμη τον ορισμό των προσόντων που χρειάζεται κανείς για να κριθεί κατάλληλος για να αναλάβει μια τέτοια θέση, τις ικανότητες, τις γνώσεις και άλλα. Οι κυριότεροι τρόποι αξιολόγησης σε σχέση με το προσωπικό περιλαμβάνουν:

- Την καταγραφή των προσόντων και ικανοτήτων των Νοσηλευτών.
- Τον προσδιορισμό της απόδοσης του κάθε Νοσηλευτή.

- Τον προσδιορισμό των Νοσηλευτών με μη ικανοποιητική απόδοση.
 - Την ώθηση των Νοσηλευτών για περισσότερες δραστηριότητες.
 - Την ανακάλυψη των φιλοδοξιών των Νοσηλευτών και την αναγνώριση των επιτευγμάτων τους.
 - Τον προσδιορισμό της επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού και του προϊσταμένου.
 - Τον προσδιορισμό των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των Νοσηλευτών.
 - Την καταγραφή των εκπαιδευτικών αναγκών των Νοσηλευτών.
 - Την επιλογή των Νοσηλευτών που έχουν τα προσόντα για προαγωγή.
- (Καραμπάτσου Σ. 2003)**

Με σκοπό να αξιολογηθεί η παρεχόμενη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή λαμβάνονται υπόψιν οι παρακάτω παράγοντες:

- Η ανταπόκριση του ασθενούς.
- Η υποχώρηση των συμπτωμάτων σταδιακά.
- Η σταδιακή επάνοδος στην προ του χειρουργείου κατάσταση.
- Η πλήρης ανάρρωση.

2.4.Περιεγχειρητική Νοσηλευτική

Περιεγχειρητική νοσηλευτική θεωρείται η φροντίδα που προσφέρεται στον ασθενή από την στιγμή όπου θα αποφασισθεί να διεξαχθεί χειρουργική επέμβαση μέχρι την αφύπνισή του στην αίθουσα της ανάνηψης αμέσως μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης. Η περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα είναι μια ειδικότητα και ιδιότητα της νοσηλευτικής με πολλές παραμέτρους και εντοπίζεται σε ασθενείς που χρειάζονται χειρουργική επέμβαση ή οποιαδήποτε άλλη επεμβατική διαδικασία.

Οι νοσηλευτές περιεγχειρητικής φροντίδας είναι εξειδικευμένοι και εργάζονται σε στενή σχέση με άλλες ειδικότητες της χειρουργικής ομάδας όπως οι χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι και άλλους επαγγελματίες που σχετίζονται με το χώρο του χειρουργείου, παρέχοντας προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα υγείας στους ασθενείς. Ένας περιεγχειρητικός νοσηλευτής έχει πολλούς ρόλους που μπορεί να αναλάβει όπως: νοσηλευτής κυκλοφορίας, αναισθησιολογίας, νοσηλευτής προνάρκωσης και ανάνηψης, νοσηλευτής περιεγχειρητικού καθαρισμού,

νοσηλευτής προεγχειρητικής ετοιμασίας ή ακόμη και διευθυντής χειρουργικού τμήματος. **(DeWit Susan, 2013)**

Η Περιεγχειρητική φροντίδα αποτελεί μια ειδική κατηγορία της νοσηλευτικής επιστήμης και απαιτεί λεπτούς χειρισμούς και υπευθυνότητα. Το μεγαλύτερο μέρος εξαρτάται στις εξειδικευμένες γνώσεις και την αυστηρή τήρηση του χειρουργικού πρωτοκόλλου, την διδασκαλία του ασθενούς και την παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας και τεχνικών.

Σε μερικές ειδικές περιπτώσεις δύναται το αντικείμενο της περιεγχειρητικής φροντίδας να εντάσσεται σε άλλους τομείς όπως στη νοσηλεία μιας ημέρας, τις ενδοσκοπήσεις, την αποστείρωση, την επεμβατική ακτινολογία και τη διαχείριση του πόνου. Η μεγάλη πολυπλοκότητα του ρόλου του νοσηλευτή απαιτεί την επιτακτική ανάπτυξη αρμοδιοτήτων του περιεγχειρητικού νοσηλευτή.

Η θέση του περιεγχειρητικού νοσηλευτή προϋποθέτει κλινική εμπειρία, διαπροσωπικές, επαγγελματικές και επικοινωνιακές ικανότητες τις οποίες οφείλει να εφαρμόζει με βάση ηθικούς κανόνες με σκοπό να παρέχει εξατομικευμένη και ολιστική περιεγχειρητική φροντίδα. Οι ρυθμοί στην περιεγχειρητική νοσηλευτική μεταβάλλονται ταχύτατα σύμφωνα με την εξέλιξη της τεχνολογίας και κατ'επέκταση της επιστήμης και έρχονται νέες εξειδικεύσεις με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών.

Είναι επιτακτική η ανάγκη για την ύπαρξη ηγετικών δεξιοτήτων με γνώσεις διοίκησης και οργάνωσης με βασικό γνώμονα τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και έρευνα συμφωνά με το τι επιτάσσει η κοινωνία και η εποχή. **(Λαμπριανίδου Ε. & συν.,)**

Τέλος, είναι κοινώς παραδεκτό, ότι εφαρμόζοντας τεκμηριωμένες πρακτικές στην περιεγχειρητική νοσηλευτική οδηγούμαστε στην εξασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών. Επίσης, είναι αποτελεσματικός ορισμός κατευθυντήριων γραμμών για την πρακτική και τους πόρους της νοσηλευτικής στο χειρουργείο. **(Stevens K.R. & co. 1999)**

Ακόμα, ορίζονται και τα σημεία επανεκτίμησης και συστηματικής έρευνας με σκοπό την συμπεριφορά και την ικανοποίηση των ασθενών και των οικείων τους. **(Kleinbeck S. 2008)**

2.5.Προεγχειρητική Νοσηλευτική

Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς ορίζεται η φροντίδα που παρέχεται πριν από μια χειρουργική επέμβαση και συμπεριλαμβάνεται η ιατρική αξιολόγηση των κινδύνων της παρέμβασης και της ψυχολογικής προσαρμογής του αρρώστου. Συγκεκριμένα, η προεγχειρητική φάση ξεκινά από τη στιγμή που ορίζεται ότι ο ασθενής θα υποβληθεί σε χειρουργείο και ολοκληρώνεται με την μεταφορά του στο χειρουργικό τμήμα για την τέλεση της επέμβασης σε αυτή τη φάση ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός, καθώς είναι φροντιστής, προαγωγός υγείας, συνήγορος του αρρώστου. Το σημείο αυτό είναι ιδιαίτερος σημαντικό για την επιτυχή έκβαση της επέμβασης. **(American Society of PeriAnesthesia Nurses, 2004)**

Η προεγχειρητική εκτίμηση γίνεται περίπου σε διάστημα 30 ημερών πριν από την τέλεση της χειρουργικής επέμβασης και πρέπει να καταγραφεί στο φάκελο του ασθενή με βάσει τις προδιαγραφές της Μεικτής Επιτροπής (American Society of Anesthesiologist ASA).

2.5.1.Ταξινόμηση φυσικής κατάστασης σύμφωνα με την ASA

ASA I : Φυσιολογικός υγιής ασθενής.

ASA II : Ασθενής με ήπια νόσο.

ASA III : Ασθενής με σοβαρή νόσο γεγονός όμως που δεν τον καθιστά ανίκανο.

ASA IV : Ασθενής με σοβαρή νόσο που αποτελεί σταθερή απειλή για τη ζωή του.

ASA V : Ο ασθενής είναι ετοιμοθάνατος και δεν αναμένεται να επιβιώσει 24 ώρες χωρίς να υποβληθεί σε επέμβαση.

ASA VI : Ο Ασθενής είναι πιστοποιημένα εγκεφαλικά νεκρός. (Osborn & co. 2012)

Το στάδιο αυτό εντοπίζεται στην διδασκαλία, την εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με το χειρουργείο, στον προεγχειρητικό έλεγχο για προληπτικούς λόγους και την αποφυγή τυχόν επιπλοκών, στη ψυχολογική στήριξη και τη σωματική προετοιμασία. Ο νοσηλευτής τελεί σημαντικό ρόλο αλλά για εμφανιστούν θετικά αποτελέσματα απαιτείται η συνεργασία όλης της χειρουργικής ομάδας και η επικοινωνία δίνοντας διευκρινίσεις και καθησυχάζοντας τον ασθενή.

Το πώς θα ανταποκριθεί ο άρρωστος στο χειρουργείο εμφανίζει μεγάλη ποικιλία και διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Σχετικά με το σχεδιασμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας απαιτείται να λαμβάνεται υπόψη η διαφορετικότητα του κάθε ασθενή, το είδος του χειρουργείου και οι επικρατούσες συνθήκες. Για την εξασφάλιση της καλύτερης παροχής φροντίδας υπάρχει σαν βασική προϋπόθεση λεπτομερής νοσηλευτική εκτίμηση. Πριν το προγραμματισμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας απαιτείται η εκτίμηση, η οποία περιλαμβάνει τη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού και τη φυσική εξέταση, από την οποία εντοπίζεται η κατάσταση και οι σωματικές ανάγκες του κάθε ασθενούς ξεχωριστά. Ακόμη εντοπίζονται οι ανάγκες για ψυχολογική στήριξη του ίδιου του αρρώστου αλλά και της οικογένειας του. Ο τρόπος που γίνεται η νοσηλευτική εκτίμηση και η προγραμματισμένη αντιμετώπιση μεταβάλλεται ανάλογα με την χειρουργική επέμβαση και το είδος αυτής. (McEwen D., 2002)

Το χειρουργείο αποτελεί οπωσδήποτε ένα πολύ στρεσογόνο περιστατικό για τον ασθενή και την οικογένεια του, ανεξάρτητα με το είδος και τη διάρκεια της επέμβασης. Ένα ουσιαστικό παράδειγμα είναι ότι ασθενής που θα υποβληθεί σε αφαίρεση όγκου ίσως να έχει λιγότερο άγχος από τον ασθενή που υποβάλλεται σε βιοψία για τον αποκλεισμό κακοήθειας, αν και σαν επέμβαση είναι μικρότερης σημασίας από την πρώτη περίπτωση. Έτσι, η δεξιότητα του νοσηλευτή να παρακολουθεί με ενδιαφέρον και να εισπράττει τα διάφορα μηνύματα του ασθενούς είτε αυτά είναι λεκτικά είτε όχι είναι πολύ σημαντική και δημιουργεί δεσμούς άνεσης και εμπιστοσύνης με τον ασθενή και τους οικείους του. (American Society of PeriAnesthesia Nurses, 2004)

Κατ'επέκταση η επικοινωνία δύναται να βοηθήσει τόσο τον άρρωστο και την οικογένεια να αντιμετωπίσουν το στρες και τις φοβίες τους όσο και το νοσηλευτή να βελτιώσει την εκτίμηση, δημιουργώντας πληρέστερο προγραμματισμό. Έτσι, οι παρεμβάσεις του είναι αυτές που χρειάζεται ασθενής. Παρακάτω αναφέρονται τα στάδια της προεγχειρητικής εκτίμησης του ασθενούς:

▼ Ιστορικό (ερευνώνται καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο επιπλοκών στη διάρκεια ή την επέμβαση.):

1. Ηλικία.
2. Τρέχον πρόβλημα υγείας.

3. Παθολογικό ιστορικό.
4. Χρήση καπνού, αλκοόλ και παράνομων ουσιών, όπως μαριχουάνα.
5. Φαρμακευτική αγωγή.
6. Χειρουργικό ιστορικό.
7. Χρήση συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών, όπως βοτανοθεραπεία, λαϊκή ιατρική ή βελονισμό.
8. Ιατρικό ιστορικό.
9. Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις και εμπειρίες.
10. Προηγούμενη εμπειρία αναισθησίας.
11. Μεταγγίσεις αίματος και αιμοδοσίες.
12. Αλλεργίες, ιδιαίτερα ευαισθησία σε προϊόντα λατέξ.
13. Γενική κατάσταση υγείας.
14. Οικογενειακό ιστορικό.
15. Είδος προγραμματισμένου χειρουργείου.
16. Γνώση και κατανόηση των διαδικασιών της προεγχειρητικής περιόδου.
17. Επάρκεια του υποστηρικτικού συστήματος του ασθενούς.

(Βασιλειάδου Α. , 2008)

✓ Φυσική εκτίμηση:

1. Μυοσκελετικό σύστημα.
2. Κατάσταση θρέψης.
3. Ουροποιητικό σύστημα.
4. Νευρικό σύστημα.
5. Αναπνευστικό σύστημα.
6. Καρδιαγγειακό σύστημα.

✓ Ψυχοκοινωνική εκτίμηση:

1. Επίπεδο άγχους του ασθενούς.
2. Φόβος.
3. Προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες.
4. Εντοπισμός Μηχανισμών αντιμετώπισης άγχους.

(Ebersole P. , 2004)

✓ Εργαστηριακές εξετάσεις:

1. Ούρων.
2. Διασταύρωση Ομάδας Αίματος.
3. Γενική Αίματος (αιματοκρίτης, κρεατινίνη, ουρία κ.α.)

4. Ημέρες πριν την επέμβαση γίνονται εξειδικευμένες εξετάσεις.

✓ Ακτινολογικός έλεγχος:

1. Ακτινογραφία θώρακος και καρδιάς.

2. CT και MRI σε μερικές περιπτώσεις ανάλογα με τη φύση της επέμβασης.

✓ Άλλες εξετάσεις: π.χ. Ηλεκτροκαρδιογράφημα.

(Osborn & co., 2012)

Στα πλαίσια της προεγχειρητικής φροντίδας βρίσκεται η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και των οικείων του, καθώς επίσης και η σωματική προετοιμασία που είναι καθοριστική για την ομαλή και επιτυχή έκβαση της χειρουργικής επέμβασης. Ένας τομέας της προεγχειρητικής φροντίδας είναι η προετοιμασία του δέρματος, είναι η μείωση των βακτηριακών πηγών χωρίς την πρόκληση ερεθισμού και τη λύση του δέρματος. Η προετοιμασία του δέρματος πολλές φορές είναι ενοχλητική για τον ασθενή, ειδικά αν η επέμβαση πρόκειται να πραγματοποιηθεί σε ευαίσθητη ή ιδιαίτερη περιοχή του σώματος. Για τη διαδικασία εξασφαλίζεται ένα άνετο και ιδιαίτερο περιβάλλον.

Η προετοιμασία περιλαμβάνει:

✓ Τοπική καθαριότητα.

✓ Αποτρίχωση.

✓ Διατροφή & δίαιτα.

✓ Υποκλυσμός.

✓ Προαγωγή ανάπαυσης.

✓ Χορήγηση ηρεμιστικών και άλλα.

(Βασιλειάδου Α. , 2008)

2.6.Διεγχειρητική φροντίδα

Η διεγχειρητική φάση ξεκινά από την στιγμή την οποία ο ασθενής εισέρχεται στην χειρουργική αίθουσα και ολοκληρώνεται με την μεταφορά του στην Μ.Μ.Α.Φ. Η διεγχειρητική φροντίδα είναι το δεύτερο στάδιο της περιεγχειρητικής και είναι ένα ακόμη σημαντικό σημείο για την διατήρηση και τη εξασφάλιση της καλής υγείας του αρρώστου. Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης η διεγχειρητική είναι αυτή

που καθορίζει σημαντικά την έκβαση της όλης διαδικασίας, έως ότου μεταφερθεί ο ασθενής στην αίθουσα της ανάνηψης και μετέπειτα στο θάλαμο νοσηλείας.

Στη φάση της διεγχειρητικής φροντίδας λαμβάνουν μέρος εξειδικευμένοι νοσηλευτές χειρουργικού τομέα, όπου υπάρχουν θέσεις ιδιαίτερα σημαντικές για το θεσμό του χειρουργείου και την προαγωγή υγείας έτσι υπάρχει ο νοσηλευτής που προετοιμάζει τον ασθενή για την χειρουργική αίθουσα, ο νοσηλευτής κυκλοφορίας που είναι υπεύθυνος για όλη την χειρουργική αίθουσα, ο νοσηλευτής εργαλειοδοσίας που θα πρέπει να είναι προικισμένος με ταχύτητα και ουσιαστικές γνώσεις οργάνωσης και τέλος ο νοσηλευτής αναισθησιολογικού τομέα που είναι βοηθός και ακόμη συνυπεύθυνος με τον αναισθησιολόγο για την θετική έκβαση της επέμβασης και της ανάνηψης του ασθενούς. Η νοσηλευτική φροντίδα στην φάση αυτή επικεντρώνεται στην συνεχή παρακολούθηση του ασθενή, στην ασφάλεια και την ψυχολογική υποστήριξή του. Ο βασικότερος σκοπός της διεγχειρητικής είναι η πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών και η ταχύτερη επάνοδος του ασθενούς στην καθημερινότητά του. (Ζάχαρης Α., 2011)

Αμέσως μετά την είσοδο του ασθενή στην χειρουργική αίθουσα, ο νοσηλευτής φροντίζει να επιβεβαιώσει και να διασταυρώσει τα στοιχεία του ασθενή, το είδος του χειρουργείου, το σημείο στο οποίο θα διεξαχθεί η χειρουργική τομή και τα στοιχεία για την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του. (LeMone P. & co., 2014)

2.6.1.Η Αναισθησία

Η χρήση της αναισθησίας στις χειρουργικές επεμβάσεις γίνεται από το 1840 καθώς είναι απαραίτητη για την τέλεση τους. Οι σύγχρονες τεχνικές και τα βελτιωμένα αναισθητικά έχουν αυξήσει την ασφάλεια της αναισθησίας αλλά ο κίνδυνος είναι πάντοτε σημαντικός όταν ο ασθενής αναισθητοποιείται. Ο αναισθησιολόγος σε συνεργασία με τον χειρουργό αποφασίζει τον τύπο της αναισθησίας που θα χορηγήσει λαμβάνοντας υπόψιν την ηλικία, τον τύπο της επέμβασης και την φυσική κατάσταση του ασθενή. Η αναισθησία χορηγείται με σκοπό την πρόληψη του πόνου, την μυϊκή χάλαση του ασθενή και τον καθησυχασμό από τους πιθανούς φόβους και το άγχος που προκαλεί η εμπειρία αυτή.

2.6.2.Στάδια της Αναισθησίας

- Στάδιο I: Το στάδιο αναλγησίας. Αρχίζει με την χορήγηση του αναισθητικού και ολοκληρώνεται όταν ο ασθενής ανακτήσει πάλι την συνείδησή του.

- Στάδιο II: Η φάση διέγερσης. Οι μύες σκληραίνουν και τεντώνονται, αλλά τα αντανακλαστικά της κατάποσης και του εμέτου παραμένουν. Πρέπει να επικρατεί ησυχία στο στάδιο αυτό.
- Στάδιο III: Κατάσταση χειρουργικής αναισθησίας. Αρχίζει με ομαλή αναπνοή, οι ζωτικές λειτουργίες καταστέλλονται, οι οφθαλμοί καθηλώνονται και τα αντανακλαστικά καταστέλλονται. Στο στάδιο αυτό ξεκινά η χειρουργική επέμβαση.
- Στάδιο IV: Πλήρης αναπνευστική καταστολή. Δεν υπάρχουν αυτόματες αναπνοές και ο ασθενής συντηρείται από τον αναπνευστήρα που του παρέχει οξυγόνο με συγκεκριμένο ρυθμό. (Osborn & co. , 2012)

2.6.3.Γενική Αναισθησία

Η γενική αναισθησία επιτυγχάνεται με τη χορήγηση εισπνεόμενου αερίου ή με την χορήγηση φαρμάκου ενδοφλέβια ή συνδυασμός των δύο. Κατά την γενική αναισθησία ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση βαθέως ύπνου με μυϊκή χάλαση και δεν αντιλαμβάνεται οτιδήποτε γίνεται στο χειρουργείο. Ο ασθενής αναπνέει είτε αυτόματα είτε μηχανικά αλλά με κάθε τεχνική δεν μπορούν να διατηρήσουν τον αεραγωγό τους και γι' αυτό τοποθετείται ή στοματοφαρυγγικός αεραγωγός ή με λαρυγγική μάσκα.

2.6.4.Περιοχική Αναισθησία

Η περιοχική αναισθησία επιτυγχάνεται με τον νευρικό αποκλεισμό και είναι αρκετά φθηνότερη από την γενική αναισθησία. Ανάλογα με την θέση έγχυσης υπάρχει η ραχιαία, η ουριαία, η επισκληρίδιος και η περιφερική νευρική περιοχή. Επιτυγχάνεται η αναισθητοποίηση της περιοχής, τοπικά ή περιφερικά της έγχυσης. Η επισκληρίδιος και η ραχιαία χρησιμοποιούνται σε ασθενείς υψηλού κινδύνου που υποβάλλονται σε επεμβάσεις της πύελου και των κάτω άκρων.

2.6.5.Τοπική Αναισθησία

Η τοπική αναισθησία πραγματοποιείται για μικρές επεμβάσεις αλλά η παρουσία του αναισθησιολόγου είναι απαραίτητη, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής είναι ηλικιωμένος με καρδιαγγειακά προβλήματα. Λόγω του πόνου και του φόβου αυξάνονται οι μεταβολικές απαιτήσεις και η έκκριση αδρεναλίνης μπορούν να προκαλέσουν αρρυθμίες, στηθάγχη και οξεία καρδιακή ανεπάρκεια. Όταν η επέμβαση γίνεται με τοπική αναισθησία είναι σημαντικό να σχεδιάζεται μία πολύ σύντομη επέμβαση για να μην προκύψουν επιπλοκές για την υγεία του ασθενή. Ο ασθενής που υποβλήθηκε σε τοπική αναισθησία μετά το τέλος της επέμβασης επιστρέφει στην κλινική που νοσηλεύεται χωρίς να χρειαστεί να παραμείνει στην Μ.Μ.Α.Φ. (Farquhanson M. & co., 2009)

2.6.6.Αναισθησία Τύπου Μέθης

Κατά την αναισθησία τύπου μέθης χρησιμοποιείται ένας αναισθητικός παράγοντας στην περιοχή της επέμβασης και ταυτόχρονα χορηγείται ενδοφλέβια ηρεμιστικό που προκαλεί συστηματική αναλγησία δίχως ο ασθενής να χάνει την συνείδησή του καθώς και για την καταστολή του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Ο ασθενής ο οποίος υποβάλλεται σε τέτοιου τύπου αναισθησία παρακολουθείται για τυχόν επιπλοκές της καρδιακής λειτουργίας, της αρτηριακής πίεσης και του κορεσμού του οξυγόνου.

2.7.Αιτίες αναισθητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας

Η αναισθητική νοσηρότητα και θνησιμότητα μπορεί να οφείλεται σε έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω παράγοντες.

✓ Παράγοντες από τον ασθενή:

- Ø κατηγορία ASA 3, 4 και 5,
- Ø προχωρημένη ηλικία.

✓ Παράγοντες που έχουν σχέση με την επέμβαση

Η περιεγχειρητική θνησιμότητα συνδέεται άμεσα με την πολυπλοκότητα της επέμβασης. Είναι πιο συχνή σε επεμβάσεις υψηλού κινδύνου, όπως:

- ∅ μείζονες αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις,
- ∅ καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις,
- ∅ μείζον τραύμα,
- ∅ επείγουσες επεμβάσεις.

✓ **Ανεπαρκής αναισθησιολογική εκπαίδευση και εμπειρία**

Η αναισθητική νοσηρότητα και θνησιμότητα εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά όταν η αναισθησία χορηγείται υπό την εποπτεία ειδικευμένου αναισθησιολόγου.

✓ **Αναισθητικά φάρμακα:**

- ∅ δοσοεξαρτώμενες καρδιοαναπνευστικές επιπτώσεις, ιδιαίτερα εάν περάσουν απαρατήρητες και δεν αντιμετωπιστούν,
- ∅ αναφυλαξία,
- ∅ αναισθητικό ατύχημα, π.χ. ενδοαγγειακή χορήγηση τοπικού αναισθητικού.

✓ **Αναισθητική τεχνική**

Έχει επικρατήσει γενικά η άποψη ότι η περιοχική αναισθησία είναι ασφαλέστερη από τη γενική αναισθησία και ότι μειώνει την αναισθητική και περιεγχειρητική θνησιμότητα. Η άποψη όμως αυτή δεν έχει υποστηριχτεί από άλλες κλινικές μελέτες.

✓ **Περιεγχειρητικές φροντίδες**

Η συνεχής μετεγχειρητική παρακολούθηση σε Μ.Μ.Α.Φ. ή Μ.Ε.Θ. των ασθενών υψηλού κινδύνου ή ασθενών μετά από μεγάλες επεμβάσεις με γενική ή περιοχική αναισθησία μπορεί να μειώσει την αναισθητική θνησιμότητα, ενώ η αδυναμία νοσηλείας σε αυτές τις μονάδες έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την αναισθητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

2.8.Επιπλοκές λόγω γενικής αναισθησίας

Η βαρύτητα των επιπλοκών κυμαίνεται από μικρή έως σημαντική, όπως:

- ✓ οι επιπλοκές που οφείλονται στην τοποθέτηση του ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι,

- ✓ η αναφυλαξία κατά την αναισθησία,
- ✓ η μετεγχειρητική υποοξυγοναιμία,
- ✓ η εγρήγορση (awareness) κατά τη γενική αναισθησία,
- ✓ η καθυστερημένη αφύπνιση μετά από γενική αναισθησία,
- ✓ οι μετεγχειρητικές νοητικές διαταραχές,
- ✓ η κακοήθης υπερπυρεξία,
- ✓ πόνος,
- ✓ ναυτία και έμετος, σε ποσοστό μέχρι και 30 % των ασθενών μετά από επεμβάσεις στην κοιλιά ή τον θυρεοειδή,
- ✓ κακώσεις δοντιών κατά τη λαρυγγοσκόπηση σε συχνότητα περίπου 1:4.500 περιπτώσεις,
- ✓ πονόλαιμος, λαρυγγίτιδα και κοκκιώματα λάρυγγα από την ενδοτραχειακή διασωλήνωση ή τη λαρυγγική μάσκα,
- ✓ τραυματισμοί περιφερικών νεύρων, σε ποσοστό 0.4 % μετά από γενική αναισθησία που οφείλονται στη μη σωστή τοποθέτηση του ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι,
- ✓ μυϊκοί πόνοι από τη χορήγηση σουκινυλοχολίνης σε νέους περιπατητικούς ασθενείς, κυρίως γυναίκες,
- ✓ αναφυλαξία από αναισθητικούς παράγοντες, σε ποσοστό μέχρι 0.2 %,
- ✓ καρδιαγγειακή κατάρρευση,
- ✓ μεταναισθητική αναπνευστική καταστολή,
- ✓ υποοξυγοναιμία μετεγχειρητικής περιόδου,
- ✓ πνευμονίτιδα από εισρόφηση, σε ποσοστό έως και 4.5 % μεγαλύτερο στα παιδιά,
- ✓ ατυχηματική εγρήγορση κατά τη γενική αναισθησία, έως και 0.2 % των ασθενών, κυρίως σε μαιευτικά περιστατικά και τραυματίες,
- ✓ εξελκώσεις κερατοειδούς, εάν τα μάτια μείνουν κατά λάθος ανοιχτά κατά την αναισθησία,
- ✓ υποθερμία,
- ✓ διαταραχές ηλεκτρολυτών,
- ✓ εμβολή από αέρα ή θρόμβους,
- ✓ αδυναμία ή καθυστέρηση αφύπνισης μετά από γενική αναισθησία,

- ✓ ιατρογενείς, όπως π.χ. πνευμοθώρακας μετά από την τοποθέτηση κεντρικής φλεβικής γραμμής,
- ✓ ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις που σχετίζονται με συγκεκριμένους παράγοντες, όπως π.χ. η κακοήθης υπερπυρεξία μετά τη χορήγηση σουκινυλοχολίνης και πτητικών αναισθητικών, ή η μεταναισθητική άπνοια μετά από χορήγηση σουκινυλοχολίνης,
- ✓ υποξική εγκεφαλική βλάβη,
- ✓ θάνατος.

2.8.1.Επιπλοκές λόγω περιοχικής αναισθησίας

Η βαρύτητα των επιπλοκών κυμαίνεται από μικρή μέχρι σημαντική:

- ✓ επιμένων πόνος κατά την επέμβαση παρά τη χορήγηση ραχιαίας ή επισκληρίδιου αναισθησίας,
- ✓ κεφαλαλγία από ατυχηματική τρώση της σκληράς μήνιγγας με χοντρή βελόνα κατά την εκτέλεση επισκληρίδιου αναισθησίας,
- ✓ υπόταση και βραδυκαρδία λόγω αποκλεισμού του συμπαθητικού νευρικού συστήματος,
- ✓ αναπνευστική ανεπάρκεια από ατυχηματικό πολύ υψηλό αποκλεισμό,
- ✓ τραυματισμοί περιφερικών νεύρων, μετά από αποκλεισμούς νεύρων, και νωτιαίου μυελού κατά τους νευραξονικούς αποκλεισμούς,
- ✓ επίσχεση ούρων,
- ✓ υποθερμία,
- ✓ φλεγμονή της σπονδυλικής στήλης,
- ✓ άσηπτη ή φλεγμονώδης μηνιγγίτιδα,
- ✓ επισκληρίδιο απόστημα σε συχνότητα 1:10.000 έως 1:24.000,
- ✓ παροδική ή μόνιμη βλάβη του νωτιαίου μυελού,
- ✓ επισκληρίδιος ή υπαραχνοειδής αιμορραγία,
- ✓ αιμάτωμα του νωτιαίου μυελού κυρίως μετά από προεγχειρητική χορήγηση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους,
- ✓ τοξικότητα από τοπικά αναισθητικά.

2.9.Αναισθητικά που μπορεί να οδηγήσουν σε θάνατο

Οι περιεγχειρητικοί θάνατοι που σαφώς οφείλονται στην αναισθησία είναι εκείνοι που συνδέονται με:

- ✓ πνευμονική εισρόφιση γαστρικού περιεχομένου,
- ✓ αδυναμία ελέγχου του αεραγωγού,
- ✓ αδυναμία αερισμού ή οξυγόνωσης,
- ✓ ανάπτυξη σοβαρής υπότασης.

Οι περιπτώσεις αυτές συχνά συνδέονται με «αδυναμία διάσωσης» του ασθενούς λόγω ανεπαρκούς ικανότητας «διαχείρισης της κρίσης», με αποτέλεσμα να επέρχεται παρατεταμένη υποξία, καρδιαγγειακή κατάρρευση ή, τέλος, καρδιακή ανακοπή.

Οι μετεγχειρητικές αιτίες θανάτων περιλαμβάνουν:

- ✓ παρατεταμένο υποαερισμό ή υπόταση που οφείλεται σε υπολειμματική δράση των αναισθητικών φαρμάκων η οποία δεν γίνεται αντιληπτή και δεν αντιμετωπίζεται,
- ✓ αποτυχία διαχείρισης του χειρουργικού κινδύνου,
- ✓ αποτυχία διάγνωσης μίας χειρουργικής επιπλοκής. (LeMone P. & co. , 2014)

2.10.Μετεγχειρητική Νοσηλευτική

Η μετεγχειρητική φροντίδα ξεκινά από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στην αίθουσα ανάνηψης και ολοκληρώνεται όταν επανέρχεται πλήρως η κατάσταση της υγείας του ακόμη και αν έχει επιστρέψει στο σπίτι του. Αρχικά, το ενδιαφέρον του αρμόδιου νοσηλευτή είναι να επανέλθει ο άρρωστος από την αναισθησία και να έχει καλά επίπεδα συνείδησης με σκοπό να επιστρέψει στο θάλαμο. Ακόμη, γίνεται φυσική εκτίμηση της κατάστασης. Συνιστάται χρήση της μάσκας οξυγόνου μετεγχειρητικά για 12 με 72 ώρες ανάλογα με την κατάσταση, η διατήρηση φλεβικής γραμμής σε περίπτωση που χρειαστεί και η συνεχόμενη παρακολούθηση του ασθενούς. Επίσης, χρειάζεται διδασκαλία του ασθενούς και της οικογένειας για τη μετεγχειρητική φροντίδα στο σπίτι, ασκήσεις και τη δίαιτα που πρέπει να ακολουθεί. Σε περίπτωση πόνο χορηγούνται αναλγητικά και ηρεμιστικά όπου συνίσταται σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Η ορθή τήρηση του πρωτοκόλλου, η τεχνική και η

αντισηψία στο εγχειρητικό πεδίο προλαμβάνουν μετεγχειρητικά προβλήματα και μικραίνουν το χρόνο παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο ή την κλινική.

Είναι απαραίτητο, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις να αντιμετωπίζονται από την χειρουργική ομάδα, γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό, με υπευθυνότητα, σεβασμό και υιοθετώντας σκοπούς εξατομικευμένης ολιστικής φροντίδας συμφωνά με τις ανάγκες, εξασφαλίζοντας υψηλό δείκτη ποιότητας.

Πιο συγκεκριμένα η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Την παραλαβή και εκτίμηση του ασθενή κατά την άμεση μετεγχειρητική φάση στην αίθουσα ανάνηψης, τα κριτήρια για την απόφαση μεταφοράς θάλαμο, καθώς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την σταθεροποίηση του ασθενή.
- Την παραλαβή, την εκτίμηση του ασθενή κατά την άμεση μετεγχειρητική φάση στον θάλαμο και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την πλήρη ανάνηψη.
- Τις μετεγχειρητικές (τοπικές και συστηματικές) επιπλοκές και τα μέτρα πρόληψης αυτών.
- Την συμμετοχή του ασθενή στην αυτοφροντίδα (αναπνευστικές ασκήσεις, ασκήσεις κάτω άκρων, έγκαιρη κινητοποίηση).
- Προετοιμασία του ασθενή για την έξοδο.

(Farquhanson M. & co., 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Κεφάλαιο 3^ο Καθήκοντα και προδιαγραφές Νοσηλευτών Χειρουργείου

Ο νοσηλευτής χειρουργείου μπορεί να αναλάβει τους εξής ρόλους:

- Ø Νοσηλευτής Εργαλειοδότης
- Ø Νοσηλευτής Κυκλοφορίας ή Κίνησης
- Ø Νοσηλευτής Αναισθησιολογικού
- Ø Υπάρχει ακόμα ο Νοσηλευτής Αποστείρωσης ο οποίος ευθύνεται για την προετοιμασία του υλικού και την κατάλληλη διάθεσή του ανάλογα με το είδος και τις ανάγκες της επέμβασης.

Η κάθε κατηγορία νοσηλευτή διαθέτει κατάλληλες και εξειδικευμένες γνώσεις και ικανότητες και η παρουσία τους είναι απαραίτητη και πολύ σημαντική για την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης.

3.1.Γενικά καθήκοντα και αρμοδιότητες Νοσηλευτών Χειρουργείου

- Ø Εφαρμογή των βασικών αρχών αποστείρωσης άσηπτης τεχνικής, απολύμανσης, έλεγχος του περιβάλλοντος και ασφάλεια του ασθενούς.
- Ø Εφαρμογή της διαδικασίας παραγγελίας και παραλαβής υλικών και εξοπλισμού του χειρουργείου.
- Ø Αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, εγχειρήσεων και ατυχημάτων μαζικής καταστροφής.
- Ø Εντοπισμός των προβλημάτων που σχετίζονται με την εφαρμογή της αντισηψίας και της άσηπτης τεχνικής.
- Ø Εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών των χειρουργικών ασθενών προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.
- Ø Συμμετοχή στον προγραμματισμό και την οργάνωση της λειτουργίας των χειρουργείων ως υπεύθυνα μέλη της χειρουργικής ομάδας.

- Ø Εφαρμογή των ενδεδειγμένων μεθόδων αποστείρωσης και επίβλεψη της λειτουργίας των κλιβάνων.
- Ø Εφαρμογή προετοιμασίας του χειρουργείου με τα απαραίτητα υγιεινομικά υλικά και εφόδια.

(Osborn & Co., 2012)

3.2.Εργαλειοδότης Νοσηλευτής

Ο Εργαλειοδότης Νοσηλευτής αποτελεί αναπόσπαστο κεφάλαιο για την τέλεση της χειρουργικής επέμβασης. Βρίσκεται σε στενή συνεργασία με τον χειρουργό εντός του αποστειρωμένου πεδίου. Πρέπει να τηρεί τους κανόνες ασηψίας και να διαθέτει τεχνικές γνώσεις και δεξιότητες καθώς και μεγάλη ευκολία και γνώση των χειρουργικών εργαλείων και των λειτουργιών τους. Όλα τα άτομα τα οποία αποτελούν την χειρουργική ομάδα συμπεριλαμβανομένου και του εργαλειοδότη νοσηλευτή πρέπει να εφαρμόζουν χειρουργικό πλύσιμο χεριών με ειδικό διάλυμα, να είναι ενδεδυμένοι με αποστειρωμένα ρούχα, γάντια και μάσκα. Ο εργαλειοδότης έχει την ευθύνη για την διατήρηση της ασηψίας του χειρουργικού πεδίου καθώς και τις επιπλοκές στον ασθενή που πιθανώς προκύψουν από την μη τήρηση των κανόνων ασηψίας. Ακόμα, για την απόκτηση όλων αυτών των δεξιοτήτων και γνώσεων απαιτούνται χρόνια εμπειρίας και πρακτικής εφαρμογής καθώς επίσης και άριστες γνώσεις ανατομίας. Κατόπιν αυτών ο νοσηλευτής είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στα καθήκοντά του με ψυχραιμία, ταχύτητα και αποτελεσματικότητα.

(LeMone & Co. 2014)

3.2.1.Τα καθήκοντα του Εργαλειοδότη Νοσηλευτή πριν, κατά την διάρκεια και μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης:

- Ø Προετοιμασία του χειρουργικού τραπεζιού εργαλειοδοσίας.
- Ø Παροχή βοήθειας στους χειρουργούς προκειμένου να φορέσουν αποστειρωμένη χειρουργική ρόμπα αμέσως μετά την είσοδό τους στην χειρουργική αίθουσα.
- Ø Συγκέντρωση όλων των απαραίτητων ιατρικών εργαλείων για την διαδικασία της επέμβασης.
- Ø Αυστηρή εφαρμογή και τήρηση των κανόνων χειρουργικής ασηψίας.

- Ø Σύνδεση της διαθερμίας και του σωλήνα αναρρόφησης και έλεγχος της λειτουργίας τους.
- Ø Δεν γυρίζει με πλάτη στο πεδίο.
- Ø Δεν επιτρέπει να περάσει κανένα αντικείμενο κοντά από μη αποστειρωμένο σημείο.
- Ø Φροντίζει να παραμένουν καθαρά τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται συνεχώς.
- Ø Προφυλλάσει τον ιματισμό από υγρασίες καθώς είναι εστίες μόλυνσεων.
- Ø Βοηθά στην τοποθέτηση του αποστειρωμένου καλύμματος στον ασθενή σε συνεργασία με τους χειρουργούς.
- Ø Εκτελεί αντισηψία χεριών, φορά αποστειρωμένη μπλούζα, γάντια και μάσκα.
- Ø Συλλέγει και απορρίπτει τα ακάθαρτα μετά το τέλος της επέμβασης.
- Ø Προσέχει συνέχεια για την τοποθεσία όλων των σπόγγων και των αιχμηρών αντικειμένων στο αποστειρωμένο πεδίο.
- Ø Καταμετρά τους σπόγγους, τα αιχμηρά αντικείμενα και τα εργαλεία σε όλη την διάρκεια της επέμβασης.
- Ø Διατηρεί σε κάθε περίπτωση το πεδίο αποστειρωμένο.
- Ø Δίνει τα αποστειρωμένα χειρουργικά εργαλεία στους χειρουργούς και στους βοηθούς με σωστούς χειρισμούς και άσηπτη τεχνική χωρίς μεγάλη χρονοτριβή.
- Ø Σε συνεργασία με τον νοσηλευτή κυκλοφορίας εξοπλίζουν την χειρουργική αίθουσα με τα αποστειρωμένα υλικά που απαιτούνται για την επέμβαση.

(DeWit S. 2009)

3.3.Νοσηλευτής Κίνησης

Ο νοσηλευτής κίνησης ή κυκλοφορίας ανήκει στη μη αποστειρωμένη ομάδα του χειρουργείου και φροντίζει για τον εφοδιασμό, την εξυπηρέτηση και την αντιμετώπιση των αναγκών της χειρουργικής ομάδας και του ασθενούς που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση. Είναι ο υπεύθυνος νοσηλευτής συντονισμού των δραστηριοτήτων εντός και εκτός της χειρουργικής αίθουσας και της χειρουργικής ομάδας. Συγκεκριμένα ο νοσηλευτής κυκλοφορίας είναι υπεύθυνος για την προεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία που περιλαμβάνει:

- Εκτίμηση του αρρώστου πριν εισέλθει στο χειρουργείο.

- Σχεδιασμό φροντίδας.
- Εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας.
Αξιολόγηση της φροντίδας μετεγχειρητικά.

Η μετεγχειρητική αξιολόγηση της φροντίδας επιτυγχάνεται με μία σύντομη παρατήρηση, ενημέρωση και επίσκεψη στο θάλαμο του ασθενούς για τα αποτελέσματα του χειρουργείου.

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας είναι ανώτατης εκπαίδευσης και μπορεί να εξασκεί προεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία αφού διαθέτει γνώση και αξιολόγηση. Ακόμη, είναι υπεύθυνος για την οργάνωση, τη διδασκαλία και την αντιμετώπιση διαφόρων κωλυμάτων εφόσον διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις. Παράλληλα, εκπαιδεύει το νέο νοσηλευτικό προσωπικό και μπορεί να αναλάβει την εργαλειοδοσία. Η ορθή λειτουργία απαιτεί δυο νοσηλευτές απαραίτητως και έναν βοηθό νοσηλευτή.

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας εφαρμόζει την περιεγχειρητική νοσηλευτική και περιλαμβάνει τα εξής:

- Προεγχειρητική φάση: επίσκεψη στο θάλαμο και γνωριμία με τους ασθενείς, αξιολόγηση της γενικής κατάστασης ώστε να προετοιμαστεί η εξατομικευμένη φροντίδα στο χειρουργείο.
- Διεγχειρητική φάση: εδώ πραγματοποιείται η χειρουργική επέμβαση. Σε αυτή τη φάση ο νοσηλευτής κυκλοφορίας είναι υπεύθυνος για την ορθή και ασφαλή τοποθέτηση του ασθενούς στο χειρουργικό κρεβάτι, τον υποστηρίζει ψυχολογικά και οργανώνει την χειρουργική ομάδα. Ακόμη, εφοδιάζει σωστά ανταποκρινόμενος στις ανάγκες, αντιμετωπίζει επιπλοκές, παρατηρεί τη θέση και την κατάσταση του αρρώστου. Παράλληλα, καταμετρά τα υλικά και στοιχειοθετεί κάθε πτυχή της φροντίδας με γνώμονα την επιτυχή έκβαση της επέμβασης.
- Μετεγχειρητική φάση: στη φάση αυτή ο άρρωστος μεταφέρεται στην αίθουσα ανάνηψης, συνοδευόμενος από τον υπεύθυνο νοσηλευτή, ο οποίος και παραδίδει το έντυπο της επέμβασης στον υπεύθυνο νοσηλευτικό προσωπικό της Ανάνηψης. Δίνει πληροφορίες για την πορεία του χειρουργείου, την ύπαρξη και παρακολούθηση παροχτεύσεων, ορών και καθετήρων. Δίνονται

λεπτομερείς πληροφορίες και γίνεται ανάλυση όλων των αναγκών του ασθενούς με σκοπό να εξασφαλιστεί η κατάλληλη φροντίδα από το τμήμα της ανάνηψης.

(http://enne.gr/vasiki_nosileftiki/files/assets/basic-html/page27.html)

3.3.1.Αρμοδιότητες Νοσηλευτή Κίνησης στην Έναρξη της επέμβασης.

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας στην αρχή της εγχείρισης έχει τα εξής καθήκοντα:

- Να οργανώνει και συντονίζει την χειρουργική ομάδα.
- Να κάνει έλεγχο στην προετοιμασία της χειρουργικής αίθουσας στην απολύμανση και την καθαριότητα.
- Να ετοιμάζει και να επιβλέπει την ορθή τοποθέτηση και απολύμανση των υλικών, του κρεβατιού και των κουβάδων που χρειάζεται η επέμβαση.
- Να γνωρίζει καλά τη χειρουργική αίθουσα, τις ευθύνες που την συνοδεύουν και το πρόγραμμα των επεμβάσεων ημέρας αναλυτικά.
- Να ετοιμάζει όλα τα απαιτούμενα εφόδια και το στρώσιμο των χειρουργικών τραπέζιων.
- Να αναγνωρίζει τον ασθενή και να βρίσκεται εκεί στην παραλαβή στην χειρουργική αίθουσα.
- Να προγραμματίζει και να εφαρμόζει τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς.
- Να γνωρίζει και να επιβλέπει την αντισηψία του δέρματος.
- Να βοηθά στο ντύσιμο των χειρουργών.
- Να τακτοποιεί τους προβολείς.
- Να καταμετρά όλο τον εξοπλισμό: γάζες, τολίπια, εργαλεία.
- Να τοποθετεί αντιεμβολικούς επιδέσμους και μηχανήμα πίεσης όπου χρειάζεται με σκοπό την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας.

3.3.2.Αρμοδιότητες Νοσηλευτή Κίνησης κατά την διάρκεια της επέμβασης.

- Να βοηθά και επιβλέπει τη σωστή θέση του ασθενούς, φροντίζοντας την αποφυγή τραυματισμού καθ όλη τη διάρκεια της επέμβασης.
- Να προσφέρει διαλύσεις, φάρμακα και τολίπια στο εργαλειοδότη.
- Να βοηθά στην κάλυψη του ασθενούς με αποστειρωμένο ιματισμό.
- Σύνδεση απορροφητήρα και διαθερμίας.

- Παρατήρηση αντισηψίας και διόρθωση λαθών.
- Να επιβλέπει τη λειτουργία του μηχανήματος πίεσης στα πόδια του ασθενούς.
- Να επιβλέπει την επάρκεια στα υλικά της επέμβασης.

3.3.3.Αρμοδιότητες Νοσηλευτή Κίνησης μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης.

- Να έχει έτοιμο το κατάλληλο υλικό για την περίδεση του τραύματος.
- Να βοηθά τον εργαλειοδότη στην καταμέτρηση του υλικού.
- Να βοηθά τη χειρουργική ομάδα να αφαιρέσουν με τον ορθό τρόπο τα γάντια και τον ιματισμό.
- Να αποσυνδέει τα μηχανήματα.
- Να αφαιρεί τον χρησιμοποιημένο ιματισμό από τον άρρωστο.
- Να φροντίζει για την αποστολή των δειγμάτων στο αρμόδιο τμήμα εργαστηριακών ελέγχων.
- Να συμπληρώνει και να ετοιμάζει τα απαραίτητα έντυπα για το χειρουργείο.
- Να διευθετεί και να συνοδεύει τον άρρωστο στην αίθουσα της Ανάνηψης.
- Να επιβλέπει την ορθή απόρριψη των χρησιμοποιημένων και μολυσμένων υλικών.
- Να φροντίζει τον ανεφοδιασμό της χειρουργικής αίθουσας για το επόμενο χειρουργείο.
- Να συζητά και αξιολογεί με την υπόλοιπη ομάδα τα αποτελέσματα της επέμβασης. (http://the-lancet.blogspot.gr/p/blog-page_31.html)

3.3.4.Καταγραφή Νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο νοσηλευτής κίνησης έχει ένα ακόμη σημαντικό καθήκον που είναι η συλλογή των πληροφοριών της επέμβασης του ασθενούς. Οι πληροφορίες αυτές συγκεντρώνονται όλες σε ειδικά έντυπα και για αυτά είναι υπεύθυνος ο νοσηλευτής κυκλοφορίας. Τα έντυπα του χειρουργείου είναι τα εξής:

- Έντυπο καταγραφής νοσηλευτικής φροντίδας.
- Έντυπο καταμέτρησης για τις γάζες, τα τολύπια και τα εργαλεία.
- Δελτίο παρασκευασμάτων και υλικού που στάλθηκε υπό εξέταση.
- Έντυπο ιατρικής έκθεσης.
- Έντυπο φροντίδας αρρώστου κατά την αναισθησία.
- Καρτέλα προτιμήσεων χειρουργού που θα κάνει την επέμβαση.

(Perry G.A. & co. 2012)

3.4.Νοσηλευτής Αναισθησιολογικού.

Σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της χειρουργικής επέμβασης έχει ο νοσηλευτής αναισθησιολογικού, ο οποίος έχει εξειδικευμένες γνώσεις και τα καθήκοντα λειτουργούν με γνώμονα:

- Ø Την εκτίμηση, τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση της φροντίδας μέχρι την έξοδο του αρρώστου από την ανάνηψη.
- Ø Την προετοιμασία, τη συμμετοχή στη διάρκεια της αναισθησίας και τη διακοπή αυτής.

Ο νοσηλευτής αναισθησιολογικού είναι υπεύθυνος για την παροχή βοήθειας στον αναισθησιολόγο, σχετικά με τη σωστή λειτουργία των μηχανημάτων που βοηθούν στην αναισθησία. Παράλληλα, εξυπηρετεί στην επάρκεια του υλικού χρειάζεται στη διάρκεια της αναισθησίας, στην επέμβαση και φυσικά στην αφύπνιση του αρρώστου. Επίσης, ο νοσηλευτής αναισθησιολογικού συνδέει τον ασθενή με το μόνιτορ με σκοπό την παρακολούθηση του. Ο νοσηλευτής αυτός έχει συνεργασία με τον αναισθησιολόγο στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση, στη χορήγηση υγρών και αναισθητικών φαρμάκων, ακόμη εφαρμόζει το μόνιτορ κατά τη διάρκεια της αναισθησίας. Σημαντικό καθήκον αυτού του νοσηλευτή είναι και παρακολούθηση και η καταγραφή τις απώλειες αίματος και ούρων. Επίσης, ελέγχει την μετάγγιση αίματος και των παραγώγων του αν αυτά χορηγηθούν στον ασθενή. Κατόπιν τη χειρουργικής επέμβασης, ο νοσηλευτής βοηθά τον αναισθησιολόγο στην αφύπνιση του αρρώστου.

3.4.1.Αρμοδιότητες Νοσηλευτή Αναισθησιολογικού

- Ø Φροντίζει για την ακεραιότητα και καθαριότητα των απαραίτητων εργαλείων, μηχανημάτων και συσκευών για την αναισθησία.
- Ø Βοηθά τον αναισθησιολόγο στη εκτέλεση του έργου του ειδικότερα κατά την χορήγηση της αναισθησίας.

- Ø Χορηγεί γενική αναισθησία υπό την επίβλεψη του αναισθησιολόγου εφόσον έχει εξουσιοδοτηθεί για το σκοπό αυτό από τον διευθυντή του τμήματος και διαθέτει την κατάλληλη εκπαίδευση.
- Ø Διατηρεί την αναισθησία στα απαραίτητα επίπεδα.
- Ø Αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει κάθε πρόβλημα που παρουσιάζεται κατά την χορήγηση της αναισθησίας στον άρρωστο.
- Ø Καθημερινός έλεγχος του αναπνευστήρα και των monitor για την ύπαρξη τυχόν προβλημάτων.
- Ø Έλεγχος της ροής οξυγόνου και της βαλβίδας των ροόμετρων.
- Ø Έλεγχος παρουσίας και λειτουργίας των αναρροφήσεων.
- Ø Έλεγχος για ύπαρξη των απαραίτητων υλικών για την υποστήριξη του αεραγωγού και την ενδοτραχειακή διασωλήνωση.
- Ø Παρουσία των απαραίτητων αναισθησιολογικών φαρμάκων καθώς και των φαρμάκων που απαιτούνται για καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.
- Ø Συνδέει τον ασθενή με το monitor πριν την έναρξη της επέμβασης.
- Ø Βοηθά στην αφύπνιση και αποσωλήνωση του ασθενή στο τέλος της επέμβασης.
- Ø Χορηγεί ενδοφλέβια και ενδομυϊκά φάρμακα, κατόπιν ιατρικής οδηγίας του υπεύθυνου αναισθησιολόγου και βοηθά ενεργά στην διασωλήνωση του ασθενή.
- Ø Εφοδιάζει το αναισθησιολογικό τροχήλατο στην χειρουργική αίθουσα την οποία βρίσκεται με το απαραίτητο αναλώσιμο και φαρμακευτικό υλικό.
- Ø Συνοδεύει τον ασθενή από το χειρουργείο στην αίθουσα της ανάνηψης, του χορηγεί οξυγόνο και τον συνδέει με το monitor.
- Ø Διασταυρώνει τα στοιχεία του ασθενή κατά την άφιξή του στην χειρουργική αίθουσα.

(Osborn & co., 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Κεφάλαιο 4ο-Ο ασθενής στην Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας

4.1.Νοσηλευτής Αναισθησιολογικού Τμήματος

Ο νοσηλευτής της Ανάνηψης διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην έκβαση της χειρουργικής επέμβασης καθώς επίσης και στην ομαλή επανένταξη και επάνοδο του ασθενούς στην καθημερινή του ζωή. Ο σκοπός της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας και ειδικά ο χώρος της Μεταναισθητικής Ανάνηψης περιλαμβάνει τα ακόλουθα σημαντικά στοιχεία:

- Να προλαμβάνει και να ανιχνεύει μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Να αντιμετωπίσει τις επιπλοκές αν προκύψουν.
- Να ανανήψει ή αλλιώς να συνέλθει ο άρρωστος από την αναισθησία.
- Να βοηθήσει στην ανακούφιση του πόνου.
- Να προάγει την επάνοδο του ασθενούς στις φυσιολογικές λειτουργίες του.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο χώρο της ανάνηψης πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο με σκοπό να παρέχει υψηλή ποιότητα φροντίδας και να αντιδρά με ταχύτητα και απρόσκοπτα κάθε φορά που συμβαίνει μια αλλαγή ή μία κατάσταση που μπορεί να φανεί μοιραία για τον ασθενή και τη ζωή του. Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές του τμήματος της ανάνηψης πρέπει να κατέχουν τις εξής ικανότητες και δεξιότητες:

- Εφαρμογή απινίδωσης.
- Χορήγηση ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών και φαρμάκων.
- Εφαρμογή και παρακολούθηση περιοχικής και γενικής αναισθησίας.
- Δράση –Επίδραση-Παρενέργειες αναισθητικών φαρμάκων.
- Προετοιμασία και χρήση μηχανημάτων ενδοφλέβιας χορήγησης αναλγητικών.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς στην ανάνηψη γίνεται πάντα με βάση τη νοσηλευτική διεργασία και περιλαμβάνει:

- Εκτίμηση.
- Σχεδιασμό φροντίδας.
- Εφαρμογή σχεδίου φροντίδας.
- Αξιολόγηση αποτελέσματος.

Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να παράσχει την καταλληλότερη μορφή φροντίδας ανάλογα με την περίπτωση πρέπει να κάνει σωστή εκτίμηση της γενικής κατάστασης. Με σκοπό την επιτυχή έκβαση αυτού το στόχου ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει κάποιες πληροφορίες που βρίσκονται στο έντυπο καταγραφής φροντίδας του χειρουργείου. Οι πληροφορίες:

- Ονοματεπώνυμο και αριθμός μητρώο ασθενούς.
- Γενικές πληροφορίες: ηλικία, πάθηση, αλλεργίες κ.α.
- Είδος της επέμβασης.
- Τύπος αναισθησία.
- Λήψη Ζωτικών σημείων.
- Προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.
- Μετεγχειρητικές κατευθυντήριες οδηγίες.
- Πληροφορίες για το τραύμα και τις παροχτεύσεις.
- Θέση ασθενούς κ.α.

Αφού ο νοσηλευτής εξετάσει την γενική κατάσταση του ασθενούς, έπειτα προχωρά σε περαιτέρω νοσηλευτική φροντίδα που περιλαμβάνει:

- ✓ Ψυχολογική και στήριξη του ασθενούς. Η πρώτη αίσθηση, όπως είναι γνωστό, που επανέρχεται είναι η ακοή. Έτσι ο νοσηλευτής πρέπει να μιλά ήρεμα με ομαλό τόνο και σταθερό, ενημερώνοντας τον για την έκβαση της εγχείρισης. Αν ο άρρωστος ξυπνήσει και να εμφανίζει σύγχυση και τρόμο, οφείλει να τον καθησυχάσει και να τον βοηθήσει να προσανατολιστεί στο χώρο.
- ✓ Λήψη μέτρων ασφαλείας, ειδικότερα αν ο ασθενής είναι διεγερτικός μετά την αναισθησία τον προφυλάσσουμε με κάγκελα, ζώνη ασφαλείας και φρένα φορείου κ.α.

- ✓ Αναπόσπαστη και συνεχόμενη παρατήρηση και καταγραφή της αναπνευστικής λειτουργίας, μέχρι να κριθεί ικανός ότι μπορεί να αναλάβει μόνος του την αναπνευστική λειτουργία. Ο νοσηλευτής ελέγχει:
 1. Τον ρυθμό και την συχνότητα των αναπνοών.
 2. Διαρκώς ανοιχτός αεραγωγός.
 3. Εμφάνιση συμπτωμάτων αναπνευστικής δυσχέρειας (κυάνωση, αργή ή επιπόλαια αναπνοή, θορυβώδης.)
 4. Διόρθωση υποθερμίας γιατί καταναλώνεται παραπάνω οξυγόνο.
 5. Να προσέχει το ενδεχόμενο εισρόφησης. Σε περίπτωση εμέτου, αλλάζουμε θέση στον άρρωστο με το κεφάλι στο πλάι και του προσφέρουμε νεφροειδές. Μένουμε κοντά του διαρκώς.
 6. Χορήγηση οξυγόνου αν χρειαστεί.
- ✓ Παρακολούθηση και καταγραφή της κυκλοφορίας:
 1. Μέτρηση σφίξεων.
 2. Μέτρηση αρτηριακής πίεσης με: περιφερικά με χρήση σφυγμόμετρου και κεντρικά με μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης με καθετηριασμό κεντρικού αγγείου.
 3. Ηλεκτροκαρδιογράφημα.
 4. Έλεγχος κυκλοφορίας του αίματος. Επαρκής: ζεστό και στεγνό δέρμα. Η ΑΠ συστολική πάνω από 100mmHg, Σφύξεις 60-100/λεπτό. Ανεπαρκής: κρύο και ωχρό δέρμα, αλλαγή επιπέδου συνείδησης, Σφύξεις κάτω από 60/λεπτό.
- ✓ Παρακολούθηση χειρουργικής τομής και παροχετεύσεων για πιθανή αιμορραγία.
- ✓ Μέτρηση και καταγραφή Ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών.
- ✓ Κινητικότητα: ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να ξυπνήσει και να πάρει βαθιές εισπνοές και να βήχει όπου χρειάζεται. Τον διδάσκουμε σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων. Τον τοποθετούμε σε ημικαθιστική θέση όσο πιο γρήγορα είναι εφικτό. Συχνή αλλαγή θέσης σε ηλικιωμένους ασθενείς.
- ✓ Καθετήρας ουροδόχου κύστης-μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών.
- ✓ Θερμομέτρηση σώματος: ανίχνευση τυχόν φλεγμονής, εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδας, υποθερμίας και ασυμβατότητας αίματος.
- ✓ Παρακολούθηση και καταγραφή επιπέδου συνείδησης. Υπάρχουν 4 μεταναισθητικά επίπεδα:

1. Ξυπνητός: άρρωστος ζωνρός με πλήρη συνείδηση και μάτια ανοιχτά.
2. Ζαλισμένος: άρρωστος με κλειστά μάτια αλλά με συμμετοχή.
3. Μπορεί να ξυπνάει: άρρωστος που κοιμάται αλλά ξυπνά στο άκουσμα του ονόματός του.
4. Σε κώμα: άρρωστος που δεν αντιδρά στα ερεθίσματα.

Ο νοσηλευτής πρέπει να καταγράφει τον προσανατολισμό του αρρώστου στο χώρο, το τόπο και τον χρόνο. Επίσης στο σημείο αυτό, ο νοσηλευτής οφείλει να παρακολουθεί και την αισθητικότητα του αρρώστου και να τα καταγράφει σε δελτίο νευρολογικού ελέγχου.

- ✓ Παρακολούθηση αρρώστου για πόνο, χρησιμοποιώντας κάποια κλίμακα καταγραφής, πχ την έκφραση του προσώπου ανάλογα με την ένταση του πόνου που αισθάνεται.
- ✓ Παρακολούθηση αρρώστου για Μετεγχειρητικές Επιπλοκές: οι επιπλοκές μπορεί να καθυστερήσουν την ανάνηψη και αν είναι πολύ σοβαρές να οδηγήσουν τον ασθενή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

4.2.Παρακολούθηση πορείας υγείας Ασθενών στην Μ.Μ.Α.Φ.

Στην αίθουσα της ανάνηψης έχει, εκτός από το monitoring των ζωτικών σημείων και την παρακολούθηση για επεισόδια υποοξυγοναιμίας, τα οποία στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Σύμφωνα με μελέτη, που πραγματοποιήθηκε με δείγμα μεγάλο αριθμό χειρουργικών ασθενών, με τη συνεχή χρήση του σφυγμικού οξύμετρου τα επεισόδια της υποοξυγοναιμίας μειώθηκαν τόσο σε αριθμό και όσο σε βαρύτητα. Επίσης μια άλλη μεγάλη μελέτη στην Αυστραλία όπου παρακολούθηθηκαν περιστατικά κατά την αναισθησία, αναφέρει το 88 % των αναφερθέντων ατυχημάτων ανιχνεύθηκαν έγκαιρα με το σφυγμικό οξύμετρο, το οποίο ήταν το monitor που πρώτο εντόπιζε αναπνευστικά περιστατικά πριν αυτά φτάσουν να προκαλέσουν κάποια οργανική βλάβη.

Στην ίδια μελέτη, δίνεται συμπέρασμα ότι η ύπαρξη Μ.Μ.Α.Φ. στελεχωμένης με ικανοποιητικό αριθμό κατάλληλα εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού και η δυνατότητα σύνδεσης κάθε ασθενούς με σφυγμικό οξύμετρο, τουλάχιστον μέχρι την επάνοδο των προστατευτικών αντανεκλαστικών, εγγυώνται ασφαλή μετεγχειρητική φροντίδα. Η παρακολούθηση του ασθενούς στην Μ.Μ.Α.Φ. κλινικά και με τη βοήθεια monitors ταξινομείται με βάση την αξιολόγηση: του αεραγωγού, της

αναπνοής, της οξυγόνωσης, της κυκλοφορίας, του επιπέδου συνείδησης. (Moller JT. & co. ,1993)

Αξιολόγηση Αεραγωγού.

Η εξασφάλιση της βατότητας του αεραγωγού αποτελεί ίσως την πιο σημαντική φροντίδα της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου. Ο αεραγωγός και η βατότητά του, αξιολογούνται με την παρακολούθηση σημείων απόφραξης, όπως είναι η θορυβώδης αναπνοή και η παράδοξη αναπνοή. Σε ασθενείς αυξημένου κινδύνου για εισρόφηση, η παροχέτευση των εκκρίσεων μπορεί να αυξηθεί με την τοποθέτηση ενός μαξιλαριού κάτω από το στήθος του ασθενούς στη «θέση αμυγδαλεκτομής». Εφόσον ο ασθενής με μειωμένο επίπεδο συνείδησης πρέπει να παραμείνει σε ύπτια θέση, τότε είναι χρήσιμο να τοποθετείται στοματοφαρυγγικός αεραγωγός. Ένας αναισθησιολόγος πρέπει να είναι ανά πάσα στιγμή διαθέσιμος μέχρις ότου ο ασθενής ανανήψει και μπορεί να υποστηρίξει τον αεραγωγό του για την περίπτωση έντονου λαρυγγόσπασμου, οπότε απαιτείται επαναδιασωλήνωση. (Van der Walt JH. & co. 1993)

Αξιολόγηση της Αναπνοής.

Η αναπνοή αξιολογείται με την παρακολούθηση:

- των κινήσεων του θωρακικού τοιχώματος,
- της συχνότητας των αναπνοών,
- της έκπτυξης του κοιλιακού τοιχώματος,
- της ροής του αέρα με την τοποθέτηση της κλειστής παλάμης μπροστά στο στόμα ή τη μύτη του ασθενούς,
- Η βραδύπνοια (αριθμός αναπνοών < 8 αν.min-1) συνήθως οφείλεται σε διεγχειρητική ενδοφλέβια χορήγηση οπιοειδών, οπότε και συνοδεύεται από μύση (κόρες σαν την κεφαλή της καρφίτσας). Η βραδύπνοια συνήθως παρέρχεται με την πάροδο του χρόνου, καθώς απομακρύνονται οι αναισθητικοί παράγοντες και ο ασθενής επανακτά τις αισθήσεις του.
- Η ταχύπνοια (αριθμός αναπνοών > 20 αν.min-1) συνήθως οφείλεται σε:
 1. οξέωση,
 2. υποοξυγοναιμία,
 3. υποογκαιμία,

4. πόνο,
5. σήψη,
6. προϋπάρχοντα αναπνευστικά προβλήματα.

Αξιολόγηση της Οξυγόνωσης.

Η οξυγόνωση μπορεί να αξιολογηθεί κλινικά με την εξέταση του χρώματος του ασθενούς μόνον σε κάποιο βαθμό. Ένα μελανό σκούρο χρώμα γύρω από τα χείλη ή τη γλώσσα θέτει την υπόνοια υποξίας. Η πιστοποίηση όμως αυτή απαιτεί φως ημέρας ή καλής ποιότητας τεχνητό φωτισμό και για αυτό σήμερα πλέον έχει αντικατασταθεί από την πιο αντικειμενική παρακολούθηση με σφυγμικό οξύμετρο. **(Van der Walt JH. & co. 1993)**

Αξιολόγηση της Κυκλοφορίας.

Η κυκλοφορία μπορεί να αξιολογηθεί με:

- την ψηλάφηση του σφυγμού, που όταν είναι νηματοειδής και ταχύς υποδηλώνει υποογκαιμία,
- την επισκόπηση και ψηλάφηση των άκρων, που όταν είναι ωχρά ή μελανά και ψυχρά φανερώνουν υποογκαιμία ή υποθερμία φαινόμενο σύνηθες μετά από πολύωρες επεμβάσεις,
- την καρδιακή συχνότητα, που πρέπει να είναι 60-90 σφ.min-1,
- την αρτηριακή πίεση, που όμως δεν είναι αξιόπιστος δείκτης στα αρχικά στάδια της υποογκαιμίας,
- τη διούρηση,
- το επίπεδο συνείδησης,
- βραδυκαρδία,
- ταχυκαρδία.

Διούρηση.

Επί απουσίας νεφρικής βλάβης η ωριαία καταμέτρηση της διούρησης αποτελεί έναν αρκετά ακριβή δείκτη:

- της επάρκειας του ενδοαγγειακού όγκου,
- της αιμοδυναμικής σταθερότητας του ασθενούς,

- της παρουσίας αιμοσφαιρινουρίας, που είναι ένα από τα αρχικά συμπτώματα της αιμολυτικής αντίδρασης στη μετάγγιση αίματος.

Ο συνδυασμός της ολιγουρίας, διούρηση $< 0.5 \text{ ml.kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$, με την αύξηση των σφίξεων και τη μείωση της κεντρικής φλεβικής πίεσης δείχνει τον βαθμό αλληλεξάρτησης της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας με τον ενδοαγγειακό όγκο.

Αξιολόγηση του επιπέδου συνείδησης και του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

Το επίπεδο συνείδησης πρέπει να αξιολογείται με την παρακολούθηση των ακόλουθων παραμέτρων που ποικίλλουν ανάλογα με το είδος της αναισθησίας.

Μετά τη γενική αναισθησία, αξιολόγηση:

- της επανόδου αντανακλαστικών, όπως του βλεφαριδικού, των προστατευτικών αντανακλαστικών του φάρυγγα και του λάρυγγα, καθώς και της κατάποσης,
- της ικανότητας εκτέλεσης εντολών,
- της έναρξης ομιλίας.

Μετά την περιοχική αναισθησία, αξιολόγηση:

- του ύψους του αισθητικού και κινητικού αποκλεισμού. (**Van der Walt JH. & co. 1993**), (**Moller JT. & co. 1993**)

4.3.Μετεγχειρητικές δυσχέρειες Ασθενών στην Μ.Μ.Α.Φ.

Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και βρίσκονται σε φάση ανάνηψης και συνέρχονται από τις επιδράσεις της αναισθησίας, έχει περιγραφεί ένα φάσμα πιθανών επιπλοκών και κινδύνων. Η αίθουσα της ανάνηψης είναι ένας ειδικά διαμορφωμένος χώρος που όμως έχουν εκδηλωθεί στα πλαίσια αυτού του χώρου υψηλά ποσοστά επιβλαβών συμβάντων και επιπλοκών, εντούτοις έχει πραγματοποιηθεί μεγάλη βελτίωση στη μεταναισθητική φροντίδα, στα πλαίσια αυτής συμπεριλαμβάνεται η εγρήγορση των αναισθησιολόγων και της πολύ έμπειρης νοσηλευτικής φροντίδας που συνδυάζεται με την εξέλιξη του monitoring και της εφαρμογής των σχετικών προδιαγραφών. (**Hines R. & co. 1992**)

Ο Jeffrey Cooper, ήταν ο πρώτος που ανέφερε ότι το ένα τρίτο των προβλημάτων που σχετίζονται με την αναισθησία εμφανίζονται στην αίθουσα ανάνηψης, ενώ ένα

μέρος από τα υπόλοιπα δύο τρίτα ξεκινούν μεν στην αίθουσα του χειρουργείου αλλά συνεχίζονται στην Μ.Μ.Α.Φ.

Σε έρευνες έχει βρεθεί ότι ένας στους πέντε ασθενείς με συχνότητα 23.7 % εμφανίζει μια μορφή επιπλοκής στην Αίθουσα της Ανάνηψης, ακόμη σε ποσοστό 6.9 % αυτών των ασθενών ευθυνόταν η αδυναμία υποστήριξη του ανώτερου αεραγωγού. Οι διαταραχές που οφείλονται στην άμεση επίδραση της αναισθησίας και της επέμβασης, και οι οποίες πρέπει να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν στην Μ.Μ.Α.Φ. είναι:

Διαταραχές αναπνευστικού συστήματος:

1. απόφραξη αεραγωγού,
2. διαταραχή συχνότητας αναπνοών,
3. διαταραχή βάθους αναπνοών.

Διαταραχές από το κυκλοφορικό και αστάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ), γενικά προβλήματα:

1. πόνος,
2. υποθερμία,
3. ρίγος.

Διαταραχές από το γαστρεντερικό σύστημα ~~α~~ ναυτία και έμετος.

Νευρολογικές διαταραχές και διαταραχές από το ΚΝΣ:

1. ανησυχία, διέγερση,
2. παραλήρημα ή νοητικές διαταραχές.

Νεφρική δυσλειτουργία.

Διαταραχές πηκτικότητας.

(Hines R. & co., 1992)

4.4. Κατευθυντήριες Οδηγίες μεταναισθητικής φροντίδας

Σκοπός της ύπαρξης κατευθυντηρίων οδηγιών μεταναισθητικής φροντίδας είναι η βελτίωση της έκβασης των ασθενών που έχουν λάβει γενική αναισθησία, περιοχική αναισθησία ή καταστολή. Οι οδηγίες αυτές αφορούν συστάσεις για την εκτίμηση του

ασθενούς, το monitoring και το μετεγχειρητικό του χειρισμό με στόχο τη βελτιστοποίηση της ασφάλειάς του, την ελάττωση των μετεγχειρητικών ανεπιθύμητων εκδηλώσεων και τη βελτίωση της μεταναισθητικής ποιότητας ζωής. Είναι προφανές ότι οι συστάσεις μπορούν να εξατομικεύονται σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε ασθενούς ξεχωριστά.

4.5.Κριτήρια αποχώρησης Ασθενών από την Μ.Μ.Α.Φ. - Καθήκοντα νοσηλευτικού προσωπικού

Κάθε αναισθησιολογικό τμήμα πρέπει να εφαρμόζει προκαθορισμένα κριτήρια για την έξοδο των ασθενών από την Αίθουσα της Ανάνηψης. Τα κριτήρια αυτά διαφοροποιούνται όταν ο ασθενής πρόκειται να μεταφερθεί στο νοσηλευτικό τμήμα ή σε μονάδα αυξημένης φροντίδας (Μ.Μ.Α.Φ. ή Μ.Ε.Θ.), ή όταν πρόκειται για χειρουργείο μίας ημέρας όπου ο ασθενής θα επιστρέψει στο σπίτι του. Τα κριτήρια για τη μεταφορά του ασθενούς από την Μ.Μ.Α.Φ δεν είναι τυποποιημένα, συνήθως όμως έχουν να κάνουν με:

- την επαναφορά του επιπέδου συνείδησης με πλήρη προσανατολισμό στον χώρο και στον χρόνο,
- τη διατήρηση ελεύθερου αεραγωγού με παρόντα τα προστατευτικά αντανακλαστικά του λάρυγγα και του φάρυγγα,
- ικανοποιητική καρδιαγγειακή, πνευμονική και νεφρική λειτουργία
- την παρουσία σταθερών ζωτικών σημείων για τουλάχιστον 30 λεπτά,
- την έλλειψη επιπλοκών από την εγχείρηση (π.χ. αιμορραγία),
- την ικανότητα για αναζήτηση βοήθειας αν χρειαστεί. (Aldrete JA. & co. 1970), (Cullen DJ. & co. 1992)

Για να χαρακτηριστεί επιτυχημένη η νοσηλεία των ασθενών που βρίσκονται στην αίθουσα της Ανάνηψης βασίζεται αρχικά στην συνεχόμενη και απρόσκοπτη εκτίμηση και αξιολόγηση, στην έγκαιρη αναγνώριση και φυσικά στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των διάφορων προβλημάτων και από την άλλη μεριά είναι σημαντική η ανίχνευση των διεγχειρητικών παραγόντων που μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνισή τους. Σε αυτά τα σημεία είναι η αξιολόγηση των ασθενών με κάποια κλίμακα της βαθμολόγησης της ανάνηψης. Η καταλληλότερη, κλίμακα βρέθηκε το 1970 από τον Aldrete και το 1982 έγινε τροποποίηση από τον Cullen, με σκοπό να χρησιμοποιηθεί στη Μονάδα Μετά-Αναισθητικής Φροντίδας του Γενικού

Νοσοκομείου της Μασαχουσέτης. Η κλίμακα Aldrete βασίζεται στην παρακάτω βαθμολόγηση:

- του αεραγωγού,
- της αναπνοής,
- της συνείδησης,
- της καρδιακής συχνότητας,
- των χαρακτηριστικών του δέρματος,
- της κινητικότητας των άκρων.
- Η εφαρμογή της κλίμακας Aldrete δίνει συγκεκριμένες πληροφορίες για τη φυσική κατάσταση του ασθενούς τόσο κατά τη διάρκεια της άφιξης, όσο και κατά τη διάρκεια της παραμονής του στην Αίθουσα της Ανάνηψης. Πριν φύγει ο ασθενής από την Ανάνηψη εξετάζεται από τον υπεύθυνο αναισθησιολόγο, που συμπληρώνει στο ειδικό διάγραμμα τυχόν σημαντικά συμβάντα σχετικά με την περίοδο ανάνηψης. Πριν την επιστροφή του ασθενούς στον νοσηλευτικό θάλαμο γίνεται πλήρης περιγραφή της διεγχειρητικής και άμεσης μετεγχειρητικής πορείας από τη νοσηλεύτρια της ανάνηψης στη νοσηλεύτρια του τμήματος που τον παραλαμβάνει. (**Aldrete JA. & co. 1970**), (**Cullen DJ. & co. 1992**)

•

4.6. Παράγοντες που επηρεάζουν την Αφύπνιση μετά από Αναισθησία

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αφύπνιση τους ασθενούς από την αναισθησία είναι οι παρακάτω:

- Κατηγορία ασθενών σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά ASA: Οι ασθενείς κατηγορίας ASA III και IV εμφανίζουν μεγαλύτερο αριθμό προβλημάτων και χρειάζονται συνεχή και εντατική παρακολούθηση καθώς και μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στην Μ.Μ.Α.Φ.
- Διάρκεια της αναισθησίας > 3 ώρες επιβαρύνει τους ασθενείς και προδιαθέτει για την εμφάνιση προβλημάτων.
- Βαρύτητα και είδος χειρουργικής επέμβασης:
 1. μεγάλες ενδοκοιλιακές επεμβάσεις,

2. επεμβάσεις στον θώρακα,
 3. επεμβάσεις στα αγγεία,
 4. νευροχειρουργικές επεμβάσεις.
- Ηλικία του ασθενούς:
 1. νεογνά,
 2. υπερήλικες.
 - Τεχνική αναισθησίας:
 1. γενική,
 2. περιοχική,
 3. συνδυασμένη γενική και περιοχική αναισθησία,
 4. ΕΦ καταστολή.
 - Φαρμακοκινητικά χαρακτηριστικά των εισπνεόμενων αναισθητικών.

Η ταχύτητα αφύπνισης έχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με:

- τον κυψελιδικό υποαερισμό,
- τον συντελεστή διαλυτότητας αίματος-αερίου του πτητικού αναισθητικού, π.χ. η ανάνηψη είναι ταχύτερη μετά από αναισθησία με σεβοφλουράνιο σε σύγκριση με το αλοθάνιο,
- τη συνολική πρόσληψη του πτητικού αναισθητικού από τους ιστούς, που εξαρτάται από τη λιποδιαλυτότητά του, τη μέση εισπνεόμενη συγκέντρωση και τη διάρκεια αναισθησίας. Στην κλινική πράξη η διαφορά στην ταχύτητα αφύπνισης με τα σύγχρονα εισπνεόμενα αναισθητικά είναι αμελητέα και γίνεται εμφανής μόνο μετά από αναισθησία μεγάλης διάρκειας.

Φαρμακοκινητικά χαρακτηριστικά των ενδοφλέβιων αναισθητικών Η ταχύτητα αφύπνισης εξαρτάται από:

- τον χρόνο ημίσειας ζωής για την απομάκρυνση του ενδοφλέβιου αναισθητικού, που εξαρτάται από τον όγκο κατανομής του αναισθητικού στον οργανισμό και τον ρυθμό απομάκρυνσής του από τον οργανισμό με τον μεταβολισμό και την απέκκριση, ο οποίος είναι παρατεταμένος στους ηλικιωμένους, στους νεφροπαθείς και στους ηπατοπαθείς,
- τη συνολικά χορηγηθείσα δόση.

Η ταχύτητα της ανάνηψης επιβραδύνεται από:

- την προνάρκωση με φάρμακα που παρατείνουν την αναισθησία, όπως οι βενζοδιαζεπίνες,
- την προηγούμενη λήψη αλκοόλης και ηρεμιστικών,
- την προεγχειρητική έλλειψη ύπνου. Για την αδυναμία ή την καθυστέρηση της αφύπνισης μετά από γενική αναισθησία.

4.7.Πρόληψη Μετάδοσης Λοιμώξεων στην Μ.Μ.Α.Φ.

Ο μετεγχειρητικός ασθενής λόγω της ευάλωτης κατάστασης της υγείας του είτε από το χειρουργικό άγχος είτε από την χειρουργική τομή είναι αρκετά επιρρεπής στο να προσβληθεί από κάποια λοίμωξη. Ακόμα, κατά την παραμονή του στην Μ.Μ.Α.Φ. ο κίνδυνος αυτός είναι μεγαλύτερος εξαιτίας της μικρής σχετικά χωρητικότητας της αίθουσας καθώς και εξαιτίας του μεγάλου αριθμού ασθενών και του προσωπικού που βρίσκονται ανά διαστήματα στο χώρο αυτό. Έχει παρατηρηθεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που απαρτίζει την Μ.Μ.Α.Φ. συχνά δεν δίνει ιδιαίτερη μέριμνα στις τεχνικές πρόληψης της μετάδοσης λοιμώξεων κυρίως λόγω του μειωμένου προσωπικού και του μεγάλου φόρτου εργασίας. (Herwaldt LA, 2003)

4.8.Παράγοντες εμφάνισης λοιμώξεων στην Μ.Μ.Α.Φ.

Μία διαδοχική σειρά παραγόντων μπορούν να οδηγήσουν στην εκδήλωση κάποιας λοίμωξης:

- Ø Η ύπαρξη ευάλωτου φορέα/ξενιστή: Οι ασθενείς στην Μ.Μ.Α.Φ. είναι αρκετά ευαίσθητοι στην εμφάνιση κάποιας λοίμωξης γιατί συνήθως επηρεάζονται από τους εξής παράγοντες: stress, shock, χειρουργικό τραύμα, μεγάλη ηλικία, χειρουργική επέμβαση, εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα ή κάποια χρόνια πάθηση.
- Ø Η ύπαρξη μολυσματικού παράγοντα: Μπορεί να μεταδοθεί στον ασθενή μέσω των επιφανειών ή αντικειμένων στα οποία έχουν αποικίσει μικρόβια ή μικροοργανισμοί.

- Ø Ο τρόπος με τον οποίο μεταδίδεται η λοίμωξη: Η μετάδοση μπορεί να γίνει είτε με την άμεση επαφή ή μέσω του αέρα ή με την επαφή μολυσματικού αντικειμένου.

4.9. Μέτρα προστασίας ασθενή από την μετάδοση λοιμώξεων

- Ø Το σημαντικότερο μέτρο προστασίας αποτελεί το πλύσιμο των χεριών του νοσηλευτικού προσωπικού εφόσον αυτό πραγματοποιείται με την χρήση κατάλληλων αντιμικροβιακών διαλυμάτων.
- Ø Χρησιμοποίηση γαντιών και αλλαγή τους πριν από κάθε επαφή με διαφορετικό ασθενή.
- Ø Η λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις να γίνεται σε συνθήκες πλήρους αντισηψίας.
- Ø Καθαρισμός όλων των επιφανειών οι οποίες έχουν εκτεθεί σε αίμα με αντισηπτικό διάλυμα. **(Παπακωνσταντίνου Κ. και συν., 2006)**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Κεφάλαιο 5ο-Μετεγχειρητικές και Μεταναισθητικές Επιπλοκές στη Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας του Ασθενούς

Μετεγχειρητικές επιπλοκές καλούνται εκείνες, οι οποίες κάνουν την εμφάνισή τους στον ασθενή μετά το τέλος της χειρουργικής πράξης καθώς ο λόγος της ύπαρξής τους έχει άμεση συσχέτιση με την επέμβαση που έλαβε μέρος προγενέστερα.

Οι επιπλοκές αυτές διαχωρίζονται σε **τοπικές** και **συστηματικές**. Κατά τις τοπικές επιπλοκές υπάρχει άμεση σχέση με το σημείο του σώματος (τομή) στο οποίο έχει προηγηθεί η επέμβαση, ενώ οι συστηματικές επιπλοκές φαίνεται να επηρεάζουν τη σωστή λειτουργία των οργανικών συστημάτων και συνεπώς να μη σχετίζονται ούτε με τη νόσο του ασθενή ούτε με τη χειρουργική επέμβαση.

Άλλη μια κατηγορία των μετεγχειρητικών επιπλοκών αποτελεί η διαχώρισή τους σε **άμεσες** και σε **απώτερες**. Στόχος του διαχωρισμού αυτού είναι ο προσδιορισμός του χρόνου εμφάνισης της εκάστοτε επιπλοκής με χρονική αφετηρία τη λήξη του χειρουργείου. Συνεπώς, ως άμεσες επιπλοκές ορίζονται εκείνες που κάνουν την εμφάνισή τους πριν τη πλήρη αποκατάσταση του τραύματος ενώ σε απώτερες εκείνες που παρουσιάζονται μετά την πλήρη αποκατάσταση των λειτουργιών του οργανισμού ύστερα από τη χειρουργική επέμβαση.

5.1.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές Αναπνευστικού Συστήματος

Οι επιπλοκές του αναπνευστικού συστήματος μπορεί να αποδειχθούν ως επικίνδυνες για την ίδια τη ζωή του ασθενή με τις πιο συχνές να είναι:

- ✓ 1) Η απόφραξη του ανωτέρου αεραγωγού
- ✓ 2) Ο λαρυγγόσπασμος
- ✓ 3) Η άμεση μετεγχειρητική υποοξυγοναμία
- ✓ 4) Ο κυψελιδικός υποαερισμός

5.1.1.Η απόφραξη του ανωτέρου αεραγωγού: Είναι συχνό φαινόμενο και μπορεί να οφείλεται από τη πτώση της γλώσσας προς του φάρυγγα εξαιτίας της δράσης των μυοχαλαρωτικών φαρμάκων που χορηγούνται πριν και κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Άλλη πιθανή εκδοχή αποτελεί η εμφάνιση του οιδήματος είτε από τραυματισμό κατά τη διασωλήνωση είτε από πιθανή αλλεργική αντίδραση.

Η κλινική εικόνα του ασθενή χαρακτηρίζεται από δύσπνοια, υποξαιμία, βρόγχο, ταχυκαρδία, συριγμό και ασυγχρόνιστες κινήσεις του θώρακα και της κοιλίας.

Για την αντιμετώπιση της απόφραξης του ανωτέρου αεραγωγού συνίσταται η υπερέκταση της κεφαλής του ασθενούς και η ανύψωση της κάτω γνάθου και η χορήγηση φαρμάκων για τη μείωση του οιδήματος (αντιισταμινικά, αδρεναλίνη, κορτικοειδή). Σε περίπτωση ατυχής φαρμακευτικής θεραπείας τότε κρίνεται αναγκαίο η τοποθέτηση στοματο-φαρυγγικού και ρινοφαρυγγικού αεραγωγού.(Gavel G. & co. , 2014)

5.1.2.Ο λαρυγγόσπασμος: Εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της ατελεκτασίας των αισθήσεων του αρρώστου και το πέρας της δράσης της γενικής αναισθησίας. Ως λαρυγγόσπασμος ορίζεται οι αντανεκλαστικές συσπάσεις των φαρυγγικών μυών που προκαλούν σπασμό και σύγκλειση της επιγλωττίδας και καταλήγει σε πλήρη απόφραξη. Οι πιο συχνές εμφανίσεις λαρυγγόσπασμου οφείλονται σε λανθασμένους χειρισμούς κατά την προσπάθεια ενδοτραχειακής διασωλήνωσης ή αποσωλήνωσης ή ύστερα από συνεχές και ανεπιτυχές προσπάθειες διασωλήνωσης. Μια άλλη πιθανότητα πρόκλησης λαρυγγόσπασμου είναι πιθανόν να παρουσιαστεί σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π) ή μετά από πρόσφατη λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος ή και από τη χορήγηση γενικής αναισθησίας.(Gavel G. & co., 2014)

Σύμφωνα με την Εταιρία Διαχείρισης Δύσκολου Αεραγωγού ,οι οδηγίες που δίδονται για την αντιμετώπιση του λαρυγγόσπασμου είναι:

§ Άμεση ενημέρωση και κλήση ιατρικής βοήθειας

§ Συνεχής φροντίδα για διατήρηση κορεσμού 100%

§ Χορήγηση μικρής δόσης προπανόλης με ενδοφλέβια χορήγηση (I.V)

§ Σε περίπτωση βραδυκαρδίας συνίσταται η χορήγηση ατροπίνης

§ Σε ακραίες περιπτώσεις διεξάγεται χειρουργικός αεραγωγός (**Popat M & co. 2012**)

5.1.3. Η άμεση μετεγχειρητική υποξυγοναιμία: Αποτελεί την κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένο ποσοστό κορεσμού οξυγόνου μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης και της αναισθησίας.

Στην περίπτωση της υποξυγοναιμίας ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο (O₂) του αρτηριακού αίματος είναι κάτω από 90% ή η μερική πίεση του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα είναι κάτω από 60% mmHg.

Στην περίπτωση της μετεγχειρητικής υποξυγοναιμίας στη Μ.Μ.Φ.Α ο αποδεδειγμένος τρόπος αντιμετώπισης είναι η χορήγηση οξυγόνου (O₂) σε συγκέντρωση 30-40% με μάσκα. Η ανίχνευση της πλέον είναι αρκετά εύκολη με τη χρήση του παλμικού οξύμετρου. (**Luis SR & co., 2015**)

5.1.4. Κυψελιδικός Υποαερισμός Μεταναισθητικός: Συναντάται συχνά μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης και κατά την περίπτωση αυτή ο ασθενής παρουσιάζει PaCO₂ κάτω από 45 mmHg .

Οι αιτίες εμφάνισης κυψελιδικού υποαερισμού είναι:

§ **Η καταστολή του κέντρου της αναπνοής** (οπιοειδή, ενδοφλέβια αναισθητικά, πτητικά αναισθητικά)

§ **Περιφερικά αίτια** , πόνος λόγω χειρουργικής επέμβασης, ύπαρξη νόσου του αναπνευστικού συστήματος , ανεπάρκεια διέγερσης του κέντρου αναπνοής και παχυσαρκία. (**Luis SR & co. ,2015**)

- Αντιμετώπιση Κυψελιδικού Υποαερισμού:

Ο καλύτερος και πιο ενδεδειγμένος τρόπος αντιμετώπισης του κυψελιδικού υποαερισμού είναι η κατάλληλη εστίαση και καταπολέμηση των αιτιολογικών παραγόντων που προκάλεσαν την εμφάνισή του.

Πιο αναλυτικά:

- ✓ Αν ο κυψελιδικός υπεραερισμός προέρχεται από την υπολειπόμενη δράση πτητικών αναισθητικών τότε:
 - I. Ενθάρρυνση του ασθενή ως προς τη σωστή λήψη βαθιών αναπνοών και εγρήγορση του ασθενή αλλά και των επαγγελματιών υγείας.
 - II. Στη περίπτωση όπου ο ασθενής βρίσκεται σε πλήρη αντίληψη είναι προτιμότερο να μη γίνει κάποια επεμβατική μέθοδο μηχανικού αερισμού.
 - III. Στην περίπτωση όπου στον ασθενή δε μπορεί να πραγματοποιηθεί κάποια επεμβατική μέθοδο μηχανικού αερισμού τότε είναι αναγκαίο να γίνει η αντίστοιχη διασωλήνωση με σκοπό ο ελεγχόμενος μηχανικός αερισμός.

- ✓ Αν ο κυψελιδικός υποαερισμός προέρχεται από την υπολειπόμενη δράση των οπιοειδών φαρμάκων τότε η κατάλληλη λύση που ενδείκνυται για την αντιμετώπιση του είναι η χορήγηση ναλοξόμης 1- 4 mcg Kg – 1 (I.V) . ‘Αν από την άλλη πλευρά παρατηρηθούν σημάδια κεντρικής καταστολής από οπιοειδή φάρμακα τότε οι κατάλληλες κινήσεις είναι οι εξής:
 - IV. Βαθιές και αργές αναπνοές
 - V. Μυδρίαση, δηλαδή σε περίπτωση συστολής της κόρης του οφθαλμού .
 - VI. Στην περίπτωση όπου υπάρχει υπολειπόμενος νευρομυϊκός αποκλεισμός , τότε ο τρόπος αντιμετώπισης είναι η συνεχόμενη υποστήριξη του μηχανικού αερισμού των πνευμόνων του ασθενή μέχρι να εξασθενήσει η δράση των αποκλειστών που μπορεί να γίνει είτε αυτόματα είτε με τη χορήγηση αντιχολινεστεραστικών φαρμάκων.(Shields L. & co. 2016)

5.2.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ)

5.2.1Ανησυχία και διέγερση στη Μ.Μ.Α.Φ

Πολλές φορές μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης και κατά την παραμονή των ασθενών στη Μ.Μ.Α.Φ , οι ασθενείς παρουσιάζουν έντονη ανησυχία ,η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί γρήγορα και να πραγματοποιηθεί ο κατάλληλος εντοπισμός των αιτιολογικών παραγόντων που την προκάλεσαν. Ωστόσο, η χορήγηση των αναλγητικών και των ηρεμιστικών φαρμάκων συχνά φαίνεται να βοηθά στην εσφαλμένη διάγνωση και συνεπώς αντιμετώπιση της διέγερσης που εμφανίζει ο ασθενής.

Πιθανές αιτίες διέγερσης και ανησυχίας είναι:

- § Υποξυγοναιμία
- § Υπερκαπνία
- § Μετεγχειρητικός πόνος
- § Προεγχειρητικό άγχος
- § Αναιμία
- § Υπογκαιμία
- § Υποθερμία
- § Διάταση της κύησης
- § Ισχαιμία του μυοκαρδίου
- § Δράση φαρμάκων (κεταμίνη, ατροπίνη, αντιψυχωσικά)
- § Διαταραχή των ηλεκτρολυτών (Miller RD., 2014)

Οι πιο σοβαρές συνέπειες σε ασθενείς που παρουσιάζουν διέγερση και ανησυχία είναι ο αυτοτραυματισμός του ασθενούς λόγω πτώσης του από το φορείο, η αφαίρεση του ουροκαθετήρα με τραυματισμός της ουρήθρας, αφαίρεση των ενδοφλέβιων γραμμών, η αφαίρεση επιδέσμων και γαζών του τραύματος. (Shields L. & co. ,2016)

Η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του διεγερτικού ασθενή είναι:

- § Η προσεκτική παρακολούθηση της συμπεριφοράς του ασθενή.
- § Ο καθισχυασμός του ασθενή
- § Η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, εάν απαιτείται.
- § Ενδοφλέβια χορήγηση φυσοστιγμίνης 1-2 mg αν υπάρχει κίνδυνος κεντρικού ανιχολινεργικού συνδρόμου .
- § Ο περιορισμός του ασθενή με φυσικά δεσμά.(Xara D. & co., 2013)

5.3.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές Καρδιαγγειακού Συστήματος

Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές εμφανίζονται πιο συχνά σε ασθενείς που βρίσκονται στη Μονάδα Μεταναισθητικής Αναισθησίας, αλλά δεν αποτελούν άμεσο κίνδυνο για τη ζωή τους.

Οι βασικότερες και συχνότερες επιπλοκές είναι:

- § Υπέρταση
- § Υπόταση
- § Καρδιακές αρρυθμίες
- § Ισχαιμία μυοκαρδίου

5.3.1.Μετεγχειρητική Υπέρταση

Ως μετεγχειρητική υπέρταση ορίζεται η αύξηση της συστολικής πίεσης πάνω από 140 mmHg και τη διαστολικής πίεσης πάνω από 90 mmHg αντίστοιχα. Τα αίτια εμφάνισης της μετεγχειρητικής υπέρτασης είναι:

- § Μετεγχειρητικός πόνος
- § Υπερκαπνία
- § Υποξαιμία
- § Διαταραχή Ισοζυγίου Υγρών
- § Ύπαρξη χρόνιας υπέρτασης

Η αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής υπέρτασης διαφέρει ανάλογα με τα αίτια που την προκαλούν.

Αν προέρχεται από έντονο πόνο, ενδείκνυται η ενδοφλέβια χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων προκειμένου να ανακουφιστεί ο ασθενής.

Αν προέρχεται από υπερφόρτωση του ισοζυγίου των υγρών τότε χορηγείται στον ασθενή φάρμακα προκειμένου να αποβληθεί σημαντική ποσότητα, τέτοιου είδους φάρμακα είναι τα διουρητικά.

Αν από την άλλη πλευρά, ο ασθενής έχει διαγνωσθεί με χρόνια υπέρταση, τότε συνίσταται η χορήγηση της αντιυπερτασικής αγωγής που ακολουθεί ήδη.

Σε περίπτωση, υποξαιμίας αυξάνουμε τη χορήγηση οξυγόνου και παροτρύνουμε τον ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές.

(Κωστάκης Α., 2005)

5.3.2.Μετεγχειρητική Υπόταση

Ως μετεγχειρητική υπόταση ορίζεται η μείωση της συστολικής πίεσης κάτω από 90 mmHg και η διαστολική πίεση κάτω από 60 mmHg αντίστοιχα. Η εμφάνιση της μετεγχειρητικής υπότασης στη Μ.Μ.Α.Φ οφείλεται στα εξής αίτια:

Ø **Φαρμακολογικά αίτια που προκαλούν μειωμένη συσταλτικότητα του μυοκαρδίου ή περιφερική αγγειοδιαστολή .**

Τέτοια φάρμακα είναι :

- § Ηρεμιστικά
- § Αντιεμετικά
- § Οπιοειδή
- § Αγγειοδιασταλτικά

Ø **Αίτια που σγελίζονται άμεσα με τη λειτουργία της καρδιάς,** όπως είναι:

- § Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
- § Καρδιακή Κάμψη
- § Ελαττωμένη συσταλτικότητα λόγω ισχαιμίας ή των αναισθητικών φαρμάκων
- § Ταχυαρρυθμίες

§ Βραδυαρρυθμίες

Ø Αίτια που σχετίζονται με το αναπνευστικό σύστημα, όπως είναι:

§ Πνευμονική Εμβολή

§ Πνευμοθώρακας

Ø Αίτια ανακατανομής αίματος, λόγω:

§ Αναφυλαξίας

§ Παρατεταμένη δράση ραχιαίας ή επισκληριδίων

§ Σηψαιμίας

Ø Εμφάνιση Υπογκαιμίας , η οποία αποτελεί την συχνότερη αιτία και οφείλεται συνήθως σε:

§ Απώλεια αίματος (αιμορραγία) , το οποίο δεν αντικαθίσταται σε επαρκή ποσοστό

§ Συνεχής απώλεια υγρών προς το τρίτο σημείο (οιδήματα, σήψη)

§ Συνέχιση της δράσης των αναισθητικών φαρμάκων , τα οποία δεν έχουν απομακρυνθεί από τον οργανισμό με αποτέλεσμα τη μείωση της περιφερικής αγγειοσύσπασης οδηγώντας έτσι στη μείωση της αρτηριακής πίεσης. **(Luis SR & co., 2015)**

Για την αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής υπότασης στη Μ.Μ.Α.Φ είναι σημαντικό να γίνει η κατάλληλη εστίαση στην αιτία που τη προκάλεσε.

✓ Αν η υπόταση προέρχεται από την απώλεια αίματος τότε ελέγχουμε το τραύμα για την επιβεβαίωση της αιμορραγίας και πραγματοποιούμε εργαστηριακές εξετάσεις προκειμένου να γίνει μέτρηση του αιματοκρίτη. Στην διαπίστωση χαμηλών δεικτών του αιματοκρίτη πραγματοποιείται ενδοφλέβια χορήγηση αίματος κρυσταλλοειδών σε ποσότητα 3-4 ml για κάθε ml αίματος που χάθηκε ή στη χορήγηση ίσης ποσότητας αίματος.

✓ Αν η υπόταση σχετίζεται με τη δράση των αναισθητικών φαρμάκων τότε γίνεται χορήγηση φαρμάκων, τα οποία καταστέλλουν τη δράση των κρυσταλλοειδών .

✓ Σε περίπτωση πνευμοθώρακα γίνεται άμεση τοποθέτηση σωλήνα παροχέτευσης

- ✓ Σε μειωμένη αγγειοσύσπαση και συνεχόμενη χαμηλή αρτηριακή πίεση γίνεται χορήγηση αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων. **(Luis SR & co., 2015)**

5.3.3.Μετεγχειρητικές Καρδιακές Αρρυθμίες

Εμφανίζονται συχνότερα κατά τη μετεγχειρητική περίοδο και είναι οι εξής:

- § Κολπική Μαρμαρυγή
- § Κοιλιακή Μαρμαρυγή
- § Κολποκοιλιακός Αποκλεισμός
- § Κολπικός Πτερυγισμός
- § Πλήρης αποκλεισμός του δεματίου του His
- § Φλεβοκομβική Ταχυκαρδία
- § Φλεβοκομβική Βραδυκαρδία
- § Έκτακτες Κοιλιακές Σύστολές
- § Αρρυθμίες που προϋπήρχαν
(Κωστάκης Α., 2005)

Για την αντιμετώπιση μετεγχειρητικών αρρυθμιών μπορεί να πραγματοποιηθεί η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων , τα οποία θα προκαλέσουν επιβράδυνση στο σύστημα τη αγωγής του μυοκαρδίου . Το σύστημα μυοκαρδίου με τη σειρά του καταστέλλει την έκτοπη δραστηριότητα και μειώνει την ασυμφωνία ανάμεσα στη φυσιολογική οδό και τις οδούς επανεισόδου . Στην αίθουσα της Μονάδας Μεταναισθητικής Φροντίδας του Ασθενούς γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση της ατροπίνης 500mg και αν χρειαστεί γίνεται επανάληψη της δοσολογίας της ατροπίνης με 3 mg ή γίνεται χορήγηση ισοπρεναλίνης. **(Barrett K. & co., 2011)**

5.3.4.Μετεγχειρητική Ισχαιμία Μυοκαρδίου

Ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία η καρδιά αντλεί αίμα με μειωμένο ρυθμό λόγω στένωσης του ισχαιμικού μυ.

Τα αίτια εμφάνισης της είναι κατά κύριο λόγο , η κληρονομικότητα , η κακή διατροφή του ασθενή που μπορεί να προϋπάρχουν πριν τη χειρουργική επέμβαση και φαίνεται να εκδηλώνεται κατά το τέλος της χειρουργικής πράξης . Ένας άλλος επιβαρυντικός παράγοντας εμφάνισης ισχαιμικού επεισοδίου φαίνεται να είναι το άγχος του ασθενή αλλά και η δράση των αναισθητικών φαρμάκων που του χορηγούνται .

Η αντιμετώπιση του ισχαιμικού επεισοδίου του μυοκαρδίου επικεντρώνεται στην αύξηση της αιματικής ροής του μυοκαρδίου , το οποίο επιτυγχάνεται με τη χορήγηση ινóτροπων ή νιτροδών φαρμάκων αλλά και με τη χορήγηση διουρητικών φαρμάκων για να αποφευχθεί η αύξηση του προφορτίου. (Shields L. & co. , 2016)

5.4.Μετεγχειρητικός Πόνος

Αποτελεί μια από τις πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές , ο πόνος, και ιδιαίτερα γίνεται αισθητός μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης . Αξίζει να σημειωθεί ότι έντονο μετεγχειρητικό πόνο έχουν υποστεί ασθενείς ύστερα από θωρακικές και ορθοπεδικές χειρουργικές επεμβάσεις. Τα χαρακτηριστικά του έντονου πόνου που αισθάνονται οι ασθενείς είναι η ταχυκαρδία, η υπέρταση, η υπερκινητικότητα καθώς βρίσκονται σε διέγερση. Επίσης , ο πόνος σε κάθε ασθενή είναι διαφορετικός και συνεπώς ο κάθε ασθενής τον αντιλαμβάνεται με διαφορετικό τρόπο, για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας ή με το θεράπον ιατρό προκειμένου να γίνει η σωστή αξιολόγηση του πόνου σύμφωνα με τη βαθμολογία μιας κλίμακας που ορίζει το πόνο από το 0(καθόλου πόνος) – 10 (αφόρητος πόνος). Η διαδικασία αυτή ονομάζεται Visual Analogue Scale και η χρήση της είναι συχνή καθώς προσδιορίζει την αίσθηση του πόνου του ασθενή ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Η καλύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου είναι η χορήγηση οπιοειδών φαρμάκων είτε ενδομυικά (I.M) είτε ενδοφλέβια (I.V). Η χορήγηση των οπιοειδών φαρμάκων χρίζει ιδιαίτερη προσοχή καθώς χορηγείται σε μικρές δόσεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα με σκοπό την κατάλληλη αξιολόγηση τους. Σε κάποιες περιπτώσεις, ο ίδιος ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να ελέγχει τη χορήγηση των δόσεων μέσω μιας αντλίας συνεχούς ενδοφλέβιας χορήγησης φαρμάκων. **(Osborn & co., 2012)**

5.5.Μετεγχειρητικό Ρίγος

Το μετεγχειρητικό ρίγος εμφανίζεται στον ασθενή είτε εμφάνισης υποθερμίας είτε μετεγχειρητικού πόνου . Το ρίγος έχει ως συνέπεια την αύξηση της καρδιακής παροχής και την αυξημένη κατανάλωση του οξυγόνου.

Η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού ρίγους αντιμετωπίζεται είτε με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων όπου στόχος τους είναι η μείωση ή εξάλειψη του πόνου είτε με την αποκατάσταση της φυσιολογικής θερμοκρασίας του ασθενή με τη χρήση ηλεκτρικής κουβέρτας ή αναλώσιμων σκευασμάτων. **(Shields L. & co., 2016)**

5.6.Δυσκολία επαναφοράς του επιπέδου συνείδησης

Οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες για την πιθανή διαταραχή επιπέδου συνείδησης που αντιμετωπίζει ένα ασθενής στη Μ.Μ.Α.Φ φαίνεται να οφείλεται είτε στη δράση των αναισθητικών φαρμάκων , είτε από υπεργλυκαιμία , είτε από υπογλυκαιμία , είτε από εγκεφαλικές διαταραχές ή και υποθερμία. Η πιο σημαντική και σοβαρή συνέπεια της καθυστέρησης ανάκτησης του επιπέδου αντίληψης είναι η πρόκληση άπνοιας. Για την επανάκτηση του επιπέδου συνείδησης του ασθενή είναι αναγκαία η σχολαστική παρακολούθησή του και παρότρυνσή του με επίμονό τρόπο στη λήψη βαθιών εισπνοών , από την άλλη πλευρά να δεν επανέρχεται η μνήμη του γίνεται χορήγηση αντίδοτων φαρμάκων. **(Morgan GE. & co. 2006)**

5.7.Ναυτία και Έμετος

Είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα των ασθενών μετά από χειρουργικές επεμβάσεις με αποτέλεσμα να αποτελούν συνήθη προειδοποιητικά γνωρίσματα στο ιατρικό και νοσηλευτικό περιβάλλον . Η εμφάνισή τους προκαλείται είτε λόγω της δράσης των αναισθητικών φαρμάκων είτε λόγω της διάτασης του στομάχου ως αποτέλεσμα τη πτώση της αρτηριακής πίεσης και με τον ασθενή να αισθάνεται έντονη δυσφορία και ανησυχία. Ως άμεση λύση στο πρόβλημα της ναυτίας και του εμέτου αποτελεί η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων καθώς γίνεται παρότρυνση για κατάλληλη θέση (πλάγια θέση) για την αποφυγή του κινδύνου της εισρόφησης λόγω των μειωμένων αντανακλαστικών της αναπνοής από την ήδη χορηγούμενη αναισθησία.(Gan TJ. 2006),(Watcha MF & co., 1992)

5.8.Μετεγχειρητική Υποθερμία

Είναι η μείωση της θερμοκρασίας του σώματος του ασθενή κάτω από τη φυσιολογική τιμή που είναι 36,6° C, η οποία οφείλεται είτε στη δράση των αναλγητικών φαρμάκων που χορηγούνται στον ασθενή είτε στην έλλειψη ρουχισμού του ασθενή είτε στη διαμονή του σε ψυχρές χειρουργικές αίθουσες είτε ακόμα από ανοικτές κοιλότητες του σώματος του από τις οποίες υπάρχει απομάκρυνση της θερμότητας.

Η μετεγχειρητική υποθερμία μπορεί να προκαλέσει:

- § Λοίμωξη στη περιοχή της χειρουργικής τομής, οποία προκαλεί επιβράδυνση στο χρόνο της επούλωσης.
- § Επιπρόσθετη παραμονή του ασθενούς στη Μονάδα Μετανασθαιτικής Φροντίδας και αυτό οφείλεται στον αργό ρυθμό μεταβολισμού των αναισθητικών φαρμάκων εξαιτίας της υποθερμίας με αποτέλεσμα το επίπεδο

συνείδησης να είναι χαμηλό και οι πνεύμονες να μην έχουν ομαλή λειτουργία (δύσπνοια).

§ Διαταραχές στη πήξη του αίματος λόγω δυσλειτουργίας στο τρόπο δράσης των αιμοπεταλίων , τα οποία μπορούν να επιφέρουν σοβαρές επιπλοκές.

Για την αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής υποθερμίας πρέπει να γίνεται συνεχής παρακολούθηση της θερμοκρασίας του ασθενούς είτε μέσω monitoring είτε να πραγματοποιούνται μετρήσεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Ένας εναλλακτικός τρόπος θέρμανσης του ασθενούς είναι η τοποθέτηση ηλεκτρικής κουβέρτας είτε ακόμα η παροχή θερμού αέρα στον ασθενή είτε η χρησιμοποίηση θερμαντικής συσκευής για την αύξηση της θερμοκρασίας των ενδοφλέβιων υγρών που χορηγούνται στον ασθενή.(Paul L. M., 2009)

5.9.Μετεγχειρητικό Shock

Αποτελεί μια επικίνδυνη κατάσταση για την υγεία του ασθενούς και μπορεί να προκληθεί είτε από λανθασμένη χρήση του οξυγόνου είτε από τη μειωμένη ροή του αίματος στα ζωτικά όργανα με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ανεπάρκεια από τη πιθανή δυσλειτουργία του μεταβολισμού καθώς και ατυχή απομάκρυνση των άχρηστων προϊόντων από τον οργανισμό. Ωστόσο, το υπογκαιμικό shock είναι εκείνο το οποίο γίνεται πιο σύνηθες και προκαλείται από τη μειωμένο όγκο των κυκλοφορούντων στοιχείων του αίματος ύστερα από αιμορραγία, από απώλεια πλάσματος αλλά και σπανιότερα από έντονους και συχνούς εμετούς ή διαρροϊκά σύνδρομα .(LeMone & co., 2014)

Οι συνιστάμενες παρεμβάσεις για την ομαλή αντιμετώπιση ύστερα από μετεγχειρητικό shock προκειμένου ασθενής να επέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα είναι :

- § Φροντίδα του αεραγωγού προκειμένου να παραμένει ανοικτός.
- § Χορήγηση συστατικών αίματος.
- § Χορήγηση οξυγόνου.
- § Χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών.

- § Παρακολούθηση ζωτικών σημείων του ασθενούς.
- § Αξιολόγηση της γενικότερης κατάστασης του ασθενούς.
- § Παροχή κατάλληλης ψυχολογικής υποστήριξης με σκοπό το καθησυχασμό του ασθενούς. (Carol T. & co., 2010)

5.10.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές Ουροποιητικού Συστήματος

Οι επιπλοκές στο ουροποιητικό σύστημα είναι συχνό επακόλουθο μετά από χειρουργικές επεμβάσεις με αναισθησία με τις βασικότερες να αποτελούν σημεία λοιμώξεων καθώς και επίσχεση των ούρων. Η λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος συνοδεύεται αρκετές φορές από πυρετό και δυσουρικά προβλήματα με αποτέλεσμα την ανάπτυξή της. Για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της λοίμωξης απαιτείται γενική εξέταση των ούρων και καλλιέργεια αυτών. Για την αντιμετώπιση τη λοίμωξης πρέπει να γίνει λήψη αντιβιοτικής αγωγής σύμφωνα με το αντιβιογράμμα.

Η επίσχεση των ούρων εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας λόγω της ύπαρξης υπερτροφίας του προστάτη , ωστόσο είναι πιθανό να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες και στα δυο φύλα. Η επίσχεση των ούρων μπορεί να προκληθεί είτε από τη διαταραχή των νευρώσεων της ουροδόχου κύστεως σε επεμβάσεις που διεξάγονται στην περιοχή της ελάσσονος πυέλου είτε από πολύ έντονο μετεγχειρητικό πόνο είτε ακόμα μετά από επέμβαση των αιμορροΐδων . Στην κατάσταση αυτή ο ασθενής δηλώνει αδυναμία διούρησης και για την αντιμετώπισή της συνίσταται καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως . (Παπαλάμπρος Ε., 2012)

5.11.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές στη Νεφρική Λειτουργία

Η φυσιολογική νεφρική λειτουργία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών του οργανισμού, καθώς και για τη ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας. Οι αναισθησιολόγοι πρέπει να είναι ενήμεροι για τους ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο οξείας νεφρικής βλάβης προκειμένου να προσπαθήσουν να προλάβουν και να βελτιώσουν τη μετεγχειρητική βλάβη. Ο ορισμός της οξείας νεφρικής βλάβης βασίζεται σε μεταβολές της κρεατινίνης του

ορού και στην παραγωγή των ούρων, η οποία συχνά παραγνωρίζεται. Οι μεταβολές της κρεατινίνης του ορού υστερούν κατά 12-24 ώρες τις αλλαγές στη νεφρική λειτουργία, ενώ η ολιγουρία έχει κακή προγνωστική αξία. Κατά συνέπεια, η διάγνωση της οξείας μετεγχειρητικής νεφρικής βλάβης δεν μπορεί να γίνει χωρίς γνώση της προεγχειρητικής τιμής της κρεατινίνης και την παρακολούθηση της διούρησης μέσω καθετήρα κύστεως (Folley) και στη μετεγχειρητική περίοδο για επεμβάσεις μέσης βαρύτητας και άνω. Ωστόσο, κατά τη μετεγχειρητική περίοδο, η ολιγουρία συχνά είναι απότοκος της φυσιολογικής κατακράτησης νατρίου και ύδατος σε απόκριση στην ιστική βλάβη, τον πόνο και την ήπια υποογκαιμία και υπόταση. Γι' αυτό η σχέση μεταξύ ολιγουρίας και νεφρικής ανεπάρκειας πρέπει να διερευνάται εφόσον συνυπολογιστεί η καρδιαγγειακή υποστήριξη και η αιμοδυναμική αστάθεια. Η μετεγχειρητική ολιγουρία μπορεί ή όχι να σημαίνει οξεία νεφρική βλάβη. Μπορεί να οφείλεται σε απελευθέρωση αντιδιουρητικής ορμόνης λόγω ενδοκοιλιακής υπέρτασης κατά τη λαπαροσκοπική χειρουργική, μηχανικού αερισμού με θετική τελικο-εκπνευστική πίεση, μετεγχειρητικού πόνου ή χειρουργικού stress. Οι πιο πιθανές αιτίες μετεγχειρητικής νεφρικής βλάβης είναι:

- η μειωμένη αιμάτωση, η οποία πρέπει να αξιολογηθεί με την απάντηση στη bolus χορήγηση υγρών,
- η απόφραξη, οι περισσότερες αιτίες της οποίας μπορεί να διαγνωστούν με το υπερηχογράφημα, αν και περιστασιακά το ουροποιητικό σύστημα μπορεί να μην έχει διασταλεί.

Η ενδοκοιλιακή υπέρταση παρακολουθείται στην Μ.Μ.Α.Φ. (πίεση > 12 mmHg) και το σύνδρομο κοιλιακού διαμερίσματος (πίεση > 20 mmHg) μπορεί να προκληθεί από:

1. ασκίτη,
 2. ενδοκοιλιακή συλλογή αίματος,
 3. υπερφόρτωση με υγρά,
 4. οιδηματώδες έντερο,
5. ενδοκοιλιακή σήψη. (Golden D. & co., 2016)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

Κεφάλαιο 6ο-Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή στην Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας (Μ.Μ.Α.Φ.) με την χρήση της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η νοσηλευτική διεργασία έχει ορισθεί από πολλούς ερευνητές ως:

- I. Η συλλογή πληροφοριών με σκοπό τον προσδιορισμό των αναγκών/προβλημάτων του ασθενή.
- II. Μία συστηματική επίλυση προβλημάτων η οποία παρέχει επικεντρωμένη φροντίδα στον ασθενή σε όλα τα στάδια της ασθένειας.
- III. Η εκτέλεση προγραμματισμένων ενεργειών με συγκεκριμένη σειρά για την επίλυση των προβλημάτων του ασθενή.

6.1. Χαρακτηριστικά Νοσηλευτικής Διεργασίας

- Ø Επικεντρώνεται σε στόχους και στον ασθενή
- Ø Βασίζεται στην συνεργασία νοσηλευτή-ασθενή
- Ø Γίνεται βήμα-βήμα, ακολουθεί μία συγκεκριμένη διαδικασία με σκοπό την επίτευξη των στόχων
- Ø Συλλέγονται και αναλύονται όλα τα στοιχεία, αξιολογούμε τον ασθενή και σε συνεργασία με αυτόν καθορίζουμε και εφαρμόζουμε το σχέδιο φροντίδας.

6.2. Σχέση Νοσηλευτή-Ασθενή

Η επίτευξη όσο το δυνατόν καλύτερης σχέσης νοσηλευτή-ασθενή αποτελεί πολύ σημαντικό στόχο για την πραγματοποίηση της νοσηλευτικής διεργασίας με ευεργετικά αποτελέσματα και την παροχή της καλύτερης φροντίδας προς τον ασθενή. Για να επιτευχθεί αυτό πρέπει να γίνουν τα εξής μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή:

- I. Ο νοσηλευτής να προσεγγίσει τον ασθενή με ευθύτητα, ειλικρίνεια, αυθεντικότητα, κατανόηση έτσι ώστε ο ασθενής να νιώσει άνετα.

II. Ο αμοιβαίος σεβασμός μεταξύ τους και η αποδοχή του άλλου χωρίς στερεοτυπικές συμπεριφορές και προκαταλήψεις.

III. Η αμοιβαία επιθυμία για κατανόηση και συνεργασία.

(Osborn & co., 2012)

6.3. Στάδια Νοσηλευτικής Διεργασίας

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι προοδευτικά και διαδοχικά καθώς το κάθε ένα στηρίζεται στο προηγούμενο και στοιχειοθετεί το επόμενο. Τα στάδια είναι πέντε:

1. Αξιολόγηση/Ανάγκες
2. Διάγνωση
3. Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας
4. Εφαρμογή
5. Εκτίμηση Αποτελεσμάτων

(Carol T. & co. ,2010)

Αναλυτικότερα:

1. **Αξιολόγηση/Ανάγκες:** Ονομάζεται η συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών και στοιχείων που έχουν σχέση με τον ασθενή. Ο νοσηλευτής συγκεντρώνει λοιπόν όλα τα κλινικά δεδομένα καθώς και τα δεδομένα που αφορούν τον ασθενή ως άνθρωπο έπειτα από συζήτηση μαζί του καθώς επίσης και με τους οικείους του έτσι ώστε να έχει άποψη για την κατάσταση και να είναι σε θέση να σχεδιάσει και να εφαρμόσει το κατάλληλο πρόγραμμα για την φροντίδα των αναγκών του ασθενή.
2. **Διάγνωση:** Η διάγνωση προκύπτει από την εξέταση όλων των στοιχείων που υπάρχουν από την αξιολόγηση του ασθενή. Η διάγνωση πρέπει να περιέχει τόσο τα προβλήματα που έχουν αναγνωριστεί αλλά και αυτά που είναι πιθανόν να προκύψουν. Οι διαγνώσεις έπειτα πρέπει να τοποθετούνται σε σειρά με βάση την σοβαρότητά τους από τις πιο σημαντικές προς τις πιο απλές και να κατηγοριοποιούνται σε αυτές που μπορούν να αντιμετωπιστούν από τους νοσηλευτές και σε

αυτές που για την αντιμετώπισή τους απαιτείται συνεργασία των νοσηλευτών με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.

3. **Σχεδιασμός:** Αποτελεί το στάδιο κατά το οποίο σχεδιάζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις οι οποίες πιστεύεται πως θα συντελέσουν στο να επιφέρουν τα αποτελέσματα που επιθυμούμε για την κάθε νοσηλευτική διάγνωση αντίστοιχα. Οι παρεμβάσεις οι οποίες σχεδιάζονται είναι επιβεβλημένο να ιεραρχηθούν για καλύτερη φροντίδα και την προστασία του ασθενή. Το στάδιο αυτό στην ουσία αποτελεί μία διανοητική διαδικασία κατά την οποία επιλέγουμε τις κατάλληλες νοσηλευτικές ενέργειες-παρεμβάσεις.
4. **Εφαρμογή:** Είναι το βασικό στάδιο κατά το οποίο προβαίνουμε στην εκτέλεση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που σχεδιάσαμε στο προηγούμενο στάδιο. Πολύ σημαντικό στοιχείο για την εφαρμογή είναι η βελτίωση της επικοινωνίας νοσηλευτή-ασθενή. Η επίτευξη των νοσηλευτικών παρεμβάσεων βασίζεται στις γνώσεις του νοσηλευτή, στην εμπειρία του και την αξιολόγηση του ασθενή. Υπάρχει ακόμα μία λίστα καταγραφής και ταξινόμησης των νοσηλευτικών παρεμβάσεων η ονομαζόμενη Nursing Interventions Classifications (NIC) η οποία προσφέρει μία νοσηλευτική παρέμβαση για κάθε νοσηλευτική διάγνωση.
5. **Εκτίμηση Αποτελεσμάτων:** Αποτελεί την ολοκλήρωση της νοσηλευτικής διεργασίας. Είναι απαραίτητη καθώς ο νοσηλευτής και ο ασθενής μπορούν να επανεξετάσουν τα εξής:
 - Ø την πρόοδο του ατόμου
 - Ø την επίτευξη ή όχι των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων
 - Ø την ανάγκη για συνέχιση της περίθαλψης
 - Ø πιθανή εμφάνιση απρόσμενων αποτελεσμάτων(Osborn & co., 2012)

Κατά την εκτίμηση των αποτελεσμάτων:

- Ø Ο ασθενής αξιολογείται
- Ø Το σχέδιο φροντίδας αξιολογείται
- Ø Προσδιορίζεται η επίτευξη των στόχων

Ø Μετράτε κατά πόσο ο ασθενής έχει επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα

Ø Προσδιορίζονται οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία ή την αποτυχία των αποτελεσμάτων

Αν το σχέδιο φροντίδας δεν έχει επιτευχθεί εφαρμόζεται εκ νέου η νοσηλευτική διεργασία μέχρι να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

(Carol T. & co., 2010)

6.4. Περιστατικό Α΄

6.4.1. Ατομικά Στοιχεία Ασθενή

Όνοματεπώνυμο: Δ.Α

Πατρώνυμο: Δ.Γ

Ηλικία: 84 ετών

Φύλλο: Άρρεν

Ασφαλιστικός Φορέας: Ο.Γ.Α

Τόπος γέννησης: Πάτρα, Νομός Αχαΐας

Τόπος κατοικίας: Πάτρα, Νομός Αχαΐας

Επάγγελμα: Συνταξιούχος

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος με δύο παιδιά

Ο κύριος Δ.Α 84 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π) του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών (Π.Γ.Ν.Π.) στις 7/11/2017 συνοδευόμενος από τον γιό του και την σύζυγο του. Αnéφερε ότι είχε πτώση από την εσωτερική σκάλα του σπιτιού του χτυπώντας το αριστερό του γόνατο με πίεση στο πάτωμα. Αισθάνεται αφόρητο πόνο στο σημείο καθώς επίσης και αδυναμία βάδισης.

Ο κύριος Δ.Α υποβλήθηκε σε ακτινολογική εξέταση και κατόπιν μελέτης των αποτελεσμάτων της από τον εφημερεύοντα ιατρό διέγνωσε ότι η πρόθεση του αριστερού γονάτου έχει χάσει την σταθερότητά της και πως ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε ολική αρθροπλαστική γόνατος.

6.4.2. Ατομικό Ιστορικό Ασθενούς

Ο ασθενής έχει ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης η οποία ρυθμίζεται με την χρήση αντυπερτασικού φαρμάκου.

Είναι χρόνια καπνιστής (10 τσιγάρα περίπου την ημέρα).

Η κατανάλωση αλκοόλ είναι ελάχιστη.

Δεν έχει εμφανίσει στο παρελθόν κάποια αλλεργία.

Δεν έχει υποβληθεί σε κάποια άλλη χειρουργική επέμβαση στο παρελθόν.

Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων όπου:

Αρτηριακή Πίεση: 148/86 mmHg

Σφύξεις: 85 min

Θερμοκρασία: 36,5°C

Αναπνοές: 22 min

SPO2: 92%

Ούρηση: Φυσιολογική

Κενώσεις: Φυσιολογικές

6.4.3. Οικογενειακό Ιστορικό

Πατέρας: Απεβίωσε λόγω Οξύ Εμφράγματος του Μυοκαρδίου (Ο.Ε.Μ.)

Μητέρα: Είχε γενικά καλή υγεία.

6.4.4. Τελική Εκτίμηση

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση ολικής αρθροπλαστικής αποκατάστασης την επόμενη ημέρα και ώρα 11:40. Η χειρουργική επέμβαση διήρκησε 2 ώρες και 40 λεπτά. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε γενική αναισθησία έπειτα από πρόταση της Αναισθησιολόγου.

Ο ασθενής προσήλθε στην Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας (Μ.Μ.Α.Φ.) στις 14:20 με την συνοδεία της Αναισθησιολόγου και τον Νοσηλευτή Κίνησης. Στην Μ.Μ.Α.Φ. το προσωπικό σε συνεργασία με την αναισθησιολόγο θα παρέχουν μετεγχειρητική φροντίδα στον ασθενή. Άμεσα με την είσοδό του στην Ανάνηψη ο νοσηλευτής κάνει μία γρήγορη εκτίμηση της κατάστασής του, επικοινωνεί μαζί του και του χορηγεί οξυγόνο μέσω απλής μάσκας. Έπειτα συνδέει τον ασθενή στο σύστημα συνεχής παρακολούθησης των ζωτικών του σημείων και τα καταγράφει στο έντυπο που συνοδεύει τον ασθενή τα οποία είναι:

Αρτηριακή Πίεση: 158/89 mmHg

Σφύξεις: 82 min

Θερμοκρασία: 35,7 °C

Αναπνοές: 17 min

SPO2: 93%

Η Αναισθησιολόγος πληροφορεί τον Νοσηλευτή Ανάνηψης για την πορεία και τα αποτελέσματα της επέμβασης. Ο ασθενής παρουσιάζει αυξημένη αρτηριακή πίεση 158/89 mmHg, μετεγχειρητικό ρίγος, παραπονιέται για έντονο πόνο στο σημείο της επέμβασης, έχει χαμηλό κορεσμό 93% και είναι ιδιαίτερα ανήσυχος και αγχωμένος.

6.4.5. Πίνακας Νοσηλευτικής Διεργασίας

Αξιολόγηση/ Ανάγκες	Αντικειμενικός Σκοπός	Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
1.Μετεγχειρητικός πόνος στο σημείο της χειρουργικής επέμβασης.	-Εντόπιση της έντασης του πόνου με κλίμακα από το 0 (καθόλου) έως το 10 (αφόρητος πόνος). -Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο τον οποίο αισθάνεται.	-Έλεγχος της περιοχής όπου διαξευχθεί η χειρουργική επέμβαση για τυχόν αιμορραγία. -Αξιολόγηση της έντασης του πόνου από το 0 έως το 10. -Χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για την ανακούφιση του ασθενή και την εξασθένηση του πόνου κατόπιν ιατρικής οδηγίας.	-Ελέγξαμε την περιοχή όπου έγινε η επέμβαση και δεν υπήρξε αιμορραγία. -Ο πόνος αξιολογήθηκε από τον ασθενή ως προς την έντασή του με 7/10. -Χορηγήθηκε 1fl Dynastat 40mg IV σε 100ml N/S 0,9%.	-Ο πόνος του ασθενή άρχισε να υποχωρεί σταδιακά λόγω της δράσης του Dynastat το οποίο είναι αναλγητικό φάρμακο κατάλληλο για την μείωση του πόνου.

2.Μετεγχειρητικό ρίγος λόγω της ψυχρής χειρουργικής αίθουσας και του μετεγχειρητικού πόνου.	<p>-Το μετεγχειρητικό ρίγος να υποχωρήσει.</p> <p>-Η θερμοκρασία του ασθενή να επανέλθει πάλι σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>-Τοποθέτηση ηλεκτρικής κουβέρτας με ζεστό αέρα στον ασθενή.</p> <p>-Χορήγηση πεθιδίνης (Pethidine) για την εξάλειψη του ρίγους.</p> <p>-Χορήγηση των ενδοφλέβιων υγρών αφού πρώτα θερμανθούν μέσω ειδικής θερμαντικής συσκευής.</p>	<p>-Τοποθετήθηκε ηλεκτρική κουβέρτα στον ασθενή.</p> <p>-Χορηγήθηκαν 20mg IV Pethidine (πεθιδίνη) για την εξάλειψη του ρίγους.</p> <p>-Χρησιμοποιήθηκε ειδική θερμαντική συσκευή η οποία ζεσταίνει τα υγρά που χορηγούνται ενδοφλεβίως στον ασθενή.</p>	<p>-Το μετεγχειρητικό ρίγος σταδιακά υποχώρησε και η θερμοκρασία του σώματος επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα 36,4°C μετά την χορήγηση αναλγητικών και την εφαρμογή των συμπληρωματικών μέτρων.</p>

<p>3.Υποξία η οποία οφείλεται στην δράση των αναλγητικών φαρμάκων καθώς και λόγω του ότι ο ασθενής είναι χρόνια καπνιστής (SPO2 93%).</p>	<p>-Ο ασθενής να αναπνέει φυσιολογικά.</p> <p>-Ο κορεσμός του οξυγόνου να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>-Πρόληψη για πιθανή εμφάνιση επιπλοκών όπως ατελεκτασία, πνευμονία κτλ.</p>	<p>-Παρότρυνση προς τον ασθενή να παίρνει βαθιές ανάσες και να βήχει.</p> <p>-Τοποθέτηση του ασθενή σε κατάλληλη θέση έτσι ώστε να διευκολύνεται η αναπνοή.</p> <p>-Χορήγηση οξυγόνου με μάσκα Venturi σε περιεκτικότητα 40% κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>-Εργαστηριακός έλεγχος αερίων αίματος.</p>	<p>-Ο ασθενής βήχει και παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>-Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση (ημι-fowler) 45° και διευκολύνθηκε η αναπνοή του.</p> <p>-Τοποθετήθηκε στον ασθενή μάσκα Venturi 40% σε ροή 10 λίτρων.</p> <p>- Έγινε εργαστηριακός έλεγχος των αερίων του αίματος όπου προέκυψε: PCO2: 30mmHg</p>	<p>-Ο κορεσμός του ασθενή επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα 98% κατόπιν μέτρησης με την χρήση του οξυμέτρου .</p> <p>-Ο ασθενής αναπνέει καλύτερα χωρίς δυσκολία.</p>
---	--	--	---	---

<p>4.Αυξημένη αρτηριακή πίεση λόγω πόνου, προϋπάρχουσας υπέρτασης, άγχους, ανησυχίας και της υποξίας.</p>	<p>-Η αρτηριακή πίεση να πέσει σε φυσιολογικά επίπεδα. -Να αντιμετωπιστούν οι παράγοντες οι οποίοι προκάλεσαν την αύξηση της αρτηριακής πίεσης.</p>	<p>-Χορήγηση αντυπερτασικού φαρμάκου (Adalat 10mg) υπογλωσσίως κατόπιν ιατρικής οδηγίας. -Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων για την ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο. -Αντιμετώπιση της υποξίας. -Επικοινωνία με τον ασθενή με σκοπό τον εφησυχασμό του.</p>	<p>-Χορηγήθηκε στον ασθενή Adalat 10mg υπογλωσσίως κατόπιν της ιατρικής οδηγίας. -Χορηγήθηκε αναλγητική αγωγή στον ασθενή. -Τοποθετήθηκε στον ασθενή μάσκα Venturi 40% στα 10 λίτρα. -Επικοινωνία και εφησυχασμός ασθενή.</p>	<p>Οι τιμές της αρτηριακής πίεσης επανήλθαν σε φυσιολογικά επίπεδα 126/82 mmHg.</p>
<p>5.Ανησυχία και άγχος λόγω της χειρουργικής επέμβασης.</p>	<p>-Ο ασθενής να μην αισθάνεται αγχωμένος.</p>	<p>-Επικοινωνία με τον ασθενή για να καλλιεργηθεί κλίμα</p>	<p>-Κατόπιν συζητήσεων ο ασθενής ηρέμησε και εξέφρασε τους</p>	<p>Ο ασθενής είναι πλέον ήρεμος και</p>

	<p>-Ο ασθενής να είναι ήρεμος και ψύχραιμος.</p>	<p>εμπιστοσύνης.</p> <p>-Ενημέρωση ασθενή για την πορεία της χειρουργικής επέμβασης.</p> <p>-Καθησυχασμός ασθενή και μείωση του άγχους του.</p>	<p>φόβους και τις ανησυχίες τους.</p> <p>-Ο ασθενής ενημερώθηκε για την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης και όλων των παραμέτρων της.</p> <p>-Ο ασθενής με την ψυχολογική υποστήριξη ένωσε εμπιστοσύνη με αποτέλεσμα να μειωθεί το άγχος του.</p>	<p>το άγχος το οποίο αισθανόταν μειώθηκε κατόπιν ψυχολογικής υποστήριξης που του προσφέρθηκε.</p>
--	--	---	--	---

6.5. Περιστατικό Β΄

6.5.1. Ατομικά Στοιχεία Ασθενή

Όνοματεπώνυμο: Γ.Λ.

Πατρώνυμο: Θ.Λ.

Ηλικία: 18 ετών

Φύλλο: Θήλυ

Ασφαλιστικός Φορέας: Ανασφάλιστη

Τόπος γέννησης: Πύργος, Νομός Ηλείας

Τόπος κατοικίας: Αμαλιάδα, Νομός Ηλείας

Επάγγελμα: Άνεργη

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη χωρίς παιδιά

Η κυρία Γ.Λ. ετών 18 προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου Γ.Ν.Π. στις 28/12/2017 και ώρα 7:40 συνοδευόμενη από τους γονείς της. Ανέφερε ότι αισθάνεται επίμονους και αφόρητους πόνους χαμηλά και δεξιά στην κοιλιά της. Ακόμα πρόσθεσε ότι ο πόνος ξεκίνησε από υψηλότερο σημείο και αργότερα κατέβηκε πιο χαμηλά. Η ασθενής έχει πυρετό 38,4°C και υποβλήθηκε σε αιματολογικές εξετάσεις καθώς επίσης και σε υπερηχογράφημα κοιλίας. Έπειτα από την εξέταση της ασθενούς και σε συνδυασμό με την μελέτη των εργαστηριακών εξετάσεων ο εφημερεύοντας ιατρός διέγνωσε πως η ασθενής πάσχει από οξεία σκωληκοειδίτιδα. Ο ιατρός έκρινε ακόμα απαραίτητη την άμεση εισαγωγή της ασθενούς στο χειρουργείο για την αφαίρεση της σκωληκοειδούς με την χρήση λαπαροσκοπικής χειρουργικής επέμβασης.

6.5.2. Ατομικό Ιστορικό Ασθενούς

Η ασθενής δεν έχει παρουσιάσει κάποιο ανησυχητικό πρόβλημα υγείας στο παρελθόν.

Δεν είναι καπνίστρια.

Δεν καταναλώνει αλκοόλ.

Δεν έχει αλλεργίες.

Δεν έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στο παρελθόν.

Έγινε λήψη των ζωτικών της σημείων:

Αρτηριακή Πίεση: 168/98 mmHg

Σφύξεις: 92 min

Θερμοκρασία: 38,4°C

Αναπνοές: 25 min

SPO2: 99%

6.5.3. Οικογενειακό Ιστορικό Ασθενούς

Πατέρας: Αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1.

Μητέρα: Δεν παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα στην υγεία της.

6.5.4. Τελική Εκτίμηση

Η ασθενής υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση την ίδια μέρα, ώρα 13:30 και κατόπιν επικοινωνίας με τον Αναισθησιολόγο κρίθηκε απαραίτητη η χρήση γενικής αναισθησίας. Η χειρουργική επέμβαση διήρκησε 1 ώρα και 45 λεπτά. Τα αποτελέσματά της ήταν επιτυχείς καθώς εντοπίστηκε και αφαιρέθηκε η σκωληκοειδούς. Η ασθενής προσήλθε στην Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας

(Μ.Μ.Α.Φ.) στις 15:15 συνοδευόμενη από τον Αναισθησιολόγο και τον Νοσηλευτή Κίνησης. Στην Ανάνηψη ο Αναισθησιολόγος ενημέρωσε το προσωπικό της για την πορεία της επέμβασης, τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποίησε, τα πιθανά προβλήματα που υπάρχουν και σε συνεργασία σχεδιάζουν το κατάλληλο σχέδιο μετεγχειρητικής φροντίδας για τον ασθενή. Κατά την άφιξή της ασθενούς στην Μ.Μ.Α.Φ. ο νοσηλευτής ανάνηψης επικοινωνεί με την ασθενή προκειμένου να εξακριβώσει το γνωστικό της επίπεδο και χορηγεί οξυγόνο μέσω απλής μάσκας. Έπειτα συνδέει τον ασθενή σε σύστημα συνεχούς παρακολούθησης των ζωτικών σημείων (Monitoring) και στο ειδικό έντυπο που συνοδεύει την ασθενή καταγράφει τα ζωτικά σημεία καθώς και την ώρα άφιξής της στην αίθουσα της Ανάνηψης:

Αρτηριακή Πίεση: 172/92 mmHg

Σφύξεις: 101 min

Θερμοκρασία: 36,9°C

Αναπνοές: 23 min

SPO2: 98 %

6.5.5. Πίνακας Νοσηλευτικής Διεργασίας

Αξιολόγηση/ Ανάγκες	Αντικειμενικός Σκοπός	Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
1.Μετεγχειρητικός πόνος στο σημείο της χειρουργικής επέμβασης.	-Εντόπιση της έντασης του πόνου με κλίμακα από το 0 (καθόλου) έως το 10 (αφόρητος πόνος). -Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.	-Έλεγχος της περιοχής όπου διεξήχθη η επέμβαση για τυχόν επιπλοκές, αιμορραγία. -Αξιολόγηση της έντασης του πόνου με κλίμακα από το 0 έως το 10. -Χορήγηση της κατάλληλης αναλγητικής αγωγής για την ανακούφιση της ασθενούς κατόπιν ιατρικής οδηγίας.	-Ελέγξαμε την περιοχή όπου έγινε η επέμβαση και δεν εντοπίστηκε κάποια επιπλοκή, αιμορραγία. -Ο πόνος αξιολογήθηκε από την ασθενή ως προς την έντασή του με 8/10. -Χορηγήθηκαν 40mg Pethidine (Πεθιδίνη) IM ενδομυϊκά.	Ο μετεγχειρητικός πόνος υποχώρησε σταδιακά λόγω της δράσης του αναλγητικού φαρμάκου που της χορηγήθηκε για την μείωση του πόνου. Η ασθενής αξιολόγησε τον πόνο μετά από 30 λεπτά με 3/10.

<p>2.Αυξημένη αρτηριακή πίεση 172/92mmHg λόγω του πόνου, του φόβου και της ανησυχίας της.</p>	<p>-Η αυξημένη αρτηριακή πίεση της ασθενούς να μειωθεί και να φτάσει σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>-Να αντιμετωπιστούν οι παράγοντες (πόνος, φόβος, ανησυχία) οι οποίοι προκάλεσαν αυτή τη μεταβολή.</p>	<p>-Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου για την ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.</p> <p>-Ενημέρωση της ασθενούς για την πορεία της υγείας της με σκοπό να μην φοβάται.</p> <p>-Επικοινωνία με την ασθενή με άμεσο στόχο τον καθησυχασμό της.</p>	<p>-Χορηγήθηκε αναλγητική αγωγή στην ασθενή.</p> <p>-Η ασθενής ενημερώθηκε για την πορεία της επέμβασης και πως δεν διατρέχει κάποιο σοβαρό κίνδυνο.</p> <p>-Ο νοσηλευτής έκατσε κοντά στην ασθενή και συζήτησε μαζί της με σκοπό να την καθησυχάσει.</p>	<p>Οι τιμές της αρτηριακής πίεσης επανήλθαν σε φυσιολογικά επίπεδα 118/78mmHg, έπειτα από την εφαρμογή της σχεδιασμένης νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
---	---	---	---	---

<p>3.Ναυτία και τάση προς έμετο.</p>	<p>-Η ασθενής να μην έχει ναυτία και τάση προς έμετο.</p> <p>-Να υπάρξει μέριμνα για τον πιθανό κίνδυνο εισρόφησης λόγω των μειωμένων αντανακλαστικών της ασθενούς από την γενική αναισθησία.</p>	<p>-Η ασθενής πρέπει να τοποθετηθεί σε πλάγια θέση για την πρόληψη εισρόφησης σε περίπτωση εμέτου.</p> <p>-Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου για την μείωση της ναυτίας κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>-Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών με σκοπό την ενυδάτωση της ασθενούς.</p>	<p>-Η ασθενής τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση και της δόθηκε νεφροειδές για πιθανό εμετό.</p> <p>-Χορηγήθηκε 1 amp Primperam 10mg/2ml IV (ενδοφλεβίως).</p> <p>-Χορηγήθηκε με αυξημένη ροή R/L 1000ml και η ασθενής ενυδατώθηκε.</p>	<p>Η τοποθέτηση της ασθενούς σε πλάγια θέση εξάλειψε τον κίνδυνο για εισρόφηση σε περίπτωση εμέτου. Η ασθενής ανακουφίστηκε και η τάση προς έμετο υποχώρησαν μετά την χορήγηση του αντιεμετικού φαρμάκου.</p>
<p>4.Φόβος λόγω της κατάστασης της υγείας της.</p>	<p>-Η ασθενής να ηρεμήσει, να μην αισθάνεται φόβο και να σκέφτεται θετικά.</p>	<p>-Να αφιερωθεί χρόνος προκειμένου να νιώσει αίσθημα εμπιστοσύνης η ασθενής απέναντί μας.</p> <p>-Η ασθενής να ενημερωθεί για την πορεία της</p>	<p>-Η ασθενής ένιωσε οικεία και μας εμπιστεύτηκε τις ανησυχίες της.</p> <p>-Ενημερώθηκε η ασθενής για την έκβαση της επέμβασης</p>	<p>Η ασθενής δεν αισθάνεται πλέον φόβο για την κατάσταση της υγείας της καθώς έλαβε ψυχολογικής υποστήριξης και</p>

		<p>επέμβασης και της υγείας της.</p> <p>-Η ασθενής να λάβει ψυχολογική υποστήριξη με σκοπό να μειωθούν οι φόβοι της.</p>	<p>και την κατάσταση της υγείας της.</p> <p>-Η ασθενής κατόπιν ψυχολογικής υποστήριξης αισθάνθηκε καλύτερα και οι φοβίες της φάνηκαν να υποχωρούν.</p>	<p>απαντήθηκαν όλες οι φοβίες και οι απορίες της.</p>
<p>5.Ανησυχία λόγω της έκβασης της χειρουργικής επέμβασης και της υγείας της.</p>	<p>-Η ασθενής να εκφράσει την ανησυχία της προς το νοσηλευτή έτσι ώστε να μπορέσει να ηρεμήσει.</p>	<p>-Επικοινωνία και επεξήγηση στην ασθενή σχετικά με τα αποτελέσματα της επέμβασης και την κατάσταση της υγείας της.</p> <p>-Να απαντηθούν σε ικανοποιητικό βαθμό οι ανησυχίες της ασθενούς.</p>	<p>-Η ασθενής πληροφορήθηκε για την θετική έκβαση της επέμβασης καθώς και για την κατάσταση της υγείας της η οποία δεν διατρέχει κάποιο κίνδυνο.</p> <p>-Ο νοσηλευτής κατόπιν συζήτησης με την ασθενή άκουσε με</p>	<p>Η ασθενής έπαυσε να είναι ανήσυχη, ηρέμησε καθώς αισθάνθηκε καλύτερα κατόπιν της συνομιλίας της με τον νοσηλευτή ο οποίος επέδρασε θετικά σε σχέση με τις ανησυχίες της. Η ασθενής</p>

			προσοχή και απάντησε σε όλες τις απορίες και την βοηθούσε παρέχοντάς της ψυχολογική υποστήριξη.	και ενημερώθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας της και την επέμβαση και πλέον δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας για αυτήν.
--	--	--	---	---

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας ασθενών (Μ.Μ.Α.Φ) αποτελεί αναπόσπαστο κεφάλαιο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας προς τους ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση καθώς προστατεύει, αναγνωρίζει, προλαμβάνει και αντιμετωπίζει κάθε πιθανή επιπλοκή η οποία μπορεί να εμφανιστεί. Η ύπαρξή της έχει μειώσει σε μεγάλο βαθμό την θνησιμότητα των ασθενών κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Η προσφορά της είναι πολυδιάστατη και σημαντική καθώς με βάση την δομή και τον τρόπο λειτουργίας της έθεσε τις προδιαγραφές ώστε να δημιουργηθούν αργότερα οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) οι οποίες προσέφεραν την βέλτιστη φροντίδα υγείας προς τους ασθενείς.

Ο μετεγχειρητικός ασθενής αντιμετωπίζεται από το εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τόσο του χειρουργείου όσο και της ανάνηψης καθώς υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες εμφάνισης δυσχερειών στην υγεία του. Ακόμα προσφέρεται ψυχολογική υποστήριξη προς τους ασθενείς προκειμένου να αισθανθούν καλύτερα και να μειωθούν οι κίνδυνοι για την κατάστασή τους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται μονίμως στο πλευρό του ασθενή πριν, κατά την διάρκεια και μετά το τέλος της επέμβασης. Πριν, κατά την προετοιμασία του ασθενή για την χειρουργική επέμβαση, κατά την διάρκεια, βοηθώντας τον αναισθησιολόγο για την εφαρμογή της κατάλληλης αναισθησίας καθώς επίσης και ως εργαλειοδότης. Ακόμα, μετά το τέλος της επέμβασης φροντίζει και προστατεύει τον ασθενή στον χώρο της ανάνηψης.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία έγινε εκτενής αναφορά στον τρόπο λειτουργίας της Μ.Μ.Α.Φ, στα είδη της αναισθησίας, στις πιθανές μετεγχειρητικές και μεταναισθητικές επιπλοκές, στην περιεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα καθώς και στις ειδικότητες, τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα του νοσηλευτή χειρουργείου και του νοσηλευτή του αναισθησιολογικού τμήματος. Τέλος, παρουσιάζονται και αναλύονται δύο χειρουργικά περιστατικά τα οποία έλαβαν μετεγχειρητική φροντίδα στην αίθουσα της ανάνηψης με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Με βάση όλα τα προηγούμενα γίνεται αντιληπτό και σαφές η σπουδαιότητα του νοσηλευτή της Μ.Μ.Α.Φ. για την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας προς τους ασθενείς. Γίνεται ακόμα αντιληπτή η ανάγκη για περαιτέρω εξέλιξη και στελέχωση της Μ.Μ.Α.Φ. με τα πιο εξελιγμένα μηχανήματα και την ενίσχυση με σύγχρονο εξοπλισμό και εξειδικευμένο προσωπικό με άριστες γνώσεις πάνω στο αντικείμενο εργασίας με σκοπό την παροχή στοχευμένης και προγραμματισμένης φροντίδας προς τον νοσηλευόμενο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Ελληνικές:

1. Βασιλειάδου Α. ,Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα. Τόμος 1ος . 5η έκδοση. Εκδόσεις: Βήτα. ,2008.
2. Ζαχαρής Αλέξανδρος, Καμπουρέλλη Αικατερίνη, Περιεγχειρητική Εκπαίδευση Ασθενούς που Υποβάλλεται σε Καρδιοχειρουργική Επέμβαση φροντίδας., Το βήμα του Ασκληπιού, 10ος Τόμος, 2ο Τεύχος, Απρίλιος-Ιούνιος, 2011.
3. Καραμπότσου Σ., Αποτελεσματική αξιοποίηση προσωπικού. Πρακτικά 6^{ης} Ημερίδας του Τομέα Διοίκησης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 2003.
4. Κωστάκης Ι. Αλκιβιάδης, Σύγχρονη Χειρουργική Διαγνωστική & Θεραπευτική, Τόμος Ι, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2005, Κεφάλαιο 19, σελ 331-344.
5. Λαχανά Ε, Κοτρώτσιου Ε. Διαφοροποίηση και διασφάλιση ποιότητας σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας. ,Νοσηλευτική 2002, 3: 288-294.
6. Παπαδημητρίου Παπακόστα Λ., Αναισθησιολογία-Ανάληψη, Τόμος 1, Επιστημονικές Εκδόσεις ΓΡ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1999, σελ. 17.
7. Παπακωνσταντίνου Κ, Καραμπίνης Α, Μπαλτόπουλος Γ, Η Νοσηλευτική στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Εκδόσεις Hill-Rom, 2006, Κεφάλαιο 30, σελ 403-431.
8. Παπαλάμπρος Λ. Ευστάθιος, Χειρουργική από το διδακτικό & ερευνητικό προσωπικό του χειρουργικού τομέα, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2012, Κεφάλαιο 11, σελ. 119-120.
9. Ραφτόπουλος Β., Ραφτόπουλος Α., Κοτρώτσιου Ε., Παραλίκας Θ. «Προς έγγιση της συμβουλευτικής διάστασης του νοσηλευτή εκπαιδευτή». Νοσηλευτική, 42, 1, 97□109 Ιανουάριος Μάρτιος 2003.
10. Σαπουντζή Κρέπια Δέσποινα, Οι ιστορικές καταβολές της ελληνικής Νοσηλευτικής, Νοσηλευτική 2001, 41(2), 129□137.

11. Σαράφης Παύλος, Κωνσταντινίδης Θεοχάρης, Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2015, Κεφάλαιο 4, σελ. 85-99.
12. Χατζηνικολάου Αντώνης, Σκανδαλάκη Νεκταρία, Η παροχή ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδα στα Ασκληπιεία της αρχαίας Ελλάδας Νοσηλευτική 2007, 46(3):326–334.

Ξένες:

13. Aldrete JA, Kroulik D. A postanesthetic recovery score. *Anesth Analg* 1970;49:924-934.
14. American Society of PeriAnesthesia Nurses (2004). Standards, recommended practices, and guidelines. Denver: Author.
15. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF et al American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology* 2013;118:291-307.
16. Barrett Kim, Barman Susan, Boitano Scott, Brooks Heddwen, Ganong's Ιατρική Φυσιολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2011, Κεφάλαιο 29, σελ. 622-624.
17. Checketts MR, Alladi R, Ferguson K, et al. Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery 2015: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia* 2015 doi:10.1111/anae.13316.
18. Cullen DJ, Nemeskai AR, Cooper JB, et al. Effect of pulse oximetry, age and physical status on the frequency of patients admitted unexpectedly to a postoperative intensive care unit and the severity of their anesthesia related complications. *Anesth Analg* 1992, 9-13,181-188.
19. DeWit C. Susan, Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 2013, Κεφάλαιο 37, σελ. 812-841.

20. DeWit C. Susan, Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Έννοιες & Πρακτική, Τόμος 1, Κεφάλαιο 4, σελ. 93-125.
21. Ebersole, P., Hess, P., & Luggen, A. (2004). *Toward healthy aging: Human needs and nursing response* (6th Ed.). St. Louis: Mosby.
22. Farquhanson Margaret, Moran Brendan, Farquhanson's Χειρουργική - Εγχειρητικές Τεχνικές, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2009, σελ.659-676.
23. Gan TJ. Risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2006;102:1884-1898.
24. Gavel G, Walker RWM. Laryngospasm in anaesthesia. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain J* 2014;14:47-51.
25. Golden D, Corbett J, Forni LG. Peri-operative renal dysfunction: prevention and management. *Anaesthesia* 2016;71(Suppl 1):51-57. doi: 10.1111/anae.13313.
26. Herwaldt L.A, A study of hand hygiene in the post-anesthesia care unit-it's about time, *Anesthesiology*, 2003, σελ. 519-520.
27. Hines R, Barash PG, Watrous G, et al. Complications occurring in the postanesthesia care unit: a survey. *Anesth Analg* 1992;74(4):503-509.
28. Kleinbeck S. Dimensions of perioperative nursing for a national specialty nomenclature. *Journal of Advanced Nursing*.2008;31(3):529-535.
29. LeMone Priscilla, Burke Karen, Bauldoff Gerene, Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς, Τόμος Α, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 2014, Κεφάλαιο 4, σελ. 60-98.
30. Lewis SR, Nicholson A, Smith AF, Alderson P. Alpha-2 adrenergic agonists for the prevention of shivering following general anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;10:8:CD011107. doi: 10.1002/14651858.CD011107.pub2.
31. Marino L. Paul, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 2009, Κεφάλαιο 38, σελ. 651-652.
32. 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.
33. Miller R.D, *Αναισθησιολογία, ελληνική μετάφραση Γ. Κωστοπαναγιώτου, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2014.*

34. Mischo □ Kelling M. & Wittneben K. Pflegebildung und Pflege-theorien. München □ Wien □ Baltimore, Urban und Schwarzenberg, 1995.
35. Moller JT, Johannessen NW, Espersen K, et al. Randomized evaluation of pulse oximetry in 20,802 patients: II. Perioperative events and postoperative complications. *Anesthesiology* 1993; 78: 445-53.
36. Morgan G.E, Mikhail M.S, Murray M.J, *Clinical Anesthesiology*, New York, McGraw-Hill, 2006.
37. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals, *The New England Journal of Medicine*, 2002; 346:1715-1722, 30 Μαΐου 2002.
38. Osborn, Wraa, Watson, Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική-Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική, Τόμος 1, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2012, Κεφάλαιο 26-27, σελ. 524-562.
39. Perry G.A, Potter P.A, Βασική Νοσηλευτική & Κλινικές Δεξιότητες, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2012, Κεφάλαιο 36-37, σελ. 865-901.
40. Popat M, Mitchell V, Draavid R, et al, for the Difficult Airway Society Extubation Guidelines Group. Difficult Airway Society Guidelines for the management of tracheal extubation. *Anaesthesia* 2012;67:318–340.
41. Rovithis M. Theory of nursing empathy in King’s social system. January March. 9th issue. *ICUs Nursing Web Journal*, 2002.
42. Shields Linda, Werder Helen, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2016, Κεφάλαιο 12, σελ. 273-284.
43. Stevens KR, Pugh JA. Evidence-based practice and perioperative nursing. *Semin Perioper Nurs.*1999; 8(3):155-9.
44. Taylor Carol, Lillis Carol, LeMone Priscilla, Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής-η επιστήμη & η τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2010, Τόμος I, Κεφάλαιο 14, σελ. 247-255.
45. Taylor Carol, Lillis Carol, LeMone Priscilla, Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής-η επιστήμη & η τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2010, Τόμος II, Κεφάλαιο 30, σελ. 710.
46. Van der Walt JH, Webb RK, Osbone GA, et al. Recovery room incidents in the first 2000 incident reports. *Anesth Intens Care* 1993; 21:650-652.
47. Watcha MF, White PF. Postoperative nausea and vomiting: its etiology, treatment and prevention. *Anesthesiology* 1992;77:162-184.

48. Xara D, Silva A, Mendonca J. et al, Inadequate emergence after anesthesia: emergence delirium and hypoactive emergence in the Post-anesthesia Care Unit, J Clin Anesth, 2013, Κεφάλαιο 25, σελ. 439-446.

Διαδικτυακές και Επιστημονικά Άρθρα :

49. ANA Code for nurses with interpretive statements- Explications for perioperative nursing in Standards, Recommended Practices and guidelines. AORN, 2002.
50. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Immediate Post-anaesthesia Recovery 2013. London. https://www.aagbi.org/sites/default/files/immediate_postanaesthesia_recovery_2013.pdf.
51. European Board of Anaesthesiology (EBA) recommendations for minimal monitoring during Anaesthesia and Recovery. 2012. http://anaesthesiology.gr/media/File/pdf/Uems/EBA_Recommendations_for_minimal_monitoring_during_Anaesthesia_and_Recovery.pdf.
52. Explications for Perioperative Nursing in Standards, Recommended Practices and guidelines. AORN, 2005.
53. http://enne.gr/vasiki_nosileftiki/files/assets/basic-html/page27.html
54. http://the-lancet.blogspot.gr/p/blog-page_31.html
55. <http://www.onedaysurgery.net/>
56. www.ellinikoarxeio.com
57. www.eorna.eu. http://www.sydnnox.gr/articlefiles/downloads/eorna_competences_gr.pdf, Μετάφραση στα Ελληνικά και επιμέλεια απόδοσης: Λαμπριανίδου Ε, Τάνη Σ, Κουτελέκος Ι.