

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΓΕΝ.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Σύρου

1^η Έκδοση

Συγγραφή
Ασλανίδου Αθηνά
Δουράτσος Νικόλαος

Σύρος 2020



Περιεχόμενα

Περιεχόμενα	2
Πρόλογος.....	9
Το όραμά μας.....	9
Η Αποστολή και ο Σκοπός μας	10
Η Φιλοσοφία, οι Αξίες και οι Πεποιθήσεις μας	10
Κεφάλαιο 1 Οργάνωση της Χειρουργικής κλινικής	12
Χώροι του Χειρουργικού τμήματος	12
Ενδυμασία προσωπικού	12
Ενδυμασία ασθενών	13
Ενδυμασία επισκεπτών	13
Ωράριο λειτουργίας	13
Επισκεπτήριο και οδηγός ενημέρωσης προς τους επισκέπτες	13
Έντυπο οδηγιών για τους επισκέπτες ασθενών	14
Στελέχωση	16
Αναλυτικό πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων νοσηλευτικού προσωπικού	16
Ομαδική εργασία στην Χειρουργική κλινική	20
Συγκεντρωτικά αποτελέσματα νοσηλείας ασθενών από την νοσηλευτική ομάδα της Χειρουργικής Κλινικής.....	21
Ομαδικές Συναντήσεις και Επικοινωνία Χειρουργικής Κλινικής	21
Κεφάλαιο 2.....	22
Στελέχωση Χειρουργικού Τμήματος - Αρμοδιότητες και καθήκοντα νοσηλευτικού προσωπικού22	
Αρμοδιότητες/Καθήκοντα προϊσταμένου	22
Αρμοδιότητες/Καθήκοντα νοσηλευτικού προσωπικού	28
Καθήκοντα προσωπικού νοσηλευτικού τμήματος.....	28
Ειδικά καθήκοντα	30
Κεφάλαιο 3. Λειτουργία Τμήματος με βάση τα Πρωτόκολλα, τις Προτυποποιημένες διαδικασίες και τις κατευθυντήριες οδηγίες	36
Προτυποποίηση διαδικασίας καθαριότητας Χειρουργικής Κλινικής - Έννοιες διαδικασιών καθαρισμού	36
Βασικοί κανόνες καθαριότητας	36
Οδηγίες καθαριότητας για μη κρίσιμες επιφάνειες.....	37
Ιδιαίτερος καθαρισμός δωματίου που φιλοξένησε λοιμώδες -μεταδοτικό νόσημα	38
Προτυποποίηση διαδικασίας υποδοχής ασθενή στο Χειρουργικό τμήμα (φάκελος/γραπτές ιατρικές οδηγίες).....	39
Εισαγωγή ασθενούς.....	39
Προτυποποίηση διαδικασίας εξιτηρίου ασθενή από το Χειρουργικό Τμήμα	51
Προτυποποίηση διαδικασίας διακομιδής ασθενή σε άλλο νοσοκομείο	52

Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση επιθετικής συμπεριφοράς ασθενών, συνοδών και η αντιμετώπισή της	55
Λήψη ζωτικών σημείων σε ενήλικες	58
Μέτρηση θερμοκρασίας (στη μασχάλη)	58
Μέτρηση αρτηριακής πίεσης στη βραχιόνιο αρτηρία	60
Μέτρηση αρτηριακού σφυγμού	63
Μέτρηση αναπνοών	66
Λήψη ζωτικών σημείων σε παιδιά	68
Ι. Μέτρηση της θερμοκρασίας	68
Γ. Θερμομέτρησή από το αυτί	73
Παιδιατρικός οδηγός ζωτικών σημείων	84
Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος 12 απαγωγών	89
Πρωτόκολλο προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας ενηλίκων	90
Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων	97
Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδών	103
Πρωτόκολλο Μετεγχειρητικής Φροντίδας σε παιδιά	113
Προετοιμασία και οργάνωση τροχήλατου έκτακτης ανάγκης	120
Αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής στο τμήμα	135
Εξωτερική ασύγχρονη απινίδωση	137
Εξωτερική συγχρονισμένη απινίδωση	140
Φάρμακα και γενικές αρχές χορήγησης φαρμάκων	152
Φαρμακοτεχνικές μορφές	152
Οδοί χορήγησης φαρμάκων	156
Η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας στη χορήγηση φαρμάκων - Τύποι των εντολών για τη φαρμακευτική αγωγή	157
Νοσηλευτικές αρχές χορήγησης φαρμάκων	157
Χορήγηση φαρμάκων διεντερικώς	158
Χορήγηση φαρμάκων υπογλωσσίως	161
Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα	162
Χορήγηση φαρμάκων ενδοφλεβίως (Intravenous - IV)	164
Χορήγηση φαρμάκων ενδομυϊκώς (Intramuscular - IM)	168
Χορήγηση φαρμάκων υποδορίως (Subcutaneous - SC)	170
Χορήγηση φαρμάκων μέσω της εισπνοής	173
Χορήγηση φαρμάκων μέσω του δέρματος	175
Φύλαξη των φαρμακευτικών σκευασμάτων	177
Λάθη στη χορήγηση φαρμάκων	177
Τοποθέτηση και φροντίδα περιφερικού φλεβικού καθετήρα	179
Διαδικασία αιμοληψίας – Προετοιμασία ασθενούς	185

Τεχνική αιμοληψίας.....	186
Λήψη δειγμάτων αίματος από ασθενή για τον οποίο αιτείται μετάγγιση και/ή προσδιορισμός ομάδας αίματος και συμπλήρωση δελτίου αίτησης προς την υπηρεσία αιμοδοσίας.....	189
Τι κάνει το νοσηλευτικό προσωπικό:	189
Τι κάνει ο γιατρός:	189
Μετάγγιση αίματος και παραγώγων αίματος	190
Διαδικασία πριν την μετάγγιση αίματος ή παραγώγων.....	192
Τι κάνω πριν τη χορήγηση αίματος ή παραγώγων παρουσία του ασθενούς.....	193
Κατά τη μετάγγιση	193
Μετά τη μετάγγιση - Παρακολούθηση.....	194
Επείγουσα μετάγγιση – Διαδικασία που ακολουθείται σε μεγάλη αιμορραγία	196
Πρωτόκολλο τοποθέτησης και νοσηλευτικής φροντίδας κευστεοουρηθρικού καθετήρα (Foley).....	197
Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως σε γυναίκα ασθενή	198
Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης σε άνδρα	201
Αφαίρεση αλλαγή του κυστεοουρηθρικού καθετήρα	203
Πλύσεις Ουροδόχου Κύστης.....	205
Διαλείπουσες πλύσεις ουροδόχου κύστης.....	205
Συνεχείς πλύσεις ουροδόχου κύστης	206
Έντυπο ελέγχου διουρηθρικού καθετηριασμού ουροδόχου κύστης	207
Λήψη δείγματος ούρων για γενική και καλλιέργεια ούρων από ασθενή με ουροκαθετήρα	208
Έντυπο ελέγχου λήψης δείγματος ούρων για γενική και καλλιέργεια ούρων σε ασθενή με καθετήρα κύστεως.....	210
Φροντίδα και υγιεινή σώματος βαρέως πάσχοντα ασθενή.....	211
Πρωτόκολλο πρόληψης και θεραπείας ελκών κατάκλισης	216
Εκτίμηση ασθενών υψηλού κινδύνου	218
Πρόληψη κατακλίσεων.....	220
Εκτίμηση Κατάκλισης.....	222
Κατηγορίες επιθεμάτων	222
Πρωτόκολλο ασφαλούς αποθήκευσης αποστειρωμένου υλικού.....	224
Τοποθέτηση φροντίδα και διατήρηση της βατότητας των περιφερικών καθετήρων	227
Επιλογή σημείου προσπέλασης	227
Τοποθέτηση Περιφερικού Φλεβικού Καθετήρα (ΠΦΚ)	228
Μέτρηση Σακχάρου Τριχοειδικού Αίματος	231
Ρινογαστρική διασωλήνωση.....	234
Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα.....	234
Αφαίρεση ρινογαστρικού σωλήνα	236
Έντυπο ελέγχου τοποθέτησης και αφαίρεσης ρινογαστρικού σωλήνα.....	237
Εντερική σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα.....	238

Έντυπο ελέγχου εντερικής σίτισης μέσω ρινογαστρικού καθετήρα.....	240
Προετοιμασία και χορήγηση παρεντερικής διατροφής.....	241
Προετοιμασία παρεντερικής διατροφής.....	241
Χορήγηση παρεντερικής διατροφής.....	242
Έντυπο ελέγχου προετοιμασίας και χορήγησης παρεντερικής διατροφής.....	244
Τοποθέτηση, φροντίδα και λήψη αερίων αίματος από αρτηριακή γραμμή.....	245
Νοσηλευτική φροντίδα αρτηριακής γραμμής.....	246
Λήψη αερίων αίματος από αρτηριακή γραμμή.....	247
Έντυπο ελέγχου τοποθέτησης και φροντίδας αρτηριακής γραμμής και λήψης αερίως αίματος.....	249
Προετοιμασία βαρέως πάσχοντος αρρώστου για μεταφορά προς εξέταση-διακομιδή.....	250
Αλλαγή θέσης κατακεκλιμένου ασθενή.....	251
Συρραφή τραύματος Τοπική αναισθησία.....	252
Φροντίδα ασθενή με κολοστομία.....	265
Έλεγχος και περιορισμός της διασποράς πολυανθεκτικών μικροβίων.....	268
Προετοιμασία και παρακολούθηση λειτουργίας Μονάδας Θωρακικής Παροχέτευσης (bullau).....	269
Έντυπο ελέγχου νοσηλευτικής φροντίδας τοποθέτησης Bullau.....	277
Επείγουσα τραχειοτομή.....	278
1.Εισαγωγή - Ορισμοί:.....	278
Τραχειοτομία.....	278
Σκοποί της τραχειοτομίας.....	278
Ενδείξεις τραχειοτομίας.....	278
Νοσηλευτικές διαγνώσεις.....	278
Αντικειμενικοί σκοποί φροντίδας ασθενούς.....	279
Απαιτούμενος εξοπλισμός.....	279
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	279
Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.....	280
Φάση παρακολούθησης.....	282
Πρωτόκολλο προετοιμασίας διαδερμικής τραχειοστομίας.....	283
Σταθεροποίηση καταγμάτων - Επιδεσμολογία.....	284
Σκελετική έλξη.....	284
Σκελετική δερματική έλξη.....	285
Ακινητοποίηση καταγμάτων με γύψο.....	286
Κατάγματα κνήμης.....	289
Ακινητοποίηση της άρθρωσης του γόνατος.....	290
Κακώσεις άνω άκρου και του χεριού.....	292
Ακινητοποίηση καταγμάτων αντιβραχίου.....	294

Ακινητοποίηση ώμου - βραχίονα	296
Σταθεροποίηση ΑΜΣΣ.....	297
Ακινητοποίηση καταγμάτων λεκάνης.....	298
Μεταθανάτια φροντίδα στο νοσοκομείο	301
Διαχείριση νεκρού ανθρώπου στο Τμήμα.....	302
Νεκρός αγνώστων στοιχείων	305
Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του νοσοκομειακού ιματισμού	306
Μεταφορά – απομάκρυνση του ακάθαρτου ή μολυσμένου ιματισμού από τα τμήματα	308
Γ. Προστασία Εργαζομένων στους Χώρους των Πλυντηρίων	309
Δ. Εγκαταστάσεις πλυντηρίων στο Νοσοκομείο	310
Ε. Διαλογή και χειρισμός του ακάθαρτου ή μολυσμένου ιματισμού στο χώρο των πλυντηρίων.....	310
ΣΤ. Πλύσιμο– στέγνωμα - σιδέρωμα του ιματισμού	310
Ζ. Χειρισμός καθαρού Ιματισμού	311
Η. Αποστείρωση ιματισμού	312
Κεφάλαιο 4. Διαχείριση και διαδικασίες προαγωγής και ασφάλειας στο Χειρουργικό Τμήμα	316
Στόχοι επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας.....	316
Μέτρα πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων στο Χειρουργικό τμήμα.....	318
1.Υγιεινή χεριών.....	318
Τρόπος εφαρμογής αλκοολούχου διαλύματος.....	326
2.Μέσα Ατομικής Προστασίας.....	327
Πως φοράω και πως αφαιρώ τα Μέσα Ατομικής Προστασίας.....	331
Τεχνική ντυσίματος:.....	331
Τεχνική αφαίρεσης προστατευτικού υλικού	333
3.Διαχείριση αιχμηρών αντικειμένων και αντιμετώπιση ατυχήματος από αιχμηρά και εκτίναξη βιολογικών υγρών	335
4.Καθαριότητα και απολύμανση άψυχου περιβάλλοντος.....	338
5.Μέτρα πρόληψης και ελέγχου για τη διασπορά πολυανθεκτικών μικροοργανισμών στο νοσοκομείο.....	339
Κίνδυνοι που αφορούν τους ασθενείς	342
1. Ελλιπής προεγχειρητική ετοιμασία.	342
2. Λάθος ασθενής	343
Ασφάλεια των εργαζόμενων - Κίνδυνοι του Προσωπικού.....	349
Κίνδυνοι από φυσικά και μηχανικά αίτια.....	351
Πυρκαγιά.....	351
Πυρασφάλεια.....	352
Σχέδιο δράσης σε περίπτωση πυρκαγιάς.....	353
Ηλεκτρισμός.....	356
Ακτινοβολία	6

Μυοσκελετική καταπόνηση.....	7
Εξαερισμός των χώρων.....	8
Θερμικό στρες.....	8
Θόρυβος.....	9
Κίνδυνοι από μολύνσεις και χημικά αίτια.....	9
Αιχμηρά αντικείμενα και ασφάλεια στο χώρο της Χειρουργικής Κλινικής.....	10
Χημικά απολυμαντικά φάρμακα	13
Κίνδυνοι ψυχοκοινωνικοί	14
Προφορική κακοποίηση	14
Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)	15
Κεφάλαιο 5.....	17
Ηθική και Δεοντολογία στο Χειρουργική Κλινική	17
Οι βασικές αρχές της Βιοηθικής	17
Η αρχή της Αυτονομίας /Autonomy	17
Η αρχή της Ωφέλειας - Ευεργεσίας / Beneficence	18
Η αρχή της Μη Βλάβης / Non –maleficence.....	19
Η αρχή της Δικαιοσύνης	19
Η αρχή του Σεβασμού των Ατόμων / Respect for Persons.....	19
Η αρχή της Ιερότητας της Ζωής/ Sanctity of Life	19
Η αρχή της Φιλαλήθειας /Veracity	19
Η αρχή της Εμπιστευτικότητας /Confidentiality	19
Η αρχή του Διπλού Αποτελέσματος /Double Effect	20
Η ηθική στη νοσηλευτική φροντίδα	20
Τύποι των ηθικών προβλημάτων στην Νοσηλευτική.....	23
Προβλήματα που αφορούν την εμπιστευτικότητα/ Confidentiality.....	23
Προβλήματα που αφορούν τους περιορισμούς / Restraints.....	23
Προβλήματα που αφορούν τη σχέση εμπιστοσύνης / Trust Issues.....	23
Προβλήματα που αφορούν την άρνηση παροχής φροντίδας / Refusing to Provide Care	24
Προβλήματα που αφορούν το τέλος της ζωής / End - of -Life Issues	24
Προβλήματα που αφορούν τον έλεγχο του πόνου / Pain Control Issues	24
Προβλήματα που αφορούν τις οδηγίες μη αναζωογόνησης / Do-Not-Resuscitate orders	25
Προβλήματα που αφορούν την υποστήριξη της ζωής.....	25
Προβλήματα που αφορούν τη διατροφή και την ενυδάτωση	25
Προβλήματα που αφορούν την προληπτική ηθική / Preventive Ethics	26
Ηθική λήψη αποφάσεων	26
Εκτίμηση / Assessment.....	26

Σχεδίαση / Planning	26
Εκτέλεση / Implementation	27
Αξιολόγηση / Evaluation	27
Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας.....	27
Ηθική και Δεοντολογία στη Χειρουργική Κλινική.....	31
Κώδικας Δεοντολογίας Νοσηλευτών Χειρουργικής Κλινικής.....	32
Κεφάλαιο 6.....	34
Μετρήσεις απόδοσης της λειτουργίας του Χειρουργικού Τμήματος μέσω δεικτών.....	34
Δείκτες απόδοσης & αποτελεσματικότητας, δείκτες ασφάλειας, δείκτες ικανοποίησης στο Χειρουργικό Τμήμα	36
Δείκτης αποτελεσμάτων κλινικών και λειτουργικών διαδικασιών	36
1. Διενεργηθέντα χειρουργεία ανά ειδικότητα το έτος.....	36
Δείκτες ασφάλειας.....	36
2. Λάθη στη χορήγηση φαρμάκων κατά την εκτέλεση των νοσηλευτικών καθηκόντων.....	36
3. Μη εκτέλεση σωστής εντολής κατά την εκτέλεση των νοσηλευτικών καθηκόντων	36
4. Ποσοστό τραυματισμών - κακώσεων ασθενών εντός του χώρου της χειρουργικής κλινικής ή κατά την μεταφορά τους σε άλλα μέρη του νοσοκομείου για την πραγματοποίηση εξετάσεων (π.χ. Πτώσεις από κρεβάτι, εξαρθρώσεις ώμου ή ισχίου, κακώσεις δοντιών, κακώσεις κεφαλής) στο σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται.	36
5. Συχνότητα εμφάνισης πνευμονικών εμβολών μετά από χειρουργείο ή κατά την αναμονή ασθενών για χειρουργείο.	36
6. Συχνότητα εμφάνισης ενδονοσοκομειακών πνευμονικών λοιμώξεων μετά από χειρουργείο ή κατά την αναμονή ασθενών για χειρουργείο στο σύνολο των ασθενών που χειρουργούνται.	37
7. Συχνότητα εμφάνισης ουρολογικών λοιμώξεων μετά από την τοποθέτηση ουροκαθετήρα πριν την αναμονή ασθενών για χειρουργείο στο σύνολο των ασθενών που φέρουν καθετήρα	37
8. Ποσοστό ασθενών που καταλήγουν μετά από επέμβαση στο σύνολο των ασθενών που εισάγονται για να χειρουργηθούν.	37
9. Ποσοστό αριθμού ατυχημάτων προσωπικού (ιατρικό ,νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό)κατά την ώρα της εργασίας στο σύνολο του προσωπικού που εργάζεται στο νοσοκομείο.	37
Δείκτες Ικανοποίησης	37
1) Μέσος όρος τιμών ικανοποίησης, ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από ασθενείς που χειρουργήθηκαν.	37
2) Αριθμός παραπόνων προς συνολικό αριθμό ασθενών που χειρουργήθηκαν.....	37
3) Μέτρηση της ικανοποίησης των Νοσηλευτών	38
4) Μέτρηση του απουσιασμού του νοσηλευτικού προσωπικού	38
5) Μέτρηση αριθμού απρεπών συμπεριφορών που έλαβαν χώρα το Χειρουργικό Τμήμα μεταξύ όλου του ιατρικού προσωπικού μεταξύ τους, νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ τους, νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού	38
Βιβλιογραφία.....	39

Πρόλογος

Κεντρικό χαρακτηριστικό στοιχείο των σύγχρονων υπηρεσιών είναι η αλληλεξάρτηση, όπου δεν υπάρχει πλήρης αυτονομία για κανέναν και όπου οι περισσότεροι εργαζόμενοι συνδέονται με πολλούς άλλους μέσω της εργασίας τους, μέσω της τεχνολογίας, των συστημάτων διακίνησης και της ιεραρχίας.

Αυτές οι εσωτερικές σχέσεις παρουσιάζουν ειδική πρόκληση όταν οι οργανισμοί επιχειρούν την αλλαγή. Κρίσιμης σημασίας ζητούμενο στο χώρο εργασίας είναι όλα τα άτομα μαζί να συντάσσονται και να κινούνται προς την ίδια κατεύθυνση.

Έχοντας ως στόχο τη σύνταξη και την σε κοινή κατεύθυνση πορεία, ο εσωτερικός κανονισμός αποτελεί εργαλείο στα χέρια των εργαζόμενων καθώς υποδεικνύει με σαφήνεια το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων που καλείται να ανταποκριθεί ο κάθε εργαζόμενος ώστε να επέλθει η αναγκαία ευθυγράμμιση προς την κοινώς αποφασισμένη κατεύθυνση, η οποία δεν είναι άλλη από την ολοκληρωμένη, και επιστημονικά τεκμηριωμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών.

Ο κανονισμός λειτουργίας αποτελεί αντικείμενο δέσμευσης του κάθε εργαζόμενου και της θέσης που διατηρεί στην υπηρεσία προς τους στόχους της υπηρεσίας και εμπεριέχει τον χαρακτήρα του κριτηρίου απόδοσης. Αυτό σημαίνει ότι δεν αποτελεί απλώς την καταγραφή των αρμοδιοτήτων του κάθε εργαζόμενου, αλλά επιπροσθέτως την καταγραφή των αρμοδιοτήτων που βάσει αυτών μπορεί να αξιολογηθεί το έργο του.

Ο κανονισμός λειτουργίας προσδιορίζει δηλαδή τον τρόπο λειτουργίας της παθολογικής μονάδας, καθώς και το πλαίσιο όλων των δραστηριοτήτων των εργαζομένων που ανήκουν διοικητικά και λειτουργικά σε αυτήν. Με βάση το ενιαίο αυτό πλαίσιο, οι προϊστάμενες αρχές του Νοσοκομείου και του παθολογικού τμήματος αναπτύσσουν «Κανόνες» που να ανταποκρίνονται στις ιδιαιτερότητες του τρόπου λειτουργίας του, εντός και εκτός αυτού.

Ωστόσο, ο κανονισμός λειτουργίας δεν είναι μόνο ένα σύνολο «κανόνων» που «οφείλουν» να ακολουθούν πιστά οι εργαζόμενοι. Είναι επίσης και εκείνο το διακριτό πλαίσιο στο οποίο καταγράφονται διαδικασίες, αποφασίζονται οι διεργασίες και αποτυπώνονται οι τρόποι λειτουργίας μέσα στον χώρο εργασίας, κάτι που διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό το καθημερινό έργο.

Τέλος, ο κανονισμός λειτουργίας είναι ένα εργαλείο ενεργητικό, που ακολουθεί και ενσωματώνει τους κανόνες της επιστήμης. Αυτό αναδεικνύει τον δυναμικό ρόλο αυτού του εργαλείου και του προσδίδει τη δυνατότητα της συνεχούς βελτίωσης και άρα της ενσωμάτωσης νέων τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών, αλλά και της απαλοιφής κάποιων που έχουν πλέον καταστεί επιστημονικά παρωχημένοι.

Το όραμά μας

Το όραμά μας, για το οποίο εργαζόμαστε εντατικά, είναι να καταστεί η Χειρουργική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Σύρου ένα πρότυπο Χειρουργικής Κλινικής στις Κυκλάδες και το Νότιο Αιγαίο, το οποίο θα ανταποκρίνεται απόλυτα στις προσδοκίες των πολιτών, παρέχοντας κορυφαίο επίπεδο υπηρεσιών, μέσα από την ενσωμάτωση προτυποποιημένων διαδικασιών, καθώς και μέσα από τη συνεχή αναβάθμιση του ρόλου των πολιτών και της κοινής αντίληψης ότι η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στον κατάλληλο χρόνο και με τον ενδεδειγμένο τρόπο με βάση την τεκμηρίωση, δεν είναι πολυτέλεια, αλλά ανάγκη και δικαίωμα κάθε ασθενούς.

Μοναδικό κεφάλαιο για την υλοποίηση του οράματος είναι οι άνθρωποι μας. Οι ειδικοί εκείνοι επαγγελματίες υγείας που μπορούν και ξέρουν πώς να το φέρουν σε πέρας.

Η Αποστολή και ο Σκοπός μας

Στο χώρο της Χειρουργικής Κλινικής του Γ.Ν. Σύρου αναπτύσσονται ταυτόχρονα και η Ορθοπαιδική Κλινική, η Ουρολογική Κλινική, η Ωτορινολαρυγγική Κλινική (ΩΡΛ) καθώς και η Οφθαλμική Κλινική. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι θάλαμοι για κάθε κλινική και τα περιστατικά είναι μεικτά αφού φυσικά το επιτρέπουν οι παθήσεις τους.

Η αποστολή και ο σκοπός της Χειρουργικής Κλινικής του Γ.Ν. Σύρου επικεντρώνεται σε πέντε σημεία:

1. Να παρέχει στον ασθενή υψηλής ποιότητας και συνεχώς βελτιούμενη προεγχειρητική φροντίδα, η οποία είναι μετρήσιμη και αξιολογήσιμη.
2. Να παρέχει στον ασθενή υψηλής ποιότητας και συνεχώς βελτιούμενη μετεγχειρητική φροντίδα, η οποία είναι μετρήσιμη και αξιολογήσιμη.
3. Να διασφαλίζει περιβάλλον που διευκολύνει τη θεραπευτική διαδικασία.
4. Να δημιουργεί εργασιακό περιβάλλον το οποίο ενθαρρύνει την επαγγελματική ανάπτυξη και την προσωπική ικανοποίηση του προσωπικού.
5. Να καλλιεργεί θετική επαγγελματική εικόνα του νοσηλευτικού προσωπικού στο κοινό, στον ασθενή, στο περιβάλλον του, στην κοινωνία.

Η Φιλοσοφία, οι Αξίες και οι Πεποιθήσεις μας

Η δήλωση της φιλοσοφίας, των αξιών και των πεποιθήσεων της Χειρουργικής κλινικής, αναφέρεται στα πιστεύω μας, τα οποία σχετίζονται τόσο με τη νοσηλευτική διοίκηση, όσο και την νοσηλευτική άσκηση εντός των τμημάτων. Διατυπώνει με λόγια το όραμα και αναφέρει πώς κατά τη γνώμη μας θα επιτευχθεί η αποστολή και οι στόχοι, παρέχοντας καθοδήγηση προς αυτή την κατεύθυνση.

Έτσι, δηλώνουμε ότι:

1. Ενδιαφερόμαστε ακράδαντα για την άριστη φροντίδα του ασθενή, παρέχοντάς του την πιο αποτελεσματική, ποιοτική και αποδοτική φροντίδα.
2. Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ευγένεια, κατανόηση, σεβασμό στην ανθρώπινη υπόστασή τους και αξιοπρέπεια.
3. Αποδεχόμαστε απόλυτα την ολιστική θεώρηση της υγείας, ότι δηλαδή υγεία δεν είναι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά μια κατάσταση άριστης φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και με βάση αυτή την αρχή εργαζόμαστε.
4. Η επαγγελματική νοσηλευτική μας φροντίδα παρέχεται ισότιμα σε όλους τους ασθενείς που προσέρχονται για θεραπεία.
5. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται έγκαιρα για όλες τις πτυχές της κατάστασης της υγείας τους και να συμμετέχουν σε αποφάσεις που επηρεάζουν τη φροντίδα τους όσο το δυνατό

περισσότερο. Οι νοσηλευτές κατανοούν και διευκολύνουν τη διαδικασία με αίσθημα ευθύνης και επαγγελματική ευσυνειδησία.

6. Οι φυσικές, οι πνευματικές, οι ψυχικές και οι κοινωνικές ανάγκες των ασθενών μας μπορούν να ικανοποιηθούν μέσα από το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας που σχεδιάζεται για τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά, του οποίου η αποτελεσματικότητα είναι μετρήσιμη.

7. Το πιο σημαντικό περιουσιακό στοιχείο της υπηρεσίας μας είναι το προσωπικό και γι' αυτό θα αντιμετωπίζεται με σεβασμό.

8. Η συνεχής εκπαίδευσή του και η δημιουργία μανθάνουσας οργανωτικής κουλτούρας στα εν λόγω τμήματα αποτελεί προσωπική ευθύνη των Προϊστάμενων αλλά και όλης της ηγεσίας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, καθώς και ευθύνη του Οργανισμού. Μέσα από την εκπαίδευση διασφαλίζεται η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, με τη συνεχή αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας και τις αναγκαίες τροποποιήσεις στις νοσηλευτικές ενέργειες και τεχνικές.

9. Έχουμε την ευθύνη να παρέχουμε τις κατάλληλες εμπειρίες για μάθηση και τα πρότυπα ρόλων σε όλους τους μαθητές και φοιτητές που εκπαιδεύονται κοντά μας.

10. Αποδεχόμαστε την ευθύνη να συντάξουμε ερευνητικές προτάσεις και να συμμετέχουμε στη νοσηλευτική έρευνα.

Κεφάλαιο 1 Οργάνωση της Χειρουργικής κλινικής

Στην Χειρουργική κλινική νοσηλεύεται ένα ευρύ φάσμα ασθενών (με σκοπό την διάγνωση και την χειρουργική αποκατάστασή τους) με γενικά ιατρικά προβλήματα, πολλαπλές παθήσεις ή άτυπη κλινική εικόνα. Κατά τρόπο ολιστικό, δηλαδή λαμβάνοντας υπόψιν εξίσου την κοινωνική, ψυχολογική και ηθική διάσταση των κλινικών προβλημάτων των ασθενών.

Το φάσμα θεραπευτικής της χειρουργικής περιλαμβάνει επί της ουσίας μια ευρύτερη γκάμα διαταραχών του πεπτικού, του ουρογεννητικού, του μυοσκελετικού, του αναπνευστικού και του συστήματος των αισθήσεων. Συχνά νοσηλεύονται ασθενείς με σύνθετα ή πολυσυστημικά νοσήματα, η δε παροχή υπηρεσιών και φροντίδας στον ασθενή προβλέπεται να εξασφαλίζεται κατά προσέγγιση διεξοδική και συνεχή, τόσο σε οξείες όσο και σε χρόνιες καταστάσεις.

Χώροι του Χειρουργικού τμήματος

- Δύο μονόκλινα δωμάτια.
- Δύο δίκλινα δωμάτια.
- Ένα τρίκλινο δωμάτιο
- Τέσσερα εξάκλινα δωμάτια.
- Στάση Νοσηλευτών
- Γραφείο ιατρών Χειρουργικής Κλινικής
- Γραφείο Διευθυντών Χειρουργικής Κλινικής
- Γραφείο Προϊσταμένης
- Γραφείο Αναισθησιολόγων
- Δωμάτιο ανάπαυσης εφημερεύοντος ιατρού
- Χώρος διανομής φαγητών και ροφημάτων
- Βοηθητικοί χώροι όπως: αποθήκες υλικού, τουαλέτες, αποθήκη υλικών καθαριότητας

Στα μονόκλινα και στα δίκλινα νοσηλεύονται ασθενείς με βαριά κλινική εικόνα, ασθενείς που έχουν ανάγκη απομόνωσης (αιματολογικά νοσήματα, μεταδιδόμενα, λοιμώδη) και ασθενείς με διαταραγμένη ψυχική υγεία.

Ενδυμασία προσωπικού

Η ενδυμασία του προσωπικού θα πρέπει να είναι ευπρεπής να προσφέρει πρακτικότητα και ευελιξία στην νοσηλευτική εργασία. Τα ενδύματα πρέπει να έχουν τέτοια σύνθεση που να επιτρέπουν στο δέρμα να αναπνέει αλλά και να μη δημιουργούν στατικό ηλεκτρισμό ενώ τα υποδήματα πρέπει να μπορούν να καθαριστούν εύκολα, να είναι κλειστά, με ελαστική σόλα και αντιστατικά. Τα ενδύματα πρέπει να είναι άσπρα και καθαρά (προτείνεται η αλλαγή των κουστουμιών καθημερινά καθώς και νωρίτερα εφόσον λερωθούν).

Δεδομένου ότι τα χέρια είναι υπεύθυνα για τη μεταφορά μικροβίων, τονίζεται ότι όλο το προσωπικό του χειρουργείου οφείλει να έχει καθαρά και περιποιημένα χέρια, με κοντά νύχια, χωρίς κοσμήματα, χωρίς τεχνητά νύχια και χωρίς φλεγμονές ή μολύνσεις. Το προσωπικό οφείλει να ακολουθεί τους γενικούς κανόνες υγιεινής των χεριών (πριν και μετά

την επαφή με τον άρρωστο, μετά την αφαίρεση των γαντιών και όταν υπάρχει πιθανότητα επαφής με αίμα ή άλλα μολυσματικά υλικά).

Απαραίτητη η χρήση μάσκας και γαντιών για όλο το προσωπικό της κλινικής (ιατρικό, νοσηλευτικό, τραυματιοφορείς, τεχνικοί, υπάλληλοι καθαριότητας, σίτισης). Σε ασθενείς με λοιμώδη νοσήματα απαραίτητη και η ποδιά μιας χρήσεως πάνω από την στολή(σκούφος, ποδονάρια).

Ενδυμασία ασθενών

Στην πλειοψηφία των ασθενών απαιτείται η αφαίρεση όλων των ενδυμάτων, συμπεριλαμβανομένων και των εσωρούχων (σε περιπτώσεις που ο ασθενής φέρει ουροκαθετήρα οπωσδήποτε) και τη ένδυσή τους με καθαρό ιματισμό ,νυχτικό ή νοσοκομειακή ρόμπα της Χειρουργικής Κλινικής.

Τα κοσμήματα πρέπει να αφαιρούνται.

Ενδυμασία επισκεπτών

Οι επισκέπτες που πρόκειται να παραμείνουν για μικρό χρονικό διάστημα κοντά στον νοσηλευόμενο ασθενή ή αν κριθεί απαραίτητο από τον ιατρό και σε 24ωρη βάση είναι απαραίτητη η χρήση μάσκας, το συχνό πλύσιμο των χεριών και η χρήση αντισηπτικού.

Ωράριο λειτουργίας

Ωράριο: Η Χειρουργική Κλινική λειτουργεί 24 ώρες το εικοσιτετράωρο και για 7 ημέρες την εβδομάδα. Το νοσηλευτικό προσωπικό εκτελεί κυκλικές βάρδιες (7-3, 3-11 και 11-7).

Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα των νοσηλευτριών, αφού καταρτιστεί από την Προϊσταμένη του τμήματος κατατίθεται στον Τομέαρχη του Χειρουργικού Τομέα .Αφού ελεγχθεί από τον Τομέαρχη το πρόγραμμα στέλνεται στη Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας .

Επισκεπτήριο και οδηγός ενημέρωσης προς τους επισκέπτες

Στο Χειρουργικό τμήμα τηρείται έντυπο ενημέρωσης επισκεπτηρίου από το οποίο οι πολίτες ενημερώνονται για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους αναφορικά με αυτό

Το έντυπο οδηγιών υφίσταται σε συνθήκες όπου το Νοσοκομείο δεν είναι σε κατάσταση επαγρύπνησης όπως της περιόδου του διανύουμε. Σε περιόδους τέτοιες ακολουθούνται οι εκάστοτε οδηγίες των αρμόδιων οργάνων και της Διοίκησης.

Έντυπο οδηγιών για τους επισκέπτες ασθενών

Αγαπητή Κυρία / Αγαπητέ Κύριε, Καλώς Ήρθατε

Γνωρίζοντας τις ιδιαίτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζετε κατά την περίοδο της νοσηλείας - είτε της δικής σας, είτε του προσφιλούς σας προσώπου - θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε, ότι θα καταβληθεί από εμάς κάθε δυνατή προσπάθεια πληρέστερης ιατρικής υποστήριξης και νοσηλευτικής φροντίδας, έτσι ώστε να επιστρέψετε στο οικείο σας περιβάλλον το συντομότερο δυνατό.

Μας ενδιαφέρει ιδιαίτερα, κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, να δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης που θα βασίζεται στην ευγένεια, την κατανόηση και τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, τόσο του ασθενούς και του οικείου του περιβάλλοντος, όσο και του εργαζόμενου προσωπικού.

Στο διάστημα που νοσηλεύεστε θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι βρισκόμαστε στη διάθεσή σας σε κάθε κάλεσμα ή αίτημά σας.

Για το σκοπό αυτό μπορείτε να καλείτε το προσωπικό, όποτε υπάρχει ανάγκη, χτυπώντας το κουδούνι που βρίσκεται είτε στη δεξιά είτε στην αριστερή πλευρά του κρεβατιού σας.

Μπορείτε επίσης να χρησιμοποιείτε τον προσωπικό σας φωτισμό, που βρίσκεται στη κονσόλα πάνω από το κρεβάτι σας.

Αγαπητές κυρίες και αγαπητοί κύριοι,

Σε κάθε θάλαμο οι ασθενείς έχουν ιδιαίτερη ανάγκη από ένα ήσυχο, γαλήνιο και ασφαλές περιβάλλον.

Ακολουθώντας με συνέπεια τις παρακάτω οδηγίες, θα μπορούσατε και σεις να συμβάλετε σημαντικά στην εξασφάλιση των ανωτέρω θεραπευτικών συνθηκών:

1. Παρακαλούμε να τηρείτε τις ώρες επισκεπτηρίου με ακρίβεια. Οι ώρες αυτές είναι **17:00 – 19:00. Τις ώρες του επισκεπτηρίου** παρακαλούμε οι επισκέπτες να εναλλάσσονται στο θάλαμο και να μην βρίσκονται ποτέ πάνω από ένας δίπλα σε κάθε ασθενή.

Τις ώρες εκτός επισκεπτηρίου μπορεί να παραμείνει στον κάθε ασθενή **μόνο ένας συνοδός**, προκειμένου να διασφαλιστεί η απαραίτητη ησυχία στο θάλαμο.

2. Εφόσον ο συνοδός που θα παραμένει είναι συγγενικό πρόσωπο προς τον ασθενή, θα πρέπει απαραίτητως να διαθέτει την ειδική προσωπική πράσινη κάρτα συνοδού που πρέπει να ζητάει και η οποία διατίθεται από το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής. Εφόσον υπάρχουν δύο συνοδοί κατά τη διάρκεια του 24ώρου που εναλλάσσονται, πρέπει και οι δύο να έχουν την προσωπική τους κάρτα. **Η κάρτα αυτή πρέπει να επιδεικνύεται σε κάθε έλεγχο είτε του νοσηλευτικού προσωπικού, είτε του προσωπικού ασφάλειας του Νοσοκομείου.**

Εφόσον κριθεί η ανάγκη φροντίδας από αποκλειστική/ κό νοσοκόμο, ισχύουν οι κάτωθι οδηγίες σύμφωνα με την τροποποίηση της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 37804/2013 (ΦΕΚ 1023 Β'/25-4-2013) υπουργικής απόφασης με θέμα: «Παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς νοσοκομείων ΕΣΥ και ιδιωτικών κλινικών της Χώρας από αποκλειστικές νοσοκόμες και νοσοκόμους» προβλέπονται τα κάτωθι:

1. Η νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς εντός των δημόσιων νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών, παρέχεται αποκλειστικά από το οικείο νοσηλευτικό προσωπικό. Σε περιπτώσεις ασθενών που λόγω της κατάστασής τους αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν, είναι δυνατό να παρέχεται επιπλέον φροντίδα από αποκλειστικές νοσοκόμες και αποκλειστικούς νοσοκόμους.

2. Οι αποκλειστικές νοσοκόμες και οι αποκλειστικοί νοσοκόμοι φέρουν εξ ολοκλήρου και αποκλειστικά την ευθύνη για τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασθενείς του νοσοκομείου ή της ιδιωτικής κλινικής όπου παρέχουν τις υπηρεσίες τους, δε συνδέονται με οποιαδήποτε εργασιακή σχέση με τα νοσοκομεία ή τις κλινικές αυτές και η δαπάνη για την απασχόλησή τους βαρύνει τον ασθενή ή τον ασφαλιστικό οργανισμό του ασθενή, στις περιπτώσεις στις οποίες αυτό προβλέπεται.

3. Προκειμένου να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς ενός νοσοκομείου ή μιας ιδιωτικής κλινικής, οι αποκλειστικές νοσοκόμες και αποκλειστικοί νοσοκόμοι οφείλουν:

α) να διαθέτουν άδεια εργασίας από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων σύμφωνα με τα οριζόμενα στην υπ' αριθ. Φ.9/1012/93 κοινή υπουργική απόφαση (425 Β'), όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ. Φ9/80000/2887 5/1856/12 κοινή υπουργική απόφαση (1175 Β'),

β) να έχουν καταχωρηθεί στο Εθνικό Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας και να περιλαμβάνονται στον ονομαστικό πίνακα που καταρτίζεται από την οικεία Υγειονομική Περιφέρεια και τηρείται σε κάθε Νοσηλευτικό Ίδρυμα ή Ιδιωτική Κλινική.

4. Οι αποκλειστικές νοσοκόμες/ αποκλειστικοί νοσοκόμοι πρέπει να φορούν ένδυμα (στολή) εργασίας, η οποία θα διαφοροποιείται από τη στολή εργασίας των άλλων επαγγελματιών υγείας του και συγκεκριμένα γκρι παντελόνι ή φούστα και λευκή μπλούζα και να φέρουν σε εμφανές σημείο την κάρτα ταυτοποίησής τους (ταυτότητα).

5. Η Προϊσταμένη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου ή ο Προϊστάμενος του Νοσηλευτικού Προσωπικού της ιδιωτικής κλινικής, οφείλει να βεβαιώνει την εκτέλεση της υπηρεσίας από την/τον αποκλειστική/ο νοσοκόμα/ο προς τον ασθενή πάνω στην απόδειξη παροχής υπηρεσιών, καθώς και να παραλαμβάνει και να τηρεί σε ειδικό αρχείο φωτοαντίγραφο από την τριπλότυπη απόδειξη παροχής υπηρεσιών, που εκδίδουν μετά την εκτέλεση των καθηκόντων τους προς τον ασθενή οι αποκλειστικές νοσοκόμες/ αποκλειστικοί νοσοκόμοι.

6. Στις περιπτώσεις περιστατικών, όπου κατά την κρίση του Δ/ντη του Τμήματος νοσηλείας, είναι απαραίτητη η παραμονή ενός συνοδού για τον ασθενή, θα δίνεται άδεια παραμονής σε συγγενικό πρόσωπο, η οποία θα υπογράφεται από το θεράποντα ιατρό ή την νοσηλεύτρια Προϊσταμένη του Νοσηλευτικού Τμήματος, θα αναφέρει το ονοματεπώνυμο του ασθενή και θα αναγράφει τη συγγενική σχέση με αυτόν.

Σε περίπτωση παραμονής συνοδού προσώπου που απασχολείται κατ' οίκον για τη φροντίδα του ασθενούς, το πρόσωπο υποχρεούται να δηλώνει στην Προϊσταμένη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας το ΑΜΚΑ του, καθώς και το ΑΜΚΑ του εργοδότη και να προσκομίζει αντίγραφο του εργόσημου για τον τελευταίο πλήρη μήνα απασχόλησής του.

7. **ΠΡΟΣΟΧΗ!!** Σύμφωνα με το υπ. αριθμ. Πρωτ. Υ7β/Γ.Π.58458 – 30/9/2003 έγγραφο της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας του Υπ.Υ.Π. καθώς και της Υπ αριθμ. Υ7β/Γ.Π 160011/10 – 9/3/2011 Υπουργικής Εγκυκλίου, **«Κάθε άλλο άτομο που δεν πληροί όλες τις προαναφερόμενες προϋποθέσεις δεν νομιμοποιείται να παρέχει νοσηλευτικές φροντίδες σε ασθενείς».**

Παρακαλούμε να φανείτε απόλυτα συνεργάσιμοι στην εφαρμογή και τήρηση των παραπάνω οδηγιών, καθώς με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η Δημόσια Υγεία στο Νοσοκομείο (τήρηση κανόνων υγιεινής για την αποφυγή λοιμώξεων, διάδοσης νοσημάτων κτλ).

3. Την ώρα επίσκεψης των γιατρών, οι συνοδοί οφείλουν να βρίσκονται εκτός της κλινικής.

4. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, οι συνοδοί οφείλουν να βρίσκονται εκτός του θαλάμου.

5. Παρακαλούμε να μη διατηρείτε μαζί σας αντικείμενα αξίας. Εφόσον αυτό δεν είναι εφικτό, παρακαλούμε να τα παραδίδετε στην Προϊσταμένη του Τμήματος, συμπληρώνοντας το ειδικό έντυπο που θα σας δοθεί για το σκοπό αυτό.

6. Κατά την παραμονή σας στο Νοσοκομείο πρέπει να τηρείτε τις οδηγίες που θα σας δίνονται και αφορούν στη θεραπεία σας ή στη θεραπεία του προσφιλούς σας προσώπου. Δεν θα πρέπει ακόμη να λαμβάνετε από μόνοι σας φάρμακα ή να καταναλώνετε τρόφιμα.

7. Σας ενημερώνουμε, τέλος, ότι σε κανέναν εσωτερικό χώρο του Νοσοκομείου δεν επιτρέπεται το κάπνισμα.

Στελέχωση

Η Χειρουργική Κλινική με τις παρούσες συνθήκες λειτουργίας προκειμένου να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες και να εξυπηρετούνται και οι άδειες των υπαλλήλων απαρτίζεται από:

- Την προϊσταμένη του τμήματος.
- Δύο νοσηλευτές ΤΕ μόνιμες.
- Τρεις νοσηλεύτριες ΔΕ μόνιμες.
- Μία νοσηλεύτρια ΔΕ ΟΑΕΔ.
- Τέσσερις νοσηλεύτριες ΔΕ επικουρικό.
- Μια βοηθό θαλάμου μόνιμη.

Επίσης το ιατρικό προσωπικό απαρτίζεται από:

- 1 Συντονιστή Διευθυντή γιατρό Χειρουργικής
 - 1 Διευθυντή γιατρό Χειρουργικής
 - 1 Επιμελητή Β γιατρό Χειρουργικής
 - 1 Επίκουρο γιατρό Χειρουργό
 - 3 Ειδικευόμενους γιατρούς Χειρουργικής
 - 1 Αγροτικό γιατρό
 - 1 Διευθυντή γιατρό Ορθοπαιδικής
 - 1 Επιμελητή Α γιατρό Ορθοπαιδικής
 - 1 Ειδικευόμενο γιατρό Ορθοπαιδικής
 - 1 Διευθυντή γιατρό Ουρολογικής
 - 1 Επιμελητή γιατρό Β Ουρολογικής
 - 1 ΩΡΛ γιατρό
 - 1 Οφθαλμίατρο
 - 2 Διευθυντές γιατροί Αναισθησιολόγοι
 - 2 Επιμελητές γιατροί Αναισθησιολόγοι
- Η ομάδα ολοκληρώνεται με 4 φυσικοθεραπευτές

Αναλυτικό πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων νοσηλευτικού προσωπικού

1. Πρωινή βάρδια

Παράδοση – παραλαβή Τμήματος το πρωί (Έως τις 7.15 π.μ.)

1.1.Παραλαβή τμήματος από τη νυχτερινή βάρδια.

1.2.Ενημέρωση των νοσηλευτών της πρωινής βάρδιας για την πορεία των ασθενών.

1.3.Ενημέρωση των νοσηλευτών για τις νέες εισαγωγές. Ανάλυση ιστορικού.

1.4.Καταγραφή-έλεγχος ναρκωτικών- παράδοση.

Αρμοδιότητες Προϊσταμένης/νου ή υπεύθυνου/νης βάρδιας (σε περίπτωση που λείπει) με τη βοήθεια όπου χρειάζεται ενός νοσηλευτή πρωινής βάρδιας (7.15 π.μ. έως 7.50 π.μ)

1.5.Ενημέρωση του γραφείου κινήσεως για τη δύναμη εισιτήρια εξιτήρια ασθενών.

1.6.Πρωινή επίσκεψη από την προϊσταμένη του τμήματος στους ασθενείς με σκοπό:

- Την άμεση επαφή μαζί τους.
- Την κατάστρωση του πλάνου φροντίδας.
- Την καταγραφή των αναγκών τους.
- Τη δημιουργία πλάνου φροντίδας μετά την αξιολόγηση των μετρήσεων και των ευρημάτων των πρωινών επισκέψεων της ομάδας των νοσηλευτών.
- Την άμεση έναρξη παροχής φροντίδας από τους νοσηλευτές προς τους ασθενείς που παρουσιάζουν ιδιαίτερες ανάγκες, πέρα από τις καθημερινές δραστηριότητες.
- Την εποπτεία των συνοδών των ασθενών (χορήγηση κάρτας, καταγραφή).

Αρμοδιότητες νοσηλευτών πρωινής βάρδιας

1.7.Παράλληλα με την επίσκεψη του/της Προϊσταμένης, λήψη ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, σφίξεις, SPO2 όπου είναι απαραίτητο) και ενημέρωση των διαγραμμάτων των ασθενών σχετικά με τα ζωτικά σημεία, την αφόδευση, τη διούρηση και το ισοζύγιο των υγρών. Μετρήσεις σακχάρων. (7.15 π.μ. έως 7.50 π.μ.).

1.8.Αλλαγή θέσης κατακεκλιμένων, επισκόπηση δέρματος.

1.9.Ενημέρωση προς τον/την Προϊσταμένη και τους νοσηλευτές που θα εκτελέσουν τη νοσηλεία για ότι έκτακτο έχει προκύψει από την πρωινή επίσκεψη και τη λήψη των μετρήσεων. Τελικές οδηγίες του/ της Προϊσταμένης (7.50 π.μ. έως 7.55 π.μ.).

1.10. Προετοιμασία της νοσηλείας (iv, im, sc, po αγωγή). (7.15 π.μ. έως 7.55 π.μ.).

1.11. Έναρξη πρωινής νοσηλείας σύμφωνα με το πλάνο φροντίδας. Χορήγηση φαρμάκων (iv, im, sc, po), με τήρηση: των σωστών χρόνων, των συνθηκών ασηψίας-αντισηψίας, τον έλεγχο σωστού φαρμάκου και ασθενή, την χορήγηση των ορών, των σκευασμάτων παρεντερικής σίτισης σύμφωνα με τις σωστές προδιαγραφές.Έλεγχος φλεβικών ή κεντρικών γραμμών, περιποίηση ή αντικατάστασή τους σύμφωνα με το εφαρμοζόμενο πρωτόκολλο. (7:55 π.μ. έως το πέρας της εργασίας).

1.12. Περιποίηση κατακλίσεων, τραυμάτων, ελκών σύμφωνα με το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας. (7:55 π.μ. έως το πέρας της εργασίας).

Αρμοδιότητες βοηθών θαλάμων και νοσηλευτών πρωινής βάρδιας

1.13. Παραλαβή ιματισμού.

1.14. Σίτιση ασθενών όπου χρειάζεται. Έλεγχος βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την ποσότητα που έχουν καταναλώσει καθώς και τροποποίηση του διαιτολογίου ή και της αγωγής τους (πχ διαβητικοί ασθενείς).

1.15. Φροντίδα ασθενών που περιλαμβάνει:

- Στρώσιμο κρεβατιών, αλλαγή ιματισμού, καθαριότητα (μπάνιο, λούσιμο).
- Τοποθέτηση αεροστρωμάτων ή έλεγχος λειτουργικότητας των υπαρχόντων.
- Φροντίδα κρεβατιών, κομοδίνων, επιφανειών γενικά με απολυμαντικό.
- Φροντίδα – απολύμανση ροομέτρων και υγραντήρων.
- Έλεγχος λειτουργικότητας εξαρτημάτων των τουαλετών - μπάνιων και επάρκειας υλικών (σαπούνι, χαρτί τουαλέτας, σκοραμίδες). **(7.55 π.μ. έως το πέρας της εργασίας).**

Αρμοδιότητες νοσηλευτών πρωινής βάρδιας

1.16. Επίσκεψη στους ασθενείς από τους νοσηλευτές μετά την ολοκλήρωση του 1^{ου} κύκλου νοσηλευτικών πράξεων και αντιμετώπιση των νέων αναγκών που έχουν προκύψει. **(10.30 π.μ.)**

1.17. Φροντίδα των βαρέως πασχόντων (αλλαγή θέση των ασθενών που είναι κλινήρεις κάθε 2 ώρες) σύμφωνα με το ατομικό πλάνο φροντίδας. **(11 π.μ.).**

1.18. Επίσκεψη του/της Προϊσταμένης με τους γιατρούς στους ασθενείς. Ενημέρωση των γιατρών για νέα μη επείγοντα δεδομένα που έχουν προκύψει, τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, προγραμματισμός διαγνωστικών εξετάσεων.

1.19. Νοσηλεία όπως περιγράφεται και στην πρωινή νοσηλεία. **(12 Μ).**

1.20. Σίτιση ασθενών όπου χρειάζεται με τη βοήθεια των βοηθών θαλάμων όταν υπάρχουν στη βάρδια. Έλεγχος βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την ποσότητα που έχουν καταναλώσει καθώς και τροποποίηση του διαιτολογίου ή και της αγωγής τους (πχ διαβητικοί ασθενείς).

1.21. Επανέλεγχος και φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών. **(1 μ.μ.).**

1.22. Έναρξη νοσηλείας όπως περιγράφεται και στη πρωινή νοσηλεία, μέτρηση και καταγραφή των ούρων του δώρου. **(2 μ.μ.).**

1.23. Τελευταία νοσηλευτική επίσκεψη και παροχή προγραμματισμένης φροντίδας από τους νοσηλευτές της πρωινής βάρδιας στους βαρέως πάσχοντες (αλλαγή θέσης κατακεκλιμένων, φροντίδα, καθαριότητα – αλλαγή πάνας όπου χρειάζεται) **(2 μ.μ.).**

1.24. Παραλαβή – τακτοποίηση φαρμακευτικού και λοιπού υλικού.

1.25. Ενημέρωση της λογοδοσίας των ασθενών με ό,τι νεότερο σχετικά με την πορεία του ασθενή.

1.26. Παράδοση στους νοσηλευτές της απογευματινής βάρδιας.

2. Απογευματινή βάρδια

2.1. Παραλαβή τμήματος από την πρωινή βάρδια. **(3μ.μ.).**

2.2. Σύντομη επίσκεψη στους ασθενείς, χαιρετισμός, εκτίμηση έκτακτων αναγκών. Έλεγχος φλεβοκαθετήρων, έλεγχος και ρύθμιση ροής ορών. **(3.15).**

2.3.Προετοιμασία νοσηλείας (iv,im,sc,po αγωγή).(3.30).

2.4.Νοσηλεία. (4 μ.μ. έως το πέρας της νοσηλείας).

2.5.Περιποίηση βαρέως πασχόντων και κατακλίσεων όπου χρειάζεται, καταγραφή των αναγκών τους, αλλαγή θέσης κατακεκλιμένων, λήψη ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, σφίξεις, SPO2 όπου είναι απαραίτητο). Αξιολόγηση της χορήγησης των φαρμάκων της νοσηλείας βάσει των μετρήσεων. (4. 45 μ.μ. έως 5.30) μ.μ.).

2.6.Προετοιμασία της νοσηλείας των 6 μ.μ. (5.30).

2.7.Νοσηλεία (6μ.μ.).

2.8.Αλλαγή θέσης κατακεκλιμένων, φροντίδα βαρέως πασχόντων όπου χρειάζεται. (7 μ.μ.).

2.9.Προετοιμασία της νοσηλείας των 8 μ.μ.

2.10. Νοσηλεία των 8 μ.μ.

2.11. Μαζί με τη νοσηλεία των 8 γίνεται και η τελική φροντίδα – προετοιμασία για τη νυχτερινή κατάκλιση των ασθενών (τέντωμα των σεντονιών, ετοιμασία των κρεβατιών, αλλαγή θέσης κατακεκλιμένων).

2.12. Επίσης στη νοσηλεία των 8 γίνεται ενημέρωση των πολιτών που έχουν παραμείνει μετά τη λήξη του επισκεπτηρίου, ότι η κεντρική πόρτα κλείνει στις 9 και ως εκ τούτου θα πρέπει να αποσυρθούν. Μπορούν μόνο να παραμείνουν (ένας για κάθε ασθενή) όσοι διανυκτερεύσουν δίπλα στον ασθενή οι οποίοι πρέπει να φέρουν τα αντίστοιχα διαπιστευτήρια (πράσινη κάρτα, υπεύθυνη δήλωση και καταγραφή στο βιβλίο συνοδών) ανάλογα με την περίπτωση και σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης, τα οποία και δίνονται.

2.13. Τελευταία προγραμματισμένη επίσκεψη στους θαλάμους. (10μ.μ.).

2.14. Τελικές μετρήσεις. (10μ.μ.).

2.15. Έλεγχος αν έχουν απομακρυνθεί οι επισκέπτες.(10μ.μ.).

2.16. Αλλαγή θέσης κατακεκλιμένων. (10μ.μ.).

2.17. Παράδοση στην νυχτερινή βάρδια. (10.50).

3. Νυχτερινή βάρδια

Τηρούνται οι ίδιες συνθήκες και αρχές σε ότι αφορά την παραλαβή – παράδοση του τμήματος, τις νοσηλείες και τις μετρήσεις που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της νύχτας στις 12N, στις 3 π.μ., στις 4π.μ. και στις 6 π.μ., την καταγραφή των αναγκών των ασθενών και τις απαραίτητες παρεμβάσεις στους βαρέως πάσχοντες ή στους ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο, καταμέτρηση ναρκωτικών.

3.1.Παραλαβή τμήματος. (11μ.μ.).

3.2.Επίσκεψη με τον/την νυχτερινό/ή Νοσηλευτή/τρια γενικής εφημερίας, για τον έλεγχο και την καταγραφή των συνοδών που παρέμειναν και κατέγραψε η απογευματινή βάρδια. (11.15).

3.3.Έλεγχος πράσινων καρτών, υπογραφών στις υπεύθυνες δηλώσεις και καταγραφή στο βιβλίο λογοδοσίας.(11.15μ.μ.).

3.4.Νοσηλεία. (12N).

3.5.Με τη νοσηλεία έλεγχος αναγκών φροντίδα των βαρέως πασχόντων και αλλαγή θέσης κατακεκλιμένων (με τη βοήθεια του νοσηλευτή εφημερίας ή του τραυματιοφορέα).

3.6.Με τη νοσηλεία μέτρηση ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, σφίξεις, SPO2 όπου είναι απαραίτητο) στους βαρέως πάσχοντες και στα περιστατικά υψηλού κινδύνου.**(12N).**

3.7. Φροντίδα φαρμακευτικού – υγειονομικού υλικού. Έλεγχος ημερομηνιών λήξης υλικών σύμφωνα με τις οδηγίες της Προϊσταμένης.

3.8.Αλλαγή θέσης κατακεκλιμένων (με τη βοήθεια του νοσηλευτή εφημερίας ή του τραυματιοφορέα).(4π.μ).

3.9.Έλεγχος λειτουργικότητας μηχανημάτων σύμφωνα με το πρωτόκολλο της οργάνωσης τροχήλατου εκτάκτου ανάγκης (απινιδωτής, οξύμετρο, λαρυγγοσκόπιο, ambu, φιάλες οξυγόνου). Έλεγχος λειτουργικότητας πιεσόμετρων και ΗΚΓφου.

3.10. Τελευταία επίσκεψη, τελικές μετρήσεις, ενημέρωση φύλλων νοσηλείας. **(6π.μ.).**

3.11. Αλλαγή θέσης κατακεκλιμένων (με τη βοήθεια του νοσηλευτή εφημερίας ή του τραυματιοφορέα).**(6π.μ).**

3.12. Παράδοση στην πρωινή βάρδια. **(6.55).**

Τυχόν αποκλίσεις από τα παραπάνω ωράρια μπορεί να υπάρξουν, εξαιτίας φόρτου εργασίας, τυχόν παρουσίας επειγόντων περιστατικών αλλά και των νέων εισερχόμενων ασθενών.

Η συνεργασία της κλινικής με όλα τα τμήματα, καθώς και με όλες τις υπηρεσίες του νοσοκομείου είναι σε πολύ καλό επίπεδο, για την καλή έκβαση των ασθενών αλλά και για την ομαλή λειτουργία της κλινικής.

Η εκπαίδευση του προσωπικού αποτελεί σπουδαίο ρόλο για την υψηλή ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, για αυτό μεριμνούμε για την συμμετοχή του προσωπικού σε ενδοκλινικά μαθήματα της νοσηλευτικής υπηρεσίας αλλά και εκτός φορέα(παρακολούθηση σεμιναρίων ,συνεδρίων κλπ.).

Η Προϊσταμένη του τμήματος καθώς και όλο το νοσηλευτικό προσωπικό είναι στη διάθεση των ασθενών, για τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στην Χειρουργική κλινική.

Ομαδική εργασία στην Χειρουργική κλινική

Τα άτομα που αποτελούν την ομάδα του τμήματος είναι αξιόλογα, χαρισματικά και καθένα από αυτά κουβαλά μαζί και την εμπειρία του. Οι συμμετέχοντες σε αυτήν την ομάδα είναι συνειδητοποιημένοι, δεν αγαπούν απλά αυτό που κάνουν αλλά γνωρίζουν και γιατί το κάνουν. Έχουν επίγνωση των πράξεων, των παραλήψεων και των συνεπειών από μια αστοχία στην καθημερινότητά τους.

Συγκεντρωτικά αποτελέσματα νοσηλείας ασθενών από την νοσηλευτική ομάδα της Χειρουργικής Κλινικής

Έτος	Σύνολο εισαγωγών νοσοκομείου	Σύνολο ασθενών όλων των κλινικών	Ποσοστό όλων των κλινικών	Σύνολο εισαγωγών χειρουργικής κλινικής	Σύνολο εισαγωγών ορθοπεδικής κλινικής	Σύνολο εισαγωγών Οφθαλμολογικής κλινικής	Σύνολο εισαγωγών ΩΡΛ κλινικής	Σύνολο εισαγωγών ουρολογικής κλινικής
Έτος 2019	4407	2325	52.7 %	1042	474	446	45	318
Έτος 2018	4435	2448	55.1%	1042	517	547	28	314
Έτος 2017	4102	2007	48,9 %	951	387	355	0	314

Ομαδικές Συναντήσεις και Επικοινωνία Χειρουργικής Κλινικής

Για την καλύτερη επικοινωνία, συνεργασία και ενημέρωση αλλά και για τη συμμετοχή του προσωπικού στη διοίκηση του τμήματος, πραγματοποιούνται τακτικές ενδοτμηματικές και. Οι συναντήσεις αυτές πραγματοποιούνται κάθε δεύτερο μήνα στον χώρο διαλείμματος του προσωπικού.

Σε περίπτωση αδυναμίας λόγω φόρτου εργασίας ή απουσίας του προϊστάμενου, η συνάντηση πραγματοποιείται την επόμενη δυνατή ημερομηνία. Σε περίπτωση που οι συνθήκες το απαιτήσουν, πραγματοποιούνται και έκτακτες συναντήσεις για την άμεση ενημέρωση ή επίλυση επειγόντων ζητημάτων.

Κατά τη διάρκεια των συναντήσεων τηρούνται πρακτικά, τα οποία είναι διαθέσιμα σε όλους τους υπαλλήλους και κυρίως τους απόντες, ώστε να υπάρχει μια συνέχεια στην ενημέρωση και την πληροφορία.

Κεφάλαιο 2

Στελέχωση Χειρουργικού Τμήματος - Αρμοδιότητες και καθήκοντα νοσηλευτικού προσωπικού

Αρμοδιότητες/Καθήκοντα προϊστάμενου

Στα καθήκοντα του προϊστάμενου Νοσηλευτή δίνεται ιδιαίτερη έμφαση διότι είναι το κλειδί επικοινωνίας των προϊσταμένων και των υφισταμένων μέσα στη νοσηλευτική υπηρεσία. Για τα καθήκοντα των Προϊσταμένων υπάρχει η Υπουργική απόφαση ΦΕΚ Β' 5622-1.12.2018 η οποία καθορίζει επακριβώς τόσο το Διοικητικό, το Νοσηλευτικό όσο και το Εκπαιδευτικό του έργο.

Από το έργο των Προϊσταμένων Νοσηλευτών αναλύονται τα καθήκοντα ως εξής:

1. Διοικητικά,
2. Νοσηλευτικά,
3. Εκπαιδευτικά

Διοικητικά καθήκοντα

Είναι γνωστό ότι η φήμη ενός ιδρύματος εξαρτάται από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η διοίκηση αναφέρεται σε ότι αφορά την οργάνωση του υλικού και την οργάνωση των ανθρώπων, τον σχεδιασμό των νοσηλευτικών διαδικασιών, τον έλεγχο διεξαγωγής, την εκχώρηση αρμοδιοτήτων και τον συντονισμό για την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής διαδικασίας.

Η πρόβλεψη, ο προγραμματισμός του υγειονομικού υλικού, του τεχνολογικού επιστημονικού εξοπλισμού, του ιματισμού, του υλικού γραφικής ύλης κλπ. είναι ευθύνη των Προϊσταμένων και των συνεργατών του για την ορθή λειτουργία μιας νοσηλευτικής μονάδας.

Η ύπαρξη του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού όλων των βαθμίδων, το επαρκές βοηθητικό προσωπικό και οι καλές ανθρώπινες σχέσεις αποτελούν προϋποθέσεις για τη στελέχωση των υπηρεσιών με στόχο:

- Την άμεση έναρξη των νοσηλείων
- Την παροχή ολοκληρωμένων φροντίδων
- Την παροχή πληροφοριών
- Την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων
- Την επίβλεψη για την ακριβή προσέλευση του προσωπικού
- Τον σχεδιασμό ενός ευέλικτου προγράμματος

- Την δημιουργία καλύτερου εκπαιδευτικού περιβάλλοντος

Νοσηλευτικά καθήκοντα

Ως νοσηλευτικά καθήκοντα, νοούνται τα καθήκοντα που έχουν σχέση με την άνεση του ασθενούς, την ανακούφιση της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και τη δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος για την εξασφάλιση της ψυχοσωματικής ηρεμίας του.

Επίσης ότι έχει σχέση με τον προγραμματισμό παρακλινικών εργαστηριακών εξετάσεων, ειδικών διαγνωστικών μεθόδων, με την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος, με την αγωγή υγείας του ασθενούς, με τον καθορισμό των καθηκόντων, με την ανάθεση του νοσηλευτικού έργου, με τον προσανατολισμό των ασθενών, των συνεργατών και των επισκεπτών είναι νοσηλευτικά καθήκοντα.

Η ανάπτυξη των σχέσεων μεταξύ του προσωπικού του τμήματος, με τις υπόλοιπες υπηρεσίες και τμήματα του νοσοκομείου ως και με τις σχετικές και αντίστοιχες υπηρεσίες, εκτός του νοσοκομείου είναι επιβεβλημένες.

Εκπαιδευτικά καθήκοντα

Ο Προϊστάμενος με την καθημερινή προσφορά του διδάσκει προς τον ασθενή και προς το συγγενικό περιβάλλον και προς τους σπουδαστές, οι οποίοι φιλοξενούνται για εργαστηριακή άσκηση στο νοσοκομείο.

Ο Προϊστάμενος καταγράφει τις εκπαιδευτικές ανάγκες του προσωπικού αλλά και τις ανάγκες εκπαίδευσης σε εξειδικευμένα αντικείμενα που πιθανόν να εφαρμόζονται ήδη ή που μπορεί να χρειαστεί να εφαρμοστούν στο επόμενο διάστημα στην κλινική.

Έχει την ευθύνη του προγραμματισμού των εκπαιδευτικών δράσεων σε συνεργασία με το Γραφείο Εκπαίδευσης, τον Προϊστάμενο Τομέα και τον Προϊστάμενο Διεύθυνσης.

Ο Προϊστάμενος προγραμματίζει την κλινική άσκηση των νεοδιοριζόμενων σε συσχετισμό με το ημερήσιο πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει καθήκοντα ρουτίνας και εξειδικευμένα καθήκοντα. Ειδικά το περιεχόμενο των εκπαιδευτικών καθηκόντων περιλαμβάνει:

- Τον προσανατολισμό στους χώρους εργασίας
- Την ενημέρωση για το πρόγραμμα και τις αρχές στις νοσηλευτικές διαδικασίες
- Την ενημέρωση σχετικά με τις νοσηλευτικές πράξεις που αναφέρονται στην περιγραφή των καθηκόντων
- Την παρουσίαση υποδειγματικής ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας υπό τύπου επιδείξεως
- Την ενημέρωση για την εκδήλωση σπάνιων συμπτωμάτων
- Την ενημέρωση για τις νέες τάσεις της νοσηλευτικής επιστήμης

- Την ενημέρωση για την αγωγή υγείας προς τον ασθενή κατά την έξοδό του
- Την ψυχολογική υποστήριξη με πνεύμα συναδελφικής αλληλεγγύης και κατανόησης μπροστά στα ποικιλόμορφα αισθήματα φόβου, δειλίας, άγχους, ανασφάλειας και συναισθηματικής ευαισθησίας, τα οποία προβάλλουν σ αυτό το ιδιόμορφο και πολύπλοκο περιβάλλον εργασίας.

Ευθύνες Προϊστάμενου

Ο/Η Προϊστάμενος/νη ευθύνεται κυρίως:

1. Για την καλή οργάνωση, τον συντονισμό και τη λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας στην οποία προΐσταται.
2. Για την παροχή υψηλής ποιότητας ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας προς τους ασθενείς του τμήματός του καθώς και για την εξασφάλιση άνετης και ασφαλούς διαμονής των αρρώστων.
3. Για τη συνεχή επαγγελματική κατάρτιση και βελτίωση των γνώσεων και της εμπειρίας του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού της μονάδας του, δημιουργώντας εκπαιδευτικές ευκαιρίες (καθημερινές, προγραμματισμένες, καθώς και με υποδείξεις αυτομόρφωσης).
4. Για την καλή συνεργασία με το προσωπικό της, με το ιατρικό και λοιπό προσωπικό, με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.

Καθήκοντα

1. Έχει την άμεση ευθύνη και εποπτεία όλου του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος που προΐσταται
2. Αναφέρεται ιεραρχικά στην/στον Προϊσταμένη/νο του Τομέα και στην/ στον Διευθύντρια/ντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας.
3. Φροντίζει να τηρούνται οι εγκεκριμένες νοσηλευτικές διαδικασίες, τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα και οι κατευθυντήριες οδηγίες.
4. Αξιολογεί τα κριτήρια ελέγχου της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας των αρρώστων.
5. Σε σχέση με το παραπάνω, δεν μπορεί να αναθεωρήσει ή να παρακάμψει τα κριτήρια ελέγχου καθώς και τις προβλεπόμενες διαδικασίες και κατευθυντήριες οδηγίες κατά βούληση παρά μόνο αφού ενημερωθούν οι Προϊστάμενοι της/του και το αντίστοιχο γραφείο ή επιτροπή που δημιούργησε τα κριτήρια.
6. Συνεργάζεται με τον/την Διευθυντή/ντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας για την αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού και βαθμολογεί τις εκθέσεις αξιολόγησης ως πρώτος κριτής.
7. Εισηγείται για τις εβδομαδιαίες και τις ετήσιες άδειες, λαβαίνοντας υπόψη τις ανάγκες του τμήματος και ρυθμίζοντάς τες κατά το δυνατό σύμφωνα με τις προτιμήσεις του προσωπικού πάντα σε πλαίσιο ισοτιμίας και δικαιοσύνης.

8. Ενημερώνει έγκαιρα το προσωπικό ευθύνης του για το περιεχόμενο υπηρεσιακών σημειωμάτων, εγκυκλίων και αποφάσεων που το αφορούν.
9. Εφαρμόζει την πολιτική του Νοσοκομείου που σχετίζεται με τη δήλωση των κενών κλινών, την ενδονοσοκομειακή και διανοσοκομειακή διακίνηση των αρρώστων, την έξοδο ή και το θάνατο αρρώστων.
10. Κατανέμει την εργασία στα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας αφού δημιουργήσει πλάνο φροντίδας με τη βοήθεια των συνεργατών του για τον κάθε ασθενή που θα προκύψει από την πρωινή επίσκεψή του στους θαλάμους νοσηλείας.
11. Κατευθύνει, ελέγχει και καθοδηγεί το προσωπικό του τμήματος στην καθημερινή εκτέλεση των καθηκόντων, έχει την ευθύνη για την καλή λειτουργία του τμήματος και την ακριβή εκτέλεση των ιατρικών οδηγιών.
12. Ενημερώνει το Γραφείο Κίνησης ασθενών για τη δύναμη των νοσηλευομένων και τη Διεύθυνση της νοσηλευτικής υπηρεσίας τόσο για τη δύναμη όσο και για τις ιδιαιτερότητες στη νοσηλευτική φροντίδα που υπάρχουν στους ασθενείς του τμήματος ανάλογα με το πρόβλημα υγείας.
13. Έχει την ευθύνη της έγκαιρης ενημέρωσης του προσωπικού για την περίπτωση μεταδοτικών νοσημάτων καθώς και της ενημέρωσής του για τους τρόπους αντιμετώπισης του περιστατικού.
14. Σχετικά με το παραπάνω συνεργάζεται με την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων για την δημιουργία εγχειριδίου με οδηγίες προς το προσωπικό, τον ασθενή και τους συνοδούς του σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης του κάθε μεταδοτικού νοσήματος που ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν.
15. Αναφέρει στην τεχνική υπηρεσία κάθε πρόβλημα ή βλάβη που διαπιστώνει στο χώρο, την επίπλωση και τον εξοπλισμό της μονάδας.
16. Συνεργάζεται με το γραφείο διατροφής για τη διαίτα των ασθενών. Σε περίπτωση απουσίας του διαιτολόγου, επιβλέπει ο ίδιος ή αναθέτει την επίβλεψη της διανομής του φαγητού σε νοσηλευτή του τμήματος, ώστε να διασφαλίζεται το σωστό διαιτολόγιο στις σωστές ώρες (πρωινό, δεκατιανό, μεσημεριανό, βραδινό).
17. Ελέγχει το προσωπικό για την καλή εκτέλεση του έργου τους σύμφωνα με τις αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης και των οδηγιών της υπηρεσίας.
18. Επιβλέπει την τάξη και την ασφάλεια του νοσηλευτικού τμήματος και επικοινωνεί τηλεφωνικά ή γραπτά με τις αρμόδιες υπηρεσίες, για την επιδιόρθωση βλαβών στην υλικοτεχνική υποδομή του τμήματος.
19. Φροντίζει τα περιουσιακά στοιχεία του Νοσοκομείου από φθορές ή κλοπή.
20. Δημιουργεί καλές διαπροσωπικές σχέσεις, αναπτύσσει ευχάριστη εργασιακή ατμόσφαιρα, η οποία είναι προς όφελος του ασθενή και συμβάλλει στην ικανοποίηση του προσωπικού και στην ανύψωση του ηθικού του.
21. Εκπροσωπεί τον άρρωστο προς το Νοσοκομείο και το Νοσοκομείο προς τον άρρωστο.

22. Οργανώνει, προγραμματίζει, συντονίζει και επιβλέπει τη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων σύμφωνα με τα προαναφερόμενα πρότυπα και κριτήρια.
23. Επισκέπτεται καθημερινά τους αρρώστους, αξιολογεί τη γενική τους κατάσταση και ικανοποιεί τις βιο-ψυχο-κοινωνικές τους ανάγκες. Τούτο διασφαλίζεται από το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας και τη νοσηλευτική διεργασία που εφαρμόζει σε συνεργασία με το προσωπικό.
24. Παρακολουθεί ανελλιπώς την ιατρική επίσκεψη και ενημερώνεται για την πορεία της υγείας των αρρώστων. Παράλληλα ενημερώνει την ιατρική ομάδα με τις παρατηρήσεις της/του και συμμετέχει ισότιμα στο πλάνο θεραπείας.
25. Παρέχει ο/η ίδιος/α νοσηλευτική φροντίδα σε επείγουσες ή βαριές καταστάσεις των αρρώστων ή όποτε η ανάγκη του τμήματος το επιβάλλει.
26. Επιβλέπει, κατευθύνει και ελέγχει τη γραπτή ενημέρωση των εντύπων και διαγραμμάτων νοσηλείας του αρρώστου, η οποία πρέπει να είναι διατυπωμένη με ακρίβεια, σαφήνεια και σύμφωνα με τις αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης.
27. Επιβλέπει και ελέγχει νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις των νοσηλευτών σε σχέση με τη διεκπεραίωση των ιατρικών οδηγιών και γενικότερα με την εκτέλεση του θεραπευτικού προγράμματος των αρρώστων.
28. Ασκεί συμβουλευτική στο πλαίσιο της τριτογενούς πρόληψης στους ασθενείς και τους καθοδηγεί χρησιμοποιώντας τις γνώσεις της/του που απορρέουν από την επιστημονική τεκμηρίωση, με στόχο την ορθή διαχείριση της ασθένειας τόσο από τον ίδιο τον ασθενή, όσο και από το περιβάλλον του μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.
29. Έχει την ευθύνη για την ενημέρωση του πληροφοριακού συστήματος και φροντίζει για την εκπαίδευση του προσωπικού στη χρήση των Η/Υ, έτσι ώστε το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος να μπορεί να ενημερώνει το σύστημα.
30. Συντονίζει και παρακολουθεί την διενέργεια των απαιτούμενων αιμοληψιών και δειγματοληψιών από το προσωπικό του τμήματος με στόχο την έγκαιρη και εντός του καθορισμένου χρόνου αποστολής τους στα εργαστήρια.
31. Υποδέχεται τους νεοεισερχόμενους ασθενείς, τους οδηγεί στο θάλαμο νοσηλείας και τους δίνει τις απαραίτητες επεξηγήσεις σχετικά με τη λειτουργία της κλινικής ενώ παράλληλα τους ενημερώνει για τον τρόπο επικοινωνίας με το προσωπικό.
32. Συμβάλλει ενεργά στην παρακολούθηση την στατιστική καταγραφή και την οργάνωση των ανάλογων δράσεων με στόχο τη μείωση των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Για το σκοπό αυτό έχει τακτική και προγραμματισμένη συνεργασία με την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων καθώς και την/τον Προϊσταμένη/νο του Τομέα για την ανάληψη των απαραίτητων μέτρων.

33. Παρακολουθεί από τη λογοδοσία και τις αναφορές του προσωπικού τη λειτουργία της μονάδας κατά την διάρκεια που αυτός απουσιάζει, ενώ οφείλει να ενημερώνεται για όλα τα θέματα που αφορούν το τμήμα ευθύνης του κατά την απουσία του.
34. Σχολαστικά εφαρμόζει σύστημα καταγραφής της διακίνησης και της φύλαξης των ναρκωτικών όσο και των λοιπών φυλασσόμενων φαρμάκων σύμφωνα με τις προβλεπόμενες από την υπηρεσία διαδικασίες.
35. Παρακολουθεί το έργο των νοσηλευτών και παρεμβαίνει όταν χρειάζεται για την επίδειξη νέων νοσηλευτικών τεχνικών και μεθόδων που σχετίζονται με τη νοσηλεία των αρρώστων ή την επικοινωνία με αυτούς, για την επίδειξη νέων οργάνων, μηχανημάτων και συσκευών που χρησιμοποιούνται στη νοσηλεία των αρρώστων.
36. Καταρτίζει το εβδομαδιαίο πρόγραμμα εργασίας του προσωπικού με βασικό κριτήριο την δίκαιη και ισότιμη κατανομή των βαρδιών, καθώς και με βάση κριτήρια αλληλεγγύης και δικαιοσύνης, λαβαίνοντας υπόψη τις πιθανές επιθυμίες του προσωπικού που μπορεί να προκύπτουν από μεμονωμένες ανειλημμένες υποχρεώσεις τους, οι οποίες δεν επιτρέπεται να αποκτούν καταχρηστική μορφή.
37. Η δήλωση μεμονωμένων επιθυμιών θα γίνεται με βάση τη συναδελφική αλληλεγγύη της οποίας η παραβίαση δεν επιτρέπεται και την οποία οφείλει να διαφυλάττει ο Προϊστάμενος του τμήματος μέσα από τη σύνταξη του προγράμματος εργασίας και αφού αιτιολογημένα και με επάρκεια εξηγήσει όπου χρειάζεται τους λόγους μη ικανοποίησης τέτοιου είδους επιθυμιών.
38. Το πρόγραμμα αφού εγκριθεί από τον Προϊστάμενο του Τομέα κατατίθεται σε ηλεκτρονική μορφή σε ειδικά διαμορφωμένη φόρμα στον/στην Διευθυντή/ντρια της Νοσηλευτικής υπηρεσίας. Σκοπός της ηλεκτρονικής μορφής είναι η άμεση επιτήρηση και ο έλεγχος της κατανομής των βαρδιών του προσωπικού στο πέρασμα του χρόνου και η συζήτηση για βελτιώσεις έγκαιρα και όπου χρειάζεται.
39. Ακολουθεί πολιτική μείωσης των οφειλόμενων ρεπό του προσωπικού και διαμορφώνει το πρόγραμμα εργασίας με τρόπο που δεν προάγει την αύξησή τους.
40. Έχει την ευθύνη για την εκπαίδευση του προσωπικού. Διατηρεί ηλεκτρονικό φάκελο με την εκπαιδευτική δραστηριότητα του κάθε ατόμου (και του ιδίου) και προγραμματίζει στοχευμένα τις εκπαιδευτικές δράσεις οι οποίες διαμορφώνονται με βάση τις εκπαιδευτικές ανάγκες του τμήματος και του προσωπικού. Οι εκπαιδευτικές ανάγκες αποφασίζονται από κοινού μεταξύ της ομάδας, του προϊστάμενου και του Τομεάρχη. Το ηλεκτρονικό αρχείο κατατίθεται και στον/στην Διευθυντή/ντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ο οποίος φέρει και την ευθύνη της έγκρισης των αιτημάτων για εκπαίδευση.
41. Έχει την ευθύνη του έγκαιρου προγραμματισμού του προσωπικού ευθύνης της για την παρακολούθηση συνεδρίων ή οποιονδήποτε άλλων εκπαιδευτικών δράσεων με κριτήριο την δίκαιη και ισότιμη κατανομή της παρακολούθησης όλων συμπεριλαμβανομένου και του/της ίδιας.
42. Έχει την ευθύνη του ορισμού δύο νοσηλευτών οι οποίοι θα έχουν ρόλο κλινικού εκπαιδευτή του τμήματος. Έχει την ευθύνη της εκπαίδευσής τους στο αντικείμενο αυτό, με τη συνεργασία των οποίων,

φροντίζει για τον προσανατολισμό και την εισαγωγική εκπαίδευση του νέου προσωπικού σύμφωνα με το προαναφερόμενο πρόγραμμα. Οι κλινικοί εκπαιδευτές συμμετέχουν ενεργά στις συναντήσεις του γραφείου εκπαίδευσης εκφράζοντας άποψη για τον προγραμματισμό των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

43. Συμμετέχει σε ερευνητικά προγράμματα, επιδιώκει τη συνεχή επιμόρφωσή της/του, για ανανέωση των γνώσεων και ενημέρωσή της/του στις σύγχρονες εξελίξεις της επιστήμης.

Αρμοδιότητες/Καθήκοντα νοσηλευτικού προσωπικού

Ένας από τους λόγους για τους οποίους μερικές υπηρεσίες ή οργανισμοί αντιμετωπίζουν δυσκολία προσαρμογής σε ταχύτατα εμφανιζόμενες ανάγκες είναι το γεγονός ότι αρκετά άτομα του δυναμικού τους αισθάνονται σχετικά ανίσχυροι καθώς και ότι βρίσκονται στο στόχαστρο επικριτικών συμπεριφορών.

Οι άνθρωποι που ασκούν διοίκηση δεν έχουν τόσο ως βασικό καθήκον τους να οργανώνουν τους ανθρώπους, όσο να τους ευθυγραμμίζουν απαντώντας κυρίως σε μια επικοινωνιακή πρόκληση παρά σε ένα πρόβλημα σχεδιασμού.

Η ευθυγράμμιση στους στόχους βοηθάει να ξεπεράσουμε αυτό το πρόβλημα ενδυναμώνοντας τους ανθρώπους. Τότε οι εργαζόμενοι και με τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης μπορούν να δραστηριοποιούνται στον ίδιο βαθμό σε διάφορες πράξεις χωρίς να αισθάνονται τρωτοί. Όσο η συμπεριφορά τους είναι συνεπής με την αποστολή και τους στόχους της υπηρεσίας, οι Προϊστάμενοί τους θα βρίσκονται σε πολύ δύσκολη θέση να τους επικρίνουν.

Στο πλαίσιο αυτό ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας της υπηρεσίας μας πρέπει να βοηθήσει να παραχθεί υψηλή ενεργητικότητα συμπεριφοράς καλώντας το νοσηλευτικό προσωπικό να συνδράμει ισότιμα στις αρμοδιότητες φροντίδας του ασθενή χωρίς αυτό να σημαίνει ότι μπορούν να ισοπεδωθούν οι ιεραρχικές αξίες όπως τίθενται και από τον νόμο.

Καθήκοντα προσωπικού νοσηλευτικού τμήματος

Το Νοσηλευτικό προσωπικό ευθύνεται για:

1. Τη νοσηλεία που παρέχεται στον άρρωστο μέσα στο Νοσοκομείο.
2. Τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, εκτέλεση και αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου.
3. Το εξατομικευμένο και ολοκληρωμένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο προγραμματίζεται με τη συμμετοχή του ασθενή και του περιβάλλοντός του και καλύπτει νοσηλευτικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες.
4. Το συντονισμό της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από την ίδια ή από άλλο μέλος της ομάδας με ανάθεσή της.
5. Την τήρηση και συμπλήρωση δελτίων που σχετίζονται με τη νοσηλεία και θεραπεία του αρρώστου και τη συνέχεια της πορείας του, όπως:

- Δελτίο καταγραφής ζωτικών σημείων του αρρώστου
- Δελτίο ιατρικών οδηγιών
- Δελτίο Νοσηλευτικού ιστορικού
- Δελτίο Νοσηλευτικών σημειώσεων (παρατηρήσεις, νοσηλείες αρρώστου κλπ)
- Δελτίο παραλαβής και παραδόσεως ναρκωτικών φαρμάκων

Γενικά καθήκοντα

Ενέργειες που ανάγονται στα γενικότερα καθήκοντα της/του Νοσηλευτικού προσωπικού είναι τα εξής:

1. Συνεργάζεται ως ισότιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας θεραπείας (ιατρούς, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ)
2. Συνεργάζεται με τον θεράποντα ιατρό και εκτελεί με ακρίβεια τις οδηγίες σύμφωνα πάντα με τις καταγεγραμμένες αρχές της Νοσηλευτικής Επιστήμης.
3. Συντονίζει τις νοσηλευτικές δραστηριότητες με τις δραστηριότητες των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας.
4. Είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ αρρώστου, του περιβάλλοντός του, του ιατρού, του προσωπικού του νοσοκομείου και άλλων κοινωνικών και κοινοτικών παραγόντων σε θέματα της αρμοδιότητάς του/της.
5. Φροντίζει ώστε το περιβάλλον του αρρώστου να είναι άνετο, κατάλληλο και ασφαλές.
6. Συγκεντρώνει το απαραίτητο νοσηλευτικό υλικό που χρησιμοποιείται στις διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις.
7. Σέβεται την προσωπικότητα του αρρώστου και με κάθε τρόπο διατηρεί και προστατεύει την ατομικότητά του.
8. Ενθαρρύνει τον άρρωστο να συμμετέχει ενεργά στο θεραπευτικό πρόγραμμα και τον ενισχύει ψυχολογικά σε κάθε νοσηλεία.
9. Εξετάζει, παρατηρεί, αξιολογεί και καταγράφει συμπτώματα και φυσικά σημεία του αρρώστου και ενημερώνει τον ιατρό και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα.
10. Παρατηρεί τις αντιδράσεις του αρρώστου κατά τη διάρκεια της εξέτασεως ή της νοσηλείας και προλαμβάνει τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις.
11. Αιτιολογεί την κάθε του/της ενέργεια με βάση τις γνώσεις που κατέχει από τις βιολογικές, φυσικές και κοινωνικές επιστήμες και τις προσαρμόζει σύμφωνα με τις νέες τάσεις και εξελίξεις των επιστημών υγείας και τις ειδικές ανάγκες του αρρώστου.

Ειδικά καθήκοντα

1. Μέτρηση ζωτικών σημείων
2. Ενδοφλέβια έγχυση υγρών, φαρμάκων, αίματος και τα παράγωγα αυτών.
3. Χορήγηση φαρμάκων:
 - a. Από το στόμα
 - b. Από τη φλέβα (διαλύματα ορού, φαρμάκων, αίματος και παραγώγων αυτού.
 - c. Από την αναπνευστική οδό
 - d. Διαδερματικά
 - e. Με ένεση υποδόρια και ενδομυϊκή
 - f. Διακολπικά
 - g. Υπογλωσσίως
4. Πλύση κοιλοτήτων και βλεννογόνων (μάτι, μύτη, αυτί, κόλπος, στομάχι, παχύ έντερο, ουροδόχος κύστη κλπ)
5. Χορήγηση οξυγόνου (με καθετήρα, ασκό AMBU, αναπνευστήρα.
6. Τεχνητή διατροφή με ρινογαστρικό σωλήνα LEVINE, ή από γαστροστόμιο.
7. Αναρρόφηση υγρών και εκκρίσεων από κοιλότητες (στομάχου, ρινός, τραχείας κλπ)
8. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.
9. Διαστολή και καθαρισμός κολοστομίας
10. Θεσική παροχέτευση εκκρίσεων.
11. Συλλογή και αποστολή εκκριμάτων και απεκκριμάτων για εργαστηριακές εξετάσεις.
12. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.
13. Απλές επιδέσεις.
14. Βοήθεια στην αφαίρεση παροχετεύσεων.
15. Βοήθεια στην τοποθέτηση νάρθηκα.
16. Φροντίδα της καθαριότητας του χώρου και των εργαλείων.
17. Προετοιμασία των χρησιμοποιούμενων εργαλείων, του επιδεσμικού υλικού
18. Ταξινόμηση εργαλείων, οργάνων, συσκευών, ιματισμού, ορών,
19. φαρμακευτικού υλικού, αναλωσίμων, κ.λπ.
20. Έλεγχος της λειτουργίας των εργαλείων και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.
21. αρμοδίους.
22. Διευθέτηση κλίνης (στρώσιμο κλίνης ασθενούς), απλή ή με κατακεκλιμένο
23. Επιμελείται του υλικού του τμήματος
24. Τακτοποιεί το υλικό ή τα εργαλεία και άλλα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη νοσηλεία.
25. Ετοιμάζει το προς αποστείρωση υλικό.
26. Παραλαμβάνει και τακτοποιεί στα αντίστοιχα ντουλάπια το αποστειρωμένο υλικό

27. Ενδιαφέρεται για την επάρκεια όλου του υλικού που χρησιμοποιείται στη νοσηλεία και κάνοντας προσεκτική χρήση του υλικού.
28. Για τον άρρωστο που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής του εξασφαλίζει άνεση, ησυχία και ανακούφιση.
29. Μετά το θάνατο του αρρώστου παρέχει τη μεταθανάτια φροντίδα προσδίδοντας τον απαραίτητο σεβασμό στους χειρισμούς της προς τον νεκρό.
30. Συλλέγει και παραδίδει τα αντικείμενα του νεκρού στους συγγενείς παρουσία συναδέλφου.
31. Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.
32. Εφαρμογή επισπαστικών (φυσικών, χημικών, μηχανικών).
33. Θεραπευτικά λουτρά μελών σώματος.
34. Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου.
35. Βοήθεια, φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου που πάσχει από χρόνιο ανίατο νόσημα ή έχει υποστεί ατύχημα ή έχει κακοποιηθεί.
36. Διατήρηση της μυοσκελετικής ισορροπίας στις διάφορες θέσεις του αρρώστου στο κρεβάτι ή στην πολυθρόνα.
37. Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου και της ουροδόχου κύστεως.
38. Πρόληψη των επιπλοκών
39. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου (πόνος, πυρετός, ρίγος κλπ)
40. Εφαρμογή μέτρων και μέσων για την ασφάλεια του αρρώστου (περιορισμοί, προφυλακτήρες), με κριτήριο την διασφάλιση της αξιοπρέπειας και του σεβασμού της προσωπικότητας του αρρώστου.
41. Πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων
42. Εξυπηρέτηση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο όλο το 24ωρο για εργασίες που δεν μπορεί ο ίδιος να αυτοεξυπηρετηθεί.
43. Προώθηση του αρρώστου προς την αυτοφροντίδα και την αποκατάσταση μέσω της εκπαίδευσης ή και με όποιον άλλο τεκμηριωμένο τρόπο που προβλέπει η επιστήμη της νοσηλευτικής.
44. Λήψη, αξιολόγηση και αναγραφή των ζωτικών σημείων του αρρώστου.
45. Προεγχειρητική (γενική, τοπική, τελική), διεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, όπως ορίζει η επιστήμη της νοσηλευτικής.
46. Ευπρεπισμός εγχειρητικού πεδίου
47. Διδασκαλία και επίβλεψη αναπνευστικών ασκήσεων.
48. Διατροφή και ρύθμιση του διαιτολογίου του αρρώστου.
49. Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
50. Λήψη αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων, αξιολόγηση, παρακολούθηση και ενημέρωση της νοσηλευτικής ομάδας για την πορεία των τιμών τους.

51. Λήψη ούρων για μέτρηση σακχάρου, οξόνης, λευκώματος, pH και ειδικού βάρους, αξιολόγηση, παρακολούθηση και ενημέρωση της νοσηλευτικής ομάδας για την πορεία των τιμών τους.
52. Καθαρτικός υποκλυσμός
53. Μέτρηση οφθαλμικού τόνου.
54. Αλλαγή και φροντίδα ασθενή με εσωτερικό τραχειοσωλήνα σε τραχειοστομία.
55. Αλλαγή εσωτερικού και εξωτερικού τραχειοσωλήνα σε ολική λαρυγγεκτομή.
56. Αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής ως εκπαιδευμένα μέλη της ομάδας ανάνηψης.
57. Ενδοτραχειακή διασωλήνωση, τοποθέτηση λαρυγγικής μάσκας, αερισμός με κάθε μέθοδο αφού προηγηθεί η απαραίτητη εκπαίδευση, και μόνο στην περίπτωση που δεν παρίσταται γιατρός οπότε τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η ζωή του ασθενούς.
58. Σε σχέση με το παραπάνω και για την περίπτωση που δεν παρίσταται γιατρός οι νοσηλευτές μπορούν να αναλάβουν πρωτοβουλία και έχουν το δικαίωμα να ακολουθήσουν το ειδικό πρωτόκολλο ανάνηψης προκειμένου να σώσουν τη ζωή του ασθενούς, για το οποίο θα πρέπει να έχουν ειδικά εκπαιδευτεί.
59. Στην περίπτωση που παρίσταται γιατρός οι νοσηλευτές ακολουθούν πιστά τις οδηγίες που τους δίδονται και συμμετέχουν στην ανάνηψη ως μέλη της ομάδας ανάνηψης.
60. Φροντίδα του νεκρού ανθρώπου σύμφωνα με όσα ορίζει η επιστήμη της νοσηλευτικής.
61. Παρακολουθεί τον άρρωστο κατά την χορήγηση φαρμάκων ειδικότερα εάν πρόκειται για φάρμακα που χορηγούνται ενδοφλέβια, για τη μετάγγιση αίματος ή και παραγώγων του.
62. Φροντίζει και εξασφαλίζει στον άρρωστο υγιεινό, ασφαλές και θεραπευτικό περιβάλλον όπως είναι ο κατάλληλος φωτισμός, αερισμός, θερμοκρασία και αποφυγή θορύβων.
63. Συνεργασία σε συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση
64. Κινητοποίηση του ασθενούς στο κρεβάτι ή στην καρέκλα, βοήθεια να περπατήσει σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
65. Φροντίζει για την καλή σίτιση του αρρώστου χορηγώντας το καθορισμένο γεύμα που μπορεί να παρέχεται σε οποιαδήποτε μορφή, και από οποιαδήποτε οδό.
66. Ανακούφιση του αρρώστου όλο το 24ωρο όταν ο ίδιος αδυνατεί να εξυπηρετηθεί,
67. Συνεργάζεται με την/τον Νοσηλεύτρια/τή λοιμώξεων, δηλώνει σε αυτήν την κάθε υπάρχουσα λοίμωξη είτε για την περίπτωση που εισήλθαν με μολυσματικό νόσημα, είτε για την περίπτωση που έχουν υποστεί ενδονοσοκομειακή λοίμωξη και εργάζονται από κοινού για τον περιορισμό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Παράλληλα δέχεται τις οδηγίες της για την αντιμετώπιση περιστατικών με μολυσματικό νόσημα και ενημερώνει άμεσα και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα.
68. Χρησιμοποιεί τις δυνατότητες του ιδίου του αρρώστου και των μελών του περιβάλλοντός του για να επιτύχει πιο γρήγορη ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας του.

69. Εισηγείται μεθόδους καλύτερης συνεργασίας με τον ασθενή με στόχο την ταχύτερη και πιο ασφαλή θεραπεία, ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας του.
70. Δίνει πληροφορίες και συμβουλές σε θέματα που αφορούν την υγεία του ασκεί δηλαδή συμβουλευτική σύμφωνα με όσα ορίζει η επιστήμη της νοσηλευτικής.
71. Διδάσκει, διαφωτίζει, διαπαιδαγωγεί και εκπαιδεύει τον άρρωστο και την οικογένειά του. Η εκπαίδευση αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της περίθαλψης των ασθενών, που σκοπό έχει την αποκατάσταση, τη διατήρηση και την προστασία της υγείας. Είναι ένας προγραμματισμένος συνδυασμός εκμάθησης δραστηριοτήτων που στοχεύουν να βοηθήσουν τους ανθρώπους οι οποίοι έχουν την εμπειρία της ασθένειας να πραγματοποιούν τις αλλαγές στη συμπεριφορά τους που οδηγούν στην καλή υγεία.
- Εκπαιδεύει ή συμμετέχει σε ομάδες εκπαιδευτών για ασθενείς και μέλη οικογενειών τους όπως π.χ. εκπαίδευση στον τρόπο εκτέλεσης υποδόριων ενέσεων ινσουλίνης, διδασκαλία στον τρόπο μέτρησης και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της γλυκόζης του αίματος, έγκαιρη αξιολόγηση συμπτωμάτων που σχετίζονται με την καρδιακή ανεπάρκεια κλπ.
72. Διδάσκει, διαφωτίζει, παιδαγωγεί και κατευθύνει σύμφωνα με όσα ορίζει η επιστήμη της Νοσηλευτικής φοιτητές και σπουδαστές της Νοσηλευτικής.
73. Συμμετέχει στην ομάδα ποιότητας για τον καθορισμό κριτηρίων και αξιολογεί τα προγράμματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.
74. Συμμετέχει σε ερευνητικά προγράμματα, επιδιώκει τη συνεχή επιμόρφωσή της/του, για ανανέωση των γνώσεων και ενημέρωσή της/του στις σύγχρονες εξελίξεις της επιστήμης.
75. Έχει την επίγνωση του μοναδικού έργου που επιτελεί, ότι δηλαδή η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί μέγιστο κοινωνικό έργο που συμβάλλει στην επάνοδο του ασθενή ανθρώπου στην φυσιολογική του ζωή ή τον βοηθά να διαχειριστεί την χρόνια πάθησή του ή ακόμα και να φύγει από τη ζωή με αξιοπρέπεια. Διαθέτοντας τη γνώση αυτή είναι ευγενής, και διαθέτει την αίσθηση του καθήκοντος, ενώ η συμπεριφορά του καθοδηγείται από τα στοιχεία της συναισθηματικής νοημοσύνης και κυρίως της εν συναίσθησης.
76. Σε σχέση με το παραπάνω δεν επιτρέπεται αγενής ή άπρεπη συμπεριφορά τέτοια που να προσβάλει την αξιοπρέπεια του ασθενή ή του περιβάλλοντός του. Στην περίπτωση που δημιουργηθεί σύγκρουση μεταξύ τους τέτοια που δεν μπορεί να διαχειριστεί ο/η ίδιος/ίδια, τότε για την υπόθεση επιλαμβάνεται ο/η Προϊστάμενος/νη του τμήματος πάντοτε μέσα σε πλαίσιο κατανόησης και διάθεσης επίλυσης του προβλήματος.
77. Ασκεί τεκμηριωμένη από όσα ορίζει η επιστήμη της νοσηλευτικής νοσηλευτική φροντίδα και ακολουθεί τους επιστημονικά ενδεδειγμένους τρόπους νοσηλείας, ακολουθώντας το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας και η νοσηλευτική διεργασία τα οποία συντάσσονται αρχικά από την/τον προϊσταμένη/νο του τμήματος και ολοκληρώνονται απ' όλη την ομάδα κατά την πρωινή συνάντηση του τμήματος.

78. Οποιαδήποτε άλλη μέθοδος παροχής φροντίδας ή νοσηλείας η οποία είτε δεν προβλέπεται ή αντίκειται στην νοσηλευτική επιστήμη, είτε αποτελεί απόρροια της εμπειρίας ή των υφιστάμενων περιστασιακών ελλείψεων, αλλά δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά η εφαρμογή της, δεν επιτρέπεται να εφαρμόζεται, παρά μόνο μετά από συζήτηση στην υπηρεσία και ερώτημα και έγκριση του επιστημονικού συμβουλίου του νοσοκομείου.
79. Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντός του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών διατήρησης ισοζυγίων του
80. Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους, όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα
81. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου
82. Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση
83. Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας
84. Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης
85. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας
86. Στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα
87. Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας
88. Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα
89. Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας
90. Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους
91. Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών
92. Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του σε θέματα που αφορούν:
- τη λειτουργία του νοσοκομείου
 - τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας
 - την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή
93. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα
94. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι
95. Φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα
96. Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων

97. Διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς οργανισμούς
98. Επίβλεψη και φροντίδα του περιβάλλοντος χώρου του ασθενούς εξασφαλίζοντας καλό αερισμό δωματίου, αρκετού φωτισμού και διατήρηση ησυχίας.
99. Ικανοποιεί με ευχαρίστηση προθυμία και ευγένεια τις νοσηλευτικές ανάγκες του ασθενή.
100. Συμπεριφέρεται με διακριτικότητα, ευγένεια και χαμόγελο στους ασθενείς και στους συνοδούς του.

Κεφάλαιο 3. Λειτουργία Τμήματος με βάση τα Πρωτόκολλα, τις Προτυποποιημένες διαδικασίες και τις κατευθυντήριες οδηγίες

Προτυποποίηση διαδικασίας καθαριότητας Χειρουργικής Κλινικής - Έννοιες διαδικασιών καθαρισμού

Καθαρισμό ονομάζουμε τη διαδικασία απομάκρυνσης των ρύπων, του οργανικού υλικού (π.χ. αίμα, εκκρίσεις ασθενούς) και των μικροοργανισμών από επιφάνειες ή αντικείμενα. Ο καθαρισμός απομακρύνει - ελαττώνει το μικροβιακό φορτίο στις επιφάνειες, αλλά δεν σκοτώνει τους μικροοργανισμούς. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση νερού και απορρυπαντικού και την τεχνική του μηχανικού καθαρισμού. Το σημείο κλειδί είναι η τριβή, δηλαδή το τρίψιμο των επιφανειών ή των αντικειμένων για την απομάκρυνση των ορατών ρύπων και των μικροοργανισμών.

Προσεκτικός καθαρισμός απαιτείται για κάθε συσκευή που πρόκειται να απολυμανθεί ή να αποστειρωθεί καθώς η παρουσία οργανικού υλικού αδρανοποιεί τον απολυμαντικό παράγοντα και τη διαδικασία της αποστείρωσης αντίστοιχα.

Απολύμανση είναι η διαδικασία που παρουσιάζει ως αποτέλεσμα τη μερική καταστροφή των μικροβίων ή αναστολή του πολλαπλασιασμού τους, όχι όμως και των σπόρων τους, με τη βοήθεια απολυμαντικών σε επιφάνειες ή χώρους.

Μπορεί να επιτευχθεί με διαδικασία δύο βημάτων που περιλαμβάνει τη χρήση ενός καθαριστικού παράγοντα και ακολούθως τη χρήση του απολυμαντικού ή με απλούστερο τρόπο με τη χρήση ενός σκευάσματος που συνδυάζει ταυτόχρονα καθαριστική και απολυμαντική δράση.

Αντισηψία είναι η διαδικασία αναστολής του πολλαπλασιασμού των μικροβίων και η μερική καταστροφή τους στο δέρμα (εκτός τοξινών και σπόρων). Τα αντισηπτικά είναι κατάλληλα μόνο για το δέρμα και δε συνίσταται να χρησιμοποιούνται για την απολύμανση επιφανειών του περιβάλλοντος.

Αποστείρωση είναι η διαδικασία της ολικής καταστροφής μικροβίων, σπόρων και τοξινών σε υλικά ή αντικείμενα. Μόνο η αποστείρωση μπορεί να πετύχει την καταστροφή κάθε μορφή μικροβιακής ζωής.

Βασικοί κανόνες καθαριότητας

- Δεν επιτρέπεται το ξηρό σκούπισμα και το ξηρό ξεσκόνισμα αφού φορτίζει την ατμόσφαιρα με μικρόβια.
- Δεν επιτρέπεται η χρήση σπόγγων για καθαριότητα προς αποφυγή εξάπλωσης μικροβίων.
- Επιβάλλεται η χρήση δύο (2) δοχείων για καθαρισμό πατώματος. Ένα (1) μπλε με καθαρό νερό και απολυμαντικό και ένα (1) κόκκινο που προορίζεται για τον καθαρισμό του μέσου καθαρισμού. Κάθε

χειρουργική αίθουσα πρέπει να έχει τον δικό του εξοπλισμό για καθαριότητα. Το σφουγγάρισμα με τη μέθοδο του διπλού δοχείου γίνεται με διάλυμα υποχλωριούχου νατρίου 1:10, δηλαδή 1lt χλωρίνη σε 9lt νερό ή δισκία π.χ. 4 δισκία χλωρίνης των 2,5gr σε 5lt νερό. Αμέσως μετά τον καθαρισμό της αίθουσας τα δοχεία αδειάζονται και γεμίζονται με νέα διάλυση.

- Η καθαριότητα του χειρουργείου από τους καθαριστές γίνεται σε συνεργασία με τον βοηθό θαλάμου, οπότε διακρίνεται στα ίδια στάδια που προαναφέρθηκαν.

Οδηγίες καθαριότητας για μη κρίσιμες επιφάνειες

- Προηγείται ο μηχανικός καθαρισμός και ακολουθεί η απολύμανση.
- Η απολύμανση πραγματοποιείται ακολουθώντας αυστηρά τη συγκέντρωση και το χρόνο επαφής που προτείνεται από την κατασκευάστρια εταιρεία και βάσει των οδηγιών της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.
- Ο χρόνος επαφής που ορίζεται μεγαλύτερος του ενός λεπτού (>1min) για τα περισσότερα απολυμαντικά είναι συχνά αποτελεσματικός.
- Η καθαριότητα των χώρων ξεκινά από τα ψηλά σημεία με φορά προς τα χαμηλά και από την περιφέρεια προς το κέντρο καθώς και από τις πιο καθαρές προς τις ακάθαρτες περιοχές.
- Το σκούπισμα και το σφουγγάρισμα των μεγάλων επιφανειών του περιβάλλοντος πρέπει να πραγματοποιείται σύμφωνα με το πρόγραμμα καθαριότητας και συχνότερα όταν υπάρχουν ορατοί ρύποι. Επιβάλλεται η πιστή τήρηση του προγράμματος καθαριότητας.
- Η προετοιμασία του απολυμαντικού ή απορρυπαντικού γίνεται πάντα ακριβώς πριν τη χρήση του.
- Δεν επιτρέπεται η αποθήκευση με σκοπό μελλοντική χρήση του, παρασκευασμένου διαλύματος νερού-απορρυπαντικού/απολυμαντικού.
- Συνιστάται συχνή αντικατάσταση του διαλύματος καθαριότητας όταν είναι ορατά λερωμένο και οπωσδήποτε μετά το πέρας εξήντα λεπτών (60min) από την παρασκευή του.
- Σε περίπτωση χρήσης σφουγγαρίστρας, ακολουθείται πιστά η μέθοδος του διπλού δοχείου (κόκκινο δοχείο: απορρυπαντικό/απολυμαντικό διάλυμα, μπλε δοχείο: νερό για ξέβγαλμα).
- Για λόγους υγιεινής και ασφάλειας δεν αναμιγνύονται ποτέ τα απορρυπαντικά μαζί με απολυμαντικά ενώ συστήνεται η πρόσθεση νερού σε αυτά και όχι το αντίθετο.
- Σε καμία περίπτωση δεν διαλύεται η χλωρίνη σε ζεστό νερό ή προστίθεται στο διάλυμα χλωρίνης άλλο προϊόν καθώς μπορεί να εκλυθούν τοξικά αέρια.

- Καθαρισμός και απολύμανση του εξοπλισμού καθαριότητας με διάλυμα χλωρίνης πραγματοποιείται στο τέλος κάθε βάρδιας.
- Το προσωπικό καθαριότητας απαιτείται να τηρεί τις «βασικές προφυλάξεις» που ισχύουν για όλο το προσωπικό και να εφαρμόζει τα μέτρα ατομικής προστασίας (γάντια, επιπλέον ποδιά μίας χρήσης, μάσκα), ανάλογα με την περίπτωση.
- Ο σχολαστικός καθαρισμός και η απολύμανση των μη κρίσιμων επιφανειών, ιδίως εκείνων με γεωγραφική εγγύτητα στον ασθενή (προστατευτικά κιγκλιδώματα κλίνης, τροχήλατο, στατό κλπ) και εκείνων που συχνότερα έρχονται σε άμεση επαφή με τα χέρια (πόμολα, διακόπτες, αντλίες, οθόνες, πληκτρολόγιο, ποντίκι) απαιτείται περισσότερο από δύο (2) φορές ανά βάρδια ή συχνότερα όταν υπάρχουν ορατοί ρύποι ή βιολογικά υγρά.

Ιδιαίτερος καθαρισμός δωματίου που φιλοξένησε λοιμώδεις -μεταδοτικό νόσημα

- Αφαιρούνται όλες οι ορατές ακαθαρσίες π.χ. κηλίδες αίματος από τα αντικείμενα εξοπλισμού ή τους τοίχους του δωματίου και ακολουθεί καθαριότητα και απολύμανση των επιφανειών αυτών.
- Γίνεται καθαριότητα και απολύμανση σε όλες τις χρηστικές επιφάνειες (πχ τροχήλατα, κρεβάτι ,κομοδίνο ασθενούς).
- Καθαρίζονται και απολυμαίνονται όλες οι επιφάνειες (π.χ. πρίζες, διακόπτες, πόμολα, , σωλήνες, καλώδια, στατό, σκαμπό κλπ).
- Καθαρίζονται σχολαστικά τοίχοι, πλακίδια τοίχων, εσοχές, σχισμές εξαερισμού, θύρες κλπ.
- Όσα αντικείμενα καθαρίζονται τοποθετούνται στο κέντρο του δωματίου.
- Γίνεται υγρό καθάρισμα και απολύμανση του δαπέδου του δωματίου και του μπάνιου αυτού.

Καθαρισμός έως το ταβάνι πρέπει να πραγματοποιείται μετά την έξοδο του ασθενή μία φορά την ημέρα της εξόδου του και 24 ώρες μετά, επανάληψη ανάλογα την πάθηση του ασθενή .

Για τον καθαρισμό και την απολύμανση των επιφανειών, δαπέδων και αντικειμένων συστήνεται η χρήση ταμπλετών χλωρίου σε συγκεκριμένη αραιώση.

Προτυποποίηση διαδικασίας υποδοχής ασθενή στο Χειρουργικό τμήμα (φάκελος/γραφτές ιατρικές οδηγίες)

Σκοπός της προτυποποιημένης διαδικασίας είναι η διασφάλιση της σωστής και ασφαλούς υποδοχής του ασθενή στο Παιδιατρικό Τμήμα.

1. Παραλαβή και ευγενική υποδοχή του ασθενούς και των συνοδών του με την παρουσίαση του ονόματός μας
2. Τακτοποίηση στο κρεβάτι.
3. Λήψη σύντομου νοσηλευτικού ιστορικού και εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης, έλεγχος για έλκη – κατακλίσεις και ενημέρωση ειδικού εντύπου νοσηλευτικού ιστορικού και κινδύνου ανάπτυξης κατακλίσεων.
4. Λήψη ζωτικών σημείων, ενημέρωση των διαγραμμάτων, λήψη άμεσων μέτρων ανάλογα με το αποτέλεσμα (π.χ χορήγηση αντιπυρετικού, O₂ κλπ).
5. Έλεγχος των φλεβικών γραμμών.
6. Προσανατολισμός του ασθενή ή των συγγενών στο χώρο, παράδοση του εντύπου υποδοχής για ενημέρωσή τους σχετικά με τρόπο λειτουργίας της κλινικής και τις υποχρεώσεις τους.
7. Ενημέρωση του ασθενή και των συνοδών για όσα ισχύουν για τις ώρες επισκεπτηρίου, για την παραμονή συνοδών και την ώρα αποχώρησης.
8. Ενημέρωση της/του Προϊσταμένης/νου και των συναδέλφων για την εισαγωγή.
9. Καταγραφή σε όλα τα έντυπα των στοιχείων του.
10. Ενημέρωση της λογοδοσίας, καταγραφή σύντομου ατομικού ιστορικού στο νοσηλευτικό δελτίο.

Εισαγωγή ασθενούς

Προγραμματισμένη εισαγωγή: Ο ασθενής εισάγεται στην κλινική σε προγραμματισμένη ημερομηνία μετά από συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό.

Επείγουσα εισαγωγή: Ο ασθενής προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, εξετάζεται από τον ιατρό και εφόσον χρήζει νοσοκομειακής περίθαλψης, δίνεται η οδηγία εισαγωγής.

Ευθύνες και αρμοδιότητες νοσηλευτών σχετικά με την εισαγωγή

Ο νοσηλευτής της κλινικής είναι υπεύθυνος για την υποδοχή του ασθενή στην κλινική με άνεση και ασφάλεια.

Στάδιο προετοιμασίας - υλικά

- Ετοιμασία ντοσιέ ασθενή που περιλαμβάνει τα έντυπα: Δελτίο Νοσηλείας, Φύλλο Ιατρικών Οδηγιών, Φύλλο Χορήγησης Φαρμάκων, Φύλλο Χορήγησης Υγρών, Νοσηλευτική Παρακολούθηση, Θερμομετρικό Διάγραμμα κ.α.
- Ετοιμασία κλίνης. Ιματισμός που θα χρειαστεί: σεντόνια, αδιάβροχο ημισέντονο, κουβέρτα, μαξιλάρι, μαξιλαροθήκες.
- Έλεγχος λειτουργίας του συστήματος κλήσης (κουδούνι)

Ενέργειες και αιτιολόγηση

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
1. Παραλαμβάνουμε το «Εισιτήριο» και το φάκελο του ασθενή από τον ίδιο ή το συνοδό του.	Επιβεβαίωση της εισαγωγής του ασθενή.
2. Οδηγούμε τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας και τον συστήνουμε στους υπόλοιπους ασθενείς.	Ο ασθενής νιώθει μεγαλύτερη άνεση και ασφάλεια.
3. Ενημερώνουμε τον ιατρό για την εισαγωγή του ασθενή	
4. Βοηθάμε τον ασθενή να αλλάξει και να ξαπλώσει στο κρεβάτι	
5. Καταγράφουμε στο ντοσιέ του ασθενή τα εξής στοιχεία: ονοματεπώνυμο, ηλικία, διεύθυνση, τηλέφωνα, ασφαλιστικό φορέα, αιτία εισαγωγής, ημερομηνία εισαγωγής, ώρα προσέλευσης στην κλινική, όνομα-υπογραφή νοσηλεύτριας, όνομα ιατρού που ενημερώθηκε. Λαμβάνουμε νοσηλευτικό ιστορικό: προηγούμενες νοσηλείες σε νοσοκομείο, υποκείμενα νοσήματα, χειρουργικές επεμβάσεις, φαρμακευτική αγωγή, αλλεργίες σε φάρμακα ή τροφές κ.α. *Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες, αυτές λαμβάνονται από τον συνοδό.	Οι πληροφορίες αποτελούν σημαντικό μέρος του επίσημου αρχείου του ασθενούς.
6. Λαμβάνουμε και καταγράφουμε τα ζωτικά σημεία του ασθενή.	Εκτίμηση και αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή και έγκαιρη παρέμβαση αν παρατηρηθεί κάποια απόκλιση από το φυσιολογικό
7. Μετράμε το βάρος του ασθενή και το καταγράφουμε στο θερμομετρικό διάγραμμα	
8. Εκτιμούμε την κατάσταση του ασθενή (κινητικότητα, επίπεδο συνείδησης κλπ) Ελέγχουμε αν ο ασθενής φέρει ορό, ρινογαστρικό καθετήρα, ουροκαθετήρα κλπ. Ελέγχουμε για μώλωπες, εξανθήματα κλπ Καταγράφουμε όλες τις παραπάνω πληροφορίες στο Φύλλο Νοσηλευτικής Παρακολούθησης	Εντοπισμός πιθανών προβλημάτων του ασθενή και προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας
9. Εξηγούμε τη χρήση του εξοπλισμού του θαλάμου, όπως το σύστημα κλήσης (κουδούνι), το σύστημα ρύθμισης της κλίνης, και του φωτισμού.	Η ενημέρωση για τον τρόπο χρήσης του εξοπλισμού μειώνει τον κίνδυνο ατυχημάτων.
10. Τοποθετούμε τη συσκευή κλήσης και το κομοδίνο του ασθενή, έτσι ώστε να είναι εύκολα προσβάσιμα.	Μείωση της πιθανότητας ατυχημάτων όπως για παράδειγμα πτώση

11	Προσανατολίζουμε τον ασθενή στους χώρους της κλινικής.	Προαγωγή της άνεσης του ασθενή και διευκόλυνση της κίνησής του στη χώρο.
12	Ενημερώνουμε τον ασθενή και τον συνοδό του για τους κανόνες λειτουργίας της κλινικής (ωράριο επισκεπτηρίου, ώρες διανομής φαγητού κλπ)	
13	Φροντίζουμε για τα τιμαλφή του ασθενή αν δεν υπάρχουν συνοδοί και συμπληρώνεται το αντίστοιχο έντυπο και παραδίδονται στο προϊστάμενο.	Η απώλεια αντικειμένων προκαλεί εκνευρισμό και συνεπάγεται νομικά προβλήματα στον ασθενή
14	Εάν ο ασθενής είναι αγνώστων στοιχείων, ενημερώνουμε την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου για τις κατάλληλες ενέργειες.	
15	Εάν ο ασθενής φέρει μαζί του φάρμακα, παραδίδονται μέχρι την έξοδο του στην κλινική	
16	Ενημερώνουμε το αρχείο καταγραφής ασθενών του τμήματος	
17	Ενημερώνουμε το ηλεκτρονικό σύστημα διασύνδεσης με το θυρωρείο για την αναγκαιότητα ή όχι ύπαρξης συνοδού.	Προκειμένου η/ο θυρωρός να επιτρέπει την είσοδο στους αναγραφόμενους στο σύστημα συνοδούς
18	Προσθέτουμε το όνομα του ασθενούς στην κατάσταση των ασθενών της κλινικής	
19	Ενημερώνουμε το ηλεκτρονικό σύστημα «a med line» (εντολή «τοποθέτηση» του ασθενή σε κλίνη)	

ΕΝΤΥΠΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Ιατρικές οδηγίες
2. Φύλλο χορήγησης φαρμάκων
3. Φύλλο χορήγησης υγρών
4. Νοσηλευτική παρακολούθηση
5. Θερμομετρικό διάγραμμα
6. Τρίωρη θερμομέτρηση
7. Μέτρηση ούρων
8. Καταγραφή προσλαμβανομένων υγρών

N1
S03

Κλίση:

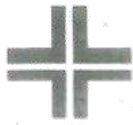
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ημ/νία εξόδου:

ΠΡΟΣΟΧΗ : ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ

* Μετά από κάθε σειρά ιατρικών αθλημάτων υπάρχει γραμμή αποπεράτωσης

Σελίδα 42 από 398



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ "ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ ΚΑΙ ΠΡΩΪΟ"
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

N1
504

Αρ. Μητρ. Ασφ.:
Αρ. Θαλ.: Κλίνη:

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
Ημ/νία εισόδου: Ημ/νία εξόδου:
ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΩΡΑ	ΜΗΝΑΣ: ΕΤΟΣ:											
		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ											
Όνομασίο													
Δόση													
Οδός χορήγησης													
Όνομασίο													
Δόση													
Οδός χορήγησης													
Όνομασίο													
Δόση													
Οδός χορήγησης													
Όνομασίο													
Δόση													
Οδός χορήγησης													
Όνομασίο													
Δόση													
Οδός χορήγησης													
Όνομασίο													
Δόση													
Οδός χορήγησης													
Όνομασίο													
Δόση													
Οδός χορήγησης													
Όνομασίο													
Δόση													
Οδός χορήγησης													

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ - Γ. Παπανδρέου 2 - Τ.Κ. 84 100 Ερμούπολη - ΤΗΛ.: 22813-60500 FAX: 22813 -60570



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ "ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ ΚΑΙ ΠΡΩΪΟ"

N1
505

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Αρ. Μητρ. Ασθ:

Αρ. Θαλ:

Κλίνη:

ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:																		
ΗΜΕΡΑ																		
ΝΟΣΗΛΕΙΑ:																		
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΗΜΕΡΑ:																		
Α.Π.	ΑΝ	ΣΦ	Θ	36.9	36.9	36.9	36.9	36.9	36.9	36.9	36.9	36.9	36.9	36.9	36.9	36.9	36.9	36.9
300	35	160	41															
250	30	140	40															
200	25	120	39															
150	20	100	38															
100	15	80	37															
50	10	60	36															

ΤΡΙΩΡΕΣ ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

ΗΜ/ΝΙΑ:							
ΩΡΑ:							
06:00							
09:00							
12:00							
15:00							
18:00							
21:00							
00:00							
03:00							
ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ:							
ΚΕΝΩΣΕΙΣ:							

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ - Γ. Παπανδρέου 2 _ Τ.Κ. 84 100 Ερμούπολη - ΤΗΛ.: 22813-60500 FAX: 22813 -60570

ΘΑΛΑΜΟΣ :		ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΥΡΩΝ												ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:.....											
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ																									
7-3																									
3-11																									
11-7																									
ΣΥΝΟΛΟ																									

ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ

ΘΑΛΑΜΟΣ :

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ												
7-3												
3-11												
11-7												
ΣΥΝΟΛΟ												

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ
ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΙΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ

ΘΑΛΑΜΟΣ: :

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:.....

ΩΡΑ	ΑΠ MmHg	ΣΦΙΞΕΙΣ /Min	SAT %	ΟΥΡΑ	LEVIN	GLUC OSE	ΠΑΡΟΧΕΤΕΥ ΣΗ	ΘΕΡΜ .
08.00								
09.00								
10.00								
11.00								
12.00								
13.00								
14.00								
15.00								
16.00								
17.00								
18.00								
19.00								
20.00								
21.00								
22.00								
23.00								
24.00								
01.00								
02.00								
03.00								
04.00								
05.00								
06.00								
07.00								
ΣΥΝ. 24ωρου								

Προτυποποίηση διαδικασίας εξιτηρίου ασθενή από το Χειρουργικό Τμήμα

Σκοπός της προτυποποιημένης διαδικασίας της εξόδου του ασθενή από το Παθολογικό Τμήμα είναι η τήρηση της σωστής διαδικασίας για την ομαλή έξοδο του ασθενή και τη διατήρηση της συνέχειας της φροντίδας.

Η διαδικασία εξόδου διαφοροποιείται ανάλογα με τον τόπο προορισμού του ασθενή, ο οποίος μπορεί να είναι:

- Ο τόπος διαμονής (π.χ οικία, οίκος ευγηρίας)
- Εξειδικευμένη κλινική για τη θεραπεία του συγκεκριμένου προβλήματος (π.χ πόρωση κατάγματος)
- Άλλο νοσοκομείο για τη συνέχιση ή συμπλήρωση της θεραπείας
- Ίδρυμα ανιάτων νοσημάτων
- Νεκροθάλαμος

Ανάλογα με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες θα εξέλθει ο ασθενής από την κλινική, γίνεται προετοιμασία τόσο του ίδιου του ασθενή όσο και των συνοδών για την καλύτερη και ευκολότερη προσαρμογή του ασθενή στο νέο περιβάλλον.

Ευθύνες και αρμοδιότητες νοσηλευτών στη διαδικασία εξόδου ασθενούς:

Βασική ευθύνη του νοσηλευτή είναι να τηρηθούν σωστά οι διαδικασίες έτσι ώστε να μην υπάρχει καμία παράλειψη στις οδηγίες που έχουν δοθεί στον ασθενή. Είναι σημαντικό οι πληροφορίες που ανταλλάσσονται μεταξύ ασθενή και επαγγελματιών υγείας να είναι κατανοητές, ακριβείς, επαρκείς και κυρίως έγκυρες από τη μεριά του ασθενούς.

Η επιβεβαίωση της εξόδου του ασθενή από τον θεράποντα ιατρό είναι βασική προϋπόθεση της έναρξης των νοσηλευτικών ενεργειών εξόδου του ασθενή.

Απαιτείται πλήρης ενημέρωση του ασθενή όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του και τις οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσει μετά την έξοδό του από την κλινική.

Ενέργειες και αιτιολόγηση

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
1. Ενημέρωση του ασθενή και του συνοδού του για την έξοδο από το Παθολογικό τμήμα όσο το δυνατόν πιο σύντομα από τον επιβλέποντα ιατρό. Σε περίπτωση απουσίας οικογενειακού περιβάλλοντος συνεννόηση με την Κοινωνική Υπηρεσία..	Προετοιμασία του ασθενή και της οικογένειάς του για τη μεταφορά του ασθενή και τακτοποίηση τυχόν εκκρεμοτήτων.
2. Διευκρίνιση του τόπου προορισμού (π.χ. συνεννόηση με το ίδρυμα που θα μεταφερθεί).	
3. Διευκρίνιση του τρόπου μεταφοράς. Σε περίπτωση μεταφοράς με ΕΚΑΒ στέλνεται έντυπο διακομιδής από την προηγούμενη ημέρα και ενημερώνουμε ότι πρέπει να υπάρχει συνοδός.	
4. Δίνονται οδηγίες στον ασθενή και στον συνοδό όσον αφορά την κατ' οίκον φροντίδα (π.χ. περιποίηση τραύματος, φροντίδα ουροκαθετήρα, εκτέλεση υποδόριας ένεσης).	
5. Την ημέρα της εξόδου δίνεται ενημερωτικό σημείωμα από τον ιατρό.	
6. Δίνεται το εξιτήριο στον ασθενή ή στο συνοδό, ο οποίος παραπέμπεται στο Γραφείο Κίνησης	
7. Ελέγχουμε εάν ο ασθενής έχει το εξιτήριο και τις οδηγίες εξόδου.	

8	Βεβαιωνόμαστε ότι ο ασθενής και ο συνοδός έχουν λάβει και κατανοήσει τις απαραίτητες οδηγίες (π.χ. διαιτητική και φαρμακευτική αγωγή).	
9	Αν ο ασθενής χρειάστηκε αποκλειστική νοσοκόμα ενημερώνεται ο ασθενής ή ο συνοδός ώστε να τακτοποιήσει τα σχετικά έντυπα.	
10	Επιστροφή φαρμάκων στον ασθενή που προσκόμισε ο ίδιος στην κλινική.	
11	Επιστροφή τιμαλφών αντικειμένων ή χρημάτων και συμπλήρωση του σχετικού εντύπου	
12	Αφαίρεση φλεβοκαθετήρα λίγο πριν την έξοδο. Σε περίπτωση διακομιδής σε άλλο τμήμα ή νοσοκομείο δεν αφαιρείται ο φλεβοκαθετήρας, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	
13	Αφαίρεση ουροκαθετήρα. Σε περίπτωση διακομιδής ή όταν ο ασθενής αδυνατεί να παραμείνει χωρίς καθετήρα δεν αφαιρείται, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία	
14	Κλήση τραυματιοφορέα μη περιπατητικού ασθενή.	
15	Αν ο ασθενής διαφύγει λάθρα, ενημερώνεται ο ιατρός, συμπληρώνεται το σχετικό έντυπο και στέλνεται στον αρμόδιο διοικητικό υπάλληλο.	
16	Συλλογή εντύπων από τη Διατήρηση αρχείου.	
17	Συγκέντρωση όλων των εντύπων και τοποθέτηση τους στο φάκελο του ασθενούς.	
18	Σβήνουμε το ονοματεπώνυμο από την κατάσταση των ασθενών.	
19	Ελέγχουμε εάν έχει γίνει ηλεκτρονική ενημέρωση στο σύστημα “aMedLine” μετά την έκδοση του εξιτηρίου.	
20	Συλλογή κλινοσκεπασμάτων και κατάλληλη απομάκρυνση - απόρριψη αντικειμένων που χρησιμοποιήθηκαν από τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.	Πρόληψη διασταυρούμενης λοίμωξης.
21	Καθαρισμός κρεβατιού και κομοδίνου του ασθενούς με καθαριστικό - απολυμαντικό επιφανειών. Σε περίπτωση «απομόνωσης» του ασθενούς γίνεται γενική απολύμανση του θαλάμου.	Πρόληψη διασταυρούμενης λοίμωξης.

Προτυποποίηση διαδικασίας διακομιδής ασθενή σε άλλο νοσοκομείο

Ενδείξεις

Για να προετοιμάσετε έναν ασθενή για μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο. Η μεταφορά μπορεί να είναι απαραίτητη στις παρακάτω καταστάσεις.

1. Όταν δεν υπάρχει προσωπικό και τεχνολογικός εξοπλισμός στο νοσοκομείο που παραπέμπει τον ασθενή για την παροχή της απαραίτητης φροντίδας στον ασθενή ή τον τραυματία.
2. Όταν απαιτείται από τα κατά τόπους πρωτόκολλα για περιφερειακή φροντίδα συγκεκριμένων ομάδων ασθενών (π.χ. τραυματίες, ασθενείς με εγκεφαλικό, εγκαυματίες).
3. Κατόπιν αιτήσεως της οικογένειας.

Αντενδείξεις

1. Το νοσοκομείο που παραπέμπει τον ασθενή θα πρέπει να εξασφαλίσει τη μεταφορά του ασθενούς με εξοπλισμένο, ασφαλές όχημα και με συνοδεία έμπειρου και ικανού προσωπικού για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ή του προσωπικού που είναι εκπαιδευμένο για τον τύπο του μεταφορικού μέσου και για τη φροντίδα που χρειάζεται ο ασθενής κατά τη διάρκεια της διακομιδής.
2. Ο επιθετικός, βίαιος ασθενής πρέπει να μεταφερθεί με προσοχή και μπορεί να απαιτηθεί νάρκωση ή νευρομυϊκός αποκλεισμός πριν τη μεταφορά από αέρος ή ξηράς.
3. Ο καιρός μπορεί να είναι απαγορευτικός για την ασφαλή διακομιδή από αέρος ή ξηράς.
4. Ένας ασθενής με υπερβολικό φόβο πτήσης μπορεί να χρειαστεί καταστολή για να μεταφερθεί.
5. Ασθενείς με ναυτία μπορεί να χρειάζονται αντιεμετικά ή κατασταλτικά.

Εξοπλισμός

Οι ανάγκες σε εξοπλισμό υπαγορεύονται από τη κατάσταση του ασθενούς και τις ισχύουσες ή ενδεχόμενες παρεμβάσεις.

Βήματα της διαδικασίας

1. Τίθεται η ένδειξη για διακομιδή. Οι αποφάσεις για διακομιδή θα πρέπει να βασίζονται σε τοπικά πρωτόκολλα και συμφωνίες του νοσοκομείου ή της νοσηλευτικής μονάδας.
2. Αποφασίστε ποιος τύπος μεταφοράς είναι κατάλληλος για τη μεταφορά του ασθενούς. Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν αυτή την απόφαση, συμπεριλαμβανομένων των παρακάτω:
 - α. Συστήματα υπηρεσιών υγείας (π.χ. συστήματα αντιμετώπισης τραύματος).
 - β. Συμφωνίες της νοσηλευτικής μονάδας.
 - γ. Ο καιρός στο σημείο εκκίνησης και στο σημείο προορισμού.
 - δ. Η κατάσταση του ασθενούς και ο εξοπλισμός που απαιτείται για τη φροντίδα του κατά τη διακομιδή.
 - ε. Η απόσταση από την αναφερόμενη νοσηλευτική μονάδα.
 - στ. Η προέλευση του ασθενούς(π.χ. αγροτική, αστική περιοχή).
3. Επικοινωνήστε με το γιατρό της νοσηλευτικής μονάδας υποδοχής για να δεχθεί τον ασθενή.
4. Επικοινωνήστε με τη νοσηλευτική μονάδα για να δεχθεί τον ασθενή.
5. Εξασφαλίστε τη συγκατάθεση του ασθενούς ή της οικογένειάς του, όπως καθορίζεται από τα ισχύοντα πρωτόκολλα.
6. Εκτελέστε όποια σημαντική παρέμβαση μπορεί να χρειαστεί ο ασθενής πριν τη διακομιδή (π.χ. διατήρηση αεραγωγών, ακινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης, έναρξη χορήγησης αγγειοδραστικών φαρμάκων).
7. Ετοιμάστε αντίγραφα όλων των τρεχόντων ιατρικών εγγράφων, ακτινολογικών εξετάσεων και εργαστηριακών αποτελεσμάτων για μεταφορά μαζί με τον ασθενή.

8. Αφαιρέστε όλα τα τιμαλφή του ασθενούς και παραδώστε τα στα μέλη της οικογένειας του, όταν είναι δυνατόν.
9. Επιτρέψτε στον ασθενή να δει την οικογένεια του και άλλα σημαντικά για αυτόν πρόσωπα.
10. Ελέγξτε την πιθανότητα ένα μέλος της οικογένειας να συνοδεύσει τον ασθενή και αν επιτραπεί, προετοιμάστε την οικογένεια για τη διακομιδή. Αν η οικογένεια δεν μπορεί να συνοδεύσει τον ασθενή, εξασφαλίστε γραπτές οδηγίες για τη νοσηλευτική μονάδα υποδοχής.
11. Εκκενώστε όλους τους σάκους συλλογής πριν τη διακομιδή (π.χ. ουροσυλλέκτες, συσκευές παροχέτευσης θώρακος) και καταγράψτε τα αποβαλλόμενα υγρά.
12. Εξασφαλίστε καταστολή, αναλγησία ή αντισπασμωδικά, σύμφωνα με τις ενδείξεις.
13. Επικοινωνήστε με το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος υποδοχής και δώστε σαφείς πληροφορίες για τον ασθενή.

Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση επιθετικής συμπεριφοράς ασθενών, συνοδών και η αντιμετώπισή της

Η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου της ζωής η οποία προκύπτει μέσα από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται κάθε άνθρωπος το ξαφνικό ή χρόνιο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει, προκαλεί υποκειμενική αντίληψη μιας κατάστασης και αναμφίβολα φόβο. Το ίδιο ισχύει και με το οικείο του συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον.

Ο φόβος αυτός από μόνος του μπορεί να οδηγήσει σε επιθετική συμπεριφορά.

Βέβαια ας μην παραγνωρίζουμε και το γεγονός ότι ο συγκεκριμένος άνθρωπος μπορεί να συμπεριφέρεται επιθετικά, λόγω προσωπικότητας και συνήθειας. Μπορεί δηλαδή να εκδήλωνε αυτήν την συμπεριφορά σε όλη του την ζωή. Η γνώση του ιστορικού της πορείας της ζωής του θα μας διαφωτίσει σ' αυτό.

Ένας άλλος λόγος που μπορεί να οδηγήσει σε επιθετική συμπεριφορά μπορεί να είναι η μείωση των γνωστικών ή φυσικών του λειτουργιών που τον κάνει να νιώθει έναν περιορισμό σε αυτό που θέλει και που μπορεί να κάνει και τότε το δυσάρεστο συναίσθημα της ανισχυρότητας επηρεάζει τις αντιδράσεις του.

Επίσης το συναίσθημα της κριτικής από τους άλλους όπως και ο φόβος λόγω θορύβων ή απότομων κινήσεων μπορεί να προκαλέσει επιθετικότητα.

Εκτός όμως όλων αυτών των αιτιολογιών, μπορεί η συμπεριφορά του ασθενούς να αιτιολογείται από διάφορες δυσλειτουργίες του εγκεφάλου. Τότε ο ασθενής αντιδρά επιθετικά στο περιβάλλον του χωρίς να το καταλαβαίνει και χωρίς αφορμή.

Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής δεν έχει την επίγνωση της συμπεριφοράς του και δεν έχει επίσης την ικανότητα της αναστολής της.

Τέλος, μην ξεχνάμε επίσης την πιθανότητα ότι ο ασθενής θα μπορεί να πονάει σε κάποιο σημείο του σώματος του ή να νιώθει πλήξη.

Δεν είναι όμως μόνο η επιθετική συμπεριφορά του ασθενούς. Μπορεί και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει να φέρεται επιθετικά. Ή μπορεί η επιθετική συμπεριφορά της οικογένειας του να έχει να κάνει με την πορεία του πένθους που διανύει στην σταδιακή απώλεια της νόσου και τον θυμό που νιώθει για το άτομο που το προκαλεί, δηλ. τον ασθενή.

Αντιμετώπιση της επιθετικότητας του ασθενούς.

Τι πρέπει να κάνουμε όταν βρισκόμαστε αντιμέτωποι με την επιθετική συμπεριφορά ασθενών:

1. Οφείλουμε να προσπαθήσουμε να καταλάβουμε την αιτία αυτής της συμπεριφοράς και το άμεσο ερέθισμα που την προκάλεσε. (Εννοώντας ως ερέθισμα το γεγονός που έχει γίνει πριν την εκδήλωση της επιθετικότητας).
2. Καλό είναι να μην έχουμε ποτέ επιτακτικό τόνο στην φωνή μας και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που αντιμετωπίζουμε δύστροπες συμπεριφορές.
3. Καλό είναι στις περιπτώσεις αυτές να εξηγούμε ήρεμα και με λίγα λόγια τι έχουμε σκοπό να κάνουμε.
4. Να μην αντιδρούμε με επιθετικότητα στον ασθενή, να μην προσπαθήσουμε να τον ησυχάσουμε αλλά να παραμείνουμε ήρεμοι.
5. Να προσπαθήσουμε να αποσπάσουμε την προσοχή του σε κάτι άλλο.
6. Να μην τον φέρουμε αντιμέτωπο με τις ανικανότητες του κάνοντας του ερωτήσεις.
7. Να κρατήσουμε στάση ήπια χωρίς να εναντιωνόμαστε και να αντιλέγουμε.
8. Να προσπαθούμε να μην δείχνουμε τον εκνευρισμό μας.
9. Να αναρωτηθούμε τι εκνευρίζει εμάς και τι μας κάνει να συμπεριφερθούμε επιθετικά. Το ίδιο ισχύει και για τον ασθενή.

Η σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς έχει πολύ μεγάλη σημασία. Οι καλοί τρόποι, η φιλική προσέγγιση, ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενή, η ικανοποίηση της ανάγκης για συνεχή κατατοπιστική πληροφόρηση, η καλή οπτική επαφή, η προσοχή που πρέπει να δίνεται στα μη λεκτικά μηνύματα (η γλώσσα του σώματος), έχουν καθοριστική επίδραση στην αποτελεσματικότητα της ολοκληρωτικής φροντίδας που πρέπει να παρέχεται προς τους ασθενείς.

Οι τεχνικές επικοινωνίας που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας (ε.υ.) με τους ασθενείς τους παίζουν ένα σημαντικό και καθοριστικό ρόλο στη σχέση τους μεταξύ τους.

Έχει αποδειχτεί ότι οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι φιλικοί και εγκάρδιοι με τους ασθενείς τους είναι περισσότερο αποτελεσματικοί από αυτούς οι οποίοι κρατούν μια απόμακρη και περισσότερο ψυχρή στάση. Ακόμα, στις περιπτώσεις που ο ασθενής βίωνε σαν αβέβαιη την προσέγγιση του ε.υ. αυτό είχε αρνητικές επιπτώσεις

Οι καλοί τρόποι συμπεριφοράς των ε.υ. σε συνδυασμό με την εξατομικευμένη φιλική προσέγγιση προς τους ασθενείς τους κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης ή φροντίδας και ιδιαίτερα όταν ο ασθενής βρίσκεται λόγω της κατάστασής του καθηλωμένος στο κρεβάτι, έχουν καλύτερη επίδραση και αποτελεσματικότητα.

Η παραχώρηση θετικής πληροφόρησης αυξάνει το αίσθημα σιγουριάς και εμπιστοσύνης του ασθενή και βελτιώνει την ποιότητα φροντίδας και τα αποτελέσματά της.

Σε περιπτώσεις που οι ε.υ. κρατήσουν μια πιο τραχιά, σύντομη και απότομη προσέγγιση, τότε αυτό βιώνεται αρνητικά από τους ασθενείς και μπορεί να έχει δυσάρεστα αποτελέσματα.

Λήψη ζωτικών σημείων σε ενήλικες

Μέτρηση θερμοκρασίας (στη μασχάλη)

Ορισμός

Η θερμοκρασία σώματος παρουσιάζει την ισορροπία μεταξύ της παραγόμενης και αποβαλλόμενης θερμότητας και μετράται σε βαθμούς Κελσίου (°C).

Η εσωτερική θερμοκρασία του σώματος είναι υψηλότερη από την εξωτερική και φυσιολογικά κυμαίνεται μεταξύ 36,0-37,5 °C.

Είναι δυνατόν να υπάρχουν διαφοροποιήσεις στη φυσιολογική θερμοκρασία του σώματος κατά τη διάρκεια της ημέρας που μπορεί επίσης να εξαρτώνται από το φύλο και την ιδιοσυγκρασία του κάθε ατόμου.

Οι μέσες φυσιολογικές τιμές της θερμοκρασίας σε ενήλικες σε μέτρηση στη μασχάλη είναι 35,5-37 °C.

Σκοπός διαδικασίας

- Η θερμοκρασία να μετράται με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια και χωρίς πρόκληση βλάβης ή ενόχλησης στον ασθενή.
- Να γίνονται εγκαίρως αντιληπτές οποιεσδήποτε τυχόν αλλαγές της θερμοκρασίας του σώματος.

Σχεδιασμός παρέμβασης

- Χρησιμοποιείτε ψηφιακό ηλεκτρονικό θερμόμετρο.
 - Βεβαιωθείτε ότι η μασχάλη είναι στεγνή και ότι δεν έχει πλυθεί πρόσφατα ή δεν έχουν τεθεί ψυχρά επιθέματα πριν από τη θερμομέτρηση.
 - Μην θερμομετρείτε σε κατάσταση ρίγους γιατί δεν έχει ολοκληρωθεί η άνοδος της θερμοκρασίας.
 - Απολυμάνετε τα θερμόμετρα μετά από κάθε χρήση, με τολύπιο εμποτισμένο σε αλκοολικό διάλυμα. Κατόπιν, φυλάξτε τα σε δοχείο στη βάση του οποίου υπάρχει τολύπιο εμποτισμένο σε αλκοολικό διάλυμα.
- Σε ασθενή με πολυανθεκτικό μικρόβιο χρησιμοποιείτε θερμόμετρο ατομικής χρήσης.

Υλικά

- Ηλεκτρονικό θερμόμετρο
- Τολύπιο με αλκοολικό διάλυμα
- Στυλό
- Θερμομετρικό διάγραμμα

Γάντια απλά, εάν έρχεστε σε επαφή με βιολογικά υγρά του ασθενή.

ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών. Φορέστε γάντια εάν χρειάζεται.	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοίμωξης.
2. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή.	Πρόληψη λάθους.
3. Εξηγείστε τη διαδικασία στον ασθενή και εξασφαλίστε τη συναίνεσή του.	Εξασφάλιση συνεργασίας, μείωση άγχους ασθενή.
4. Εξασφαλίστε την ιδιωτικότητα του ασθενή και μετακινήστε τα ενδύματά του έτσι ώστε να αποκαλύψετε μόνο τη μασχάλη.	Εξασφάλιση σωστής τοποθέτησης του θερμομέτρου και αξιοπρέπειας ασθενή.
5. Τοποθετήστε το άκρο του θερμομέτρου στο κέντρο της μασχάλης.	Ακρίβεια μέτρησης.
6. Κατεβάστε το χέρι του ασθενή και ζητήστε του να το κρατήσει κοντά στο σώμα.	Περιορίζεται η διέλευση αέρα διαμέσου της μασχάλης και εξασφαλίζεται η ακριβής μέτρηση.
7. Παραμείνετε κοντά στον ασθενή. Αφήστε το θερμοόμετρο σ' αυτή τη θέση, έως ότου ακουστεί ο χαρακτηριστικός ήχος, ή σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή.	Ακρίβεια μέτρησης.
8. Απομακρύνετε το θερμοόμετρο και καθαρίστε το με τολύπιο με αλκοολικό διάλυμα. Κατόπιν, τοποθετήστε το στο ειδικό δοχείο.	Επαρκής καθαρισμός και απολύμανση έως την επομένη μέτρηση.
9. Καταγράψτε τη θερμοκρασία στο θερμομετρικό διάγραμμα και στο φύλλο βαρέως πάσχοντος εάν υπάρχει.	Επαρκής τεκμηρίωση.
10. Σκεπάστε τον ασθενή και βοηθήστε τον να λάβει άνετη θέση.	Εξασφάλιση άνεσης ασθενή.
11. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών.	Πρόληψη διασποράς μικροοργανισμών.

Μέτρηση αρτηριακής πίεσης στη βραχιόνιο αρτηρία

Εισαγωγή – Ορισμοί

Η αρτηριακή πίεση αναφέρεται στη δύναμη που ασκεί το αίμα στα τοιχώματα των αρτηριών.

Η συστολική πίεση είναι η υψηλότερη πίεση που ασκείται στα αρτηριακά τοιχώματα όταν οι κοιλίες συσπώνται στην αρχή της συστολής.

Η διαστολική πίεση είναι η χαμηλότερη πίεση που ασκείται στα αρτηριακά τοιχώματα κατά τη διαστολή.

Πίεση σφυγμού είναι η διαφορά των δυο ανωτέρω πιέσεων.

Η αρτηριακή πίεση μετράται σε χιλιοστά της στήλης υδραργύρου (mm/Hg) και καταγράφεται ως κλάσμα, με αριθμητή τη συστολική και παρονομαστή τη διαστολική πίεση. Οι ήχοι που ακούγονται κατά τη μέτρηση της ΑΠ ονομάζονται ήχοι Korotkoff.

Σκοπός

Η ακριβής μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, χωρίς πρόκληση βλάβης του ασθενή.

Σχεδιασμός παρέμβασης

➤ Η αρτηριακή πίεση υπό μη επείγουσες συνθήκες, μετράται εφόσον ο ασθενής δεν είναι συναισθηματικά φορτισμένος, δεν πονάει, έχει ξεκουραστεί για 5 λεπτά τουλάχιστον (αν έχει προηγηθεί σωματική άσκηση), δεν έχει καταναλώσει καφεΐνη και δεν έχει καπνίσει για 30 λεπτά.

➤ Συνήθως μετράται με τη χρήση στηθοσκοπίου και σφυγμομανομέτρου.

Μια διαφορά 5-10mmHg στη συστολική πίεση μεταξύ των δυο άνω άκρων, θεωρείται φυσιολογική. Χρησιμοποιείστε το άκρο με την υψηλότερη τιμή για τις μελλοντικές μετρήσεις.

Η ακρίβεια της μέτρησης εξαρτάται από παράγοντες όπως η χρήση περιχειρίδας κατάλληλου μεγέθους, η σωστή τοποθέτηση του άκρου, ο συνιστώμενος ρυθμός έκπτυξης της περιχειρίδας, και η ορθή ερμηνεία των ήχων του.

Υλικά

- Στηθοσκόπιο Σφυγμομανόμετρο
- Περιχειρίδα κατάλληλου μεγέθους (μήκος ίσο με το 80% της περιφέρειας του βραχίονα και πλάτος τουλάχιστον το 40% της περιφέρειας του βραχίονα.) Τολύπιο με οινόπνευμα
- Χαρτί και μολύβι
- Γάντια απλά, εάν έρχεστε σε επαφή με βιολογικά υγρά του ασθενή.

ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών. Φορέστε γάντια εάν χρειάζεται.	Πρόληψη μετάδοσης μικροβίων.
2. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή.	Πρόληψη λάθους.
3. Εξηγείστε τη διαδικασία στον ασθενή και εξασφαλίστε τη συναίνεσή του.	Εξασφάλιση συνεργασίας, μείωση άγχους ασθενή.
4. Εξασφαλίστε την ιδιωτικότητα του ασθενή. Βεβαιωθείτε ότι είναι ήρεμος για αρκετά λεπτά.	Δραστηριότητα αμέσως πριν από τη μέτρηση μπορεί να οδηγήσει σε ανακριβή αποτελέσματα.
5. Εφαρμόστε την περιχειρίδα στο κατάλληλο άκρο.	Η μέτρηση μπορεί να παρεμποδίσει παροδικά την κυκλοφορία του άκρου.
Μην τοποθετείτε την περιχειρίδα σε χέρι με ενδαγγειακό καθετήρα, τραύμα, γύψινο επίδεσμο, χειρουργείο στη σύστοιχη μασχάλη ή μαστό.	
6. Τοποθετήστε τον ασθενή σε άνετη ύπτια ή καθιστή θέση με το αντιβράχιο να στηρίζεται προτεταμένο στο επίπεδο της καρδιάς.	Ακρίβεια στη μέτρηση. Καλή εφαρμογή του διαφράγματος το στηθοσκοπίου.
Εάν ο ασθενής κάθεται, βεβαιωθείτε ότι δεν σταυρώνει τα πόδια του (ψευδώς αυξημένη συστολική πίεση).	
7. Σηκώστε το μανίκι πάνω από τη θέση της περιχειρίδας. Βεβαιωθείτε ότι δεν είναι σφιχτό, διαφορετικά αφαιρέστε το.	Τα ενδύματα εμποδίζουν τη μέτρηση. Ένα σφιχτό μανίκι μπορεί να προκαλεί συμφόρηση του αίματος και ανακριβή αποτελέσματα μέτρησης.
8. Εντοπίστε με ψηλάφηση τη βραχιόνια αρτηρία και επικεντρώστε τον αεροθάλαμο πάνω από αυτή στο μέσο περίπου του βραχίονα. Το κάτω χέιλος της να απέχει περί τα 2,5-5 εκ από την αγκωνιαία καμπή. Ο σωλήνας πρέπει να προβάλλει από το χέιλος της περιχειρίδας κοντά στον αγκώνα.	Ακρίβεια στη μέτρηση.
9. Τυλίξτε την περιχειρίδα γύρω από τον βραχίονα ώστε να εφαρμόζει καλά.	Άσκηση ομοιόμορφης πίεσης και ακρίβεια στη μέτρηση.

10. Ελέγξτε αν η βελόνη βρίσκεται στο μηδέν.	Ακρίβεια της μέτρησης.
11. Καθίστε σε απόσταση όχι μεγαλύτερη από ένα μέτρο από το μετρητή.	Καλή ορατότητα του μετρητή.
12. Ψηλαφίστε το σφυγμό στην κερκιδική αρτηρία.	Για τη μέτρηση της πλησιέστερης τιμής της συστολικής πίεσης.
13. Φουσκώστε παράλληλα την περιχειρίδα, παρατηρώντας στο μετρητή το σημείο όπου εξαφανίζεται ο σφυγμός.	Έτσι έχουμε μια εκτίμηση της συστολικής πίεσης.
14. Ξεφουσκώστε την περιχειρίδα και περιμένετε για 30'' - 60''.	Επαναιμάτωση του άκρου.
15. Βάλτε τα ακουστικά του στηθοσκοπίου στα αυτιά σας με κατεύθυνση προς τα εμπρός.	Αποφυγή εισόδου εξωτερικών ήχων.
16. Τοποθετήστε το διάφραγμα του στηθοσκοπίου σταθερά με μικρή πίεση, πάνω από τη βραχιόνιο αρτηρία, χωρίς να ακουμπάει πουθενά.	Ακρίβεια στη μέτρηση.
17. Φουσκώστε την περιχειρίδα σε επίπεδα 30mmHg πάνω από το σημείο στο οποίο εκτιμήθηκε η συστολική πίεση. Ανοίξτε τη βαλβίδα του μανομέτρου αργά (2-3 mmHg/sec).	
18. Παρατηρήστε το σημείο στο οποίο ακούγεται ο πρώτος αμυδρός, αλλά σαφής ήχος, του οποίου η ένταση αυξάνεται σταδιακά. Σημειώστε αυτή την τιμή ως συστολική πίεση.	Τότε το αίμα της αρτηρίας αρχίζει να προωθείται μες από αυτή με παρόμοια πίεση με αυτή του αεροθαλάμου.
- Μην ξαναφουσκώσετε την περιχειρίδα για επανέλεγχο! Αυτό προκαλεί δυσφορία στον ασθενή και ενδεχομένως ανακρίβεια στη μέτρηση. - Εάν δυσκολεύεστε να ακούσετε ήχους, ανασηκώστε το χέρι του ασθενή με την περιχειρίδα στη θέση της, πάνω από το κεφάλι του για 30'' πριν ξαναμετρήσετε την ΑΠ. Φουσκώστε την περιχειρίδα με το χέρι σηκωμένο και μετά κατεβάστε μαλακά ενώ συνεχίζετε να το στηρίζετε. Τοποθετήστε το στηθοσκόπιο και ξεφουσκώστε την περιχειρίδα με το συνήθη ρυθμό, ενώ ακούτε τους ήχους Korotkoff.	
19. Καταγράψτε το σημείο στο οποίο ο ήχος εξαφανίζεται τελείως.	Αυτή είναι η τιμή της διαστολικής πίεσης.
20. Αφήστε τον υπόλοιπο αέρα να διαφύγει γρήγορα και αφαιρέστε την περιχειρίδα.	
Σε περίπτωση που θέλετε να επαναλάβετε τη μέτρηση, αφήστε να περάσει τουλάχιστον 1 λεπτό, για αποφυγή ψευδών αποτελεσμάτων.	
21. Τοποθετείστε τον ασθενή σε άνετη θέση και βγάλτε τα γάντια, εάν φοράτε.	Εξασφάλιση άνεσης ασθενή. Πρόληψη μετάδοσης μικροβίων.
22. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών.	Πρόληψη διασποράς μικροβίων.
23. Καθαρίστε με τούλιπο με οινόπνευμα το διάφραγμα του στηθοσκοπίου και το σφυγμομανόμετρο βάσει της πολιτικής του νοσοκομείου.	Πρόληψη διασποράς μικροβίων. Εξοπλισμός έτοιμος προς χρήση.
24. Ενημερώστε το νοσηλευτικό φάκελο.	Σωστή τεκμηρίωση.

Μέτρηση αρτηριακού σφυγμού

Ορισμός

Αρτηριακός σφυγμός είναι ο ρυθμικός παλμός που προκαλείται από την διαδοχική συστολή και διαστολή του αρτηριακού τοιχώματος η οποία με τη σειρά της προκαλείται από τα κύματα αίματος που εκτοξεύει η καρδιά μέσω της αορτής προς την περιφέρεια.

Όταν μετράμε το σφυγμό, μετράμε τους παλμούς που γίνονται μέσα σε ένα λεπτό.

Το σύνολο αυτό των παλμών, είναι ο καρδιακός ρυθμός.

Σκοπός της μέτρησης του καρδιακού ρυθμού είναι να αναγνωρίζονται οι διαταραχές, να αντιμετωπίζονται έγκαιρα (π.χ. αρρυθμίες, εσωτερική αιμορραγία) και να αποφεύγονται χρόνιες μόνιμες βλάβες, όπως η κολπική μαρμαρυγή (αν δεν αντιμετωπιστεί εντός τριών 24ώρων, μεταπίπτει σε μόνιμη αρρυθμία).

Χαρακτηριστικά καρδιακού ρυθμού

Τα χαρακτηριστικά του καρδιακού ρυθμού μας παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της καρδιάς ως αντλία και την επάρκεια της περιφερικής ροής αίματος. Τα χαρακτηριστικά είναι:

Συχνότητα. Η φυσιολογική συχνότητα των σφίξεων κυμαίνεται από 60- 100/min. Όταν οι σφίξεις είναι >100 -180, τότε ο ασθενής έχει ταχυκαρδία. Εάν οι σφίξεις είναι < 50, τότε παρουσιάζει βραδυκαρδία (με εξαίρεση ασθενείς που ασχολούνται με τον αθλητισμό).

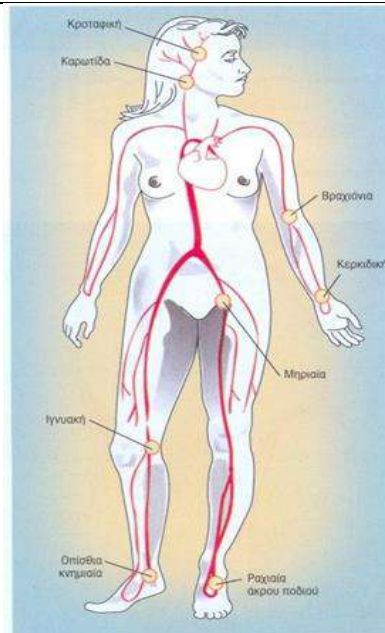
Ρυθμός. Ο καρδιακός ρυθμός είναι η ακολουθία των ώσεων και των παύσεων μεταξύ αυτών. Φυσιολογικά είναι ρυθμικός καθ' όλη την διάρκεια λήψης του αρτηριακού σφυγμού οπότε κι έχουμε **φλεβοκομβικό** ρυθμό. Όταν δεν έχουμε ρυθμική επανάληψη, τότε ο ασθενής παρουσιάζει **αρρυθμία**.

Εύρος. Το εύρος σφυγμού περιγράφει την ποιότητα του σφυγμού με την έννοια της πληρότητας και αντανakλά στη δύναμη της συστολής της αριστερής κοιλίας. Βαθμολογείται από 0 έως 4 ως ακολούθως:

0	Απουσία σφυγμού	Μη ψηλαφητός σφυγμός
1+	Νηματοειδής σφυγμός	Ψηλαφάται πολύ δύσκολα και εξαφανίζεται με άσκηση ελαφράς πίεσης
2+	Αδύναμος σφυγμός	Δυνατότερος από τον νηματοειδή, αλλά εξαφανίζεται με άσκηση ελαφράς πίεσης
3+	Φυσιολογικός σφυγμός	Ψηλαφάται εύκολα και εξαφανίζεται με άσκηση μέτριας πίεσης
4+	Αναπηδών σφυγμός	Δυνατός σφυγμός που δεν εξαφανίζεται με άσκηση μέτριας πίεσης

Ανατομικές θέσεις λήψης σφυγμού

- Η κροταφική αρτηρία
- Η καρωτιδική αρτηρία
- Η βραχιόνια αρτηρία
- Η κερκιδική αρτηρία
- Η μηριαία αρτηρία
- Η ιγνυακή αρτηρία
- Η οπίσθια κνημιαία αρτηρία
- Η ραχιαία άκρου ποδιού αρτηρία



Επίσης γίνεται μέτρηση του κορυφαίου σφυγμού με την ακρόαση της κορυφής της καρδιάς με στηθοσκόπιο.

Σκοπός διαδικασίας

Ο σκοπός της εφαρμογής του πρωτοκόλλου είναι να έχουμε συντονισμό στις νοσηλευτικές πράξεις, καλύτερη νοσηλευτική εκτίμηση, συντομότερο χρόνο εκτέλεσης και μείωση της πιθανότητας λάθους.

Σχεδιασμός παρέμβασης

Συνήθης θέση για ψηλάφηση του σφυγμού είναι η κερκιδική αρτηρία.

Ο αριθμός των σφίξεων συνήθως μετράτε πριν από τη λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων όπως είναι τα καρδιοτονωτικά και αντιαρρυθμικά.

Είναι απαραίτητο να χρησιμοποιείται ρολόι με δευτερολεπτοδείκτη όταν μετρούνται οι σφίξεις.

Κατά την μέτρηση των σφίξεων ο ασθενής πρέπει να είναι ξεκούραστος τουλάχιστον για 5 λεπτά, να μην έχει καταναλώσει καφεΐνη και να μην έχει καπνίσει για 30 λεπτά.

Υλικά

- Ρολόι με δείκτες ή ηλεκτρονικό Χαρτί ή διάγραμμα
- Στυλό

Γάντια απλά, εάν έρχεστε σε επαφή με βιολογικά υγρά του ασθενή

Μέτρηση σφυγμού στην κερκιδική αρτηρία

ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών και φορέστε γάντια εάν χρειάζεται.	Πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων.
2. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή.	Πρόληψη λάθους.
3. Εξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή.	Εξασφάλιση συνεργασίας, μείωση άγχους ασθενή.
4. Το πιο συνηθισμένο σημείο για την καταγραφή της συχνότητας του σφυγμού είναι στον καρπό, όπου ο κερκιδικός σφυγμός είναι εύκολα αισθητός.	Οι σφυγμοί μπορεί να είναι επίσης αισθητοί και σε άλλα σημεία τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ελεγχθεί η αιμάτωση των ιστών ή σε μια επείγουσα κατάσταση όταν ο κερκιδικός σφυγμός δεν θα ήταν κατάλληλος(π.χ. μετά από επέμβαση σε ένα άκρο).
5. Ζητήστε από τον ασθενή να ξαπλώσει σε ύπτια θέση με το χέρι χαλαρό παράλληλα με το σώμα, τον καρπό σε έκταση και την παλάμη προς τα κάτω. Επίσης, ο ασθενής μπορεί να είναι καθιστός με το πήχη να υποστηρίζεται με τον καρπό σε έκταση προς τα κάτω.	Οι θέσεις αυτές είναι συνήθως άνετες για τον ασθενή και εύκολες για τον νοσηλευτή.
6. Τοποθετήστε το δείκτη, το μέσο και τον παράμεσο κατά μήκος της κερκιδικής αρτηρίας του ασθενούς πιέζοντας ελαφρά προς την κερκίδα, ενώ ο αντίχειρας βρίσκεται στην αντίθετη πλευρά του καρπού.	Η κορυφή των δακτύλων, που είναι ευαίσθητη στην αφή, αισθάνεται τους παλμούς της κερκιδικής αρτηρίας του ασθενούς.
7. Ασκείστε επαρκή πίεση έτσι ώστε οι ώσεις να είναι αισθητές.	Η μέτρια πίεση επιτρέπει στον νοσηλευτή να αισθάνεται τη διάταση της κερκιδικής αρτηρίας σε κάθε ώση. Η αυξημένη πίεση εξαλείφει το σφυγμό, ενώ με την πολύ ελαφρά πίεση ο σφυγμός δεν ψηλαφιέται.
8. Χρησιμοποιείτε ένα ρολόι με δείκτες και μετρήστε τις σφύξεις για 30 δευτερόλεπτα. Πολλαπλασιάστε αυτό τον αριθμό επί δύο εάν είναι φυσιολογικός ρυθμός, για να έχετε τη συχνότητα για ένα λεπτό. Εάν ο καρδιακός ρυθμός δεν είναι φυσιολογικός, τότε ψηλαφήστε το σφυγμό για ένα ολόκληρο λεπτό ή και περισσότερο.	Απαιτείται επαρκής χρόνος για την αξιολόγηση της συχνότητας, του ρυθμού και του εύρους του σφυγμού, κυρίως όταν ο σφυγμός είναι άρρυθμος.
9. Αξιολογείτε το ρυθμό, το εύρος και την συχνότητα του αρτηριακού σφυγμού.	Οποιαδήποτε μεταβολή του ρυθμού, του εύρους και της συχνότητας μπορεί να επηρεάσει την καρδιακή παροχή.
10. Καταγράψτε τη συχνότητα του καρδιακού ρυθμού στο θερμομετρικό διάγραμμα και ενημερώστε για οποιοδήποτε παθολογικό εύρημα.	Ορθή τεκμηρίωση ώστε να υπάρξει ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης του ασθενή και να προλαμβάνονται πιθανές επιπλοκές.
11. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών.	Πρόληψη διασποράς μικροοργανισμών.

Μέτρηση αναπνοών

Ορισμοί

Αναπνοή ή πνευμονικός αερισμός καλείται η κίνηση του αέρα εντός και εκτός των πνευμόνων.

Εισπνοή είναι η ενέργεια εισόδου του αέρα.

Εκπνοή είναι η ενέργεια εξόδου του αέρα.

Αξιολογούμε τη συχνότητα, το βάθος και το ρυθμό των αναπνοών με επισκόπηση (παρατήρηση και ακρόαση), ή με ακρόαση με το στηθοσκόπιο.

Η αναπνευστική συχνότητα προσδιορίζεται μετρώντας τον αριθμό των αναπνοών ανά λεπτό. Φυσιολογικά, ο αριθμός των αναπνοών σε ενήλικα κυμαίνεται μεταξύ 12 - 20/λεπτό. Κατά τη διάρκεια της ασθένειας η συχνότητα της αναπνοής παρεκκλίνει από το φυσιολογικό. Έτσι επί πυρετού η αναπνευστική συχνότητα αυξάνει. Επίσης φάρμακα όπως π.χ τα ναρκωτικά, καταστέλλουν την αναπνευστική συχνότητα.

Το βάθος των αναπνοών ποικίλλει φυσιολογικά από μικρό έως μεγάλο (ρηχές ή βαθιές αναπνοές).

Ο ρυθμός είναι φυσιολογικά κανονικός, με κάθε εισπνοή/εκπνοή και τις παύσεις μεταξύ τους να εμφανίζονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Διαφορετικά, ο αναπνευστικός ρυθμός καλείται ακανόνιστος.

Σκοπός

Έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση διαταραχών αναπνευστικού ρυθμού. Διατήρηση επαρκούς ιστικής οξυγόνωσης.

Σχεδιασμός παρέμβασης

Καλό είναι, η μέτρηση των αναπνοών να γίνεται σε συνέχεια της αξιολόγησης του σφυγμού ώστε να μην καταλαβαίνει ο ασθενής ότι μετράτε τις αναπνοές. Διαφορετικά, μπορεί να τροποποιήσει το πρότυπο ή τη συχνότητα των αναπνοών.

Εάν οι αναπνοές είναι πολύ ρηχές και δύσκολο να αναγνωριστούν, παρατηρούμε την στερνική εντομή όπου η αναπνοή είναι πιο εμφανής.

Υλικό

- Ρολόι με δείκτες ή με ψηφιακή οθόνη Στυλό
- Χαρτί ή διάγραμμα
- Γάντια απλά, εάν έρχεστε σε επαφή με βιολογικά υγρά του ασθενή.

ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών, φορέστε γάντια εάν χρειάζεται.	Πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων.
2. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή.	Πρόληψη λάθους.
3. Εξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή σαν να επρόκειτο να μετρήσετε τις σφίξεις.	Αύξηση της συνεργασίας και μείωση του άγχους του ασθενή.
4. Πιάστε το χέρι του όπως και στη διαδικασία μέτρησης σφίξεων, ενώ παρακολουθείτε τον αριθμό των αναπνοών του.	Ο ασθενής δεν θα αντιληφθεί ότι μετρούμε τις αναπνοές του κι έτσι δεν θα διαταραχθεί η συχνότητά τους.
5. Παρατηρείστε τις κινήσεις του θώρακα με κάθε εισπνοή και εκπνοή.	Ενας πλήρης κύκλος εισπνοής και εκπνοής αποτελεί μια αναπνοή.
6. Μετρήστε τις αναπνοές σε διάστημα 30 δευτερολέπτων. Πολλαπλασιάστε επί δύο και έχετε τον αριθμό των αναπνοών του ασθενή.	Ο χρόνος αυτός απαιτείται για να αξιολογήσουμε και άλλα χαρακτηριστικά της αναπνοής όπως το βάθος και η συχνότητα.
7. Εάν οι αναπνοές δεν είναι φυσιολογικές, μετρούμε για ένα ολόκληρο λεπτό ή και περισσότερο εφόσον το κρίνουμε σκόπιμο.	Η μέτρηση για ένα λεπτό επιτρέπει να εντοπίσουμε άνισα μεσοδιαστήματα αναπνοών.
8. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών.	Πρόληψη διασποράς μικροβίων
9. Ενημερώστε το νοσηλευτικό φάκελο.	Σωστή τεκμηρίωση.

Πηγή:

<https://www.mamatsio.gr/dioikisi/kardiologiko-tmima/nosileftika-protokolla/425-metrisi-zotikon-simeion.html>

Λήψη ζωτικών σημείων σε παιδιά

Στο παρόν πρωτόκολλο αναφέρεται στη μέτρηση των ζωτικών Σημείων (ΗΣ) του ασθενή και ειδικότερα αφορά στις διαδικασίες:

- I. Τη μέτρηση της θερμοκρασίας,
- II. Την εκτίμηση των περιφερικών σφίξεων δια της ψηλάφησης,
- III. Τη μέτρηση των αναπνοών και
- IV. Τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.

Επειδή οι παιδιατρικοί ασθενείς αποτελούν μια εξαιρετικά ανομοιογενή ομάδα, είναι χρήσιμο να επιχειρηθεί μια προσπάθεια ταξινόμησης τους ανάλογα με την ηλικία, ώστε να αποσαφηνιστούν οι όροι για τον κλινικό νοσηλευτή. Σύμφωνα με μια διεθνώς αποδεκτή ταξινόμηση οι παιδιατρικοί ασθενείς ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες (ICH, 2000):

- Πρόωρα νεογνά
- Τελειόμηνα Νεογνά: από 0 έως 27 ημερών
- Βρέφη & Νήπια: από 28 ημερών έως 23 μηνών ✧ Παιδιά: από 2 έως 11 έτη
- Έφηβοι: από 11 έως 16 -18 έτη

I. Μέτρηση της θερμοκρασίας

Εισαγωγή- Ορισμοί

Η θερμοκρασία παρουσιάζει την ισορροπία μεταξύ της παραγόμενης και της αποβαλλόμενης θερμότητας και ρυθμίζεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Οι διακυμάνσεις δείχνουν την κατάσταση υγείας του σώματος. Αν υπάρχει υπερθερμία, λόγω πυρετογόνων παραγόντων ή ασθένεια του νευρικού συστήματος ή άλλη βλάβη, θερμοστατική λειτουργία μπορεί να διαταραχτεί.

Σα νεογνά και βρέφη είναι περισσότερο ευαίσθητα στις αλλαγές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος και πρέπει να προστατεύονται από τις ακραίες αλλαγές. Η θερμοκρασία του σώματος έχει μια φυσιολογική διακύμανση κατά την διάρκεια της ημέρας και μπορεί να είναι 0,5°C κάτω από το φυσιολογικό τις πρωινές ώρες και να ανεβαίνει 0,5°C πάνω από το φυσιολογικό το απόγευμα (όπως φαίνεται στον πίνακα 1). Φυσιολογικά, η θερμοκρασία είναι Χαμηλότερή κατά τη φάση του ύπνου, τη νύκτα

Πίνακας 1 Μέση τιμή εσωτερικής θερμοκρασίας ανά ηλικία

Ηλικία

Μέση τιμή εσωτερικής θερμοκρασίας

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| ➤ Γέννηση έως 1 μηνός | 36,1° C έως 37,8ο C |
| ➤ 2 μηνών έως 1 έτους | 37,3° C έως 37,6ο C |
| ➤ 2 ετών έως 5 ετών | 36,9° C έως 37,3ο C |
| ➤ 6 ετών έως 12 ετών | 36,7° C έως 36,9ο C |
| ➤ 13 ετών έως 18 ετών | 36,4ο C έως 36,6ο C |

Ως πυρετός χαρακτηρίζεται αύξηση της θερμοκρασίας σώματος πάνω από τη φυσιολογική ημερήσια διακύμανση.

Ως υποθερμία ορίζεται κάθε πτώση της θερμοκρασίας κάτω από τους 35οC Θ

Η υποθερμία διακρίνεται σε ήπια (32οC - 35οC), μέτρια (28οC- 32οC), βαριά (<28οC). Η υποθερμία όπως και η υπερθερμία μπορεί να είναι δείκτης ασθένειας και εκτιμάται ως εξίσου σημαντική.

Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Θερμομέτρηση

Οι ανατομικές θέσεις που χρησιμοποιούνται συνήθως για την μέτρηση της θερμοκρασίας είναι: η μασχάλη, η τυμπανική μεμβράνη, η στοματική κοιλότητα και το ορθό.

Τα θερμόμετρα που χρησιμοποιούνται για τη θερμομέτρηση των παιδιατρικών ασθενών διακρίνονται σε:

- Ηλεκτρονικά θερμόμετρα για τη μασχάλη, το ορθό ή τη στοματική κοιλότητα
- Θερμόμετρα υπερήχων για μέτρηση της θερμοκρασίας της τυμπανικής μεμβράνης

Οι κατευθυντήριες οδηγίες σύμφωνα με το National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2007), σχετικά με την επιλογή θερμομέτρου και ανατομικής θέσης της θερμομέτρησης συνοψίζονται ως παρακάτω:

- Η θερμομέτρηση από το στόμα και το ορθό δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται συστηματικά σε παιδιά από 0 έως 5 ετών
- Η θερμομέτρηση στα νεογνά κα πρέπει να γίνεται με χρήση ηλεκτρονικού θερμομέτρου στη μασχάλη
- Σε βρέφη, νήπια και παιδιά έως 5 ετών, η θερμομέτρηση θα πρέπει να γίνεται είτε:
- Με χρήση ηλεκτρονικού θερμομέτρου στη μασχάλη, είτε
- Με χρήση θερμομέτρου υπερήχων στην τυμπανική μεμβράνη
- Οι αυτοκόλλητες ταινίες που τοποθετούνται στο μέτωπο του παιδιού για ανάκτηση τιμής θερμοκρασίας, θεωρούνται αναξιόπιστες και δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας
- Η αντίληψη των γονέων σχετικά με τη θερμοκρασία του παιδιού τους, θα πρέπει να θεωρείται έγκυρη και να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από το νοσηλευτικό προσωπικό

Ενδείξεις

Η θερμομέτρηση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της βασικής νοσηλευτικής αξιολόγησης κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Η θερμομέτρηση κα πρέπει να λαμβάνει χώρα στις παρακάτω περιπτώσεις:

- Κατά την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο
- Στο νοσηλευτικό τμήμα κατά το πρόγραμμα ρουτίνας
- Πριν και μετά από χειρουργική επεμβατική διαγνωστική διαδικασία
- Όταν η γενική σωματική κατάσταση του παιδιού μεταβληθεί απότομα
- Πριν και μετά από την χορήγηση αίματος ή παραγώγων αίματος
- Εφίδρωση
- Ταχύπνοια
- Δυσφορία
- Εμφάνιση εξανθήματος
- Ερυθρότητα
- Αλλαγή του επιπέδου συνείδησης
- Επισημάνσεις των γονέων για διαφοροποιήσεις στην εικόνα του παιδιού

Νοσηλευτική Εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση πριν την εφαρμογή του πρωτοκόλλου κα πρέπει να εστιάζει στα εξής:

- Ηλικία του παιδιού
- Ιατρικό ιστορικό και συνολική κατάσταση του παιδιού
- Ιατρική οδηγία για την συχνότητα ελέγχου της θερμοκρασίας του παιδιού

- Παράγοντες που επηρεάζουν τη θερμοκρασία του αίματος όπως οι ημερήσιες διακυμάνσεις, η σωματική άσκηση, το στρες, η θερμοκρασία του περιβάλλοντος, η λήψη θερμών ή ψυχρών υγρών, το βάρος του σώματος, οι ασθένειες και η φαρμακευτική αγωγή.

Νοσηλευτική Διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Αύξηση θερμοκρασίας σώματος που σχετίζεται με γενικευμένη λοίμωξη.
- Υποθερμία που οφείλεται σε έκθεση σε ψυχρό περιβάλλον.
- Διαταραχή θερμορρύθμισης που οφείλεται σε ανεπάρκεια του θερμορρυθμιστικού κέντρου (κακοήθης υπερπυρεξία).
- Αίσθημα άγχους που μπορεί να προκαλέσει η ερυθρότητα ή η εμφάνιση εξανθήματος στο παιδί και τους γονείς.
- Ανισοζύγιο υγρών (λιγότερο από ανάγκες αίματος) που οφείλεται στον αυξημένο μεταβολικό ρυθμό, όπως φαίνεται από την αλλαγή του επιπέδου συνείδησης του παιδιού.

Αναμενόμενα αποτελέσματα

Σα αναμενόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα παρακάτω:

- Σωστή και έγκαιρή αντιμετώπιση της υπερθερμίας ή της υποθερμίας.
- Ανίχνευση αποκλίσεων από τις φυσιολογικές τιμές για την ηλικία του παιδιού.
- Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στο παιδί, και ενημέρωση του για την μέτρηση που θα ακολουθήσει.
- Η ενημέρωση και ο καθησυχασμός των γονέων. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται ένα πιο ήρεμο περιβάλλον για το παιδί και καλύτερες συνθήκες καταγραφής των ζωτικών του σημείων.

Ειδικές προφυλάξεις

1. Αντένδειξη για θερμομέτρηση από το ορθό αποτελούν: η διάρροια, οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, χειρουργική επέμβαση στην περιοχή, ανοσοκαταστολή, θρομβοπενία, έλλειψη συνεργασίας (πχ διεγερτικοί ασθενείς).
2. Μην τοποθετείτε το θερμόμετρο στο στόμα σε παιδιά με ηλικία μικρότερη των 4 ετών, διεγερτικά παιδιά, παιδιά με απώλεια αισθήσεων ή με σπασμούς. Υπάρχει κίνδυνος το παιδί να δαγκώσει το θερμόμετρο και να σπάσει.
3. Σε σηπτικές καταστάσεις αποφύγετε τη θερμομέτρηση από τη μασχάλη και γενικώς όταν η κατάσταση του ασθενούς είναι βαριά, επιδιώκετε πάντα την λήψη τιμών και εσωτερικής θερμοκρασίας. Σε περίπτωση που η εσωτερική θερμοκρασία δε διαφέρει σημαντικά από την περιφερική, μπορείτε να συνεχίσετε με παρακολούθηση της περιφερικής θερμοκρασίας. Εφόσον, όμως, η θερμοκρασία αποκλίνει σημαντικά (περισσότερο από 1oC), και πρέπει να παρακολουθείται η εσωτερική θερμοκρασία, έως ότου η κατάσταση του παιδιού ομαλοποιηθεί.
4. Η άσκηση, το υπερβολικό ντύσιμο, ένα ζεστό μπάνιο ή ο ζεστός καιρός μπορεί να προκαλέσει μέτρια άνοδο της θερμοκρασίας του σώματος από 1°C έως 1,5°C. Αν υπάρχει πιθανότητα ένας από τους πιο πάνω παράγοντες να έχει επηρεάσει τη θερμοκρασία σώματος του παιδιού, ακριβή θερμομέτρηση μπορούμε να έχουμε μετά από 30 λεπτά.
5. Στην περίπτωση που η μέτρηση γίνεται από την στοματική κοιλότητα, βεβαιωθείτε ότι έχουν περάσει τουλάχιστον 15 λεπτά αφ' ότου το παιδί ήπια κάποιο κρύο ή ζεστό ρόφημα, για να εξασφαλίσετε ένα αξιόπιστο αποτέλεσμα.
6. Η οδοντοφυΐα δεν προκαλεί πυρετό υψηλότερο από 38,4°C.
7. Σα υδραργυρικά θερμόμετρα δεν θεωρούνται πλέον ασφαλή τόσο για τα παιδιά όσο και για τους ενήλικες, αφού σε περίπτωση που σπάσουν υπάρχει κίνδυνος εισπνοής των τοξικών ουσιών του υδραργύρου. Γενικότερα δε, και για λόγους προστασίας του περιβάλλοντος, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η χρήση τους δεν συστήνεται.

Α. Θερμομέτρησή από το ορθό

Υλικό

- Ένα ψηφιακό θερμόμετρο
- Μαλακό απορροφητικό χαρτί
- Δοχείο φύλαξης με ένδειξη «θερμόμετρο ορθού
- Ελαιώδης ουσία
- Θερμομετρικό διάγραμμα
- Γάντια ελαστικά μη αποστειρωμένα
- Καλύπτρα μιας χρήσεως

Εφαρμογή πρωτοκόλλου

Β. Θερμομέτρηση από το ορθό	
Ενέργεια	Αιτιολόγηση
1) Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
2) Οργανώστε το υλικό	Προαγωγή της αποτελεσματικότητας
3) Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή	Πρόληψη λάθους
4) Εξηγήστε τη διαδικασία στο παιδί και τους γονείς και εξασφαλίστε πληροφορημένη συναίνεση.	Αύξηση της συνεργασίας, μείωση του άγχους
5) Φορέστε γάντια ελαστικά μη αποστειρωμένα	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
6) Εξασφαλίστε την ιδιωτικότητα του ασθενούς	Προαγωγή της άνεσης, μείωση του άγχους
7) Εφόσον πρόκειται για νεογνό ή βρέφος, Κρατάτε σταθερά το παιδί για να μην τοποθετήσετε το μπρούμυτα, στηρίζοντας την πλάτη του με το χέρι σας ή σε πλάγια θέση ή ανάσκελα με τα πόδια λυγισμένα στο θώρακα	Κρατάτε σταθερά το παιδί για να μην τραυματιστεί με κάποια απότομη κίνηση
8) Ενεργοποιήστε το θερμόμετρο και εφαρμόστε καλύπτρα μιας χρήσης	Τα ηλεκτρονικά θερμόμετρα είναι ευαίσθητα στην εφαρμογή απολυμαντικών. Η καλύπτρα εξασφαλίζει τήρηση των κανόνων υγιεινής με ελαχιστοποίηση της χρήσης απολυμαντικών
9) Επαλείψτε με ελαιώδη ουσία το άκρο του θερμομέτρου	Η λιπαντική ουσία μειώνει την τριβή και επομένως διευκολύνει την είσοδο, μειώνοντας τον ερεθισμό ή τραυματισμό του βλεννογόνου του ορθού. Αποφύγετε να χρησιμοποιήσετε μεγάλη ποσότητα γιατί μπορεί να λειτουργήσει σαν μονωτικό
10) Με προσοχή εισάγετε το θερμόμετρο στο ορθό 1,5 με 2,5 cm με φορά προς τον ομφαλό	Περαιτέρω εισαγωγή αυξάνει τον κίνδυνο διάτρησης, διότι το κόλον κάνει καμπύλη σε βάθος 3 cm περίπου.
11) Κρατείστε το θερμόμετρο στην περιοχή για ένα λεπτό ή έως ότου δώσει σήμα με ήχο ή φωτεινή ένδειξη ότι η μέτρηση ολοκληρώθηκε	Κίνδυνος μετακίνησης του θερμομέτρου

12) Απομακρύνετε το θερμόμετρο και αφαιρέστε την καλύπτρα. Σκουπίστε το με φορά από τα δάκτυλά σας προς το άκρο με σταθερές περιστροφικές κινήσεις. Στη περίπτωση που υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες του κατασκευαστή ή απολύμανση γίνεται σύμφωνα με αυτές.	Ο καθαρισμός του θερμομέτρου από την καθαρότερη προς την ρυπαρότερη περιοχή μειώνει την εξάπλωση των μικροοργανισμών. Η τριβή συμβάλλει στην απομάκρυνση των μικροοργανισμών
13) Σκουπίστε στον ασθενή εάν υπάρχουν υπολείμματα λιπαντικής ουσίας ή απεκκρίματα	Προαγωγή καθαριότητας και άνεσης
14) Διαβάστε τη θερμοκρασία	Ο καθαρισμός του θερμομέτρου από την καθαρότερη προς την ρυπαρότερη περιοχή μειώνει την εξάπλωση των μικροοργανισμών. Η τριβή συμβάλλει στην απομάκρυνση των μικροοργανισμών.
15) Απορρίψτε κατάλληλα το χρησιμοποιημένο απορροφητικό χαρτί και την καλύπτρα	Προαγωγή καθαριότητας και άνεσης
16) Τοποθετήστε το θερμόμετρο στη θήκη με την ένδειξη «θερμόμετρο ορθού» που βρίσκεται στο κομοδίνο	Διασφάλιση ότι το θερμόμετρο θα χρησιμοποιηθεί για τον ίδιο ασθενή, στην ίδια ανατομική θέση.
17) Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε κατάλληλα	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
18) Τοποθετήστε τον ασθενή σε άνετή και ασφαλή θέση	Προαγωγή άνεσης, ασφάλειας
19) Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
20) Καταγράψτε τα ευρήματα και υπογράψτε την κάρτα νοσηλείας. Ενημερώστε το θεράποντα ιατρό για μη φυσιολογικές μετρήσεις	Ακριβής νοσηλευτική τεκμηρίωση.
21) Καταγράψτε τη θερμοκρασία στο θερμομετρικό διάγραμμα του ασθενούς και ενημερώστε σε περίπτωση μη φυσιολογικών ευρημάτων.	Η καταγραφή της θερμοκρασίας παρέχει ακριβή τεκμηρίωση.

B. Θερμομέτρησή από τη μασχάλη

Υλικό

- Ένα ψηφιακό θερμόμετρο
- Μαλακό απορροφητικό χαρτί
- Καλύπτρα μιας χρήσεως
- Δοχείο φύλαξης
- Θερμομετρικό διάγραμμα
- Γάντια ελαστικά μη αποστειρωμένα

Εφαρμογή πρωτοκόλλου

B. Θερμομέτρηση από τη μασχάλη σε παιδιατρικούς ασθενείς	
Ενέργεια	Αιτιολόγηση
1) Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
2) Οργανώστε το υλικό	Προαγωγή της αποτελεσματικότητας
3) Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή	Πρόληψη λάθους
4) Εξηγήστε τη διαδικασία στο παιδί και τους γονείς και εξασφαλίστε πληροφορημένη συναίνεση	Αύξηση της συνεργασίας, μείωση του άγχους
5) Στεγνώστε τη μασχάλη του παιδιού αν είναι ιδρωμένο και ελευθερώστε την από ενδύματα.	Αξιοπιστία μέτρησης
6) Εφαρμόστε καλύπτρα μιας χρήσης στο ηλεκτρονικό θερμόμετρο.	Τα ηλεκτρονικά θερμόμετρα είναι ευαίσθητα στην εφαρμογή απολυμαντικών. Η καλύπτρα εξασφαλίζει τήρηση των κανόνων υγιεινής με ελαχιστοποίηση της χρήσης απολυμαντικών
7) Τοποθετήστε το άκρο του θερμομέτρου στο κέντρο της μασχάλης και κρατείστε σταθερά το μπράτσο πάνω στο θώρακα για ένα λεπτό ή έως ότου δώσει σήμα με ήχο ή φωτεινή ένδειξη ότι η μέτρηση ολοκληρώθηκε.	Ο επαρκής χρόνος οδηγεί σε ακριβή μέτρηση της θερμοκρασίας.
8) Απομακρύνετε το θερμόμετρο και αφαιρέστε την καλύπτρα. Καθαρίστε το θερμόμετρο με χλιαρό μείγμα αφρίζοντος μικροβιοκτόνου διαλύματος και νερού ή με αντισηπτικό αλκοολούχο διάλυμα. Στην περίπτωση που υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες του κατασκευαστή η απολύμανση γίνεται σύμφωνα με αυτές.	Το θερμόμετρο που έχει χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της θερμοκρασίας από τη μασχάλη θα πρέπει να καθαρίζεται πριν χρησιμοποιηθεί για μέτρηση από άλλη οδό και αντίστροφα.
9) Διαβάστε τη θερμοκρασία	
10) Απορρίψτε κατάλληλα το χρησιμοποιημένο απορροφητικό χαρτί και την καλύπτρα	Τα υλικά αυτά εφόσον δεν υφίσταται ιδιαίτερος λόγος απορρίπτονται στον κάδο οικιακών απορριμμάτων
11) Τοποθετήστε το θερμόμετρο στη θήκη του που βρίσκεται στο κομοδίνο	Ο μηχανικός καθαρισμός με το πλύσιμο του θερμομέτρου απομακρύνει οργανικά υλικά και μικροοργανισμούς.
12) Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε κατάλληλα	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
13) Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
14) Καταγράψτε τα ευρήματα και υπογράψτε την κάρτα νοσηλείας. Ενημερώστε το θεράποντα ιατρό για μη φυσιολογικές μετρήσεις	Η καταγραφή της θερμοκρασίας παρέχει ακριβή νοσηλευτική τεκμηρίωση.

Γ. Θερμομέτρησή από το αυτί

Υλικό

- Ειδική ηλεκτρονική φορητή συσκευή μέτρησης τυμπανικής θερμοκρασίας
- Θερμομετρικό διάγραμμα
- Ειδικές χοάνες μιας χρήσεως για το άκρο του θερμομέτρου
- Γάντια ελαστικά μη αποστειρωμένα

Εφαρμογή πρωτοκόλλου

Γ. Θερμομέτρηση από το αυτί σε παιδιατρικούς ασθενείς	
Ενέργεια	Αιτιολόγηση
1) Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
2) Οργανώστε το υλικό	Προαγωγή της αποτελεσματικότητας
3) Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή	Πρόληψη λάθους
4) Εξηγήστε τη διαδικασία στο παιδί και τους γονείς και εξασφαλίστε πληροφορημένη συναίνεση	Αύξηση της συνεργασίας, μείωση του άγχους
5) Βεβαιωθείτε ότι ο ακουστικός πόρος είναι ελεύθερος κυψελίδας	Η αυξημένη ποσότητα κυψελίδας ή η παρουσία βύσματος πρέπει να απομακρύνονται πριν την εφαρμογή του θερμομέτρου.
ΔΕΝ εκτελείτε θερμομέτρηση από το αυτί σε περίπτωση τραύματος ή χειρουργικής επέμβασης	
6) Εφαρμόστε την ειδική χοάνη μιας χρήσεως στο άκρο του θερμομέτρου	Ο επαρκής χρόνος οδηγεί σε ακριβή μέτρηση της θερμοκρασίας.
7) Τοποθετήστε το άκρο του θερμομέτρου με ήπιες κινήσεις καλά στο αυτί ώστε να εφάπτεται πλήρως εξωτερικά και να βρίσκεται όσο το δυνατόν πιο κοντά στο τύμπανο του αυτιού χωρίς όμως να ακουμπά σε αυτό. Πείτε στον άρρωστο να μην κουνάει το κεφάλι.	Προαγωγή ακρίβειας μετρήσεων.
8) Πιέστε το κουμπί έναρξης της θερμομέτρησης και περιμένετε μέχρι να ακουστεί το ηχητικό σήμα της ολοκλήρωσης της μέτρησης	
9) Απομακρύνετε τη συσκευή, αφαιρέστε τη χοάνη και διαβάστε τη θερμοκρασία που εμφανίζεται στην οθόνη της συσκευής.	Τα υλικά αυτά εφόσον δεν υφίσταται ιδιαίτερος λόγος απορρίπτονται στον κάδο οικιακών απορριμμάτων
10) Τοποθετήστε τη συσκευή στην ειδική θήκη φύλαξης	Ο μηχανικός καθαρισμός με το πλύσιμο του θερμομέτρου απομακρύνει οργανικά υλικά και μικροοργανισμούς.
11) Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
12) Καταγράψτε τα ευρήματα και υπογράψτε την κάρτα νοσηλείας. Ενημερώστε το θεράποντα ιατρό για μη φυσιολογικές μετρήσεις	Η καταγραφή της θερμοκρασίας παρέχει ακριβή νοσηλευτική τεκμηρίωση.

Αξιολόγηση παρέμβασης

Βαθμός κατά τον οποίο επιτεύχθηκαν τα επιθυμητά αποτελέσματα που διατυπώθηκαν κατά τη φάση του σχεδιασμού.

Νοσηλευτική τεκμηρίωση

Στην κάρτα νοσηλείας του ασθενούς θα μπορούσαν να σημειωθούν τα παρακάτω:

- Ημερομηνία και ώρα θερμομέτρησης
- Τιμή θερμοκρασίας και σε ποια ανατομική θέση λαμβάνεται
- Ανοχή και συνεργασία ασθενούς

- Ανάγκη για αύξηση ή μείωση των μεσοδιαστημάτων εκτίμησης

II. Μέτρηση σφίξεων με ψηλάφηση

Εισαγωγή- Ορισμοί

Σφυγμός είναι το κύμα της αρτηριακής πίεσης που φθάνει στις περιφερικές αρτηρίες μετά από κάθε συστολή του καρδιακού μυός και την προώθηση του αίματος στην αορτή και ολόκληρο το αρτηριακό δίκτυο.

Ο σφυγμός ψηλαφάται σε σημεία από τα οποία περνά επιφανειακή αρτηρία και μπορεί να πιεσθεί σταθερά πάνω σε οστό ή μυ.

Τα σημεία αυτά είναι:

- Η κερκιδική αρτηρία
- Η ωλένιος αρτηρία
- Η βραχιόνια αρτηρία
- Η κροταφική αρτηρία
- Η καρωτιδική αρτηρία
- Η μηριαία αρτηρία
- Η ιγνυακή αρτηρία
- Η οπίσθια κνημιαία αρτηρία
- Η ραχιαία του άκρου ποδός αρτηρία

Η συχνότητα του σφυγμού είναι αρκετά ευμετάβλητη στη βρεφική και την παιδική ηλικία. Επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων της δραστηριότητας, της ανησυχίας, του κλάματος και στα βρέφη της διατροφής.

Στους πίνακες 2 και 3 παρουσιάζονται οι φυσιολογικές τιμές των σφίξεων για τα παιδιά και τα βρέφη αντίστοιχα.

Πίνακας 2. Φυσιολογικές τιμές σφίξεων σε παιδιά ανάλογα με την ηλικία

Ηλικία (έτη)	Σφίξεις ανά λεπτό
<1	100-160
1-2	90-150
2-5	80-140
6-12	70-120
>12	60-100

*Dieckmann R, Brownstein D, Gausche-Hill M (Eds): Pediatric Education for Prehospital Professionals. Sudbury, Mass, Jones & Bartlett, American Academy of Pediatrics, 2000, pp 43-45.

Πίνακας 3. Φυσιολογικές τιμές σφύξεων σε νεογνά και βρέφη*

Ηλικία	Σφίξεις ανά λεπτό
Νεογνό	90-180
1 μήνα	110-180
3 μηνών	110-180
6 μηνών	110-180

*Gausche-Hill M, ETAL, The pediatric emergency medicine resource. (2006). 4thed. Sudbury (MA): Jones&Bartlett.

Ενδείξεις

Η μέτρηση των σφύξεων δια της ψηλάφησης αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της βασικής νοσηλευτικής αξιολόγησης κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Θα πρέπει να λαμβάνει χώρα στις παρακάτω περιπτώσεις:

- Κατά την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο
- Στο νοσηλευτικό τμήμα κατά την καθημερινή λήψη ΖΣ
- Πριν και μετά από χειρουργική επέμβαση ή διαγνωστική διαδικασία
- Πριν και μετά από χορήγηση φαρμάκων που επιδρούν στην καρδιακή λειτουργία
- Όταν η γενική σωματική κατάσταση του παιδιού μεταβληθεί απότομα
- Πριν και μετά από τη χορήγηση αίματος ή παραγώγων αίματος
- Σε κάθε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάσει:
 - Δύσπνοια
 - Ταχύπνοια
 - Αλλαγή του επιπέδου συνείδησης
 - Κυάνωση
- Επιστημάνσεις των γονέων για διαφοροποιήσεις στη φυσιολογική εικόνα του παιδιού.

Νοσηλευτική Εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση πριν την εφαρμογή του πρωτοκόλλου θα πρέπει να εστιάζει στα εξής:

- Ηλικία του παιδιού
- Ιατρικό ιστορικό και συνολική κατάσταση του παιδιού
- Φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει
- Ιατρική οδηγία για την συχνότητα ελέγχου του σφυγμού
- Ακριβή καταγραφή της συχνότητας, του ρυθμού (ρυθμικός, άρρυθμος σφυγμός), της έντασης (έντονος, ασθενικός, νηματοειδής) και του επιπέδου δραστηριότητας του παιδιού την ώρα της μέτρησης των σφύξεων (κοιμισμένο, έκλαιγε κλπ)
- Παράγοντες που επηρεάζουν τον αριθμό των σφύξεων όπως η σωματική άσκηση, ο πυρετός, η φαρμακευτική αγωγή, το στρες και η αιμορραγία.

Νοσηλευτική Διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Φόβος και άγχος που μπορεί να σχετίζονται με την ταχυκαρδία ή το αίσθημα παλμών
- Διαταραχές ρυθμού που οφείλονται σε παθολογικές καταστάσεις ή σε παρενέργειες φαρμάκων.
- Αναμενόμενα αποτελέσματα παρέμβασης
- Τα αναμενόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα παρακάτω:
- Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στο παιδί, και ενημέρωση του για τη μέτρηση που θα ακολουθήσει
- Η ενημέρωση και ο καθησυχασμός των γονέων. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται ένα πιο ήρεμο περιβάλλον για το παιδί και καλύτερες συνθήκες καταγραφής των ζωτικών σημείων
- Ανίχνευση αποκλίσεων από τις φυσιολογικές τιμές για την ηλικία του παιδιού

ΥΛΙΚΟ

- Ένα στηθοσκόπιο για παιδιά
- Ένα ρολόι

Εφαρμογή πρωτοκόλλου

Μέτρηση σφίξεων σε παιδιατρικούς ασθενείς	
Ενέργεια	Αιτιολόγηση
1) Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
2) Οργανώστε το υλικό	Προαγωγή της αποτελεσματικότητας
3) Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή	Πρόληψη λάθους
4) Εξηγήστε τη διαδικασία στο παιδί και τους γονείς και εξασφαλίστε πληροφορημένη συναίνεση	Αύξηση της συνεργασίας, μείωση του άγχους
5) Τοποθετήστε το δείκτη, το μέσο και τον παράμεσο πάνω από την αρτηρία	Εκτίμηση της συχνότητας, του ρυθμού και της έντασης παλμού
6) Ασκείτε ήπια πίεση.	Αποφυγή της διακοπής ροής του αίματος
7) Αν το παιδί είναι πάνω από 2 ετών και δεν παρουσιάζει άρρυθμο σφυγμό, μπορείτε να μετρήσετε τις σφίξεις για μισό λεπτό και να διπλασιάσετε το αποτέλεσμα. ετική περίπτωση, μετρήστε ένα ολόκληρο λεπτό.	Εξασφαλίζει πιο αξιόπιστο αποτέλεσμα
8) Καταγράψτε και υπογράψτε στο φύλλο νοσηλείας του παιδιού την τιμή των σφίξεων (καθώς και τον ρυθμό ή την έντασή του εάν αυτό κρίνεται απαραίτητο).	Το ενημερωμένο φύλλο νοσηλείας του παιδιού παρουσιάζει τη συνολική εικόνα της γενικής του κατάστασης
9) Αναφέρετε οποιαδήποτε μεταβολή στα χαρακτηριστικά του σφυγμού	Βοηθάει στην λήψη νοσηλευτικών μέτρων για την έγκαιρη αντιμετώπιση της κατάστασης
10) Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
1) Καταγράψτε τα ευρήματα και υπογράψτε την κάρτα νοσηλείας. Ενημερώστε το θεράποντα ιατρό για μη φυσιολογικές μετρήσεις	Η καταγραφή της θερμοκρασίας παρέχει ακριβή νοσηλευτική τεκμηρίωση.

Αξιολόγηση Παρέμβασης

Βαθμός κατά τον οποίο επιτεύχθηκαν τα επιθυμητά αποτελέσματα που διατυπώθηκαν κατά τη φάση του σχεδιασμού.

Νοσηλευτική Τεκμηρίωση

Στην κάρτα νοσηλείας του ασθενούς θα μπορούσαν να σημειωθούν τα παρακάτω:

- Ημερομηνία και ώρα μέτρησης
- Συχνότητα, ρυθμός και ένταση σφυγμού
- Ανατομική θέση λήψης
- Ανοχή και συνεργασία ασθενούς και οικογένειας
- Ανάγκη για αύξηση ή μείωση των μεσοδιαστημάτων εκτίμησης
- Ανάγκη για λήψη επιπλέον μέτρων παρακολούθησης (monitor, ΗΚΓ).

III. Μέτρηση αναπνοών σε παιδιατρικούς ασθενείς

Εισαγωγή-Ορισμοί

Αναπνοή είναι η λειτουργία μεταφοράς οξυγόνου από τον ατμοσφαιρικό αέρα στους πνεύμονες και στη συνέχεια στο αίμα, και του διοξειδίου του άνθρακα αντίθετα, από το αίμα στους πνεύμονες και τέλος στον ατμοσφαιρικό αέρα.

Η μέτρηση της αναπνοής είναι καλό να προηγείται των άλλων μετρήσεων. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγουμε πιθανή αναστάτωση του παιδιού και επηρεασμό του αποτελέσματος της μέτρησης. Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι φυσιολογικές τιμές αναπνοών σε νεογνά, βρέφη και παιδιά.

Πίνακας 4. Φυσιολογικός αριθμός αναπνοών σε νεογνά, βρέφη και παιδιά^{1, 2}

Ηλικία	Αναπνευστική συχνότητα (αναπνοές ανά λεπτό)
0 - 27 ημερών	40 - 60
28 ημ- 3 μηνών	30 - 50
4 -6 μηνών	30 -45
7-12 μηνών	25 - 40
1-2	24 - 35
2-5	22 - 34
6-12	18 - 30
>12	12 - 16

Ενδείξεις

Η μέτρηση των αναπνοών αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της βασικής νοσηλευτικής αξιολόγησης κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Θα πρέπει να λαμβάνει χώρα στις παρακάτω περιπτώσεις:

- Κατά την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο
- Στο νοσηλευτικό τμήμα κατά το πρόγραμμα ρουτίνας
- Πριν και μετά από χειρουργική επέμβαση ή διαγνωστική διαδικασία
- Πριν και μετά από χορήγηση φαρμάκων που επιδρούν στην αναπνευστική λειτουργία
- Όταν η γενική σωματική κατάσταση του παιδιού μεταβληθεί απότομα
- Πριν και μετά από τη χορήγηση αίματος ή παραγώγων αίματος
- Παρουσία σημείων αναπνευστικής δυσχέρειας
- Αλλαγή του επιπέδου συνείδησης
- Επισημάνσεις των γονέων για διαφοροποιήσεις στην φυσιολογική εικόνα του παιδιού.

Νοσηλευτική Εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση πριν την εφαρμογή του πρωτοκόλλου θα πρέπει να εστιάζει στα εξής:

- Ηλικία του παιδιού
- Ιατρικό ιστορικό και παρούσα νόσος
- Φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει
- Ιατρική οδηγία για την συχνότητα ελέγχου της αναπνοής
- Παρουσία σημείων αναπνευστικής δυσχέρειας (συριγμός, γογγυσμός, αναπέταση ρινικών πτερυγίων, χρήση επικουρικών μυών κλπ)
- Επίπεδο της δραστηριότητας του παιδιού πριν και κατά τη διάρκεια της μέτρησης
- Παράγοντες που επηρεάζουν την αναπνοή όπως η στάση του σώματος, η σωματική άσκηση και το στρες.

Νοσηλευτική Διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

Διαταραχή στην ανταλλαγή αερίων που οφείλεται σε αναποτελεσματικό καθαρισμό των αεραγωγών, όπως φαίνεται από το χρώμα του δέρματος και των βλεννογόνων.

Αναποτελεσματικός τύπος αναπνοής σχετιζόμενος με οίδημα του ανώτερου αναπνευστικού, όπως φαίνεται από την παρουσία εισπνευστικού συριγμού.

Αναμενόμενα αποτελέσματα παρέμβασης

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα παρακάτω:

- Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στο παιδί και τους γονείς
- Η ενημέρωση και ο καθησυχασμός των γονέων. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται ένα πιο ήρεμο περιβάλλον για το παιδί και καλύτερες συνθήκες καταγραφής των ζωτικών σημείων.
- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος για τη διενέργεια της μέτρησης
- Ανίχνευση αποκλίσεων από τις φυσιολογικές τιμές για την ηλικία του παιδιού

ΥΛΙΚΟ:

Ένα ρολόι

Εφαρμογή πρωτοκόλλου

Μέτρηση αναπνοών σε παιδιατρικούς ασθενείς	
Ενέργεια	Αιτιολόγηση
1) Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
2) Οργανώστε το υλικό	Προαγωγή της αποτελεσματικότητας
3) Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή	Πρόληψη λάθους
4) Εξηγήστε τη διαδικασία στο παιδί και τους γονείς και εξασφαλίστε πληροφορημένη συναίνεση	Αύξηση της συνεργασίας, μείωση του άγχους
5) Έχετε το παιδί ξαπλωμένο άνετα ή καθισμένο.	Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος
6) Κρατείστε τα δάχτυλά σας στον καρπό του παιδιού και μετρήστε τις αναπνοές για ένα ολόκληρο λεπτό, παρακολουθώντας τόσο τις θωρακικές όσο και τις κοιλιακές κινήσεις.	Ο ασθενής δεν θα πρέπει να αντιληφθεί ότι μετριοούνται οι αναπνοές του, γιατί μπορεί ενσυνείδητα να τις τροποποιήσει επηρεάζοντας την συχνότητα
7) Καταγράψτε στο φύλλο νοσηλείας του παιδιού την τιμή των αναπνοών (το βάθος και την ποιότητά τους) και υπογράψτε	Το ενημερωμένο φύλλο νοσηλείας του παιδιού παρουσιάζει τη συνολική εικόνα της γενικής του κατάστασης
8) Αναφέρετε οποιαδήποτε μεταβολή στην αναπνευστική κατάσταση του παιδιού.	Βοηθάει στην λήψη νοσηλευτικών μέτρων για την έγκαιρη αντιμετώπιση της κατάστασης
9) Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών.	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων

Αξιολόγηση Παρέμβασης

Βαθμός κατά τον οποίο επιτεύχθηκαν τα επιθυμητά αποτελέσματα που διατυπώθηκαν κατά τη φάση του σχεδιασμού.

Νοσηλευτική Τεκμηρίωση

Στην κάρτα νοσηλείας του ασθενούς θα μπορούσαν να σημειωθούν τα παρακάτω:

Ημερομηνία και ώρα μέτρησης αναπνοών

- Συχνότητα, βάθος και ποιότητα αναπνοών
- Ανάγκη για αύξηση ή μείωση των μεσοδιαστημάτων εκτίμησης

- Ανοχή και συνεργασία ασθενούς και οικογένειας

IV. Μέτρηση αρτηριακής πίεσης με ηλεκτρονικό πιεσόμετρο σε παιδιατρικούς ασθενείς

Εισαγωγή-Ορισμοί

Η πίεση του αίματος είναι η δύναμη που ασκεί το αίμα στα τοιχώματα των αγγείων, με το αίμα να ρέει από την καρδιά στις αρτηρίες, τα τριχοειδή και τις φλέβες με διαφορές πίεσης. Τα στοιχεία της μέτρησης της Αρτηριακής Πίεσης (ΑΠ), δίνουν σημαντικές πληροφορίες για τη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος. Η ΑΠ μετράται με το σφυγμομανόμετρο σε χιλιοστά της στήλης υδραργύρου (mmHg) και εκφράζεται σε τρεις αριθμούς που αντιπροσωπεύουν τη συστολική τη διαστολική και τη μέση πίεση.

Συστολική πίεση είναι η μεγαλύτερη τιμή της πίεσης του αίματος στο τοίχωμα των αρτηριών τη στιγμή της συστολής της αριστερής κοιλίας της καρδιάς, με την προώθηση του αίματος μέσα στην αορτή.

Ονομάζεται και μέγιστη ή μεγάλη πίεση.

Διαστολική πίεση είναι η μικρότερη τιμή της πίεσης κατά τη διάρκεια της διαστολής των κοιλιών και πριν ανοίξει η αορτική βαλβίδα. Αυτή η ελάχιστη πίεση βρίσκεται συνεχώς μέσα στις αρτηρίες και δηλώνει την αντίσταση του τοιχώματος των αιμοφόρων αγγείων.

Ονομάζεται ελάχιστη ή μικρή πίεση.

Στον πίνακα 5 φαίνονται οι φυσιολογικές τιμές της ΑΠ σε νεογνά, βρέφη και παιδιά.

Πίνακας 5. Φυσιολογικές τιμές ΑΠ σε νεογνά, βρέφη και παιδιά

Ηλικία	Αρτηριακή Πίεση (mmHg)
Πρόωρα	55-75 / 35-45
0-3 μήνες	65-85 / 45-55
3-6 μήνες	70-90 / 50-65
6-12 μήνες	80-100 / 55-65
1-3 έτη	90-105 / 55-70
3-6 έτη	95-110 / 60-75
6-12 έτη	100-120 / 60-75
>12 έτη	110-135 / 65-85

Ενδείξεις

Η μέτρηση της ΑΠ αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της βασικής νοσηλευτικής αξιολόγησης κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Θα πρέπει να λαμβάνει χώρα στις παρακάτω περιπτώσεις:

- Κατά την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο
- Στο νοσηλευτικό τμήμα κατά το πρόγραμμα ρουτίνας
- Πριν και μετά από χειρουργική επέμβαση ή διαγνωστική διαδικασία
- Πριν και μετά από χορήγηση φαρμάκων που επιδρούν στην καρδιακή λειτουργία
- Όταν η γενική σωματική κατάσταση του παιδιού μεταβληθεί απότομα
- Πριν και μετά από τη χορήγηση αίματος ή παραγώγων αίματος
- Αλλαγή επιπέδου συνείδησης
- Επισημάνσεις των γονέων για διαφοροποιήσεις στην φυσιολογική εικόνα του παιδιού.

Νοσηλευτική Εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση πριν την εφαρμογή του πρωτοκόλλου θα πρέπει να εστιάζει στα εξής:

- Ηλικία του παιδιού
- Ιατρικό ιστορικό και παρούσα νόσος
- Φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει
- Ιατρική οδηγία για την συχνότητα ελέγχου της αρτηριακής πίεσης
- Ιστορικό ασθενούς που σχετίζεται με ανατομικά προβλήματα στο σημείο εφαρμογής της περιχειρίδας (πχ φίστουλα, έγκαυμα, χειρουργικό τραύμα, κάταγμα)
- Παράγοντες που επηρεάζουν την αρτηριακή πίεση όπως η σωματική άσκηση, το στρες, η παχυσαρκία, οι ημερήσιες διακυμάνσεις

Νοσηλευτική Διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

Διαταραχή περιφερικής ιστικής αιμάτωσης, που σχετίζεται με υπόταση ή αφυδάτωση Ανισοζύγιο υγρών (περισσότερο από ανάγκες σώματος), που σχετίζεται με την παρουσία καρδιακής ανεπάρκειας, όπως φαίνεται από οίδημα στα κάτω άκρα

Ανισοζύγιο υγρών (περισσότερο από ανάγκες σώματος), που σχετίζεται με την παρουσία οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, όπως φαίνεται από απότομη πρόσληψη βάρους και το οίδημα βλεφάρων

Ανισοζύγιο υγρών (λιγότερο από ανάγκες σώματος), που σχετίζεται με την παρουσία σηπτικού shock, όπως φαίνεται από την αύξηση του χρόνου τριχοειδικής επαναπλήρωσης

Αναμενόμενα αποτελέσματα παρέμβασης

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα παρακάτω:

- Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στο παιδί και τους γονείς
- Η ενημέρωση και ο καθησυχασμός των γονέων
- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος για τη διενέργεια της μέτρησης
- Ανίχνευση αποκλίσεων από τις φυσιολογικές τιμές για την ηλικία του παιδιού
- Ο χρόνος τριχοειδικής επαναπλήρωσης διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα

Ειδικές επισημάνσεις

Στην περίπτωση που ο ασθενής είναι άνω των 2 ετών και εξετάζεται για πρώτη φορά, καλό είναι η μέτρηση να πραγματοποιηθεί στα άνω και κάτω άκρα, ώστε να αποκλεισθεί η πιθανότητα στένωσης ισθμού της αορτής.

Όταν ο βραχίονας δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της ΑΠ (φίστουλα, χειρουργικό τραύμα, έγκαυμα, κάταγμα, ακρωτηριασμός), επιλέξτε ως εναλλακτική τη μέτρηση από τα κάτω άκρα. Στην περίπτωση αυτή η περιχειρίδα εφαρμόζεται στην κνήμη και το κέντρο του αεροθαλάμου στην πρόσθια επιφάνειά της.

ΥΛΙΚΟ:

Ένα ηλεκτρονικό σφυγμομανόμετρο με περιχειρίδα αντίστοιχα κατάλληλη για τον ασθενή που εξετάζουμε (νεογνό, βρέφος ή παιδί).

Μέτρηση Αρτηριακής Πίεσης σε Παιδιατρικούς Ασθενείς	
Ενέργεια	Αιτιολόγηση
1. Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών.	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
2. Οργανώστε το υλικό.	Προαγωγή της αποτελεσματικότητας
3. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή.	Πρόληψη λάθους
4. Εξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή και τους γονείς και εξασφαλίστε πληροφορημένη συναίνεση.	Αύξηση της συνεργασίας, μείωση του άγχους
5. Φέρτε κοντά στον ασθενή όλο τον εξοπλισμό και αφήστε το παιδί να τον επεξεργαστεί.	Το παιδί αποκτά την αίσθηση ότι έχει τον έλεγχο της κατάστασης
6. Τοποθετείστε το παιδί σε καθιστή θέση ή ξαπλωμένο	Εξασφαλίζετε έτσι ένα ήρεμο περιβάλλον
7. Επιλέξτε περιχειρίδα κατάλληλου μεγέθους για τον ασθενή.	Ακρίβεια μέτρησης. Εάν το μέγεθος είναι μικρό η ΑΠ υπερεκτιμάται και το αντίστροφο
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: Η περιχειρίδα αποτελείται από το εξωτερικό ύφασμα (cuff), εντός του οποίου εμπεριέχεται ένας διατεινόμενος αεροθάλαμος (bladder). Ο αεροθάλαμος είναι αυτός που ασκεί πίεση στην αρτηρία αποκλείοντας την αιματική ροή. Θα πρέπει να θυμάστε ότι ο αεροθάλαμος, πρέπει να καλύπτει το 80% , αλλά όχι περισσότερο από το 100% της περιμέτρου του βραχίονα. Το πλάτος του αεροθαλάμου θα πρέπει να αντιστοιχεί τουλάχιστον στο 40% της περιμέτρου του βραχίονα.	
8. Εάν τα ρούχα που καλύπτουν το βραχίονα είναι άνετα, αναδιπλώνουμε το μανίκι αποκαλύπτοντας το χέρι. Στην περίπτωση που είναι εφαρμοστά και σφίγγουν, τα αφαιρούμε για την μέτρηση.	Εξασφαλίζουμε με αυτόν τον τρόπο πιο αξιόπιστο αποτέλεσμα, μιας και δεν πρέπει να παρεμβάλλεται ρούχο μεταξύ βραχίονα και περιχειρίδας.
9. Τοποθετήστε τον αεροθάλαμο στο βραχίονα (ή στην κνήμη) με την ειδική ένδειξη επάνω στην ανατομική θέση της αρτηρίας (βραχιόνιας ή κνημιαίας).	Εξασφαλίζουμε πιο αξιόπιστου αποτελέσματος
10.Τυλίξτε την περιχειρίδα γύρω από τον βραχίονα σταθερά και όχι πολύ σφιχτά και ασφαλίστε την.	Προαγωγή ακρίβειας μετρήσεων
11.Πιέστε το κουμπί με την ένδειξη STAT ή START ή MANUAL ώστε να φουσκώσει η περιχειρίδα.	Εναρξη μέτρησης
12.Σημειώστε τα αποτελέσματα της μέτρησης κατά-γράφοντας: Τη συστολική - διαστολική πίεση Τη μέση αρτηριακή πίεση Τον αριθμό των σφίξεων	Εξασφάλιση τιμών αναφοράς.
13.Επαναλάβετε τη μέτρηση αν έχετε αμφιβολίες, αλλά περιμένετε να περάσουν 30 με 60 δευτερόλεπτα ανάμεσα στις μετρήσεις για να επανέλθει η κανονική κυκλοφορία στο άκρο του ασθενούς.	Υπάρχει περίπτωση να έχετε λανθασμένα αποτελέσματα αν δημιουργηθεί συμφόρηση του αίματος στο άκρο του ασθενούς καθώς εσείς κάνετε συνέχεια μετρήσεις.
14.Αφαιρέστε την περιχειρίδα από τον ασθενή και επανατοποθετήστε τον εξοπλισμό στη θέση του.	Ο εξοπλισμός που χρησιμοποιείται και από άλλα μέλη του προσωπικού θα πρέπει να είναι πάντοτε έτοιμος για χρήση.
15.Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών.	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
16.Καταγράψτε τα ευρήματα και υπ°γράψτε την κάρτα νοσηλείας. Ενημερώστε το θεράποντα ιατρό για μη φυσιολογικές μετρήσεις.	Ακριβής νοσηλευτική τεκμηρίωση.

Αξιολόγηση παρέμβασης

Βαθμός κατά τον οποίο επιτεύχθηκαν τα επιθυμητά αποτελέσματα που διατυπώθηκαν κατά τη φάση του σχεδιασμού.

Νοσηλευτική Τεκμηρίωση

Στην κάρτα νοσηλείας του ασθενούς θα μπορούσαν να σημειωθούν τα παρακάτω:

- Ημερομηνία, ώρα και αποτέλεσμα της μέτρησης
- Ανατομική/ές, θέση/εις, μέτρησης και διαφορά τιμών
- Ανάγκη για αύξηση ή μείωση των μεσοδιαστημάτων εκτίμησης
- Ανοχή και συνεργασία ασθενούς και οικογένειας

Παιδιατρικός οδηγός ζωτικών σημείων

Τα βασικά ζωτικά σημεία (αναπνευστική και καρδιακή συχνότητα, θερμοκρασία, αρτηριακή υπέρταση) αποτελούν σαφείς δείκτες ζωτικών λειτουργιών και αξιολόγησης της γενικής κατάστασης του παιδιού.

Αναπνευστική συχνότητα

Οι ανατομικές διαφορές παράλληλα με τις υψηλότερες μεταβολικές απαιτήσεις που παρουσιάζουν τα βρέφη και τα παιδιά δικαιολογούν την αυξημένη αναπνευστική συχνότητα

Πίνακας εύρους φυσιολογικών τιμών

Ηλικία Αναπνευστική συχνότητα ανά λεπτό

0-1 έτη	24-38/min
1-3 έτη	22-30/min
4-6 έτη	20-24/min
7-9 έτη	18-24/min
10-14 έτη	16-22/min
14-18 έτη	14-20/min

Καρδιακή συχνότητα

Η καρδιακή συχνότητα είναι ίση με τον αριθμό των κοιλιακών συστολών της καρδιάς. Κατά την αξιολόγηση της καρδιακής συχνότητας εκτιμάται ο ρυθμός (ρυθμικός ή άρρυθμος) η συχνότητα (ταχύς , αργός) και το μέγεθος (έντονος , κανονικός, νηματοειδής) .

Η ψηλάφηση του σφυγμού πραγματοποιείται στη καρωτιδική , τη βραχιόνιο , την κειδική , τη μηριαία ή την κνημιαία αρτηρία .

	Εύρος καρδιακών ρυθμών	Μέσος ρυθμός καρδιάς
Ηλικία	Συχνότητα ανά λεπτό	Συχνότητα ανά λεπτό
Νεογνά	100-170	120
Βρέφη έως 2 ετών	80-130	110
2-6 ετών	70-120	100
6-10 ετών	70-110	90
10-16 ετών	60-100	85

Αρτηριακή υπέρταση

Ο όρος αρτηριακή πίεση αναφέρεται στην τάση που ασκείται στα τοιχώματα των αρτηριών από τον κυκλοφορούντα όγκο αίματος.

Κατά τη διαδικασία μέτρησης της αρτηριακής πίεσης στα παιδιά πρέπει να επιλέγεται το σωστό μέγεθος της περιχειρίδας και εξασφάλιση ηρεμίας .

Ο αεροθάλαμος πρέπει να καλύπτει περίπου το 80% της περιμέτρου του άκρου που χρησιμοποιείται .Το εύρος της περιχειρίδας πρέπει να καλύπτει περίπου 2/3 του μήκους του βραχίονα ή του μηρού.

Πίνακας εύρους φυσιολογικών τιμών αρτηριακής πίεσης ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο

ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ/ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ	ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ/ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ
	<u>ΚΟΡΙΤΣΙΑ</u>	<u>ΑΓΟΡΙΑ</u>
	mg/ Hg	mg/ Hg
1 μηνός	84/52	86/52
6 μηνών	91/53	90/53
1 έτους	91/54	90/56
2 ετών	90/56	91/56
4 ετών	92/56	93/56
6 ετών	96/57	96/57
8 ετών	99/59	99/60
10 ετών	102/62	102/62
14 ετών	110/67	112/64
16 ετών	112/67	117/67

Παιδιά με τιμές αρτηριακής πίεσης που αποκλίνουν των φυσιολογικών τιμών θα πρέπει να επανεκτιμώνται και να παραπέμπονται για περαιτέρω διερεύνηση.

Θερμοκρασία

Η θερμοκρασία σώματος παρουσιάζει μικρές διακυμάνσεις οι οποίες κυρίως σχετίζονται με την ηλικία, το φύλο, την ώρα της ημέρας και τη δραστηριότητα. Ως πυρετός ορίζεται η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος πάνω από τις φυσιολογικές ημερήσιες διακυμάνσεις.

Τιμές μέσης φυσιολογικής θερμοκρασίας ανά ηλικία

Ηλικία	Μέση θερμοκρασία σε βαθμούς Κελσίου
3 μηνών	37,5 ⁰ C
1 έτους	37,7 ⁰ C
3 ετών	37,2 ⁰ C
5 ετών	37,0 ⁰ C
7 ετών	36,8 ⁰ C
9 ετών	36,7 ⁰ C
13 ετών	36,6 ⁰ C

Βρέφη , νήπια και παιδιά με θερμοκρασία > 37,0 βαθμών Κελσίου θεωρείται δέκατα και πρέπει να παραμένουν σπίτι.

Τα παραπάνω στοιχεία δόθηκαν από το Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Ελλάδος μέσω έντυπου του Παιδιατρικού Τομέα που διανέμεται στους νοσηλευτές που κατέχουν την Παιδιατρική Νοσηλευτική Ειδικότητα.

Παλμοί, θερμοκρασία, πίεση, αναπνοή – φυσιολογικές τιμές

Οι παλμοί της καρδιάς, η θερμοκρασία του σώματος, τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης και ο ρυθμός της αναπνοής αποτελούν τις λεγόμενες ζωτικές ενδείξεις που μετρούν οι γιατροί ώστε να αξιολογήσουν τη γενική κατάσταση της υγείας ενός ασθενή. Οι φυσιολογικές τιμές σε αυτές τις ζωτικές ενδείξεις ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία και ορισμένες φορές το φύλο.

Παλμοί καρδιάς

Ηλικία	Παλμοί
Νεογέννητα	100-160
0-5 μήνες	90-150
6-12 μήνες	80-140
1-3 έτη	80-130
3-5 έτη	80-120
6-10 έτη	70-110
11-14 έτη	60-105
15-20 έτη	60-100
Ενήλικες	50-80

Ρυθμός αναπνοής

Ηλικία	Αναπνοές/λεπτό
Νεογέννητα	30-50
0-5 μήνες	25-40
6-12 μήνες	20-30
1-3 έτη	20-30
3-5 έτη	20-30
6-10 έτη	15-30
11-14 έτη	12-20
15-20 έτη	12-30
Ενήλικες	16-20

Αρτηριακή πίεση

Για τους ενήλικες, φυσιολογική θεωρείται η μέτρηση 120/80 (**συστολική/διαστολική**).

Στα παιδιά και τους εφήβους, οι φυσιολογικές τιμές καθορίζονται με βάση την ηλικία.

Ηλικία	Συστολική	Διαστολική
1-12 μήνες	75-100	50-70
1-4 έτη	80-110	50-80
3-5 έτη	80-110	50-80
6-13 έτη	85-120	55-80
13-18 έτη	95-140	60-90

Θερμοκρασία σώματος

Η φυσιολογική θερμοκρασία σώματος κυμαίνεται από 36,6 έως 37 βαθμούς Κελσίου όταν μετριέται από το στόμα και λίγο υψηλότερη όταν μετριέται πρωκτικά.

Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος 12 απαγωγών

Διαδικασία

1. Διαβάστε τις οδηγίες χρήσης του ηλεκτροκαρδιογράφου εάν δεν τον γνωρίζετε
2. Συστηθείτε στον ασθενή και κάντε ταυτοποίηση στοιχείων
3. Τοποθετήστε τα ηλεκτρόδια των άκρων αφού βρέξετε τοπικά τα σημεία τοποθέτησης των ηλεκτροδίων ως εξής:
 - AVL (Κίτρινο) στον αριστερό καρπό
 - AVR (Κόκκινο) στον δεξιό καρπό
 - AVF (Πράσινο) στο αριστερό σφυρό
 - N (Μαύρο) στο δεξιό σφυρό

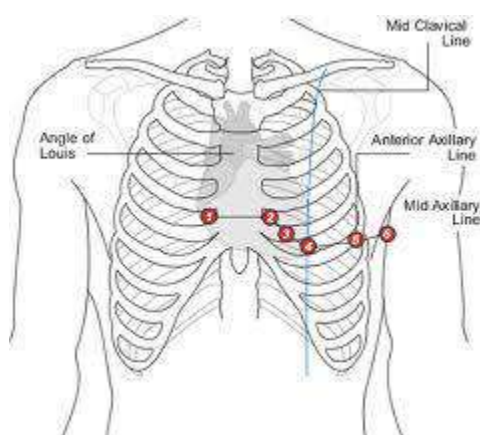
Σημείωση: Πολλές φορές οι ανωτέρω χρωματισμοί δεν ανταποκρίνονται στις προδιαγραφές κάποιων εταιρειών που κατασκευάζουν ηλεκτροκαρδιογράφους και πιθανόν τα χρώματα να είναι διαφορετικά.

Για την αποφυγή τοποθέτησης λάθος ηλεκτροδίου σε λάθος άκρο, συνιστάται να ελέγχετε τις ακίδες των ηλεκτροδίων που αναγράφουν τα σημεία τοποθέτησης.

4. Τοποθετήστε τα ηλεκτρόδια των προκάρδιων απαγωγών, αφού βρέξετε τοπικά στα σημεία τοποθέτησης των ηλεκτροδίων. Τα σημεία τοποθέτησης των ηλεκτροδίων (αρχικά το 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα) το βρίσκουμε ψηλαφώντας με τα δάχτυλά μας από το πρώτο μεσοπλεύριο διάστημα που είναι κάτω από την κλείδα. Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται ως εξής:

- V1 στο 4ο μεσοπλεύριο διάστημα δεξιά του στέρνου
- V2 στο 4ο μεσοπλεύριο διάστημα αριστερά του στέρνου
- V3 στο μέσο μεταξύ V2 και V4
- V4 στο σημείο τομής της μεσοκλειδικής γραμμής και του 5ου μεσοπλεύριου διαστήματος
- V5 στο σημείο τομής της πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής με την οριζόντια γραμμή δια μέσου της V4
- V6 στο σημείο τομής της μέσης μασχαλιαίας γραμμής με την οριζόντια γραμμή δια μέσου της V4

Σημεία τοποθέτησης των ηλεκτροδίων προκάρδιων απαγωγών



5. Ρυθμίστε την ταχύτητα των 25mm/sec και το δυναμικό στο 1mv

(ΑΧΕΠΑ)

Πρωτόκολλο προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας ενηλίκων

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ξεκινά με την απόφαση ότι η χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη και διαρκεί μέχρι τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στο κρεβάτι του χειρουργείου.

Η ευθύνη του νοσηλευτή είναι:

- να αναγνωρίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση κινδύνων από τη χειρουργική διαδικασία.
- να αξιολογήσει τις σωματικές και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας,
- να αναπτύξει ένα σχέδιο φροντίδας και
- να διευκολύνει την νοσηλεία του ασθενή κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου.

Ενδείξεις

Το πρωτόκολλο προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας εφαρμόζεται σε κάθε ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Νοσηλευτική Εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση πριν την εφαρμογή του πρωτοκόλλου θα πρέπει να εστιάζει στα εξής:

- Νοσηλευτικό ιστορικό.
- Αντικειμενική εξέταση.
- Είδος χειρουργείου.
- Προεγχειρητική αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Ικανότητα εκμάθησης και κατανόησης.
- Φραγμοί επικοινωνίας (αλλοδαποί, λεκτικοί περιορισμοί).

Νοσηλευτική Διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Θλίψη για τις αναμενόμενες εξελίξεις που σχετίζεται με τη δυνητική απώλεια ή μεταβολή σε κάποιο μέλος του σώματος και στη συνήθη λειτουργία του σώματος.
- Έλλειμμα γνώσεων που σχετίζεται με τη χειρουργική επέμβαση.
- Διαταραχές ύπνου που σχετίζονται με φόβο και άγχος για τη χειρουργική επέμβαση.
- Άγχος που σχετίζεται με:
 - το μη οικείο περιβάλλον και τον χωρισμό από οικεία πρόσωπα
 - τον κίνδυνο μετάδοσης νόσου από πιθανή μετάγγιση αίματος
 - τη μη κατανόηση των διαγνωστικών εξετάσεων
 - την πιθανή αμηχανία ή την απώλεια της αξιοπρέπειας από την έκθεση του σώματος κατά την προετοιμασία, τα αποτελέσματα από τη νάρκωση και τα διεγχειρητικά ευρήματα.
 - την οικονομική επιβάρυνση που συνεπάγεται η νοσηλεία.

■ την πιθανότητα θανάτου.

➤ Κίνδυνος λοίμωξης που σχετίζεται με την ηλικία, την παχυσαρκία και το χειρουργικό τραύμα.

Καθορισμός σκοπών & σχεδιασμός παρέμβαση

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα παρακάτω:

- Ο ασθενής είναι σωματικά και συναισθηματικά προετοιμασμένος για την επέμβαση.
- Επιδεικνύει τις ασκήσεις αλλαγής θέσης στο κρεβάτι, βήχα και βαθιών αναπνοών.
- Εκφράζει την κατανόηση τεχνικών ελέγχου του μετεγχειρητικού πόνου.
- Λαμβάνει υγρά και θρέψη για την ικανοποίηση των αναγκών του.

Ειδικές προφυλάξεις

Πριν την εφαρμογή του πρωτοκόλλου αναγνωρίστε τους ασθενείς για τους οποίους η χειρουργική επέμβαση ενέχει περισσότερους κινδύνους:

- Πολύ νέοι ή ηλικιωμένοι ασθενείς.
- Παχύσαρκοι ή υποσιτισμένοι ασθενείς.
- Ασθενείς με ανισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Ασθενείς με κακή υγεία από χρόνια νοσήματα ή λοιμώξεις
- Ασθενείς που λαμβάνουν συγκεκριμένη αγωγή (πχ αντιπηκτικά, αντιβιοτικά, διουρητικά, κατασταλτικά στεροειδή).
- Ασθενείς που νιώθουν μεγάλο άγχος (πχ οι γηριατρικοί ασθενείς εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος θανάτου, ειδικά αν πρόκειται για το πρώτο τους χειρουργείο).

Υλικό

- Πιεσόμετρο με κατάλληλου μεγέθους περιχειρίδα.
- Θερμόμετρο ηλεκτρονικό.
- Καλύπτρα μιας χρήσης για το θερμόμετρο.
- Οξύμετρο.
- Αλκοολούχο αντισηπτικό διάλυμα (χλωρεξιδίνη 2%).
- Νεφροειδές.
- Συσκευή ενδοφλέβιας έγχυσης.
- Παραφίνη ή ένεμα για υποκλυσμό.
- Ηλεκτρική ξυριστική μηχανή.

- Δοχείο μασέλας.
- Γάντια μη αποστειρωμένα.
- Γάντια αποστειρωμένα.
- Κάρτα νοσηλείας.
- Ασετόν και βαμβάκι για το χρώμα των νυχιών.
- Μπλούζα και σκούφο χειρουργείου.

Εφαρμογή πρωτοκόλλου

Από την ημέρα εισαγωγής μέχρι την παραμονή της επέμβασης

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Πλύνετε τα χέρια και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα πριν από κάθε νοσηλευτική πράξη.	Προλαμβάνει τη μετάδοση των λοιμώξεων.
Οργανώστε το υλικό σας πριν από κάθε διαδικασία.	Προάγει την αποτελεσματικότητα.
Ενημερώστε τον ασθενή πριν από κάθε νοσηλευτική διαδικασία.	Μειώνει το άγχος, αυξάνει τη συνεργασία.
Ανασκοπήστε τα βασικά νοσηλευτικά δεδομένα, το ιστορικό και την αντικειμενική εξέταση. Ελέγξτε εάν έχουν τεκμηριωθεί τα βασικά δεδομένα όπως ιατρικό ιστορικό, φάρμακα, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις, αντιλήψεις και γνώσεις για την επέμβαση.	Βοηθά στην αναγνώριση των ασθενών που παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών.
Προγραμματίστε το βασικό προεγχειρητικό διαγνωστικό έλεγχο: Γενική αίματος. Ηλεκτρολύτες, σάκχαρο, ουρία, κρεατινών. Γενική ούρων. Ομάδα αίματος και διασταύρωση. α/α θώρακος και ΗΚΓ.	Ο έλεγχος αυτός μπορεί να επηρεάσει τον τύπο και το χρόνο της επέμβασης και της αναισθησίας ή την ανάγκη επιπρόσθετης συμβουλευτικής.
Αξιολογείτε και καταγράφετε συστηματικά τα σημεία (ζωτικά σημεία, κορεσμός οξυγόνου, κ.α.) και τα συμπτώματα (άγχος, ευερεθιστότητα, νωθρότητα, πόνος κ.α.).	Η συστηματική παρατήρηση και καταγραφή των σημείων και συμπτωμάτων συντελεί στην έγκαιρη εκτίμηση και αντιμετώπιση των αναγκών.
Αναγνωρίστε τις ανάγκες διδασκαλίας του ασθενούς.	Μείωση του άγχους λόγω ελλείμματος γνώσεων.
Εκτελέστε προεγχειρητική διδασκαλία σχετική με τα ακόλουθα: Ασκήσεις βήχα. Συμβουλέψτε τον ασθενή να συμπλέξει τα δάχτυλά του και να τοποθετήσει τα χέρια του πάνω στο σημείο τομής κατά τη διάρκεια του βήχα ώστε να μην βλάψει την τομή. Να σκύβει μπροστά ελαφρά, όταν κάθεται στο κρεβάτι. Να αναπνέει, χρησιμοποιώντας το διάφραγμα. Να εισπνέει πλήρως με το στόμα ελαφρώς ανοιχτό.	Μεγαλύτερη έκπτυξη, Γρηγορότερη αποβολή του αναισθητικού παράγοντα. Καλύτερη οξυγόνωση - αερισμό Πρόληψη ατελεκτασίας, κυψελιδικού υποαερισμού, πνευμονίας.

Με το στόμα ανοιχτό, να πάρει μια βαθιά ανάσα και γρήγορα να βήξει δυνατά. Ασκήσεις βαθιών αναπνοών : Τοποθέτηση σε θέση ημι-Fowler.(Ημικαθιστή) Τοποθέτηση των χεριών στο θώρακα για να αισθάνεται την ανύψωση του. Ο ασθενής να εκπνέει ήρεμα και πλήρως. Εισπνοή από τη μύτη. Εκπνοή από το στόμα με τα χείλια μαζεμένα. Η άσκηση να γίνεται τρεις φορές κάθε 1 έως 2 ώρες όταν ο ασθενής είναι ξύπνιος.	
Διαχείριση του πόνου (ενημερώστε τον ασθενή σχετικά με τα ακόλουθα): Ο κίνδυνος εθισμού στα αναλγητικά είναι ελάχιστος. Η χρήση τεχνικών χαλάρωσης (βαθιές αναπνοές) ενισχύει τις επιδράσεις των αναλγητικών φαρμάκων. Η θέση του σώματος αποτελεί μια αξιόπιστη μέθοδο για τον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου.	Τα αναλγητικά φάρμακα διευκολύνουν τη διαχείριση του πόνου και αυξάνουν την ικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων και ασκήσεων που είναι απαραίτητες για την ανάρρωση.
Ενημέρωση του ασθενή και εξοικείωση με τον μετεγχειρητικό εξοπλισμό και τις συσκευές παρακολούθησης.	Μείωση του άγχους λόγω ελλείμματος γνώσεων. Προετοιμασία για τη μετεγχειρητική περίοδο.

Ημέρα πριν τη χειρουργική επέμβαση

Παρέχετε συναισθηματική υποστήριξη. Απαντήστε στις ερωτήσεις ρεαλιστικά.	Αποκατάσταση της αλήθειας. Μείωση της ανασφάλειας.
Βεβαιωθείτε ότι ο βασικός προεγχειρητικός διαγνωστικός έλεγχος έχει ολοκληρωθεί και τα αποτελέσματα είναι διαθέσιμα.	
Ακολουθείστε τους προεγχειρητικούς διατροφικούς περιορισμούς. Την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης ο ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς υπόλειμμα). Έξι έως οκτώ ώρες πριν από την επέμβαση δεν λαμβάνει τίποτε από το στόμα.	Μείωση του κινδύνου εμέτου και εισρόφησης κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Τα αναισθητικά μέσα καταστέλλουν προσωρινά τον περισταλτισμό του πεπτικού.
Ακολουθήστε την ιατρική οδηγία σχετικά με την ανάγκη κένωσης του εντέρου. Αυτό επιτυγχάνεται: Με τη χρήση, από το στόμα, καθαρτικών φαρμάκων. Μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση και χαλάρωση του τόνου του εντέρου. Ο ασθενής ενδέχεται να χρειαστεί ενυδάτωση. Με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως υποκλυσμός το απόγευμα ή το πρωί πριν την επέμβαση.	Τα αναισθητικά φάρμακα και η επέμβαση στην κοιλιακή χώρα επιδρούν στη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου (περισταλτισμός, αντανάκλαστικά). Σε επεμβάσεις κοιλίας και ιδιαίτερα παχέος εντέρου, υπάρχει σοβαρός κίνδυνος επιμόλυνσης του χειρουργικού πεδίου με σπητικό περιεχόμενο (κόπρανα). Αποφυγή εξόδου αερίων, τα οποία μάλιστα είναι εξαιρετικά εύφλεκτα και θέτουν σε κίνδυνο, με τη χρήση της διαθερμίας, την

	ασφάλεια του ασθενούς και της χειρουργικής ομάδας.
Ο ευπρεπισμός θα πρέπει να γίνεται, χρονικά, όσο το δυνατό πιο «κοντά» στο χειρουργείο, ώστε να αποφεύγεται η επιμόλυνση. Δώστε οδηγία για αποφυγή ξυρίσματος προς τη αντίθετη φορά της τρίχας.	Ο ευπρεπισμός θα πρέπει να γίνεται, χρονικά, όσο το δυνατό πιο «κοντά» στο χειρουργείο, ώστε να αποφεύγεται η επιμόλυνση. Δώστε οδηγία για αποφυγή ξυρίσματος προς τη αντίθετη φορά της τρίχας.
Αφαιρέστε το βερνίκι νυχιών.	Το βερνίκι παρεμβαίνει στην αξιολόγηση κατά τη διάρκεια της επέμβασης.
Υγιεινή σώματος του ασθενή. Είναι ιδανικό για τον ασθενή να κάνει μπάνιο ή ντους χρησιμοποιώντας ένα βακτηριοκτόνο σαπούνι κατά την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης ή το προηγούμενο βράδυ.	Μείωση του επιδερμικού μικροβιακού φορτίου, πρόληψη λοιμώξεων.
Παρέχετε επαρκή ανάπαυση με τα εξής μέτρα: Εξασφάλιση ενός ήρεμου και άνετου δωματίου. Αποφυγή κατανάλωσης υγρών πλούσιων σε καφεΐνη το απόγευμα. Χορήγηση αγχολυτικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Περιορισμός των επισκέψεων. Χρησιμοποίηση τεχνικών χαλάρωσης όπως απαλή μουσική.	Η ανάπαυση ελαχιστοποιεί το άγχος πριν την επέμβαση.

Ημέρα χειρουργικής επέμβασης

Ελέγξτε εάν τα προεγχειρητικά έντυπα της συναίνεσης έχουν υπογραφεί και ο ιατρικός φάκελος είναι έτοιμος.	Ικανοποίηση των νομικών απαιτήσεων που σχετίζονται με την πληροφορημένη συναίνεση.
Λάβετε και καταγράψτε τα ζωτικά σημεία. Αναφέρετε στον ιατρό οποιαδήποτε παρέκκλιση από το φυσιολογικό, ιδιαίτερα της θερμοκρασίας.	Η λήψη και καταγραφή των σημείων και συμπτωμάτων συντελεί στην έγκαιρη εκτίμηση και αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή. Άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει λοίμωξη και συνεπώς αντένδειξη για τη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης.
Παρέχετε υγιεινή στόματος. Υπενθυμίστε στον ασθενή ότι δεν πρέπει να πει τίποτα από το στόμα.	Πρόληψη μεταφοράς της μικροβιακής χλωρίδας του στοματοφάρυγγα στο κατώτερο αναπνευστικό.
Αφαιρέστε:	Τα στοιχεία αυτά παρεμβαίνουν στην αξιολόγηση κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Τα τιμαλφή, τους φακούς επαφής και τις προθέσεις (πχ φακοί επαφής, ψεύτικες βλεφαρίδες, τεχνητές οδοντοστοιχίες). Ολόκληρη ή μέρος της τεχνητής οδοντοστοιχίας και τοποθετείστε την στο ειδικό ποτηράκι αναγράφοντας το ονοματεπώνυμο του ασθενούς.	
Ελέγξτε εάν υπάρχουν χαλαρά δόντια.	Πρόληψη εξαγωγής κατά λάθος από τους χειρισμούς με το λαρυγγοσκόπιο.
Παραδώστε τα τιμαλφή στους συγγενείς.	Εξασφαλίζεται η ασφάλεια των πολύτιμων προσωπικών αντικειμένων.
Ζητήστε από τον ασθενή να εκκενώσει την ουροδόχο κύστη και το έντερο πριν την επέμβαση.	Η άδεια κύστη και το άδειο έντερο ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο ατυχήματος ή επιπλοκών τόσο διεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά.
Χορηγείστε την προνάρκωση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία	Η προεγχειρητική αναισθητική αγωγή μειώνει το άγχος, παρέχει καταστολή, μειώνει την έκκριση του σάλιου και των βρογχικών εκκρίσεων.
Βοηθήστε τον ασθενή να ντυθεί με την ειδική στολή του χειρουργείου (σκουφάκι, ποδιά).	Η ειδική στολή του χειρουργείου: προστατεύει τη σωματική έκθεση του ασθενούς έως ότου φτάσει στην αίθουσα αναμονής του χειρουργείου, διατηρεί τη θερμοκρασία σώματος, προστατεύει από τους μικροοργανισμούς.
Με την άφιξη του τραυματιοφορέα παραλαβής: ελέγξτε εκ νέου την ταυτότητα του ασθενή. Βοηθήστε τον ασθενή να μεταβεί στο φορείο.	Περάτωση διπλού ελέγχου.
Ενημερώστε την οικογένεια για το χώρο αναμονής του χειρουργείου.	Μείωση του άγχους.
Προετοιμάστε την κλίνη του ασθενούς όπως στρώσιμο του κρεβατιού, συγκέντρωση του απαραίτητου εξοπλισμού: - πιεσόμετρο, - μάσκα οξυγόνου, - συσκευές ενδοφλέβιας χορήγησης, - στατό, - νεφροειδές, - κουβέρτα, - παλμικό οξύμετρο	Για την παροχή της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας.
Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.	Προλαμβάνει τη μετάδοση των λοιμώξεων.

Αξιολόγηση Παρέμβασης

Βαθμός κατά τον οποίο επιτεύχθηκαν τα επιθυμητά αποτελέσματα που διατυπώθηκαν κατά τη φάση του σχεδιασμού.

Νοσηλευτική Τεκμηρίωση

Στην κάρτα νοσηλείας του ασθενούς θα μπορούσαν να σημειωθούν τα παρακάτω:

- Το νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενούς.

- Παρουσία υπογεγραμμένου δελτίου συναίνεσης.
- Το επίπεδο κατανόησης των κινδύνων και του οφέλους από τη χειρουργική επέμβαση.
- Τα ζωτικά σημεία-θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση , σφίξεις, αναπνοές και SpO2 καθώς και οι παρεμβάσεις που έγιναν σε περιπτώσεις παρέκκλισης από τις φυσιολογικές τιμές.
- Η κατάσταση θρέψης του ασθενούς (καταγραφή βάρους, ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης, ανάγκης για παρεντερική σίτιση).
- Η κατάσταση ενυδάτωσης του ασθενούς.
- Τα σχήματα ύπνου/δραστηριότητας και απέκκρισης του ασθενούς.
- Τα φάρμακα που έχουν χορηγηθεί προεγχειρητικά.
- Προεγχειρητικές διαδικασίες που έλαβαν χώρα (υποκλυσμός, ευπρεπισμός, διδασκαλία κλπ)
- Ανοχή και συνεργασία του ασθενούς.

Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων

Εισαγωγή - Ορισμοί

Ως μετεγχειρητική φροντίδα ορίζεται:

- ❖ Η άμεση μετεγχειρητική φροντίδα που παρέχεται στη μονάδα ανάνηψης και
- ❖ Η συνεχιζόμενη που διαρκεί από τη στιγμή που ο ασθενής θα επιστρέψει από την ανάνηψη

στο θάλαμο νοσηλείας μέχρι την έξοδό του από το νοσοκομείο •

Σε όλα τα στάδια οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τη νοσηλευτική διεργασία με σκοπό:

- ❖ Την προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενούς
- ❖ Την πρόληψη των επιπλοκών και την αντιμετώπιση τους
- ❖ Τη διδασκαλία του ασθενούς και των συγγενών του ώστε να αποκτήσουν δεξιότητες για φροντίδα στο σπίτι.

Ενδείξεις Εφαρμογής

Το πρωτόκολλο μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας εφαρμόζεται σε κάθε ασθενή που έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Νοσηλευτική Εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση, πριν την εφαρμογή του πρωτοκόλλου, θα πρέπει να εστιάζει στα εξής:

- ❖ Είδος επέμβασης και θέση χειρουργικού τραύματος
- ❖ Προεγχειρητικές και διεγχειρητικές παρεμβάσεις (πχ τοποθέτηση Folley, Levin, Κεντρικής Φλεβικής Γραμμής)
- ❖ Χρονική διάρκεια επέμβασης
- ❖ Προηγούμενο ιστορικό και τιμές αναφοράς ζωτικών σημείων
- ❖ Είδος αναισθησίας
- ❖ Επίπεδο άνεσης (ύπαρξη πόνου ή ναυτίας και εμέτου)
- ❖ Φραγμοί επικοινωνίας (αλλοδαποί, λεκτικοί περιορισμοί, νευρολογικές βλάβες, τραχειοστομία)
- ❖ Επίπεδο συνείδησης και προσανατολισμού

Νοσηλευτική Διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

Πόνος που σχετίζεται με το χειρουργικό τραύμα

Ανησυχία λόγω διάτασης της κοιλίας, που οφείλεται σε παραλυτικό ειλεό ή επίσχεση ούρων

Διαταραχή της θρέψης - θερμιδικό ανισοζύγιο (πρόσληψη λιγότερη από τις ανάγκες σώματος), που οφείλεται στην αδυναμία σίτισης από το στόμα

Αναποτελεσματικός τρόπος αναπνοής και καθαρισμού των αεροφόρων οδών, που οφείλεται στον πόνο ή τον ημιτελή μεταβολισμό της αναισθησίας

Διαταραχή αιμάτωσης των ιστών που οφείλεται σε αγγειοσύσπαση λόγω ρίγους

Κόπωση που πιθανό να οφείλεται στην αναιμία

Άγχος, που σχετίζεται με έλλειμμα γνώσεων, όσον αφορά τα διεγχειρητικά ευρήματα και τη μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς

Κίνδυνος λοιμώξεων που σχετίζεται με την παρουσία χειρουργικού τραύματος

Αναμενόμενα αποτελέσματα παρέμβασης

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα παρακάτω:

- ❖ Άμεση εκτίμηση των ζωτικών λειτουργιών και σταθεροποίηση του ασθενούς, με την άφιξή του στο θάλαμο νοσηλείας
- ❖ Ο ασθενής διατηρεί επαρκή αερισμό και κυκλοφορία
- ❖ Ο ασθενής παραμένει ελεύθερος λοιμώξεων
- ❖ Ο ασθενής δεν παρουσιάζει εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση ή πνευμονική εμβολή
- ❖ Η επούλωση του τραύματος εξελίσσεται χωρίς επιπλοκές
- ❖ Το άγχος από τη νοσηλεία εξαλείφεται ή είναι διαχειρίσιμο
- ❖ Ο ασθενής επιδεικνύει τεχνικές φροντίδας (στομιών, καθετήρων, τραυμάτων κλπ) μέχρι την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Απαραίτητο υλικό

- Μάσκα οξυγόνου
- Συσκευή νεφελοποίησης (προαιρετικά)
- Ηλεκτρονικό πιεσόμετρο ή monitor
- Θερμόμετρο με καλύπτρα μιας χρήσης
- Οξύμετρο με αισθητήρα
- Αλουμινοκουβέρτα
- Στατό για ορούς
- Στατό για παροχετεύσεις
- Συλλέκτες παροχετεύσεων
- Νεφροειδές μιας χρήσης
- Γάντια μιας χρήσης
- Αντισηπτικό διάλυμα
- Σπιρόμετρο(tri-flow)

ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	
ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
2. Οργανώστε το υλικό σας πριν από κάθε διαδικασία	Προαγωγή της αποτελεσματικότητας
3. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή	Πρόληψη του λάθους
4. Εξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή και εξασφαλίστε πληροφορημένη συναίνεση	Αύξηση της συνεργασίας και μείωση του άγχους
5. Φορέστε γάντια ελαστικά μη αποστειρωμένα	Πρόληψη έκθεσης σε βιολογικά υγρά
6. Με την άφιξη, βοηθήστε στη μεταφορά από το φορείο στην κλίνη, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στις παροχετεύσεις και στις IV γραμμές	Προαγωγή ασφάλειας
7. Τοποθετήστε τον ασθενή σε θέση ημί - fowler, με το πρόσωπο προς το πλάι και τον αυχένα σε ελαφρά έκταση ή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και σε θέση ενδεικτική για την επέμβαση που έχει προηγηθεί	Πρόληψη εισρόφησης Πρόληψη απόφραξης αεραγωγού
8. Εκτιμήστε την αναπνευστική λειτουργία και την ανάγκη για χορήγηση οξυγόνου	Εξασφάλιση επαρκούς αερισμού, οξυγόνωσης
9. Μετρήστε και εκτιμήστε τα ζωτικά σημεία	Εξασφάλιση τιμών αναφοράς
10. Ελέγξτε το επίπεδο συνείδησης χρησιμοποιώντας την κλίμακα Γλασκώβης. Ρωτήστε τον ασθενή αν είναι καλά χτυπώντας	Τα οπιοειδή, αναισθητικά φάρμακα που δρουν στο αναπνευστικό κέντρο, μπορεί να προκαλέσουν ανεπάρκεια αερισμού ή και

τον ελαφρά στον ώμο, για να ελέγξετε την ανταπόκρισή του. Προσδιορίστε τον προσανατολισμό του ασθενή στο χώρο και το χρόνο.	οξυγόνωσης με συνέπεια την έκπτωση του επιπέδου συνείδησης
11. Σημειώστε την ποσότητα και το είδος του υγρού των παροχετεύσεων τη στιγμή της παραλαβής	Εξασφάλιση τιμών αναφοράς για παρακολούθηση
12. Ελέγξτε την κατάσταση των επιθεμάτων και την επίδεση του τραύματος για το χρώμα, την οσμή και την ποσότητα των εκκρίσεων	Η αιμορραγία από το τραύμα αποτελεί μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή επιπλοκή
13. Αξιολογήστε το χρώμα και την κατάσταση του δέρματος. Χρησιμοποιήστε αλουμινοκουβέρτα για να εξασφαλίσετε νορμοθερμία.	Τα φάρμακα αναισθησίας και η έκθεση στο ψυχρό περιβάλλον του χειρουργείου, μπορεί να προκαλέσουν υποθερμία
14. Ρυθμίστε τη χορήγηση των IV υγρών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία	Διατήρηση ισοζυγίου ύδατος - ηλεκτρολυτών
15. Ελέγξτε την διούρηση και όπου χρειάζεται χρησιμοποιήστε ωριαία μέτρηση (πχ μεταμόσχευση νεφρού, κυκλοφορική καταπληξία κλπ)	Έγκαιρη αναγνώριση εκτροπών από το φυσιολογικό
16. Ανακουφίστε τον πόνο χορηγώντας αναλγητικά σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Ελέγξτε το φάκελο για να ενημερωθείτε εάν χορηγήθηκαν αναλγητικά στην αίθουσα ανάνηψης	Προαγωγή της άνεσης
17. Ξεκινήστε τη χορήγηση των προγραμματισμένων φαρμάκων το συντομότερο δυνατό και ελέγξτε το σύνολο των μετεγχειρητικών ιατρικών οδηγιών	Προαγωγή αποδοτικότητας
18. Αξιολογήστε συμπτώματα ναυτίας και εμέτου	Πρόληψη εισρόφησης
19. Επιτρέψτε στους συγγενείς να βρεθούν κοντά στον ασθενή το συντομότερο δυνατό	Καθησυχασμός της οικογένειας. Βοήθεια στον επαναπροσανατολισμό του ασθενούς
20. Απαντήστε στον ασθενή και τους συγγενείς του, σχετικά με την πορεία της ανάρρωσής του, εφόσον επιτρέπεται από την πολιτική της κλινικής	Μείωση του άγχους
21. Αφαιρέστε γάντια και απορρίψτε κατάλληλα	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
22. Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

1. Συνεχίστε την παρακολούθηση λαμβάνοντας ΖΣ κάθε 30' την πρώτη ώρα, κάθε 1h τις επόμενες δύο ώρες και κάθε 4h μέχρι το πέρας του 1 ^{ου} 24ώρου, εφόσον ο ασθενής παραμένει σταθερός	Έγκαιρη αναγνώριση μετεγχειρητικών επιπλοκών
--	--

2. Προάγετε τη βέλτιστη αναπνευστική λειτουργία: ➤ Παρότρυνση για βήχα και βαθιές αναπνοές ➤ Εξάσκηση αναπνοών με το σπιρόμετρο (tri-flow) Έγκαιρη κινητοποίηση σύμφωνα με την οδηγία Συχνές αλλαγές θέσης (κάθε 2ωρες), εφόσον δεν αντενδείκνυται ➤ Χορήγηση οξυγόνου, σύμφωνα με την οδηγία ➤ Προσεκτική παρακολούθηση της απάντησης στα ναρκωτικά αναλγητικά ➤ Παροχή επαρκούς ενυδάτωσης ➤ Θέση ημι - Fowler, εφόσον δεν αντενδείκνυται	Τα αναισθητικά φάρμακα πιθανόν να καταστείλουν την αναπνευστική λειτουργία: οι ασθενείς με υπάρχουσα αναπνευστική ή καρδιοαγγειακή νόσο ή κοιλιακές ή ύωρακικές τομές ή αυτοί που είναι παχύσαρκοι ή ηλικιωμένοι ή σε κακή διατροφική κατάσταση διατρέχουν μεγαλύτερους κινδύνους ανάπτυξης αναπνευστικών επιπλοκών
3. Διατηρήστε επαρκή κυκλοφορία: ➤ Παρακολουθήστε το ισοζύγιο υγρών: i. Ακριβής μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών ii. Παρακολούθηση του ρυθμού και του τύπου των ενδοφλέβιων υγρών iii. Παρακολούθηση του ρυθμού διούρησης iv. Αξιολόγηση της σπαργής του δέρματος και της ενυδάτωσης των βλεννογόνων ➤ Παρακολουθήστε και αξιολογήστε την αρτηριακή πίεση σε συνδυασμό με τις σφίξεις και την κεντρική φλεβική πίεση ➤ Προάγετε την έγκαιρη κινητοποίηση ➤ Εφαρμόστε αντιεμβολικές κάλτσες, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία ➤ Διενεργείστε ασκήσεις πλήρους τροχιάς των κάτω άκρων, εάν δεν αντενδείκνυται Χορηγήστε αντιπηκτικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία ➤ Καθημερινή αμφοτερόπλευρη μέτρηση της περιφέρειας της κνήμης και των μηρών	Έγκαιρη υπερ/υποογκαιμίας αναγνώριση Πρόληψη εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης Αξιολόγηση φλεβικής επιστροφής, κινδύνου εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης
4. Αξιολογήστε και προάγετε την αποβολή των ούρων: ➤ Παρέχετε ουροδοχείο ανά τακτά διαστήματα. ➤ Παρακολουθήστε το ρυθμό αποβολής των ούρων μέσω του καθετήρα (εάν υπάρχει). ➤ Αξιολογήστε τη διάταση της ουροδόχου κύστεως, ψηλαφώντας πάνω από την ηβική σύμφυση σε περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει ουρήσει μέσα σε 8 ώρες μετά την επέμβαση ή εάν ουρεί τακτικά ποσότητες λιγότερες από 50 ml	Διατήρηση ερεθίσματος για ούρηση Ο ρυθμός διούρησης αποτελεί δείκτη επαρκούς ενυδάτωσης και νεφρικής λειτουργίας Η ψηλαφητή διάταση της κύστης αποτελεί σημείο επίσχεσης των ούρων. Η έξοδος μικρής ποσότητας ούρων με σύγχρονη διάταση της ουροδόχου κύστης, οφείλεται σε ούρηση εξ υπερπλήρωσας.
5. Προάγετε την επάνοδο της λειτουργίας του εντέρου:	Τα αναισθητικά φάρμακα πιθανόν να καταστείλουν τον περισταλτισμό και τη

➤ Αξιολογήστε τον περισταλτισμό του εντέρου με ακρόαση κάθε 4 ώρες, όταν ο ασθενής δεν κοιμάται ➤ Αξιολογήστε το μετεωρισμό της κοιλιάς ➤ Αξιολογήστε την ικανότητα του ασθενούς να αποβάλλει αέρια ή κόπρανα ➤ Χορηγήστε υπόθετα ή υποκλυσμούς, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	φυσιολογική λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος
6. Προάγετε την επούλωση του τραύματος: ➤ Χρησιμοποιείτε άσηπτη τεχνική ➤ Αξιολογήστε την κατάσταση του τραύματος Μείωση του χρόνου νοσηλείας (στεγνό και καθαρό, ορώδης συλλογή, αιμάτωμα, φλεγμονή - διαπύηση, διάσπαση) ➤ Αξιολογήστε τα ζωτικά σημεία, ιδιαίτερα την υψηλή θερμοκρασία ➤ Εφαρμόστε ζώνη κοιλιάς σε μεγάλες τομές	Έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση επιπλοκών από το χειρουργικό τραύμα.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ Ένας σημαντικός κλινικός δείκτης της πορείας επούλωσης του χειρουργικού τραύματος είναι το έπαρμα επούλωσης, μια ψηλαφητή πάχυνση, περίπου 0,5 cm σε κάθε πλευρά της τομής, που φυσιολογικά αναμένεται να σχηματισθεί μεταξύ 5^{ης} και 8^{ης} μετεγχειρητικής ημέρας	
7. Παρέχετε ανάπαυση και άνεση με τη ανακούφιση διαφόρων διαταραχών όπως ναυτία, έμετος, δίψα και πόνος από το χειρουργικό τραύμα: ➤ Διατηρείτε ήρεμο περιβάλλον ➤ Παρέχετε στοματική υγιεινή ➤ Διατηρήστε την τακτική αποβολή των κοπράνων ➤ Αξιολογήστε την αλλεργική αντίδραση σε αντιβιοτικά ή αναλγητικά ➤ Προσφέρετε γουλιές νερό (αν επιτρέπεται) και φροντίστε για την αντιμετώπιση της ξηρότητας του στόματος, με ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας, χρησιμοποιώντας γάζα εμποτισμένη με νερό ➤ Αξιολογήστε για την ύπαρξη πόνου και χορηγήστε αναλγητικά κάθε 2 με 4 ώρες, συστηματικά κατά την διάρκεια των πρώτων 24 έως 36 ωρών μετά την επέμβαση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία ➤ Παρέχετε μέτρα ανακούφισης όπως αλλαγή θέσης, εντριβή στην πλάτη, τεχνικές χαλάρωσης	Εξατομίκευση φροντίδας Προαγωγή της αποκατάστασης
8. Παρέχετε συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη: ➤ Απαντώντας ρεαλιστικά στις ερωτήσεις ➤ Εξηγώντας την κάθε διαδικασία πριν την εφαρμογή της ➤ Εφαρμόζοντας την τεχνική της ενσυναίσθησης	Μείωση του άγχους, καθησυχασμός Προαγωγή ασφάλειας, συνεργασίας

➤ Χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις ➤ Αφιερώνοντας χρόνο για την ακρόαση των προβλημάτων ασθενούς και οικογένειας ➤ Οργανώνοντας διεπιστημονική προσέγγιση για την ανακοίνωση «κακών» νέων	
9. Εκτιμήστε τις ανάγκες διδασκαλίας ασθενούς και οικογένειας, που προκύπτουν από τη χειρουργική επέμβαση (πχ περιποίηση στομίας)	Προαγωγή της αποκατάστασης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο

Αξιολόγηση Παρέμβασης

Βαθμός κατά τον οποίο επιτεύχθηκαν τα επιθυμητά αποτελέσματα που διατυπώθηκαν παραπάνω

Νοσηλευτική Τεκμηρίωση

Στην κάρτα νοσηλείας του ασθενούς θα μπορούσαν να σημειωθούν τα παρακάτω:

- Το ονοματεπώνυμο και ο θάλαμος του ασθενή
- Ημερομηνία και ώρα άφιξης από την ανάνηψη
- Τα ζωτικά σημεία, οι αποκλίσεις από τα φυσιολογικά και ενέργειες που έγιναν για την αποκατάστασή τους
- Οι παροχετεύσεις και οι καθετήρες (είδος, ποσότητα και χροιά περιεχομένου)
- Κατάσταση επιθεμάτων
- Τα φάρμακα που χορηγήθηκαν
- Επίπεδο συνείδησης και προσανατολισμός
- Ανοχή και συνεργασία του ασθενούς
- Θέση του ασθενούς επί κλίνης
- Ανησυχίες και απορίες ασθενούς και οικογένειάς του
- Ανάγκες διδασκαλίας ασθενούς και οικογένειάς του

Πηγή Πρωτοκόλλου: ΑΧΕΠΑ

Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδών

Εισαγωγή – Ορισμοί

Η είσοδος του παιδιού στο άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου και η επικείμενη χειρουργική επέμβαση αποτελούν μία τραυματική εμπειρία τόσο για το ίδιο, όσο και για την οικογένειά του. Επομένως η ανάπτυξη της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του μικρού ασθενή θα πρέπει να σχεδιάζεται με βάση όλες του τις ανάγκες: σωματικές, ψυχικές, αναπτυξιακές, λαμβάνοντας υπόψη και τις ανάγκες της οικογένειας του.

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει λοιπόν ως στόχο να προετοιμάσει το άρρωστο παιδί - τόσο σωματικά, όσο και ψυχολογικά - για την αναισθησία, την επέμβαση και τη μετεγχειρητική περίοδο και μπορεί να διαιρεθεί σε τρία (3) στάδια:

1ο στάδιο: Από την ημέρα εισαγωγής στο νοσοκομείο μέχρι την ημέρα προγραμματισμού της χειρουργικής επέμβασης.

2ο στάδιο: Την ημέρα πριν τη χειρουργική επέμβαση.

3ο στάδιο: Την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης.

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αποπερατώνεται όταν ο μικρός ασθενής φτάσει στην αίθουσα αναμονής του χειρουργείου.

Ενδείξεις Εφαρμογής

Το πρωτόκολλο προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας εφαρμόζεται σε κάθε μικρό ασθενή που χρήζει χειρουργικής επέμβασης.

Νοσηλευτική Εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση πριν την εφαρμογή του πρωτοκόλλου θα πρέπει να εστιάζει στα εξής:

1. Νοσηλευτικό Ιστορικό, περιλαμβάνοντας:

1.1. Ατομικό αναμνηστικό:

1.1.1. Κύηση και περιγεννητική περίοδος

- διάρκεια κύησης
- είδος τοκετού (ΦΤ, ΚΤ, εμβρυουλκία, vacuum),
- βάρος, ύψος, περίμετρος κεφαλής γέννησης
- βαθμολογία κατά Apgar
- νοσηλεία σε ΜΕΝΝ

1.1.2. Εμβολιασμοί

1.1.3. Ψυχοκινητική ανάπτυξη (ηλικίες επίτευξης οροσήμων -στήριξη κεφαλής

1.1.4. Ιατρικό ιστορικό (προηγούμενες νοσηλείες, χειρουργικές επεμβάσεις, εμπειρία αναισθησίας, μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων αυτού, αλλεργίες σε φάρμακα)

1.2. Οικογενειακό ιστορικό.

1.3. Παρούσα νόσος:

1.3.1. Αιτία εισαγωγής

1.3.2. Ηλικία, βάρος, ύψος, κατάσταση θρέψης - ενυδάτωσης κατά την είσοδο

1.4. Αντικειμενική εξέταση (εξέταση κατά συστήματα, λήψη ΖΣ). Καθ' όλη τη διάρκεια

της εξέτασης ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει να δίδεται στην αναγνώριση όλων εκείνων των σημείων που έχουν ξεχωριστή διαγνωστική αξία για τους παιδιατρικούς ασθενείς, όπως: το κλάμα, το χρώμα δέρματος και βλεννογόνων, η ανησυχία ή νωθρότητα, η απομόνωση και γενικά η όλη του εικόνα.

2.Αναγνώριση των συστημάτων υποστήριξης του παιδιού.

3.Αξιολόγηση αντιλήψεων (θρησκευτικό -κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό υπόβαθρο) και γνώσεων του παιδιού και της οικογένειας για το περιβάλλον του νοσοκομείου και την επικείμενη εγχείρηση.

4.Αξιολόγηση συναισθηματικής κατάστασης παιδιού και οικογένειας.

Νοσηλευτική Διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- ◆ Φόβος σχετιζόμενος με τον άγνωστο χώρο του νοσοκομείου και τα μη οικεία πρόσωπα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, όπως φαίνεται από το κλάμα, τη γενική επιθετικότητα, τις διαμαρτυρίες, τις παλινδρομήσεις (ενούρηση, φάγωμα νυχιών, εγκόπριση), την άρνηση λήψης τροφής, τις διαταραχές ύπνου.
- ◆ Άγχος σχετιζόμενο με τον αποχωρισμό από τη μητέρα και τον πατέρα.
- ◆ Φόβος σχετιζόμενος με:
 - ❖ την επικείμενη σωματική βλάβη-τραύμα, πόνος, ακρωτηριασμός, θάνατος
 - ❖ την επικείμενη αναισθησία
 - ❖ τις επίπονες διαγνωστικές εξετάσεις
 - ❖ την επίπονη νοσηλευτική φροντίδα
- ◆ Άγχος σχετιζόμενο με την επικείμενη χειρουργική επέμβαση όπως φαίνεται από τη δυσκολία ύπνου, τη νευρικότητα, την ανορεξία.
- ◆ Επιθετικότητα σχετιζόμενη με τη σχετική απώλεια ελέγχου του κόσμου του και της αυτονομίας του.

- ♦ Θλίψη σχετιζόμενη με τη στέρηση του παιχνιδιού, ελευθερίας κινήσεων, αγαπημένων/οικείων προσώπων (συμμαθητές, φίλοι).
- ♦ Διαταραχές ύπνου σχετιζόμενες με το φόβο και το άγχος της άγνωστης διαδικασίας προετοιμασίας για την χειρουργική επέμβαση.
- ♦ Έλλειμμα γνώσεων του παιδιού και των γονέων σχετικά με την προετοιμασία, το τι θα αισθάνεται ο μικρός ασθενής φυσιολογικά μετά τη χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία καθώς και τη μετεγχειρητική φροντίδα.
- ♦ Διαταραχές θρέψης - ενυδάτωσης σχετιζόμενες με τον πόνο, όπως φαίνεται από την απώλεια βάρους.
- ♦ Κίνδυνος υποογκαιμίας σχετιζόμενος με τον μικρό συνολικό όγκο αίματος στην βρεφική ηλικία και την πιθανή απώλειά του κατά την χειρουργική επέμβαση.

Αναμενόμενα αποτελέσματα παρέμβασης

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα παρακάτω:

- ♦ Το παιδί και η οικογένειά του θα είναι εξοικειωμένοι με το περιβάλλον του νοσοκομείου, τις αίθουσες του χειρουργείου και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- ♦ Το παιδί θα είναι σωματικά, ψυχολογικά και γνωστικά (ανάλογα με την ηλικία του) προετοιμασμένο για τις διαδικασίες της περιεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας, την επικείμενη αναισθησία και χειρουργική επέμβαση.
- ♦ Οι γονείς θα είναι ψυχολογικά και γνωστικά προετοιμασμένοι για τις διαδικασίες της προεγχειρητικής -μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του παιδιού τους και κατάλληλα εκπαιδευμένοι για τη συμμετοχή τους σε αυτές. Επίσης θα είναι ενημερωμένοι για τις πιθανές επιπλοκές μετεγχειρητικά.
- ♦ Ο μικρός ασθενής δε θα παρουσιάσει λοίμωξη.
- ♦ Ο μικρός ασθενής δε θα παρουσιάσει βλάβη σε σχέση με τις ενδοφλέβιες γραμμές, τους καθετήρες, τους σωλήνες, τις παροχετεύσεις, τα μηχανήματα παρακολούθησης ή το χειρουργικό τραύμα.

Απαραίτητο υλικό

- ♦ Αλκοολούχο αντισηπτικό διάλυμα.
- ♦ Γάντια αποστειρωμένα - ελαστικά μη αποστειρωμένα.
- ♦ Πιεσόμετρο με περιχειρίδα κατάλληλου μεγέθους ανάλογα με την ηλικία του παιδιού.
- ♦ Παλμικό οξύμετρο με αισθητήρα για παιδιατρικό ασθενή.
- ♦ Θερμόμετρο.
- ♦ Μάσκα οξυγόνου κατάλληλου μεγέθους.
- ♦ Παροχή οξυγόνου.

- ♦ Νεφροειδές μιας χρήσης.
- ♦ Αποστειρωμένες γάζες.
- ♦ Φλεβοκαθετήρες Νο 26, 24, 22.
- ♦ Ελαστικός επίδεσμος
- ♦ Μη αλλεργιογόνος λευκοπλάστης πάχους 2,5 εκ.-5 εκ.
- ♦ Three-way.
- ♦ Προέκταση συστήματος ορού.
- ♦ Προέκταση με dial-a-flow.
- ♦ Ορός: Sodium Chloride & D/W (1+4), R/L, N/S 0,9%.
- ♦ Στατό ορών.
- ♦ Ασετόν και βαμβάκι για την αφαίρεση του βερνικιού των νυχιών.
- ♦ Σωλήνας αερίων Νο .
- ♦ Ένεμα - σταγονόκλυσμα- υπόθετο γλυκερίνης
- ♦ Ουροκαθετήρας (Foley) Νο 6, 8, 10 με οδηγό και τα αντίστοιχα νούμερα χωρίς οδηγό.
- ♦ Ρινογαστρικός καθετήρας (Levin) Νο 8, 10, 12.
- ♦ Ουροσυλλέκτης και στατό ουροσυλλέκτη.
- ♦ Ηλεκτρική ξυριστική μηχανή.
- ♦ Βραχιόλι αναγνώρισης.
- ♦ Αντλία συνεχούς έγχυσης.
- ♦ Αλουμινοκουβέρτα.
- ♦ Πάνα νεογνού-βρέφους.
- ♦ Κάρτα νοσηλείας και ιατρικός φάκελος .
- ♦ Διάφορα παιχνίδια (πχ κούκλες, μινιατούρες), μπλοκ με σκίτσα.
- ♦ Τοπική αναισθητική αλοιφή (Emla).
- ♦ Διάφανο αυτοκόλλητο επίθεμα
- ♦ Σύστημα μικροσταγόνων με dial-a-flow.
- ♦ Νάρθηκας/Χάρτινο ποτηράκι /σάκος άμμου.
- ♦ Συσκευή soluset, hemoset.
- ♦ Ειδική στολή χειρουργείου (σκουφάκι, ποδιά, ποδονάρια).

Εφαρμογή πρωτοκόλλου Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα Παίδων

Ι. Από την ημέρα εισαγωγής μέχρι την ημέρα προγραμματισμού του χειρουργείου

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Προλαμβάνει τη μετάδοση των λοιμώξεων
Οργανώστε το υλικό	Προαγωγή της αποτελεσματικότητας
3. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή μέσω των γονέων ή αυτών που έχουν την επιμέλεια του παιδιού.	Πρόληψη λάθους
4.Εξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή και στους γονείς (ή τους έχοντες την επιμέλεια του παιδιού) και εξασφαλίστε πληροφόρημένη συναίνεση τους	Αύξηση της συνεργασίας, μείωση του άγχους
5. Συλλέξτε τις βασικές πληροφορίες και το νοσηλευτικό ιστορικό του μικρού ασθενή από τους γονείς και επί απουσία αυτών από άμεσους συγγενείς.	Το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού δεν επιτρέπει στο ίδιο να τις παρέχει.
6. Προσανατολίστε το παιδί και τους γονείς στους χώρους του νοσοκομείου (κλινική, δωμάτιο, χώρο παιχνιδιού, αίθουσες χειρουργείου, μονάδα εντατικής νοσηλείας). Γνωρίστε τους με τα άλλα παιδιά και τους γονείς τους και με το προσωπικό υγείας.	Μειώνει το φόβο και το άγχος του παιδιού και των γονέων σε σχέση με το άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου και τα μη οικεία πρόσωπα του προσωπικού/θαλάμου.
7. Αφιερώστε χρόνο στη γνωριμία σας με το μικρό ασθενή και ενθαρρύνετε την υποβολή ερωτήσεων. Παρέχετε απλές, σαφείς και ειλικρινείς απαντήσεις, ανάλογα με την ηλικία του παιδιού.	Οι ερωτήσεις θα επιτρέψουν στο νοσηλευτή να καταλάβει καλύτερα τους φόβους του παιδιού και την αντίληψη του για το τι του συμβαίνει. Τα βρέφη και τα μικρά παιδιά έχουν ανάγκη να συνάψουν σχέση εμπιστοσύνης με εκείνους που τα φροντίζουν. Το μεγαλύτερο παιδί καθησυχάζεται από τις πληροφορίες που του δίνονται.
8. Εξασφαλίστε ψυχολογική προετοιμασία και υποστήριξη ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, το στάδιο ανάπτυξης του, την προσωπικότητά του, την προηγούμενη εμπειρία του με το νοσοκομείο, το θρησκευτικό, κοινωνικό, οικο-νομικό, πολιτιστικό υπόβαθρό του. Εξασφαλίστε ευκαιρίες στο παιδί και στους γονείς να εκφράσουν τις ανησυχίες και τα συναισθήματά τους (παιγνίδι, συζήτηση).	Μία τέτοια υποστηρικτική φροντίδα έχει ως αποτέλεσμα λιγότερο ανησυχητική συμπεριφορά και καλύτερη συνεργασία.
9. Εκτιμήστε τις ανάγκες διδασκαλίας του παιδιού και των γονέων σχετικά με την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία, τις διαδικασίες της νοσηλευτικής φροντίδας προεγχειρητικά-μετεγχειρητικά, τη διαχείριση του πόνου, τον μετεγχειρητικό εξοπλισμό και τα μηχανήματα παρακολούθησης.	Η προεγχειρητική διδασκαλία συμβάλλει στη μείωση του άγχους και του φόβου του παιδιού και των γονέων για τις διαδικασίες, την αναισθησία, την ίδια την επέμβαση, τη μετεγχειρητική περίοδο, ελαχιστοποιώντας το χειρουργικό κίνδυνο.

Χρησιμοποιείτε σκίτσα, μινιατούρες επάνω σε κούκλα, συγκεκριμένα παραδείγματα και απλούς όρους για να περιγράψετε τις αλλαγές που μπορεί να επέλθουν ως αποτέλεσμα της διαδικασίας. Παρέχετε εξηγήσεις αργά και καθαρά, χρησιμοποιήστε την δημιουργική ικανότητα και κριτική σκέψη του παιδιού στην εκπαίδευση του. Ενημερώστε τους γονείς για τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να ανακύψουν από την επέμβαση.	Τα παιδιά διαπαιδαγωγούνται και προσαρμόζονται καλύτερα σε νέα δεδομένα μέσα από το παιχνίδι (παιγνιοθεραπεία).
---	---

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ

Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας η έννοια του χειρουργείου συνδέεται με αυτήν του ακρωτηριασμού, γεγονός που αυξάνει το φόβο και το άγχος τους. Δώστε μεγαλύτερη βαρύτητα στην ενημέρωση των γονέων και προχωρήστε σε αυτή των παιδιών συνεκτιμώντας τους κινδύνους με τα ενδεχόμενα οφέλη.

10. Ανασκοπήστε τα δεδομένα του νοσηλευτικού ιστορικού και της αντικειμενικής εξέτασης, ελέγξτε εάν έχουν τεκμηριωθεί τα βασικά δεδομένα.	Η ανασκόπηση συμβάλλει στην αναγνώριση των φυσικών και ψυχοκοινωνικών κινδύνων
11. Αξιολογείτε και καταγράφετε συστηματικά τα σημεία (ζωτικά σημεία, κορεσμός οξυγόνου, κ.α.) και τα συμπτώματα (κλάμα, ευερεθιστότητα, νωθρότητα, πόνος κ.α.).	Η συστηματική παρατήρηση και καταγραφή των σημείων και συμπτωμάτων συντελεί στην έγκαιρη εκτίμηση και αντιμετώπιση των αναγκών του παιδιού.
12. Προάγετε τη βέλτιστη θρέψη και ενυδάτωση του νεογνού-βρέφους-παιδιού.	Τα βρέφη και τα παιδιά είναι ευπαθή σε υδατικές διαταραχές.

II. Ημέρα πριν τη χειρουργική επέμβαση

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
1. Ενημερώστε και εκπαιδεύστε το παιδί (αναλόγως την ηλικία του) και τους γονείς για τη διενέργεια των απαιτούμενων εξετάσεων και διαδικασιών (τι πρόκειται να του κάνουν πριν τη διαδικασία και πως μπορεί να αντιδράσει). Υποστηρίξτε τους ψυχολογικά.	Μειώνει το φόβο και το άγχος, αυξάνει τη συνεργασία, διασφαλίζει τη συνέχεια της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας

2. Ελέγξτε εάν οι εργαστηριακές (γενική αίματος, γενική ούρων, βιοχημικός έλεγχος, προσδιορισμός ομάδας, Rh, διασταύρωση, πηκτικός μηχανισμός) και οι διαγνωστικές εξετάσεις (α/α θώρακος ή ανάλογα με το είδος της επέμβασης) έχουν ολοκληρωθεί και εάν είναι διαθέσιμα τα αποτελέσματα.	Ο έλεγχος αυτός μπορεί να επηρεάσει τον τύπο και το χρόνο της επέμβασης και της αναισθησίας ή την ανάγκη τροποποίησης της θεραπείας/φροντίδας
3. Ακολουθείστε τους προεγχειρητικούς διατροφικούς περιορισμούς: 3.1. Στα νεογνά: τελευταίο γεύμα γάλακτος στις 03:00 πμ. και λήψη χαμομηλιού στις 06:00 πμ. Μειώνεται ο κίνδυνος εμέτου και εισρόφησης κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Τα αναισθητικά φάρμακα καταστέλλουν παροδικά τη γαστρεντερική λειτουργία. 3.2. Στα βρέφη: σίτιση με κρέμα/γιαούρτι το απόγευμα και τελευταίο γεύμα γάλακτος στις 03:00 πμ. 3.3. Στα παιδιά: κανονική σίτιση το μεσημέρι, ελαφρά σίτιση το απόγευμα και τελευταίο γεύμα γάλακτος στις 24:00 μμ.	Μειώνεται ο κίνδυνος εμέτου και εισρόφησης κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Τα αναισθητικά φάρμακα καταστέλλουν παροδικά τη γαστρεντερική λειτουργία.
4. Προετοιμαστείτε για τις ανάγκες κένωσης του εντέρου ανάλογα με την πολιτική του νοσοκομείου και σύμφωνα με την ιατρική οδηγία: 4.1. Στα νεογνά και βρέφη: υψηλός υποκλυσμός με τη χρήση σύριγγας και καθετήρα σίτισης Fr6 ή Fr8. 4.2. Στα παιδιά: υψηλός υποκλυσμός με διάλυμα N/S 0,9% και παραφίνη, σε ποσότητα ανάλογη της ηλικίας του παιδιού (σύμφωνα με την ιατρική οδηγία).	Τα αναισθητικά φάρμακα και η επέμβαση στην κοιλιακή χώρα επιδρούν στη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου (περισταλτισμός, αντανάκλαστικά).
5. Φροντίστε για τη σωματική υγιεινή του νεογνού- βρέφους- παιδιού (λούσιμο κεφαλής και λουτρό καθαριότητας).	Μειώνει τον κίνδυνο λοίμωξης, προάγει την άνεση.
6. Αφαιρέστε το βερνίκι των νυχιών από τα μεγαλύτερα παιδιά.	Το βερνίκι παρεμβαίνει στην αξιολόγηση κατά τη διάρκεια της επέμβασης.
7. Τοποθετήστε στο μικρό ασθενή το βραχιόλι αναγνώρισης (ονοματεπώνυμο,	Με το βραχιόλι αναγνώρισης ταυτοποιούνται τα στοιχεία του παιδιού, η κλινική που ανήκει. Ελαχιστοποιείται η πιθανότητα

κλινική, τηλέφωνο κλινικής).	
8. Παρέχετε επαρκή ανάπαυση, εξασφαλίζοντας κατάλληλο περιβάλλον (χαμηλός φωτισμός, μείωση θορύβων).	Η ανάπαυση ελαχιστοποιεί το άγχος πριν την επέμβαση.

III. Ημέρα χειρουργικής επέμβασης

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
1. Ελέγξτε εάν ο μικρός ασθενής φέρει το βραχιόλι αναγνώρισης.	Ο διπλός έλεγχος είναι απαραίτητος σε περίπτωση που το βραχιόλι έχει αφαιρεθεί από το παιδί για τον οποιοδήποτε λόγο.
2. Ελέγξτε εάν τα προεγχειρητικά έντυπα της συναίνεσης έχουν υπογραφεί και ο ιατρικός φάκελος είναι έτοιμος.	Με αυτόν τον τρόπο ικανοποιούνται οι νομικές απαιτήσεις που σχετίζονται με την πληροφορημένη συναίνεση
3. Λάβετε και καταγράψτε τα ζωτικά σημεία. Αναφέρετε στον ιατρό οποιαδήποτε παρέκκλιση από το φυσιολογικό, ιδιαίτερα της θερμοκρασίας.	Η λήψη και καταγραφή των σημείων και συμπτωμάτων συντελεί στην έγκαιρη εκτίμηση και αντιμετώπιση των αναγκών του παιδιού. Άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει λοίμωξη και συνεπώς αντένδειξη για τη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης
4. Συνεχίστε την κατάλληλη θρέψη και ενυδάτωση, ιδιαίτερα των βρεφών. Η παρεντερική χορήγηση υγρών μπορεί να είναι απαραίτητη για την ενυδάτωση του παιδιού, κυρίως όταν αυτό δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα, έχει εμετούς ή διάρροιες.	Τα βρέφη και τα παιδιά είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στην αφυδάτωση, λόγω του μικρού συνολικού όγκου αίματος.
5. Αφαιρέστε τα τιμαλφή, τους φακούς επαφής και τα αποσπώμενα οδοντικά πρόσθετα. Τα στοιχεία αυτά παρεμβαίνουν στην αξιολόγηση κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Παραδώστε τα τιμαλφή στους γονείς.	Εξασφαλίζεται η ασφάλεια των πολύτιμων προσωπικών αντικειμένων.
6. Βοηθήστε τον μικρό ασθενή να ντυθεί με την ειδική στολή του χειρουργείου (σκουφάκι, ποδιά)	Η ειδική στολή του χειρουργείου: προστατεύει τη σωματική έκθεση του παιδιού έως ότου φτάσει στην αίθουσα αναμονής του χειρουργείου, διατηρεί τη θερμοκρασία σώματος, προστατεύει από τους μικροοργανισμούς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ

Μην αφαιρείτε το εσώρουχο, καθώς η έκθεση των γεννητικών οργάνων προκαλεί αύξηση του άγχους και της ανησυχίας

7. Προετοιμαστείτε για τις ανάγκες κένωσης της ουροδόχου κύστης. 7.1. Στα νεογνά και βρέφη φορέστε καθαρή . πάννα. 7.2. Παροτρύνετε τα μεγαλύτερα παιδιά να ουρήσουν πριν από την προνάρκωση. Σημειώστε το χρόνο της τελευταίας ούρησης εάν δε μπορεί να ουρήσει.	Προλαμβάνεται η διάταση της ουροδόχου κύστης ή η απώλεια ούρων κατά τη διάρκεια της αναισθησίας
8. Χορηγείτε την προνάρκωση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. 8.1. Δε δίδεται σε νεογνά. 8.2. Στα μεγάλα βρέφη δίδεται παρακεταμόλη και μιδαζολάμη από το στόμα, αφού έχει αραιωθεί με χυμό μήλου 8.3. Στα παιδιά η μιδαζολάμη χορηγείται ενδομυϊκά .	Η προεγχειρητική αναισθητική αγωγή μειώνει το άγχος, παρέχει καταστολή, μειώνει την έκκριση του σάλιου και των βρογχικών εκκρίσεων
9. Τοποθετείστε αναισθητική αλοιφή (Emla) στο σημείο φλεβοκέντησης, που θα διενεργηθεί στο χειρουργείο , 1-2 ώρες νωρίτερα. Επικαλύψτε το σημείο με διαφανές αυτοκόλλητο επίθεμα.	Μείωση του πόνου του τσιμπήματος.
10. Υποστηρίξτε τους γονείς κατά την κρίσιμη περίοδο. 10.1. Παροτρύνετέ τους να συνοδεύσουν το παιδί μέχρι το χώρο του χειρουργείου 10.2. Τονίστε την σπουδαιότητα της παρουσίας τους κοντά στο παιδί τους. Οι γονείς μπορεί να διακατέχονται από αισθήματα φόβου ή ενοχής.	Μείωση στο ελάχιστο του άγχους αποχωρισμού Αύξηση της ενεργού συμμετοχής στη φροντίδα του παιδιού τους
11. Προετοιμάστε την κλίνη του μικρού ασθενούς όπως στρώσιμο του κρεβατιού, συγκέντρωση του απαραίτητου εξοπλισμού (πιεσόμετρο, μάσκα οξυγόνου, συσκευές ενδοφλέβιας χορήγησης, στατό, νεφροειδές, αλουμινοκουβέρτα, παλμικό οξύμετρο κ.α.)	Για την παροχή της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας.
Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε κατάλληλα	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Προλαμβάνει τη μετάδοση των λοιμώξεων

Αξιολόγηση Παρέμβασης

Βαθμός κατά τον οποίο επιτεύχθηκαν τα επιθυμητά αποτελέσματα που διατυπώθηκαν κατά τη φάση του σχεδιασμού

Νοσηλευτική Τεκμηρίωση

Στην κάρτα νοσηλείας του ασθενούς θα μπορούσαν να σημειωθούν τα παρακάτω:

Το νοσηλευτικό ιστορικό του νεογνού-βρέφους-παιδιού.

Τα ζωτικά σημεία-θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, σφίξεις, αναπνοές- καθώς και οι παρεμβάσεις που έγιναν σε περιπτώσεις παρέκκλισης από τις φυσιολογικές τιμές τους.

Τα επίπεδα κορεσμού του αρτηριακού αίματος σε οξυγόνο (SpO₂) - όπως καταδεικνύονται από τις τιμές του παλμικού οξύμετρου- καθώς και οι παρεμβάσεις που έγιναν σε περίπτωση παρέκκλισης από τις φυσιολογικές τιμές.

Οι ανάγκες σε O₂ και ο ρυθμός χορήγησης αυτού.

Η κατάσταση θρέψης του παιδιού (καταγραφή βάρους, ημερήσιας θερμιδικής κάλυψης, παρεντερική σίτιση).

Η κατάσταση ενυδάτωσης του παιδιού (καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών, περιγραφή σπαργής δέρματος).

Τα σχήματα ύπνου/δραστηριότητας και απέκκρισης του παιδιού.

Τα φάρμακα που έχουν χορηγηθεί προεγχειρητικά.

Η εκτέλεση της ιατρικής οδηγίας σχετικά:

- με τη διενέργεια ή μη καθαρκτικού υποκλυσμού την ημέρα προ της χειρουργικής επέμβασης
- με την απαγόρευση της από του στόματος σίτισης συμπεριλαμβανομένων και των υγρών και
- με τη χορήγηση προνάρκωσης την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης.

Η προεγχειρητική ενημέρωση παιδιού-γονέων και η αντίδραση τους στην ενημέρωση.

Οι εκδηλώσεις φόβου ή άγχους από την πλευρά του παιδιού.

Οι ερωτήσεις που απασχολούν το παιδί.

Η κατανόηση της χειρουργικής επέμβασης από την πλευρά του παιδιού.

Η τοποθέτηση του βραχιολιού αναγνώρισης για την ταυτοποίηση των στοιχείων του.

Πρωτόκολλο Μετεγχειρητικής Φροντίδας σε παιδιά

Ενδείξεις Εφαρμογής

Σε όλους τους παιδιατρικούς ασθενείς μετεγχειρητικά.

Νοσηλευτική Εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση πριν την εφαρμογή του πρωτοκόλλου θα πρέπει να εστιάζει στα εξής:

- Αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του παιδιού που γίνεται επί κλίνης.
- Πιστοποιούνται οι πληροφορίες της διεγχειρητικής φάσης και αξιολογούνται τα παρακάτω:
- Έλεγχος στο τραύμα του χειρουργικού τραύματος
- Έλεγχος στη χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών και διεγχειρητικών φαρμάκων (για γενική νάρκωση, παυσίπονα, ή αντιεμετικά)
- Μετά τη μεταφορά του ασθενούς επί κλίνης αξιολογούνται τα παρακάτω;
- Νευρικό σύστημα
- Κλάμα
- Άμυνα
- Εκφράσεις πόνου
- Απόσυρση - απομόνωση
- Καρδιαγγειακό σύστημα
- Αρτηριακή πίεση
- Καρδιακή συχνότητα
- Αναπνευστικό σύστημα
- Αυξημένη αναπνευστική συχνότητα
- Εισολκές (σφαγής, μεσοπλευρίων)
- Ελάττωση του αναπνεόμενου όγκου
- Δέρμα
- Κυάνωση

Νοσηλευτική Διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Πόνος που σχετίζεται με την παρουσία χειρουργικού τραύματος
- Διαταραχή αναπνευστικής λειτουργίας που οφείλεται στα αναισθητικά φάρμακα
- Ελάττωση θερμοκρασίας σώματος που οφείλεται σε έκθεση σε ψυχρό περιβάλλον
- Αίσθηση δυσφορίας που μπορεί να σχετίζεται μετεωρισμό της κοιλιάς, διάταση της κύστης, δυσκοιλιότητα
- Ανισοζύγιο υγρών (λιγότερο από ανάγκες σώματος) που οφείλεται σε αιμορραγία ή εμέτους

Αναμενόμενα αποτελέσματα παρέμβασης

- Τα αναμενόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα παρακάτω:
- Επίτευξη ομαλής μετεγχειρητικής περιόδου και προαγωγή της αποκατάστασης .

Έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών που μπορεί να σχετίζονται με:

- Επιπλοκές από το τραύμα
- Αιμάτωμα
- Ορώδης συλλογή ή διαπύση
- Διάσπαση
- Επιπλοκές από το αναπνευστικό
- Ατελεκτασία πνευμόνων
- Πνευμονική εισρόφησης
- Μετεγχειρητική πνευμονία
- Πνευμονική εμβολή
- Επιπλοκές από το καρδιαγγειακό
- Αρρυθμίες
- Ανακοπή
- Πνευμονικό οίδημα
- Επιπλοκές από το περιτόναιο
- Αιμοπεριτόναιο
- Επιπλοκές από σωλήνες παροχέτευσης
- Ουροπεριτόναιο (ουρινώματα)

- Επιπλοκές από ελάττωση περισταλτισμού του εντέρου
- Γαστρική διάταση
- Εντερική απόφραξη (ειλεός)
- Επιπλοκές από το ουροποιητικό
- Επίσχεση ούρων
- Ουρολοίμωξη
- Ολιγουρία και νεφρική ανεπάρκεια
- Μετεγχειρητικός πυρετός

Ο πυρετός που εμφανίζεται εντός των πρώτων 72 ωρών είναι συνήθης αντίδραση του οργανισμού στο χειρουργικό τραύμα. Ενδέχεται μετέπειτα να αποτελέσει σημείο σοβαρής λοίμωξης. Η εμφάνιση πυρετού στον ασθενή τις πρώτες 48 ώρες μετά το χειρουργείο οφείλεται συνήθως σε ατελεκτασία, με την προϋπόθεση ότι δεν είχε πυρετό προεγχειρητικά. Πυρετός μετά τις 48 ώρες μπορεί να οφείλεται σε θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονία ή ουρολοίμωξη.

Απαραίτητο υλικό

- Παροχή οξυγόνου
- Μάσκα οξυγόνου απλή και με νεφελοποιητή
- Μόνιτορ
- Patch
- Οξύμετρο με αισθητήρα
- Περιχειρίδα κατάλληλου
- ανάλογα με την ηλικία
- Στατό για ορό
- Ελαστική περίδεση
- Βαμβάκι
- Αντισηπτικό διάλυμα
- Φλεβοκαθετήρες Νο 22 - 26
- Σύστημα μικροσταγόνων με dial-a- flow, αντ μικροβιακό three-way, solu- set και προέκταση
- Αυτοκόλλητη ταινία
- Σύστημα χορήγησης αίματος (Hemoset ή Sepacell)
- Velpan - Βαμβακοταινία
- Γάντια ελαστικά μη αποστειρωμένα
- Νεφροειδές μιας χρήσης

- Συσκευή αναρρόφησης
- Καθετήρες αναρρόφησης κατάλληλου μεγέθους

Εφαρμογή πρωτοκόλλου

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	
ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
23. Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών ➤ πριν και μετά την επαφή με τον ασθενή ➤ μετά τη χρήση γαντιών ➤ μετά από κάθε επεμβατική διαδικασία	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
24. Οργανώστε το υλικό σας πριν από κάθε διαδικασία	Προαγωγή της αποτελεσματικότητας
25. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή μέσω των γονέων ή αυτών που έχουν την επιμέλεια του παιδιού	Πρόληψη του λάθους
26. Εξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή και στους γονείς και εξασφαλίστε πληροφορημένη συναίνεση	Αύξηση της συνεργασίας και μείωση του άγχους
27. Φορέστε γάντια ελαστικά μη αποστειρωμένα	Πρόληψη έκθεσης σε βιολογικά υγρά
28. Μεταφέρετε τον ασθενή στο κρεβάτι αφού ανυψώσετε το πάνω μέρος του » 30 - 45° και γυρίστε τον στο πλάι με ελαφρά έκταση της κεφαλής προς τα πίσω έτσι ώστε να διευκολυνθεί η αποβολή των εκκρίσεων και να αποφευχθεί η απόφραξη του λάρυγγα από ολίσθηση της γλώσσας προς τα πίσω	Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και πρόληψη εισρόφησης.
29. Ελέγξτε τις ζωτικές λειτουργίες: ➤ <i>Κυκλοφορικό:</i> Σύνδεση με monitor. Λήψη ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά την πρώτη ώρα, κάθε 30 λεπτά την δεύτερη ώρα, κάθε 3 ώρες το πρώτο 24ωρο, εκτός από την περίπτωση που η κατάσταση του παιδιού κρίνεται ασταθής οπότε είναι αναγκαία η αξιολόγηση ανά ώρα. Η περιχειρίδα παραμένει στη θέση της ξεφουσκωτή για να ελαχιστοποιηθεί η ενόχληση του παιδιού. ➤ <i>Αναπνευστικό:</i> Ελέγξτε το αναπνευστικό: αν υπάρχει δύσπνοια ή ταχύπνοια χρειάζεται οξυγόνο. Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να παίρνει βαθιές αναπνοές και αν χρειάζεται να γίνονται αναρροφήσεις των εκκρίσεων.	<i>Ενημερώνοντας το φύλλο νοσηλείας του ασθενή έχουμε τη συνολική εικόνα της γενικής κατάστασης του. Ο εντοπισμός αποκλίσεων από το φυσιολογικό αποτελεί αιτία για περαιτέρω διερεύνηση του ασθενή για σημεία shock, αιμορραγίας ή ατελεκτασία. Άμεση ενημέρωση του ιατρού. Όλα τα παιδιά σε κατάσταση shock εμφανίζουν ωχρότητα, αύξηση των σφυγμών και ακανόνιστες αναπνοές. Τα μεγαλύτερα παιδιά έχουν μειωμένη αρτηριακή πίεση και εφίδρωση.</i>
30. Εξασφαλίστε την κατάλληλη θερμοκρασία για τον μικρό ασθενή. Τα νεογνά τα παραλαμβάνουμε με θερμαινόμενη θερμοκοιτίδα από το χειρουργείο, η οποία πρέπει να θερμαίνεται 45' πριν από τη μεταφορά τους.	<i>Τα αναισθητικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν απώλεια της θερμοκρασίας του σώματος και ιδιαίτερα στα νεογνά. Γι ' αυτό η θέρμανση της θερμοκοιτίδας είναι απαραίτητη για την πρόληψη υποθερμίας</i>

Αξιολογήστε το χρώμα του δέρματος και το επίπεδο συνείδησης	
31. Παρέχετε ένα ήσυχο, άνετο και ασφαλές περιβάλλον ➤ Με ζεστή και ήρεμη φωνή ➤ Χωρίς ερεθίσματα που το διεγείρουν ➤ Αλλαγή θέσης του παιδιού στο κρεβάτι και υποστήριξη με μαξιλάρια ➤ Ανασηκώστε τα πλαιϊνά κάγκελα του κρεβατιού	Όλα αυτά μπορεί να ηρεμήσουν το παιδί ελαττώνοντας τη διέγερση του, μειώνοντας την ένταση του μυϊκού πόνου και προλαμβάνοντας τους τυχαίους τραυματισμούς.
32. Εξετάστε την παρεντερική χορήγηση υγρών, αξιολογώντας: ➤ την ενυδάτωση του δέρματος και των βλεννογόνων ➤ την τάση των πηγών του κρανίου σε νεογνά και βρέφη ➤ την απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής πορείας του ➤ τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά	Στόχοι της παρεντερικής χορήγησης υγρών είναι: ➤ Διόρθωση της απώλειας υγρών: πυρετός, έμετοι, διάρροιες ➤ Εξασφάλιση σωστής ενυδάτωσης και κάλυψη βασικών ημερήσιων αναγκών σε υγρά και ηλεκτρολύτες ανά kg/B.Σ. ➤ Αναπλήρωση του γαστρικού υγρού, συρίγγια, παροχετεύσεις
33. Εξετάστε το τραύμα για πιθανή αιμορραγία και βεβαιωθείτε ότι οι σωλήνες παροχέτευσης είναι συνδεδεμένοι σωστά και λειτουργούν κανονικά	Μείωση κινδύνων που μπορεί να απειλήσουν την ζωή του ασθενή
34. Εξασφαλίστε την καλύτερη περιποίηση του τραύματος: ➤ Χρησιμοποιήστε άσηπτες τεχνικές ➤ Αξιολογήστε την κατάσταση του τραύματος ➤ Αξιολογήστε για τυχόν εκροή υγρών ➤ Εφαρμόστε ζώνη σε μεγάλες τομές της κοιλίας	Πρόληψη λοίμωξης του τραύματος και προαγωγή της επούλωσης του. Η ζώνη συμβάλλει στην αποφυγή κήλης.
35. Ενθαρρύνετε τους γονείς να είναι κοντά στο παιδί τους την στιγμή που θα συνέρχεται από τη νάρκωση	Συναισθηματική υποστήριξη του παιδιού.
36. Ελέγξτε για τυχόν ανησυχία και κλάμα του ασθενή.	Οι μη λεκτικές εκδηλώσεις του μικρού παιδιού είναι ενδείξεις ότι νιώθει πόνο και δεν αισθάνεται άνετα
37. Παρακολουθείστε το παιδί για διαταραχές στην καρδιακή συχνότητα και την αρτηριακή πίεση.	Οι αυξημένες τιμές υποδηλώνουν πιθανή αίσθηση πόνου
38. Χρησιμοποιήστε διάφορες τεχνικές όπως: ➤ Απόσπαση της προσοχής του παιδιού ➤ Επικέντρωση του ενδιαφέροντός του σε άλλα θέματα	Οι τεχνικές αυτές όπως είναι τα παιχνίδια, τα παραμύθια κλπ., αποσκοπούν στη μείωση της αντίληψης του πόνου από το παιδί
39. Χορηγήστε αναλγητικά φάρμακα, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Παρακολουθήστε εντατικά και καταγράψτε την ανταπόκριση του παιδιού στην αγωγή.	Φάρμακα για καταστολή του πόνου πρέπει να χορηγούνται με πολύ προσοχή λόγω πιθανής υπολειμματικής δράσης των αναισθητικών παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν άπνοια και υπόταση.

40. Παρακολουθήστε το χρώμα, την ποσότητα και την οσμή των ούρων. Η διούρηση είναι ικανοποιητική εφόσον οι ασθενείς παράγουν ούρα ως παρακάτω: ➤ βρέφη και παιδιά ως 3 ετών 2-5 ml/kg/h, ➤ παιδιά 4-5 ετών 1-2ml/kg/h και ➤ παιδιά άνω των 5 ετών 0,5-1ml/kg/h	<i>Τα φυσιολογικά ούρα έχουν χρώμα κίτρινο και είναι διαυγή. Κάθε μεταβολή τους είναι παθολογική. Η έγκαιρη εντόπιση του προβλήματος και η ενημέρωση του ιατρού συμβάλλει στη σωστή ενυδάτωση και φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάστασης.</i>
41. Αξιολογήστε την επάνοδο της εντερικής λειτουργίας: ➤ Έλεγχος του μετεωρισμού της κοιλιάς ➤ Ακρόαση των εντερικών ήχων κατά τακτά χρονικά διαστήματα ➤ Έλεγχος της ικανότητας του ασθενή να αποβάλλει αέρια ή κόπρανα εφαρμόζοντας σωλήνα αερίων για 20'-30' ➤ Αφαίρεση του Levin, Foley και παροχέτευσης ➤ Σταδιακή μείωση ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών και φαρμακευτικής αγωγής. ➤ Σταδιακή αύξηση σίτισης του ασθενή.	Τα αναισθητικά φάρμακα συμβάλλουν στην κατάργηση του περισταλτισμού του εντέρου. Με τη βελτίωση της γενικής κατάστασης του παιδιού η σίτιση διεξάγεται ανάλογα με την οδηγία του ιατρού και την επάνοδο του περισταλτισμού του εντέρου.
42. Σχεδιασμός βαθμιαίας δραστηριοποίησης του παιδιού: ➤ Εξασφαλίστε διάφορα παιχνίδια ανάλογα με την ηλικία του παιδιού ➤ Σχεδιάστε δραστηριότητες τις ώρες που το παιδί είναι ξεκούραστο, δεν πονάει και απασχολείται όσο μπορεί από την ομάδα των δασκάλων που διαθέτει η κλινική ➤ Ενημέρωση των γονέων για την εξασφάλιση ψυχαγωγικών μέσων (π.χ. τραγούδια ή παιδικές ταινίες).	<i>Όλα αυτά διασκεδάζουν το παιδί και το ενθαρρύνουν να κινητοποιείται όσο το δυνατόν περισσότερο</i>
43. Η έγκαιρη κινητοποίηση του παιδιού γίνεται Προαγωγή της ανάρρωσης του παιδιού. προοδευτικά: ➤ Κινητοποιώντας τα πόδια στο κρεβάτι ➤ Καθίζοντας το παιδί στην άκρη του κρεβατιού ➤ Βάζοντας το παιδί σε όρθια θέση δίπλα στο κρεβάτι ➤ Καθίζοντας το παιδί σε πολυθρόνα ➤ Κινητοποιώντας το σταδιακά μέσα στο θαλαμο και στην τουαλέτα ➤ Πλήρης κινητοποίηση	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
44. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης τόσο στο παιδί όσο και στους γονείς.	Με αυτόν τον τρόπο Κα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στη μεταβολή της καθημερινότητάς τους και στην αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων μετεγχειρητικά

45. Διδασκαλία και εκπαίδευση παιδιού - γονέα για την περαιτέρω φροντίδα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.	Η ενέργεια αυτή αποσκοπεί στην περαιτέρω βελτίωση της μετεγχειρητικής κατάστασης του παιδιού.
46. Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε κατάλληλα	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
47. Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ	
➤ Ελέγξτε την ενδοφλέβια γραμμή. Πρέπει να είστε ιδιαίτερα προσεκτικοί με την IV γραμμή, να την στερεώσετε καλά και να την ακινητοποιήσετε με νάρθηκα εάν δεν έγινε στο χειρουργείο. ➤ Το χέρι που δε φέρει τον ορό, ειδικά στα νεογνά - βρέφη τυλίγεται με Velpan ή παιδικό γάντι. ➤ Απαγορεύεται η λήψη περιοριστικών μέτρων σε νεογνά και βρέφη (δηλαδή δέσιμο με γάζα, επίδεσμο ή στερέωση του επιδέσμου με παραμάνα).	➤ Η στερέωση και ακινητοποίηση της IV γραμμής αποσκοπεί στην καλύτερη ροή και στην πρόληψη ατυχηματικής αφαίρεσης του ορού από το παιδί τη στιγμή που θα αφυπνίζεται από τη νάρκωση. ➤ Για πρόληψη ατυχηματικής αφαίρεσης του ορού, Levin, Foley και παροχετεύσεων ➤ Η λήψη περιοριστικών μέτρων σε νεογνά και βρέφη θα μπορούσε να θεωρηθεί κακοποίηση και υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού.

Αξιολόγηση Παρέμβασης

Βαθμός κατά τον οποίο επιτεύχθηκαν τα επιθυμητά αποτελέσματα που διατυπώθηκαν κατά τη φάση του σχεδιασμού

Νοσηλευτική Τεκμηρίωση

Στην κάρτα νοσηλείας του ασθενούς/παιδιού θα μπορούσαν να σημειωθούν τα παρακάτω:

- Ημερομηνία και ώρα άφιξης από το χειρουργείο.
- Το είδος της αναισθησίας (γενική, περιοχική ή τοπική)
- Έλεγχος και καταγραφή ζωτικών σημείων και επίπεδο κορεσμού SpO₂ και παρεμβάσεις που έχουν γίνει.
- Ονοματεπώνυμο θεράποντα ιατρού και ώρα που δόθηκαν οι οδηγίες:
- Χορήγηση IV υγρών (οροί, παρεντερική διατροφή, αίμα, πλάσμα, PLT).
- Δόσεις των φαρμάκων.
- Σίτιση νεογνού - βρέφους - παιδιού (υδρική /ελαφρά /ελεύθερη).
- Ανταπόκριση του ασθενή στη θεραπευτική αγωγή.
- Οι παροχετεύσεις-καθετήρες (LEVIN, FOLEY, PEZZER, ουρητηροκαθετήρας), και η ποσότητα και χροιά των υγρών κατά τη παραλαβή του ασθενή.
- Κατάσταση τραύματος και επιθεμάτων.

Πηγή Πρωτοκόλλου: ΑΧΕΠΑ

Προετοιμασία και οργάνωση τροχήλατου έκτακτης ανάγκης

Σκοπός της διαδικασίας

Η άριστη γνώση και η επάρκεια υλικού και φαρμάκων καθώς και γνώση της θέσης αυτών στο τροχήλατο για έγκαιρη αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου.

Προτεραιότητα

Η άριστη γνώση και η επάρκεια υλικού και φαρμάκων καθώς και η γνώση της θέσης αυτών στο τροχήλατο, κατατάσσεται σε θέση υψηλής προτεραιότητας δηλαδή δεν είναι ούτε μέτριας προτεραιότητας, ούτε χαμηλής (ρουτίνα). Η προτεραιότητά της έχει την ένδειξη ΕΠΕΙΓΟΝ.

Υπεύθυνος για την εκτέλεση της διαδικασίας

Προετοιμασία, συντήρηση, έλεγχος: Ο υπεύθυνος νοσηλευτής βάρδιας.

Χρήση: Όλοι οι νοσηλευτές όλων των τμημάτων.

Έλεγχος

Υλικό: Αντικατάσταση κάθε φορά μετά τη χρήση/ κάθε 3 μήνες/ καθημερινά όπως περιγράφεται παρακάτω

Φάρμακα: Έλεγχος κάθε 3 μήνες.

Μηχανήματα: Καθημερινά.

Έντυπα που επισυνάπτονται

1. Έντυπο χρήσης τροχήλατου επειγόντων
2. Έντυπο θέσης φαρμάκων
3. Έντυπο θέσης υλικού
4. Έντυπο τριμηνιαίου ελέγχου φαρμάκων
5. Έντυπο τριμηνιαίου ελέγχου υλικού
6. Έντυπο καθημερινού ελέγχου υλικού
7. Βασική φαρμακολογία

ΕΝΤΥΠΟ ΧΡΗΣΗΣ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟΥ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ
(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΟΤΑΝ ΚΑΙ ΚΑΘΕ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΤΟ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΑΣΘΕΝΗ:.....

ΓΙΑΤΡΟΥ:.....

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ:.....

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΑΙ/ΟΧΙ
1.	1
2.	2
3.	3
4.	4
5.	5
6.	6
7.	7
8.	8
9.	9
10.	10
11.	11
12.	12
13.	13
14.	14
15.	15

<i>ΥΛΙΚΟ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ</i>	<i>ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΑΙ/ΟΧΙ</i>
•	1
•	2
•	3
•	4
•	5
•	6
•	7
•	8
•	9
•	10
•	11
•	12
•	13
•	14
•	15

ΕΚΒΑΣΗ:.....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ:.....

ΕΝΤΥΠΟ ΘΕΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΟ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ

1^ο ΣΥΡΤΑΡΙ	ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ
	Adrenaline amp	10
	Anexate amp	2
	Angoron amp	8
	Atropine amp	10
	Berovent amp	4
	Dormicum amp	4
	Effortil amp	4
	Epanutim amp	4
	Ephedrine amp	4
	Dopamin amp	5
	Heparin fl 5000iu	2-2
	Hypnomidate amp	2
	Inotrex fl	2
	Lasix amp	10
	Narcan amp	2
	Nitrolingual fl	2
	Nitrolingual spray	1
	Pentothal fl	2
	Lycitrop fl	1
	Solu Cortef fl (250-500 mg)	2-2
	Solu Medrol fl (125-250 mg)	2-2
	Stedon amp	4
	Tenormin amp	2
	Xylocaine fl	2
	Dextrose 35% amp	5
	Sodium chloride 0,9%amp	10

	Calcium gluconate amp	4
	Potassium chloride	4
	Sodium Chloride 15% amp	4
	Sodium bicarbonate 4% amp	10
ΨΥΓΕΙΟ	Esmeron	5
	Glucagen fl	1
	Insulin Actrapid	1
	Isuprel amp	10
	Propofol amp	2
	Nimbex amp (10ml)	1 amp

ΕΝΤΥΠΟ ΘΕΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ

2^Ο ΣΥΡΤΑΡΙ	ΥΛΙΚΟ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ
	Γάζες αποστειρωμένες	3 set
	Γάντια αποστειρωμένα	No 8 (2 ζεύγη)
	Γάντια αποστειρωμένα	No 7,5 (2 ζεύγη)
	Πεδίο αποστειρωμένο	2
	Σχιστό πεδίο	2
	Δίαυλος καθετήρας	1
	Τρίαυλος καθετήρας	1
	Fl Xylocaine Sol	1
	Betadine solution	1
	Νυστέρια	No 11 (Bt 1)
	Νυστέρια	No 22 (Bt 1)
	Ράμματα	2/0 (2 τεμ)
	Ράμματα	3/0 (2 τεμ)
	Βελονοκάτοχο αποστειρωμένο	1
	Betadine πάστα	1
	Durapore	2
	Tegaderm	4
	Three way	4
	Προεκτάσεις ορού με Three way	3
	Απλή συσκευή ορού	2
	Συσκευή ορού με ρύθμιση ροής	2
	Συστήματα αίματος	2
	Φιαλίδια αίματος (γενικής, βιοχημικό, πήξη)	3
	Φλεβοκαθετήρες (20G) Ροζ	4
	Φλεβοκαθετήρες (18G) Πράσινοι	4
	Φλεβοκαθετήρες (22G) Μπλε	4

	Φλεβοκαθετήρες (16G) Γκρι	2
	Φλεβοκαθετήρες Πορτοκαλί	3
	Φλεβοκαθετήρες Κίτρινοι	3
3^ο ΣΥΡΤΑΡΙ	Σύριγγες ινσουλίνης	3
	Σύριγγες αερίων	3
	Σύριγγες (2,5 cc)	5
	Σύριγγες (5 cc)	5
	Σύριγγες (10 cc)	5
	Σύριγγες (20 cc)	5
	Σύριγγες 60 cc (διατροφής)	1
	Βελόνες	
	Levin (14,16,18)	3
	Xylocaine 2% gel	1
	Συλλέκτης υγρών Levin	1
	Νεφροειδή μιας χρήσης	2
	Λευκοπλάστ	

ΕΝΤΥΠΟ ΘΕΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ

4^ο ΣΥΡΤΑΡΙ Set διασωλήνωσης	ΥΛΙΚΟ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ
	Λαρυγγοσκόπιο όλα τα μεγέθη	1
	Μπαταρίες	1 Set
	Λάμπες εφεδρικές λαρυγγοσκοπίου	2
	Xylocaine 2% gel	1
	Xylocaine spray	1
	Ενδοτραχειακοί σωλήνες από Νο 2 έως Νο 9	Από 1
	Οδηγός	
	Λαβίδα Magille	1
	Καθετήρες βρογχοαναρρόφησης Νο 14,16,18	6
	Σύριγγα (10 cc)	2

	Φίλτρο	1
	Φακαρόλα	3 τεμ. έτοιμα
	AMBU	1
	Προέκταση για χορήγηση O ₂	2
	Μάσκες αερισμού (No 3,4,5)	Από 1
	Λαρυγγική μάσκα No 2,3,4,5	Από 1
	Ρινοφαρυγγικός αεραγωγός No 3,4,5,5,5,6,6,5,7,7,5,8,8,5	Από 1
	Gudel No 2,3,4,5	Από 1
	Ηλεκτρόδια	
	Ξυριστική μηχανή	1
	Μάσκα Venturi	1
	Μάσκα επανεισπνοής	1
	Ρινικός καθετήρας χορήγησης O ₂	1
	Gel απινιδωτή	1
	Χαρτί καταγραφής απινιδωτή	1
5° ΣΥΡΤΑΡΙ ή ΧΩΡΟΣ ΑΝΟΙΧΤΟΣ <u>ΟΡΟΙ</u>		
	L/R 1000cc	1
	D/W 5% 1000cc	1
	D/W 10% 1000cc	1
	N/S 0,9% 1000cc	1
	N/S 0,9% 500cc	1
	D/W 35% 500cc	1
	D/W 10% 250cc	2
	N/S 0,9% 100cc	3
	MANITOLH 500cc	1
	SODIUM BICARBONATE 4% 100cc	3

ΕΝΤΥΠΟ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

1 ^ο ΣΥΡΤΑΡΙ	ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΕΙ	ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ ΑΠΟ/ΕΩΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	Adrenaline amp	10			
	Anexate amp	2			
	Angoron amp	8			
	Atropine amp	10			
	Berovent amp	4			
	Dormicum amp	4			
	Epanutim amp	4			
	Ephedrine amp	4			
	Dopamin amp	5			
	Heparin fl 5000iu	2-2			
	Hypnomidate amp	2			
	Inotrex fl	2			
	Lasix amp	10			
	Narcan amp	2			
	Nitrolingual fl	2			
	Nitrolingual spray	1			
	Pentothal fl	2			
	Lycitrop fl	1			
	Solu Cortef fl 250-500 mg	2-2			
	Solu Medrol fl 125- 250 mg	2-2			
	Stedon amp	4			
	Tenormin amp	2			
	Xylocaine 2% fl	2			
	Dextrose 35% amp	5			

	Sodium chloride 0,9% amp	10			
	Calcium gluconate amp	4			
	Potassium chloride	4			
	Sodium Chloride 15% amp	4			
	Sodium bicarbonate 4% amp	10			
ΨΥΓΕΙΟ	Esmeron	5			
	Glucagen fl	1			
	Insulin Actrapid	1			
	Isuprel amp	10			
	Propofol amp	2			
	Nimbex amp (10ml)	1 amp			

Υπογραφή Νοσηλεύτριας/τή που έλεγξε έχοντας λάβει οδηγία της/του Προϊστ/νου:

ΕΝΤΥΠΟ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

2 ^ο ΣΥΡΤΑΡΙ	ΥΛΙΚΟ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
	Γάζες αποστειρωμένες	3 set			
	Γάντια αποστειρωμένα	No 8 (2 ζεύγη)			
	Γάντια αποστειρωμένα	No 7,5 (2 ζεύγη)			
	Πεδίο αποστειρωμένο	2			
	Σχιστό πεδίο	2			
	Δίαυλος καθετήρας	1			
	Τρίauλος καθετήρας	1			
	Xylocaine Sol 2% fl	1			
	Betadine solution	1			
	Νυστέρια	No 11 (Bt 1)			
	Νυστέρια	No 22 (Bt 1)			
	Ράμματα	2/0 (2 τεμ)			
	Ράμματα	3/0 (2 τεμ)			
	Βελονοκατοχο αποστειρωμένο	1			
	Betadine πάστα	1			
	Durapore	2			
	Tegaderm	4			
	Three way	4			
	Προεκτάσεις ορού με Three way	3			
	Απλή συσκευή ορού	2			
	Συσκευή ορού με ρύθμιση ροής	2			
	Συσκευή χορήγησης αίματος	2			
	Φιαλίδια αίματος(γεν-βιοχημ-πήξη)	3			
	Φλεβοκαθετήρες (20G) Ροζ	4			
	Φλεβοκαθετήρες (18G) Πράσινοι	4			
	Φλεβοκαθετήρες (22G) Μπλε	4			
	Φλεβοκαθετήρες (16G) Γκρι	2			

	Φλεβοκαθετήρες Πορτοκαλί	3			
	Φλεβοκαθετήρες Κίτρινοι	3			
3 ^ο ΣΥΡΤΑΡΙ	Σύριγγες ινσουλίνης	3			
	Σύριγγες αερίων	3			
	Σύριγγες (2,5 cc)	5			
	Σύριγγες (5 cc)	5			
	Σύριγγες (10 cc)	5			
	Σύριγγες (20 cc)	5			
	Σύριγγες (60 cc) διατροφής	1			
	Βελόνες				
	Levin (14,16,18)	3			
	Xylocaine gel	1			
	Συλλέκτης υγρών Levin	1			
	Νεφροειδή μιας χρήσης	2			
	Λευκοπλάστ	1			

Υπογραφή Νοσηλεύτριας/τή που έλεγξε έχοντας λάβει οδηγία της/του Προϊστ/νου:

ΕΝΤΥΠΟ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

4 ^ο ΣΥΡΤΑΡΙ Set διασωλήνωσης	ΥΛΙΚΟ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
	Λαρυγγοσκόπιο όλα τα μεγέθη	1			
	Μπαταρίες	1 Set			
	Λάμπες εφεδρικές λαρυγγοσκοπίου	2			
	Xylocaine 2% gel	1			
	Xylocaine spray	1			
	Ενδοτραχειακοί σωλήνες No 2 - 9	Από 1			
	Οδηγός				
	Λαβίδα Magille	1			
	Καθετήρες βρογχοαναρρόφησης No 14,16,18	6			
	Σύριγγα (10 cc)	2			
	Φίλτρο	1			
	Φακαρόλα	3 τεμ. έτοιμα			
	AMBU	1			
	Πρόεκταση για χορήγηση O ₂	2			
	Μάσκες αερισμού (No 3,4,5)	Από 1			
	Λαρυγγική μάσκα No 2,3,4,5	Από 1			
	ΡΙνοφαρυγγικός αεραγωγός No 3,4,5,5,5,6,6,5,7,7,5,8,8,5	Από 1			
	Gudel No 2,3,4,5	Από 1			
	Ηλεκτρόδια				
	Ξυριστική μηχανή	1			
	Μάσκα Venturi	1			
	Μάσκα επανεισπνοής	1			
	ΡΙνικός καθετήρας χορήγησης O ₂	1			
	Gel απινιδωτή	1			
	Χαρτί καταγραφής απινιδωτή	1			
5 ^ο ΣΥΡΤΑΡΙ PI ή υδατο	L/R 1000cc	1			
	D/W 5% 1000cc	1			

	D/W 10% 1000cc	1			
	N/S 0,9% 1000cc	1			
	N/S 0,9% 500cc	1			
	D/W 35% 500cc	1			
	D/W 10% 250cc	2			
	N/S 0,9% 100cc	3			
	MANITOL 500cc	1			
	SODIUM BICARBONATE 4% 100cc	3			

Υπογραφή Νοσηλεύτριας/τή που έλεγξε έχοντας λάβει οδηγία της/του Προϊστ/νου:

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΤΟΥ ΜΗΝΑ:

Υλικό/ Ημερομηνία	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	5	26	27	28	29	30	31
Λαρυγγοσκόπιο																															
Απινιδωτής																															
Αναρρόφηση																															
Οξυγόνο(φιάλες)																															
Ασκός Ambu																															
Ονοματεπώνυμο Νοσηλευτή																															
Υπογραφή																															

Αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής στο τμήμα

Σκοπός

Η σωστή και αποτελεσματική αρωγή του νοσηλευτή κατά την αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής του ασθενή από κλινικό τμήμα.

Ορισμοί

Καρδιοπνευμονική ανακοπή: Αιφνίδια παύση της κυκλοφορίας και της αναπνοής που οδηγεί σε ανεπαρκή παροχή οξυγονωμένου αίματος στα ζωτικά όργανα και θάνατο, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα.

Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση: Διατήρηση και επαναφορά στη ζωή ασθενή με καρδιοπνευμονική ανακοπή, μέσω μιας αλληλουχίας ενεργειών (αλγόριθμοι Εξειδικευμένης Υποστήριξης της Ζωής ή Εξειδικευμένης ΚΑΡΠΑ).

Τα κλινικά σημεία της ανακοπής και ο χρόνος εμφάνισής τους είναι:

- Απώλεια σφυγμού (ψηλάφηση καρωτίδας): Αμέσως
- Απώλεια καρδιακών τόνων: Αμέσως
- Απώλεια συνειδήσεως: 10-20 sec
- Διακοπή αερισμού: 15-30 sec
- Μυδρίαση: 60-90sec

Αρμοδιότητες Νοσηλευτών

- Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για:
- τον έλεγχο και την προετοιμασία του υλικού και των φαρμάκων
- τη γνώση της λειτουργίας του εξοπλισμού
- τον έλεγχο της σωστής λειτουργίας του απινιδωτή
- τη γνώση της Βασικής και Εξειδικευμένης Υποστήριξης της ζωής.

Απαραίτητος εξοπλισμός:

1. Απινιδωτής
2. Συσκευή αναρρόφησης
3. Φορητός αναπνευστήρας
4. παροχή O₂
5. Φορητό πιεσόμετρο
6. Στηθοσκόπιο
7. Παλμικό οξύμετρο
8. Monitor παρακολούθησης καρδιακής λειτουργίας και ζωτικών σημείων

Εξοπλισμός τροχήλατου επείγουσας διασωλήνωσης:

- Αντισηπτικό διάλυμα (αλκοολούχο)
- Γάντια
- Προστατευτική ενδυμασία (μπλούζα, μάσκα)
- Αδιάβροχο αποστειρωμένο πεδίο
- Λαρυγγοσκόπιο με λάμες σε διάφορα μεγέθη
- Ενδοτραχειακοί σωλήνες κλιμακούμενου μεγέθους με αεροθάλαμο
- Ambu
- Μάσκες αερισμού διαφόρων μεγεθών
- Στοματοφαρυγγικοί και ρινοφαρυγγικοί αεραγωγοί
- Οδηγοί ενδοτραχειακών σωλήνων
- Λαβίδα Magill
- Διάφορα μεγέθη λαρυγγικής μάσκας

- Υδατοδιαλυτή λιπαντική γέλη
- Σύριγγες
- Μάσκα με ασκό μη επανεισπνοής οξυγόνου (60-100%)
- Καθετήρες αναρρόφησης
- Φακαρόλα ή στερεωτική ταινία
- Φάρμακα: ατροπίνη, ξυλοκαΐνη, αδρεναλίνη, ντοπαμίνη, μυοχαλαρωτικά (σουκινυλοχολίνη, ροκουρόνιο), ενδοφλέβια αναισθητικά (προποφόλη, πεντοθάλη, μιδαζολάμη κ.α.)

Ενέργειες αντιμετώπισης καρδιακής ανακοπής - Αιτιολόγηση

1. Επιβεβαίωση της καρδιακής ανακοπής του ασθενή.
2. Ενημέρωση του θεράποντος ιατρού και άμεση κλήση Καρδιολόγου.
3. Μεταφορά του τροχήλατου ανακοπής στο θάλαμο του ασθενή.

Προαγωγή της αποτελεσματικότητας.

4. Τοποθέτηση του ασθενή σε ύπτια θέση για ΚΑΡΠΑ.

Αποτελεσματική ΚΑΡΠΑ.

5. Άμεση έναρξη ΚΑΡΠΑ 30 συμπίεσεις: 2 εμφυσήσεις.
6. Οι συμπίεσεις πρέπει να έχουν βάθος 4-5 cm και συχνότητα 100/ λεπτό.
7. Τοποθέτηση στοματοφαρυγγικού αεραγωγού και αερισμός του ασθενή με Ambu συνδεδεμένη σε παροχή οξυγόνου με το κεφάλι του ασθενή σε ήπια έκταση.

Διευκόλυνση του αερισμού - Οξυγόνωση του ασθενή.

8. Ενεργοποίηση του απινιδωτή και σύνδεση των ηλεκτροδίων ΗΚΓ του απινιδωτή στον ασθενή. Απινιδωτής πάντα σε ετοιμότητα για απινίδωση.
9. Εξασφάλιση φλεβικής γραμμής και χορήγηση υγρών και φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
10. Υποστήριξη της κυκλοφορίας.
11. Σύνδεση του ασθενή με συσκευή μέτρησης της αρτηριακής πίεσης και με παλμικό οξύμετρο.
12. Συνεχής παρακολούθηση ζωτικών σημείων.
13. Καταγραφή του συμβάντος, των παρεμβάσεων και της έκβασης στην κάρτα νοσηλευτικής παρακολούθησης.
14. Νοσηλευτική τεκμηρίωση.

Παρακολούθηση

Η επαναφορά της αυτόματης κυκλοφορίας είναι ο πρωταρχικός στόχος στα περιστατικά καρδιακής ανακοπής. Ο ασθενής μετά από επιτυχή ανάνηψη δεν είναι αιμοδυναμικά σταθερός και ιδανικά χρήζει νοσηλείας / παρακολούθησης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Εξωτερική ασύγχρονη απινίδωση

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Ο απινιδωτής λειτουργεί με ηλεκτρικό ρεύμα και μπαταρία	Πρέπει να βρίσκεται πάντα τοποθετημένος στην πρίζα, να γίνεται καθημερινός έλεγχος φόρτισης των μπαταριών και τη σωστή λειτουργία του.
Υπάρχουν διαθέσιμα δύο ειδών ηλεκτρόδια για ενηλίκους	Τα ηλεκτρόδια εκφόρτισης πρέπει να είναι πάντα καθαρά, έτοιμα προς χρήση και σωστά τοποθετημένα πάνω στον απινιδωτή
Υπάρχει μαζί με τον απινιδωτή και ζεύγος αποστειρωμένων ηλεκτροδίων εσωτερικής απινίδωσης (κουτάλες)	Απαραίτητο στις καρδιοχειρουργικές ΜΕΘ, όπου αφού γίνει διάνοιξη του θώρακα και αντικατασταθούν τα ηλεκτρόδια εξωτερικής απινίδωσης, το ζεύγος των εσωτερικών τοποθετούνται απέναντι ‘αγκαλιάζοντας’ την καρδιά και εκφορτίζονται
Καθημερινό test με καταγραφή του ελέγχου και υπογραφή του νοσηλευτή, για τη σωστή λειτουργία του απινιδωτή, πάντα στα 100 Joule.	Η εκφόρτιση των Joules γίνεται με τα ηλεκτρόδια τοποθετημένα πάνω στις επιφάνειες εναποθέτησης. Η καταγραφή των Joules που δόθηκαν για το test, καταγράφεται από τον απινιδωτή στο χαρτί καταγραφής με την ένδειξη test passed ή test ok.
Καλώδιο ηλεκτροκαρδιογραφικής καταγραφής	Χρησιμοποιούνται σε συγχρονισμένη απινίδωση και απαιτείται η γνώση εναλλαγής των απαγωγών

ΥΛΙΚΑ

1. Απινιδωτής σε θέση της ΜΕΘ με εύκολη πρόσβαση
2. Ειδικό τροχήλατο μικρού βάρους το οποίο να περιέχει τα υλικά αναζωογόνησης, δηλαδή φάρμακα, αεραγωγός, υλικά διασωλήνωσης
3. Αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια για τη σύνδεση της ηλεκτροκαρδιογραφικής καταγραφής
4. Ζελέ, πάστα, αλοιφή, δηλαδή υλικά που πρέπει να είναι ηλεκτραγωγά, έτσι ώστε η απινίδωση να μην προκαλέσει έγκαυμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ (* πράξεις εκτελεσμένες απ' το γιατρό)	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Μεταφορά του απινιδωτή με ταυτόχρονη κλήση βοήθειας δεύτερου νοσηλευτή και γιατρού	Ο επιδιωκόμενος σκοπός είναι να απινιδώσουμε σε χρόνο μικρότερο των 90 sec.
2. Επιβεβαίωση ότι πρόκειται για αρρυθμία που χρειάζεται ηλεκτρική ανάταξη και καταγραφή (κοιλιακή ταχυκαρδία, κοιλιακή μαρμαρυγή).	Έλεγχος στο monitor του αρρώστου για επιβεβαίωση της αρρυθμίας και καταγραφή της για νοσηλευτική τεκμηρίωση
3. Απομακρύνεται τον ασθενή από υγρές ή μεταλλικές επιφάνειες.	Κίνδυνος εγκαύματος
4. Επάλειψη των ηλεκτροδίων με ηλεκτραγωγή αλοιφή ή ζελέ.	Έτσι εξασφαλίζουμε πρόληψη εγκαύματος που μπορεί να συμβεί από την ηλεκτρική εκφόρτιση στον άρρωστο.
5. Κρατήστε τα ηλεκτρόδια απινίδωσης από τις λαβές τους και τοποθετείστε το αρνητικό ηλεκτρόδιο (sternum) δεξιά κάτω από την κλείδα στο 2ο, 3ο μεσοπλεύριο διάστημα και το θετικό ηλεκτρόδιο (apex) κάτω από τη θηλή στην πρόσθια μασχαλιαία γραμμή αριστερά.	Υπάρχει και η προσθιοπίσθια τοποθέτηση των ηλεκτροδίων. Το ρεύμα σε αυτή την περίπτωση διασχίζει την καρδιά πιο άμεσα.
6. Αν ο ασθενής λαμβάνει οξυγόνο, αποσυνδέστε το οξυγόνο και απομακρύνετε την προέκταση του από το πεδίο. Τοποθετείστε τον ασθενή σε ύπτια θέση.	Το οξυγόνο που τυχόν λαμβάνει ο ασθενής μπορεί να προκαλέσει ανάφλεξη με την εκκένωση του ηλεκτρικού φορτίου.
7. Μεταξύ των ηλεκτροδίων να μην υπάρχει αλοιφή ή ζελέ.	Μπορεί να προκληθεί βολταϊκό τόξο.
8. *Βεβαιωθείτε ότι ο άρρωστος συνεχίζει να έχει αρρυθμία που χρειάζεται καρδιοανάταξη με συνεχές ρεύμα και φορτίστε τον απινιδωτή στα 200 Joule, ακολουθώντας τον αλγόριθμο.	Αρχικό επίπεδο 200 Joule προκαλεί μάλλον μικρή βλάβη και στις περισσότερες αναστρέψιμες καταστάσεις κρίνεται αρκετό για να φέρει επιτυχία.
9. *Τοποθετείστε τα ηλεκτρόδια στο θωρακικό τοίχωμα και εφαρμόστε πίεση 12Kg	Λιγότερο από 5% ρεύμα από ο εφαρμοζόμενο μπορεί να διέλθει πραγματικά από την καρδιά. Το ποσοστό αυτό εξαρτάται και από την πίεση της επαφής.
10.* Έλεγχος ότι ο απινιδωτής έχει φορτίσει, έλεγχος στο monitor του απινιδωτή για καρδιογράφημα.	Τα paddles του απινιδωτή, εφόσον έχουν τοποθετηθεί στο θωρακικό τοίχωμα, μπορούν να καταγράψουν στο monitor του απινιδωτή το ηλεκτροκαρδιογράφημα του αρρώστου
11. *Κρατείστε τα ηλεκτρόδια από τις λαβές και δώστε εντολή να απομακρυνθούν όλοι από το κρεβάτι του ασθενή	Αν ένα άτομο ακουμπά στο κρεβάτι, τότε μπορεί να ενεργήσει σαν γείωση για το ρεύμα και έτσι θα πάθει ηλεκτροπληξία

12. *Πιέστε τα κουμπιά εκφόρτισης του απινιδωτή και κοιτάζτε το ρυθμό για διαπίστωση επιτυχημένης ή όχι ανάταξης	
13. *Εάν χρειαστεί να απινιδώσετε πάλι, φορτίστε και ακολουθήστε την ίδια διαδικασία. Ακολουθήστε τον αλγόριθμο προσπέλασης αρρυθμιών.	
14. Εάν η ανάταξη υπήρξε επιτυχής, συγκεντρώστε τις ηλεκτροκαρδιογραφικές καταγραφές, σημειώστε την ώρα του επεισοδίου, τις απινιδώσεις και τα Joule που χρησιμοποιήσατε και καταχωρίστε τα στο νοσηλευτικό διάγραμμα του αρρώστου.	

(ΑΧΕΠΑ)

Εξωτερική συγχρονισμένη απινίδωση

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Ο απινιδωτής λειτουργεί με ηλεκτρικό ρεύμα και μπαταρία	Πρέπει να βρίσκεται πάντα τοποθετημένος στην πρίζα, να γίνεται καθημερινός έλεγχος φόρτισης των μπαταριών και τη σωστή λειτουργία του.
Υπάρχουν διαθέσιμα δύο ειδών ηλεκτρόδια για ενήλικους	Τα ηλεκτρόδια εκφόρτισης πρέπει να είναι πάντα καθαρά, έτοιμα προς χρήση και σωστά τοποθετημένα πάνω στον απινιδωτή
Υπάρχει μαζί με τον απινιδωτή και ζεύγος αποστειρωμένων ηλεκτροδίων εσωτερικής απινίδωσης (κουτάλες)	Απαραίτητο στις καρδιοχειρουργικές ΜΕΘ, όπου αφού γίνει διάνοιξη του θώρακα και αντικατασταθούν τα ηλεκτρόδια εξωτερικής απινίδωσης, το ζεύγος των εσωτερικών τοποθετούνται απέναντι 'αγκαλιάζοντας' την καρδιά και εκφορτίζονται
Καθημερινό test με καταγραφή του ελέγχου και υπογραφή του νοσηλευτή, για τη σωστή λειτουργία του απινιδωτή, πάντα στα 100 Joule.	Η εκφόρτιση των Joules γίνεται με τα ηλεκτρόδια τοποθετημένα πάνω στις επιφάνειες εναπόθεσης. Η καταγραφή των Joules που δόθηκαν για το test, καταγράφεται από τον απινιδωτή στο χαρτί καταγραφής με την ένδειξη test passed ή test ok.
Καλώδιο ηλεκτροκαρδιογραφικής καταγραφής	Χρησιμοποιούνται σε συγχρονισμένη απινίδωση και απαιτείται η γνώση εναλλαγής των απαγωγών

ΥΛΙΚΑ

1. Απινιδωτής σε θέση της ΜΕΘ με εύκολη πρόσβαση
2. Ειδικό τροχήλατο μικρού βάρους το οποίο να περιέχει τα υλικά αναζωογόνησης, δηλαδή φάρμακα, αεραγωγός, υλικά διασωλήνωσης
3. Αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια για τη σύνδεση της ηλεκτροκαρδιογραφικής καταγραφής
4. Ζελέ, πάστα, αλοιφή, δηλαδή υλικά που πρέπει να είναι ηλεκτραγωγά, έτσι ώστε η απινίδωση να μην προκαλέσει έγκαυμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Αν η απινίδωση είναι προγραμματισμένη φρόντισε ο ασθενής να είναι νηστικός τουλάχιστον 8 ώρες πριν.	1. Πρόληψη εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου
2. Ενημέρωση του ασθενή για τη διαδικασία	2. Για μείωση του άγχους
3. Να έχουν προσδιοριστεί τα επίπεδα καλίου και δακτυλίτιδας στο αίμα	3. Χαμηλό κάλιο αυξάνει τον κίνδυνο αρρυθμίας. Η δακτυλίτιδα προδιαθέτει σε κοιλιακές αρρυθμίες γι' αυτό αν ο άρρωστος λάμβανε δακτυλίτιδα μέχρι πριν την ανάταξη, τότε χορηγούμε προληπτικά (75-100mg) ξυλοκαΐνη.
4. Φροντίδα για ύπαρξη ενδοφλέβιας οδού χορήγησης.	4. Για χορήγηση καταστολής ή άλλων φαρμάκων σε περίπτωση επιπλοκών
5. Εξασφάλιση ηλεκτροκαρδιογραφικής καταγραφής 12 απαγωγών.	5. Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος πριν και μετά την απινίδωση για διαπίστωση αλλαγών
6. Πριν την έναρξη, χορήγηση οξυγόνου και κατασταλτικών φαρμάκων.	6. Η χορήγηση οξυγόνου βοηθά τον άρρωστο να έχει εφεδρείες αλλά πρέπει να διακόπτεται στη διάρκεια της εκφόρτωσης, μιας και πάντα υπάρχει ο φόβος ανάφλεξης του αερίου
7. Τοποθετείστε τα ηλεκτρόδια καταγραφής του απινιδωτή στον άρρωστο και διαλέξτε μια απαγωγή με καλή απεικόνιση	
8. Πατήστε το κουμπί της συγχρονισμένης απινίδωσης και βεβαιωθείτε ότι αναγνωρίζει σωστά το έπαρμα R	8. Η αποφυγή εκφόρτισης πάνω στην ανερέθιστη περίοδο μειώνει τον κίνδυνο κοιλιακής αρρυθμίας. Οι σύγχρονοι απινιδωτές έχουν την ικανότητα να αναγράφουν την αναγνώριση του επάρματος R, έτσι ώστε να είμαστε βέβαιοι ότι θα εκφορτώσει στον κατάλληλο χρόνο
9. Τοποθετείστε τα ηλεκτρόδια εκφόρτισης αφού επαλείψετε με ηλεκτραγώγιμη πάστα	9. Έτσι εξασφαλίζουμε πρόληψη εγκαύματος που μπορεί να συμβεί από την ηλεκτρική εκφόρτιση στον άρρωστο.
10. Ενημερωθείτε για το ενεργειακό ποσό της εκφόρτισης	
11. *Τοποθετείστε τα ηλεκτρόδια στο θωρακικό τοίχωμα και εφαρμόστε πίεση 12 Kg.	11. Λιγότερο από 5% ρεύμα από το εφαρμοζόμενο μπορεί να διέλθει πραγματικά από την καρδιά. Το ποσοστό αυτό εξαρτάται και από την πίεση επαφής

12. Έλεγχος ότι ο απινιδωτής έχει φορτίσει, έλεγχος στο monitor του απινιδωτή για καρδιογράφημα	12. Τα paddles του απινιδωτή, εφόσον έχουν τοποθετηθεί στο θωρακικό τοίχωμα, μπορούν να καταγράψουν στο monitor του απινιδωτή το ηλεκτροκαρδιογράφημα του αρρώστου.
13. *Κρατήστε τα ηλεκτρόδια απινίδωσης από τις λαβές τους και τοποθετείστε το αρνητικό ηλεκτρόδιο(sternum) δεξιά κάτω από την κλείδα, στο 2ο, 3ο μεσοπλεύριο διάστημα και το θετικό ηλεκτρόδιο (apex) κάτω από τη γραμμή αριστερά.	13. Υπάρχει και η προσθιοπίσθια τοποθέτηση των ηλεκτροδίων. Το ρεύμα σε αυτή την περίπτωση διασχίζει την καρδιά πιο άμεσα.
14. *Κρατείστε τα ηλεκτρόδια από τις λαβές και δώστε εντολή να απομακρυνθούν όλοι από το κρεβάτι του ασθενή	14. Αν ένα άτομο ακουμπά στο κρεβάτι, τότε μπορεί να ενεργήσει σαν γείωση για το ρεύμα και έτσι θα πάθει ηλεκτροπληξία
15. *Πιέστε τα κουμπιά εκφόρτισης του απινιδωτή και κοιτάξτε το ρυθμό για διαπίστωση επιτυχημένης ή όχι ανάταξης.	15. Εάν χρειαστεί να απινιδώσετε πάλι, φορτίστε και ακολουθήστε την ίδια διαδικασία με μεγαλύτερο ποσό ηλεκτρικής ενέργειας
16. Εάν η ανάταξη υπήρξε επιτυχής, συγκεντρώστε τις ηλεκτροκαρδιογραφικές καταγραφές και χορηγήστε στον άρρωστο οξυγόνο	16. Καταγράψτε την ώρα έναρξης, τις απινιδώσεις και τα Joule που χρησιμοποιήσατε και καταχωρίστε τα στο νοσηλευτικό διάγραμμα του αρρώστου

(ΑΧΕΠΑ)

Διαδικασία ενδοτραχειακής διασωλήνωσης



Η ενδοτραχειακή διασωλήνωση είναι η τεχνική τοποθέτησης ενός ενδοτραχειακού σωλήνα μέχρι το μέσο της τραχείας δια μέσου του στοματοφάρυγγα ή του ρινοφάρυγγα και της λαρυγγικής σχισμής με σκοπό την εξασφάλιση της βατότητας του ανώτερου αεραγωγού και την πρόληψη εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου.

Σκοπός του νοσηλευτικού πρωτοκόλλου είναι η ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού για την επείγουσα διασωλήνωση ώστε μαζί με τον αναισθησιολόγο, ο οποίος έχει και την κύρια ευθύνη, να εξασφαλίσουν βατότητα αεραγωγού και επαρκή αερισμό στον ασθενή.

Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ενημερωθεί, να εκπαιδευτεί και να αποκτήσει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, που περιγράφονται στο παρόν πρωτόκολλο και να τις εφαρμόζει στην καθημερινή κλινική πράξη.

Οι νοσηλευτικές ευθύνες και αρμοδιότητες περιλαμβάνουν τα κάτωθι:

- Έλεγχος και προετοιμασία υλικών και φαρμάκων
- Προετοιμασία του ασθενή
- Γνώση λειτουργίας εξοπλισμού
- Γνώση βασικής υποστήριξης της ζωής

Ενδείξεις εφαρμογής ενδοτραχειακής διασωλήνωσης είναι:

- Καρδιακή ή αναπνευστική ανακοπή
- Ανεπαρκής οξυγόνωση
- Ανεπαρκής αερισμός
- Προστασία αεραγωγού
- Πτώση επιπέδου συνείδησης (Κλίμακα Γλασκώβης < 9)

Προετοιμασία - Υλικά

- Αξιόπιστη πηγή παροχής O₂
- Εφεδρική πηγή O₂
- Αξιόπιστη συσκευή αναρρόφησης
- Κατάλληλο υλικό για την προσπέλαση δύσκολου αεραγωγού (λαρυγγική μάσκα, οδηγοί δύσκολης διασωλήνωσης)

- Monitoring για εντατική παρακολούθηση του ασθενή (monitor παρακολούθησης καρδιακής συχνότητας, αρτηριακής πίεσης και παλμικού οξύμετρου)
- Φορητός αναπνευστήρας
- Ανιχνευτής CO₂ για την επιβεβαίωση της θέσης του σωλήνα (προαιρετικά)
- Δίσκος δύσκολου αεραγωγού: κεκαμμένο κηρίο (bougie) πολλαπλών χρήσεων που συνήθως χρησιμοποιείται σαν τραχειακός εισαγωγέας σε περιπτώσεις που είναι ορατή μόνο η επιγλωτίδα (Cormack-Lehane 3), λαρυγγική μάσκα διασωλήνωσης τύπου Fastrack, set κρικοθυρεοτομής για τις απελπιστικές περιπτώσεις αδυναμίας, τόσο ενδοτραχειακής διασωλήνωσης, όσο και αερισμού (can't intubate, can't ventilate)
- Τροχήλατο επείγουσας διασωλήνωσης με απινιδωτή, φάρμακα και κατάλληλο υλικό:
 - ✓ Ενδοτραχειακοί σωλήνες διαφόρων μεγεθών, 6 - 9 mm με αεροθάλαμο
 - ✓ Λαβή λαρυγγοσκοπίου
 - ✓ Λάμες λαρυγγοσκοπίου: κυρτές (μεγέθη 1 - 4)
 - ✓ Εφεδρικές λάμπες και μπαταρίες λαρυγγοσκοπίου
 - ✓ Οδηγοί ενδοτραχειακού σωλήνα
 - ✓ Στοματοφαρυγγικοί και ρινοφαρυγγικοί αεραγωγοί (διάφορα νούμερα)
 - ✓ Σύριγγα 10 ml για το φούσκωμα του αεροθαλάμου του σωλήνα (cuff)
 - ✓ Λαβίδα Magill
 - ✓ Λιπαντική ουσία ή ζέλη ξυλοκαΐνης
 - ✓ Στηθοσκόπιο
 - ✓ Ambu με μάσκες αερισμού διαφόρων μεγεθών
 - ✓ Καθετήρες αναρρόφησης
 - ✓ Φακαρόλα
 - ✓ Μέσα ατομικής προστασίας (μάσκα, προσωπίδα, σκούφος, ρόμπα μιας χρήσης)
 - ✓ Απαραίτητα φάρμακα : κατασταλτικά, μυοχαλαρωτικά, φάρμακα για ΚΑ

Εφαρμογή πρωτοκόλλου

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Οργανώστε το υλικό	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Προετοιμάστε την κλίνη του ασθενή (φρένα, τοποθέτηση κεφαλής)	Παροχή ασφάλειας και διευκόλυνση της διασωλήνωσης
Χρησιμοποιήστε μέτρα ατομικής προστασίας	Πρόληψη μεταφοράς μικροοργανισμών από τον νοσηλευτή στον ασθενή και αντιστρόφως
Εξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή και την οικογένειά του και εξασφαλίστε συναίνεση	Αύξηση συνεργασίας, μείωση του άγχους και σεβασμός των δικαιωμάτων
Συνδέστε τον ασθενή με monitor παρακολούθησης καρδιακής συχνότητας, αρτηριακής πίεσης και παλμικού οξύμετρου	Παρακολούθηση ζωτικών σημείων
Αφαιρέστε τις τεχνητές οδοντοστοιχίες αν υπάρχουν	Διευκόλυνση ατραυματικής εισαγωγής του αεραγωγού. Πρόληψη προώθησης ξένου σώματος στις κατώτερες αεροφόρους οδούς
Τοποθετήστε τον ασθενή σε ύπτια θέση, με τον τράχηλο σε υπερέκταση εκτός εάν αντενδείκνυται (βρέφη, κακώσεις ΑΜΣΣ)	Η ανύψωση και η έκταση της κεφαλής είναι απαραίτητες για την ευθυγράμμιση του στοματικού, φαρυγγικού και λαρυγγικού άξονα, ώστε το πέρασμα από τα χείλη στο άνοιγμα της γλωττίδας να είναι περίπου σε ευθεία. Διευκόλυνση ατραυματικής εισαγωγής του αεραγωγού.
Ελέγξτε τη φωτεινή πηγή του λαρυγγοσκοπίου και επιλέξτε το σωστό μέγεθος λάμας	Πρόληψη επιπλοκών - προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επιλέξτε το κατάλληλο μέγεθος ενδοτραχειακού σωλήνα Γυναίκες: 7,0 - 8,0 mm Άντρες: 7,5 - 8,5 mm	Πρόληψη επιπλοκών - προαγωγή αποτελεσματικότητας
Ετοιμάστε τον κατάλληλο σε μέγεθος οδηγό ενδοτραχειακού σωλήνα	Πρόληψη επιπλοκών δύσκολης διασωλήνωσης
Ανοίξτε άσηπτα τη συσκευασία του σωλήνα	Πρόληψη λοιμώξεων
Εισάγετε αέρα στο cuff, φουσκώνετε και παρατηρείτε τυχόν διαρροή	Έλεγχος ακεραιότητας του σωλήνα
Ξεφουσκώστε τον αεροθάλαμο και εφαρμόστε gel ξυλοκαΐνης	Προαγωγή αποτελεσματικότητας

Αναρροφήστε αίμα, εκκρίσεις ή άλλο ξένο υλικό από το στοματοφάρυγγα του ασθενή	Διευκόλυνση ατравματικής εισαγωγής του αεραγωγού Πρόληψη προώθησης ξένου σώματος στις κατώτερες αεροφόρες οδούς
Τοποθέτηση στοματοφαρυγγικού αεραγωγού	Προαγωγή αερισμού
Οξυγόνωση του ασθενή με ambu συνδεδεμένη με O ₂	Αύξηση κορεσμού αιμοσφαιρίνης
Χορήγηση αναισθητικών φαρμάκων σύμφωνα με οδηγίες αναισθησιολόγου	Προαγωγή διασωλήνωσης
Εκτέλεση διασωλήνωσης	Ιατρική ενέργεια
Πίεση του κρικοειδούς χόνδρου (χειρισμός Sellick) αν απαιτείται	Διευκόλυνση της διασωλήνωσης και μείωση κινδύνου για αναγωγή και εισρόφιση (πρέπει να αποφεύγεται επί ενεργού εμέτου)
Φουσκώστε το cuff	Σταθεροποίηση σωλήνα
Οξυγονώστε τον ασθενή με O ₂ 100% χρησιμοποιώντας μάσκα O ₂ με ασκό μη επανεισπνοής ή σύστημα «ασκού – βαλβίδας – μάσκας», ανάλογα με τις ιατρικές οδηγίες	Προαγωγή οξυγόνωσης
Στερεώστε τον σωλήνα με φακαρόλα	Σταθεροποίηση σωλήνα
Απορρίψτε τα απόβλητα στους ειδικούς κάδους	Σωστή διαχείριση αποβλήτων
Καταγράψτε το περιστατικό στο φύλλο νοσηλευτικής παρακολούθησης	Νοσηλευτική τεκμηρίωση

Παρακολούθηση

- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων
- Αναρρόφηση εκκρίσεων
- Έγκαιρη αναγνώριση σημείων απόφραξης του σωλήνα
- Παρακολούθηση για τυχόν μετακίνηση του σωλήνα
- Ενημέρωση του γιατρού για μεταβολές της κλινικής εικόνας του ασθενή

Εκτίμηση αποτελεσμάτων - τεκμηρίωση

Αξιολογείται ο βαθμός επίτευξης των σκοπών/εκβάσεων που προσδιορίστηκαν στο σχέδιο φροντίδας. Καταγράφεται αν οι σκοποί επιτεύχθηκαν πλήρως, μερικώς ή καθόλου και αναλόγως προσαρμόζεται το πλάνο φροντίδας.

Καθ' όλη την διάρκεια του παραπάνω ελέγχου και της διασωλήνωσης, ο άρρωστος είναι συνδεδεμένος με το monitor το οποίο περιλαμβάνει συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Αφού πραγματοποιηθεί και η στερέωση του τραχειοσωλήνα, ακολουθεί και προσθιοπισθία ακτινογραφία θώρακος για να διαπιστωθεί ότι το άκρο του τραχειοσωλήνα αντιστοιχεί στο Θ2-Θ3.

Χρήση Δίσκου-Βαλίτσας Εκτάκτου Ανάγκης

- **ΣΚΟΠΟΣ.** Η άμεση πρόσβαση στα κατάλληλα φάρμακα και υλικά για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών στον χώρο του νοσοκομείου
- **ΟΡΙΣΜΟΙ.**

Δίσκος εκτάκτου ανάγκης ή ανακοπής είναι σύμφωνα με τους διεθνώς ισχύοντες κανόνες τα απαραίτητα φάρμακα και υλικά για την αντιμετώπιση της καρδιοαναπνευστικής ανακοπής

Αναζωογόνηση είναι η επαναφορά του ατόμου σε σταθερή φυσική κατάσταση του οποίου η καρδιαγγειακή λειτουργία και η οξυγόνωση έχουν εκτεθεί σε κρίσιμα επίπεδα

1.ΥΛΙΚΑ

1 Μηχανήματα

- ☐ Απινιδωτής
- ☐ ΗΚΓ\φος (ειδικό ζελέ για τα ηλεκτρόδια και αυτοκόλλητα)
- ☐ Πιεσόμετρο
- ☐ Στηθοσκόπιο
- ☐ Αμρυ(Ασκός και συνδετικό για παροχή οξυγόνου)
- ☐ Αναρρόφηση
- ☐ Οβίδα O2 ή επιτυχία παροχή

2.ΥΛΙΚΑ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ

1	3-way με προέκταση	Τεμάχια 3
2	Σύριγγες για αέρια αίματος 1cc	Τεμάχια 5
3	Σύριγγες 20cc\10cc\5cc\2,5cc	Από 5 τεμάχια
4	Φλεβοκαθετήρες Νο 16\18\20\22	Από 5 τεμάχια
5	Βελόνες Νο 19\21	Τεμάχια 5
6	3 way stop -scock	Τεμάχια 5
7	stop scock πώματα	Τεμάχια 5
8	Ξυραφάκια	Τεμάχια 3
9	Durapone	Τεμάχιο 1
10	Γαζάκια αποστειρωμένα 5X5	Τεμάχια 8
11	Λάστιχο αιμοληψίας	Τεμάχια 2

3.ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΣΥΣΚΕΥΕΣ

1 Dextrose 5 % 100 ml	Τεμάχια 2
2 Dextrose 5 % 250 ml	Τεμάχια 2
3 Dextrose 5 % 500 ml	Τεμάχια 2
4 Normal Saline 0,9% 100 ml	Τεμάχια 2
5 Normal Saline 0,9% 250 ml	Τεμάχια 2
6 Normal Saline 0,9% 500 ml	Τεμάχια 2
7 Normal Saline 0,9% 1000ml	Τεμάχια 1
8 Ringers lactate	Τεμάχια 1
9 Συσκευές ορού απλές	Τεμάχια 2
10 Συσκευές ορού απλές	Τεμάχια 2
11 Bicarbonate 4 % 250 ml	Τεμάχια 2

4.ΑΛΛΑ ΥΛΙΚΑ

1 Οινόπνευμα	1 dot
2 Bedatine	1 dot
3 Γάντια απλά ελαστικά μιας χρήσης	1bt
4 Αποστειρωμένα γάντια (διάφορα μεγέθη)	Από 3
5 Αποστειρωμένες γάζες 5x5	5 πακέτα
6 Αποστειρωμένες γάζες 10x10	5 πακέτα

5.ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΕΝΔΟΤΡΑΧΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗΣ

1 Μάσκα οξυγόνου με βαλβίδα επανεισπνοής	Τεμάχια 1
2 Λαρυγγική μάσκα Νο2,3,4	Τεμάχια 1
3 Λαβή λαρυγγοσκοπίου	Τεμάχια 1
4 Λάμες λαρυγγοσκοπίου Νο2,3,4	Από 1
5 Αεραγωγοί Νο2,3,4	Από 2
6 Ενδοτραχειακοί Σωλήνες Νο6-6,5-7-7,5-8-8,5-9	Από 2
7 Οδηγός ενδοτραχειακής διασωλήνωσης(μαλακός)	Τεμάχια 1

8 Οδηγός ενδοτραχειακής διασωλήνωσης(σκληρός)	Τεμάχια 1
9 Καθετήρες αναρρόφησης	Από 2
10 Συνδετικά αναρρόφησης	Από 2
11 Gel xylocaine 2%	Τεμάχια 1
12 Spray xylocaine	Τεμάχια 1
13 Φακαρόλα	Τεμάχια 1
14 Λευκοπλάστ	Τεμάχια 1
15 Σύριγγα 20 cc (για cuff ενδοτραχειακού σωλήνα	Τεμάχια 1
16 Αποστειρωμένα γάντια Νο6-6,5-7-7,5-8-8,5	Από 2

ΦΑΡΜΑΚΑ

- Αδενοσίνη (amp Adenocor 6mg/amp)
- Επινεφρίνη Αδρεναλίνη Συμπαθητικομιμητικό ενδογενής κατεχολαμίνη(ampadrenaline 1mg/ml)
- Παράγωγο ξανθίνης Aminophyllineβρογχοδιασπαστικό 250mg/10ml amp
- Αμιωδαρόνη υδροχλωρική Angoron 50mg/ml Αντιαρρυθμικό
- Παρασυμπαθητικό Ατροπίνη.Atropine 0,5mg ή 1mg/ml
- Ασβέστιο calcium 10% (χλωριούχο και γλυκονικό)Ηλεκτρολύτης 10%calcium gluc
- Dextrose 35%δεξτρόζη 10ml
- Διγοξίνη.Digoxin,cardigox,Inoxin.Καρδιακές γλυκοσίδες
- AmpDopamine 50mg/mlDynatra.Υδροχωρική Ντοπαμίνη συμπαθητικομιμητικό Ενδογενής κατεχολαμίνη
- Dormicum.Midazolam Hydrochloride(κατασταλτικό)
- Ηπαρίνη (αντιπηκτικό)
- Hyprnomidate(για εισαγωγή στη γενική αναισθησία)
- Inotrex 50mlΔοβουταμίνη υδροχλωρική Συμπαθητικομιμητικό Συνθετική κατεχολαμίνη
- Isortin2,5mg/ml Βεραπαμίλη υδροχλωρική
- Isuprel0,2mg/ml Υδροχλωρική ισοπρετερενόλη Συμπαθητικομιμητικό,συνθετική κατεχολαμίνη
- Kcl 10%Xλωριούχο κάλιο.Ηλεκτρολύτης.
- Lasix.Φουροσεμίδα.Διουρητικό.
- Τρινιτρική Γλυκερίνη.Νιτρογλυκερίνη Νιτρώδες.Nitrolingual,Pancoran,NitrodyI,κ.ά..
- Νορεπινεφρίνη τρυγική.Νοραδρεναλίνη Συμπαθητικομιμητικό.Ενδογενής κατεχολαμίνη Levophed
- Προποφόλη(αναισθητικό)
- Προκαϊναμίδη Υδροχλωρική.Pronestyl.Αντιαρρυθμικό
- Διττανθρακικό νάτριο Sodium Bicarbonate 4% και 8,4%
- Νάτριο Χλωριούχο Sodium Chloride 15%
- Υδροκορτιζόνη κορτικοστεροειδές Solu cortef
- Μεθυλπρεδνιζολόνη Solu Medrol
- Διαζεπάμη stedon Βενζοδιαζεπίνες (μυοχαλαρωτικό)
- Λιδοκαΐνη Υδροχλωρική Xylocaine 2%(αντιαρρυθμικό)

ΠΡΟΣΟΧΗ

1. Ο ΔΙΣΚΟΣ ΕΚΤΑΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΤΑΙ ΜΟΝΟ ΣΕ ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ, ΚΑΙ ΟΧΙ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ.
2. ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΚΑΘΕ ΤΜΗΜΑ ΣΕ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΜΕΡΟΣ, ΩΣΤΕ ΟΤΑΝ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ ΝΑ ΜΕΤΑΦΕΡΕΤΑΙ ΕΥΚΟΛΑ ΚΑΙ ΓΡΗΓΟΡΑ.
3. ΤΟ ΥΛΙΚΟ ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΣΕ ΚΑΘΕ ΒΑΡΔΙΑ. ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ.
4. ΑΝ ΚΑΤΙ ΛΗΞΕΙ Η ΑΝΑΛΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΥΛΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΘΙΣΤΑΤΑΙ.
5. ΕΙΝΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ Ο ΙΔΙΟΣ ΤΥΠΟΣ ΤΡΟΛΕΥ ΠΑΝΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΤΑΞΙΝΟΜΗΜΕΝΟ ΥΛΙΚΟ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΤΟΠΟΘΕΤΗΜΕΝΟ ΠΑΡΟΜΟΙΑ

Βαλοδήμου Σοφία

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»

Φάρμακα και γενικές αρχές χορήγησης φαρμάκων

Φαρμακοτεχνικές μορφές

Τα περισσότερα φάρμακα κυκλοφορούν στο εμπόριο με τη μορφή μιγμάτων δραστικών συστατικών και αδρανών εκδόχων, που ονομάζονται φαρμακοτεχνικά σκευάσματα. Το ίδιο δραστικό συστατικό μπορεί να κυκλοφορεί με πληθώρα παρόμοιων εμπορικών μορφών, που ονομάζονται ιδιοσκευάσματα.

Ταξινόμηση Φαρμακοτεχνικών μορφών

Οδός χορήγησης	Φαρμακοτεχνικές μορφές
Από το στόμα	Διαλύματα (Solutions, Solutiones) Σιρόπια (Sirupi) Ελιξίρια (Elixiria) Εναιωρήματα (Suspensions) Γαλακτώματα, (Emulsions) Βάμματα (Tinturae) Πηκτές (Gels) Σκόνες (Powders, Pulveres) Καψάκια, Κάψουλες (Capsules) Δισκία (Tablets), Σακχαρόπηκτα (Dragees) Εντεροδιαλυτά δισκία (Spansules) Υπογλώσσια δισκία (Sublingual tablets)
Από το ορθό	Υπόθετα (Suppositoria) Αλοιφές (Ointments, Unguentae) Κρέμες Σκόνες Διαλύματα
Τοπικά (δέρμα)	Αλοιφές Κρέμες Πάστες (Pastae) Πηκτές (Gels) Διαλύματα, Πλύματα (Lotions) Αραιά εναιωρήματα ή γαλακτώματα Αερολύματα (Sprays)
Διαδερμικά	Διαδερμικά συστήματα (Patches)
Παρεντερικά	Ενέσιμα διαλύματα (Injectiones) Εναιωρήματα ή γαλακτώματα Εμφυτεύματα
Κολπικά	Αλοιφές Υπόθετα Δισκία Αφρίζοντα γαλακτώματα

Σιρόπια

Τα σιρόπια αποτελούν πυκνά, παχύρρευστα πόσιμα διαλύματα σακχάρου στα οποία το φάρμακο είτε προστίθεται από την αρχή, είτε αργότερα. Τα σιρόπια έχουν ευχάριστη γεύση, περιέχουν συνήθως κοινή ζάχαρη (σουκρόζη, σάκχαρη), ή υποκατάστατά της όπως δεξτρόζη, σορβιτόλη. Οι περισσότεροι γνωστοί

τύποι φαρμάκων που χορηγούνται με μορφή σιροπιών είναι τα αντιβηχικά, τα αναλγητικά και τα αντισταμινικά.

Εναιωρήματα

Τα εναιωρήματα είναι φαρμακοτεχνικά σκευάσματα που περιέχουν μια ή περισσότερες στερεές φαρμακευτικές ουσίες, αδιάλυτες, αλλά διεσπαρμένες με τη μορφή μικρών σωματιδίων μέσα σε ένα υγρό εκδόχο. Συνήθως προορίζονται για εσωτερική λήψη.

Το εναιώρημα μετά από κάθε ανατάραξη πρέπει να εμφανίζεται μακροσκοπικά ομογενές. Στον περιέκτη των εναιωρημάτων πρέπει να αναγράφεται η φράση «να ανακινούνται καλά πριν από την χρήση».

Δισκία (χάπια)

Προορίζονται για λήψη από το στόμα. Εκτός από το δραστικά συστατικά, συχνά επιβάλλεται η παρουσία εκδόχων που αυξάνουν τον όγκο (άμυλο) ή βελτιώνουν τη γεύση (γαλακτοσάκχαρο). Τα δισκία επικαλυμμένα με λεπτή και συνήθως έγχρωμη πλαστική μεμβράνη, έχουν σκοπό την κάλυψη δυσάρεστης γεύσης ή οσμής ή βελτίωση της σταθερότητας του δισκίου με προστασία από το φως και την υγρασία. Τα εντεροδιαλυτά δισκία μπορούν να θεωρηθούν ειδική κατηγορία δισκίων επικαλυμμένων με πλαστική μεμβράνη. Είναι δισκία ανθεκτικά στα υγρά του στομάχου, τα οποία όμως διαλύονται ή αποσυνθένονται στο έντερο όπου απελευθερώνουν το δραστικό συστατικό.

Κάψουλες

Η δραστική ουσία περιέχεται σε ειδικό περίβλημα από ζελατίνη, το οποίο επικαλύπτει τυχόν δυσάρεστη γεύση και επιτρέπει βαθμιαία διάλυση μέσα στα πεπτικά υγρά ή μόνο μέσα στα εντερικά υγρά (εντεροδιαλυτό περίβλημα). Όταν επιδιώκεται παρατεταμένη ενέργεια, το περιεχόμενο παρασκευάζεται σε μεγαλοκοκκίωδη μορφή.

Υπόθετα

Προορίζονται, συνήθως, για συστηματική απορρόφηση, οπότε τοποθετούνται στο ορθό (σε βάθος 0,5 cm) για απορρόφηση από τις κάτω αιμορροϊδικές φλέβες και αποφυγή του φαινομένου της αρχικής διάβασης. Σπανιότερα, επιδιώκεται τοπική δράση στο ορθό ή στον κόλπο (κολπικά υπόθετα).

Βάμματα

Είναι απλά διαλύματα, στα οποία οι δραστικές ουσίες διαλύονται ή εκχυλίζονται μέσα σε αιθανόλη. Ως βάμματα, συνήθως χρησιμοποιούνται τα αντισηπτικά διαλύματα για το δέρμα και τους βλεννογόνους. Τα σύνθετα βάμματα, τα οποία προορίζονται για εσωτερική λήψη, μπορεί να περιέχουν σακχαρόζη και άλλα βελτιωτικά της γεύσης, οπότε ονομάζονται ελιξίρια.

Ενέσιμα διαλύματα

Τα ενέσιμα σκευάσματα αποτελούν στείρα φαρμακευτικά σκευάσματα που προορίζονται να εισαχθούν διά μέσου των ιστών. Εισάγονται κατευθείαν στα υγρά του σώματος, στα ενδοκυττάρια και εξωκυττάρια υγρά, στη λέμφο και στο αίμα, είτε όπως έχουν, είτε αφού διαλυθούν.

Τα ενέσιμα σκευάσματα διακρίνονται σε βιολογικά και σε φαρμακευτικά. Τα βιολογικά ενέσιμα σκευάσματα περιλαμβάνουν τα εμβόλια, τους ορούς και ανάλογα προϊόντα, τα οποία χορηγούνται από την παρεντερική οδό. Τα φαρμακευτικά ενέσιμα σκευάσματα περιλαμβάνουν όλα τα υπόλοιπα. Κατά τη χορήγηση των παρεντερικών σκευασμάτων επειδή παραβιάζεται η προστατευτική στιβάδα του δέρματος ή των βλεννογόνων, πρέπει τα σκευάσματα αυτά να είναι απολύτως καθαρά και στείρα.

Οι ιδιότητες που πρέπει να έχουν τα ενέσιμα σκευάσματα είναι:

- Στεριρότητα. Δεν πρέπει να περιέχουν μικροοργανισμούς
- Απουσία πυρετογόνων. Δεν πρέπει να περιέχουν πυρετογόνα
- Ισοτονικότητα. Να έχουν την ίδια ωσμωτική πίεση με το αίμα. Το υδατικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου 0.9% είναι ισότονο με το αίμα. Υπέρτονα διαλύματα προκαλούν συρρίκνωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, ενώ υπότονα προκαλούν διόγκωση και ρήξη των ερυθρών αιμοσφαιρίων (αιμόλυση).
- Ισοϋδρία. Ο όρος σημαίνει pH όμοιο με το pH των υγρών του σώματος, το αίμα και την λέμφο και πρέπει να κυμαίνεται στα όρια 7,25 έως 7,43.
- Διαύγεια. Τα ενέσιμα διαλύματα πρέπει να είναι απαλλαγμένα από σωματίδια ινών, γυαλιού, κλπ.

Οφθαλμικά σκευάσματα

Τα οφθαλμικά σκευάσματα είναι αποστειρωμένα προϊόντα τα οποία χρησιμοποιούνται στην οφθαλμολογία για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς σκοπούς, σε εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις, σαν υποκατάστατα δακρύων και άλλες εφαρμογές. Τα δραστικά συστατικά που χορηγούνται στον οφθαλμό έχουν στόχο να προκαλέσουν τοπικά φαινόμενα όπως μύση, μυδρίαση, αναισθησία, ελάττωση της ενδοφθάλμιας πίεσης, αντιμετώπιση μόλυνσης, στεριρότητα κλπ.

Οι οφθαλμικές αλοιφές αποτελούν στείρα ημιστερεά παρασκευάσματα τα οποία τοποθετούνται στον επιπεφυκότα ή στην παρυφή του βλεφάρου. Οι αλοιφές πρέπει να εξαπλώνονται ομοιόμορφα στον κερατοειδή και στον χώρο του επιπεφυκότα μετά από μερικές κινήσεις των βλεφάρων. Η θεραπευτική τους δράση εξαρτάται από το πάχος της στιβάδας και την προσκόλλησή της στους ιστούς.

Αλοιφές και κρέμες

Οι αλοιφές είναι ημιστερεά σκευάσματα εξωτερικής χρήσης με κατάλληλη σύσταση για να απλωθούν στο δέρμα με επάλειψη ή εντριβή.

Οι αλοιφές διακρίνονται σε ιατρικές που περιέχουν δραστικά συστατικά για τοπική εφαρμογή των ουσιών στο δέρμα ή τους βλεννογόνους, αλλά και μη ιατρικές που χρησιμεύουν τόσο σαν μαλακτικά, λιπαντικά και προστατευτικά του δέρματος, όσο και σαν βάσεις παρασκευής ιατρικών αλοιφών.

Οι κρέμες όταν επαλείφονται στο δέρμα, το νερό που περιέχουν εξατμίζεται και σχηματίζεται μια ημιπερατή μεμβράνη. Ονομάζονται και «εξαφανιζόμενες κρέμες» επειδή μετά την εφαρμογή τους δεν φαίνονται και δεν αφήνουν λιπαρότητα στο δέρμα. Χρησιμοποιούνται είτε σαν μαλακτικά, ενυδατικά και καθαριστικά, είτε σαν βάσεις φαρμακευτικών σκευασμάτων για την ενσωμάτωση δραστικών συστατικών για δερματικές παθήσεις.

Οι αλοιφές με βάση τη σύνθεσή τους διακρίνονται σε:

- μη γαλακτώματα
- γαλακτώματα και
- κρέμες
- πάστες

Οι αλοιφές χρησιμοποιούνται:

- Για την περιποίηση του υγιούς δέρματος (σαν προστατευτικές και καλλυντικές αλοιφές)
- Για τοπική θεραπεία του δέρματος, βλεννογόνων και πληγών
- Για διαδερμική θεραπεία, σαν αλοιφές που απορροφώνται για να εισάγουν φάρμακα σε διάφορα όργανα μέσω του κυκλοφορικού ή λεμφικού συστήματος.

Υπόθετα

Τα υπόθετα είναι φαρμακοτεχνικά σκευάσματα εφάπαξ δόσης, στερεής ή μαλακής σύστασης που αποτελούνται από μία ή περισσότερες δραστικές ουσίες αναμειγμένες με αδρανή υλικά, τα οποία τήκονται στην θερμοκρασία του σώματος. Αποτελούν στερεές μορφές χορήγησης φαρμάκου από το ορθό, τον κόλπο ή σπανιότερα την ουρήθρα.

Η φαρμακοτεχνική αυτή μορφή μετά την εισαγωγή της στην κοιλότητα του σώματος, τήκεται ή διαλύεται στις εκκρίσεις της κοιλότητας, ενώ συγχρόνως απελευθερώνεται το δραστικό συστατικό. Αυτός ο τρόπος χορήγησης φαρμάκου είναι σημαντικός σε περιπτώσεις παθολογικών καταστάσεων που δεν είναι δυνατή η κατάποση φαρμάκων, αλλά και σε περιπτώσεις όπου το φάρμακο είτε επηρεάζεται από τα γαστρικά υγρά, είτε μεταβάλλεται η δραστικότητά του κατά την πρώτη διέλευση του φαρμάκου από το ήπαρ μετά την απορρόφησή του. Η γρήγορη, έντονη και άμεση απορρόφηση πολλών δραστικών ουσιών από το ορθό, καθιστούν τα υπόθετα μια πολύ σημαντική εναλλακτική οδό χορήγησης φαρμάκου σε σχέση με την παρεντερική χορήγηση.

Τα φάρμακα που χορηγούνται με μορφή υπόθετων προορίζονται είτε για τοπική δράση όπως αντιβιοτικά, στυπτικά, αντισηπτικά, τοπικά αναισθητικά κλπ., είτε για γενική δράση αφού απορροφηθούν και περάσουν στην κυκλοφορία του αίματος, όπως αναλγητικά, ηρεμιστικά, αγγειοσυσταλτικά κλπ. Τα κολπικά υπόθετα τοποθετούνται στον κόλπο ψηλά με την βοήθεια ειδικής συσκευής. Χρησιμοποιούνται κυρίως για τοπική δράση σαν αντισηπτικά στην γυναικεία υγιεινή και για την αντιμετώπιση παθογόνων μικροοργανισμών. Τα πιο συνηθισμένα δραστικά συστατικά είναι εναντίον των τριχομονάδων για την αντιμετώπιση της κολπίτιδας.

Αερολύματα

Τα αερολύματα είναι κolloειδή συστήματα διασποράς που αποτελούνται από πολύ μικρά στερεά ή υγρά σωματίδια διεσπαρμένα σε ένα αέριο. Αποτελούν ειδικές φαρμακοτεχνικές μορφές, στις οποίες υγρά φαρμακευτικά παρασκευάσματα κλείνονται μέσα σε περιέκτες υπό πίεση και από όπου εκτοξεύονται δόσεις φαρμάκου μετά από πίεση ειδικής βαλβίδας.

Τα φάρμακα ανάλογα με τον προορισμό της χρήσης τους μπορεί να εξωθούνται με την μορφή λεπτότατων σταγονιδίων, υγρών ή ξηρών σωματιδίων σκόνης ή αφρού. Ο περιέκτης είναι ένα γυάλινο, μεταλλικό ή πλαστικό δοχείο στην κορυφή του οποίου προσαρμόζεται ένα πώμα με βαλβίδα και σωλήνα ο οποίος εφάπτεται στο περιεχόμενο του περιέκτη.

Οδοί χορήγησης φαρμάκων

Οι οδοί χορήγησης των φαρμάκων αναλύονται ως εξής:

Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα	
Από το στόμα	Το φάρμακο χορηγείται από το στόμα και καταπίνεται με υγρά
Υπογλώσσια	Το φάρμακο τοποθετείται κάτω από τη γλώσσα, όπου διαλύεται άμεσα. Δεν καταπίνεται
Παρειακή	Το φάρμακο σε στερεή μορφή τοποθετείται έναντι του βλεννογόνου της παρειάς να διαλυθεί. Δεν πρέπει να μασιέται ή να καταπίνεται.
Παρεντερική οδός	
Ενδοδερμική	Το φάρμακο χορηγείται ακριβώς κάτω από την επιδερμίδα
Υποδόρια	Το φάρμακο χορηγείται στο χόριο
Ενδομυϊκή	Το φάρμακο χορηγείται στους μυς
Ενδοφλέβια	Το φάρμακο χορηγείται μέσα στη φλεβική κυκλοφορία
Επισκληρίδιο	Το φάρμακο χορηγείται στον επισκληρίδιο χώρο
Υπαραχνοειδής	Το φάρμακο χορηγείται στον υπαραχνοειδή χώρο
Δέρμα	
Τοπική χορήγηση	Το φάρμακο εφαρμόζεται στο δέρμα, τον οφθαλμό ή το αυτί για την επίτευξη δράσεων
Διαδερμική χορήγηση	Το φάρμακο εφαρμόζεται σε μία μικρή περιοχή για βραδεία απορρόφηση στη συστηματική κυκλοφορία
Βλεννογόνοι	
Κολπική χορήγηση	Το φάρμακο εισάγεται στον κόλπο για τοπική θεραπεία
Ορθική χορήγηση	Το φάρμακο εισάγεται στο ορθό για τοπική ή συστηματική θεραπεία
Χορήγηση δια εισπνοών	Το φάρμακο εισπνέεται δια της μύτης ή των πνευμόνων για τοπική ή συστηματική θεραπεία

Η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας στη χορήγηση φαρμάκων - Τύποι των εντολών για τη φαρμακευτική αγωγή

Οι τύποι των εντολών για φαρμακευτική αγωγή ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με τη συχνότητα χορήγησης του φαρμάκου.

- Η διαρκής εντολή εκτελείται μέχρι να δοθεί νέα εντολή που να διακόπτει την προηγούμενη ή μέχρι τη χορήγηση όλων των προβλεπόμενων δόσεων του φαρμάκου. Παράδειγμα διαρκούς εντολής είναι: «Φάρμακο 250 mg από το στόμα δύο φορές την ημέρα για δέκα ημέρες».
- Εντολή για χορήγηση κατ' επίκληση (ή σύμφωνα με τις ανάγκες) αποτελεί οδηγία που έχει γραφτεί ώστε να είναι διαθέσιμη τη στιγμή που ο ασθενής έχει την ανάγκη χορήγησης του φαρμάκου. Ο ιατρός θέτει περιορισμούς σχετικά με τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των δόσεων. Ένα παράδειγμα τέτοιας εντολής είναι: «Μορφίνη 4mg ενδομυϊκά ανά 4 ώρες σε περίπτωση πόνου».
- Η εντολή για άπαξ χορήγηση δίνεται για να χορηγηθεί μία δόση φαρμάκου για μία φορά και μόνο. Τέτοιες εντολές είναι σύνηθες να δίνονται προεγχειρητικά ή πριν από μία διαγνωστική εξέταση.
- Η εντολή για άμεση χορήγηση αφορά στη χορήγηση μίας μόνο δόσης φαρμάκου άμεσα, χωρίς καθυστέρηση. Η εντολή αυτή χρησιμοποιείται σε επείγουσες καταστάσεις, όταν παρατηρείται αιφνίδια μεταβολή της κατάστασης του ασθενούς.

Νοσηλευτικές αρχές χορήγησης φαρμάκων

Πριν τη χορήγηση ενός φαρμάκου, ο νοσηλευτής-τρια εφαρμόζει τα πέντε σημεία της ορθής χορήγησης των φαρμάκων:

1. Σωστό φάρμακο
2. Σωστή δόση
3. Σωστή οδός χορήγησης
4. Σωστός χρόνος χορήγησης
5. Σωστός ασθενής

Αναλυτικότερα :

1. Ο νοσηλευτής-τρια χορηγεί το σωστό φάρμακο. Ο νοσηλευτής-τρια αντιπαραβάλλει το αρχείο χορήγησης φαρμάκων με τις ιατρικές οδηγίες, ώστε να επιβεβαιώνεται η σωστή μεταφορά των οδηγιών του θεράποντος ιατρού. Κάθε φορά που χορηγείται μία δόση φαρμάκου, πρέπει να γίνεται έλεγχος της ορθότητας της ονομασίας του.

Αυτός είναι και ο χρόνος ελέγχου της ημερομηνίας λήξης του φαρμάκου. Εάν η ορθογραφία στο αρχείο χορήγησης φαρμάκων ή την καρτέλα φαρμάκων του ασθενούς είναι διαφορετική, πρέπει να ελέγχεται η αρχική οδηγία του ιατρού.

Εάν υπάρχει απόκλιση θα πρέπει να πραγματοποιείται επικοινωνία με το θεράποντα ιατρό για επιβεβαίωση της οδηγίας. Το όνομα του φαρμάκου αναφέρεται στον ασθενή και το φάρμακο πρέπει να του επιδεικνύεται πριν τη χορήγηση του.

2. Ο νοσηλευτής-τρια χορηγεί τη σωστή δόση. Ο νοσηλευτής-τρια συγκρίνει προσεκτικά τη δόση που πρόκειται να χορηγήσει με την ενδεδειγμένη δόση ή τη δόση που αναγράφεται στο αρχείο χορήγησης φαρμάκων του ασθενούς ή στην καρτέλα των φαρμάκων του. Οι δόσεις των φαρμάκων που χορηγούνται από το στόμα διατίθενται σε σταθερή ποσότητα ανά δισκίο ή κάψουλα. Αν απαιτείται διαφοροποίηση της

δόσης είναι απαραίτητη η εκτέλεση ορισμένων μαθηματικών υπολογισμών για τη διασφάλιση της ακρίβειας. Πολλά σφάλματα σχετικά με τη χορήγηση των φαρμάκων προκύπτουν από τη χορήγηση ποσότητας φαρμάκου διαφορετικής από την αναγραφόμενη στην ιατρική οδηγία δόση.

3. Ο νοσηλευτής-τρια χορηγεί το σωστό φάρμακο στο σωστό ασθενή. Εάν η ιατρική οδηγία προβλέπει την ενδομυϊκή χορήγηση ενός φαρμάκου, τότε το φάρμακο οφείλει να χορηγηθεί με ενδομυϊκή ένεση ή να πραγματοποιηθεί επικοινωνία με το θεράποντα ιατρό προκειμένου να τροποποιηθεί την οδηγία αυτή.

Το γεγονός ότι ο ασθενής δεν αισθάνεται πια την ανάγκη για τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων ενδομυϊκά, δε σημαίνει ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να χορηγήσει το φάρμακο από το στόμα.

Για την αλλαγή της φαρμακοτεχνικής μορφής του χορηγούμενου φαρμάκου, οφείλει να αλλάζει η ιατρική οδηγία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, προβλέπεται η χορήγηση του φαρμάκου από το στόμα, αλλά ο ασθενής δεν είναι σε θέση να καταπιεί κάψουλες ή δισκία. Σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής –τρια ελέγχει τον τρόπο διάθεσης του φαρμάκου ώστε να καθορίσει εάν υπάρχει η δυνατότητα θρυμματισμού του. Όταν υπάρχουν αμφιβολίες, είναι ασφαλέστερο ο νοσηλευτής –τρια να συμβουλευτεί τον φαρμακοποιό.

4. Ο νοσηλευτής –τρια χορηγεί το σωστό φάρμακο στο σωστό χρόνο. Ο χρόνος χορήγησης φαρμάκων στον κάθε ασθενή θα πρέπει να σημειώνεται στο πρόγραμμα των εργασιών της ημέρας.

Οι νοσηλευτές πρέπει να θυμούνται ότι ο σχεδιασμός της χορήγησης των φαρμάκων αφορά στο σκοπό της διατήρησης κάποιων συγκεκριμένων επιπέδων του φαρμάκου στον ορό του αίματος του ασθενούς. Για το λόγο αυτό, τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται όσο το δυνατόν εγγύτερα στον προγραμματισμένο χρόνο χορήγησης.

Επίσης, η καταγραφή της χορήγησης των φαρμάκων οφείλει να γίνεται στον κατάλληλο χρόνο. Πολύ συχνά, οι νοσηλευτές καταγράφουν τη χορήγηση του φαρμάκου όταν το λαμβάνουν από το τροχήλατο καρότσι νοσηλείας.

Στην περίπτωση όμως που ο ασθενής δεν είναι διαθέσιμος, όταν ο νοσηλευτής φθάνει στο θάλαμο του, η δόση μπορεί να ξεχαστεί και ιδιαίτερα εάν παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα στο τμήμα νοσηλείας. Ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται εκτός του ορόφου, στη ντουζιέρα, να παρουσιάζει σοβαρή ναυτία, ή να υποβάλλεται σε φυσικοθεραπεία του αναπνευστικού συστήματος.

Οι νοσηλευτές ποτέ δεν καταγράφουν τη χορήγηση μίας δόσης μέχρι να τη λάβει ο ασθενής. Η μη χορήγηση μιας δόσης πρέπει επίσης να καταγράφεται στο αρχείο χορήγησης φαρμάκων του ασθενούς.

5. Ο νοσηλευτής –τρια χορηγεί το σωστό φάρμακο στο σωστό ασθενή. Ακόμα και εάν ο νοσηλευτής –τρια φροντίζει το συγκεκριμένο ασθενή συνεχώς και είναι εξοικειωμένος μαζί του, πρέπει να ακολουθεί το πρωτόκολλο επιβεβαίωσης της ταυτότητας του, ελέγχοντας την ταυτότητα ασθενούς που φέρει στο χέρι του.

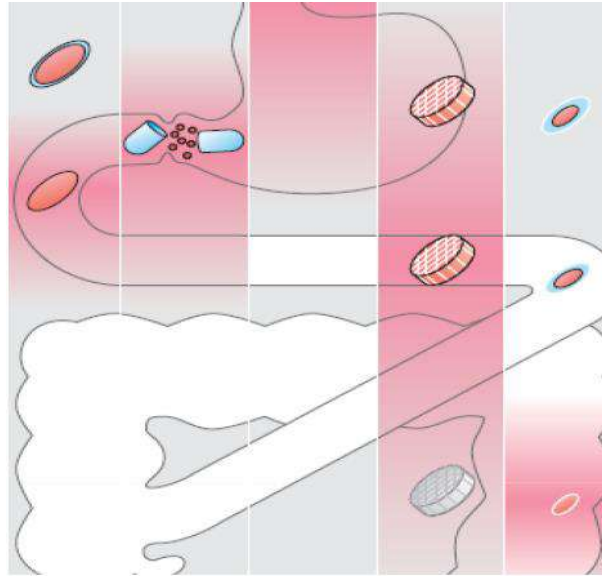
Είναι ασφαλέστερο να ελέγχετε στην ταυτότητα και το όνομα και τον αριθμό μητρώου του ασθενούς, αντιπαραβάλλοντας τα με αυτά που αναγράφονται στο αρχείο χορήγησης φαρμάκων. Για την πρόληψη των σφαλμάτων, σχετικά με τη χορήγηση των φαρμάκων είναι χρήσιμο να ελέγχετε το κάθε φάρμακο τρεις φορές. Ο τρίτος έλεγχος πρέπει να γίνεται παρά την κλίνη του ασθενούς, πριν το άνοιγμα της συσκευασίας.

Χορήγηση φαρμάκων διεντερικώς

Φαρμακοκινητική, φαρμακοδυναμική και απορρόφηση των φαρμάκων που χορηγούνται διεντερικώς

Συχνά, ο πλέον αποδεκτός από τους ασθενείς τρόπος λήψης των φαρμάκων είναι από το στόμα, δυστυχώς όμως είναι και ο πιο περίπλοκος τρόπος για να μελετηθεί η απορρόφηση ενός φαρμάκου. Η λήψη ενός

φαρμάκου από το στόμα έχει ως αποτέλεσμα τη μετακίνηση του φαρμάκου μέσω του γαστρεντερικού σωλήνα ξεκινώντας από τον οισοφάγο, το ισχυρά όξινο στομάχι, το λεπτό έντερο και το ήπαρ.



Η πορεία του φαρμάκου στον γαστρεντερικό σωλήνα

Μετά την κατάποση, το φάρμακο περνά από τον οισοφάγο και φτάνει στην πρώτη στάση του, στο στομάχι. Το pH του στομαχιού ποικίλλει ανάλογα με την παρουσία τροφής και μπορεί να φτάσει πολύ χαμηλά μέχρι και pH 1. Ο πρωταρχικός ρόλος του στομαχιού είναι η χημική διάσπαση των συστατικών των τροφών, ειδικά των πρωτεϊνών. Μια δευτερεύουσα λειτουργία του στομαχιού είναι να απορροφά θρεπτικά συστατικά. Όπως ορισμένες θρεπτικές ουσίες, έτσι και τα φάρμακα συχνά απορροφούνται από το στομάχι. Ειδικότερα, τα φάρμακα που είναι ιδιαίτερα λιπόφιλα στο όξινο περιβάλλον του στομαχιού έχουν την τάση να απορροφώνται εύκολα.

Η παρουσία τροφής στο στομάχι μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το ρυθμό απορρόφησης του φαρμάκου καθώς αυξάνει τον όγκο του στομαχιού, επιβραδύνει το ρυθμό μετακίνησης του φαρμάκου στο λεπτό έντερο και αυξάνει το pH του στομάχου.

Για τα περισσότερα φάρμακα οι παράγοντες αυτοί αυξάνουν τον ρυθμό απορρόφησης από το στομάχι.

Στο λεπτό έντερο συνεχίζεται η χημική διαδικασία της πέψης που ξεκίνησε στο στομάχι, με έμφαση στην ενζυμική διάσπαση των λιπών και των σακχάρων, καθώς οι πρωτεΐνες έχουν ήδη εν μέρει διασπαστεί στο στομάχι και πλέον διασπώνται σε αμινοξέα.

Μετά την πλήρη πέψη των τροφών, τα προϊόντα διάσπασης είναι έτοιμα για απορρόφηση. Το λεπτό έντερο έχει πολλά πλεονεκτήματα έναντι του στομαχιού για την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών και των φαρμάκων στην κυκλοφορία του αίματος. Το σημαντικότερο είναι ότι ο χρόνος διέλευσης μέσα από το λεπτό έντερο είναι πολύ περισσότερος σε σχέση με το στομάχι.

Περισσότερος χρόνος ισοδυναμεί με περισσότερες ευκαιρίες για απορρόφηση. Επίσης, το υψηλότερο pH του λεπτού εντέρου είναι πιο ευνοϊκό για την απορρόφηση των περισσότερων φαρμάκων σε σχέση με το στομάχι.

Τέλος, το λεπτό έντερο αποτελείται από πολύ μεγάλη επιφάνεια, η οποία μεγιστοποιεί την πιθανότητα απορρόφησης. Το λεπτό έντερο ως γνωστόν εμφανίζει τόσο μεγάλη επιφάνεια χάρη στις πτυχώσεις του και τις προεκβολές τους, τις λάχνες. Πέρα από την αύξηση της επιφάνειας για την απορρόφηση, η ιδιαίτερη υφή του λεπτού εντέρου διευκολύνει την έκκριση πεπτικών ενζύμων και υγρών και παρεμποδίζει την ταχύτητα ροής διαμέσου του λεπτού εντέρου.

Τα φάρμακα που απορροφώνται από το στομάχι και από το λεπτό έντερο αρχικά εισέρχονται στο ήπαρ. Η πυλαία φλέβα είναι ένα σύνολο αιμοφόρων αγγείων που συλλέγει το αίμα από το στομάχι, το λεπτό έντερο, το παχύ έντερο, τη σπλήνα και το πάγκρεας και το παραδίδει στο ήπαρ. Από το ήπαρ, το αίμα εισέρχεται στο γενικό κυκλοφορικό σύστημα. Το ήπαρ, επομένως, ενεργεί ως φύλακας. Τίποτα δεν μπορεί να εισέλθει στην κυκλοφορία του αίματος από το πεπτικό σύστημα αν δε διέλθει πρώτα από το ήπαρ, το οποίο αποτελεί ένα εξαιρετικά αποτελεσματικό σύστημα άμυνας για το υπόλοιπο σώμα. Ένα φάρμακο μπορεί να απορροφηθεί από το λεπτό έντερο, αλλά να μεταβολιστεί σχεδόν ποσοτικά από το ήπαρ.

Πλεονεκτήματα

- Είναι ανώδυνη και εύκολη, γι' αυτό αποτελεί τον παλαιότερο και συνηθέστερο τρόπο χορήγησης φαρμάκων. Η διάλυση του φαρμάκου διευκολύνεται λόγω των άφθονων πεπτικών εκκρίσεων, ενώ κατά μήκος της πεπτικής οδού μεταβάλλεται το pH έτσι, ώστε παρέχεται κατάλληλο περιβάλλον για απορρόφηση σχεδόν σε όλα τα φάρμακα.
- Η μεγάλη κινητικότητα, η μεγάλη επιφάνεια και η άφθονη αιμάτωση του πεπτικού βλεννογόνου, διευκολύνουν πολύ την απορρόφηση. Ο ρυθμός απορρόφησης μπορεί να μεταβληθεί ανάλογα με τη φαρμακοτεχνική μορφή (ευκολία αποσάθρωσης δισκίων, διαλυτότητα του περιβλήματος της κάψουλας, μέγεθος των κοκκίων που περιέχει η κάψουλα, κ.ά.).
- Επειδή η απορρόφηση από το πεπτικό είναι σχετικά αργή (το γρηγορότερο που μπορεί να αρχίσει να απορροφάται μια ουσία είναι 20-30 min μετά τη χορήγηση), σε περίπτωση λάθους υπάρχει η δυνατότητα έγκαιρης επέμβασης.
- Η απορρόφηση ορισμένων φαρμάκων από τη στοματική κοιλότητα, ή από το ορθό, παρέχει τη δυνατότητα της απ' ευθείας εισόδου στη μεγάλη κυκλοφορία, παρακάμπτοντας τον εντερικό βλεννογόνο και το ήπαρ, που θα μπορούσαν να μεταβολίσουν και να αδρανοποιήσουν το φάρμακο («φαινόμενο αρχικής διάβασης»).
- Έχει χαμηλό κόστος, επειδή δεν απαιτούνται στείρες συνθήκες κατά την παρασκευή και τη χορήγηση του φαρμάκου.

Μειονεκτήματα

- Πολλές ουσίες διασπώνται από τα πεπτικά υγρά, όπως οι πρωτεΐνες, η αδρεναλίνη και η ισταμίνη. Επίσης, υπάρχει η πιθανότητα μεταβολικής αδρανοποίησης μιας ουσίας από ένζυμα της μικροβιακής χλωρίδας, του εντερικού επιθηλίου και του ήπατος. Άλλωστε, μπορεί να δημιουργηθούν τοξικοί μεταβολίτες από την επίδραση αυτών των ενζύμων.
- Η τροφή μπορεί να επιβραδύνει την απορρόφηση ή και να την εμποδίσει ολοσχερώς, ενώ η παράλληλη χορήγηση άλλων φαρμάκων είναι δυνατόν να οδηγήσει σε τοπική αντίδραση και αναστολή της απορρόφησης (π.χ., ο σίδηρος εμποδίζει την απορρόφηση των τετρακυκλινών). Επηρεάζεται από τη γενική κατάσταση του ασθενούς (αχλωρυδρία, υποχλωρυδρία, εμετοί, διάρροιες, μεταβολές στη κυκλοφορία του πεπτικού), καθώς και από φάρμακα που επιδρούν στη λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος (έκκρίσεις πεπτικών υγρών, κινητικότητα κ.ά.). Από όλα τα παραπάνω βγαίνει το γενικό συμπέρασμα ότι δεν είναι δυνατός ο ακριβής υπολογισμός της δόσης που θα απορροφηθεί, όταν μια ουσία δίνεται από το πεπτικό. Αυτό αποτελεί το μεγαλύτερο μειονέκτημα της χορήγησης από το στόμα.

Νοσηλευτικές διεργασίες

Η μέθοδος χορήγησης φαρμάκων από το στόμα είναι η πλέον συνηθισμένη, εύκολη και απλή για τον άρρωστο και τους νοσηλευτές. Ο άρρωστος συνήθως τα παίρνει μόνος χωρίς ιδιαίτερη βοήθεια και οι νοσηλευτές διαθέτουν λιγότερο χρόνο, κόπο και αντικείμενα, συγκριτικά με άλλες μεθόδους για την ετοιμασία και τη χορήγηση του φαρμάκου, όπως π.χ. για την ένεση (Αθανάτου 2010).



Χορήγηση φαρμάκων υπογλωσσίως

Υπάρχουν περιπτώσεις που δεν μπορεί ή δεν πρέπει να χορηγηθούν στον άρρωστο φάρμακα από το στόμα, όπως όταν:

- Βρίσκεται σε αφασία.
- Έχει καθετήρα για αναρρόφηση υγρών στομάχου.
- Έχει εμετούς.
- Η δράση των φαρμάκων αναστέλλεται από την επίδραση των πεπτικών υγρών, όπως η ινσουλίνη.
- Τα φάρμακα απορροφούνται με πολύ αργό ρυθμό ή η απορρόφηση τους δεν είναι επαρκής.
- Ερεθίζουν το γαστρεντερικό σωλήνα.

Σημεία που πρέπει ο νοσηλευτής-τρια να πάντα να ελέγχει είναι:

- Οι επικαλυμμένες ταμπλέτες δεν πρέπει να μασιούνται ή να συνθλίβονται, καθώς καλύπτονται από μια σκληρή επιφάνεια που εξασφαλίζει την απορρόφηση τους σε συγκεκριμένο σημείο του γαστρεντερικού σωλήνα.
- Οι κάψουλες πρέπει να καταπίνονται ως έχουν, για να επιτυγχάνεται το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα.
- Στους ηλικιωμένους ασθενείς πρέπει να αφιερώνει περισσότερο χρόνο στη χορήγηση των φαρμάκων επειδή έχουν επιβραδυσμένα αντανάκλαστικά και μειωμένη ικανότητα κατανόησης της θεραπείας.
- Κατά τη χορήγηση των υπογλώσσων ή επιγλώσσων φαρμάκων ενημερώνει τον ασθενή ότι πρέπει να βάλει το φάρμακο αναλόγως κάτω ή πάνω στη γλώσσα του και να μην πει νερό, ούτε να το καταπιεί.
- Αν ο ασθενής δεν λάβει τα φάρμακά του για οποιοδήποτε λόγο, δεν πρέπει να αφήνονται στο κομοδίνο του.

Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα

Η στοματική οδός χρησιμοποιείται ευρέως και αποτελεί την πιο άνετη και ασφαλή για τον ασθενή οδό χορήγησης φαρμάκων. Τα φάρμακα που χορηγούνται από το στόμα (per os) απορροφούνται από το βλεννογόνο του στομάχου και του λεπτού εντέρου, ενώ η ενέργειά τους εμφανίζεται μετά από μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και τέλος έχει παρατεταμένες αλλά λιγότερο ισχυρές επιδράσεις, συγκριτικά με τις άλλες οδούς χορήγησης.

Υλικά

- Χορηγούμενα φάρμακα
- Κύπελλα φαρμάκων μιας χρήσης ή χάρτινα φακελάκια Κοπήρας για τις ταμπλέτες
- Γουδί ή θραυστήρας όπου ενδείκνυται
- Σύριγγες χωρίς βελόνα (επί αδυναμίας κατάποσης από ποτήρι) Ποτηράκια νερού μιας χρήσης
- Νερό
- Γάντια λάτεξ
- Νεφροειδές μιας χρήσης για υποδοχή χρησιμοποιημένων υλικών

ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Διασφαλίστε εφαρμογή των γενικών αρχών χορήγησης φαρμάκων	Πρόληψη λαθών και παραλήψεων.
2. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών, και φορέστε γάντια εάν κρίνεται απαραίτητο.	Ελαχιστοποιεί την πιθανότητα μετάδοσης λοιμώξεων. Πρόληψη έκθεσης σε εκκρίσεις στοματικής κοιλότητας.
Δισκία ή κάψουλες: Τοποθετείστε τα σε κύπελλο ή σε φακελάκι φαρμάκων και αφαιρέστε τη συσκευασία λίγο πριν χορηγήσετε το φάρμακο. Αν φυλάσσονται σε φιαλίδιο, τοποθετείστε τα αρχικά πρώτα στο καπάκι του φιαλιδίου και κατόπιν στο κύπελλο φαρμάκων. Μην σπάτε τις ταμπλέτες, εκτός αν έχουν ειδική εγκοπή στη μέση Αν υπάρχει δυσκολία κατάποσης συνθλίψτε το φάρμακο. Διαλύστε τη σκόνη σε νερό, διατηρώντας κάθε φάρμακο χωριστά από τα άλλα. Υγρά φάρμακα: Κρατήστε το μπουκαλάκι με την ετικέτα στην παλάμη σας και χρησιμοποιείτε κατάλληλο δοσομετρικό ποτηράκι υγρών, υπολογίζοντας την ποσότητα του φαρμάκου στο ύψος των ματιών σας. Σκουπίστε το στόμιο του μπουκαλιού με μια χαρτοπετσέτα. Σε ασθενείς που δυσκολεύονται να καταπιούν υγρά από κύπελλο, το φάρμακο μπορεί να χορηγηθεί μέσω μιας πλαστικής σύριγγας χωρίς βελόνα. Αν το φάρμακο καθιζάνει, ανακινείτε πριν την τοποθέτησή του στο κύπελλο φαρμάκων.	Αποφυγή λάθους και τήρηση ασφαλούς χορήγησης. Δυνατότητα επιστροφής επιπλέον δόσης στο φιαλίδιο και αποφυγή μεταφοράς μικροβίων και πιθανής αλλεργίας των νοσηλευτών από την άμεση επαφή του φαρμάκου με τα χέρια. Δεν επιτυγχάνεται ακρίβεια στη δόση και μειώνεται η δράση του φαρμάκου. Η ακρίβεια επιτυγχάνεται όταν χρησιμοποιείται κατάλληλο ποτηράκι και διαβάζεται σωστά. Τα υγρά φάρμακα μπορεί να στάξουν στην ετικέτα δυσχεραίνοντας την ανάγνωσή τους. Τα εναιωρήματα πρέπει να αναταράσσονται πριν την χορήγησή τους για την ομοιογενή κατανομή τους.
4. Ταυτοποιήστε τον ασθενή και ενημερώστε τον για την διαδικασία.	Πρόληψη λάθους, ενίσχυση συνεργασίας και μείωση άγχους.
5. Βοηθήστε τον ασθενή να πάρει θέση καθιστή ή ημικαθιστή πριν την χορήγηση του φαρμάκου.	Η λήψη του φαρμάκου γίνεται ευκολότερα, διότι διευκολύνεται η κατάποση και προλαμβάνεται τυχόν εισρόφιση ή πνιγμός.
6. Εξασφαλίστε στο κομοδίνο νερό.	Διευκολύνεται η κατάποση και διαλύονται ευκολότερα τα φάρμακα.

7. Χορηγήστε τα υγρά φάρμακα (σιρόπια, εναιωρήματα κ.α.) και μετά τα στερεά (ταμπλέτες, κάψουλες).	Επιτρέπει την απορρόφηση συγκεκριμένων σιροπιών που δεν πρέπει να λαμβάνονται με νερό (π.χ. Maalox, Reptonorm, κλπ.)
8. Βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής έλαβε τα φάρμακα.	Μπορεί ο ασθενής να τα ξεχάσει ή να τα πάρει μαζί με άλλη δόση.
Νοσηλευτική επαγρύπνηση:	
- Οι επικαλυμμένες ταμπλέτες δεν πρέπει να μασιούνται ή να συνθλίβονται, καθώς καλύπτονται από μια σκληρή επιφάνεια που εξασφαλίζει την απορρόφησή τους σε συγκεκριμένο σημείο του γαστρεντερικού σωλήνα. - Οι κάψουλες πρέπει να καταπίνονται ως έχουν, για να επιτυγχάνεται το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα. - Στους ηλικιωμένους ασθενείς αφιερώστε περισσότερο χρόνο στη χορήγηση των φαρμάκων επειδή έχουν επιβραδυνόμενα αντανakλαστικά και μειωμένη ικανότητα κατανόησης της θεραπείας. - Κατά τη χορήγηση των υπογλώσσιων ή επιγλώσσιων φαρμάκων ενημερώστε τον ασθενή ότι πρέπει να βάλει το φάρμακο αναλόγως κάτω ή πάνω στη γλώσσα του και να μην πει νερό, ούτε να το καταπιεί. - Αν ο ασθενής δεν λάβει τα φάρμακά του για οποιοδήποτε λόγο, μην τα αφήνετε στο κομοδίνο του.	
9. Πετάξτε τις άδειες συσκευασίες, ποτηράκια μιας χρήσης κλπ στα κοινά απορρίμματα.	Δεν χρήζουν ειδικής μεταχείρισης καθ' ότι δεν ανήκουν στα μολυσματικά απορρίμματα.
10. Αφαιρέστε τα γάντια. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών.	Το πλύσιμο και η αντισηψία των χεριών προλαμβάνει τη διασπορά μικροβίων.
11. Ενημερώστε το νοσηλευτικό φάκελο του ασθενή.	Επαρκής τεκμηρίωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανάτου Ε., Κλινική Νοσηλευτική. Βασικές και ειδικές νοσηλείες. Αθήνα, έκδοση ΙΕ', 2004, σσ. 287 -291
- Δουγαλή Σ., Κοσμίδου Δ., Λιακοπούλου Π., Μπουρμπουτέλη Χ., «Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα». Εγχειρίδιο Νοσηλευτικών Πρωτοκόλλων Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, 2011
- Pamela Lynn, Κλινικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και νοσηλευτική διεργασία. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2012, σελ. 186-197
- C. Taylor, C. Lillis, P. LeMone, Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής τόμος II Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2006, σελ.625-631
- Medicines Administration and Management Policy for Reg Nurses, Midwives and SCPHNs, Northern Health and Social Care Trust, FEBRUARY 2010

Χορήγηση φαρμάκων ενδοφλεβίως (Intravenous - IV)

Φαρμακοκινητική, φαρμακοδυναμική και απορρόφηση των φαρμάκων που χορηγούνται ενδοφλεβίως

Η χορήγηση φαρμάκων με έγχυση εντός του φλεβικού συστήματος είναι μία μέθοδος που συγκεντρώνει πολλά πλεονεκτήματα. Αποτελεί την μόνη μέθοδο με την οποία είμαστε σίγουροι για την ακριβή ποσότητα του φαρμάκου που απορροφήθηκε και εισήλθε στην κυκλοφορία (100% βιοδιαθεσιμότητα). Επίσης αποτελεί την ταχύτερη οδό για επείγουσες καταστάσεις και χρησιμοποιείται για φάρμακα που ερεθίζουν αν χορηγηθούν με άλλο τρόπο. Γι' αυτό η επιλογή της ενδοφλέβιας οδού απαιτεί εμπειρία και όσο το δυνατόν βραδύτερη χορήγηση του φαρμάκου. Η χρόνια ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων απαιτεί μεγάλη προσοχή από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Η ενδοφλέβια οδός είναι η βασική μέθοδος χορήγησης υγρών και φαρμάκων στον ασθενή σε περίπτωση που δεν μπορεί να τα λάβει από το στόμα ή τον ορθό. Το φάρμακο ή το διάλυμα που χορηγείται μέσω της ενδοφλέβιας οδού έχει το πλεονέκτημα να απορροφάται αμέσως στη συστηματική κυκλοφορία και τους ιστούς.

Το μειονέκτημα αυτής της οδού χορήγησης είναι ότι το υλικό δεν μπορεί να ανακτηθεί εάν γίνει κάποιο λάθος. Επειδή το διάλυμα χορηγείται άμεσα, μέσω μιας φλέβας, στη συστηματική κυκλοφορία, όλα τα υλικά πρέπει να είναι αποστειρωμένα για να προληφθεί η είσοδος μικροβίων. Οι ασθενείς που χρήζουν χορήγησης υγρών με ΕΦ μέθοδο, παρακολουθούνται όσον αφορά τα προσλαμβανόμενα/αποβαλλόμενα υγρά προκειμένου να ελεγχθεί τυχόν υπερφόρτωση της κυκλοφορίας με υγρά. Οι ποσότητες της ΕΦ έγχυσης καταγράφονται ως παρεντερικώς χορηγούμενα υγρά.

Η διάρκεια της ενδοφλέβιας ένεσης πρέπει να είναι τουλάχιστον ένα λεπτό, ούτως ώστε να υπάρχει η δυνατότητα να αναμιχθεί το φάρμακο με τον ολικό όγκο αίματος. Ακόμη και στιγμιαία πρόκληση υπερσυγκέντρωσης του φαρμάκου στην κυκλοφορία μπορεί να έχει δυσάρεστα επακόλουθα από τον ερεθισμό των χημειούποδοχών των μεγάλων αρτηριών. Επίσης, διαταραχές μπορούν να προκύψουν και με την αργή ενδοφλέβια χορήγηση («στάγδην έγχυση»), ιδιαίτερα σε καρδιοπαθείς και νεφροπαθείς, όταν παραφορτωθεί η κυκλοφορία με υγρά, με αποτέλεσμα να ερεθιστούν οι τασεοϋποδοχείς.

Άλλωστε, υπάρχει ο κίνδυνος της εμβολής, όταν ενεθεί ενδοφλεβίως υγρό που προορίζεται για ενδομυϊκή χορήγηση, ή χαλασμένα παλαιά διαλύματα φαρμάκων, που καθιζάνουν όταν εισέλθουν στην κυκλοφορία. Κατά τη διάρκεια έγχυσης, στο σημείο της βελόνας ή του φλεβοκαθετήρα μπορεί να δημιουργηθεί θρόμβος, κυρίως λόγω του τραυματισμού του αγγειακού τοιχώματος.



Περιφερική φλέβα

Η εφαρμογή των βελόνων μιας χρήσης, έχει απομακρύνει τον κίνδυνο της μετάδοσης ιογενούς ηπατίτιδας ή μικροβιακών πυρετογόνων.

Η αλλεργική αντίδραση, παρ' όλα αυτά, είναι ένας διαρκής παράγοντας κινδύνου για τον ασθενή, ιδιαίτερα όταν το φάρμακο δοθεί ενδοφλεβίως. Για την πρόληψη εμφάνισης αναφυλακτικού shock, καλό είναι να δίνεται αρχικά πολύ μικρή ποσότητα του φαρμάκου (περίπου 0.1 ml) και να παρακολουθείται ο ασθενής για μισό περίπου λεπτό, πριν ενεθεί όλο το περιεχόμενο της σύριγγας.

Ενδείξεις

Οι ενδοφλέβιες εγχύσεις χορηγούνται προκειμένου να παρασχεθούν στον οργανισμό οι απαραίτητες ουσίες ή φάρμακα που δεν είναι δυνατόν να χορηγηθούν μέσω άλλων οδών. Οι ουσίες αυτές μπορεί να είναι:

- Υγρά και ηλεκτρολύτες που ο ασθενής αδυνατεί να προσλάβει από το στόμα σε επαρκείς ποσότητες
- Φάρμακα που είναι πιο αποτελεσματικά όταν χορηγούνται διά της οδού αυτής ή δεν μπορούν να χορηγηθούν με άλλο τρόπο
- Αίμα, πλάσμα ή άλλα παράγωγα του αίματος
- Τυποποιημένα διαλύματα που περιέχουν γλυκόζη, αμινοξέα και λιπίδια (παρεντερική διατροφή).



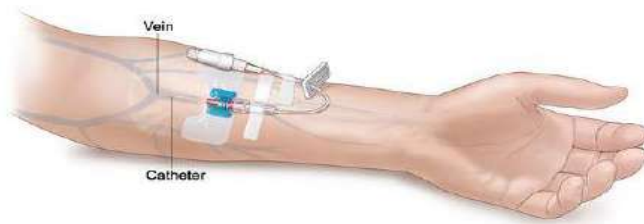
Ενδοφλέβια έγχυση

Ο μέσος ενήλικος χρειάζεται 1.500-2.000 ml σε υγρά κατά τη διάρκεια του 24ώρου για να αναπληρώνει αυτά αποβάλλονται από τον οργανισμό. Οι ασθενείς με μειωμένη πρόσληψη υγρών ή υπερβολική απώλεια βιολογικών υγρών χρειάζονται αναπλήρωση των υγρών. Η

απώλεια υγρών προκαλείται από απέκκριση, αιμορραγία, σοβαρό ή παρατεταμένο έμετο ή διάρροια, μέτρια προς σοβαρή παροχέτευση από τραύματα, κυρίως εγκαύματα και από υπερβολική εφίδρωση.

Επιλογή της φλέβας-φλεβοκέντηση

Οι φλέβες παρέχουν ένα θαυμάσιο δρόμο για γρήγορη χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και θρεπτικών ουσιών. Υγρά που χορηγούνται ενδοφλέβια με το σωστό ρυθμό και τη σωστή δόση περνούν άμεσα στο εξωκυττάριο υγρό. Γρήγορα δρουν πάνω σ' αυτά οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί και γι' αυτό δεν προκαλούν παθολογικές μεταβολές στον όγκο ή τη συγκέντρωση των ηλεκτρολυτών του εξωκυτταρίου υγρού. Η ενδοφλέβια οδός είναι ουσιαστική όταν είναι απαραίτητο να χορηγηθούν γρήγορα στον οργανισμό νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικές ουσίες. Από την ενδοφλέβια οδό μπορεί να δοθούν μεγάλοι όγκοι υγρών, με την προϋπόθεση ότι θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα προφυλακτικά μέτρα.



Φλεβικός καθετήρας

Για την ενδοφλέβια χορήγηση πρέπει να επιλέγεται η κατάλληλη επιπολής φλέβα. Υπάρχει ένας αριθμός διαθέσιμων για φλεβοκέντηση επιφανειακών φλεβών. Τα κριτήρια της επιλογής εξαρτώνται από ορισμένους παράγοντες, όπως:

- Διαθεσιμότητα της περιοχής (εξαρτάται από την κατάσταση της φλέβας)
- Μέγεθος της βελόνας που θα χρησιμοποιηθεί
- Είδος του διαλύματος που θα χορηγηθεί
- Όγκος, ρυθμός και διάρκεια χορήγησης
- Βαθμός επιθυμητής κινητικότητας
- Δεξιότητες αυτού που θα κάνει την φλεβοκέντηση (Ignatavicius & Workman, 2008).

Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες φλέβες είναι εκείνες μέσα και γύρω από το βόθρο της αγκωνιαίας καμψής. Οι φλέβες αυτές είναι μεγάλες και εύκολα προσιτές. Μπορούν να δεχθούν μεγάλες βελόνες, μεγάλους όγκους υγρών και όλα τα είδη των ενδοφλέβιων διαλυμάτων, εκτός από τα πολύ ερεθιστικά. Για εκτέλεση της φλεβοκέντησης δεν είναι απαραίτητη η μεγάλη δεξιότητα, γιατί εκτός του ότι είναι μεγάλες, είναι και ακίνητες. Εξάλλου, στους πιο πολλούς αρρώστους είναι και εύκολα ψηλαφητές.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

Η ενδοφλέβια, όπως και κάθε οδός χορήγησης φαρμάκων, έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, Ως πλεονεκτήματα αναφέρονται:

- Η άμεση επίδραση του εγχεόμενου υγρού.
- Η απορρόφηση όλου του εγχεόμενου διαλύματος με αποτέλεσμα την υλοποίηση του πλέον ακριβούς αποτελέσματος
- Η ροή του εγχεόμενου υγρού ελέγχεται και θεραπευτική επίδραση μπορεί να ρυθμιστεί.
- Δεν είναι επώδυνο ή ερεθιστικό μέσο χορήγησης φαρμάκων.
- Χορηγούνται φάρμακα που δεν απορροφούνται από άλλη οδό ή εξουδετερώνονται από την επίδραση των πεπτικών υγρών ή ερεθίζουν τους ιστούς.

Τα μειονεκτήματα της οδού αυτής είναι:

- Η μη δυνατότητα απομάκρυνσης ή εξουδετέρωσης του φαρμάκου ή διαφοροποίησης της δράσης του σε περίπτωση λάθους.
- Η δημιουργία αιφνιδίων και μεγάλων αντιδράσεων όπως αιμολυτικής, αναφυλακτικής, αλλεργικής κ.α., που έχουν ανάγκη από άμεση παρέμβαση.
- Η εμφάνιση των επιπλοκών όπως μόλυνση, ερεθισμός του ενδοθηλίου της φλέβας, αλληλεπίδραση.
- Δεν χορηγούνται ενδοφλέβια ελαιώδη σκευάσματα για το φόβο
- εμβολής.
- Υπάρχει κίνδυνος να χορηγηθεί εμπλουτισμένος ορός με δύο ή και περισσότερα φάρμακα που είναι ασύμβατα μεταξύ τους και να δημιουργηθούν αντιδράσεις που κάνουν τα φάρμακα ανενεργά ή επιβλαβή για τον άρρωστο.

➤ Τόσο τα πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα που παρουσιάζει η ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκου καθιστά την νοσηλευτική αυτή πράξη εξαρτημένη, εφόσον ο νοσηλευτής με ανεξάρτητη νοσηλευτική πράξη δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τυχόν ανεπιθύμητα συμβάντα που μπορούν να προκύψουν.

Βασικές νοσηλευτικές αρχές στην ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων

- Διατήρηση του ενδοφλέβιου υγρού αποστειρωμένου. Ο νοσηλευτής –τρια εξασφαλίζει ότι καθετή που έρχεται σε επαφή με το διάλυμα είναι αποστειρωμένο.
- Προστασία της θέσης του καθετήρα από επιμόλυνση για την αποφυγή πιθανής λοίμωξης. Χρησιμοποιείται μια στεγανή διαφανής ή όχι επίδεση πάνω από τη θέση του καθετήρα.
- Διατήρηση της στεγανότητας του σωλήνα. Απαιτείται να αφαιρείται ο αέρας από το σωλήνα της συσκευής ορού πριν από τη σύνδεση με τον φλεβοκαθετήρα.
- Ανάρτηση του περιέκτη του διαλύματος στο σωστό ύψος. Τα υγρά μετακινούνται στο σωλήνα με τη βοήθεια της βαρύτητας. Εάν υπάρχει αρνητική πίεση στη φλεβική γραμμή, το αίμα θα παλινδρομήσει στο σωλήνα.
- Προσεκτική ρύθμιση του ρυθμού ροής.
- Παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων/αποβαλλόμενων υγρών όταν ο ασθενής λαμβάνει ενδοφλέβια υγρά ή αίμα.
- Συχνή αξιολόγηση του σημείου εισόδου του φλεβοκαθετήρα για ενδείξεις επιπλοκών. Η διήθηση των παρακείμενων ιστών, η εξοίδηση στο σημείο έγχυσης, ο ερεθισμός της φλέβας ή ο σχηματισμός θρόμβου που διακόπτει τη ροή ή η συστηματική αντίδραση πρέπει να ταυτοποιούνται αμέσως. Τα ζωτικά σημεία πρέπει να μετρούνται αρκετές φορές την ημέρα γι' ανίχνευση πρώιμων σημείων λοίμωξης ή ανεπιθύμητης ενέργειας.

Επιπλοκές ενδοφλέβιας χορήγησης φαρμάκων

Ο ασθενής μπορεί να είναι πολύτιμη πηγή πληροφοριών όσον αφορά στην πιθανότητα επιπλοκών που συνδέονται με την ενδοφλέβια θεραπεία. Εάν ο ασθενής νιώθει ενόχληση, ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγξει για να βεβαιωθεί ότι η έγχυση γίνεται στη φλέβα, ο ρυθμός ροής δεν είναι πάρα πολύ γρήγορος και η θέση του ασθενούς είναι ικανοποιητική. Η ανησυχία για τις επιπλοκές μπορεί επίσης να προκαλέσει ενόχληση στον ασθενή. Οι τοπικές επιπλοκές όπως είναι η διήθηση, η φλεβίτιδα και η θρομβοφλεβίτιδα συμβαίνουν συχνότερα απ' ότι οι συστηματικές επιπλοκές. Ωστόσο, οι συστηματικές επιπλοκές (π.χ. η υπερφόρτωση με υγρά, η εμβολή, η λοίμωξη), είναι σοβαρότερες και μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή.

Χορήγηση φαρμάκων ενδομυϊκώς (Intramuscular - IM)

Φαρμακοκινητική, φαρμακοδυναμική και απορρόφηση των φαρμάκων που χορηγούνται ενδομυϊκώς

Η χορήγηση φαρμάκων εντός του μυϊκού συστήματος είναι ο πιο συνηθισμένος τρόπος παρεντερικής απορρόφησης φαρμάκων. Συνήθη σημεία ενδομυϊκής ένεσης αποτελούν ο γλουτός και ο δελτοειδής μυς του βραχίονα. Το φάρμακο εγχέεται στο χώρο μεταξύ των μυϊκών κυττάρων και πρέπει να διαπεράσει το τοίχωμα των αγγείων του αντιστοίχου μυός για να εισέλθει στην κυκλοφορία.

Μετά από ενδομυϊκή χορήγηση, η απορρόφηση του φαρμάκου γίνεται σε 10-30 min. Παράγοντες που επιδρούν στην απορρόφηση είναι η αιμάτωση στο σημείο της ένεσης, οι φυσικοχημικές ιδιότητες του φαρμάκου (λιποδιαλυτότητα, βαθμός ιονισμού και Μοριακό βάρος) καθώς και ο όγκος και η ωσμωτικότητα του διαλύματος. Τα μικρά μόρια εισέρχονται αμέσως στα τριχοειδή του αίματος, ενώ οι μεγαλομοριακές ενώσεις (π.χ. πρωτεΐνες) περνούν στο αίμα μέσω των λεμφαγγείων.

Για λόγους σκοπιμότητας, είναι δυνατό να δοθεί το φάρμακο σε τέτοια μορφή (εναιώρημα κρυστάλλων) ώστε η απορρόφησή του να διαρκεί για μέρες. Επίσης, η ενδομυϊκή χορήγηση αποτελεί σημαντική εναλλακτική λύση για φάρμακα που διασπώνται στο πεπτικό, ή καθιζάνουν στο αίμα.

Μειονεκτήματα της ενδομυϊκής χορήγησης είναι ο πόνος, ο περιορισμένος όγκος της ένεσης και ο πιθανός κίνδυνος τοπικού ερεθισμού ή τοπικής μόλυνσης (δημιουργία αποστήματος). Επίσης, χρειάζεται μεγάλη προσοχή, ώστε διαλύματα που προορίζονται για ενδομυϊκή χορήγηση να μην ενίενται κατά λάθος ενδοφλεβίως.

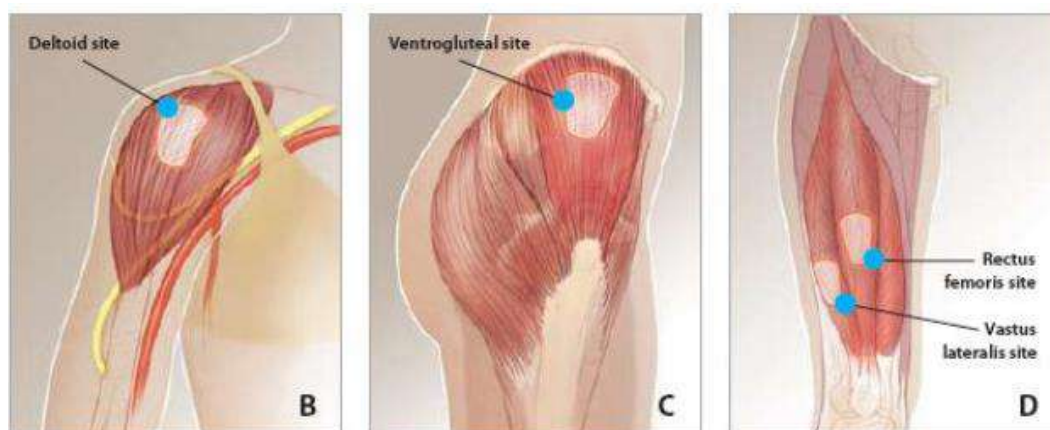
Επιλογή της θέσης χορήγησης του φαρμάκου ενδομυϊκώς

Η ενδομυϊκή ένεση είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για να χορηγήσουμε φαρμακευτική αγωγή στον εν τω βάθει μυϊκό ιστό. Αυτή η οδός χορήγησης εξασφαλίζει ταχεία συστηματική δράση και απορρόφηση σχετικά μεγάλων δόσεων φαρμάκων (>5 ml σε κατάλληλα σημεία). Τα περισσότερα υδατικά φάρμακα απορροφώνται σε 10-30 λεπτά.

Επειδή ο μυϊκός ιστός έχει λίγα αισθητήρια νεύρα, η ενδομυϊκή ένεση είναι λιγότερο επώδυνη με τη χρήση των φαρμάκων που ερεθίζουν. Το σημείο για μια ενδομυϊκή ένεση πρέπει να επιλέγεται προσεκτικά, λαμβάνοντας υπόψη τη γενική φυσική κατάσταση του ασθενή και το σκοπό της ένεσης. Η ενδομυϊκή ένεση δεν πρέπει να χορηγείται σε φλεγμονώδη, οίδηματώδη ή ερεθισμένα σημεία ή σε σημεία τα οποία περιέχουν φακίδες, μελαγχρωματικούς σπίλους, ουλές ή άλλες βλάβες.

Οι ενδομυϊκές ενέσεις μπορεί επίσης να αντενδείκνυνται σε ασθενείς με επηρεασμένους μηχανισμούς πήξης, αποφρακτική περιφερική αγγειακή νόσο, οίδημα και shock, μετά από θρομβολυτική θεραπεία και κατά τη διάρκεια ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, επειδή αυτές οι καταστάσεις επηρεάζουν την περιφερική απορρόφηση. Οι ενδομυϊκές ενέσεις απαιτούν στείρα τεχνική για να διατηρηθεί η ακεραιότητα του μυϊκού ιστού. Οι μύες που χρησιμοποιούνται για ενδομυϊκή ένεση είναι ο μείζων έξω μηριαίος μυς, ο δελτοειδής μυς και ο μέσος γλουτιαίος μυς.

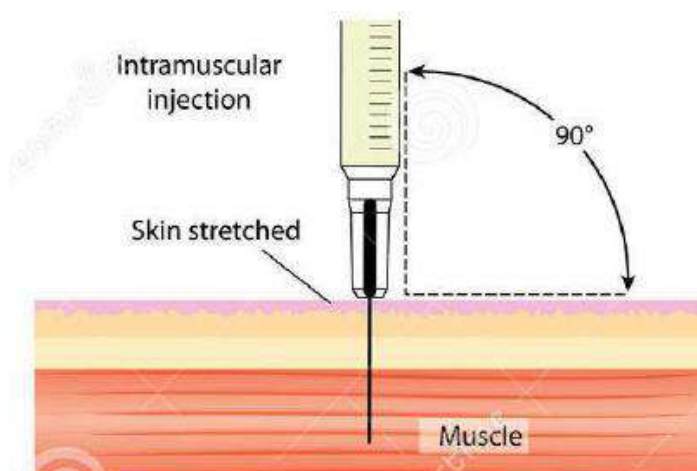
Ο μείζων έξω μηριαίος μυς βρίσκεται στην πρόσθια πλάγια επιφάνεια του μηρού.



Θέσεις Ενδομυϊκής ένεσης

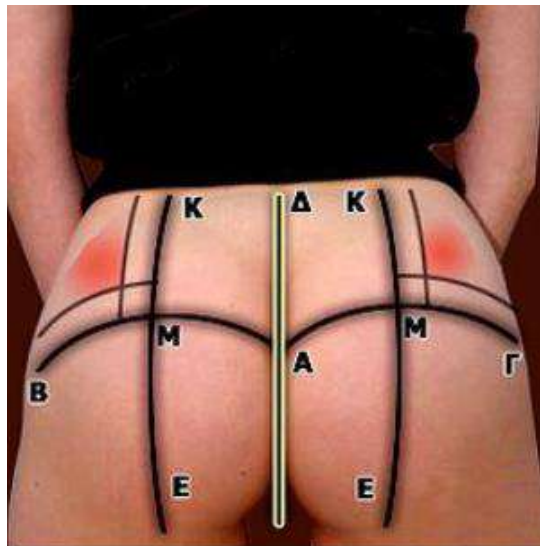
Βασικές νοσηλευτικές αρχές στην ενδομυϊκή χορήγηση φαρμάκων

➤ Πολλά φάρμακα χορηγούνται αποκλειστικά με ενδομυϊκή ένεση. Η θέση χορήγησης πρέπει να επιλεγεί με προσοχή για τη πρόληψη της πρόκλησης βλάβης στον ασθενή. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί η θέση χορήγησης του δελτοειδούς, η πρόσθια γλουτιαία θέση, η θέση του έξω πλατύ μηριαίου, ή του ορθού μηριαίου μυός.



Η διαδικασία της ενδομυϊκής ένεσης

➤ Ο νοσηλευτής –τρια εφαρμόζει τα μέτρα υγιεινής των χεριών. Για τη χρήση της πρόσθιας γλουτιαίας θέσης ο ασθενής μπορεί να είναι σε ύπτια ή σε πλάγια θέση. Η πρόσθια γλουτιαία θέση είναι η πλέον ασφαλής. Η θέση ενδομυϊκής χορήγησης πρέπει να βρίσκεται μέσα στα προκαθορισμένα οδηγία σημεία. Η ανεμπόδιστη οπτική επαφή είναι προαπαιτούμενη για τη χορήγηση στη σωστή τοποθεσία.



Θέσεις ενδομυϊκής ένεσης στην περιοχή του γλουτού

- Ο νοσηλευτής –τρια χορηγεί το φάρμακο πιέζοντας το έμβολο με μία αργή, συνεχή κίνηση. Προσέχει ώστε να μη μετατοπίσει τη βελόνα από την αρχική της θέση κατά την έγχυση. Η αργή έγχυση είναι λιγότερο επίπονη καθώς διατίθεται ο χρόνος που χρειάζονται οι ιστοί για να απορροφήσουν το φάρμακο. Ένα φάρμακο που έχει προετοιμαστεί για ενδομυϊκή χορήγηση μπορεί να προκαλέσει αντίδραση στους ιστούς εάν επιδράσει στον υποδόριο ιστό ή στο δέρμα.
- Η σωστή αξιολόγηση της μυϊκής μάζας ενός ηλικιωμένου ασθενούς είναι απαραίτητη για την επιλογή θέσης ασφαλούς χορήγησης ενδομυϊκής ένεσης. Πολλά ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν καχεξία (ατροφία των μυών). Μπορεί να απαιτηθεί η χρήση βελόνας βραχύτερου μήκους. Η θέση του έξω πλατύ μυ και η πρόσθια γλουτιαία θέση αποτελούν τις θέσεις εκλογής για χορήγηση ενδομυϊκής ένεσης στους ηλικιωμένους ασθενείς.
- Όταν ένα άτομο υποβάλλεται σε θεραπεία με μία σειρά ενέσεων, πρέπει να ελέγχονται οι θέσεις της χορήγησης των προηγούμενων δόσεων για διήθηση κατά το χρόνο επιλογής της νέας θέσης χορήγησης (deWit, 2013).

Χορήγηση φαρμάκων υποδορίως (Subcutaneous - SC)

Φαρμακοκινητική, φαρμακοδυναμική και απορρόφηση των φαρμάκων που χορηγούνται υποδορίως

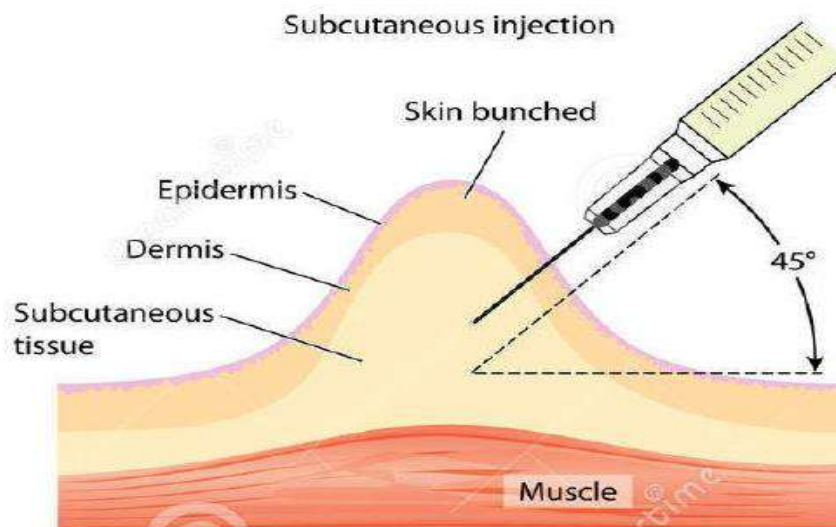
Η υποδόρια οδός χορήγησης είναι βραδύτερη οδός από την ενδομυϊκή αν και το φάρμακο ακολουθεί τους ίδιους κανόνες με αυτήν. Χρησιμοποιείται κυρίως για ουσίες μη ερεθιστικές τοπικά για τους ιστούς και προτιμάται από την ενδομυϊκή για την ευκολία της. Είναι η βασική οδός χορήγησης ινσουλίνης και άλλων πιο σύγχρονων φαρμάκων όπου η δημιουργία ειδικών συσκευών έχουν βελτιώσει τόσο τον τρόπο χορήγησης του φαρμάκου ώστε ο ασθενής να μπορεί να την κάνει μόνος του και να είναι και σχετικά ανώδυνη. Επίσης, η οδός αυτή έχει χρησιμοποιηθεί ακόμη και για μακροχρόνια συνεχή χορήγηση φαρμάκων, όπως τα οιστρογόνα, σε ειδικές φαρμακοτεχνικές μορφές (pellets) οι οποίες εμφυτεύονται υποδόρια και παρέχουν οιστρογόνα σε μικρές αλλά φαρμακολογικά δραστικές δόσεις, για 6 συνεχείς μήνες.

Η απορρόφηση είναι περίπου το ίδιο γρήγορη και εξαρτάται από τους ίδιους παράγοντες όπως και στην ενδομυϊκή χορήγηση. Το ίδιο θα μπορούσε να λεχθεί για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτής της οδού. Διαλύματα με αλκαλικό pH προκαλούν έντονο τοπικό ερεθισμό. Ο όγκος του ενιόμενου φαρμάκου μπορεί να αυξηθεί με την προσθήκη υαλουρονιδάσης, ενός ενζύμου που λύει το συνδετικό ιστό υποδορίως και διευκολύνει την εξάπλωση του φαρμάκου σε μεγαλύτερη ιστική επιφάνεια.

Αυτός ο τρόπος έχει χρησιμοποιηθεί σε βρέφη για τη χορήγηση μεγάλων όγκων υγρών, επειδή στις περιπτώσεις αυτές είναι δύσκολο να διατηρηθεί η αργή ενδοφλέβια έγχυση για μακρύ χρονικό διάστημα. Η εμφύτευση ειδικών υποδορίων δισκίων έχει χρησιμοποιηθεί σε ενήλικες για τη μακροχρόνια χορήγηση κάποιου φαρμάκου (π.χ., ορισμένες στεροειδείς ορμόνες). Μεταβάλλοντας το σχήμα του υποδορίου δισκίου, μπορεί να τροποποιηθεί η ταχύτητα απελευθέρωσης του δραστικού συστατικού και ο ρυθμός εισόδου στην κυκλοφορία.

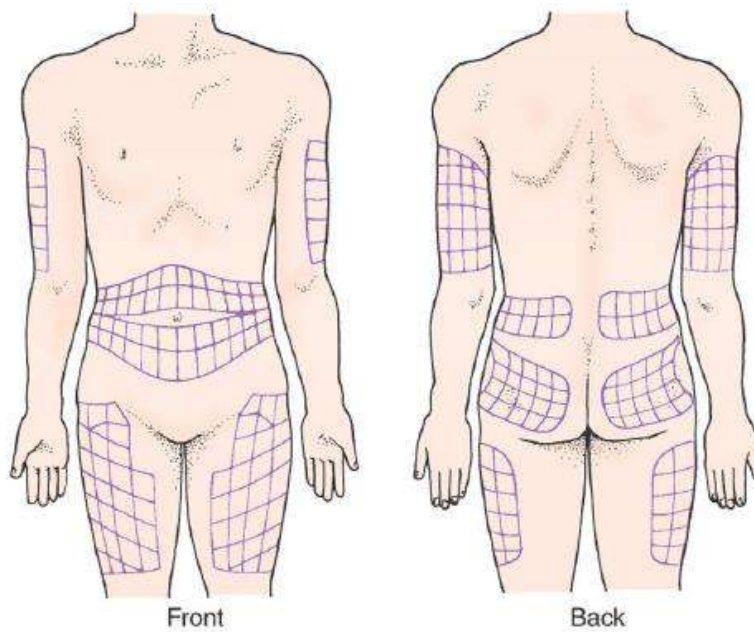
Βασικές νοσηλευτικές αρχές στην υποδόρια χορήγηση φαρμάκων

- Η υποδόρια ένεση είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για να χορηγήσουμε φάρμακα στο χαλαρό συνδετικό ιστό, ακριβώς κάτω από το χόριο του δέρματος. Τα φάρμακα που δεν χρειάζεται να απορροφηθούν τόσο γρήγορα, όσο αυτά που χορηγούνται ενδομυϊκά, χορηγούνται υποδορίως, επειδή τα αγγεία στον υποδόριο ιστό εφοδιάζονται με λιγότερο αίμα.
- Μόνο μικρές (0,5 έως 1 ml) δόσεις ισοτονικών, μη ερεθιστικών, μη παχύρρευστων φαρμάκων και ουσίες διαλυτές στο νερό πρέπει να χορηγούνται υποδορίως όπως: ινσουλίνη, τετανική τοξίνη, φαρμακευτική αγωγή αλλεργίας, επινεφρίνη. Εάν μεγαλύτερες ποσότητες φαρμάκων παραμείνουν σε αυτούς τους ευαίσθητους ιστούς, μπορεί να δημιουργηθεί φλεγμονή, προκαλώντας μια σκληρή, επώδυνη μάζα. Τα συνηθέστερα σημεία για υποδόριες ενέσεις είναι η εξωτερική επιφάνεια του βραχίονα, η πρόσθια επιφάνεια του μηρού το κατώτερο τμήμα της κοιλιάς και η ωμοπλάτη.
- Η γωνία εισόδου της βελόνας εξαρτάται από το μήκος της και την ποσότητα του υποδορίου ιστού στη θέση χορήγησης. Εάν μπορούν να συλληφθούν κατά την έγερση της δερματικής πτυχής 5 cm ιστού, εισάγετε τη βελόνα με γωνία 90 μοιρών. Εάν μπορούν να συλληφθούν μόνο 2.5 cm ιστού, χρησιμοποιήστε γωνία εισαγωγής της βελόνας 45 μοιρών.



Η διαδικασία της υποδόριας ένεσης

- Οι θέσεις χορήγησης πρέπει να εναλλάσσονται μεταξύ των δύο ημιμορίων του σώματος.



Θέσεις της υποδόριας ένεσης

- Πρέπει να διατηρείται αρχείο με τις θέσεις χορήγησης ινσουλίνης.

Η ινσουλίνη απορροφάται ταχύτερα και πιο ομοιόμορφα όταν χορηγείται στη κοιλιακή χώρα (deWit, 2013).

Χορήγηση φαρμάκων μέσω της εισπνοής

Φαρμακοκινητική, φαρμακοδυναμική και απορρόφηση των φαρμάκων που χορηγούνται μέσω της εισπνοής

Οι πνεύμονες αποτελούν ένα από τα πιο σημαντικά όργανα απορρόφησης φαρμάκων. Η μεγάλη απορροφητική δυνατότητα των κυψελίδων, η επιφάνεια των οποίων ξεπερνά τα 200 τετραγωνικά μέτρα, σε συνδυασμό με την τεράστια αγγειοβρίθεια του πνευμονικού ιστού έχουν σαν αποτέλεσμα την ταχύτατη απορρόφηση των ουσιών που χορηγούνται σε εισπνοές, κόνες κλπ. (Κόκοτος & Μαγκριώτη, 2015).

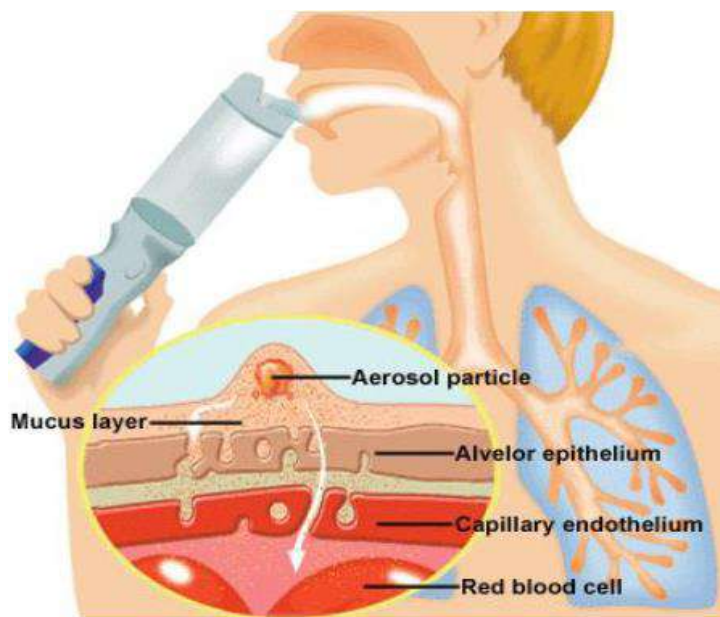
Τα φάρμακα που χορηγούνται με εισπνοές προορίζονται είτε για τοπική δράση στο αναπνευστικό σύστημα (αντιασθματικά), είτε για συστηματική δράση στον οργανισμό (γενικά αναισθητικά). Όταν ένα φάρμακο χρησιμοποιείται με τη μορφή ψεκασμών, πρέπει το μέγεθος των σταγονιδίων να μη υπερβαίνει το 1 μ σε διάμετρο, γιατί διαφορετικά εγκλωβίζεται στο βρογχικό δέντρο και δεν μπορεί να φτάσει μέχρι τις κυψελίδες. Εκτός από αυτόν τον τεχνικό περιορισμό, ένα άλλο μειονέκτημα των εισπνοών είναι η πιθανότητα να καταλήξει στην κυκλοφορία και να δράσει συστηματικά ένα φάρμακο που προορίζεται για τοπική δράση.

Αυτό είναι συνηθισμένο με τα αντιασθματικά φάρμακα, όπου ο ασθενής πολύ συχνά ξεπερνά τον επιτρεπόμενο αριθμό εισπνοών. Το ίδιο πρόβλημα ακριβούς δοσολογίας υπάρχει και για τα γενικά αναισθητικά, διότι η απορρόφησή τους εξαρτάται κατά πολύ από την ιστολογική υφή και την λειτουργικότητα του πνευμονικού παρεγχύματος. Σημαντικό μειονέκτημα πολλών εισπνεομένων ιδιοσκευασμάτων είναι η τοξικότητα των προωθητικών αερίων που περιέχουν, η οποία εκδηλώνεται κυρίως με καρδιακές αρρυθμίες. Για το λόγο αυτόν, ορισμένα εισπνεόμενα διατίθεται με λεπτοκοκκιώδη στερεή μορφή, μέσα σε ειδικές κάψουλες που θραύονται και εισπνέονται.

Τα φάρμακα, που χορηγούνται υπό μορφή εισπνοών, εμφανίζουν πλεονεκτήματα συγκριτικά με τη χορήγησή τους από άλλη οδό.

Συγκεκριμένα:

- Δρουν ταχύτερα.
- Το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται με μικρότερη δόση απ' ό,τι με τη συστηματική χορήγηση.
- Εμφανίζουν σαφώς λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, δεδομένου ότι το φάρμακο οδηγείται απευθείας στο όργανο που πάσχει, δηλαδή στους πνεύμονες, χωρίς να διέρχεται από τη συστηματική κυκλοφορία.



Απορρόφηση των φαρμάκων μέσω του αναπνευστικού

Τρόποι χορήγησης

Υπάρχουν τρεις τύποι φαρμακευτικών αερολυμάτων:

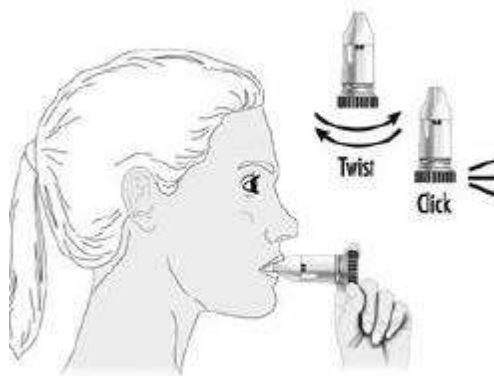
➤ Αερολύματα μετρούμενης δόσεως (metered dose inhalers- MDI). Οι συσκευές αυτές στη χορήγηση εισπνεόμενων φαρμάκων είναι οι ευρύτερα διαδεδομένες. Με τη βοήθεια των προωθητικών αερίων το φάρμακο εξωθείται, μέσω ενός στομίου της συσκευής, με υψηλή ταχύτητα στον πνεύμονα (>30 m/sec). Οι συσκευές αυτές απαιτούν τη συνεργασία του ασθενή, για το συγχρονισμό ενεργοποίησης της συσκευής και εισπνοής.



**Metered Dose Inhaler
(MDI)**

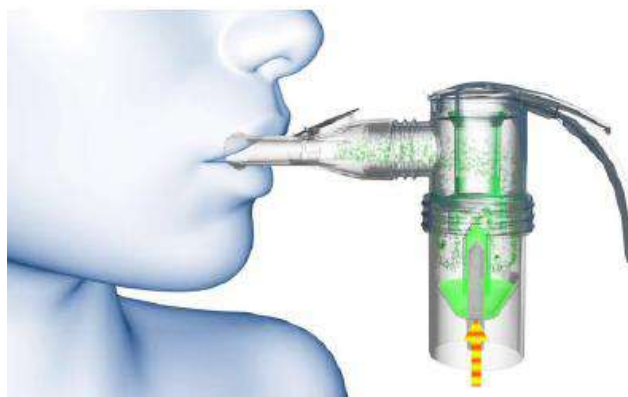
Συσκευή μετρούμενης δόσεως

➤ Εισπνευστήρες ξηράς σκόνης (dry powder inhalers -PDI). Οι συσκευές αυτές έχουν σχεδιαστεί για να μειωθεί η ανάγκη συνεργασίας και συγχρονισμού του ασθενή με τη συσκευή, ενώ παράλληλα δεν χρειάζεται η χρήση προωθητικών αερίων.



Συσκευή ξηράς σκόνης

➤ Ψεκαστήρες (nebulizers). Οι ψεκαστήρες είναι για την χορήγηση μεγάλων δόσεων και βρίσκουν εφαρμογή για την χορήγηση φαρμάκων των οποίων η θεραπευτική δόση είναι μεγάλη ή φαρμάκων τα οποία δύσκολα μορφοποιούνται σε MDIs ή DPIs. Οι ψεκαστήρες πλεονεκτούν σε σύγκριση με τους MDIs ή DPIs στο ότι το φάρμακο (υπό μορφή αερολύματος) είναι δυνατόν να εισπνέεται κατά την κανονική αναπνοή μέσω ενός εξαρτήματος στόματος ή μίας μάσκας προσώπου.



Χορήγηση οξυγόνου μέσω ψεκαστήρα

Χορήγηση φαρμάκων μέσω του δέρματος

Φαρμακοκινητική, φαρμακοδυναμική και απορρόφηση των φαρμάκων που χορηγούνται μέσω του δέρματος

Το δέρμα λειτουργεί όπως και οι άλλες λιποβριθείς μεμβράνες του οργανισμού, αλλά οι επάλληλες στιβάδες του καθιστούν βραδύτερη την απορρόφηση φαρμάκων. Ο κύριος φραγμός είναι οι επιφανειακές στιβάδες της κερατίνης που διαθέτει η επιδερμίδα. Η διαπερατότητα του δέρματος ποικίλλει από άτομο σε άτομο, καθώς και από περιοχή σε περιοχή του σώματος στο ίδιο άτομο. Η διείσδυση μιας ουσίας στο δέρμα διευκολύνεται από την παρουσία λιποδιαλυτών εκδόχων.

Σκευάσματα που απλώνονται στην επιφάνεια της επιδερμίδας προορίζονται για τοπική δράση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η τοπική σε βάθος διείσδυση είναι επιθυμητή, όπως συμβαίνει με αρκετά αντιστηθαγικά φάρμακα, τα οποία εφαρμόζονται στην προκάρδια περιοχή με τη φαρμακοτεχνική μορφή αλοιφής ή εμποτισμένης αυτοκόλλητης ταινίας. Για τους βλεννογόνους, ισχύουν όσα αναφέρθηκαν

προηγουμένως για την επιδερμική εφαρμογή. Ωστόσο, για τις υδατοδιαλυτές ουσίες, οι βλεννογόνοι δεν αποτελούν τόσο σημαντικό φραγμό όπως το δέρμα.

Τοποθετώντας μία φαρμακευτική ουσία πάνω στο δέρμα, αυτή θα διαπεράσει την επιφάνειά του και θα αθροιστεί στην κερατίνη στιβάδα.

Αφού κορεστεί η κερατίνη στιβάδα, η ουσία θα περάσει βαθμιαία και στις υπόλοιπες στιβάδες της επιδερμίδας, στο χόριο, τον υποδόριο ιστό, τους υποκείμενους μύες και σε όλα τα υπόλοιπα μέρη της περιοχής (αγγεία, σμηγματογόνους αδένες, θύλακοι τριχών κλπ).

Διαδερμικά θεραπευτικά συστήματα

Στην περίπτωση των διαδερμικών θεραπευτικών συστημάτων (Transdermal Therapeutics Systems - TTS), το αυτοκόλλητο (patch)

περιέχει μία δεξαμενή δραστικής ουσίας και επικολλάται στο δέρμα. Η δραστική ουσία αποδεσμεύεται με ελεγχόμενο ρυθμό (ποσό ανά μονάδα χρόνου) για σχετικά μακρύ διάστημα. Η ποσότητα της δραστικής ουσίας που διαπερνά την κερατίνη στιβάδα και εισέρχεται στα αγγεία της επιδερμίδας και από εκεί στην συστηματική κυκλοφορία είναι αρκετή για να εξασκήσει τη δράση της στα όργανα στόχους (καρδιά, μήτρα κ.ά.) αλλά ελάχιστη για να μπορέσει να περάσει και να δράσει αποτελεσματικά σε όργανα που βρίσκονται κάτω από την επιδερμίδα. Γι' αυτό το λόγο απαραίτητη προϋπόθεση των φαρμάκων που υπάρχουν στα TTS είναι να έχουν φαρμακολογικό αποτέλεσμα σε πολύ μικρές ποσότητες.



Διαδερμικά αυτοκόλλητα

Τα TTS συστήματα έχουν το πλεονέκτημα ότι τα φάρμακα που περιέχουν δεν παρουσιάζουν το φαινόμενο πρώτης διόδου, δεν ερεθίζουν το γαστρεντερικό σύστημα, είναι ανώδυνα και λαμβάνονται από τους ίδιους του ασθενείς και κατά συνέπεια αυξάνουν την συμμόρφωσή τους.

Η συγκέντρωσή τους στο αίμα είναι συνεχώς σταθερή χωρίς να δημιουργούνται εναλλαγές υψηλών και χαμηλών κορυφών (πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες) όπως στα φάρμακα που χορηγούνται από το στόμα.

Όταν χρειαστεί να διακοπεί η θεραπεία απλώς αποκολλούμε το patch.

Αντίθετα, στην περίπτωση των αλοιφών με ειδική σύνθεση όπως π.χ. η αλοιφή δικλοφενάκης (Voltaren emulgel), η δραστική ουσία διαπερνά γρήγορα την κερατίνη στιβάδα, την επιδερμίδα και το χόριο δρώντας στους υποδόριους και υποδερματικούς ιστούς και σε άλλα εν τω βάθει όργανα. Παρ' όλο που μικρές ποσότητες είναι δυνατόν να απορροφηθούν από τα αγγεία των διαφόρων στιβάδων του δέρματος και των εν τω βάθει μορίων, οι συγκεντρώσεις του στην γενική κυκλοφορία είναι ελάχιστες για να προκαλέσουν κάποια φαρμακολογική δράση ή ανεπιθύμητη ενέργεια.

Φύλαξη των φαρμακευτικών σκευασμάτων

Οι συνθήκες φύλαξης του σκευάσματος είναι επίσης καθοριστικές για τη σταθερότητα και τη γήρανση του φαρμάκου. Πολλές φορές αναγκαίες οδηγίες είτε αναγράφονται επάνω στη συσκευασία σκευασμάτων από τις εταιρείες, είτε πρέπει να αναγράψει ο φαρμακοποιός στην ετικέτα του σκευάσματος το οποίο θα παρασκευάσει στο εργαστήριο του φαρμακείου. Οι οδηγίες αυτές υποδεικνύουν τις συνθήκες αποθήκευσης του σκευάσματος, που είναι αναγκαίες για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου σε όλη την διάρκεια της θεραπείας.

Ειδικότερα:

- Η αναγραφή «Διατηρείται σε δροσερό μέρος» αναγράφεται στα σκευάσματα που δεν πρέπει να βρίσκονται σε υψηλότερη θερμοκρασία χώρου από τους 150C. Τα διάφορα σκευάσματα μπορούν να επηρεασθούν με διάφορους τρόπους αν δεν τηρηθεί η οδηγία αυτή. Τα περισσότερα ενέσιμα σκευάσματα παρασκευάζονται από χημικά καθαρά προϊόντα τα οποία είναι σταθερά στην θερμοκρασία δωματίου και μπορούν να συντηρηθούν χωρίς ιδιαίτερες προφυλάξεις. Τα περισσότερα όμως βιοτεχνολογικά προϊόντα όπως εμβόλια, ινσουλίνη, οροί, συνήθως φυλάσσονται στο ψυγείο, κυρίως όταν βρίσκονται με την μορφή διαλυμάτων. Όταν δεν αναφέρεται θερμοκρασία διατήρησης, θεωρείται ότι το προϊόν μπορεί να διατηρηθεί σε «θερμοκρασία δωματίου» (15-250C).
- Η αναγραφή «Να προστατεύεται από το φως» αναφέρεται στα σκευάσματα που περιέχουν φωτοευαίσθητες ουσίες και οι οποίες δεν πρέπει να εκτίθενται στο φως, γιατί αλλοιώνονται κυρίως με οξειδωτικές διασπάσεις που καταλύονται από το φως. Συνήθως περιέχονται σε αδιαφανείς ή σκουρόχρωμους περιέκτες, κυρίως από σκοτεινόχρωμο γυαλί που απορροφά το 95% της επικίνδυνης ακτινοβολίας, σε blisters, σε περιτύλιξη με φύλλο αλουμινίου και εξωτερική συσκευασία σε χαρτοκιβώτια.
- Η αναγραφή «Ανακινείστε καλά πριν τη χρήση» αποτελεί μια αναγκαία οδηγία που αναγράφεται σε όλα τα σκευάσματα που περιέχουν υγρά συστήματα διασποράς, όπως εναιωρήματα, γαλακτώματα και αερολύματα. Εάν η φάση που βρίσκεται σε διασπορά διαχωριστεί και ο περιέκτης με το σκεύασμα δεν ανακινηθεί πριν από τη χρήση, ο ασθενής πιθανότατα στην αρχή της θεραπείας θα λαμβάνει χαμηλές δόσεις των θεραπευτικών ουσιών και υψηλές προς το τέλος του σκευάσματος.

Λάθη στη χορήγηση φαρμάκων

Ο νοσηλευτής όμως εκτός από επαγγελματίας είναι και άνθρωπος και ως άνθρωπος υπόκειται στις αδυναμίες της φύσης του μία εκ των οποίων είναι και το λάθος. Κατά συνέπεια υπάρχουν φορές που η ανθρώπινη υπόσταση του επαγγελματία υγείας, μέσα από τη διενέργεια λαθών, μπορεί να θέσει υπό αμφισβήτηση την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ μερικές φορές δύναται να αποβεί ακόμα και επικίνδυνη για την ασφάλεια της υγείας του ασθενούς.

Γενικά θα μπορούσαμε να κατηγοριοποιήσουμε τα φαρμακευτικά λάθη σε 2 μεγάλες κατηγορίες: σε αυτά που γίνονται πριν τη χορήγηση του φαρμάκου κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας και σε αυτά που διαπράττονται κατά τη στιγμή της χορήγησης. Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη των σφαλμάτων κατά τη χορήγηση φαρμάκων είναι οι παρακάτω:

Κατά την προετοιμασία της χορήγησης φαρμάκων ο νοσηλευτής – τρία:

- Κάνει προγραμματισμό και δεν βιάζεται στην προετοιμασία και στη χορήγηση φαρμάκων.
- Προετοιμάζει τη χορήγηση φαρμάκων σε όσο γίνεται πιο ήρεμο και χωρίς περισπασμούς περιβάλλον.
- Ακολουθεί τα πέντε σημεία της ασφαλούς χορήγησης των φαρμάκων κάθε φορά που προετοιμάζετε ή χορηγεί το φάρμακο.
- Διευκρινίζει με το θεράποντα ιατρό όλα τα σημεία της ιατρικής οδηγίας που είναι δυσανάγνωστα.
- Δεν χορηγεί ποτέ ένα φάρμακο, εάν δεν φέρει στη συσκευασία του ετικέτα που να αναγράφει με σαφήνεια το όνομα και την ποσότητα του περιεχόμενου φαρμάκου.

- Ελέγχει την κάθε αμφισβητούμενη οδηγία ή κάθε φάρμακο με το οποίο δεν είναι εξοικειωμένος με τη βοήθεια του φαρμακοποιού.
- Εάν μία εντολή χορήγησης φαρμάκου φαίνεται περίεργη, πρέπει να την επιβεβαιώνει με τον ιατρό ή τον φαρμακοποιό.
- Εάν πρέπει να γίνει υπολογισμός της δόσης, ζητά να επιβεβαιωθεί ο υπολογισμός από άλλο συνάδελφο.
- Ανασκοπεί το αρχείο χορήγησης φαρμάκων του ασθενούς για πιθανές αλληλεπιδράσεις.
- Ζητά από έναν άλλο νοσηλευτή να ελέγξει την κάθε οδηγία και την κάθε δόση που πρόκειται να χορηγήσετε για τα φάρμακα που υποκρύπτουν υψηλό κίνδυνο όπως το ενδοφλεβίως χορηγούμενο κάλιο, η ηπαρίνη, τα ενδοφλέβια καρδιολογικά φάρμακα και η ινσουλίνη.
- Διατηρεί το φάρμακο στην αρχική του συσκευασία. Απορρίπτει τις ποσότητες που περισσεύουν από φάρμακα που διατίθενται σε συσκευασίες μίας δόσης.
- Συμβουλευέται τον φαρμακοποιό όταν πολλαπλά δισκία ή φιαλίδια απαιτούνται για την προετοιμασία μίας δόσης του φαρμάκου.
- Ενημερώνεται για φάρμακα με παρόμοιο όνομα και ελέγχει προσεκτικά την αρχική οδηγία και τον λόγο για τον οποίο ο ασθενής λαμβάνει το φάρμακο.
- Αμφισβητεί κάθε υπερβολική αύξηση της δόσης του φαρμάκου κάποιου ασθενούς.
- Πρέπει να είστε εξοικειωμένος με κάθε φάρμακο που χορηγείται
- Ενημερώνεται για τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για τη ασφαλή χορήγηση του.
- Αντιπαραβάλλει κάθε φάρμακο με την οδηγία χορήγησης του, σχολαστικά, τρεις φορές πριν τη χορήγηση στον ασθενή.

Κατά τον χρόνο χορήγησης του φαρμάκου στον ασθενή ο νοσηλευτής-τρια:

- Ζητά πάντοτε από τον ασθενή να πει το όνομα του και αντιπαραβάλλει το όνομα του ασθενούς και τον αριθμό μητρώου με την ταυτότητα ασθενούς. Πρωτά για πιθανές αλλεργίες κάθε φορά που χορηγείτε φάρμακα.
- Αντιπαραβάλλει το κάθε φάρμακο με το αρχείο χορήγησης φαρμάκων του ασθενούς, παρά την κλίνη του, πριν χορηγήσει το φάρμακο.
- Καταχωρεί τη χορήγηση του φαρμάκου μόνο αφού την πραγματοποιήσει.
- Δεν εγκαταλείπει τη δόση του φαρμάκου στο κομοδίνο του ασθενούς.
- Εκπαιδεύει τον ασθενή σχετικά με τα φάρμακα που πρόκειται να λάβει και την σημασία της σωστής ταυτοποίησης του ασθενούς πριν από τη χορήγηση τους.
- Εξοικειώνει τον ασθενή με το χρώμα και το σχήμα του κάθε φαρμάκου.
- Λαμβάνει το πλήρες φαρμακευτικό ιστορικό του ασθενούς.
- Εάν συμβεί κάποιο σφάλμα στη χορήγηση των φαρμάκων το αναφέρει το άμεσα.

Τοποθέτηση και φροντίδα περιφερικού φλεβικού καθετήρα

Προετοιμασία

1. Πλύνετε τα χέρια και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.
2. Οργανώστε τα παρακάτω υλικά:
 - Νεφροειδές
 - Γάντια μη αποστειρωμένα
 - Σετ γάζες αποστειρωμένες εντός του πεδίου
 - Αντισηπτικό διάλυμα
 - Περιχειρίδα για περίσφιξη του άκρου
 - Διαφανές επίθεμα και λευκή αντιαλλεργική ταινία
 - Φλεβοκαθετήρες
 - Προέκταση με three-way
 - Three-way εφόσον ο ασθενής ΔΕΝ λάβει ορούς και μόνο αν η κατάσταση της υγείας του ενέχει κίνδυνο επιδείνωσης
 - Διάλυμα για έγχυση και συσκευή έγχυσης,
 - Στατό
 - Ετικέτα αυτοκόλλητη μεγάλου μεγέθους που αναγράφει το περιεχόμενο του ορού,
 - Νάρθηκας ακινητοποίησης σε ασθενείς διεγερτικούς ή μωρά και παιδιά, εφόσον είναι απαραίτητο.
3. Αν θα χορηγήσετε IV υγρά ή φάρμακα πρέπει να εφαρμόσετε τα εξής:
 - Αφαιρέστε το καπάκι του περιέκτη διατηρώντας καθαρή την περιοχή εισόδου της συσκευής.
 - Με το αιχμηρό άκρο του συστήματος ορού τρυπήστε το ελαστικό πώμα με άσηπτη τεχνική.
 - Ανυψώστε τον περιέκτη, εξαερώστε το σύστημα χωρίς να αφαιρέσετε το καπάκι από το άκρο του.
 - Αναγράψτε σε ετικέτα αυτοκόλλητη μεγάλη επί του περιέκτη το ονοματεπώνυμο του ασθενή, τον θάλαμο, την ώρα, την ημερομηνία και τα αρχικά σας.
 - Αναγράψτε σε ετικέτα αυτοκόλλητη η οποία θα τοποθετείται αναδιπλούμενη στο σύστημα ορού, την ημερομηνία και τα αρχικά σας.
4. Φορέστε γάντια μη αποστειρωμένα .
5. Ενημερώστε τον άρρωστο για την διαδικασία και το σκοπό της και τοποθετήστε τον σε αναπauτική θέση.
6. Επιλέξτε το αριστερό χέρι εάν ο άρρωστος είναι δεξιόχειρας ή το αντίστροφο εάν είναι αριστερόχειρας.
7. Υποστηρίξτε καλά το άκρο.
8. Αποκαλύψτε την περιοχή που θα φλεβοκεντήσετε.
9. Τοποθετείστε το αποστειρωμένο πεδίο που περιέχει το σετ γαζών κάτω από την περιοχή που θα φλεβοκεντήσετε.
10. Επιλέξτε την φλέβα που θα παρακεντήσετε και ελέγξτε την καταλληλότητα.
11. Επιλέξτε αρχικά φλέβες του αντιβραχίου και δευτερευόντως του καρπού της ραχιαίας επιφάνειας της παλάμης.

Εφαρμογή

1. Τοποθετείστε την ελαστική περιδeση (05-10cm) κεντρικότερα από το σημείο στο οποίο πρόκειται να γίνει ο καθετηριασμός της φλέβας.
2. Ελέγξτε την παρουσία αρτηριακού σφυγμού.

3. Πείτε στον άρρωστο να ανοιγοκλείνει την παλάμη του και χαμηλώστε το άκρο κάτω από το επίπεδο της καρδιάς.
4. Εντοπίστε την φλέβα ή ψηλαφίστε αν δεν είναι ορατή. Αν η φλέβα δεν είναι διατεταμένη, αλλά είναι εύκολα ψηλαφητή, χτυπήσατε ελαφρά με την παλάμη σας.
5. Καθαρίστε το δέρμα πολύ καλά με αλκοολούχο διάλυμα και αφήστε να στεγνώσει στον αέρα για 10΄΄-15΄΄. Χρησιμοποιώντας σταθερές κυκλικές κινήσεις προς τα έξω με κέντρο το σημείο της φλεβοκέντησης.
6. Χρησιμοποιείτε τον αντίχειρα του αριστερού χεριού, εφαρμόστε ελαφρά τάση στο περιφερικό άκρο της φλέβας, με σκοπό την σταθεροποίησή της κατά την διάρκεια της φλεβοκέντησης.
7. Επιλέξτε για παρακέντηση το απώτερο (περιφερικότερο) σημείο της φλέβας.
8. Κρατήστε το φλεβοκαθετήρα με το ανοιχτό, λοξό άκρο της βελόνας (οδηγού) να βλέπει προς τα πάνω και εισάγετέ τον υπό γωνία 30°.
9. Όταν παρακεντηθεί η φλέβα εμφανίζεται αίμα στο οπίσθιο θάλαμο του οδηγού του καθετήρα. Μειώστε τη γωνία της βελόνας έως αυτή να είναι παράλληλη προς το δέρμα ενώ συγχρόνως εφαρμόστε πίεση προς την ίδια κατεύθυνση και μπειτε στη φλέβα αφαιρώντας τον μεταλλικό οδηγό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: σε περίπτωση που έχετε μερικώς ή ολικώς αποσύρει τη βελόνα (μεταλλικό οδηγό), μην προσπαθήσετε να την επανεισάγετε έλκοντας τον καθετήρα (πλαστικό κομμάτι), γιατί ένας τέτοιος χειρισμός μπορεί να οδηγήσει σε αποκοπή του άκρου του καθετήρα μέσα στη φλέβα.

10. Σε περίπτωση αδυναμίας προώθησης του καθετήρα με αυτόν το χειρισμό, αφαιρέστε και εφαρμόστε πίεση στο σημείο της παρακέντησης.
11. Αν μέσω του φλεβοκαθετήρα πρόκειται να ληφθούν δείγματα αίματος, προσαρμόστε στο οπίσθιο θάλαμο του φλεβοκαθετήρα μια σύριγγα και αναρροφήστε την απαιτούμενη ποσότητα αίματος και λύστε την ελαστική περίδεση.
12. Συνδέστε εφόσον παίρνει ορό ο ασθενής την προέκταση ορού με το προσαρμοσμένο 3 way και τη συσκευή ορού και ρυθμίστε ανάλογα τη ροή. **Αν δεν ακολουθεί χορήγηση ορού, προχωρήστε σε έκπλυση του φλεβοκαθετήρα χορηγώντας 5ml N/S 0,9%.**
13. Στερεώστε με διάφανο αυτοκόλλητο επίθεμα και **αναγράψτε την ημερομηνία** και ώρα τοποθέτησης του καθετήρα. Τοποθετείστε **όπου κρίνεται απαραίτητο δικτυωτό επίδεσμο** για σταθεροποίηση.
14. Ποτέ μην εφαρμόζετε οποιαδήποτε ταινία πάνω στη μεμβράνη είτε από το εμπρός είτε από το πίσω μέρος του φλεβοκαθετήρα. Δεν προσθέτουν τίποτε επιπλέον, αντιθέτως τον εκθέτουν σε κίνδυνο.
15. Τοποθετήστε το άκρο σε αναπαυτική θέση ή ακινητοποιείτε το με νάρθηκα αν χρειάζεται.
16. Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε το υλικό κατάλληλα (ειδικά δοχεία). Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.

Παρακολούθηση

1. Επισκόπηση της πύλης εισόδου και της κατάστασης των επιθεμάτων καθημερινά σύμφωνα με τον **πίνακα 1**.
2. Αλλαγή επιθεμάτων θα πρέπει να γίνεται σε κάθε περίπτωση που διαπιστώνεται: Αποκόλληση, Εκροή υγρού ή αίματος, Υγρασία, Συσσώρευση εξωτερικά ρύπων .

3. Η περιποίηση του φλεβοκαθετήρα να γίνεται ως εξής:
 - Αφαιρέστε τα επιθέματα:
 - Βάλτε αντισηπτικό διάλυμα στην πύλη εισόδου του καθετήρα.
 - Ελέγξτε για επιπλοκές φλεβοκέντησης.
 - Καθηλώστε με νέο αποστειρωμένο επίθεμα.
4. **Εφόσον δεν υπάρχουν σημεία φλεβίτιδας, η αλλαγή του φλεβοκαθετήρα γίνεται κάθε 96 ώρες. Σε κάθε αλλαγή του φλεβοκαθετήρα αλλάζουμε μαζί και την συσκευή ορού.**
5. Κατά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής γίνεται ταυτόχρονα έλεγχος της βατότητας του φλεβοκαθετήρα.
6. Στην περίπτωση που δεν προωθείται το φάρμακο ή ο ασθενής παραπονιέται για πόνο, **προβαίνουμε άμεσα σε αλλαγή του φλεβοκαθετήρα.**
7. Αν δεν χορηγείται ορός στον ασθενή, μετά το τέλος της IV αγωγής γίνεται πάντα έκπλυση του φλεβοκαθετήρα με 10ml N/S 0,9% ή περισσότερο, ανάλογα με το σκεύασμα που χορηγήθηκε.
8. **Οδηγίες προς τον ασθενή:**
 - Να αναφέρει οποιοδήποτε αίσθημα πόνου, καύσου, οιδήματος ή τυχόν εκροή υγρού από το σημείο εισόδου του καθετήρα.
 - Δεν θα πρέπει να κάμπτονται, να συμπιέζονται οι σωλήνες της συσκευής χορήγησης υγρών ή να μεταβάλλεται η ταχύτητα ροής αυτών.
9. Επιπρόσθετοι περιορισμοί μπορεί να θεωρηθούν απαραίτητοι για να υπενθυμίζουν στον άρρωστο ότι έχει φλεβοκαθετήρα ή για να αποφευχθεί η κατά λάθος αφαίρεση του εάν είναι ανήσυχος.

Πίνακας 1. Κλίμακα εκτίμησης φλεβίτιδας		
Εύρημα	Βαθμός	Αξιολόγηση
Η περιοχή της φλεβοκέντησης εμφανίζεται φυσιολογική.	0	Κανένα σημείο φλεβίτιδας.
Παρουσία ενός εκ των παρακάτω: 1. Ήπιος πόνος στην περιοχή έγχυσης. 2. Ήπια ερυθρότητα στην περιοχή έγχυσης.	1	Πρώιμα σημεία φλεβίτιδας. Αντικατάσταση φλεβοκαθετήρα.
Παρουσία δύο εκ των παρακάτω: 1. Πόνος στην περιοχή της έγχυσης. 2. Ερύθημα 3. Οίδημα	2	Πρώτο στάδιο φλεβίτιδας. Αντικατάσταση φλεβοκαθετήρα.
Παρουσία όλων των παρακάτω: 1. Πόνος κατά μήκος του φλεβοκαθετήρα. 2. Ερύθημα 3. Σκληρία	3	Μέσου σταδίου φλεβίτιδα. Αντικατάσταση φλεβοκαθετήρα. Σκεφτείτε την έναρξη θεραπείας.
Όλα τα παρακάτω είναι παρόντα σε μεγάλη έκταση: 1. Πόνος κατά μήκος του φλεβοκαθετήρα. 2. Ερύθημα. 3. Σκληρία. 4. Ψηλαφητή σκλήρυνση κατά την πορεία (σαν κορδόνι).	4	Προχωρημένη φλεβίτιδα, πρώιμο στάδιο θρομβοφλεβίτιδας. Αντικατάσταση φλεβοκαθετήρα. Σκεφτείτε την έναρξη θεραπείας.
Όλα τα παρακάτω είναι παρόντα και σε μεγάλη έκταση: 1. Πόνος κατά μήκος του φλεβοκαθετήρα. 2. Ερύθημα. 3. Σκληρία. 4. Ψηλαφητή σκλήρυνση κατά την πορεία (σαν κορδόνι). 5. Πυρετός	5	Προχωρημένο στάδιο θρομβοφλεβίτιδας. Αντικατάσταση φλεβοκαθετήρα. Ξεκινήστε θεραπεία.

Ενδείξεις για την επιλογή μεγέθους καθετήρα			
ΜΕΓΕΘΟΣ	ΧΡΩΜΑ	ΡΥΘΜΟΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ml/min	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ
14G	ΚΑΦΕ	265	Επείγουσες μεταγγίσεις ολικού αίματος Γρήγορη αντικατάσταση υγρών
16G	ΓΚΡΙ	170	Επείγουσες μεταγγίσεις παραγώγων Γρήγορη αντικατάσταση υγρών
17G	ΑΣΠΡΟ	135	Χορήγηση μεγάλων όγκων υγρών
18G	ΠΡΑΣΙΝΟ	90	Χορήγηση υγρών Μεταγγίσεις
20G	ΡΟΖ	55	Εγχύσεις ρουτίνας (2-3 lt) την ημέρα Bolus χορηγήσεις φαρμάκων Ενδοφλέβια θεραπεία ρουτίνας
22G	ΜΠΛΕ	25	Για μικρές ή εύθραυστες φλέβες Για ενδοφλέβια θεραπεία μικρής διάρκειας

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	
ΌΡΟΣ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ
ΦΛΕΒΙΤΙΔΑ	Φλεγμονή της φλέβας. Συνδέεται με σχηματισμό θρόμβου στο άκρο του φλεβοκαθετήρα. Αλλιώς γνωστή ως θρομβοφλεβίτιδα. Εκδηλώνεται ως ερυθρότητα, οίδημα, πόνο στην πύλη εισόδου ή κατά μήκος της φλέβας. Επιβάλλεται αντικατάσταση του καθετήρα και εφαρμογή επιπαστικών.
ΕΞΑΓΓΕΙΩΣΗ	Η έγχυση εκτός της φλέβας. Εκδηλώνεται με οίδημα, καύσο ή πόνο, ευαισθησία στο σημείο εισόδου, χαμηλότερη θερμοκρασία της περιοχής και απουσία επιστροφής αίματος. Επιβάλλεται η διακοπή της έγχυσης, χορήγηση τοπικού αντιδότη (αν ενδείκνυται) και εφαρμογή θερμών επιθεμάτων στην περιοχή.
ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΚΑΘΕΤΗΡΑ	Εμφανίζεται όταν υγρό ή φάρμακο δεν μπορεί να εισέλθει στη φλεβική κυκλοφορία. Συνιστάται ήπια προσπάθεια αναρρόφησης και στη συνέχεια πλύση του καθετήρα. Εάν δεν λειτουργήσει αυτή η λύση, επιβάλλεται αντικατάσταση της φλεβικής γραμμής και τοποθέτηση νέας σε άλλο σημείο.
ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ ΦΛΕΒΑΣ	Εκδηλώνεται επί χορήγησης διαλυμάτων με υψηλό ή χαμηλό pH ή υψηλή ωσμωτικότητα (όπως διάλυμα KCL, φαινυτοΐνης, βανκομυκίνης ή ερυθρομυκίνης). Ο ασθενής αναφέρει πόνο, ενώ ερυθρότητα και φλεβίτιδα εκδηλώνονται ταχύτατα. Συνστήνεται η σωστή διάλυση των ερεθιστικών φαρμάκων και η μείωση του ρυθμού ροής.
ΑΙΜΑΤΩΜΑ	Εμφανίζεται όταν συμβαίνει διαρροή αίματος στον εξωαγγειακό χώρο. Εκδηλώνεται με ευαισθησία στο σημείο, πιθανά μελανιά και δυσκολία έγχυσης. Επιβάλλεται η αντικατάσταση της περιφερικής γραμμής και η εφαρμογή πίεσης στο σημείο για την επίσχεση της αιμορραγίας. Η εφαρμογή των θερμών επιθεμάτων θα βοηθήσει στην απορρόφηση του αιματώματος.
ΣΠΑΣΜΟΣ ΦΛΕΒΑΣ	Εκδηλώνεται σε σοβαρό ερεθισμό της φλέβας, σε χορήγηση ψυχρών διαλυμάτων ή παραγώγων αίματος ή σε έγχυση κρουνηδόν. Ο ασθενής αναφέρει πόνο και η ροή θα μειωθεί ακόμα και αν έχει ρυθμιστεί με γρήγορο ρυθμό. Συνστήνεται θερμά επιθέματα πάνω από τη φλέβα και μείωση της ροής.
ΘΡΟΜΒΩΣΗ	Εκδηλώνεται όταν αιμοπετάλια σχηματίζουν θρόμβο στο άκρο του καθετήρα εξαιτίας της τραυματικής διαδικασίας της φλεβοκέντησης. Η φλέβα θα είναι ερυθρή, επώδυνη και οίδηματώδης. Το διάλυμα δεν εγχέεται με τον επιθυμητό ρυθμό. Στην περίπτωση αυτή, πρέπει να αντικατασταθεί η περιφερική γραμμή με νέα, στο αντίθετο άκρο.
ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΝΕΥΡΟ Ή ΤΕΝΟΝΤΑ	Εκδηλώνεται εξαιτίας ακατάλληλης τεχνικής κατά την φλεβοκέντηση ή σφιχτή περίδεση. Ο ασθενής πιθανά αναφέρει μεγάλο πόνο στο σημείο εισόδου, αιμωδία, μυϊκό σπασμό και σταδιακά μπορεί να εκδηλώσει αιμωδία και διαταραχές κινητικότητας.
ΒΑΚΗΡΙΑΙΜΙΑ	Σπάνια επιπλοκή της περιφερικής φλεβικής γραμμής που οφείλεται σε μη άσηπτη τεχνική κατά την τοποθέτηση του καθετήρα, παραμελημένη φλεβίτιδα ή πλημμελή παρακολούθηση και φροντίδα του σημείου εισόδου. Ο ασθενής μπορεί να εκδηλώσει πυρετική κίνηση, κακουχία και ρίγη. Συνστήνεται η ενημέρωση του θεράποντα ιατρού, η αντικατάσταση του καθετήρα, η λήψη καλλιέργειας από το άκρο της περιφερικής φλεβικής γραμμής και η έναρξη αντιβιοτικής θεραπείας με την ιατρική οδηγία.

Διαδικασία αιμοληψίας – Προετοιμασία ασθενούς

- Νηστεία 12ωρη (αποφυγή λιπαιμίας, ψευδώς αυξημένων τιμών γλυκόζης)
- Αποφυγή αλκοόλ για 24 ώρες (προδιορισμός λιπιδίων, ηπατικών ενζύμων, γ-GT)
- Προτιμώμενη ώρα αιμοληψίας 7-9 το πρωί
- Για προσδιορισμό επιπέδων φαράκων-έλεγχος χρόνου χορήγησης
- Έλεγχος χορήγησης φαρμάκου που μπορεί να επηρεάσει αποτέλεσμα κάποιας εξέτασης- διακοπή

Απαιτούμενα υλικά

- Σύριγγες διαφόρων μεγεθών και βελόνες
- Νεφροειδές
- Αντισηπτικό διάλυμα
- Γάντια όχι αποστειρωμένα
- Λάστιχο περίδεσης ή tourniquet
- Τολύπια βάμβακος ή γάζες
- Αποστειρωμένα επιθέματα ή υποαλλεργικό λευκοπλάστ
- Κυτίο απόρριψης αιχμηρών αντικειμένων

Φιαλίδια για τη συλλογή του αίματος

1. Η επιλογή της βελόνας γίνεται με βάση την εσωτερική της διάμετρο και το μήκος της.
2. Η Εσωτερική διάμετρος της βελόνας εκφράζεται με ένα αριθμό G και το μήκος της σε ίντσες ή χιλιοστά.
3. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάμετρος τόσο μικρότερος είναι ο αριθμός G
4. Στους ενήλικες χρησιμοποιούνται συνήθως **βελόνες 19 ή 21 G**. Στα παιδιά χρησιμοποιούνται **συνήθως βελόνες 23 G**.
5. **Βελόνες με μεγάλη διάμετρο** μπορεί να τραυματίσει τη φλέβα.
6. **Βελόνες με μικρή διάμετρο** αυξάνουν το χρόνο αιμοληψίας (πίεσης στη βελόνα – αιμόλυση)
7. **Συστήματα αιμοληψία τύπου Πεταλούδας** χρησιμοποιούνται συνήθως σε ασθενείς με δύσκολες για αιμοληψία φλέβες
8. **Συστήματα αιμοληψία τύπου Vacutainer** χρησιμοποιούνται συνήθως σε ασθενείς με πολλές εξετάσεις άρα και χρήση πολλών σωληναρίων

Βελόνες

Γκρί βελόνες G-18 × 1 1/2" 1.20mm x 40mm

Ροζ βελόνες G-19 × 1 1/2" 1.10mm x 40mm

Κρεμ βελόνες G-20 × 1" 0.90mm x 25mm

Κίτρινο βελόνες G-21 × 1 1/2" 0.80mm x 40mm

Πράσινο βελόνες G-22 × 1 1/2" 0.70mm x 40mm

Μαύρο Βελόνες **G-23** × 1" 0.60mm x 25mm

Μπλε Βελόνες **G-25** × 5/8" 0.50mm x 16mm

Πορτοκαλί Βελόνες **G-26** × 1/2" 0.45mm x 12.7mm

Καφέ Βελόνες **G-27** × 1/2" 0.40mm x 12,7"mm



Με τη βοήθεια **καινοτόμου συσκευής** που εντοπίζει τις φλέβες και προβάλλει στην επιφάνεια του δέρματος την **εικόνα της θέσης τους** στο πραγματικό χρόνο, ανιχνεύονται οι πλέον δύσκολες στην εμφάνιση και λεπτές φλέβες, πετυχαίνοντας την άριστη αιμοληψία, χωρίς να ταλαιπωρείται ο εξεταζόμενος.



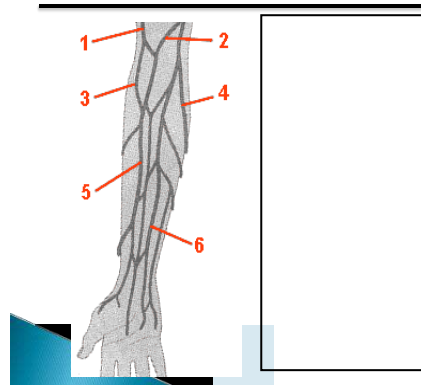
Τεχνική αιμοληψίας

- Επιλέξτε τη φλέβα που θα παρακεντήσετε και ελέγξτε την καταλληλότητά της.
- Δέστε το λάστιχο περίδεσης λίγο πιο πάνω από το σημείο της αιμοληψίας

- Ψηλαφίστε τη φλέβα (θέση, φορά, σκληρότητα)
- Καθαρίστε το δέρμα με αντισηπτικό διάλυμα
- «Βαθιά ανάσα»
- Εισάγετε τη βελόνη με γωνία 45° κατά μήκος του τοιχώματος της φλέβας και προωθήστε μέχρι να δείτε επιστροφή του αίματος (η οπή της βελόνης προς τα πάνω)
- Αναρροφήστε την ποσότητα αίματος που επιθυμείτε
- Λύστε το λάστιχο
- Αφαιρέστε τη βελόνη – Καλύψτε το σημείο με ένα καθαρό τολύπιο
- Απορρίψτε τα υλικά σας
- Βγάλτε τα γάντια – Πλύνετε τα χέρια σας

Φλέβες αιμοληψίας

1. Κεφαλική
2. Ωλένια
3. Επικουρική Κεφαλική
4. Βασιλική
5. Κεφαλική Αντιβραχιόν



Βασικοί χειρισμοί

- Αποφεύγουμε τη θέση του χεριού που έχει αιμάτωμα, ουλή, ενδοφλέβια έγχυση
- Προστατεύουμε τις καλές φλέβες
- Χέρι τεντωμένο & οριζόντιο
- Μικρός χρόνος περίδεσης
- Πιέζουμε τη θέση νυγμού μετά τη λήψη
- Φλεβοκέντηση σε ελεύθερο χέρι
- Φλεβοκέντηση στην ίδια φλέβα κάτω από θέση έγχυσης
- Διακοπή έγχυσης (3 min)

Αιμοληψία σε καταστάσεις shock και σε άτομα με δύσκολες φλέβες

Σε καταστάσεις **υποογκαιμίας (αφυδάτωση, αιμορραγία)**, ο όγκος αίματος που κυκλοφορεί στο επιπολής φλεβικό δίκτυο είναι ιδιαίτερα περιορισμένος.

- Έτσι, όχι μόνο δύσκολα διαγράφονται κάτω από το δέρμα, αλλά ακόμη και όταν η βελόνα βρίσκεται μέσα σε φλέβα, συχνά είναι δύσκολο να αναρροφηθεί επαρκής ποσότητα.
- Ψηλαφάτε πάντα το σφυγμό μετά την τοποθέτηση της περιχειρίδας.
- Σε υποτασικούς ασθενείς μια σφικτή περιχειρίδα μπορεί να κόψει και την αρτηριακή παροχή.
- Αν δυσκολεύεστε, χρησιμοποιήστε την **περιχειρίδα του πιεσόμετρου**.
- Περιμένετε αρκετά, ώστε να «παγιδευτεί» αρκετό αίμα περιφερικά της περιχειρίδας. Όσο πιο κοντά στην περιφέρεια τοποθετείτε την περιχειρίδα, τόσο πιο γρήγορο είναι το αποτέλεσμα.
- **Κατεβάστε το μέλος χαμηλά, κάτω από το επίπεδο του κρεβατιού.** Το αίμα συσσωρεύεται εκεί με τη δύναμη της βαρύτητας.

- Αναρροφήστε αργά, με υπομονή. Χρησιμοποιήστε βοηθό και αλλάζετε σύριγγες για ένα-ένα σωληνάριο, ώστε να μην πήξει το αίμα.
- Όταν όλοι οι προηγούμενοι τρόποι έχουν αποτύχει και κυρίως όταν ο χρόνος που περνάει είναι εις βάρος του ασθενούς, αιμοληψία από **τη μηριαία φλέβα** είναι η ενδεδειγμένη λύση.
- Για αιμοληψία από χέρι που λαμβάνονται οροί, η λήψη του αίματος θα πρέπει να γίνεται ή περιφερικότερα από το σημείο της έγχυσης ή να προτιμάται το αντίθετο χέρι.
- Πρόσμιξη του δείγματος με διαλύματα που χορηγούνται ενδοφλεβίως αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία εργαστηριακού λάθους. Εάν παρόλα αυτά κριθεί αναγκαία, συνιστάται όπως διακοπεί η έγχυση για 3 λεπτά και αποβληθούν τα πρώτα 10ml αίματος.
- Η ύπαρξη ηπαρίνης στον καθετήρα προκαλεί μορφολογικές διαταραχές των λευκοκυττάρων και διαταραχές στην αυτόματη μέτρηση των αιμοπεταλίων. Ενώ επηρεάζει και καθιστά αναξιόπιστες δοκιμασίες της αιμόστασης που εξαρτώνται από την παρουσία ηπαρίνης όπως είναι ο APTT και ο χρόνος Θρομβίνης (TT)
- Τα δείγματα πρέπει να αναδεύονται 5-10 φορές αμέσως μετά την αιμοληψία με πλήρη αναστροφή του σωληναρίου και με ήπιες κινήσεις προς αποφυγή ενεργοποίησης των παραγόντων της πήξης και των αιμοπεταλίων.
- Δείγματα αιμολυμένα ή με μικροπήγματα συχνά επηρεάζουν τα φωτοοπτικά συστημάτων αναλυτών και γι' αυτό απορρίπτονται.

Τεχνικά λάθη που μπορεί να προκαλέσουν αιμόλυση είναι

- Παρατεταμένη περίδεση του βραχίονα
- Βελόνες με πολύ μικρή διάμετρο (>22 G)
- Εκκένωση του αίματος από τη σύριγγα χωρίς να αφαιρεθεί η βελόνα
- Παρατεταμένη και βίαιη ανάδευση του αίματος με το αντιπηκτικό
- Είσοδος πλεονάζοντος αέρα στο σωληνάριο που δημιουργεί εικόνα αφρώδους δείγματος

Λήψη δειγμάτων αίματος από ασθενή για τον οποίο αιτείται μετάγγιση και/ή προσδιορισμός ομάδας αίματος και συμπλήρωση δελτίου αίτησης προς την υπηρεσία αιμοδοσίας

Τι κάνει το νοσηλευτικό προσωπικό:

- Αναγνώριση του ασθενή:
 - Ερωτάται ο/η ασθενής: «Πως λέγεστε;», «Σας παρακαλώ πείτε μου το όνομα σας».
 - Να μην ερωτηθεί ο ασθενής: «είστε ο/η κ '.....';» γιατί πιθανόν ο ασθενής επειδή δεν άκουσε καλά να απαντήσει «ναι», ενώ δεν είναι.
 - Αν ο ασθενής δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον ζητούνται τα στοιχεία από συγγενή ή άλλο υπεύθυνο άτομο και αντιπαραβάλλονται με τα στοιχεία του στο διάγραμμα ή στο φάκελο του.
- Προσοχή με τους ασθενείς που υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας (π.χ. αλλοδαποί, άτομα χωρίς δυνατότητα επικοινωνίας.).
- Γίνεται σωστή λήψη του δείγματος από περιφερική φλέβα από την οποία δεν χορηγούνται διαλύματα ή φάρμακα.
- Λαμβάνονται τα σωληνάρια (τύπου γενικής αίματος) και ένα σωληνάριο με κόκκινο καπάκι που έχουν διανεμηθεί στα τμήματα.
- Γράφει (ή επικολλά) το όνομα και επώνυμο του ασθενή, το πατρώνυμο και την κλινική στην οποία νοσηλεύεται. Η αναγραφή αυτή γίνεται αμέσως μετά την αιμοληψία, δίπλα από το κρεβάτι του ασθενούς.
- Ο νοσηλευτής που κάνει την αιμοληψία να μη χρησιμοποιεί ποτέ προσημειωμένα σωληνάρια και να μην παίρνει αίμα από περισσότερο του ενός ασθενείς (να παίρνει από ένα μόνο ασθενή κάθε φορά).

Τι κάνει ο γιατρός:

- Έλεγχο ιστορικού ασθενή για:
 - Τυχόν γνωστή ομάδα, ABO και Rh
 - Τυχόν αντιδράσεις σε προηγούμενη μετάγγιση
 - Ιστορικό αλλεργίας
 - Ιστορικό κυήσεων, τοκετών, αποβολών σε γυναίκα ασθενή.
- Αποφασίζει για μετάγγιση.
- **Συμπληρώνει σωστά** το δελτίο προσδιορισμού ομάδας και μετάγγισης για την υπηρεσία Αιμοδοσίας (με ευκρίνεια και ακρίβεια), συμπληρώνοντας τα εξής στοιχεία: διάγνωση, ηλικία, ιστορικό προηγούμενων μεταγγίσεων, και για γυναίκες ιστορικό κυήσεων, τοκετών, αποβολών.
- Προσδιορίζει επακριβώς το είδος και τον αριθμό των παραγώγων τα οποία αιτείται.
- Το δελτίο αίτησης αίματος ή παραγώγων που ετοίμασε ο γιατρός, αφού το υπογράψει και σφραγίσει υπογράφεται και από το νοσηλευτή που έκανε την λήψη δειγμάτων αίματος.
ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Το Τμήμα Αιμοδοσίας διατηρεί το δικαίωμα να μην δεχτεί παραπεμπτικά με ελλιπή στοιχεία τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε λάθος στην εξέλιξη της διαδικασίας και να ζητήσει επανάληψη.

Μετάγγιση αίματος και παραγώγων αίματος

Σκοπός

Η ασφαλής χορήγηση αίματος και παραγώγων του ,πρόληψη και η αντιμετώπιση των επιπλοκών που ενδέχεται να εμφανιστούν κατά την μετάγγιση .

Ορισμοί

Μετάγγιση: Η διαδικασία μεταφοράς αίματος ή παραγώγων του **αίματος από ένα άτομο (δότης) στο κυκλοφορικό σύστημα ενός άλλου ατόμου (λήπτης).**

Ομάδες αίματος: Καθορίζονται με βάση ερυθροκυτταρικά αντιγόνα. Τα πιο σημαντικά συστήματα αντιγόνων είναι: 1) **το σύστημα ABO** και 2) το σύστημα **Rhesus**.

ΟΜΑΔΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΑΝΤΙΓΟΝΑ ΣΤΑ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΑ	ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΟΡΟ
ΟΜΑΔΑ Α	ΑΝΤΙΓΟΝΟ Α	ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΑΝΤΙ-Β
ΟΜΑΔΑ Β	ΑΝΤΙΓΟΝΟ Β	ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΑΝΤΙ-Α
ΟΜΑΔΑ ΑΒ	ΑΝΤΙΓΟΝΟ Α ΚΑΙ Β	-
ΟΜΑΔΑ Ο	-	ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΑΝΤΙ-Α ΚΑΙ Β

Σύστημα Rhesus: Το μείζον αντιγόνο του συστήματος είναι το D και όταν ανιχνεύεται το Rhesus, χαρακτηρίζεται ως θετικό, ενώ όταν δεν ανιχνεύεται το Rhesus, χαρακτηρίζεται ως αρνητικό.

Ολικό αίμα: Χρησιμοποιείται κυρίως ως αρχική ύλη για την παρασκευή προϊόντων αίματος. Μια μονάδα ολικού αίματος έχει όγκο περίπου 450ml $\pm$ 10% χωρίς αντιπηκτικό.

Συμπυκνωμένα Ερυθρά Αιμοσφαίρια (ΣΕ): Ο στόχος της μετάγγισης ερυθροκυττάρων είναι η επίτευξη επαρκούς οξυγόνωσης στα όργανα και τους ιστούς, σε οξεία και χρόνια αναιμία.

Φρεσκοκατεψυγμένο Πλάσμα: Πλάσμα είναι το μη κυτταρικό στοιχείο του αίματος, το οποίο περιέχει πρωτεΐνες και παράγοντες πήξεως. Κύριες ενδείξεις χορήγησης πλάσματος είναι α) η διόρθωση της ανεπάρκειας παραγόντων πήξης για τους οποίους δεν υπάρχει συμπυκνωμένος παράγοντας, σε ασθενείς με αιμορραγία και β) η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα.

Αιμοπετάλια: Τα κυτταρικά συστατικά του αίματος που λειτουργούν σαν μέρος της θρομβωτικής διαδικασίας ή της διαδικασίας πήξεως. Μετάγγιση αιμοπεταλίων γίνεται σε ασθενείς με θρομβοπενία ή με πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς λειτουργικές διαταραχές των αιμοπεταλίων.

Ευθύνες αρμοδιότητες Νοσηλευτών

- Την ασφαλή μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του
- Την παρακολούθηση του ασθενή κατά τη διάρκεια και μετά τη μετάγγιση για την έγκαιρη διάγνωση ανεπιθύμητων αντιδράσεων
- Την άμεση διακοπή της μετάγγισης σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητης αντίδρασης

Βασικές αρχές

- Η μετάγγιση αίματος πρέπει να εφαρμόζεται με υπευθυνότητα και προσοχή.
- Βασικό τρίπτυχο σωστό αίμα , σωστός ασθενής, σωστός χρόνος.
- Χορηγείται ABO - Rhesus συμβατό αίμα ,αφού γίνει δοκιμασία ελέγχου συμβατότητας .
- Χορηγείται ABO Rhesus συμβατό πλάσμα ,χωρίς τον έλεγχο συμβατότητας. Το ιδανικό είναι να γίνει η έγχυση μέσα σε 2 ώρες από την απόψυξη .
- Ιδανικά μεταγγίζονται ABO Rhesus συμβατά αιμοπετάλια, χωρίς δοκιμασία ελέγχου συμβατότητας.
- Στα παράγωγα αίματος γίνεται έλεγχος για HIV, HBV, HCV, HYLK ΚΑΙ σύφιλη.
- Οδηγίες για τα δείγματα αίματος που θα σταλούν στην αιμοδοσία
- Η αιμοληψία να γίνεται στο κρεβάτι του ασθενή.
- Πριν την αιμοληψία γίνεται ταυτοποίηση του ασθενή.
- Τα στοιχεία του ασθενή (ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, κλινική, ημερομηνία λήψης δείγματος και Αριθμός Μητρώου) πρέπει να αναγράφονται στην ετικέτα του σωληνάριου του δείγματος από τον ίδιο τον αιμολήπτη αμέσως μετά την αιμοληψία και πριν την απομάκρυνσή του από τον ασθενή.
- Αμέσως μετά την αιμοληψία γίνεται ξανά ταυτοποίηση του ασθενή και ελέγχονται τα δεδομένα που σημειώθηκαν στο σωληνάριο του δείγματος.
- Αποφεύγεται η λήψη δειγμάτων αίματος από το χέρι που χορηγούνται ενδοφλέβια φάρμακα ή υγρά, καθώς μπορεί να επηρεαστούν τα αποτελέσματα των δοκιμασιών .
- Το <<παραπεμπτικό συμβατότητας>> και το <<δελτίο παραλαβής αίματος και παραγώγων >> πρέπει να είναι υπογεγραμμένα από τον υπεύθυνο ιατρό.
- Η ταυτοποίηση του ασθενή γίνεται ζητώντας από τον ασθενή να πει το όνομα του. Αν αυτό δεν είναι δυνατό ,η επιβεβαίωση γίνεται από τον συνοδό του ή κάποιον συνάδελφο και διαβάζοντας τα στοιχεία από το διάγραμμα(ή το βραχιόλι ταυτότητας του ασθενή).Είναι προτιμότερο η ταυτότητα του ασθενή να ελέγχεται από δύο άτομα. Αυτός ο έλεγχος ταυτότητας πρέπει να γίνεται ακόμη και εάν ο ασθενής είναι γνωστός στον νοσηλευτή.
- Πριν την έναρξη της μετάγγισης πρέπει να γίνει σύγκριση της ταυτότητας του ασθενή με τα στοιχεία της ετικέτας συμβατότητας του ασκού αίματος ή του παραγώγου.
- Η έναρξη της μετάγγισης θα πρέπει να γίνεται πάντα παρουσία του θεράποντος ιατρού.
- Χρήση συσκευής μετάγγισης με φίλτρο για τη συγκράτηση σωματιδίων που μπορεί να προκαλέσουν εμβολή .
- Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά τη μετάγγιση.
- Φάρμακα ή διαλύματα δεν πρέπει να χορηγούνται παράλληλα με το αίμα, εκτός από φυσιολογικό ορό.
- Για τη μετάγγιση προτιμώνται οι φλεβικοί καθετήρες μεγάλης διαμέτρου.(18G)
- Διενεργείται πάντα μακροσκοπικός έλεγχος του ασκού αίματος ή του παραγώγου και σε περίπτωση που κριθεί ακατάλληλος, ο ασκός επιστρέφεται στην Αιμοδοσία.
- Αίμα και παράγωγα αίματος που δεν μεταγγίζονται μέσα σε 30 λεπτά από την απομάκρυνση τους από την Αιμοδοσία πρέπει να επιστρέφονται στην Αιμοδοσία, γιατί υπάρχει κίνδυνος βακτηριακής επιμόλυνσης και ταχείας καταστροφής των ερυθροκυττάρων.

Υλικό

- Αντισηπτικό διάλυμα
- Γάντια
- Νεφροειδές

- Γάζες
- Συσκευή μετάγγισης αίματος ή παραγώγων με φίλτρο
- Φλεβοκαθετήρας
- Σύριγγες και αμπούλες Ν/Σ 0,9% 10ml(για έλεγχο βατότητας και ξέπλυμα του φλεβοκαθετήρα)
- Ελαστικός σωλήνας περίδεσης
- Πουάρ ταχείας μετάγγισης
- Αυτοκόλλητο επίθεμα για την στερέωση του φλεβοκαθετήρα

Ενέργειες - Αιτιολόγηση ανά στάδια

Διαδικασία πριν την μετάγγιση αίματος ή παραγώγων

Για την παραγγελία αίματος ή παραγώγων στην Αιμοδοσία αποστέλλονται.

- Μονό παραπεμπτικό πλήρως συμπληρωμένο.
- Επιπλέον διπλότυπο παραπεμπτικό συμβατότητας, αν δεν έχει γίνει καθορισμός της ομάδας.
- Ένα δείγμα αίματος σε φιαλίδιο «πήγματος»
- Ένα δείγμα αίματος σε φιαλίδιο «γενικής αίματος», αν δεν έχει καθορισμός της ομάδας αίματος.

Αιτιολόγηση

- Καθορισμός της ομάδας αίματος και έλεγχος συμβατότητας του αίματος του δότη και του λήπτη πριν τη μετάγγιση.
- Τα δείγματα των ασθενών διατηρούνται στην Αιμοδοσία έως 72 ώρες.

Ενέργεια

- Δελτίο παραλαβής αίματος και παραγώγων πλήρως συμπληρωμένο.
- Δεύτερο δείγμα αίματος του ασθενή (σε φιαλίδιο πήγματος),εφόσον χρειάζεται.

Αιτιολόγηση

- Το δεύτερο δείγμα απαιτείται στην περίπτωση που έχει γίνει μόνο μια φορά ομάδα αίματος στον συγκεκριμένο ασθενή ,για την επιβεβαίωση της ομάδας του.

Ενέργεια

- Ταυτοποίηση του ονόματος και της ομάδας αίματος του ασθενή με τα αναγραφόμενα στοιχεία στον ασκό.
- Έλεγχος του ασκού για την υπογραφή του ατόμου που έχει κάνει τη διασταύρωση.
- Έλεγχος της ημερομηνίας λήξης .
- Επιβεβαίωση ότι ο ασκός έχει ελεγχθεί για HVB ,HCV ,HIV ,HTLV ,σύφιλη.
- Οπτικός έλεγχος του ασκού (φυσαλίδες ,θολερότητα ,θρόμβοι ,ρωγμές ή διαρροή)
- Εάν διαπιστωθεί οποιοδήποτε πρόβλημα στα παραπάνω, ενημερώστε άμεσα την Αιμοδοσία και επιστρέψτε τον ασκό.

Αιτιολόγηση

- Αποφυγή χορήγησης ασύμβατου αίματος .
- Πρόληψη ανεπιθύμητων αντιδράσεων και επιπλοκών.

Τι κάνω πριν τη χορήγηση αίματος ή παραγώγων παρουσία του ασθενούς

1. Ενημερώστε τον ασθενή για τη διαδικασία και εξασφαλίστε τη συγκατάθεση του (διασφάλισης συνεργασίας και πρόληψη του άγχους)
2. Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.(πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης νοσοκομειακών λοιμώξεων)
3. Επιβεβαιώστε τη βατότητα της φλεβικής γραμμής (εξασφάλιση σωστής έγχυσης)
4. Μετρήστε και καταγράψτε στο διάγραμμα νοσηλείας τα ζωτικά σημεία του ασθενή.
5. Εκτιμήστε τα ζωικά σημεία και αποφύγετε να χορηγήσετε αίμα σε ασθενή που έχει πυρετό (πρόληψη επιπλοκών) Παρακολούθησης της κατάστασης του ασθενή καθόλη τη διάρκεια της μετάγγισης και έγκαιρη αναγνώριση μεταβολών)
6. **Επαληθεύστε την ταυτότητα του ασθενή πριν τη χορήγηση**
7. Αν ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του, ζητήστε του το **πλήρες όνομα** (μην κάνετε ερωτήσεις που μπορούν να απαντηθούν με ένα ναι ή ένα όχι). Όταν ο ασθενής δεν μπορεί για οποιοδήποτε λόγο να επιβεβαιώσει τα στοιχεία του συμβουλευτείτε το συνοδό του, το διάγραμμα και το βραχιόλι του ασθενή.
8. Πριν συνδέσετε τον ασκό αίματος ή παραγώγου ,ο υπεύθυνος γιατρός πρέπει να μονογράψει τον ασκό, αφού επιβεβαιώσει ότι ο σωστός ασκός δίνεται στο σωστό ασθενή. (Πρόληψη μετάγγισης σε λάθος ασθενή).
9. Τοποθετήστε τη συσκευή μετάγγισης στον ασκό με άσηπτη τεχνική .
10. Αφαιρέστε τον αέρα από τη συσκευή και κλείστε το ρυθμιστή ροής. Αποφυγή εμβολής (σωματίδια/αέρα)
11. Κρεμάστε τον ασκό αίματος ή παραγώγου στο στατό, 1 μ περίπου πάνω από το επίπεδο της καρδιάς του ασθενή (Διευκόλυνση της ροής).
12. **Αν ο ασκός ανοιχθεί πρέπει να μεταγγιστεί άμεσα**
13. Συνδέστε τη συσκευή μετάγγισης στον ασθενή και ρυθμίστε τη ροή έγχυσης με βάση την ιατρική οδηγία και την κλινική κατάσταση του ασθενή. Πρόληψη υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας (συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονικό οίδημα).
14. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες χορηγούνται 1ml/λεπτό τα πρώτα 15 λεπτά και στη συνέχεια ,αν δεν υπάρχει πρόβλημα ,4 ml /λεπτό .Στις περισσότερες μετάγγισης 1ml αντιστοιχεί σε 15 σταγόνες. (Σημεία ή συμπτώματα ανεπιθύμητων αντιδράσεων συνήθως εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια χορήγησης των πρώτων 50-100ml αίματος).

Κατά τη μετάγγιση

Χρόνοι μετάγγισης

	ΕΝΑΡΞΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ
Συμπυκνωμένα ερυθρά	Μέσα σε 30	1-2 ώρες
Αιμοπετάλια	Αμέσως	½- 1 ώρα
Πλάσμα	Το συντομότερο δυνατόν	½ -1 ώρα

1. Χρησιμοποιήστε πουάρ (flash bug) ταχείας μετάγγισης σε περίπτωσης δυσκολίας στην έγχυση λόγω πολύ συμπυκνωμένου αίματος. Αποφύγετε την υπερβολική συμπίεση, γιατί υπάρχει κίνδυνος καταστροφής των ερυθρών. (Εξασφάλιση καλύτερης ροής του αίματος)
2. **Η έγχυση ενός ασκού δεν πρέπει να διαρκεί περισσότερο από 4 ώρες.**
3. Αν διακόψτε τη μετάγγισης, δεν πρέπει να τη συνεχίσετε αργότερα. (Πρόληψη κινδύνου βακτηριακής επιμόλυνσης.)
4. Χρησιμοποιήστε διαφορετική φλεβική γραμμή ,αν πρέπει να χορηγηθούν ενδοφλέβια φάρμακα ή διαλύματα ,συγχρόνως με τη μετάγγιση ,εκτός του φυσιολογικού ορού (Αποφυγή αλληλεπίδρασης φαρμάκων ή διαλυμάτων με το αίμα).
5. Αλλάζτε τη συσκευή μετάγγισης αίματος σε περίπτωση χορήγησης δεύτερου ασκού αίματος (Πρόληψη απόφραξης του φίλτρου).
6. Καταγράψτε στο διάγραμμα του ασθενή και ενημερώστε την κάρτα νοσηλείας του σχετικά με:
 - Την ώρα έναρξης και λήξης της μετάγγισης .
 - Τον όγκο του αίματος ή του παραγώγου που χορηγήθηκε.
 - Τα ζωτικά σημεία του ασθενή.
 - Το είδος και τον κωδικό αριθμό ταυτότητας των μονάδων που χορηγήθηκαν (Ασφαλής διαδικασία μετάγγισης).

Μετά τη μετάγγιση - Παρακολούθηση

1. **Παραμένετε κοντά στον ασθενή κατά τα πρώτα 15 λεπτά της μετάγγισης.**
2. Ελέγξτε και καταγράψτε τα ζωτικά σημεία του ασθενή 15 λεπτά μετά την έναρξη της μετάγγισης.(Πρώιμη ανίχνευση σημείων και συμπτωμάτων ανεπιθύμητων αντιδράσεων.)
3. Μετρήστε και καταγράψτε την Κεντρική Φλεβική Πίεση (εφόσον υπάρχει δυνατότητα) ή το ισοζύγιο υγρών σε ασθενή με κίνδυνο κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.(Πρόληψη επιπλοκών λόγω υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας.)
4. Καταγράψτε τα ζωτικά σημεία:
 - Κάθε 1 ώρα από την έναρξη μέχρι τη λήξη της μετάγγισης
 - Στο τέλος της μετάγγισης
 - 4 ώρες μετά τη λήξη της μετάγγισης

(Πρώιμη ανίχνευση ανεπιθύμητων αντιδράσεων.)

5. Παρακολουθήστε τον ασθενή κατά τη μετάγγιση για ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Η βαρύτητα των αντιδράσεων διαφέρει σημαντικά και τα συμπτώματα είναι μη ειδικά, όπως:
 - αίσθημα θερμότητας και πόνου κατά μήκος της φλέβας
 - ερυθρότητα ή εξάνθημα προσώπου ή δέρματος
 - κνησμός, κνίδωση
 - ρίγος, πυρετός ανησυχία
 - ραχιαλγία, πόνο στην οσφυϊκή χώρα, στο θώρακα, που παίρνει τη μορφή συσφιγκτικού πόνου και στην κοιλιά
 - βήχας ,δύσπνοια, ταχυκαρδία ,υπόταση
 - αναφυλακτική αντίδραση, όπως βρογχόσπασμος, οίδημα αεροφόρων οδών ή και shock, απώλεια ούρων /κοπράνων/συνείδησης
 - ολιγουρία

- ίκτερος
- καταπληξία, αιμορραγία
- πνευμονικό οίδημα
- καρδιακή ανακοπή

6. Σε περίπτωση εμφάνισης αντιδράσεων κατά τη μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του ο νοσηλευτής οφείλει:

- να διακόψει αμέσως τη χορήγηση
- να ειδοποιήσει τον θεράποντα ιατρό
- να ελέγξει τα ζωτικά σημεία
- να εξασφαλίσει φλεβική γραμμή για τη χορήγηση φαρμάκων
- να επανελέγξει τα στοιχεία ασθενή και ασκού ,ώστε να επιβεβαιωθεί ότι μεταγγίζεται ο σωστός ασκός στο σωστό ασθενή
- να ειδοποιήσει την Αιμοδοσία

Να αποστείλει άμεσα στην Αιμοδοσία:

- τον μεταγγιζόμενο ασκό (ακέραιο μαζί με τη συσκευή μετάγγισης)
- δείγμα αίματος (φιαλίδια γενικής και πήγματος) από το αυτή της μετάγγισης.
- το δελτίο ανεπιθύμητων συμβατών (βλ. Παράρτημα) συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από τον υπεύθυνο ιατρό
- να στείλει δείγμα στα εργαστήρια: α) ούρων β)αίματος για έλεγχο αιμοσφαιρίνης
- να καταγράψει στο διάγραμμα νοσηλείας την ώρα έναρξης της αντίδρασης, τα συμπτώματα ,τα ζωτικά σημεία, την ώρα διακοπής της μετάγγισης, τον όγκο και τα στοιχεία του παραγώγου αίματος που χορηγήθηκε, την ώρα αποστολής των δειγμάτων στα εργαστήρια και την ώρα ειδοποίησης του ιατρού
- να παραμείνει δίπλα στον ασθενή.

Επείγουσα μετάγγιση – Διαδικασία που ακολουθείται σε μεγάλη αιμορραγία

- Αν στα επείγοντα περιστατικά εργάζονται πολλά άτομα, ένα άτομο πρέπει να αναλάβει την παραγγελία του αίματος και την επικοινωνία με την Αιμοδοσία. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, αν υπάρχουν αρκετοί τραυματισμένοι ασθενείς την ίδια ώρα.
- Τοποθέτησε ένα φλεβοκαθετήρα, και πάρε δείγμα για διασταύρωση. Ξεκίνησε ενδοφλέβια έγχυση ορού και στείλε το δείγμα αίματος και το παραπεμπτικό όσο πιο γρήγορα γίνεται στην Αιμοδοσία.
- Το δείγμα διασταύρωσης και το παραπεμπτικό κάθε ασθενή πρέπει να έχουν σαφώς συμπληρωμένα τα στοιχεία του. Αν ο ασθενής δεν έχει ταυτοποιηθεί, χρησιμοποιείται **ο χαρακτηρισμός: «αγνώστων στοιχείων 1, αγνώστων στοιχείων 2 κ.τ.λ., άρρεν ή θήλυ».**
- Η ονομασία αυτή επικολλάται με αυτοκόλλητο στο μέτωπο του ασθενή ή σε βραχιολάκι και χρησιμοποιείται σε όλα τα επίσημα έγγραφα. Χρησιμοποίησε το όνομα του ασθενή μόνο αν είσαι σίγουρος ότι είναι το σωστό.
- Εξήγησε στην Αιμοδοσία πόσο γρήγορα χρειάζεται το αίμα για τον κάθε ασθενή. Χρησιμοποίησε κατά την επικοινωνία λέξεις που είναι κοινά κατανοητές με την Αιμοδοσία για να εξηγήσεις πόσο επείγον είναι το αίμα για την μετάγγιση **π.χ. επείγον ή εξαιρετικά επείγον** ανάλογα με την σοβαρότητα του περιστατικού.
- Μην περιμένεις τη διασταύρωση αν ο ασθενής έχει χάσει πολύ αίμα.
- Μη ζητήσεις «διασταυρωμένο αίμα» σε εξαιρετικά επείγοντα περιστατικά. Ζήτησε από την Αιμοδοσία να σου δώσει ότι μπορεί πιο γρήγορα με μια λογική ασφάλεια σύμφωνα με την πολιτική του νοσοκομείου. Σε θήλεα άτομα μικρής και παραγωγικής ηλικίας, πρέπει να δίνονται ερυθρά Rh αρνητικού.
- Αν μέσα σε λίγο χρόνο χρειασθεί και άλλο αίμα για τον ίδιο ασθενή, χρησιμοποίησε τα ίδια στοιχεία ταυτοποίησης με αυτά του πρώτου παραπεμπτικού και δείγματος ώστε το προσωπικό να γνωρίζει ότι πρόκειται για τον ίδιο ασθενή.
- Βεβαιώσου ότι το προσωπικό της Αιμοδοσίας γνωρίζει:
 - Ποιος πρόκειται να πάρει το αίμα να το μεταφέρει στην κλινική
 - Που θα πρέπει να παραδοθεί το αίμα, π.χ. αν ο ασθενής είναι για να μεταφερθεί σε άλλο τμήμα του νοσοκομείου για ακτινογραφία
 - Δε πρέπει να χρησιμοποιείται ανεκπαίδευτο προσωπικό για τη παράδοση των δειγμάτων και την παραλαβή των μονάδων όταν ετοιμαστούν.

Πρωτόκολλο τοποθέτησης και νοσηλευτικής φροντίδας κευστεοουρηθρικού καθετήρα (Foley)

Ορισμοί

Καθετηριασμός κύστεως είναι η εισαγωγή καθετήρα στην ουροδόχο κύστη δια της ουρήθρας με σκοπό την παροχέτευση ούρων.

Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι, όχι μόνον για την εφαρμογή του καθετήρα, αλλά για τη λήψη προφυλακτικών μέτρων για την εξασφάλιση της καλής λειτουργίας και την πρόληψη ουρολοίμωξης.

Ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως γίνεται πάντοτε κατόπιν ιατρικής οδηγίας.

Τύποι καθετήρων

- Απλός Foley (Latex & σιλικόνης)
 - Tiemman-Foley (Latex & σιλικόνης)
 - Nelaton
 - Tiemman
- (οι Nelaton και οι Tiemman είναι μιας χρήσης χωρίς μπαλονάκι)

Υπάρχουν ουροκαθετήρες με:

- α. 2 αυλούς 2-way
- β. 3 αυλούς 3-way

Νοσηλευτική εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση θα πρέπει να εστιάζεται στα παρακάτω:

- Οδηγίες για το είδος του καθετήρα.
- Ανατομικές ανωμαλίες γεννητικών οργάνων.
- Κατάσταση της ουροδόχου κύστης.
- Αλλεργία του ασθενή στα αντισηπτικά.
- Λειτουργικότητα του ουροκαθετήρα.

Καθορισμός σκοπών και σχεδιασμός παρέμβασης

Τα επιθυμητά αποτελέσματα της παρέμβασης μπορεί να διατυπώνονται ως εξής:

- Να αδειάσει το περιεχόμενο της ουροδόχου κύστης
- Να προσδιοριστεί το ποσό τυχόν υπολειμμάτων ούρων
- Να επιτραπεί πλήση της κύστης
- Να παρακαμφθεί απόφραξη
- Να γίνει αλλαγή του ουροκαθετήρα
- Κάθε χειρισμός να γίνεται υπό άσηπτη τεχνική

Αρχές εφαρμογής καθετήρα

- Αυστηρή ασηψία
- Καθετήρας μικρότερου διαμετρήματος από εκείνον της ουρήθρας, για αποφυγή τραυματισμού
- Λίπανση της ουρήθρας με αποστειρωμένη λιπαντική ουσία, για μείωση τριβής

- Εισαγωγή καθετήρα με ήπιους χειρισμούς.

Υλικό

- Γάντια αποστειρωμένα και μη αποστειρωμένα.
- Αποστειρωμένες γάζες.(τουλάχιστον 15)
- Νεφροειδές
- 2 καθεήρες σωστού μεγέθους
- Αντισηπτικό διάλυμα (Betadine)
- Xylocaine 2% jell
- Αποστειρωμένο πεδίο
- Αδιάβροχο πεδίο
- Ουροσυλλέκτης κλειστού κυκλώματος και στατό
- Σύριγγα 10 cc με φυσιολογικό ορό.

Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως σε γυναίκα ασθενή

Προετοιμασία

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα .	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων.
Οργανώστε το υλικό σας.	Με την οργάνωση προάγεται η αποδοτικότητα και εμπνέετε εμπιστοσύνη.
Εξηγείστε στην ασθενή το σκοπό και τον τρόπο της διαδικασίας.	Κερδίζετε την καλή συνεργασία της αρρώστου.
Τοποθετείστε παραβάν για να μην εκθέτετε την άρρωστη.	Το απαιτεί ο σεβασμός της προσωπικότητας της.
Εξασφαλίστε καλή θερμοκρασία περιβάλλοντος και καλό φωτισμό. Κατεβάστε τα κλινοσκεπάσματα σκεπάστε την με την κουβέρτα νοσηλείας ή με το σεντόνι και αφαιρέστε το εσώρουχο της .	Διευκολύνετε στην εργασία σας. Αισθάνεται ότι σέβεστε την προσωπικότητα της. Ηρεμεί και συνεργάζεται καλύτερα μαζί σας
Φορέστε γάντια μη αποστειρωμένα. Τοποθετείστε το αδιάβροχο κάτω από τους γλουτούς.	Ασφαλίζονται τα λευχίματα και το στρώμα ώστε να μη λερωθούν. Αν προηγήθηκε τοπική καθαριότητα αφήνετε το ίδιο αδιάβροχο.
Κάνετε τοπική καθαριότητα αν κρίνεται αναγκαίο.	Όσο καθαρότερη είναι η περιοχή τόσο μικρότερος ο κίνδυνος μόλυνσης.

Αφαιρέστε τα γάντια. Δώστε στην ασθενή γυναικολογική θέση. Τοποθετήστε τα γόνατα της ασθενούς λυγισμένα και τα πόδια της σε απαγωγή. Κάντε αντισηψία στα χέρια σας. Τοποθετήστε το αποστειρωμένο πεδίο σε ασφαλές και προσιτό για σας μέρος και ανοίξτε το με άσηπτη τεχνική. Αν είστε χωρίς βοηθό, βάλτε αντισηπτικό διάλυμα σε αρκετές αποστειρωμένες γάζες και προσθέστε πάνω στο πεδίο όλο το αποστειρωμένο σας υλικό.	Αποκλείστε κάθε παράγοντα που μπορεί να μολύνει τα αποστειρωμένα υλικά.
Ετοιμάστε τη σύριγγα με φυσιολογικό ορό σε περίπτωση που η τοποθέτηση του καθετήρα θα είναι μόνιμη (αν έχετε βοηθό μπορεί να σας σερβίρει το υλικό).	Είναι απαραίτητο για να φουσκώσει το μπαλονάκι του καθετήρα και να σταθεροποιηθεί στην κύστη.

Εκτέλεση

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Αποχωρείστε τα χείλη με το δείκτη και τον αντίχειρα για να βρείτε την ουρήθρα. Διατηρείστε το χέρι σας σε αυτή τη θέση μέχρι το τέλος του καθετηριασμού και εργαστείτε με το άλλο, αν είστε μόνοι.	Ο χειρισμός αυτός βοηθά στη διατήρηση της ασηψίας της περιοχής. Το γάντι αυτού του χεριού είναι μολυσμένο και δεν χρησιμοποιείται για τα αποστειρωμένα αντικείμενα. Αν υπάρχει δεύτερο άτομο μπορείτε να κινηθείτε χωρίς δυσκολία.
Καθαρίστε καλά με γάζα εμβαπτισμένη στο αντισηπτικό διάλυμα κρατώντας κατά σειρά μικρά και μεγάλα χείλη και το στόμιο της ουρήθρας από πάνω προς τα πίσω. Χρησιμοποιείτε κάθε γάζα μια φορά και απορρίψτε τη.	Ο καλός καθαρισμός μειώνει την πιθανότητα μόλυνσης, διότι κατά την εισαγωγή του καθετήρα μπορεί να προωθηθούν μικρόβια προς την κύστη. Πρόληψη επιμόλυνσης.
Επαλείψτε με Xylocaine 2% jell την ουρήθρα. Πιάστε τον καθετήρα με το χέρι που έχετε αποστειρωμένο γάντι σε απόσταση 7-8 εκ. από την κεφαλή, και εισάγετέ τον στην ουρήθρα με γρήγορες και ήπιες κινήσεις περίπου 5-6 εκ. Αφήστε να τρέξουν ούρα.	Xylocaine διευκολύνει την εισαγωγή του καθετήρα προκαλώντας ταυτόχρονα και τοπική αναισθησία.
Εάν έχει τοποθετηθεί μόνιμος καθετήρας, φουσκώστε το μπαλόνι με φυσιολογικό ορό που έχετε ήδη ετοιμάσει στη σύριγγα, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή.	Εμποδίζει την έλξη και την τάση στην κύστη. Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων.

Τραβήξτε ελαφρά τον καθετήρα, για να βεβαιωθείτε ότι το μπαλόνι έχει φουσκώσει και δεν υπάρχει κίνδυνος να βγει ο καθετήρας. Συνδέστε τον καθετήρα με τον ουροσυλλέκτη χωρίς να επιμολύνετε τα άκρα.	
Χρησιμοποιείτε ουροσυλλέκτες κλειστού κυκλώματος (με βρυσάκι).	Οι ουροσυλλέκτες κλειστού κυκλώματος είναι αποστειρωμένοι και διαθέτουν βαλβίδα αντεπιστροφής η οποία δεν επιτρέπει την παλινδρόμηση των ούρων από τον ουροσυλλέκτη στην κύστη.
Βεβαιωθείτε ότι ο ουροκαθετήρας βγάζει ούρα και όχι αίμα . Αν ο ουροκαθετήρας βγάζει αίμα σημαίνει ότι το μπαλονάκι έχει φουσκώσει μέσα στην ουρήθρα. Αποσύρετε το χρησιμοποιημένο υλικό Στερεώνουμε στο σταντ τον ουροσυλλέκτη . Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε τα καταλλήλως. Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.	

Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης σε άνδρα

Προετοιμασία

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Εκτελέστε τη φάση προετοιμασίας όπως και στη γυναίκα ασθενή, εκτός από τα ακόλουθα: Βάλτε τον άρρωστο σε ύπτια θέση με τα κάτω άκρα σε έκταση. Τοποθετείστε το αδιάβροχο με το τετράγωνο πάνω από τους μηρούς και κάτω το πέος.	Ευθειάζει την πεϊκή ουρήθρα και διευκολύνει την εισαγωγή του καθετήρα Η κατακόρυφη θέση προλαμβάνει τη μόλυνση.

Εκτέλεση

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Αποκαλύψτε τη βάλανο του πέους γύρω από το ουρηθρικό στόμιο και πλύνετε με betadine και αποστειρωμένη γάζα με κινήσεις από πάνω προς τα κάτω. Επαναλάβετε την ενέργεια αυτή άλλες 2 φορές χρησιμοποιώντας καθαρή γάζα αποστειρωμένη κάθε φορά. Με το αριστερό χέρι σηκώστε το πέος σχεδόν κατακόρυφα. Κρατείστε το σε αυτή τη θέση μέχρι το τέλος της διαδικασίας.	
Εισάγετε xylocaine στην ουρήθρα. Εισάγετε τον καθετήρα μέσα στην ουρήθρα και προχωρήστε τον 15-25 εκ. μέχρις ότου βγουν ούρα.	Η ανδρική ουρήθρα έχει μήκος περίπου 21 εκ.
Αν αισθανθείτε αντίσταση στον εξωτερικό ουρηθρικό σφιγκτήρα, αυξήστε ελαφρά την έλξη του πέους και εφαρμόστε σταθερά ήπια πίεση στον καθετήρα.	Μέρος της αντίστασης μπορεί να οφείλεται σε σπασμό του εξωτερικού σφιγκτήρα. Δυσκολία στη διόδο του καθετήρα μέσα από την ουρήθρα μπορεί να οφείλεται σε στένωση της ουρήθρας.
Προχωρήστε τον καθετήρα σχεδόν ως το σημείο της διακλάδωσής του.	Αυτό εμποδίζει την παγίδευση του μπαλονιού στην ουρήθρα.
Φουσκώστε το μπαλόνι με φυσιολογικό ορό σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Σταθεροποίηση του καθετήρα στην κύστη. Τραβήξτε ελαφρά τον καθετήρα για να βεβαιωθείτε ότι το μπαλόνι έχει φουσκώσει και δεν υπάρχει κίνδυνος να βγει ο καθετήρας.	

Συνδέστε τον καθετήρα με τον ουροσυλλέκτη χωρίς να επιμολύνετε τα άκρα.	Πρόληψη επιμόλυνσης
Μετά την τοποθέτηση του ουροκαθετήρα επαναφέρετε την ακροποσθία στην αρχική της θέση .	Πρόληψη παραφίμωσης
Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε τα καταλλήλως. Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.	Πρόληψη επιμόλυνσης

Νοσηλευτική επαγρύπνηση

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Εφαρμόστε αυστηρά άσηπτη τεχνική στην τοποθέτηση του καθετήρα.	Οι ουρολοιμώξεις από ουροκαθετήρα βρίσκονται στην πρώτη θέση των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
Σε περίπτωση επίσχεσης ούρων μην αφαιρείτε όλο το ποσό των ούρων από την κύστη, αλλά τμηματικά.	Μπορεί να προκληθεί αιματουρία λόγω απότομης μείωσης της πίεσης και της διαστολής των αγγείων της κύστης.
Ελέγξτε χρώμα και την όψη των ούρων.	Παρουσία πιθανής αιματουρίας ή πυουρίας.
Ελέγξτε συχνά τη λειτουργικότητα του καθετήρα.	Υπάρχει κίνδυνος απόφραξης σε περίπτωση αιματουρίας ή μετακίνηση του καθετήρα από την θέση του.
Αποφεύγεται το μόνιμο καθετηριασμό κύστης παρά μόνο αν είναι απολύτως αναγκαίο.	Πρόληψη ουρολοιμώξεων.
Αλλάξτε συχνά τον καθετήρα για αποφυγή λοίμωξης	Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η αλλαγή του ουροκαθετήρα γίνεται ως εξής: α. Ουροκαθετήρες από πλαστικό χρησιμοποιούνται για πολύ μικρό διάστημα είτε για κένωση της κύστης στις περιπτώσεις πάρεσης είτε μετεγχειρητικά μέχρι 7 ημέρες. β. Οι ουροκαθετήρες από καθαρό latex μπορεί να παραμείνουν στη θέση τους από 7 έως 14 μέρες. γ. Οι ουροκαθετήρες από latex εμποτισμένοι με Teflon χρησιμοποιούνται για μεγαλύτερο διάστημα μέχρι 28 μέρες. δ. Οι ουροκαθετήρες από latex καλυμμένο εσωτερικά και εξωτερικά από σιλικόνη και ουροκαθετήρες από 100% σιλικόνη μπορεί να παραμείνουν μέχρι και 12 εβδομάδες. ε. Οι ουροκαθετήρες από 100% σιλικόνη καλυμμένο με ειδική υδρογέλη δύναται να χρησιμοποιηθούν μέχρι 12 εβδομάδες.

Αφαίρεση αλλαγή του κυστεοουρηθρικού καθετήρα

- Αλλάζετε τον καθετήρα σε: Απόφραξη ή πόνο.
- Διαρροή ούρων, αν κριθεί αναγκαίο και εφόσον αντιμετωπιστεί πρώτα αιτιολογικά
- Μετά από κατά λάθος αφαίρεση του καθετήρα από τον ίδιο τον άρρωστο.
- Μετά από την πάροδο του ενδεικνυόμενου χρόνου παραμονής του .

Υλικό

- Νεφροειδές
- Γάντια
- Σύριγγα των 10 ή 20 ml
- Γάζες
- Αντισηπτικό διάλυμα

Εκτέλεση

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.	Πρόληψη των μολύνσεων.
Οργανώστε το υλικό σας.	Προάγεται την αποδοτικότητα και εμπνέετε εμπιστοσύνη.
Εξηγείστε στον ασθενή το σκοπό και τον τρόπο της διαδικασίας.	Κερδίζετε την καλή συνεργασία του ασθενή.
Τοποθετείστε παραβάν για να μην εκθέτετε τον ασθενή.	Το απαιτεί ο σεβασμός της προσωπικότητας του.
Φορέστε γάντια.	Προφύλαξη από έκθεση σε μολυσματικό υλικό.
Κάντε απολύμανση στο στόμιο του καθετήρα με γάζα και αντισηπτικό διάλυμα.	Πρόληψη επιμόλυνσης.
Με τη σύριγγα αφαιρέστε το φυσιολογικό ορό που υπάρχει στο μπαλονάκι. Κρατείστε με μία γάζα τον καθετήρα κοντά στο στόμιο της ουρήθρας και τραβήξτε τον με ήπιες κινήσεις και μόλις τον αφαιρέσετε τοποθετείστε τον στο νεφροειδές.	
Απομακρύνετε τα υλικά και απορρίψτε τα στο σάκο για τα μολυσματικά. Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε τα καταλλήλως.	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων.

Νοσηλευτική επαγρύπνηση

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Πριν την αφαίρεση του ουροκαθετήρα μπορούν να προηγηθούν ασκήσεις κύστεως σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Για επανάκτηση του ελέγχου του σφικτήρα της κύστεως.

Πλύσεις Ουροδόχου Κύστης

Διαλείπουσες πλύσεις ουροδόχου κύστης

Έλεγχος και επιβεβαίωση επίσχεσης ούρων,

1. **Προετοιμασία υλικού** (Αποστειρωμένη κάψα, φυσιολογικός ορός, σύριγγα τύπου Levin 60cc, γάντια απλά, γάζες αποστειρωμένες, αντισηπτικό διάλυμα, νεφροειδές, φύλλα χαρτοβάμβακα, αδιάβροχο, λαβίδα),
2. **Πλύσιμο χεριών,**
3. Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος (φως, θερμοκρασία, επισκέπτες, παραβάν ή κουρτίνα),
4. **Ενημέρωση ασθενούς** (σκοπός, διαδικασία που θα ακολουθηθεί, εκπαίδευση),
5. Τακτοποίηση λευχημάτων,
6. Τοποθέτηση αδιάβροχου κάτω από το σημείο ένωσης ουροκαθετήρα και ουροσυλλέκτη,
7. Τοποθέτηση νεφροειδούς με χαρτοβάμβακα επάνω στο αδιάβροχο και κάτω από το σημείο ένωσης όπου θα γίνουν οι πλύσεις,
8. **Διατήρηση σημείου ένωσης ουροκαθετήρα και άκρου ουροσυλλέκτη μακριά από επιφάνειες μολυσμένες καθ' όλη τη διάρκεια νοσηλείας,**
9. **Άνοιγμα αποστειρωμένης κάψας και πλήρωση με φυσιολογικό ορό,**
10. **Εφαρμογή γαντιών,**
11. **Εμποτισμός αποστειρωμένων γαζών με αντισηπτικό διάλυμα,**
12. **Αποσύνδεση ουροσυλλέκτη από τον κεντρικό αυλό του ουροκαθετήρα και τοποθέτηση άκρου ουροσυλλέκτη στις αποστειρωμένες γάζες με το αντισηπτικό** (Οι γάζες με το άκρο του ουροσυλλέκτη θα πρέπει να τοποθετηθούν σε ασφαλές σημείο, καλυμμένες έως το τέλος της διαδικασίας, χωρίς να μολυνθούν),
13. Χρήση λαβίδας για έλεγχο ροής του ουροκαθετήρα, αν χρειάζεται,
14. **Αναρρόφηση 60cc από την κάψα και σύνδεση άκρου σύριγγας με τον κεντρικό αυλό του ουροκαθετήρα,**
15. **Σταθερή προώθηση ορού και ήπια αναρρόφηση της ποσότητας που εγχύθηκε,**
16. **Έλεγχος ποσότητας και σύστασης υγρού,**
17. **Απόρριψη υγρού σύριγγας στο νεφροειδές,**
18. **Επανάληψη διαδικασίας όπου απαιτείται** (μέχρις ότου αποκατασταθεί η βατότητα του αυλού),
19. **Επανασύνδεση ουροκαθετήρα με ουροσυλλέκτη,**
20. **Έλεγχος ούρων,**
21. **Απόρριψη χρησιμοποιούμενου υλικού,**
22. Τακτοποίηση λευχημάτων,
23. **Ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενή, έλεγχος για προβλήματα,**
24. **Πλύσιμο χεριών,**
25. **Ενημέρωση λογοδοσίας και νοσηλευτικού διαγράμματος** (ημερομηνία και ώρα, διαδικασία, ποσότητα υγρού που εγχύθηκε και ποιότητα ούρων που αποβλήθηκαν, προβλήματα που προέκυψαν, παρατηρήσεις σχετικά με τον ασθενή).

Συνεχείς πλύσεις ουροδόχου κύστης

1. Έλεγχος και επιβεβαίωση ιατρικής οδηγίας και ύπαρξης τριαυλικού καθετήρα κύστεως,
2. **Προετοιμασία υλικού** (ασκοί ορού πλύσεων, συσκευή ορού πλύσεων, γάντια απλά, αποστειρωμένο πόμα για καθετήρα κύστεως, νεφροειδές, αδιάβροχο, λαβίδα),
3. **Πλύσιμο χεριών,**
4. Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος (φως, θερμοκρασία, επισκέπτες, παραβάν ή κουρτίνα),
5. **Ενημέρωση ασθενούς** (σκοπός, διαδικασία που θα ακολουθηθεί, εκπαίδευση),
6. Τακτοποίηση λευχημάτων και τοποθέτηση αδιάβροχου,
7. **Προστασία σημείου ένωσης ουροκαθετήρα και άκρου συσκευής από επιμολύνσεις καθ' όλη τη διάρκεια νοσηλείας,**
8. **Σύνδεση ορού πλύσεων και συσκευής άσηπτα, τοποθέτηση στο στατό και εξαέρωση συσκευής στο νεφροειδές (Κλείσιμο ροής),**
9. **Εφαρμογή γαντιών,**
10. **Αποσύνδεση πόματος από τον αυλό πλύσεων του ουροκαθετήρα και σύνδεση άκρου συσκευής πλύσεων,**
11. Χρήση λαβίδας για έλεγχο ροής του ουροκαθετήρα, αν χρειάζεται,
12. **Άνοιγμα ορού και ρύθμιση ροής κατά την οδηγία,**
13. **Έλεγχος παροχέτευσης – ούρων,**
14. **Απόρριψη χρησιμοποιούμενου υλικού.**
15. Τακτοποίηση λευχημάτων,
16. Ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενή, έλεγχος για προβλήματα,
17. **Πλύσιμο χεριών,**
18. **Ενημέρωση λογοδοσίας και νοσηλευτικού διαγράμματος** (ημερομηνία και ώρα, διαδικασία, είδος και ποσότητα ορού, ποιότητα ούρων που αποβλήθηκαν, προβλήματα που προέκυψαν, παρατηρήσεις σχετικά με τον ασθενή).

Ανοικτά Ακαδημαϊκά Μαθήματα στο ΤΕΙ Αθήνας

Θεόδωρος Καπάδοχος

Τμήμα Νοσηλευτικής

Έντυπο ελέγχου διουρηθρικού καθετηριασμού ουροδόχου κύστης

	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΟΣ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση σωστής θέσης ασθενή			
5. Άνοιγμα ουροσυλλέκτη και άναρροφη wfi σωστή ποσότητα			
6. Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών.			
7. Καθαρισμός περιοχής με σωστές κινήσεις			
8. Αφαίρεση απόστειρωμένων γαντιών			
9. Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών.			
10. τοποθέτηση ουροκαθετήρα			
11.Συνδεση με ουροσυλλέκτη και φούσκωμα του μπαλονιού			
12. Τράβηγμα καθετήρα προς τα έξω			
13. Καθαριότητα περιοχής			
14. Απομάκρυνση εξολπισμού			
15. Αφαίρεση γαντιών			
16. Τοποθέτηση ασθενούς σε άνετη θέση			
17.Πλύσιμο χεριών			
18.Ενημερωση νοσηλευτικού φακελου			
19.Ενημερωση ασθενους για την ληψη υγρων			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Λήψη δείγματος ούρων για γενική και καλλιέργεια ούρων από ασθενή με ουροκαθετήρα

Λήψη σωστού (ποιότητα-ποσότητα) δείγματος ούρων, με στόχο τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των ουρολοιμώξεων -πρόληψη ουρολοιμώξεων από τη διαδικασία-σωστή αποστολή δείγματος στο εργαστήριο.

Υλικά

1. Γάντια μιας χρήσης, απλά και αποστειρωμένα
2. Ειδική λαβίδα για κλείσιμο του καθετήρα (κλάπα ή kocher)
3. Αντισηπτικό διάλυμα σύμφωνα με τις οδηγίες του Γραφείου Λοιμώξεων
4. Αποστειρωμένες γάζες
5. Αποστειρωμένες σύριγγες (5ml ή 10ml)
6. Δοχείο συλλογής δείγματος ούρων (urobox)
7. Νεφροειδές-δοχείο απορριμμάτων
8. Ετικέτες
9. Παραπεμπτικό εξέτασης
10. Καινούργιος αποστειρωμένος ουροσυλλέκτης με port
11. Παραβάν

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1.Συστηθείτε στον ασθενή και ενημερώστε τον για την διαδικασία και το σκοπό της και συλλογή απαραίτητου υλικού. Ταυτοποίηση στοιχείων του ασθενή και εξασφάλιση της συγκατάθεσής του..	Ταυτοποίηση στοιχείων του ασθενή και εξασφάλιση της συγκατάθεσής του
2. Απομονώστε το κρεβάτι.	Εξασφάλιση της ιδιωτικότητας του ασθενή
3.Πλύνετε τα χέρια σας και φορέστε γάντια.	Πρόληψη μετάδοσης μικροβίων από ασθενή σε ασθενή.
4.Τοποθετήστε νέο σάκο συλλογής ούρων που φέρει ειδική θύρα (port) για τη λήψη της εξέτασης. Η λήψη ούρων από τον παλαιό σάκο δίνει μη αξιόπιστο δείγμα λόγω ύπαρξης πολλών μικροβίων.	Η λήψη ούρων από τον παλαιό σάκο δίνει μη αξιόπιστο δείγμα λόγω ύπαρξης πολλών μικροβίων.
5.Κλείστε τη ροή των ούρων με αποστειρωμένη λαβίδα, σε απόσταση 5 cm από το στόμιο της ουρήθρας και περιμένετε 15 λεπτά ή μέχρι να νιώσει έπειξη ο ασθενής.	Διακοπή ροής των ούρων προς τον ουροσυλλέκτη και εξασφάλιση παρουσίας τους στον καθετήρα για τη λήψη δείγματος.
6.Πλύνετε σχολαστικά τα χέρια σας και φορέστε αποστειρωμένα γάντια	Αποφυγή μόλυνσης δείγματος

7.Απολυμάνετε το σημείο από όπου θα γίνει η συλλογή του δείγματος. Από το σημείο αυτό μπορεί να γίνει λήψη δείγματος ΜΟΝΟ ΜΙΑ ΦΟΡΑ	Αποφυγή μόλυνσης του δείγματος από άλλους παράγοντες. Σε κάθε άλλη περίπτωση η λήψη ούρων γίνεται από τον ουροκαθετήρα πριν το διχασμό με κατάλληλο απολυμαντικό
8.Απελευθερώστε τον αυλό από τη λαβίδα. Αφήστε να φύγουν στον αυλό τα πρώτα ούρα .	Εξασφάλιση κατάλληλου δείγματος ούρων και αποκατάσταση του κλειστού κυκλώματος απομάκρυνσης ούρων.
9.Παρακεντήστε την ειδική θύρα (port) με αποστειρωμένη σύριγγα με βελόνα 21- 25G	Λήψη αξιόπιστου δείγματος
10.Αναρροφήστε με άσηπτη τεχνική 3-5 ml ούρων για καλλιέργεια και τουλάχιστον 10 ml για γενική, ανασύροντας με ήπιες κινήσεις το έμβολο της σύριγγας. Αφαιρέστε τη βελόνα.	Εξασφάλιση κατάλληλου σε ποσότητα δείγματος ούρων για καλλιέργεια και γενική. Η απότομη ανάσχυση του εμβόλου προκαλεί υπέρμετρη πίεση και μπορεί να προκαλέσει σύμπτωση των τοιχωμάτων του καθετήρα, εμποδίζοντας έτσι τη ροή των ούρων από τη σύριγγα.
11.Αδειάστε τη σύριγγα με άσηπτη τεχνική στο αποστειρωμένο δοχείο συλλογής, χωρίς η βελόνα να ακουμπήσει στα τοιχώματα του.	Προστασία του δείγματος από επιμόλυνση
12.Μαζέψτε το ακάθαρτο υλικό Αφαιρέστε τα γάντια και πλύνετε τα χέρια σας	Μείωση πιθανότητας διασποράς μικροβίων.
13. Ελέγξτε τα στοιχεία του ασθενή και την εξέταση. Ελέγξτε το παραπεμπτικό. Τοποθετήστε στο δοχείο συλλογής ετικέτα. Επισημάνετε στο παραπεμπτικό αν ο ασθενής λαμβάνει ήδη αντιβίωση αν φέρει προσωρινό ή μόνιμο καθετήρα ή αν είναι υπό θεραπεία συνεχών πλύσεων	Αποφυγή λαθών ταυτοποίησης Ενημέρωση εργαστηρίου για ύπαρξη συνθηκών που μπορεί να μειώσουν την αξιοπιστία του δείγματος
14.Μεταφέρατε για γενική ούρων το δείγμα στο εργαστήριο εντός 1 ώρας, διαφορετικά παραμένει σε ψυγείο με θερμοκρασία 2-40 C, όχι περισσότερο από 2 ώρες. Για καλλιέργεια ούρων απαιτείται άμεση μεταφορά του δείγματος.	Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος για το δείγμα ούρων, ώστε να μην προκληθούν αλλοιώσεις στα ούρα (αλκαλοποίηση τους από τη διάσπαση ουρίας). Στην καλλιέργεια ούρων δείγματα που καθυστερούν να φθάσουν στο εργαστήριο είναι ακατάλληλα, διότι υπεραναπτύσσονται υπάρχοντα μικρόβια και υπάρχει κίνδυνος για εξαγωγή λανθασμένων αποτελεσμάτων από την ποσοτική καλλιέργεια.
15.Καταγράψτε τη νοσηλευτική διαδικασία στη λογοδοσία	Εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα του ασθενή. Διατήρηση αρχείου διαδικασιών

ΠΡΟΣΟΧΗ:

- Η μη σωστή τήρηση των κανόνων ασηψίας, επιφέρει μόλυνση του δείγματος με κίνδυνο, τα αποτελέσματα της εξέτασης να μην είναι σωστά.
- Αν ο ασθενής πρόκειται να τεθεί υπό αντιβίωση καλό είναι να λαμβάνεται καλλιέργεια ούρων πριν την λήψη αυτής.
- Στη λήψη ούρων για γενική ούρων πρέπει τα ούρα να είναι τα πρώτα πρωινά, μέσου ρεύματος

Έντυπο ελέγχου λήψης δείγματος ούρων για γενική και καλλιέργεια ούρων σε ασθενή με καθετήρα κύστεως

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΛΗΨΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΟΥΡΩΝ ΓΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΥΡΟΚΑΘΗΤΗΡΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση νέου ασκού ούρων			
5. Κλείσιμο ροής με λαβίδα στο σωστό σημείο και χρονικό διάστημα.			
6. Υγιεινή χεριών . Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών.			
7. Αντισηψία Υποδοχής ουροσυλλέκτη			
8. Απελευθέρωση αυλού.			
9. Παρακέντηση κατάλληλης ποσότητας για κ/α και γενική ούρων			
10. Άσηπτη τεχνική αδειάσματος σύριγγας στο δοχείο συλλογής			
11. Απομάκρυνση ακαθάρτων – πλύσιμο χεριών.			
12. Ταυτοποίηση στοιχείων με παραπεμπτικό			
13.Έγκυρη μεταφορά δείγματος.			
14. Καταγραφή διαδικασίας στη λογοδοσία.			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ
<<ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΪΟ >>

ΕΠΩΝΥΜΟ
ΟΝΟΜΑ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ
ΤΜΗΜΑ
ΘΑΛΑΜΟΣ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

ΛΟΥΤΡΟ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ.....	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΔΙΑΛΥΜΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ.....	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ.....	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΚΟΣΜΗΜΑΤΩΝ.....	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΒΕΡΝΙΚΙΟΥ ΝΥΧΙΩΝ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ.....	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΠΡΟΕΓΧ. ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΟΥΡ. ΚΥΣΤΗΣ.....	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΠΡΟΝΑΡΚΩΣΗ.....	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ.....			
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ή ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ.....			
.....			
ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....			

ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΔΕΛΤΙΟΥ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

ΝΟΣΗΛ.ΤΜΗΜΑΤΟΣ

ΝΟΣΗΛ.ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

ΝΟΣΗΛ.ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ

Φροντίδα και υγιεινή σώματος βαρέως πάσχοντα ασθενή

Εισαγωγή

Η υγιεινή του βαρέως πάσχοντα προάγει τη σωματική και ψυχολογική ευεξία του ασθενούς και αφορά τα μέτρα για την ατομική καθαριότητα και τον καλλωπισμό του ασθενούς

Η ατομική καθαριότητα περιλαμβάνει :

- Λούσιμο κεφαλής
- Καθαριότητα σώματος
- Περιποίηση στοματικής κοιλότητας (περιγράφεται σε άλλο πρωτόκολλο)

Σκοπός

- Καθαριότητα του δέρματος από βιολογικά εκκρίματα
- Διέγερση της κυκλοφορίας του αίματος στον ασθενή σε όλα τα σημεία του σώματος
- Επισκόπηση και εκτίμηση όλης της επιφάνειας του σώματος
- Απελευθέρωση της άδηλης αναπνοής
- Δημιουργία αισθήματος ευεξίας
- Καλαισθησία

Εξοπλισμός

- Λουτήρας
- Κανάτα με καθαρό νερό
- Σαμπουάν ουδέτερο
- Πετσέτα κεφαλής
- Χτένα
- Γάντια και ποδιά αδιάβροχη (Μέτρα Ατομικής Προστασίας)

ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Συγκέντρωση υλικών	Διευκόλυνση προσωπικού και αποφυγή διασποράς μικροβίων στον περιβάλλοντα χώρο
Ευθειάζουμε το κρεβάτι υπολογίζοντας τη γενική κατάσταση του ασθενή	Υπολογίζουμε την γενική κατάσταση και την αιμοδυναμική σταθερότητα του ασθενή
Φοράμε γάντια μη αποστειρωμένα	Ατομική προστασία από βιολογικά υγρά
Εφαρμόζουμε τον λουτήρα	Περιορίζεται σ αυτόν η ποσότητα νερού διατηρώντας στεγνό τον ασθενή
Βρέχουμε το τριχωτό της κεφαλής και εφαρμόζουμε το σαμπουάν πάντα με κατεύθυνση προς τα πίσω	Προστατεύουμε τα μάτια του ασθενή
Με ήπιες κυκλικές κινήσεις πλένουμε το τριχωτό της κεφαλής	Ανακούφιση και αίσθημα χαλάρωσης
Ξεπλένουμε με νερό πολύ καλά με κατεύθυνση προς τα πίσω	Προστατεύουμε τα μάτια του ασθενή
Με μια πετσέτα τυλίγουμε το κεφάλι και αφού στεγνώσει καλά κτενίζουμε τα μαλλιά (χρήση σεσουάρ αν χρειαστεί)	Το υγρό περιβάλλον ευνοεί τον πολλαπλασιασμό των μυκήτων και των μικροβίων
Με μια ελαφρώς νοτισμένη με καθαρό νερό πετσέτα περνάμε τα μάτια (από το εσωτερικό των ματιών προς τα έξω με ήπιες κινήσεις)και κατόπιν όλο το πρόσωπο επαναλαμβάνουμε τη διαδικασία και με μια στεγνή και καθαρή πετσέτα	
Αποκρίνουμε τον χρησιμοποιημένο εξοπλισμό και τοποθετούμε τον ασθενή σε άνετη θέση ανάλογα με την περίπτωση	Πρόληψη διασποράς μικροβίων
Καθαρίζουμε το χώρο γύρω από τον ασθενή δημιουργώντας περιβάλλον άνεσης και χαλάρωσης	Πρόληψη διασποράς μικροβίων
Απορρίπτουμε τα γάντια και πλένουμε τα χέρια μας βάση πρωτοκόλλου	Πρόληψη διασποράς μικροβίων

Εξοπλισμός

- Τροχήλατο
- Λεκάνη με ζεστό νερό
- Προϊόντα μπάνιου και φροντίδας δέρματος (χλωρεξιδίνη 2%, αφρός καθαρισμού)
- Πανάκια Μπάνιου (υγρά με ουδέτερο pH)
- Σφουγγάρι μπάνιου
- Πετσέτες
- Ιματισμός κρεβατιού
- Σάκος - κάδος ακάθαρτου ιματισμού
- Γάντια ,ποδιά αδιάβροχη (μέτρα ατομικής προστασίας)
- Ενυδατική κρέμα

Συγκέντρωση υλικού	Διευκόλυνση προσωπικού και αποφυγή διασποράς μικροβίων στον περιβάλλοντα χώρο
Ευθειάζουμε το κρεβάτι υπολογίζοντας τη γενική κατάσταση του ασθενή	Υπολογίζουμε τη γενική κατάσταση και την αιμοδυναμική σταθερότητα του ασθενή
Φοράμε γάντια	Ατομική προστασία από βιολογικά υγρά
Ξεκινάμε από τα καθαρά σημεία του σώματος και προχωρούμε στα λιγότερο καθαρά	Αποφυγή διασποράς μικροβίων
Πλένουμε ,ξεπλένουμε και στεγνώνουμε με ήπιες κυκλικές κινήσεις	Διέγερση της κυκλοφορίας σε όλα τα σημεία του σώματος
Ομοίως πλένουμε, ξεπλένουμε και στεγνώνουμε γυρνώντας αριστερά και δεξιά την οπίσθια επιφάνεια του κορμού	Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας γίνεται και η αλλαγή κλινοσκεπασμάτων Πλύσιμο και έλεγχος οπίσθιας επιφάνειας ασθενούς Παρατήρηση για τυχόν εκδορές ερυθρότητα κατακλίσεις
Από περιοχή σε περιοχή χρησιμοποιούμε καθαρά υλικά (νερό, σαπούνι ,πανάκια)	Αποφυγή μεταφοράς ρύπων και μικροβίων
Το πλύσιμο στην περινεϊκή περιοχή γίνεται από εμπρός προς τα πίσω	Αποφυγή μεταφοράς μικροβίων από τον πρωκτό στην ουρήθρα ,στον κόλπο ,στο όσχεο
Μετά την ολοκλήρωση του λουτρού κάνουμε επάλειψη του ασθενούς με ενυδατική κρέμα	Διατήρηση της ενυδάτωσης του δέρματος
Αποκρίνουμε το χρησιμοποιημένο εξοπλισμό και τοποθετούμε τον ασθενή σε άνετη θέση ανάλογα με την περίπτωση	Πρόληψη διασποράς μικροβίων
Καθαρίζουμε το χώρο γύρω από τον ασθενή δημιουργώντας περιβάλλον άνεσης και χαλάρωσης	Πρόληψη διασποράς μικροβίων

Απορρίπτουμε τα γάντια και πλένουμε τα χέρια μας σύμφωνα με το πρωτόκολλο	Πρόληψη διασποράς μικροβίων
---	-----------------------------

Γενικές οδηγίες

- Κατά την περιποίηση ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται υπό συνεχές monitoring
- Πριν τις αλλαγές θέσεων και εφόσον κρίνεται απαραίτητο, γίνεται επαρκής οξυγόνωση του ασθενή
- Σύμφωνα με την τελευταία βιβλιογραφία το διάλυμα χλωρεξιδίνης 2% συνδέεται με σημαντική μείωση αποικισμού από συγκεκριμένα βακτήρια και πολυανθεκτικά μικρόβια
- Ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς, μπορεί να απαιτηθούν περισσότερα από ένα λουτρά σώματος την ημέρα

Πρωτόκολλο πρόληψης και θεραπείας ελκών κατάκλισης

Ομάδες ασθενών υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κατακλίσεων

1) Ασθενείς με μειωμένη ή αδυναμία κινητικότητας π.χ.:

- Ασθενείς με κακώσεις νωτιαίου μυελού
- Εγκεφαλικό επεισόδιο
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Μεγάλης ηλικίας ασθενείς
- Ασθενείς με εξασθενημένη φυσική κατάσταση
- Ορθοπεδικοί ασθενείς με κατάγματα λεκάνης σπονδυλικής στήλης, και κάτω άκρων κ.α.

2) Ασθενείς με προβλήματα υγείας που οδηγούν σε βλάβη του περιφερικού συστήματος κυκλοφορίας του αίματος, π.χ.:

- Διαβητικοί
- Ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου
- Νεφροπαθείς

3) Ασθενείς με διαταραχή θρέψης

4) Ασθενείς με προβλήματα ακράτειας

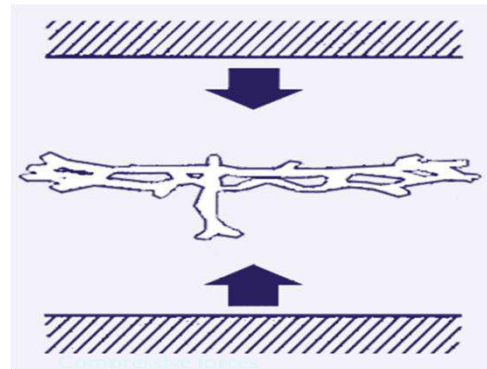
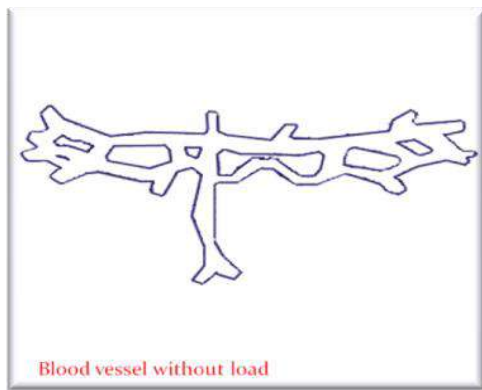
Αίτιο ανάπτυξης κατάκλισης

Κατάκλιση είναι η τοπική καταστροφή του δέρματος και του υποκείμενου ιστού που προκλήθηκε από:

- πίεση
- τριβή
- συνδυασμό των δύο.

Πιέζεται το δέρμα και ο υποδόριος ιστός μεταξύ μιας σκληρής επιφάνειας και ενός οστού, πιέζονται και τα μικρά αγγεία που φέρνουν το αίμα στη συγκεκριμένη περιοχή η οποία τελικά αρχίζει να νεκρώνεται, αφού δεν δέχεται αίμα.

- Η πλειονότητα των κατακλίσεων προκαλείται από άμεση πίεση.
- Οι κατακλίσεις εμφανίζονται συνήθως πάνω από τις οστικές προεξοχές.



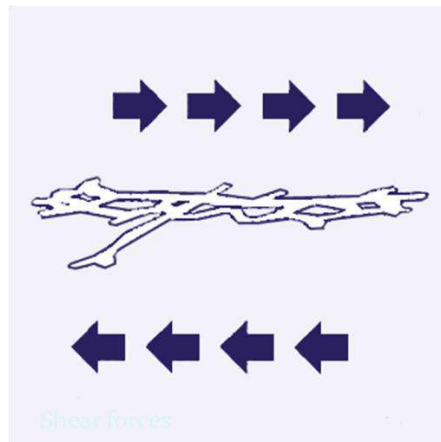
Εικόνα 1 :Αγγεία χωρίς φορτίο-πίεση Εικόνα 2 :Αγγεία με φορτίο-πίεση βάρους.

Τριβή

Λαμβάνει χώρα όταν ο ασθενής μετακινείται με λανθασμένους χειρισμούς π.χ. όταν κατά τη μετακίνηση ενός ασθενούς από το κρεβάτι τον τραβάμε αντί να τον σηκώσουμε.

Είναι πιο συχνό στους ηλικιωμένους ανθρώπους, διότι το δέρμα τους χάνει την ελαστικότητά του.

Η τριβή μπορεί να δημιουργηθεί όταν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος σε σκληρή επιφάνεια, π.χ. χειρουργικό κρεβάτι, αυξάνεται με την παρουσία θερμότητας και υγρασίας π.χ. ασθενείς με προβλήματα ακράτειας ή με αυξημένη θερμοκρασία σώματος.

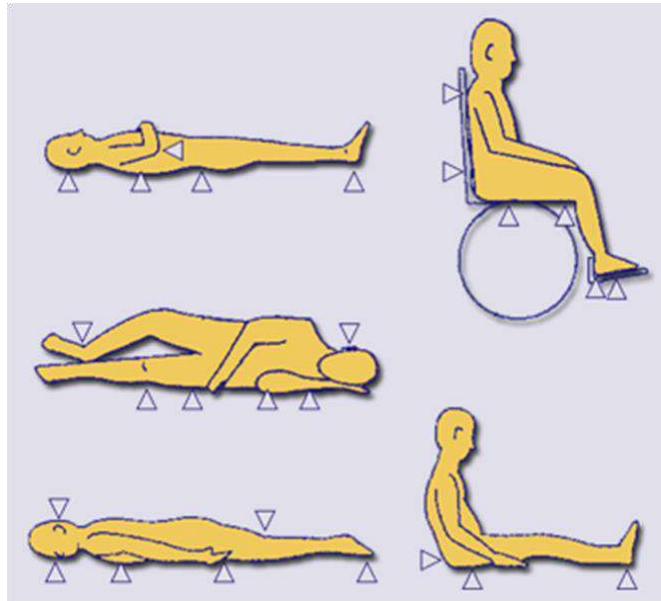


Εικόνα 3:Αγγεία με φορτίο-πίεση βάρους και τριβή.

Περιοχές εμφάνισης κατακλίσεων

Οι κατακλίσεις εμφανίζονται σε περιοχές του σώματος που υπάρχουν οστικές προεξοχές, με πιο συχνές:

- Ιεροκοκκυγική περιοχή .
- Πτέρνες.
- Τροχαντήρες .



Εικόνα 4: Σημεία με συχνότερη εμφάνιση κατακλίσεων.

Εκτίμηση ασθενών υψηλού κινδύνου

Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίζεται η ομάδα ασθενών, η οποία παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων πριν ξεκινήσουμε ένα πρωτόκολλο προληπτικής θεραπείας.

Η εκτίμηση πρέπει να γίνεται συστηματικά .

Στην αρχική εκτίμηση πρέπει να καταγράφονται τα εξής:

- Εκτίμηση κινδύνου ανάπτυξης κατάκλισης βάσει ενός αναγνωρισμένου εργαλείου εκτίμησης βαρύτητας .
- Ιατρικό ιστορικό.
- Προληπτικά μέτρα που έχουν ληφθεί στο παρελθόν.
- Η κατάσταση του δέρματος .
- Ο βαθμός επικινδυνότητας των ασθενών υψηλού κινδύνου θα πρέπει να επανεξετάζεται συχνά και να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη κάθε αλλαγή που παρατηρείται.
- Ακόμη και μικρές αλλαγές στη γενικότερη κατάσταση του ασθενή μπορεί να επιφέρουν δραματικές αλλαγές στην βιωσιμότητα των ιστών.
- Όταν ένας ασθενής διαγνωστεί υψηλής επικινδυνότητας θα πρέπει να ακολουθείται η κατάλληλη αγωγή πρόληψης ανάπτυξης κατάκλισης.

Εκτίμηση κινδύνου

Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης κατάκλισης είναι:

- ακινησία
- ακράτεια
- κακή διατροφή
- άσχημη ψυχική κατάσταση

- ηλικία
- άσχημη φυσική κατάσταση

Σταδιοποίηση

Οι κατακλίσεις σταδιοποιούνται ανάλογα με το βαθμό καταστροφής των ιστών που παρατηρείται.

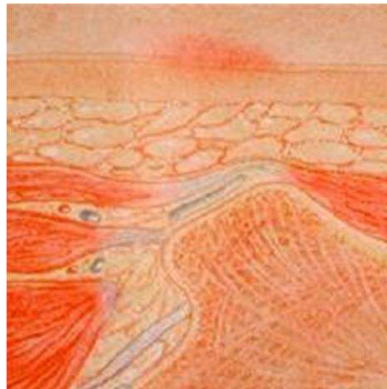
Σύμφωνα με την ΕΡUΑΡ (European Pressure Ulcer Advisory Panel) η σταδιοποίηση περιλαμβάνει 4 στάδια. Έλκη με εσχάρες ή νεκρωμένους ιστούς δε μπορούν να σταδιοποιηθούν αν δεν απομακρυνθεί η εσχάρα ή ο νεκρωμένος ιστός.

Κατάκλιση –στάδιο 1

Ερύθημα δέρματος το οποίο δεν υποχωρεί παρά την άρση της πίεσης για περισσότερο από 20-30 λεπτά.

Άλλες ενδείξεις:

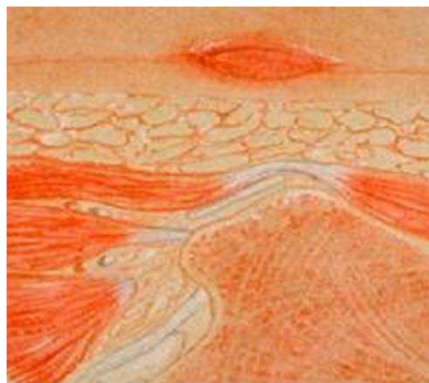
- οίδημα
- αυξημένη θερμοκρασία
- σκληρότητα δέρματος.



Εικόνα 5: κατάκλιση στάδιο 1 (πρώτο).

Κατάκλιση –στάδιο 2

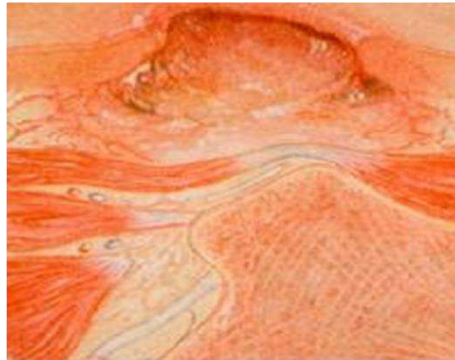
- Μερικού πάχους δερματική βλάβη που περιλαμβάνει επιδερμίδα, δέρμα ή και τις δύο αυτές στοιβάδες.
- Το έλκος είναι επιφανειακό.
- Παρουσιάζεται κλινικά ως εκδορά ή φλύκταινα.



Εικόνα 6:Κατάκλιση –στάδιο 2 (δεύτερο).

Κατάκλιση –στάδιο 3

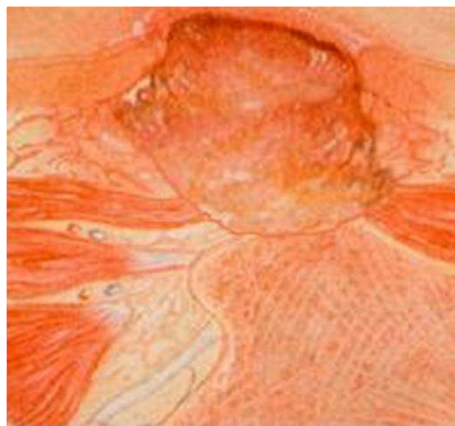
Ολικού πάχους απώλεια δέρματος η οποία περιλαμβάνει καταστροφή ή νέκρωση του υποδόριου ιστού και εκτείνεται σε μεγαλύτερο βάθος, χωρίς να περιλαμβάνει το υποκείμενο περιτόναιο.



Εικόνα 7:Κατάκλιση –στάδιο 3 (τρίτο).

Κατάκλιση –στάδιο 4

Εκτεταμένη καταστροφή, νέκρωση ιστών ή/και βλάβη των μυών, ή/και οστών ή/και τενόντων με ή χωρίς ολικού πάχους απώλεια δέρματος.



Εικόνα 8:Κατάκλιση –στάδιο 4 (τέταρτο)

Πρόληψη κατακλίσεων

Τα πρώτα βήματα για την αποτελεσματική πρόληψη κατακλίσεων είναι:

- προστασία από πίεση και τριβή
- καλή διατροφή
- καλή φροντίδα δέρματος

Αν δεν γίνει άρση της πίεσης που ασκείται τοπικά, τότε όλες οι προσπάθειες για σωστή πρόληψη δεν θα αποφέρουν.

Η σωστή φροντίδα του τραύματος και η επιλογή των κατάλληλων επιθεμάτων δεν θα προάγουν την επούλωση αν το έλκος βρίσκεται σε πίεση.

Φροντίδα δέρματος

Για να διατηρείται το δέρμα σε καλή κατάσταση θα πρέπει να ακολουθείτε τις εξής οδηγίες:

- Θα πρέπει να γίνεται καθημερινή επιθεώρηση του δέρματος με έμφαση στις περιοχές που υπάρχουν οστικές προεξοχές.
- Το δέρμα θα πρέπει να πλένεται με ζεστό νερό και ήπιο καθαριστικό ώστε να μην ξηραίνεται.
- Το δέρμα χρειάζεται να είναι πάντα καθαρό και ενυδατωμένο. Θα πρέπει να αποφεύγεται το τρίψιμο, μασάζ.
- Η καταστροφή του δέρματος λόγω τριβής και διάτμησης μπορεί να μειωθεί με την αλλαγή θέσης του ασθενή, ανύψωση του κρεβατιού, εφαρμογή συγκεκριμένων χειρισμών.
- Στις περιοχές του δέρματος που υπάρχει κάποιο έλκος θα πρέπει να τοποθετείται το κατάλληλο επίθεμα (εντολή γιατρού).

Διατροφή

Στους ασθενείς που ανήκουν στη ομάδα υψηλού κινδύνου θα πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς η διατροφή τους ώστε να λαμβάνουν τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες, με τις απαιτούμενες θερμίδες και αρκετά υγρά. Πολλές φορές μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθούν συμπληρώματα διατροφής και να παρακολουθούνται από διαιτολόγο.

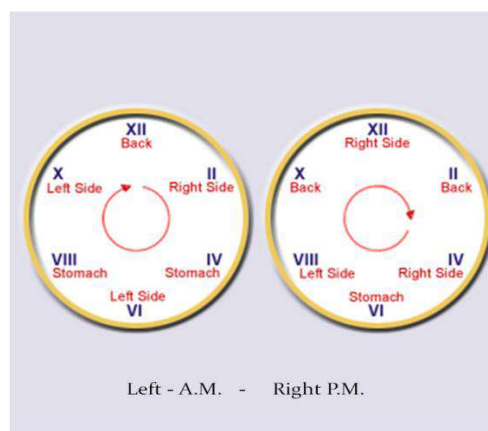
Άρση πίεσης- περιστροφή ασθενή

Οι ασθενείς θα πρέπει να τοποθετούνται ώστε να μην στηρίζονται σε περιοχές που εμφανίζουν ερυθρότητα, απευθείας πάνω σε έλκη ή σε οστικές προεξοχές.

Κατακεκλιμένοι ασθενείς με αυξημένη επικινδυνότητα ανάπτυξης έλκους θα πρέπει να περιστρέφονται ανά 2 ώρες και οι ασθενείς σε αναπηρικό αμαξίδιο ανά 1 ώρα τουλάχιστον.

Στους παραπληγικούς ασθενείς μπορεί να ζητηθεί να σηκώνονται ανά 15 λεπτά για να άρουν την πίεση από τους γλουτούς.

Βοηθά πολλές φορές να δίνεται ένα διάγραμμα στους ασθενείς που να εξηγεί ποια είναι η επόμενη στάση που πρέπει να έχει το σώμα τους.



Εικόνα 9:Διάγραμμα περιστροφής ασθενή με κατάκλιση.

Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν οι συσκευές μείωσης πίεσης (αεροστρώματα), που κάνουν αναδιανομή της πίεσης που συσσωρεύεται στους συνδέσμους των οστών σε μια ευρύτερη περιοχή.

Νοσηλευτική επαγρύπνηση:

Οι συσκευές μείωσης πίεσης δεν αντικαθιστούν τη σωστή φροντίδα του ασθενούς από επαγγελματία υγείας και την περιστροφή του σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Θεραπεία κατακλίσεων

Βάσει των οδηγιών της EPUAP & NPUAP η θεραπεία των κατακλίσεων περιλαμβάνει:

- Απομάκρυνση νεκρωμένου ιστού (απολέπιση).
- Καθαρισμός του έλκους με φυσιολογικό ορό ή καθαρό νερό βρύσης.
- Διαχείριση λοίμωξης.
- Κάλυψη του έλκους με ένα επίθεμα που διατηρεί την κατάλληλη ποσότητα υγρασίας στο έλκος. Επιλέξτε ένα επίθεμα που διαχειρίζεται σωστά το εξίδρωμα.
- Κάλυψη των κοιλοτήτων με τα κατάλληλα επιθέματα- αποφύγετε την άσκηση πίεσης στα τοιχώματα.
- Σκεφτείτε την εναλλακτική της χειρουργικής αποκατάστασης ελκών με ιστικό έλλειμμα που δεν επουλώνουν (Σταδίου 3 και 4), με σύγκλιση, μόσχευμα, κρημνό.
- Φροντίστε σωστά το δέρμα.

Εκτίμηση Κατάκλισης

Εκτιμήστε την κατάκλιση αρχικά για τη θέση, το βαθμό, το μέγεθος, το βάθος τραύματος, εκκρίματα, πόνος και κατάσταση παρακειμένου δέρματος.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να δοθεί στην εντόπιση υποκειμένου ή συριγγώδους σχηματισμού.

Επανεκτιμείστε την κατάκλιση εάν είναι δυνατόν καθημερινά ή τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.

Εάν η κατάσταση του αρρώστου ή του τραύματος επιδεινώνεται, επανεκτιμείστε στο σχέδιο της φροντίδας αμέσως μετά τη διαπίστωση των σημείων επιδείνωσης.

Αξιολόγηση

- Λήψη ιστορικού και φυσική εξέταση
- Πάρτε πλήρες ιστορικό και φυσική εξέταση και αυτό γιατί η κατάκλιση εκτιμάται στο περιεχόμενο της φυσικής και ψυχοκοινωνικής υγείας του ασθενούς. Το ιστορικό αποβλέπει στην εντόπιση των αναγκών.

Κατηγορίες επιθεμάτων

Υδροκολλοειδή επιθέματα

Χρησιμοποιούνται σε έλκη με χαμηλή έως μέτρια ποσότητα εξιδρώματος σε φάση κοκκίωσης-επιθηλιοποίησης.

Αφρώδη και αλγηνικά επιθέματα

Για έλκη με μέτρια έως μεγάλη ποσότητα εξιδρώματος σε φάση κοκκίωσης-επιθηλιοποίησης.

Υδροτριχοειδικά επιθέματα

Διαχειρίζονται άριστα κάθε βαθμό εξιδρώματος και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όλες τις φάσεις επούλωσης.

Υδροτζέλ

Για έλκη στεγνά ή με χαμηλή ποσότητα εξιδρώματος που παρουσιάζουν νεκρωτικούς ιστούς, εσχάρεις.

Αλγηνικό κορδόνι

Για έλκη με μέτρια έως μεγάλη ποσότητα εξιδρώματος και κοιλότητα.

Αφρώδη Επιθέματα με άργυρο

Για διαρκή αντιβακτηριδιακή δράση στην επιφάνεια του έλκους και στο επίθεμα.

Για αποτελεσματική διαχείριση του εξιδρώματος και υγρή μέθοδος επούλωσης και φραγμό στα εξωτερικά υγρά και βακτηρίδια.

Αφρώδη επιθέματα με Ιμπουπροφαίνη

Για επώδυνα εξιδρωματικά έλκη.

Για τοπική θεραπεία του πόνου χωρίς συστηματικές αντιδράσεις.

Μειώνει τον πόνο καθόλη τη διάρκεια εφαρμογής

Μη παρεμβατικές θεραπείες

Οι μη παρεμβατικές θεραπείες των κατακλίσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί, βασίζονται στην αλληλεπίδραση ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας (ορατού φωτός) και ιστών. Το είδος των φωτεινών πηγών που χρησιμοποιούνται διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες:

- το φυσικό φως,
- πολωμένο φως με λυχνίες, και
- ακτίνες soft LASER.

Άλλη μη παρεμβατική θεραπευτική παρέμβαση είναι η αγωγή με προνύμφες για τον καθαρισμό των κατακλίσεων από νεκρωμένους ιστούς ή από διάφορα μικρόβια και ιδιαίτερα από τον σταφυλόκοκκο. Η θεραπεία με τις προνύμφες ονομάζεται και βιο-χειρουργική. Καλλιεργούνται προνύμφες από ένα είδος μύγας, την greenbottle. Ο λόγος που χρησιμοποιείται είναι ότι με την συχνή και την ποικίλη χρήση των αντιβιοτικών έχουν δημιουργηθεί ανθεκτικές μορφές μικροβίων με αποτέλεσμα να είναι εξαιρετικά δύσκολη η εξουδετέρωση τους.

Πρωτόκολλο ασφαλούς αποθήκευσης αποστειρωμένου υλικού

ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΟΝΟΥ ΖΩΗΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ - ΟΛΛΑΝΔΙΚΗ ΟΔΗΓΙΑ

ΥΛΙΚΑ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΙ
1. ΜΟΝΟ ΠΑΚΕΤΑΡΙΣΜΑ	
ΑΠΛΟ ΧΑΡΤΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	20
ΧΑΡΤΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΤΥΠΟΥ NON-WOVEN	40
ΧΑΡΤΙΝΗ ΘΗΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΗ ΘΗΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	40
ΘΕΡΜΟΣΥΓΚΟΛΛΟΥΜΕΝΗ ΘΗΚΗ / ΡΟΛΛΟΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ (ΧΑΡΤΙ / ΦΙΛΜ)	80
ΚΟΥΤΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΜΕ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ NON-WOVEN	210
2. ΔΙΠΛΟ ΠΑΚΕΤΑΡΙΣΜΑ	
ΑΠΛΟ ΧΑΡΤΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	60
ΧΑΡΤΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΤΥΠΟΥ NON-WOVEN	80
ΧΑΡΤΙΝΗ ΘΗΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΗ ΘΗΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	80
ΘΕΡΜΟΣΥΓΚΟΛΛΟΥΜΕΝΗ ΘΗΚΗ / ΡΟΛΛΟΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ (ΧΑΡΤΙ / ΦΙΛΜ)	100
ΚΟΥΤΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	250
3. ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ	
DUST COVER	400
ΚΛΕΙΣΤΟ ΚΟΥΤΙ	250
4. ΤΡΟΠΟΣ ΦΥΛΑΞΗΣ ΤΟΥ ΣΤΕΙΡΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	
ΣΕ ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΡΟΛΛΕΥ	0
ΣΕ ΑΝΟΙΚΤΕΣ ΝΤΟΥΛΑΠΕΣ Ή ΡΑΦΙΑ	0
ΣΕ ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΝΤΟΥΛΑΠΕΣ	100
5. ΧΩΡΟΣ ΦΥΛΑΞΗΣ ΤΟΥ ΣΤΕΙΡΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	
ΣΤΟΝ ΔΙΔΑΡΟΜΟ Ή ΣΕ ΔΩΜΑΤΙΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	0
ΣΕ ΔΩΜΑΤΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ή ΣΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ	50
ΣΕ ΑΠΟΘΗΚΗ ΦΥΛΑΞΗΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ	75
ΣΕ ΑΠΟΘΗΚΗ ΦΥΛΑΞΗΣ ΣΤΕΙΡΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ	250
ΣΕ ΑΠΟΘΗΚΗ ΦΥΛΑΞΗΣ ΣΤΕΙΡΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	300
ΣΕ ΑΠΟΘΗΚΗ ΦΥΛΑΞΗΣ ΣΤΕΙΡΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ	300

ΧΕΙΡΡΙΚΗ

ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ

ΕΚΤΙΜΕΙΣΤΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΖΩΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ, ΠΡΟΣΘΕΤΩΝΤΑΣ
ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΒΑΘΜΟΥΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΑΣ

ΣΥΝΟΛΟ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ	ΧΡΟΝΟΣ ΖΩΗΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ
1 - 25	24 ΩΡΕΣ
26 - 50	1 ΕΒΔΟΜΑΔΑ
51 - 100	1 ΜΗΝΑ
101 - 200	2 ΜΗΝΕΣ
201 - 300	3 ΜΗΝΕΣ
301 - 400	6 ΜΗΝΕΣ
401 - 600	1 ΧΡΟΝΟΣ
601 - 750	2 ΧΡΟΝΙΑ
750 ΚΑΙ ΑΝΩ	5 ΧΡΟΝΙΑ

Το πρωτόκολλο για την αποθήκευση του αποστειρωμένου υλικού δημιουργήθηκε από τη Νοσηλευτική Υπηρεσία του «Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο»

Εμείς το προσαρμόσαμε στις συνθήκες που επικρατούν στο Νοσοκομείο μας.

ΣΚΟΠΟΣ

Η εξασφάλιση ότι τα αποστειρωμένα πακέτα με υλικά και εργαλεία θα παραμείνουν ασφαλή και άθικτα μέχρι να χρησιμοποιηθούν στον ασθενή.

Εφαρμογή πρωτοκόλλου

1. Τα πακέτα πρέπει να στεγνώνουν και να κρύνουν εντός του κλιβάνου πριν εκτεθούν σε οποιαδήποτε διαδικασία.

Αιτιολόγηση: Τα καυτά ή υγρά πακέτα εργαλείων λειτουργούν σαν θρεπτικό υλικό, απορροφώντας υγρασία και ως εκ τούτου βακτήρια από τα χέρια και το περιβάλλον. Τα υγρά πακέτα σκίζονται ευκολότερα.

2. Πακέτα εργαλείων ή ιματισμού που μόλις έχουν αποστειρωθεί δεν τοποθετούνται σε μεταλλικές ή κρύες επιφάνειες.

Αιτιολόγηση: τα πακέτα υγρασιούνται λόγω της διαφοράς θερμοκρασίας με αποτέλεσμα να εκτίθενται σε κίνδυνο μόλυνσης.

3. Τα μεταλλικά κυτία εργαλείων απομακρύνονται από τον κλίβανο λίγο πριν ολοκληρωθεί η διαδικασία κρνώματος των πακέτων.

Αιτιολόγηση: τα κυτία παρέχουν πλήρη προστασία από μόνα τους στο περιεχόμενο και δεν υπόκεινται στο φαινόμενο της υγρασιοποίησης.

4. Τα αποστειρωμένα σετ εργαλείων και τα πακέτα ιματισμού πρέπει να ελέγχονται και να καταγράφονται πριν από οποιαδήποτε μετακίνηση τους από την Κ.Α.

Αιτιολόγηση: ο έλεγχος και η καταγραφή των αντικειμένων μειώνει την πιθανότητα λάθους στην αλυσίδα της αποστείρωσης.

5. Τα αποστειρωμένα εργαλεία και τα πακέτα ιματισμού πρέπει να τοποθετούνται με προσοχή και να μεταφέρονται με ενδεδειγμένο για αυτή τη χρήση μέσο μεταφοράς.

Αιτιολόγηση: η μεταφορά πρέπει να γίνει με πλήρη ασφάλεια για το φορτίο ώστε να αποφευχθεί οποιοσδήποτε επιμολυντικός παράγοντας για τα εργαλεία ή τον ιματισμό.

6. Ο αποθηκευτικός χώρος των αποστειρωμένων υλικών πρέπει να είναι σε ξεχωριστό κλειστό χώρο με περιορισμένη προσβασιμότητα.

Αιτιολόγηση: μειώνονται οι πιθανότητες ακούσιας μόλυνσης.

7. Ο χώρος που τοποθετούνται τα πακέτα των εργαλείων και του ιματισμού, δεν πρέπει να είναι κοντά σε νεροχύτες και να είναι ασφαλή όσον αφορά τη σκόνη, την υγρασία και τα έντομα.

Η θερμοκρασία δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 40 βαθμούς C° και η υγρασία το 70%.

Αιτιολόγηση: ο μεγαλύτερος κίνδυνος των συσκευασμένων υλικών είναι η υγρασία γιατί αυτομάτως οδηγεί σε συνθήκες μόλυνσης, οπότε η ορθή χωροταξία προλαμβάνει τους κινδύνους επιμόλυνσης.

8. Τα αποστειρωμένα εργαλεία πρέπει να τοποθετούνται τουλάχιστον 20 εκατοστά από το έδαφος, 15 εκατοστά από την οροφή και 5 εκατοστά από τους εξωτερικούς τοίχους.

Αιτιολόγηση: ο χώρος αποθήκευσης πρέπει να παρέχει τη δυνατότητα για καλή κυκλοφορία του αέρα και εύκολο καθαρισμό των ραφιών.

9. Τα ράφια στο χώρο αποθήκευσης πρέπει να καθαρίζονται μία φορά εβδομαδιαίως με τα κατάλληλα απολυμαντικά καθαριστικά.

Αιτιολόγηση: ο τακτικός καθαρισμός του χώρου απομακρύνει τη σκόνη και εξασφαλίζει ασφαλείς συνθήκες για την αποθήκευση.

10. Τα αποστειρωμένα αντικείμενα δεν πρέπει να αποθηκεύονται μαζί με άλλα αντικείμενα που δεν έχουν κλινική χρήση (π.χ. γραφική ύλη ή υλικά καθαρισμού).

Αιτιολόγηση: η πρόσβαση σε είδη που δεν έχουν κλινική χρήση είναι πιο εύκολη και πιο τακτική και αυτό αυξάνει τον κίνδυνο για την παραβίαση της στειρότητας των υλικών.

11. Τα αποστειρωμένα πακέτα που τοποθετούνται εντός της χειρουργικής αίθουσας πρέπει να είναι ασφαλισμένα σε κλειστή ντουλάπα και να μην είναι εκτεθειμένα στο περιβάλλον του χειρουργείου. Δεν τα τοποθετούμε στο βοηθητικό πάγκο.

12. Τα υλικά ή τα εργαλεία μιας χρήσης πρέπει να παραμένουν στη βιομηχανική συσκευασία τους και να μην εκτίθενται στον ήλιο, μέχρι να χρησιμοποιηθούν στον ασθενή.

Αιτιολογία: αυτού του είδους τα αντικείμενα είναι σε μονή αποστειρωμένη συσκευασία πολυαιθυλενίου με κίνδυνο αλλοίωσης της στειρότητας τους.

13. Η τοποθέτηση των αποστειρωμένων υλικών στο χώρο αποθήκευσης πρέπει να γίνεται με βάση την ημερομηνία αποστείρωσης, τα παλαιότερα μπροστά.

Αιτιολογία: εξοικονομούμε έργο και χρόνο με την μη επαναποστείρωση υλικού που έχει λήξει.

14. Αποφεύγουμε τη χωρίς λόγο μετακίνηση του αποστειρωμένου υλικού.

Αιτιολόγηση: μείωση της πιθανότητας ακούσιας μόλυνσης.

Τοποθέτηση φροντίδα και διατήρηση της βατότητας των περιφερικών καθετήρων

Εισαγωγή

Η τοποθέτηση περιφερικού καθετήρα αποτελεί μια επεμβατική διαδικασία που συχνά προκαλεί συναισθηματική δυσφορία και αναστάτωση στα παιδιά. Η ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων, υγρών και θρεπτικών ουσιών αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές νοσηλευτικές κλινικές πρακτικές και η τοποθέτηση ενός περιφερικού φλεβικού καθετήρα (PVC) είναι η πιο κοινή μέθοδος για τη χορήγησή τους. Η εξασφάλιση της βατότητας του φλεβοκαθετήρα για μεγάλο διάστημα, αποτελεί προτεραιότητα για τον παιδιατρικό νοσηλευτή.



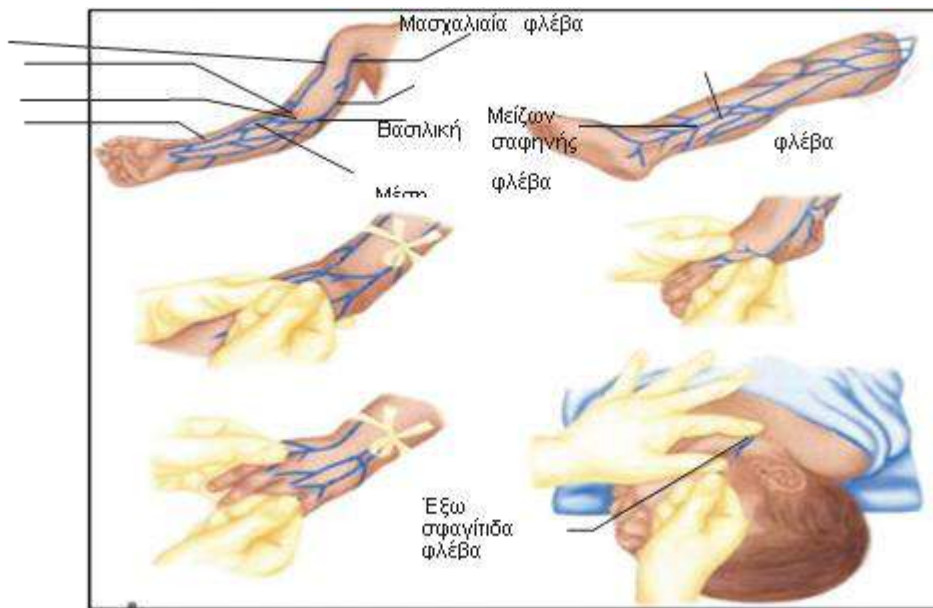
Επιλογή σημείου προσπέλασης

Τι πρέπει να γνωρίζουν οι νοσηλευτές / επαγγελματίες υγείας

- **Το σκοπό**, την διάρκεια της έγχυσης, το είδος και την ποσότητα των διαλυμάτων που θα χορηγηθούν
- **Τα χαρακτηριστικά του αγγείου**. Η φλέβα να είναι **ορατή**, ευθεία, ψηλαφητή και σταθερή με εύρος μεγαλύτερο από την διάμετρο της βελόνης ή του φλεβοκαθετήρα
- **Την ακεραιότητα της φλέβας**. Στην περιοχή της φλεβοκέντησης να μην υπάρχει οίδημα, ουλή, φλεγμονή, και θρομβωμένες φλέβες προηγούμενων φλεβοκεντήσεων

Τη θέση του αγγείου. Αποφύγετε την τοποθέτηση σε αγγείο στον αγκώνα και στην πηχεοκαρπική άρθρωση λόγω περιορισμού της κινητικότητας. Οι επιφανειακές φλέβες των άνω άκρων προτιμώνται έναντι αυτών των κάτω για περιφερική πρόσβαση, λόγω του ότι δεν εμποδίζουν την κινητικότητα των ασθενών και έχουν λιγότερο κίνδυνο για φλεβίτιδες

Οι φλέβες στο τριχωτό της κεφαλής είναι εύκολα προσβάσιμες σε βρέφη. Αλλά θα πρέπει να επιλέγονται μόνο σαν έσχατη επιλογή (βλ. **Εικόνα 1**) αφαιρούνται μόνο όταν παρουσιάζονται επιπλοκές.



ΕΙΚΟΝΑ 1

Τοποθέτηση Περιφερικού Φλεβικού Καθετήρα (ΠΦΚ)

Πράξη διαδερμικής εισαγωγής μιας βελόνας ή καθετήρα μέσα στην φλέβα η οποία απαιτεί:

- Άσηπτη τεχνική, (Aseptic Non Touch Technique – ANTT). Ο όρος ANTT αναφέρεται στην τροποποιημένη άσηπτη τεχνική, κατά την οποία λαμβάνονται μέτρα ώστε να μην ακουμπάμε (non touch) καίρια σημεία (key points) κατά τον χειρισμό αποστειρωμένου υλικού. Σκοπός είναι η διατήρηση της ασηψίας τους στην εκτέλεση της τεχνικής και η μείωση του κινδύνου μεταφοράς παθογόνων μικροοργανισμών από το περιβάλλον / νοσηλευτή στον ασθενή
- Πριν την φλεβοκέντηση καλό πλύσιμο και στέγνωμα των χεριών ή χρήση αλκοολούχου διαλύματος. Αν απαιτείται η χρήση γαντιών θα πρέπει να αλλάζονται από ασθενή σε ασθενή
- Αντισηψία με αποστειρωμένη γάζα ή τολύπιο εμποτισμένο με οινόπνευμα, ή με χλωρεξιδίνη 2% σε 70% διάλυμα οινόπνευματος, ξεκινώντας από το κέντρο του σημείου φλεβοκέντησης και προς τα έξω με κυκλική φορά για 30 δευτερόλεπτα
- Στέγνωμα της περιοχής για λίγα δευτερόλεπτα

Σημαντικό

Το σημείο στο οποίο έχει γίνει αντισηψία και θα γίνει η φλεβοκέντηση θα πρέπει να διατηρείται καθαρό έως την ολοκλήρωση της διαδικασίας

Τι διάλυμα πρέπει να χρησιμοποιούμε για τη διατήρηση της βατότητας των ΠΦΚ

Διάλυμα NaCl 0,9%	Διάλυμα Ηπαρίνης
Το διάλυμα NaCl 0,9%, ανήκει στα κρυσταλοειδή διαλύματα και λόγω της ισοτονικής του συγκέντρωσης είναι ευρέως χρησιμοποιούμενο	Η ηπαρίνη ακόμα και σε μικρές δόσεις είναι ικανή να προκαλέσει αιμορραγία σε ασθενείς, όταν αυτή χρησιμοποιείται για ανεξέλεγκτο αριθμό εκπλύσεων
Χρησιμοποιείται για την έκπλυση στις ενδοφλέβιες εγχύσεις, στην περιποίηση τραυμάτων κ.α.	Επαναλαμβανόμενες εκπλύσεις με ηπαρινούχο διάλυμα ακόμα και με μικρές δόσεις ηπαρίνης είναι ικανές να μεταβάλουν τον χρόνο της ενεργοποιημένης θρομβοπλαστίνης (σχετίζεται με την πήξη του αίματος)
Το διάλυμα NaCl 0,9%, για τους παιδιατρικούς ασθενείς ενδείκνυται διότι διατηρεί την βατότητα του φλεβοκαθετήρα μειώνοντας τους κινδύνους, που ενέχει η χρήση της ηπαρίνης	Η άσκοπη χρήση της ηπαρίνης πρέπει να αποφεύγεται, καθώς υπάρχουν κίνδυνοι για ενδοκοιλιακή και εγκεφαλική αιμορραγία (κυρίως σε νεογνήτα) θρομβοκυτταροπενία, υπερευαισθησία στην ηπαρίνη, αλληλεπίδραση με φάρμακα και αλλεργικές αντιδράσεις
Η αύξηση του χρόνου παραμονής των ΠΦΚ αυξάνει την πιθανότητα επιπλοκών, όπως η απόφραξη και η λοίμωξη του καθετήρα. Είναι σημαντικό μετά από κάθε ενδοφλέβια έγχυση να γίνεται έκπλυση του καθετήρα με αιμοσυμβατή λύση όπως το διάλυμα NaCl 0,9% σύμφωνα με το Διεθνές Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων	Αν και οι παρενέργειες από την χρήση ηπαρινούχου διαλύματος δεν είναι συχνές εντούτοις είναι πιθανόν να παρατηρηθούν τα εξής: αιμορραγία, εκχυμώσεις, κνησμός, ερεθισμός του δέρματος, αιματηρές ή μέλανες κενώσεις
Το Διεθνές Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων (CDC) δεν συνιστά τη συστηματική χρήση ηπαρίνης, για να αποφευχθούν επιπλοκές, σε όλους τους τύπους φλεβικών καθετήρων	

Flushing (έκπλυση) και Locking (κλείσιμο) του ΠΦΚ

Πότε γίνεται

Η έκπλυση θα πρέπει να γίνεται αμέσως μετά από την τοποθέτηση του φλεβοκαθετήρα. Έκπλυση με NaCl 0,9% μετά τη χορήγηση κάθε φαρμάκου έχει σαν αποτέλεσμα την αποφυγή επαφής των φαρμάκων μεταξύ τους και κατ' επέκταση την αποφυγή δημιουργίας ιζήματος, που θα προκαλούσε διαταραχή στη βατότητα του καθετήρα.

Κατά τη συστηματική χορήγηση φαρμάκου θα πρέπει να ξεπλένουμε με NaCl 0,9% τη φλεβική γραμμή και να διατηρούμε τη βατότητά της για να την ξαναχρησιμοποιήσουμε. Για να το επιτύχουμε αυτό θα πρέπει να γίνεται έκπλυση συστηματικά ανά 6ωρο στην φλέβα, με ποσότητα ίση με τη χωρητικότητα του συνδετικού ασφαλείας επί 2 (δηλ. 0,3 ml η χωρητικότητα του συνδετικού x 2 = 0,6 ml).

Αντίθετα, όταν ο καθετήρας δεν χρησιμοποιείται θα πρέπει να γίνεται έκπλυση κάθε 12 ώρες μόνο με 1 ml ηπαρινούχου διαλύματος.

Προσοχή

- Ανάλογα με την φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται μπορεί να μην ενδείκνυται ούτε η χρήση ηπαρινούχου διαλύματος, ούτε η χρήση διαλύματος NaCl 0,9% για την έκπλυση λόγω του ότι αλληλεπιδρούν με το χορηγούμενο φάρμακο
- Για παράδειγμα, τα φάρμακα αμφοτερικίνη Β, ανοσοσφαιρίνη αφού χορηγηθούν ενδείκνυται η έκπλυση να γίνεται με δεξτρόζη 5%, διότι δεν αλληλεπιδρά με αυτά τα φάρμακα και προλαμβάνει την δημιουργία θρόμβου

Αφαίρεση ΠΦΚ

- Διακοπή έγχυσης και αποσύνδεση από το συνδετικό
- Αφαίρεση αυτοκόλλητης ταινίας από το δέρμα
- Απόσυρση του καθετήρα εκτός φλέβας και άμεση εφαρμογή πίεσης με γάζα για τουλάχιστον 5 λεπτά
- Τοποθετήστε γάζα ή ένα κομμάτι τολύπιο με αυτοκόλλητη ταινία πάνω στην περιοχή και ενημερώνουμε τον ασθενή ή συνοδό να εφαρμόσει πίεση με το χέρι για 5-10 λεπτά ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα αιματώματος

Επιστημονική Επιμέλεια Μάτζιου - Μεγαπάνου Βασιλική Βλαχιώτη Ευφροσύνη

Μέτρηση Σακχάρου Τριχοειδικού Αίματος

Εισαγωγή -Ορισμοί Οι φυσιολογικές τιμές του σακχάρου αίματος κυμαίνονται από 60 έως 100 mg/dl. Η τιμή σακχάρου αίματος μετά το φαγητό αυξάνεται φυσιολογικά έως 140 mg/dl. Τα άτομα με διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 εμφανίζουν τιμές σακχάρου χαμηλότερες ή υψηλότερες από το φυσιολογικό.

ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ: Η ελάττωση των επιπέδων του σακχάρου του αίματος <60mg/dl, που εκδηλώνεται με συγκεκριμένα συμπτώματα και σημεία.

ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ: Η αύξηση των επιπέδων του σακχάρου του αίματος >200mg/dl που εκδηλώνεται με πολουρία, πολυδιψία, πολυφαγία, αδυναμία και κόπωση, κυρίως σε τιμές >250-300 mg/dl. Οι υψηλές τιμές του σακχάρου αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε επείγουσα (υπεργλυκαιμία χωρίς κετοξέωση, κετοξέωση, υπερωσμωτικό μη κετωτικό κώμα).

ΦΟΡΗΤΟΣ ΜΕΤΡΗΤΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ: Συσκευή που προορίζεται για τη μέτρηση των επιπέδων του σακχάρου (mg/dl ή mmol/l) σε δείγμα τριχοειδικού αίματος, με ειδικές ταινίες ελέγχου. Ο μετρητής είναι αξιόπιστος, όταν ακολουθείται η σωστή διαδικασία μέτρησης.

ΕΥΘΥΝΕΣ-ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για

- Τον έλεγχο της σωστής λειτουργίας του μετρητή σακχάρου
- Τη σωστή μέτρηση του σακχάρου
- Την καταγραφή των τιμών σακχάρου στο ειδικό διάγραμμα
- Την ενημέρωση του ιατρού για την τιμή του σακχάρου
- Τη χορήγηση ινσουλίνης εφόσον απαιτείται, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- Την παρακολούθηση του ασθενή

4.ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

- ο Μέτρηση του σακχάρου πριν τη χορήγηση ινσουλίνης στον ασθενή
- ο Χορήγηση ινσουλίνης μετά από ιατρική οδηγία
- ο Τήρηση του διατολογίου και των ωρών σίτισης του ασθενή
- ο Ενημέρωση του ιατρού σε περίπτωση αλλαγής της κλινικής εικόνας του ασθενή ή σε περίπτωση που οι σακχάρου αποκλίνουν από τις φυσιολογικές
- ο Εφαρμογή της υγιεινής των χεριών
- ο Τήρηση των βασικών προφυλάξεων επαφής
- ο Καθαρισμός των υπολειμμάτων αίματος από τον μετρητή και απολύμανση του μετρητή, μετά από κάθε χρήση σε ασθενή
- ο Αντισηψία δέρματος και καλό στέγνωμα του αντισηπτικού, πριν τη μέτρηση
- ο Έλεγχος της ημερομηνίας λήξης των ταινιών ελέγχου πριν τη χρήση.
- ο Βαθμονόμηση του μετρητή σε τακτά χρονικά διαστήματα σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή
- ο Ταυτοποίηση του κωδικού παρτίδας της ταινίας ελέγχου με τον κωδικό που εμφανίζεται στην οθόνη του μετρητή
- ο Φύλαξη των ταινιών σε μέρος δροσερό, χωρίς υγρασία
- ο Απαγορεύεται η επανατοποθέτηση του καλύμματος της βελόνας ινσουλίνης μετά τη χρήση

5.ΥΛΙΚΟ

- ο Μετρητής σακχάρου
- ο Ταινίες ελέγχου
- ο Σκαρφιστήρας μίας χρήσης ή αποστειρωμένη βελόνα ινσουλίνης
- ο Γάντια
- ο Τολύπιο βάμβακος
- ο Αλκοολούχο αντισηπτικό
- ο Νεφροειδές

6.ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- 1.Προετοιμάστε το υλικό
- 2.Ελέγξτε της ημερομηνίας λήξης των ταινιών ελέγχου
- 3.Βαθμονομήστε τον μετρητή με τον κωδικό της παρτίδας, αν ανοιχθεί καινούργιο κουτί ταινιών
- 4.Ταυτοποιείτε τον ασθενή
- 5.Ενημερώστε τον ασθενή για τη διαδικασία
- 6.Εφαρμόστε υγιεινή των χεριών
- 7.Φορέστε γάντια
- 8.Εφαρμόστε αντισηπτικό στο άκρο του δακτύλου του ασθενή και αφήστε να στεγνώσει καλά
- 9.Ενεργοποιήστε τον μετρητή
- 10.Τοποθετήστε την ταινία στην εσοχή του μετρητή και αναμένετε για την εμφάνιση του εικονιδίου της σταγόνας αίματος, στην οθόνη
- 11.Ταυτοποιείτε τον κωδικό παρτίδας της ταινίας με τον κωδικό στην οθόνη του μετρητή
- 12.Τρυπήστε το άκρο του δακτύλου του ασθενή με σκαρφιστήρα ή βελόνα ινσουλίνης, σε μικρό βάθος.
- 13.Προτιμάται το τρύπημα στα πλάγια του δακτύλου.
- 14.Εναλλαγή δακτύλου και θέση τρυπήματος
- 15.Εφαρμόστε ελαφρά πίεση στο δάκτυλο, ώστε να σχηματιστεί μια μικρή σταγόνα αίματος
- 16.Εναποθέστε τη σταγόνα αίματος στην ταινία ελέγχου και αναμένετε έως ότου εμφανιστεί το αποτέλεσμα στην οθόνη.
- 17.Όταν η δοκιμαστική ταινία αναρροφήσει αρκετό αίμα, ο μετρητής εκπέμπει έναν ήχο και η μέτρηση αρχίζει αυτόματα
- 18.Σκουπίστε το σημείο τρυπήματος με ένα στεγνό βαμβάκι ή γάζα
- 19.Απορρίψτε το χρησιμοποιημένο υλικό στον ειδικό κάδο καταλλήλως
- 20.Απολυμάνετε τον μετρητή μετά τη χρήση
- 21.Εφαρμόστε υγιεινή των χεριών

22.Ενημερώστε τον ιατρό για την τιμή του σακχάρου

23.Καταγράψτε την τιμή του σακχάρου στο ειδικό διάγραμμα

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

1.Μετρήστε το σάκχαρο αίματος σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

2.Παρακολουθήστε τον ασθενή για συμπτώματα ή σημεία υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας

3.Ενημερώστε τον ιατρό σε οποιαδήποτε αιφνίδια αλλαγή της κλινικής εικόνας του ασθενή.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΓΚΑΣΙΩΝΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

Ρινογαστρική διασωλήνωση

Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα

Υλικά:

- Ρινογαστρικός καθετήρας (No 12F-18F)
- Γάντια μιας χρήσεως
- Σύριγγα 60 ml με μεγάλο μπεκ
- Νεφροειδή μιας χρήσης
- Τετράγωνο μιας χρήσης αδιάβροχο
- Ποτήρι με νερό
- Στηθοσκόπιο
- Λευκοπλάστ – ψαλίδι
- Σάκος παροχετεύσεως ή πώμα Levin
- Νεφροειδές - χαρτοβάμβακας

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Συστηνόμεστε στον ασθενή και ταυτοποιούμε τα στοιχεία του	Αποφυγή λαθών
Εξηγούμε στον ασθενή τη διαδικασία, και το σκοπό της τοποθέτησης του ρινογαστρικού σωλήνα	Μείωση του άγχους του ασθενή και εξασφάλιση της συνεργασίας του
Αξιολογούμε τη βατότητα των ρωθώνων του ασθενή. Καθαρίζουμε αν είναι απαραίτητο	Με την εύρεση του καταλληλότερου ρώθωνα, εξασφαλίζουμε καλύτερη δίοδο του σωλήνα
Τοποθετούμε τον ασθενή σε θέση fowler	Η θέση αυτή διευκολύνει την είσοδο του σωλήνα στο στομάχι καθώς και τις κινήσεις κατάποσης και την πόση του νερού
Πλένουμε τα χέρια μας και εφαρμόζουμε αντισηπτικό διάλυμα	Ελαχιστοποίηση της μετάδοσης μικροοργανισμών
Οργάνωση των υλικών μας και συγκέντρωση σε προσβάσιμη θέση	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και εξοικονόμηση κινήσεων
Απομάκρυνση επισκεπτών και τοποθέτηση παραβάν	Προστασία ασθενούς από την παρουσία επισκεπτών, τα βλέμματα άλλων ασθενών όταν υπάρχουν
Δίνουμε στον άρρωστο χαρτοβάμβακα και τοποθετούμε κοντά του νεφροειδές	Σκουπίζει τα δάκρυά του και τις εκκρίσεις κατά την εισαγωγή του σωλήνα
Μετράμε το μήκος της τεθλασμένης γραμμής από τη μύτη ως το λοβίο του αυτιού και ως το τέλος της ξιφοειδούς απόφυσης	Επιβεβαίωση ότι ο ρινογαστρικός είναι στο στομάχι
Φοράμε γάντια μιας χρήσης	Προστασία από τυχόν έκθεση σε βιολογικά υγρά
Επαλείφουμε το άκρο του καθετήρα με xylocaine gel	Διευκόλυνση εισόδου του καθετήρα με μείωση τριβής στο βλεννογόνο
Τοποθετούμε τον καθετήρα στο ρώθωνα και τον προωθούμε προς τα πίσω	Διευκόλυνση της εισόδου
Όταν ο σωλήνας φτάσει στο φάρυγγα, προτρέπουμε τον ασθενή να κάνει καταποτικές κινήσεις, χρησιμοποιώντας λίγο νερό	Με την κάμψη του κεφαλιού κλείνει η είσοδος του λάρυγγα και διευκολύνεται η προώθηση του καθετήρα στον οισοφάγο.

κάμπτοντας το κεφάλι στο θώρακα και αναπνέοντας επιτόλαια	Η κατάποση παρεμποδίζει την είσοδο του καθετήρα στην τραχεία. Οι αναπνοές περιορίζουν το φαρυγγικό αντανάκλαστικό που μπορεί να δυσκολέψει την είσοδο του καθετήρα
Προωθούμε τον καθετήρα με ήπιες και σταθερές κινήσεις στον οισοφάγο και στη συνέχεια στο στομάχι. Ελέγχουμε το στόμα για τυχόν αναδίπλωση του καθετήρα σε αυτό	Για να μην υπάρξει τραυματισμός οισοφάγου
Παρακολουθούμε τον άρρωστο για συμπτώματα όπως ανησυχία, βήχα, ερυθρότητα προσώπου, δύσπνοια, βραχνάδα της φωνής, είσοδο και έξοδο αέρα από το σωλήνα στην κάθε αναπνοή και κυάνωση. Στην παρουσία αυτών των συμπτωμάτων αφαιρούμε τον σωλήνα	Τα συμπτώματα αυτά δηλώνουν ότι ο σωλήνας βρίσκεται στην τραχεία
Επιβεβαιώνουμε τη σωστή θέση του καθετήρα στο στομάχι με εισαγωγή αέρα(10 -20 ml) και ταυτόχρονα τοποθετούμε το στηθοσκόπιο στο επιγάστριο για να ακούσουμε τον ήχο του αέρα	Εισάγουμε αέρα και όχι νερό για αποφυγή πιθανής εισρόφησης
Στερεώνουμε τον καθετήρα με λευκοπλάστ στη μύτη	Προλαμβάνεται η μετατόπιση του καθετήρα και ο ασθενής κινείται χωρίς να αισθάνεται το δυσάρεστο συναίσθημα της μετακίνησης του σωλήνα
Συνδέουμε το σωλήνα με το σάκο παροχέτευσης	Επιτυγχάνεται η εκκένωση του στομάχου
Απομακρύνουμε το υλικό που χρησιμοποιήθηκε	Στο άμεσο περιβάλλον του αρρώστου δεν πρέπει να του θυμίζει δυσάρεστες εμπειρίες
Δίνουμε στον άρρωστο απαραίτητες πληροφορίες όπως το ότι δεν πρέπει να λαμβάνει τίποτα από το στόμα	Ικανοποιείται η ανάγκη του αρρώστου να γνωρίζει τι του συμβαίνει περιορίζοντας τα τυχόν δυσάρεστα συμβάντα της νοσηλείας



Αφαίρεση ρινογαστρικού σωλήνα

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Τοποθετούμε τον ασθενή σε θέση fowler	
Τοποθετούμε χαρτοβάμβακο μπροστά	Προστασία των κλινοσκεπασμάτων
Κλείνουμε τον καθετήρα εάν είναι ανοιχτός	
Αφαιρούμε το λευκοπλάστ (χρησιμοποιούμε βενζίνη εάν χρειάζεται)	
Συστήνουμε στον ασθενή να πάρει βαθιά αναπνοή και να εκπνεύσει αργά	Με την εκπνοή προλαμβάνεται η εισρόφιση γαστρικού περιεχομένου προς τους πνεύμονες και χαλάρωση του φάρυγγα
Αφαιρούμε τον καθετήρα (κρατάμε χαρτοβάμβακο) κατά την εκπνοή προς τα έξω με γρήγορη και συνεχή κίνηση και απορρίπτουμε στο νεφροειδές	Μειώνεται το αίσθημα της αηδίας και η τάση για έμετο από τη γεύση των γαστρικών υγρών. Το στόμα διατηρείται καθαρό και υγρό προλαμβάνοντας έτσι τη φλεγμονή της στοματικής κοιλότητας
Καθαρίζουμε τα σημεία που ήταν κολλημένο το λευκοπλάστ, το στόμα του ασθενούς και τον αφήνουμε σε αναπαυτική θέση	
Ενημερώνουμε το δελτίο του ασθενούς	

Έντυπο ελέγχου τοποθέτησης και αφαίρεσης ρινογαστρικού σωλήνα

	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση ασθενούς σε σωστή θέση			
5. Υγιεινή χεριών			
6.Ελεγχος σωστού μεγέθους καθετήρα			
7. Εφαρμογή γαντιών			
8. Ενημέρωση ασθενούς			
9. Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα ή αφαίρεση			
10. Επιβεβαίωση σωστής θέσης καθετήρα			
11. Σταθεροποίηση			
12. Απομάκρυνση ακαθάρτων – πλύσιμο χεριών.			
13. Ενημέρωση ασθενούς			
14. Καταγραφή διαδικασίας στη λογοδοσία.			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Εντερική σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα

Θεωρείται ικανοποιητική μέθοδος διατροφής και στοιχίζει λιγότερο.

Εμφανίζει δυνητικά λιγότερους κινδύνους από ότι η ενδοφλέβια.

Πριν αρχίσει η σίτιση θα πρέπει να γίνει εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

Ο Νοσηλευτής όσον αφορά στην εντερική διατροφή του ασθενή, θα πρέπει να εφαρμόζει την διαδικασία σίτισης με βάση την διεθνή επιστημονική τεκμηρίωση γνωρίζοντας ότι ο ρόλος του στην προσεκτική και συστηματική παρακολούθηση των ασθενών που υποβάλλονται σε εντερική διατροφή είναι σημαντικός προκειμένου:

- Να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητάς της,
- Να αποφευχθούν πιθανές επιπλοκές
- Ή Αν εμφανιστούν να αντιμετωπιστούν έγκαιρα.

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Βεβαιωνόμαστε για το είδος του μίγματος, την ποσότητα, την ώρα, την συχνότητα χορήγησης και τις ειδικές οδηγίες για τον άρρωστο πριν αρχίσει η διαδικασία	Η ποσότητα, η σύνθεση και η συχνότητα χορήγησης του μίγματος καθορίζεται από το γιατρό
Συγκεντρώνουμε τα αντικείμενα που θα χρειαστούμε	
Πλένουμε τα χέρια μας	
Τοποθετούμε το μίγμα σε ειδικό αριθμημένο δοχείο	
Τοποθέτηση αριθμημένου δοχείου σε χλιαρό νερό (θερμοκρασία $\approx 37,5^{\circ}\text{C}$)	Το πολύ ζεστό νερό πήζει την πρωτεΐνη και προάγει την ανάπτυξη μικροβίων
Εξηγούμε στον ασθενή την διαδικασία	
Τοποθετούμε τον άρρωστο σε καθιστή θέση. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, σηκώνουμε το κρεβάτι και γυρνάμε τον ασθενή στο δεξιό πλάγιο	Ο οισοφαγικός σφιγκτήρας χαλαρώνει εξαιτίας της παρουσίας του σωλήνα. Ο άρρωστος μπορεί να αδυνατεί να χρησιμοποιεί τους φυσιολογικούς μηχανισμούς για να αποφύγει την εισρόφιση του μίγματος στους πνεύμονες
Ελέγχουμε τη θέση του σωλήνα σίτισης με αναρρόφηση γαστρικού υγρού ή με εισαγωγή αέρα	Η αναρρόφηση γαστρικού περιεχομένου είναι η μέθοδος εκλογής, γιατί με τον τρόπο αυτό όχι μόνο εντοπίζεται η θέση του σωλήνα σίτισης, αλλά ελέγχεται και ο βαθμός κένωσης του στομαχιού στα μεσοδιαστήματα των γευμάτων
Ρίχνουμε το μίγμα μέσα στον υποδοχέα, βγάζουμε τον αέρα από το σωλήνα και τον κλείνουμε	
Συνδέουμε το ρινογαστρικό σωλήνα με εκείνον του υποδοχέα και προσαρμόζουμε το ρυθμό ροής. Παρακολουθούμε τις αντιδράσεις του αρρώστου κατά τη σίτιση	Η ταχεία ροή μπορεί να δημιουργήσει δυσάρεστο αίσθημα στο φάρυγγα και είναι δυνατό να προκαλέσει διάρροια (ρυθμός ροής για 1η φορά όχι $>60 \text{ ml/hr}$)
Αν ο υποδοχέας πρέπει να ξαναγεμίσει, κλείνουμε τον υποδοχέα με το μίγμα, πριν αδειάσει τελείως	Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η εισαγωγή αέρα στο στομάχι
Όταν τελειώσει το μίγμα, ρίχνουμε ορισμένη ποσότητα νερού στον υποδοχέα για να καθαρίσει ο σωλήνας. Επιπλέον δίνουμε 50 ml νερό μέσα απ' το σωλήνα κάθε 2 ώρες.	Το μίγμα μπορεί να πήξει και να φράξει το σωλήνα. Και επιπλέον, το νερό είναι απαραίτητο για τη αποβολή από τους

	νεφρούς της περίσσειας των οσμωτικών δραστικών ουσιών του μίγματος, που διαφορετικά θα του προκαλέσουν αφυδάτωση
Κλείνουμε τους σωλήνες και αποσυνδέουμε. Καλύπτουμε το άκρο του ρινογαστρικού με γάζα και αφήνουμε τον άρρωστο σε καθιστή θέση για μία ή περισσότερες ώρες. Εάν δε μπορεί να μείνει σ' αυτή τη θέση, στην κένωση τον τοποθετούμε στο δεξιό πλάγιο με το κεφάλι ελαφρά ανυψωμένο	Το γαστρικό περιεχόμενο μπορεί να επιστρέψει μέσα από τον ανοικτό σωλήνα. Απαιτείται περίπου μία ώρα για το άδειασμα του στομάχου απ' το μίγμα. Η θέση αυτή βοηθά στην κένωση του στομάχου και αποτρέπει τον έμετο ή την εισρόφιση γαστρικού περιεχομένου
Πλένουμε σχολαστικά το σωλήνα και τον υποδοχέα, αν πρόκειται να τον ξαναχρησιμοποιήσουμε. Απορρίπτουμε τα μιας χρήσης αντικείμενα	Τα μίγματα αποτελούν ιδανικό θρεπτικό υλικό για ανάπτυξη μικροβίων
Επανελέγχουμε αν ο άρρωστος είναι αναπνευστικά στο κρεβάτι του	
Αναγράφουμε: ώρα, ποσότητα και σύνθεση μίγματος, ποσότητα νερού και αντίδραση αρρώστου στη σίτιση	
Προσέχουμε για εμφάνιση διαταραχής ισορροπίας νερού και ηλεκτρολυτών	Υπερνατριαιμία, ουραιμία και αφυδάτωση είναι δυνητικές επιπλοκές, ειδικά όταν η απώλεια υγρών είναι αυξημένη (διάρροια)
Διατηρούμε πίνακα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών	Για παρακολούθηση της ενυδάτωσης του αρρώστου

Έντυπο ελέγχου εντερικής σίτισης μέσω ρινογαστρικού καθετήρα

	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΜΕΣΩ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών - Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση ασθενούς σε σωστή θέση			
5. Υγιεινή χεριών – εφαρμογή γαντιών			
6.Ελεγχος θέσης καθετήρα			
7. Έναρξη σίτισης			
8. Παρακολούθηση ασθενούς			
9.Χορήγηση ποσότητας νερού για ξέβγαλμα			
10.Κλείσιμο καθετήρα για τουλάχιστον 2 ώρες			
11.Ελεγχος υπολείμματος μετά το πέρας των 2 ωρών			
12. Απομάκρυνση ακαθάρτων –πλύσιμο χεριών.			
13. Ενημέρωση ασθενούς-τοποθέτηση σε αναπνευστική θέση			
14. Καταγραφή ισοζυγίου			
15.Καταγραφή διαδικασίας στη λογοδοσία			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Προετοιμασία και χορήγηση παρεντερικής διατροφής

Παρεντερική διατροφή ορίζεται η χορήγηση απαραίτητων θρεπτικών συστατικών δια μέσου περιφερικής ή κεντρικής φλέβας. Με τον όρο θρεπτικά συστατικά νοούνται τα αμινοξέα, οι υδατάνθρακες, τα λιπίδια, οι ηλεκτρολύτες, τα ιχνοστοιχεία και οι βιταμίνες.

Προετοιμασία παρεντερικής διατροφής

Η προετοιμασία της παρεντερικής γίνεται σε ένα καθαρό χώρο λόγω έλλειψης ξεχωριστού χώρου (προθάλαμου) ετοιμασίας αυτής.

ΥΛΙΚΑ:

- Ασκός παρεντερικής
- Σύριγγες
- Συσκευή έγχυσης
- Τα προς ανάμιξη διαλύματα
- Σκούφος
- Μάσκα
- Αποστειρωμένη ποδιά
- Αποστειρωμένα γάντια
- Αποστειρωμένο πεδίο
- Στατώ
- Αποστειρωμένες γάζες
- Διάλυμα χλωρεξιδίνης 2%
- Αυτοκόλλητη ετικέτα

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Έλεγχος ιατρικής οδηγίας	Αποφυγή λάθους
Συγκέντρωση απαραίτητου υλικού	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και αποφυγή άχρηστων μετακινήσεων
Έλεγχος ημερομηνίας λήξης και της ακεραιότητας του σκευάσματος	Αποφυγή χορήγησης ληγμένων ή αλλοιωμένων σκευασμάτων
Εφαρμογή υγιεινή χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Απολύμανση επιφάνειας εργασίας με κατάλληλο αντισηπτικό και άνοιγμα αποστειρωμένου πεδίου	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Με άσηπτη τεχνική άνοιγμα συσκευασίας ασκού, σύριγγες, φιαλίδια εμπλούτισης, συσκευή ορού, αποστειρωμένες γάζες	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Εφαρμογή σκούφου, μάσκας, αποστειρωμένης μπλούζας, αποστειρωμένα γάντια	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Χρησιμοποίηση γάζας εμπλουτισμένης σε χλωρεξιδίνη προς απολύμανση του ελαστικού πώματος του σκευάσματος της παρεντερικής διατροφής και των φιαλιδίων	Διατήρηση στείρου του σημείου είσοδου και ελαχιστοποίηση μόλυνσης

Αναρρόφηση με σύριγγα ιχνοστοιχείων, ηλεκτρολυτών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Διατήρηση ακρίβειας
Έγχυση αυτών με άσηπτη τεχνική στο διάλυμα	Πρόληψη επιμόλυνσης του περιεχομένου της παρεντερικής διατροφής
Ανακίνηση ασκού με ήπιες κινήσεις	Ομοιογενής ανάμιξη συστατικών
Αναγραφή ετικέτας το τι περιέχει μέσα ο ασκός, όταν είναι έτοιμο προς χρήση	Σωστό διάλυμα = σωστός ασθενής
Αφαίρεση γαντιών	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Πραγματοποίηση υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων

Χορήγηση παρεντερικής διατροφής

Βασικές αρχές για την χορήγηση παρεντερικής διατροφής:

- Διατήρηση σκευασμάτων σε θερμοκρασία και συνθήκες που καθορίζονται από την εταιρεία παρασκευής
- Έλεγχος σκευάσματος πριν την χορήγηση
- Χορήγηση σωστού σκευάσματος σε σωστό χρόνο, σωστό ασθενή σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες
- Χορήγηση του ασκού αμέσως μετά την ανάμιξη των συστατικών και εντός 24ωρου
- Τήρηση των αρχών ασηψίας – αντισηψίας κατά την χορήγηση του σκευάσματος
- Έλεγχος λειτουργίας αντλίας έγχυσης
- Αλλαγή συσκευών χορήγησης κάθε 24ωρο
- Αποκλειστική χρήση του αυλού του κεντρικού καθετήρα για την χορήγηση της Παρεντερικής διατροφής

ΥΛΙΚΑ:

- Αντλίες έγχυσης (εφόσον υπάρχουν)
- Αποστειρωμένα γάντια
- Αποστειρωμένες γάζες
- Φίλτρα
- Αποστειρωμένο πεδίο
- Σύριγγα 5ml με N/S 0.9%
- Σύριγγα 10ml

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση υλικού	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενούς	Πρόληψη λάθους
Επεξήγηση διαδικασίας στον ασθενή	Αύξηση συνεργασίας ,μείωση άγχους
Μέτρηση ζωτικών σημείων	Εξασφάλιση τιμών αναφοράς
Επιλογή αυλού κεντρικής φλεβικής Γραμμής(ο οποίος δε θα χρησιμοποιείται για την χορήγηση άλλου φαρμάκου ή για αιμοληψία)	Ο αποκλειστικός αυλός για την χορήγηση παρεντερικής διατροφής μειώνει τον κίνδυνο λοιμώξεων
Εφαρμογή αντισηπτικού και αποστειρωμένων γαντιών	Διατήρηση αντισηψίας κατά την διάρκεια των χειρισμών σύνδεσης
Τοποθέτηση με άσηπτη τεχνική τη	Πρόληψη επιμόλυνσης του περιεχομένου

συσκευή χορήγησης με φίλτρο(αν υπάρχει) στο διάλυμα και αφαίρεσης τον αέρα χωρίς να αφαιρεθεί το πώμα από το άκρο	της παρεντερικής διατροφής
Ανάρτηση του ασκού σε στατώ κοντά στον ασθενή και εισαγωγή συσκευής σε αντλία έγχυσης	
Ξέπλυμα καθετήρα με 5ml φυσιολογικού ορού	Έλεγχος βατότητας γραμμής
Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής= σύνδεση με σύστημα έγχυσης	Πρόληψη λοίμωξης
Ρύθμιση ροής έγχυσης ανάλογα με ιατρική οδηγία	
Αφαίρεση γαντιών	Ασφαλής διαχείριση ιατρικών απορριμμάτων
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Ενημέρωση ασθενή ότι πρέπει να αναφέρει οποιοδήποτε σύμπτωμα (δυσκολία αναπνοής, πόνο, τοπικό ερεθισμό, εξάνθημα)	Έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών
Καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας	Εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα του ασθενή. Διατήρηση αρχείου διαδικασιών

Έντυπο ελέγχου προετοιμασίας και χορήγησης παρεντερικής διατροφής

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Μέτρηση ζωτικών σημείων			
5. Επιλογή αυλού χορήγησης			
6.Εφαρμογή αντισηπτικού-αποστειρωμένων γαντιών			
7. Τοποθέτηση συσκευής έγχυσης			
8.Αφαίρεση αέρα χωρίς αφαίρεση πώματος			
9.Ανάρτηση ασκού στο στατώ			
10.Έλεγχος βατότητας αυλού			
11.Σύνδεση με άσηπτη τεχνική			
12. Ρύθμιση σωστής ροής			
13. Αφαίρεση γαντιών			
14. Εφαρμογή υγιεινής χεριών			
15.Ενημέρωση ασθενούς για οποιοδήποτε σύμπτωμα			
16.Ενημέρωση φύλλου νοσηλείας			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Τοποθέτηση, φροντίδα και λήψη αερίων αίματος από αρτηριακή γραμμή

Η αρτηριακή γραμμή είναι ένα σύστημα αιμοδυναμικής παρακολούθησης που χρησιμοποιείται για τους εξής λόγους:

- Ακριβής κ συνεχής παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης σε αγγειοδραστικά φάρμακα
- Διευκόλυνση στη συνεχή λήψη δείγματος αίματος
- Παρακολούθηση αιμοδυναμικών παραμέτρων όπως πχ. Μέση αρτηριακή πίεση

Τοποθέτηση αρτηριακού καθετήρα

ΥΛΙΚΑ

- Μάσκα
- Ποδιά μιας χρήσης
- Καθετήρες αρτηριακής γραμμής ή σε έλλειψη αυτών φλεβοκαθετήρες 20G και 18G
- 3way
- Ηπαρινισμένη Σύριγγα 5 ml
- Διάλυμα λιδοκαΐνης 1% για τοπική αναισθησία
- Σύριγγα ινσουλίνης για την τοπική αναισθησία
- Γάντια μιας χρήσης
- Διάλυμα χλωρεξιδίνης 2%
- Αυτοκόλλητο διάφανο επίθεμα
- Εξαερωμένο σύστημα έκπλυσης αρτηριακής γραμμής που περιλαμβάνει:
 - N/S0.9% 1000ml μέσα σε ασκό σύνθλιψης (πουάρ) με πίεση 150-200mmHg υψηλότερη από την μέση πίεση του ασθενούς
 - Μορφομετατροπέα (traducer)

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ενημέρωση ασθενούς για την διαδικασία	Αύξηση συνεργασίας, μείωση άγχους
Εφαρμογή υγιεινής χειρών και ποδιά μιας χρήσεως	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Στην περίπτωση που επιλεγθεί η κερκιδική αρτηρία ως σημείο τοποθέτησης πρέπει να προηγηθεί διαδικασία «allen»	Με την διαδικασία «allen» διενεργείται αξιολόγηση της επαρκούς άρδρευσης της παλάμης του άνω άκρου και από τις δύο αρτηρίες (ωλένιο και κερκιδική)
Οργάνωση των υλικών μας και συγκέντρωση σε προσβάσιμη θέση	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και εξοικονόμηση κινήσεων
Ανάλογα με την επιλογή της θέσης της παρακέντησης, γίνεται ευπρεπισμός της περιοχής	Για πρόληψη λοιμώξεων
Στη φάση αυτή ο γιατρός κάνει αντισηψία του δέρματος με διάλυμα χλωρεξιδίνης, τοπική αναισθησία, και στη συνέχεια διενεργεί τη παρακέντηση και εισάγει τον καθετήρα.	Σ' αυτό το σημείο απαραίτητη κρίνεται η καλή συνεργασία νοσηλεύτη – γιατρού.
Σταθεροποίηση του καθετήρα με ράμμα	Μείωση της πιθανότητας άθελης αφαίρεσης του καθετήρα
Σύνδεση με εξαερωμένο σύστημα έκπλυσης αρτηριακής γραμμής	
Καθαρισμός του σημείου εισόδου με αλκοολικό διάλυμα χλωρεξιδίνης 2% και κάλυψη αυτού με διάφανο αυτοκόλλητο επίθεμα	Πρόληψη μόλυνσης του σημείου της εισόδου και ορατότητα αυτού
Έλεγχος αν ο μορφομετατροπέας πίεσης είναι στο σωστό σημείο (στο επίπεδο δεξιού κόλπου-μέση μασχαλιαία γραμμή)	Ακριβείς μετρήσεις
Μηδενισμός στο monitor και έλεγχος κυματομορφής και ορίων στο monitor	Σύμφωνα με οδηγίες κατασκευαστή
Αναγραφή σε καθαρό σημείο την λέξη ΑΡΤΗΡΙΑ με κόκκινο μαρκαδόρο	Πρόληψη ενδαρτηριακής χορήγησης φαρμάκων
Αφαίρεση γαντιών και ποδιάς	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων

Νοσηλευτική φροντίδα αρτηριακής γραμμής

ΥΛΙΚΑ

- Μάσκα
- Ποδιά μιας χρήσης
- Αποστειρωμένες γάζες
- Γάντια μη αποστειρωμένα
- Νεφροειδή
- Σύριγγα 10ml με Ν/Σ 0.9%
- Χλωρεξιδίνη 2%
- 3way, εάν δεν έχει το κύκλωμα
- Αυτοκόλλητο διάφανο επίθεμα
- Ανεξίτηλο κόκκινο μαρκαδόρο

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ενημέρωση ασθενούς για την διαδικασία	Αύξηση συνεργασίας, μείωση άγχους
Εφαρμογή υγιεινής χειρών και ποδιά μιας χρήσεως	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση των υλικών μας και συγκέντρωση σε προσβάσιμη θέση	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και εξοικονόμηση κινήσεων
Βεβαιώω ότι ο αρτηριακός καθετήρας είναι επαρκώς ακινητοποιημένος	Πρόληψη αιμορραγίας από κατά λάθος αφαίρεσης του
Έλεγχος κυματομορφής στην οθόνη παρακολούθησης	
Έλεγχος επάρκειας ορού που βρίσκεται υπό πίεση στο κλειστό κύκλωμα	Αποφυγή μόλυνσης του συστήματος
Κάθε 4 μέρες άλλαγμα κλειστού κυκλώματος του μετατροπέα και του ορού υπό πίεση	Μείωση κινδύνου μόλυνσης και φλεγμονής
Χρησιμοποίηση συστήματος flush του μετατροπέα για ξέπλυμα της του κλειστού κυκλώματος	Διόρθωση κυματομορφής
Επιβεβαίωση ότι το κύκλωμα και όλες οι συνδέσεις είναι κλειστές	Εξασφάλιση σωστής λειτουργίας κυκλώματος και αποφυγή μολύνσεων και αιμορραγίας
Πριν από κάθε ενασχόληση με τον αρτηριακό καθετήρα ->εφαρμογή υγιεινής χειρών	Μείωση μικροβιακής επιμόλυνσης
Περιποίηση του σημείου εισόδου του αρτηριακού καθετήρα	Μείωση πιθανότητας επιμόλυνσης και εξασφάλιση ορθής λειτουργίας του καθετήρα

Λήψη αερίων αίματος από αρτηριακή γραμμή

ΥΛΙΚΑ

- Μάσκα
- Ποδιά μιας χρήσης
- Αποστειρωμένες γάζες
- Γάντια μη αποστειρωμένα
- Νεφροειδή
- Σύριγγα 5ml με N/S 0.9%
- Σύριγγα 2,5ml με ηπαρινισμένα τοιχώματα
- Σπρέι Χλωρεξιδίνη 2%
- 3way, εάν δεν έχει το κύκλωμα

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Υγιεινή χεριών και ποδιά μιας χρήσης	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση των υλικών μας και συγκέντρωση σε προσβάσιμη θέση	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και εξοικονόμηση κινήσεων
Ψεκασμός με σπρέι χλωρεξιδίνης το 3way	
Τοποθέτηση σύριγγας 5 ml στο 3way Και αναρρόφηση προς τα πίσω μέχρι Να έρθει καθαρό αίμα	
Τοποθέτηση ηπαρινισμένης σύριγγας 2,5ml στο 3way και αναρρόφηση 2ml αρτηριακού αίματος	
Με την μέθοδο flush του μετατροπέα καθαρίζουμε από τα υπολείμματα αίματος το 3way προς το εξωτερικό χώρο.	
Κλείνουμε το 3way με καινούριο καπάκι	
Με την μέθοδο flush του μετατροπέα καθαρίζουμε τα υπολείμματα αίματος από τον σωλήνα προς την αρτηρία	
Εισαγωγή δείγματος στο μηχάνημα ανάλυσης	
Αντιγραφή αποτελεσμάτων στο νοσηλευτικό διάγραμμα	Ερμηνεία αποτελεσμάτων και ενημέρωση γιατρού

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΑΕΡΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

ΕΞΕΤΑΣΗ	ΑΡΤΗΡΙΑΚΟ	ΦΛΕΒΙΚΟ
Ph	7.35-7.45	7.31-7.42
PO ₂	80-100	30-50
PCO ₂	35-45	39-55
HCO ₃	22-29	22-28

Έντυπο ελέγχου τοποθέτησης και φροντίδας αρτηριακής γραμμής και λήψης αερίως αίματος

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ-ΦΡΟΝΤΙΔΑ- ΛΗΨΗ ΑΕΡΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4.Κερκιδική=διαδικασία “allen”			
5.Εφαρμογή αντισηψίας δέρματος			
6.Τοποθέτηση γραμμής (από γιατρό)			
7.Σταθεροποίηση περιποίηση γραμμής			
8.Συνδεση με μορφομετατροπέα (εξαερωμένο κλειστό κύκλωμα)			
9.Λήψη αερίων αίματος			
10.Αφαίρεση γαντιών			
11.Εφαρμογή υγιεινής χεριών			
12.Ενημέρωση ασθενούς			
12.Καταγραφή αποτελεσμάτων στο νοσηλευτικό φύλλο νοσηλείας			
13.Αξιολόγηση – ενημέρωση γιατρού			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Προετοιμασία βαρέως πάσχοντος αρρώστου για μεταφορά προς εξέταση-διακομιδή

Ο βαρέως πάσχων ασθενής της ΜΑΦ μπορεί να μεταφερθεί εντός του νοσοκομείου για διενέργεια εξετάσεων στον αξονικό τομογράφο ή στο τμήμα υπερήχων αλλά και εκτός νοσοκομείου πχ για αεροδιακομιδή σε ΜΕΘ τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
Τοποθέτηση απαραίτητων διαλυμάτων έγχυσης(μετά από συνεννόηση με θεράποντα ιατρό) σε συσκευές μικροσταγόνων.	Απαραίτητη συνεχιζόμενη έγχυση σε κάποια φάρμακα
Σύνδεση αυτών στον ασθενή και αποσύνδεση αυτών από τις αντλίες έγχυσης λίγα λεπτά πριν την μεταφορά του	Σωστή λήψη - δοσολογία φαρμάκων . σταθεροποίηση αιμοδυναμικά – επαρκής καταστολή
Δέσιμο διαλυμάτων μεταφοράς με φακαρόλα	Σωστή σταθεροποίηση
Αποσύνδεση από το κεντρικό monitor και σύνδεση στο monitor μεταφοράς με το ΗΚΓ, παλμικό οξύμετρο, περιχειρίδα αναίμακτης αρτηριακής πίεσης	Εξασφάλιση συνεχιζόμενης αιμοδυναμικής παρακολούθησης. Το monitor μεταφοράς παραμένει στην πρίζα μέχρι να φύγει ο ασθενής
Ετοιμασία αναπνευστήρα μεταφοράς με τις κατάλληλες ρυθμίσεις. Ετοιμασία οβίδας O ₂	Ο φορητός αναπνευστήρας παραμένει στη πρίζα μέχρι να φύγει ο ασθενής
Άδειασμα ουροσυλλέκτη και μέτρηση ποσότητας ούρων	Καταγραφή ουρών στο διάγραμμα
Συνοδεία με τον ασθενή η ambu	Σε περίπτωση λανθασμένης αποσωλήνωσης
Ετοιμασία φαρμάκων ασφαλείας αδρεναλίνη- ατροπίνη-προποφόλη)	Σύμφωνα πάντα με τις ιατρικές οδηγίες
Έλεγχος υλικών μετά την επιστροφή του ασθενούς	Μην χάθηκε ή χάλασε κάτι
Έλεγχος ασθενούς για τυχόν ανεπιθύμητες καταστάσεις	Κλινική εικόνα ασθενούς - αξιολόγηση
Σταθεροποίηση ασθενούς στην αρχική του κατάσταση	Σύνδεση σε αναπνευστήρα και επιτοίχιο κεντρικό monitor

Αλλαγή θέσης κατακεκλιμένου ασθενή

Οι αλλαγές θέσεις σε κατακεκλιμένο ασθενή βοηθούν στην αποφυγή δημιουργίας ελκών από πίεση, ενώ παράλληλα τους ανακουφίζουν. Απαραίτητη προσοχή των σωλήνων του αναπνευστήρα, των φλεβικών και αρτηριακών γραμμών, του ουροκαθετήρα και του Levin.

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση υλικού	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επεξήγηση διαδικασίας στον ασθενή	Αύξηση συνεργασίας ,μείωση άγχους
Μέτρηση ζωτικών σημείων	Εξασφάλιση τιμών αναφοράς
Χορήγηση αναλγησίας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Εξασφάλιση συνεργασίας του ασθενή, μείωση πόνου
Τοποθέτηση το Levin σε παροχέτευση	Πρόληψη εισρόφησης
Τοποθέτηση κρεβατιού σε οριζόντια θέση	Διευκόλυνση κινητοποίησης επί κλίνης Προσοχή: ο ασθενής βρίσκεται στο κέντρο του κρεβατιού
Άνοιγμα σε ορθή γωνία το χέρι που βρίσκεται προς την πλευρά που θέλει ο νοσηλευτής να τον γυρίσει	
Ανασήκωμα αντίθετου ποδιού προς την πλευρά που θέλει να τον γυρίσει	
Κράτημα με το ένα χέρι το λυγισμένο πόδι από το γόνατο και το άλλο χέρι στον ώμο του ασθενούς	
Γύρισμα απαλά προς το μέρος που βρίσκεται ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας το σώμα του ασθενή ως μοχλό.	ΠΡΟΣΟΧΗ! ΜΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΗΝ ΜΕΣΗ ΤΟΥ
Τοποθέτηση μαξιλαριού στη πλάτη και ανάμεσα στα πόδια	Προαγωγή άνεσης ασθενή χωρίς σημεία πίεσης και ενόχλησης
Αφαίρεση γαντιών	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη διασποράς μικροοργανισμών και μείωση του κινδύνου επιμόλυνσης άλλων αντικειμένων
Σημείωση στο νοσηλευτικό φάκελο την ώρα της επί κλίνης κινητοποίησης	Σωστή τεκμηρίωση

Συρραφή τραύματος Τοπική αναισθησία

ΟΡΙΣΜΟΣ: Συρραφή τραύματος είναι η διαδικασία συμπλησιασμού και συγκράτησης των διατμηθέντων ιστών με χρήση μηχανικών μέσων (ράμματα, αγκιτήρες) μέχρις ότου το τραύμα επουλωθεί αρκετά ώστε να μπορέσει να δεχτεί τάση χωρίς την ανάγκη μηχανικής υποστήριξης.

ΓΙΑΤΙ ΝΑ ΣΥΡΡΑΨΟΥΜΕ ΕΝΑ ΤΡΑΥΜΑ;

- ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ
- Συμπλησίαση χειλέων τραύματος-καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα

ΕΙΔΗ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ:

- Κατά πρώτο σκοπό: καθαρά τραύματα όταν τα χείλη του τραύματος είναι σε επαφή (ή συμπλησιάζονται και συρράπτονται)
- Κατά δεύτερο σκοπό: επιμολυσμένα τραύματα με ιστικό χάσμα (όπου δεν υπάρχει συρραφή τραύματος) το οποίο καλύπτεται σταδιακά από κοκκιώδη ιστό
- Κατά τρίτο σκοπό: συνδυασμός πρώτου και δεύτερου σε μεγάλα και ρυπαρά τραύματα

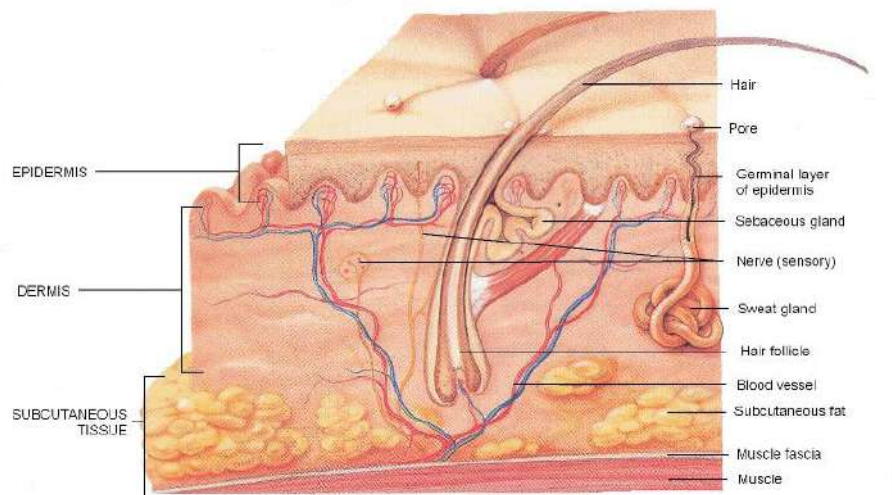
ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΚΑΤΑ ΠΡΩΤΟ ΣΚΟΠΟ

- Συνδέει στερεά μεταξύ τους τους κρημνούς του τραύματος παρά συμπληρώνει το κενό μεταξύ τους
- Μέγιστο ισχύος: μεταξύ 3ης και 6ης εβδομάδας
- Δε παρατηρείται συστολή και συρρίκνωση της ουλής

ΑΠΟ ΤΙ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ;

- Σωστή τεχνική συρραφής
- Ήπιοι χειρισμοί
- Προσεκτική αιμόσταση
- Σεβασμός στους ιστούς
- Χειρουργικός καθαρισμός
- Αποφυγή τάσης ραμμάτων
- Συστηματικοί παράγοντες
- Χρήση κατάλληλου ράμματος

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ



ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΚΑΝΟΥΜΕ ΣΥΡΡΑΦΗ ΕΝΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ;

- Δήγμα (ζώου ή ανθρώπου)
- Διαπυημένο τραύμα □ Ηλικία τραύματος >8-10 ώρες
- Αποσπαστικό τραύμα με μεγάλο ιστικό έλλειμα

ΤΙ ΚΑΝΟΥΜΕ ΠΡΙΝ ΤΗ ΣΥΡΡΑΦΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ;

- Καθαρισμός/περιποίηση του τραύματος
 - Καθαρισμός, απολύμανση και προετοιμασία του τραύματος ώστε να επιτευχθεί η διαδικασία της επούλωσης χωρίς τον κίνδυνο λοιμώξεων.
 - Επίσης καθαρισμός και περιποίηση μετά τη συρραφή!
- Τοπική αναισθησία τραύματος
 - Τεχνική με την οποία καθίσταται ένα μέρος του σώματος προσωρινά αναίσθητο στον πόνο
 - Χρήση τοπικού αναισθητικού
- Επιλογή κατάλληλου ράμματος

ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ/ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

- Υγιεινή των χεριών!
- Μελέτη και καθαρισμός του τραύματος
- Χημικός και μηχανικός καθαρισμός του τραύματος
- Αντισηψία περιοχής
- Καθαρισμός χειρουργικού πεδίου

ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

- Τρόπος δράσης: αναστολή έναρξης και διάδοσης δυναμικών δράσης αποτρέποντας τη δυναμικοεξαρτώμενη αύξηση της αγωγιμότητας των ιόντων νατρίου
- Αποκλεισμός διαύλων νατρίου
- Αναστολή αγωγιμότητας μικρών νευρικών ινών
 - Η αίσθηση του πόνου αναστέλλεται πιο εύκολα από άλλες βασικές αισθήσεις (αφή, ιδιοδεκτικότητα κλπ)
 - Αναστολή πόνου αλλά όχι αφής!
- Συνδυασμός με επινεφρίνη: αγγειοσυσπαση-καλύτερη αιμόσταση

Ενέσιμα Τοπικά Αναισθητικά Φάρμακα				
	Μέγιστη δόση χωρίς επινεφρίνη* mg/Kg Σωματικού βάρους	Έναρξη δράσης	Διάρκεια δράσης	Μέση δόση ενηλίκου
Λιδοκαΐνη (Xylocaine)	4,5 mg/kg	άμεση	2 ώρες	500 mg
Βουπιβακαΐνη (Marcaine)	3 mg/kg	2 με 5 λεπτά	4 ώρες	100 mg
Προκαΐνη (Novocaine)	15 mg/kg	2 με 5 λεπτά	1 ώρα	1000 mg
*Η μέγιστη δόση πρέπει να εξατομικεύεται. Η επινεφρίνη είναι μια αγγειοσυσπαστική ουσία που επιτρέπει την ένεση μεγαλύτερης δόσης τοπικού αναισθητικού (μέγιστη δόση λιδοκαΐνης με επινεφρίνη=7mg/kg) Προσοχή: Ο παραπάνω πίνακας δεν δηλώνει πως οι συγκεκριμένες δόσεις είναι ασφαλείς ή οι απόλυτα μέγιστες δόσεις. Συστηματικές αντιδράσεις μπορεί να παρατηρηθούν και με πολύ μικρότερες δόσεις, ενώ πολύ μεγαλύτερες δόσεις έχουν χρησιμοποιηθεί διακριτικά χωρίς επιπλοκές. Για το λόγο αυτό απαιτείται τιτλοποίηση (επαναλαμβανόμενες μικρές δόσεις μέχρι να επιτευχθεί αναλγησία)				

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- Καταστολή ΚΝΣ
- Καταστολή μυοκαρδίου
- Αγγειοδιαστολή

Αποφυγή τους με χορήγηση με κατάλληλη μέθοδο

Αλλά κυριότερη και εύκολα προλαμβανόμενη: Η ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ!!!

Γι αυτό: ελέγχουμε πάντα για ύπαρξη αλλεργίας ρωτώντας:

- Αν υπάρχει γνωστή αλλεργία στη λιδοκαΐνη
- Αν έχει ξανακάνει ράμματα χωρίς πρόβλημα με το αναισθητικό
- Αν έχει κάνει οδοντιατρική επέμβαση όπως αφαίρεση δοντιού

Ανεξάρτητα από την ύπαρξη ιστορικού ή όχι αλλεργίας στη λιδοκαΐνη θα πρέπει πάντα να υπάρχει η δυνατότητα άμεσης χορήγησης ενδοφλέβιων υγρών, κορτικοειδών και αντιισταμινικών

ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΥ ΡΑΜΜΑΤΟΣ

Κατάλληλο:

- Υλικό
- Είδος
- Μέγεθος
- Βελόνη

ΥΛΙΚΑ ΡΑΜΜΑΤΩΝ

Απορροφήσιμα

- Για τους εν τω βάθει ιστούς και τα εσωτερικά όργανα
- Πολυγλυκολικόξύ (Dexon), Πολυγλακτίνη9-10 (Vicryl, PGA), Πολυδιοξανόνη(PDS), Πολυγλυκαπρόνη(Monocryl)

Μη Απορροφήσιμα

- Για το δέρμα
- Μετάξι (Silk), Νάυλον(Ethilon), Πολυπροπυλένιο (Prolene), Πολυεστέρα (Mersilene)

ΕΙΔΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ

Μονόκλωνα

- Αποτελούνται μόνο από μια ίνα υλικού
- PDS, Prolene, Ethilon

Πολύκλωνα

- Αποτελούνται από πολλές ίνες που διαπλέκονται μεταξύ τους
- Silk (μετάξι), Vicryl

PARTIAL LISTING OF COMMON SUTURE TYPES

Suture Type	Absorbable	Non-absorbable	Monofilament	Multifilament
Chromic Gut (Ethicon) (Kendall)	●			●
Vicryl (Ethicon)	●			●
PDS (Ethicon)	●		●	
Monocryl (Ethicon)	●		●	
Nylon (Ethicon) (Kendall)		●	●	
Prolene (Ethicon)		●	●	
Vetafil		●		●
Dexon (Kendall)	●			●
Polysorb (Kendall)	●			●
Biosyn (Kendall)	●		●	
Maxon (Kendall)	●		●	
Surgilene (Kendall)		●	●	
Novafil (Kendall)		●	●	
Silk (Ethicon) (Kendall)		●		●

ΜΕΓΕΘΗ ΡΑΜΜΑΤΟΣ

Από 2...1 (το μεγαλύτερο)

Σε 1-0...2-0 (πολύ μεγάλα τραύματα ή σημεία με μεγάλη τάση)

Σε 3-0...4-0 (τα πιο συνηθισμένα μεγέθη)

Σε 5-0 (κοσμητική χειρουργική)

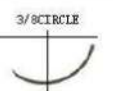
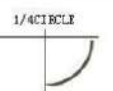
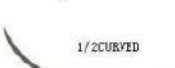
Σε 6-0 και πάνω (μικροσκοπική συρραφή, συνήθως οφθαλμική χειρουργική)

ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ

Θέση	Εν τω βάθει συβάδες (απορροφήσιμα)	Δέρμα (μη απορροφήσιμα)
Τριχωτό κεφαλής	2-0 έως 4-0	2-0 έως 4-0
Πρόσωπο-Τράχηλος	3-0 έως 5-0	3-0 έως 6-0
Κορμός	2-0 έως 3-0	2-0 έως 4-0
Άκρα	2-0 έως 5-0	2-0 έως 5-0

ΒΕΛΟΝΕΣ ΡΑΜΜΑΤΩΝ

- Τραυματικές (για το δέρμα)
- Ατραυματικές (για τα εσωτερικά όργανα)

	POINT TYPE	SYMBOL
	TAPER POINT	●
	BLUNT TAPER POINT	○
	CUTTING EDGE	▲
	REVERSE CUTTING EDGE	▼
	TAPERCUT	⊙
	MICRO-POINT SPATULA CURVED	▼
	MICRO-POINT REVERSE CUTTING	▼
		

ΟΔΗΓΟΣ ΧΡΗΣΗΣ ΡΑΜΜΑΤΩΝ

1. Διαβάζετε τις ετικέτες
2. Τηρείτε τις ημερομηνίες λήξης
3. Ισιώνετε τα ράμματα με ήπια έλξη
4. Μην τραβάτε υπερβολικά τα ράμματα
5. Αποφεύγετε τη σύνθλιψη και τη γωνίωση
6. Μη βρέχετε τα ταχέως απορροφούμενα ράμματα
7. Μην κάμπτετε τα ράμματα από ανοξείδωτο χάλυβα
8. Σύρετε το νύλιν μεταξύ των δακτύλων σας για να καταργήσετε την ελαστική μνήμη τους
9. Κλείνετε σωστά το βελονοκάτοχο

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΠΑΜΜΑΤΟΣ



ΤΕΧΝΙΚΗ

ΦΑΣΕΙΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ

1. Γνωριμία και ενημέρωση του ασθενή
2. Συγκέντρωση απαραίτητων υλικών
3. Πρόληψη λοιμώξεων
4. Καθαρισμός/περιποίηση του τραύματος
5. Τοπική αναισθησία
6. Συρραφή τραύματος
7. Εκ νέου περιποίηση τραύματος
8. Αντιτετανικός ορός/εμβόλιο
9. Οδηγίες στον ασθενή
10. Απόρριψη αντικειμένων
11. Πρόληψη λοιμώξεων

1. ΓΝΩΡΙΜΙΑ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Συστηθείτε στον ασθενή

Ρωτήστε το ονοματεπώνυμο του ασθενή

Καθησυχάστε τον ασθενή

Τοποθετείστε τον ασθενή σε ύπτια θέση εξασφαλίζοντας άνετη πρόσβαση στην περιοχή του τραύματος

Κάνετε τη σωστή λήψη ιστορικού

Ενημερώστε τον ασθενή για τη διαδικασία καθώς και ότι θα τον ενημερώνετε πριν από κάθε σας κίνηση

2. ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

Καθαρισμός τραύματος

- Γάντια μιας χρήσεως, όχι αποστειρωμένα
- Γάζες αποστειρωμένες □ Φυσιολογικός ορός (normal saline 0.9 %), υπέρτονα διαλύματα (N/S 7.5 %, 15 %)
- Αντισηπτικοί σάπωνες (Cetavlon, Hibitane, Antibacter)
- Ιωδιούχα σκευάσματα (ιωδιούχος ποβιδόνη 10%, 7,5%) ή ισοπροπυλική αλκοόλη 70%
- Οξυζενέ (H₂O₂)
- Αντιμικροβιακό spray (Pulvo47) ή αντιβιοτικό spray (Nebacetin)
- Ελαστικοί επίδεσμοι

Τοπική αναισθησία

- Αποστειρωμένα γάντια (καταλλήλου μεγέθους)
- Αποστειρωμένο πεδίο (σχιστό)
- Σύριγγα 5cc □ Βελόνα 23G (μπλε)
- Λιδοκαΐνη (Xylocaineinjsol2% 20mg/ml)

Συρραφή τραύματος

- Ράμματα (επιλεγμένα με βάση την περίπτωση)
- Βελονοκάτοχο
- Χειρουργική λαβίδα
- Νυστέρι ή Ψαλίδι ραμμάτων
- Ψαλίδι ιστών

Εκ νέου περιποίηση τραύματος

- Γάζες αποστειρωμένες
- Φυσιολογικός ορός (normal saline 0.9 %), υπέρτονα διαλύματα (N/S 7.5 %, 15 %)
- Ιωδιούχα σκευάσματα (ιωδιούχος ποβιδόνη 10%, 7,5%) ή ισοπροπυλική αλκοόλη 70%
- Ελαστικοί επίδεσμοι

Εμβολιασμός για τέτανο

- Σύριγγα
- Φάρμακο
- Δεύτερη βελόνα
- Βαμβάκι
- Οινόπνευμα –Αντισηπτικό διάλειμμα
- Γάντια μη αποστειρωμένα
- Νεφροειδές



3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

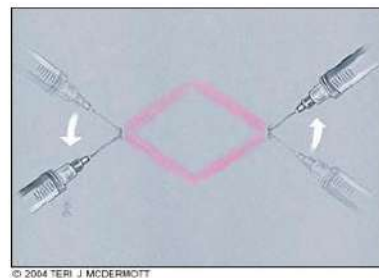
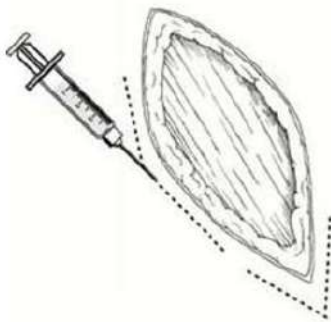
- Πλύσιμο των χεριών
- Φοράμε μη αποστειρωμένα γάντια

4. ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ/ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

- Εκτιμήστε τον τύπο του τραύματος (βάθος, έκταση, ρυπαρότητα, τρώση ευγενών ανατομικών στοιχείων π.χ. αγγεία, νεύρα, τένοντες)
- Εκτιμήστε την πιθανότητα ανάγκης ακτινολογικού ελέγχου (ξένο σώμα, κάταγμα κλ.π.)
- Προετοιμάστε το δέρμα (απομάκρυνση ρύπων, ιστοτεμαχίων, νεκρωμάτων)
- Παρασκευάστε αποστειρωμένο πεδίο.
- Εφαρμόστε σωστά τις αρχές αντισηψίας: βάλτε αποστειρωμένα γάντια, καθαρίστε με αντισηπτικό διάλειμμα -κίνηση μιας κατεύθυνσης από το κέντρο του τραύματος προς την περιφέρεια
- Τοποθετήστε αποστειρωμένο χειρουργικό πεδίο

5. ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

- Ελέγξτε για πιθανή αλλεργία σε λιδοκαΐνη
- Αναρροφήστε το κατάλληλο αναισθητικό σε μια σύριγγα 5ml
- Αλλάξτε τη βελόνη
- Εισάγετε τη βελόνη υποδόρια επί υγιούς ιστού κρατώντας τη σύριγγα με γωνία 45ο και αναρροφήστε
- Αν αναρροφηθεί αίμα αποσύρετε τη βελόνα και τη σύριγγα, απορρίψτε τα κατάλληλα και ξεκινήστε από την αρχή τη διαδικασία
- Ευθείαστε τη βελόνη παράλληλα με το τραύμα και προωθήστε την στον υποδόριο ιστό για σχεδόν όλο το μήκος της
- Εγχύστε το φάρμακο με ρυθμό 1ml/10" καλύπτοντας όλη την περιοχή του τραύματος
- Αφαιρέστε τη βελόνα και απορρίψτε την κατάλληλα
- Περιμένετε να δράσει το αναισθητικό



6. ΣΥΡΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

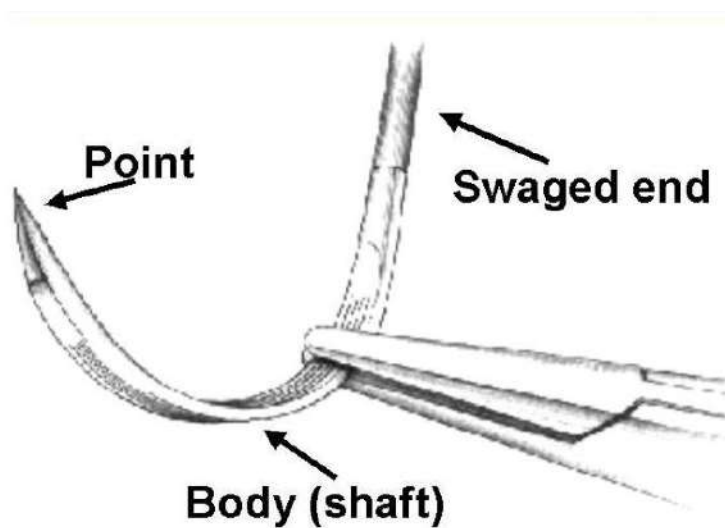
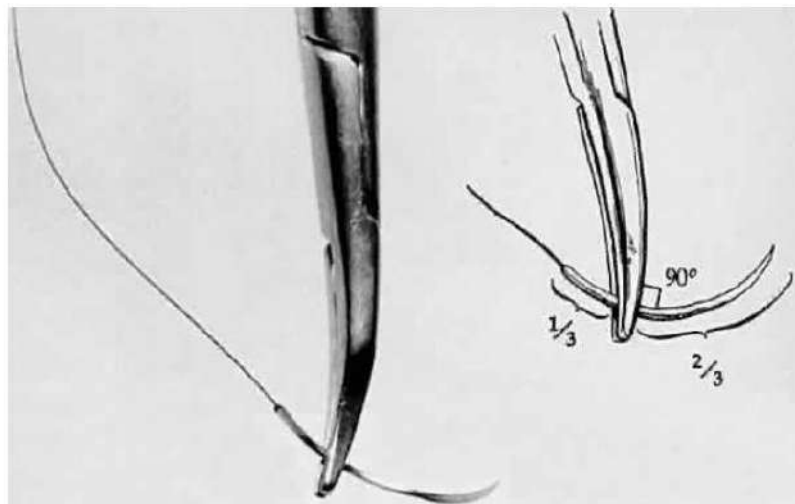
Διάφορες τεχνικές συρραφής

Η απλή διακεκομμένη και η κάθετη mattress ραφή καλύπτουν τις ανάγκες του μη χειρουργού.

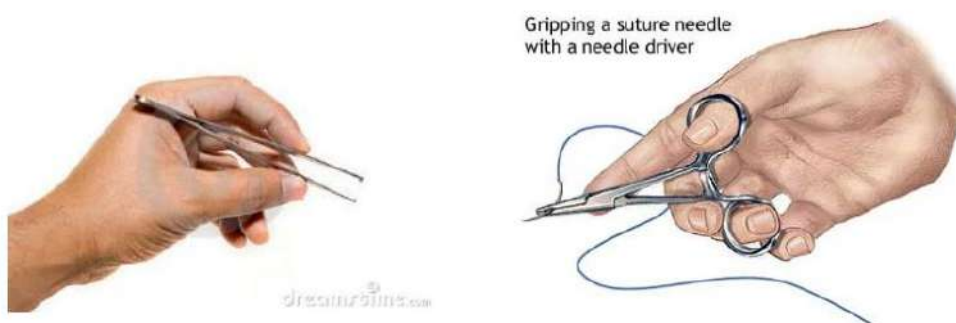
- Απλή διακεκομμένη: απλά θλαστικά τραύματα
- Κάθετη mattress: βαθύτερα τραύματα, σημεία με μεγάλη τάση, απομακρυσμένα χείλη τραύματος, ανάγκη για μεγαλύτερη μηχανική αντοχή

ΣΥΡΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

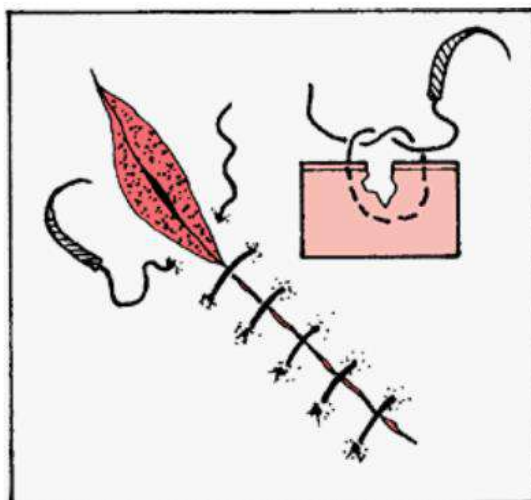
Σωστή τοποθέτηση βελόνης στο βελονοκάτοχο



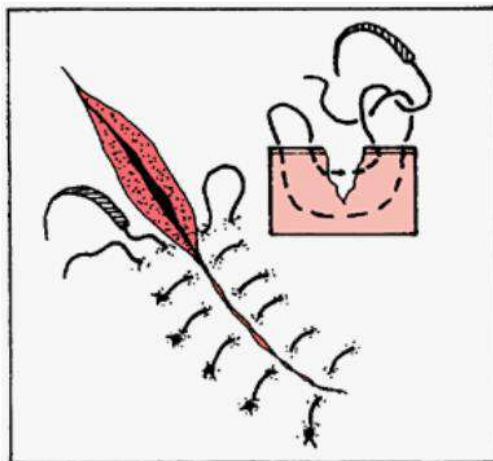
ΠΩΣ ΚΡΑΤΑΜΕ ΣΩΣΤΑ ΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ



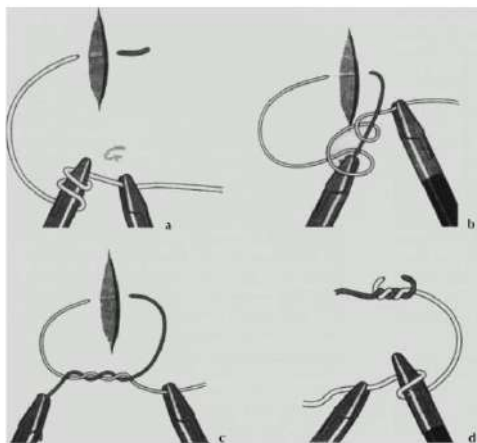
ΑΠΛΗ ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΡΑΦΗ



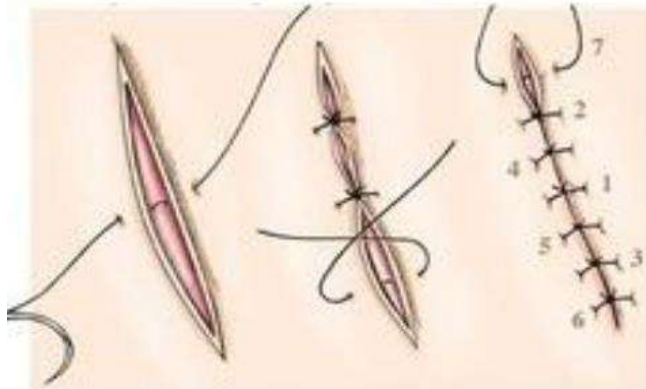
ΚΑΘΕΤΗ MATTRESS ΡΑΦΗ



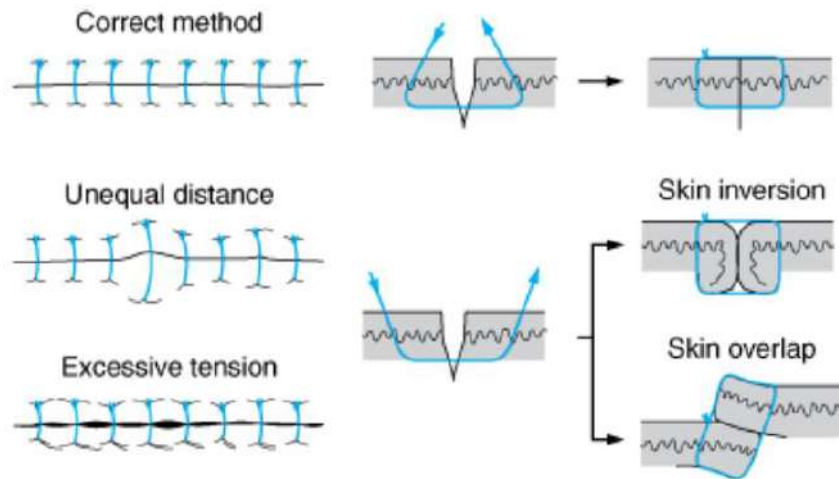
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΚΟΜΠΟΣ



ΑΡΧΗ ΔΙΑΙΡΕΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ



ΣΥΧΝΑ ΛΑΘΗ ΣΤΗ ΣΥΡΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ



7. ΕΚ ΝΕΟΥ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

- Καθαρίστε το τραύμα και τη γύρω περιοχή με φυσιολογικό ορό
- Εμποτίστε την γραμμή συρραφής με ιωδιούχο ποβιδόνη
- Τοποθετήστε αποστειρωμένες γάζες
- Επιδέστε με ελαστικό επίδεσμο

8. ΑΝΤΙΤΕΤΑΝΙΚΟΣ ΟΡΟΣ/ΕΜΒΟΛΙΟ

Τέτανος:

- Κλωστηρίδιο Τετάνου (Cl. tetani)
- Άφθονο στο περιβάλλον
- Ανθεκτικό στην αντισηψία
- Παραγωγή εξωτοξινών
- Τέτανος: σοβαρή λοίμωξη που προσβάλλει τους σκελετικούς μύες προκαλώντας σπασμό και θάνατο
- Πρόληψη: εμβολιασμός, χορήγηση αντιτετανικού ορού

ΠΟΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΥΜΕ Ή ΧΟΡΗΓΟΥΜΕ ΟΡΟ;

Για να αποφασίσουμε αν ο ασθενής χρειάζεται αντιτετανικό ορό ή εμβόλιο θα πρέπει να γνωρίζουμε:

- Εάν το τραύμα είναι επικίνδυνο για τέτανο ή όχι
- Το ιστορικό προηγούμενης χορήγησης εμβολίου για τέτανο

ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΓΙΑ ΤΕΤΑΝΟ

- >6 ώρες από τον τραυματισμό □ Αστεροειδές, αποσπαστικό
- >1 cm βάθος
- Σύνθλιψη, έγκαυμα, κρυοπάγημα, πυροβολισμός
- Σημεία φλεγμονής
- Επιμολύνσεις (χώμα, σάλια)
- Απονευρωμένοι ή ισχαιμικοί ιστοί

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ

- Ρωτάμε τον ασθενή αν γνωρίζει πότε εμβολιάστηκε τελευταία φορά για τέτανο (εμβόλιο σε συνδυασμό με εμβόλιο διφθερίτιδας-Td)
- Αν είναι άντρας ρωτάμε αν και πότε πήγε στρατό (όλοι οι φαντάροι εμβολιάζονται για τον τέτανο) Οι ασθενείς σπάνια γνωρίζουν την κατάσταση εμβολιασμού τους για τον τέτανο. Σε αυτές τις περιπτώσεις τους αντιμετωπίζουμε ως ανεμβολίαστους.

ΟΔΗΓΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΚΑΙ ΟΡΟΥ

Ιστορικό χορήγησης εμβολίου	Μη επικίνδυνο για τέτανο τραύμα		Επικίνδυνο για τέτανο τραύμα	
	Εμβόλιο	Ορός	Εμβόλιο	Ορός
Δόσεις				
Άγνωστες ή <3	Ναι Πλήρες σχήμα	Όχι	Ναι Πλήρες σχήμα	Ναι
>3, η τελευταία <5 χρόνια πριν	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
>3, η τελευταία 5-10 χρόνια πριν	Όχι	Όχι	Ναι Αναμνηστική δόση	Όχι
>3, η τελευταία >10 χρόνια πριν	Ναι Αναμνηστική δόση	Όχι	Ναι Αναμνηστική δόση	Όχι

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΚΑΙ ΟΡΟΥ

- Ορός: εφάπαξ
- Εμβόλιο, σε τρεις δόσεις
- Η πρώτη την ημέρα της συρραφής
- Η δεύτερη μετά από ένα μήνα
- Η τρίτη μετά από ένα χρόνο

9. ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

- Ενημερώστε τον ασθενή για την ημέρα επανεξέτασης και το χρόνο αφαίρεσης των ραμμάτων
- Επανεξέταση: 2 ημέρες Αφαίρεση ραμμάτων:
- Κεφαλή, τράχηλος: 3-4 ημέρες

- Κοιλιά, θώρακας, περίνεο: 7-14 ημέρες
- Ράχη: 14ημέρες
- Βραχίονας, αντιβράχιο, μηρός, κνήμη: 7-8ημέρες
- Χέρια, πόδια: 10-12ημέρες
- Βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής είναι σε καλή κατάσταση και πείτε του να επανέλθει σε περίπτωση που κάτι χρειαστεί
- Βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής κατανόησε τις οδηγίες σας
- Ευχαριστήστε τον ασθενή

1. ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ

- | | |
|----------------------|-------------------|
| ○ Συσκευασίες υλικών | ➤ Μαύρη σακούλα |
| ○ Γάζες | ➤ Κίτρινη σακούλα |
| ○ Βελόνη | ➤ Κίτρινο κυτίο |
| ○ Σύριγγα | ➤ Κίτρινο κυτίο |
| ○ Βελόνη ράμματος | ➤ Κίτρινο κυτίο |
| ○ Γάντια | ➤ Κίτρινη σακούλα |

11. ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

- Πλένουμε τα χέρια μας

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ

- 1.Γνωριμία και ενημέρωση του ασθενή
- 2.Συγκέντρωση απαραίτητων υλικών
- 3.Πρόληψη λοιμώξεων
- 4.Καθαρισμός/περιποίηση του τραύματος
- 5.Τοπική αναισθησία
- 6.Συρραφή τραύματος
- 7.Εκ νέου περιποίηση τραύματος
- 8.Αντιτετανικός ορός/εμβόλιο
- 9.Οδηγίες στον ασθενή
- 10.Απόρριψη αντικειμένων
- 11.Πρόληψη λοιμώξεων

Κέντρο Κλινικών Δεξιοτήτων Μάρτιος 2015Παρουσίαση: Διάφα ΑσπασίαΣ ηφάκη Φρειδερίκη Κόντος
Αντώνης Κοτζαμάνη Μαρίνα

Φροντίδα ασθενή με κολοστομία

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα εκπαιδεύσει και θα βοηθήσει το άτομο να προσαρμοστεί στο νέο τρόπο ζωής είτε αυτός είναι παροδικός είτε είναι μόνιμος.

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που εκτιμά αν είναι επαρκής η θρέψη, το βαθμό περιορισμού της άνεσης και παρατηρεί τα συμπτώματα. Αξιολογεί τα χαρακτηριστικά της κένωσης αν υπάρχει αίμα αν είναι διαρροϊκή, πολτώδης ή σχηματισμένη. Προσέχει επίσης τη συχνότητα, την οσμή και το χρώμα των κοπράνων. Εκτιμά την κατάσταση του δέρματος γύρω από το στόμιο καθώς και την κατάσταση του πρωκτού.

Εξετάζει το στόμιο για αλλαγή στο χρώμα και στη διάμετρο. Παρέχεται βοήθεια στο άτομο να έχει σταθερή καθημερινή κένωση του εντέρου με πλύση του κολοστομίου και να ρυθμίσει το διαιτολόγιο του. Ο άρρωστος ενημερώνεται για το πώς θα μειώσει τα αέρια και την κακοσμία.

Αξιολογεί τον ασθενή αν μπορεί να μάθει να περιποιείται την κολοστομία και αν είναι υπεύθυνος όταν την εφαρμόζει. Αξιολογείται αν ο άρρωστος και το οικογενειακό του περιβάλλον είναι σε θέση να συμβάλουν στην φροντίδα του κολοστομίου. Εντοπίζονται οι ανάγκες του ασθενούς για ενημέρωση και εκπαίδευση όσον αφορά τον νέο τρόπο ζωής.

Πριν ξεκινήσει ο νοσηλευτής τη νοσηλεία ενημερώνεται από το φάκελο του ασθενή για:

- Το είδος του στομίου, τη θέση του στην κοιλιά και τις οδηγίες του χειρουργού σχετικά με την περιποίηση του στομίου.
- Τη φυσική ικανότητα του ασθενή και αν μπορεί να πηγαίνει στο λουτρό για την περιποίηση της στομίας, τη φύση, τα χαρακτηριστικά και τον όγκο της κένωσης.
- Το μέγεθος της συσκευής κολοστομίου και το είδος του προστατευτικού υλικού του δέρματος και το σαπούνι που χρησιμοποιείται.

Το πρόγραμμα διδασκαλίας του αρρώστου για το τι πρέπει να μάθει ο ασθενής σχετικά με την αυτοφροντίδα του στομίου.

Δίσκος κολοστομίας

Στο τροχήλατο τοποθετούνται τα εξής υλικά:

- Ένα σετ αλλαγής
- Φυσιολογικός ορός και phisohect
- Νεφροειδές με τολύπια βαμβακιού και τεμάχια χαρτοβάμβακου
- Συσκευή κολοστομίου
- Προστατευτικό υλικό για το περιστομιακό δέρμα skingelk.a
- Πάστα karaya ή άλλο υλικό για την εφαρμογή της συσκευής
- Σάκος πλαστικός για τη συλλογή του χρησιμοποιημένου υλικού μίας χρήσης
- Νεφροειδές
- Σαπούνι, κανάτα με νερό και λεκάνη
- Τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών
- Λευκοπλάστ
- Γάντια μιας χρήσης
- Παραβάν

Περιποίηση

1. Αρχικά ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή ότι θα ξεκινήσει τη νοσηλεία και ταυτόχρονα δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να απαντηθούν τα πιθανά ερωτήματα του για να μειωθεί το άγχος του και να εξασφαλισθεί η συνεργασία με τον άρρωστο.
2. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να μην εκδηλώνει ποτέ αισθήματα οίκτου, αποστροφής και απόρριψης κατά την εφαρμογή της νοσηλείας αυτής γιατί γίνονται αντιληπτά από τον ασθενή.
3. Έχει ήδη μεταφερθεί το υλικό στο χώρο της νοσηλείας και απομακρύνονται οι επισκέπτες και τοποθετείται παραβάν γύρω από το κρεβάτι του ασθενούς.
4. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής αφού πλύνει τα χέρια του για να προστατεύσει τον ασθενή από τυχόν μολύνσεις και να αυξήσει την ψυχολογική του άνεση, δίνει στον ασθενή αναπαυτική ύπτια και ελαφρώς ανάρροπη θέση για να μπορεί και ο ίδιος ο ασθενής να παρακολουθεί και να συμμετέχει υπεύθυνα στην φροντίδα του κολοστομίου.
5. Βάζει ένα τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών κάτω από την περιοχή που αντιστοιχεί στο στόμιο για να μην λερώσει τα σεντόνια και φοράει γάντια για να προφυλαχθεί από τα μικρόβια των κοπράνων και των υγρών του σώματος.
6. Αφαιρεί όλη τη συσκευή ή μόνο το σάκο προσεκτικά για να μην τραυματίσει το δέρμα, μπορεί να χρειαστεί εφαρμογή διαλυτικού για την αποκόλληση της συσκευής.
7. Απομακρύνει κόπρανα ή βλέννα με μια γάζα και την πετάει στον πλαστικό κάδο με τα άχρηστα για να αποφύγει την μόλυνση του υλικού και την δυσάρεστη μυρωδιά. Βάζει το νεφροειδές κάτω από το στόμιο για να δεχθεί τυχόν κένωση.
8. Παρατηρεί αν υπάρχει κυάνωση, ερυθρότητα και οίδημα στο δέρμα γύρω από το στόμιο τα οποία μπορεί να οφείλονται σε αλλεργική αντίδραση εξαιτίας των υλικών που χρησιμοποιούνται για την φροντίδα του.
9. Καθαρίζει το δέρμα γύρω από το στόμιο με ζεστό νερό με ή χωρίς σαπούνι για να προληφθεί ο ερεθισμός του δέρματος καθώς και η κακοσμία και για να αισθανθεί πιο άνετα ο ασθενής. Σαπούνι μπορεί να μην χρησιμοποιηθεί αν ερεθίζει το δέρμα ή τουλάχιστον να είναι μαλακό. Έπειτα σκουπίζει το δέρμα με πετσέτα για να μπορέσει να κολλήσει η νέα συσκευή.
10. Επιλέγει το σωστό μέγεθος της στομίας για να μην ερεθιστεί το δέρμα γιατί το μικρότερο στόμιο θα ερεθίσει το κολοστόμιο ενώ το μεγαλύτερο θα αφήσει ακάλυπτο το δέρμα το οποίο ερεθίζεται από το αποβαλλόμενο περιεχόμενο του εντέρου.
11. Ανοίγει το σετ αλλαγής και με τη λαβίδα καθαρίζει το στόμιο με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια με phisohex και με φυσιολογικό ορό και καλύπτει τις δερματικές πτυχές με πάστα karaya για να αποφύγει τη διαρροή του περιεχομένου της συσκευής.
12. Αφού έχει αφαιρέσει τα γάντια, βγάζει το προστατευτικό χαρτί και το κολλάει στο κέντρο του ανοίγματος του στομίου.

13. Τοποθετεί πρώτα το κάτω μέρος για να αποφύγει την δημιουργία πτυχών από τις οποίες θα διαφύγει υγρό. Απομακρύνει το νεφροειδές και το τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών και τοποθετεί τον ασθενή σε αναπαυτική θέση για να ηρεμήσει.

14. Πετάει το υλικό που χρησιμοποιήθηκε και αερίζει το δωμάτιο έτσι ώστε να μην θυμίζει στον ασθενή τη δυσάρεστη νοσηλεία και για να αποφευχθεί η κακοσμία και οτιδήποτε άλλο που μπορεί να μειώνει τη αξιοπρέπεια του ασθενούς.

15. Ταυτόχρονα με τη νοσηλεία διδάσκεται και ο άρρωστος για την εκτέλεση της.

16. Παροτρύνεται να έχει σταδιακά ενεργό ρόλο στην εκτέλεση της μέχρι να μπορέσει να αυτοεξυπηρετείται και να ανεξαρτητοποιηθεί

Μαλγαρινού ΜΑ Κωνσταντινίδου ΣΦ Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική Εκδόσεις Ταβίθα

Έλεγχος και περιορισμός της διασποράς πολυανθεκτικών μικροβίων

- Το προσωπικό πρέπει να λαμβάνει προφυλάξεις επαφής κατά την φροντίδα του ασθενούς: να χρησιμοποιεί προστατευτική μπλούζα μιας χρήσεως, μη αποστειρωμένα γάντια, σκούφο και ποδονάρια (αν δεν υπάρχουν εναλλακτικά υποδήματα)
- Απόρριψη όλων αυτών σε κάδο μολυσματικών απορριμμάτων πριν την έξοδο από το θάλαμο του ασθενούς (αν υπάρχει ξεχωριστός χώρος και όχι ενιαίος όπως είναι στην δική μας ΜΑΦ)
- Τήρηση αυστηρών κανόνων υγιεινής χεριών πριν και μετά την ενασχόληση με τον ασθενή
- Χρήση πάντοτε αντισηπτικού διαλύματος στα χέρια πριν και μετά την αφαίρεση των γαντιών ,όπως και πριν και μετά από κάθε επαφή με τον ασθενή αν δε χρησιμοποιηθούν γάντια
- Ο νοσοκομειακός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται στο συγκεκριμένο ασθενή πρέπει να είναι αποκλειστικής χρήσης και να απολυμαίνεται καθημερινά. Οποσδήποτε γίνεται απολύμανση αυτού εφόσον χρησιμοποιηθεί σε άλλον ασθενή
- Ο χρησιμοποιημένος ιματισμός συλλέγεται προσεκτικά και τοποθετείται σε σάκους μολυσματικού ιματισμού με την κόκκινη ρίγα ή σε χωριστό υδατοδιαλυτό σάκο
- Η αίθουσα της ΜΑΦ (δάπεδα, επιφάνειες, έπιπλα, τροχήλατα, πρεβάζια, πόμολα κτλ) πρέπει να απολυμαίνονται καθημερινά με διάλυμα χλωρίνης ή άλλο απολυμαντικό
- Αποκλειστική χρήση υλικών καθαριότητας για το χώρο μόνο της ΜΑΦ
- Οι μετακινήσεις του προσωπικού θα πρέπει να περιορίζονται στις απολύτως απαραίτητες
- Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ασχολείται μόνο με αυτά τα περιστατικά. Σε περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό, επιβάλλεται η αυστηρή τήρηση όλων των μέτρων πριν την ενασχόληση με άλλους ασθενείς (μέτρα ατομικής προστασίας, σωστή τεχνική υγιεινής χεριών)

Προετοιμασία και παρακολούθηση λειτουργίας Μονάδας Θωρακικής Παροχέτευσης (bullau)

Εισαγωγή - Ορισμοί Υπεζωκότας

Ο ορογόνος υμένας που περιβάλλει τον πνεύμονα είναι το περισπλάγχνιο πέταλο του υπεζωκότα. Το πέταλο αυτό ανακάμπει σε ορισμένη θέση στο τοιχωματικό πέταλο του υπεζωκότα, που επενδύει εκ των έσω το θωρακικό τοίχωμα και έτσι διακρίνεται σε διαφραγματικό, πλευρικό και μεσοπνευμόνιο υπεζωκότα.

Υπεζωκοτική κοιλότητα

Η υπεζωκοτική κοιλότητα η οποία διακρίνεται σε δεξιά και αριστερή (μία για κάθε πνεύμονα) είναι ο σχισμοειδής χώρος που σχηματίζεται μεταξύ του περισπλάγχνιου και τοιχωματικού πετάλου του υπεζωκότα, περιέχει ελάχιστη ποσότητα ορώδους υγρού ώστε να εφυγραίνονται οι επιφάνειες των πετάλων ενώ η πίεση σε αυτή είναι αρνητική σε σχέση με την ενδοπνευμονική πίεση.

Μονάδες Θωρακικής Παροχέτευσης

Οι Μονάδες Θωρακικής Παροχέτευσης (ΜΘΠ) -ευρύτερα γνωστές ως συσκευές bullau είναι συσκευές οι οποίες χρησιμοποιούνται για την παροχέτευση αέρα ή υγρών που έχουν συγκεντρωθεί στην υπεζωκοτική κοιλότητα, με σκοπό την αποκατάσταση της αρνητικής πίεσης και την επανέκπτυξη του θώρακα.

Οι σύγχρονες ΜΘΠ αποτελούνται από ένα σύστημα τριών θαλάμων:

- α) Ο θάλαμος συλλογής είναι αυτός που συνδέεται με το σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης του ασθενή, ώστε να συλλέγει τα υγρά που προέρχονται απ' αυτόν.
- β) Η υδατοφραγή είναι ο μεσαίος (συνήθως) θάλαμος, αυτός ο οποίος επιτρέπει την έξοδο του αέρα από τη θωρακική κοιλότητα, προλαμβάνοντας την επανεισαγωγή του.
- γ) Το μανόμετρο αξιολόγησης του ασθενούς είναι ο τελευταίος θάλαμος της ΜΘΠ, αυτός που συνδέεται με την πηγή της αναρρόφησης.

Ενδείξεις Εφαρμογής

- Παροχέτευση υγρού (αιμοθώρακας, πυοθώρακας, χυλοθώρακας), ή αέρα (πνευμοθώρακας) από τη θωρακική κοιλότητα.
- Αποκατάσταση της αρνητικής πίεσης, που επιτρέπει την επανέκπτυξη των πνευμόνων.
- Πρόληψη επανασυσσώρευσης υγρού ή αέρα στη θωρακική κοιλότητα

Νοσηλευτική Εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση πριν την εφαρμογή του πρωτοκόλλου θα πρέπει να εστιάζει στα εξής:

- Ιατρική οδηγία για το είδος της παροχέτευσης (με ή χωρίς αναρρόφηση, ένταση της αναρρόφησης).
- Αιτία και σημείο εισαγωγής του/των σωλήνα/νων της θωρακικής παροχέτευσης.
- Διαθέσιμα είδη ΜΘΠ.
- Δεδομένα αναφοράς: αναπνευστικοί ήχοι, βάθος και ρυθμός της αναπνοής, σφύξεις, θερμοκρασία, παλμική οξυμετρία, αέρια αίματος.

Νοσηλευτική Διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

Μη αποτελεσματικός αερισμός που οφείλεται σε ανεπαρκή έκπτυξη των πνευμόνων.

Αναμενόμενα αποτελέσματα παρέμβασης

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα παρακάτω:

- Αποτελεσματικός αερισμός του ασθενούς, όπως αυτό φαίνεται από την επαρκή, μη εργώδη έκπτυξη του θώρακα και αναπνευστικό ρυθμό εντός των φυσιολογικών για την ηλικία του ορίων.
- Επανεκπτυξη των πνευμόνων που γίνεται αντιληπτή από την ακρόαση αναπνευστικών ήχων σε όλα τα ακροαστικά πεδία.

Ειδικές προφυλάξεις

- Η ΜΘΠ θα πρέπει πάντα να διατηρείται σε όρθια θέση, διαφορετικά η αρνητική ενδοθωρακική πίεση μπορεί να χαθεί με την είσοδο αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα (απώλεια λειτουργίας της υδατοφραγής).

Διατηρείτε πάντα την ΜΘΠ σε επίπεδο χαμηλότερο από τον ασθενή.

Παιδιατρικοί ασθενείς με ΜΘΠ που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, παρουσιάζουν αυξημένη νευρικότητα λόγω του κλινοστατισμού. Εξασφαλίστε το γρηγορότερο δυνατό ένα τροχήλατο για τη ΜΘΠ και ενθαρρύνετε την κινητοποίηση του παιδιού, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.

- Μην κλείνετε με λαβίδα το σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης παρά μόνον κατά:
 - την αλλαγή της μονάδας θωρακικής παροχέτευσης S -την πραγματοποίηση ελέγχου για διαρροή του συστήματος
 - Μην κλείνετε με λαβίδα το σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης για να μεταφέρετε τον ασθενή. Απλά μεριμνήστε ώστε η ΜΘΠ να βρίσκεται σε χαμηλότερο από τον ασθενή επίπεδο καθ' όλη τη διάρκεια της μεταφοράς.

Απαραίτητο υλικό

- Τροχήλατο αλλαγής ή άλλη καθαρή επιφάνεια εργασίας
- Μονάδα θωρακικής παροχέτευσης
- Αναρρόφηση κενού (επιτοίχια ή φορητή)
- Ελαστικός σωλήνας μήκους 2m (για σύνδεση με την αναρρόφηση κενού)
- Γάντια ελαστικά μη αποστειρωμένα
- Στείρο διάλυμα WFI 500ml ή 1000ml
- Αποστειρωμένο set θωρακικής παροχέτευσης (ψαλίδι ραμμάτων, βελονοκάτοχο, καψάκι αντισηπτικού, λαβίδες αιμοστατικές)
- Αποστειρωμένα πεδία
- Υποαλλεργική αυτοκόλλητη ταινία 5cm
- Αποστειρωμένα γάντια
- Αντισηπτικό διάλυμα
- Τοπικό αναισθητικό
- Σύριγγες και βελόνες για τοπική αναισθησία
- Αποστειρωμένο μαχαίριδιο No 10 ή 11
- Ράμματα μετάξης σε ευθεία βελόνη (0-0 έως 2-0)
- Αποστειρωμένο καθετήρα θωρακικής παροχέτευσης και εισαγωγή (trocar) σε νούμερα ανάλογα με την αιτία της παρακέντησης
- Δύο μεγάλες κυρτές ισχυρές αιμοστατικές λαβίδες για τον σωλήνα
- Βαζελινούχες γάζες σαν επιθέματα για την εξασφάλιση στεγανότητας
- Γάζες αποστειρωμένες
- Επιθέματα

Εφαρμογή πρωτοκόλλου

Α. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην τοποθέτηση του σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης		
Διαδικασία τοποθέτησης	Νοσηλευτική διαδικασία	Αντισηψία
1. Ο γιατρός εκτελεί χειρουργικό πλύσιμο των χεριών, φορά αποστειρωμένη ποδιά και αποστειρωμένα γάντια	Βοηθήστε στην εφαρμογή	
2. Τοποθετούνται αποστειρωμένα πεδία και εφαρμόζεται τοπική αντισηψία στο σημείο εισόδου του καθετήρα	Ανοίξτε το set και τα πεδία, σερβίρετε τα υλικά με άσηπτη τεχνική	
3. Διηθείται η περιοχή με τοπικό αναισθητικό, αν ο ασθενής έχει επίπεδο συνείδησης	Παρατηρείστε τον ασθενή για σημεία δυσφορίας ή αναπνευστικής δυσχέρειας	Πιθανότητα αλλεργικής αντίδρασης ή έντονου stress
4. Γίνεται τομή 204 cm στο θωρακικό τοίχωμα παράλληλη με τις πλευρές (κάτω από το 4ο ή 5ο μεσοπλεύριο διάστημα).	Παρακολουθείστε αναπνευστικό ρυθμό και αντιδράσεις από το καρδιαγγειακό.	Έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών
5. Η είσοδος στην υπεζωκοτική κοιλότητα επιτυγχάνεται με μια κυρτή αιμοστατική λαβίδα η οποία εξέρχεται έλκοντας με ανοιχτά τα σκέλη. Με το δάχτυλο του χεριού γίνεται ψηλάφηση της τομής	Ο ασθενής είναι δυνατόν να αισθανθεί πόνο κατά την είσοδο.	Εξηγείστε κάθε βήμα στον ασθενή προκειμένου να είναι ενήμερος και να μην αιφνιδιαστεί
6. Κατευθύνεται ο σωλήνας μέσω της τομής προς τα πάνω με τη βοήθεια αιμοστατικής λαβίδας	Συνδέστε τον σωλήνα με τη συσκευή παροχέτευσης και κλείστε τον με τις λαβίδες	Προκειμένου να προληφθεί περαιτέρω ατελεκτασία
7. Ο σωλήνας καθλώνεται με ράμμα δέρματος και μπαίνει ένα περισφιγτικό ράμμα γύρω του.	Αφαιρείτε τις λαβίδες που συνδέουν τον σωλήνα με τη συσκευή παροχέτευσης η οποία πρέπει να παραμείνει πάντα κάτω από το επίπεδο του θώρακα.	Αποφυγή επιστροφής υγρού ή αέρα πίσω στην υπεζωκοτική κοιλότητα
8. Τοποθετείται υδατο αεροστεγής επίδεση στο σημείο εισόδου του σωλήνα (βαζελινούχος γάζα). Τοποθετούνται γάζες και επιθέματα.	Οι γάζες και τα επιθέματα πρέπει αφενός να καλύπτουν το σημείο της εισόδου του σωλήνα αλλά αφετέρου να μην παρεμποδίζουν την ελεύθερη ροή του υγρού.	Η σωστή επίδεση εξασφαλίζει άνεση στον ασθενή αλλά και ασφάλεια της παροχέτευσης.

Β. Προετοιμασία λειτουργίας Μονάδας Θωρακικής Παροχέτευσης	
Ενέργεια	Αιτιολόγηση

1. Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών.	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων.
2. Οργανώστε το υλικό.	Προαγωγή της αποτελεσματικότητας
3. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή.	Πρόληψη λάθους.
4. Εξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή και εξασφαλίστε πληροφορημένη συναίνεση (εφόσον ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του).	Αύξηση της συνεργασίας, μείωση του άγχους
5. Τοποθετείστε τον ασθενή σε ύπτια θέση με το χέρι της πάσχουσας πλευράς πάνω από το κεφάλι.	Εύκολη πρόσβαση στο σημείο της παρακέντησης.
6. Αнуψώστε τον κορμό σε γωνία 30-60ο.	Συγκέντρωση του υγρού, λόγω βαρύτητας
7. Χορηγήστε αναλγησία (20 min πριν) ή και κατά-στολή σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Αντιμετώπιση του πόνου και της ενδεχόμενης μετακίνησης του ασθενή τη στιγμή της παρακέντησης.
8. Βγάλτε τη ΜΘΠ από τη συσκευασία και τοποθετείστε την κατακόρυφα.	Εμποδίζει την επικοινωνία μεταξύ των θαλάμων της ΜΘΠ κατά τη διάρκεια της πλήρωσης με WFI
9. Γεμίστε τα διαμερίσματα της Μ.Θ.Π. με την κατάλληλη (σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή) ποσότητα αποστειρωμένου ύδατος (WFI). Πλήρωση του θαλάμου υδατοφραγής μέχρι την καθορισμένη από τον κατασκευαστή γραμμή. Από το σημείο αυτό και μετά η ΜΘΠ είναι έτοιμη για παροχέτευση μέσω βαρύτητας. Πλήρωση του μανομέτρου αξιολόγησης του ασθενή με διάλυμα WFI, από το πάνω μέρος της ΜΘΠ, μέχρι η στάθμη του ύδατος να φθάσει στο επιθυμητό σημείο - είτε σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, είτε όπως ορίζει ο κατασκευαστής - συνήθως σε επίπεδο 20cm στήλης ύδατος.	Πρόληψη επανεισαγωγής του αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Το επίπεδο της στήλης ύδατος καθορίζει την ένταση της αναρρόφησης.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ Σε παιδιατρικούς ασθενείς και εφόσον δεν υπάρχει διαφορετική ιατρική οδηγία, συμπληρώστε τη στήλη ύδατος στο επίπεδο των 15cm	
10. Φορέστε γάντια και συνδέστε το σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης με την ΜΘΠ: αφού αφαιρέσετε το προστατευτικό κάλυμμα από το σύνδεσμο, συνδέστε τον καθετήρα του ασθενή. Για βελτιωμένη ροή ο σύνδεσμος μπορεί να κοπεί έτσι, ώστε να αποφεύγεται ο σχηματισμός βρόγχων και να ασφαλιστεί με κολλητική ταινία. ΔΙΑΤΗΡΕΙΣΤΕ ΑΣΗΠΤΑ ΤΑ ΑΚΡΑ ΤΩΝ ΣΥΝΔΕΣΕΩΝ	Ο σχηματισμός βρόγχων επιτρέπει συλλογή υγρού εντός του σωλήνα παροχέτευσης για τη μετακίνηση του οποίου απαιτούνται αυξημένες ενδοθωρακικές πιέσεις
11. Συνδέστε την ΜΘΠ με την αναρρόφηση κενού, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	
12. Προσαρμόστε την τιμή της αναρρόφησης (επιτοίχιας ή φορητής) στα 160mmHg (ή 0,21 bar ή 218 cmH ₂ O), έτσι ώστε να επιτρέπεται ήπιος σχηματισμός φυσαλίδων στο μανόμετρο αξιολόγησης του ασθενούς.	Ο έντονος σχηματισμός φυσαλίδων είναι εξαιρετικά θορυβώδης και ενοχλητικός για τον ασθενή, ενώ παράλληλα ευνοεί την γρήγορη εξάτμιση.

13. Τοποθετήστε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση	Διευκόλυνση του αναπνευστικού έργου	
14. Απορρίψτε το μολυσματικό υλικό με ασφάλεια		
15. Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε κατάλληλα	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών.	
16. Πραγματοποιήστε υγιεινή των χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων.	
17. Ενημερώστε και υπογράψτε την κάρτα νοσηλείας	Η ακριβής τεκμηρίωση είναι απαραίτητη για την πρόληψη των λαθών.	

Γ. Παρακολούθηση λειτουργίας Μονάδας Θωρακικής Παροχέτευσης	
Ενέργεια	Αιτιολόγηση
2. Ελέγξτε τα επιθέματα. Βεβαιωθείτε ότι είναι καθαρά και στεγανά.	Θυμηθείτε πως δεν είναι απαραίτητη η καθημερινή αλλαγή των επιθεμάτων του σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης
3. Ελέγξτε για την παρουσία βρόγχων	Ο σωλήνας δεν θα πρέπει να διπλώνει στην κορυφή της συσκευής ή στο πάτωμα, επειδή οι βρόγχοι που δημιουργούνται γεμίζουν με υγρό, για τη μετακίνηση του οποίου απαιτούνται αυξημένες ενδοθωρακικές πιέσεις.
4. Μην εκτελείτε χειρισμούς άμελης ή αποστράγγισης χωρίς οδηγία ιατρού 	Οι πιέσεις που αναπτύσσονται κυμαίνονται από 160mmHg έως 400mmHg και μπορεί να προκαλέσουν πνευμοθώρακα υπό τάση ή αιμοθώρακα
5. Ελέγξτε την παροχέτευση: ελέγξτε την ποσότητα και τη σύσταση του υγρού στο θάλαμο συλλογής. Σημειώστε τη στάθμη του με μαρκαδόρο πάνω στη συσκευή ανάλογα με την οδηγία.	Επιτρέπει την έγκαιρη αναγνώριση αιφνιδίων μεταβολών στην ποσότητα και την υφή της παροχέτευσης.
6. Ελέγξτε για δημιουργία φυσαλίδων στην υδατοφραγή. Υποψιαστείτε διαρροή όταν: ■ Ο σχηματισμός φυσαλίδων είναι υπέρμετρος ■ Ο σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης έχει κλεισθεί με λαβίδα	Ο σχηματισμός φυσαλίδων υποδηλώνει ότι ο πνεύμονας δεν έχει πλήρως επαναδιασταλλεί
7. Ελέγξτε την παλιρροϊκότητα στην υδατοφραγή: με τον όρο παλιρροϊκότητα εννοούμε την άνοδο (κατά την εισπνοή) και πτώση (κατά την εκπνοή) της στήλης του ύδατος μέσα στο μανόμετρο αξιολόγησης του ασθενή, η οποία αντανakλά το βαθμό της πνευμονικής επαναδιαστολής.	Καθώς ο πνεύμονας επαναδιαστέλλεται η παλιρροϊκότητα μειώνεται. Μικρή παλιρροϊκότητα είναι φυσιολογική και υποδηλώνει μεταβολές στην ενδοθωρακική πίεση κατά τη διάρκεια του αναπνευστικού κύκλου. Μεγάλη παλιρροϊκότητα μαζί με σχηματισμό φυσαλίδων υποδηλώνει σοβαρή πνευμονική κατάρρευση.
8. Ελέγξτε την στάθμη του ύδατος στην υδατοφραγή και στο μανόμετρο αξιολόγησης του ασθενούς. Αναπληρώστε το έλλειμμα με WFI.	Το νερό υφίσταται εξάτμιση εξαιτίας του σχηματισμού φυσαλίδων και στους δύο αυτούς θαλάμους.
9. Ρυθμίστε την ένταση της αναρρόφησης έτσι ώστε να επιτρέπει τον ήπιο σχηματισμό φυσαλίδων. Θυμηθείτε: Το ύψος της στήλης του ύδατος στο μανόμετρο αξιολόγησης του ασθενή και όχι η ρύθμιση στην επιτοίχια αναρρόφηση καθορίζει την τιμή της αρνητικής πίεσης που ασκείται στην θωρακική κοιλότητα.	Ο έντονος σχηματισμός φυσαλίδων είναι εξαιρετικά θορυβώδης και ενοχλητικός για τον ασθενή ενώ παράλληλα ευνοεί την γρήγορη εξάτμιση.

10. Ελέγξτε τους σωλήνες από τη ΜΘΠ έως την πηγή της αναρρόφησης. Βεβαιωθείτε ότι αυλός τους είναι ανοιχτός και δεν τσακίζει ή αποφράσσεται.	Διασφαλίζεται ότι ο αέρας μπορεί να εξέρχεται από το σύστημα ευχερώς.
--	---

Διάγραμμα αξιολόγησης - Χειρισμού		
Μανόμετρο αξιολόγησης	Υδατοφραγή	Αξιολόγηση και χειρισμοί
Παλιρροϊκότητα Ναι	Σχηματισμός φυσαλίδων Ναι	Υποδηλώνει ότι υπάρχει διαρροή αέρα, ενώ οι πνεύμονες δεν έχουν επαναδιασταλλεί. Όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός σχηματισμού φυσαλίδων & παλιρροϊκότητας, τόσο μεγαλύτερη είναι η έκταση της βλάβης (πνευμοθώρακας) και τόσο μεγαλύτερος ο βαθμός της πνευμονικής κατάρρευσης.
Παλιρροϊκότητα Όχι	Σχηματισμός φυσαλίδων Όχι	Υποδηλώνει υποχώρηση της διαρροής αέρα και πνευμονική επαναδιαστολή. Βεβαιωθείτε ότι ο σωλήνας παροχέτευσης δεν έχει στρεβλωθεί ή αποφραχθεί.
Παλιρροϊκότητα Όχι	Σχηματισμός φυσαλίδων Ναι	Υποδηλώνει πιθανή διαρροή αέρα στο σύστημα ή τη σύνδεση. Σφίξτε στιγμιαία το θωρακικό σωλήνα. Αν ο σχηματισμός φυσαλίδων συνεχιστεί υπάρχει διαρροή στις συνδέσεις.
Παλιρροϊκότητα Ναι	Σχηματισμός φυσαλίδων Όχι	Μπορεί να παρατηρηθεί σε περιστατικά μερικής ή ολικής πνευμονεκτομής, καθώς και σε περιπτώσεις που σχετίζονται με ελαττωμένη πνευμονική ευενδοτότητα.
Στάθμη υγρού (ΜΘΠ στην αναρρόφηση): πάνω από την καθορισμένη ένδειξη	Καμιά μεταβολή ή άνοδος πάνω από την «-2-» γραμμή	Υποδηλώνει αυξημένη πραγματική αρνητική πίεση του ασθενή. Ενδέχεται να παρατηρηθεί σε περίπτωση: Χειρισμού αποστράγγισης Πνευμονικής επαναδιαστολής Ατμοσφαιρικής μεταβολής
Στάθμη υγρού (ΜΘΠ στην αναρρόφηση): κάτω από την καθορισμένη ένδειξη	Καμιά μεταβολή	Υποδηλώνει μειωμένη πραγματική αρνητική πίεση του ασθενή. Ενδέχεται να παρατηρηθεί σε περίπτωση: Κλεισίματος της πηγής αναρρόφησης Ακατάλληλου μεγέθους αναρρόφησης
Στάθμη υγρού (ΜΘΠ στη βαρύτητα): πάνω από την καθορισμένη ένδειξη	Καμιά μεταβολή ή άνοδος πάνω από την «-2-» γραμμή	Υποδηλώνει ομαλή λειτουργία της ΜΘΠ. Η ένδειξη στο μανόμετρο αξιολόγησης του ασθενή αντιστοιχεί στην πραγματική αρνητική ενδοθωρακική πίεση του ασθενή

Αντιμετώπιση προβλημάτων

Πρόβλημα	Νοσηλευτική παρέμβαση
Η ΜΘΠ έχει αναποδογυρίσει και το περιεχόμενο του θαλάμου υδατοφραγής έχει διαρρεύσει	Ξαναγεμίστε την υδατοφραγή με WFI και εκτιμήστε τον ασθενή για παρουσία πνευμοθώρακα
Ο ρυθμός παροχέτευσης (υγρού ή αέρα) μειώνεται ξαφνικά	Α) Ελέγξτε για σχηματισμό θρόμβου στον σωλήνα Β) Βεβαιωθείτε ότι η ΜΘΠ βρίσκεται κάτω από το επίπεδο του θώρακα και ότι οι σωλήνες δεν τσακίζουν ούτε σχηματίζουν βρόγχους. Γ) Προσέξτε για δημιουργία υπό τάση πνευμοθώρακα ή αιμοθώρακα
Ο ρυθμός παροχέτευσης αυξάνει ξαφνικά ή το χρώμα της γίνεται ζωηρό κόκκινο.	Α) Πάρτε ζωτικά σημεία και εκτιμήστε την αναπνευστική λειτουργία του ασθενή Β) Ενημερώστε τον θεράποντα γιατρό
Υπέρμετρη απώλεια υγρών από την πύλη εισόδου του σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης	Α) Ενισχύστε με επιθέματα γάζας και ασφαλίστε την αυτοκόλλητη ταινία Β) Εάν επιτρέπεται κάντε αλλαγή των επιθεμάτων, χωρίς να περάξετε την βαζελινούχο γάζα στην πύλη εισόδου.
Η μονάδα παροχέτευσης έχει: Σπάσει Γεμίσει Χαλάσει	Α) Κλείστε τον σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης με λαβίδα Kelly ή αιμοστατική και αντικαταστήστε αμέσως ή εναλλακτικά βυθίστε την άκρη του σωλήνα σε στείρο διάλυμα NS 0,9% (χαμηλότερα από το επίπεδο του θώρακα) και αντικαταστήστε τη ΜΘΠ το συντομότερο δυνατόν.

Αξιολόγηση παρέμβασης

Βαθμός κατά τον οποίο επιτεύχθηκαν τα επιθυμητά αποτελέσματα που διατυπώθηκαν κατά την φάση του σχεδιασμού.

Νοσηλευτική τεκμηρίωση

Στην κάρτα νοσηλείας του ασθενούς θα μπορούσαν να σημειωθούν τα παρακάτω

- Λειτουργικότητα του συστήματος (ποιότητα και ποσότητα παροχέτευσης, παλιρροϊκότητα, ύπαρξη φυσαλίδων).
- Χρόνος που εφαρμόστηκε η αναρρόφηση
- Ένταση της εφαρμοζόμενης αναρρόφησης (σε mmHg, bar ή cmH₂O).
- Κατάσταση του ασθενούς: αναπνευστικός ρυθμός, αναπνευστικοί ήχοι, κορεσμός οξυγόνου (Sat O₂%), σφίξεις, αρτηριακή πίεση, χρώμα δέρματος και θερμοκρασία, επίπεδο συνείδησης.
- Κατάσταση των αυτοκόλλητων επιθεμάτων και των ραμμάτων

Έντυπο ελέγχου νοσηλευτικής φροντίδας τοποθέτησης Bullau

	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ BULLAU
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Εφαρμογή αντισηψίας δέρματος			
5. Τοποθέτηση billaw (από γιατρό)			
6.Καθαρισμός,περιποίηση και σταθεροποίηση παροχέτευσης			
7.Αφαίρεση γαντιών			
8.Εφαρμογή υγιεινής χεριών			
9.ενημέρωση ασθενούς και τοποθέτηση σε άνετη θέση			
10.Καταγραφή αποτελεσμάτων στο νοσηλευτικό φύλλο νοσηλείας			
11.Αξιολόγηση- Ενημέρωση γιατρού			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Επείγουσα τραχειοτομή

1.Εισαγωγή - Ορισμοί:

Τι είναι τραχεία:

Η τραχεία αποτελεί τμήμα του ανώτερου αναπνευστικού και ξεκινά από το κατώτερο τμήμα του λάρυγγα. Κατέρχεται έμπροσθεν του οισοφάγου για να εισέλθει στο μεσοθωράκιο, όπου διχάζεται και μεταπίπτει στο δεξιό και αριστερό κύριο πνευμονικό βρόγχο. Έχει μήκος 12 έως 15 εκ. και διάμετρο 2,5 εκ. Ο βλεννογόνος που επαλείφει την τραχεία περιέχει οροβλεννώδεις αδένες που παράγουν παχύρευστη βλέννη. Η σκόνη και τα ξένα σώματα που εισπνέονται με τον αέρα παγιδεύονται από τη βλέννη, η οποία προωθείται προς το λάρυγγα και το φάρυγγα από το κροσσωτό επιθήλιο και είτε καταπίνεται, είτε αποβάλλεται με το βήχα από το στόμα.

Τραχειοτομία

Η τραχειοτομία είναι η δημιουργία διεγχειρητικού ανοίγματος στο πρόσθιο τοίχωμα της τραχείας. Μπορεί να είναι παροδική ή μόνιμη. Όταν εισάγεται τραχειοσωλήνας τότε χρησιμοποιούμε τον όρο τραχειοστομία. Η τραχειοστομία εκτελείται, με τον άρρωστο να τοποθετείται σε ύπτια θέση. Το κεφάλι και ο λαιμός του ασθενούς τίθεται σε υπερέκταση. Γίνεται μια εγκάρσια ή οριζόντια τομή πάνω από την υπερστερνική εντομή και ανοίγεται η τραχεία μεταξύ δεύτερου και τρίτου χόνδρινου ημιδακτυλίου. Κατόπιν εισάγεται ο τραχειοσωλήνας.

Σκοποί της τραχειοτομίας

Στον ασθενή, τραχειοστομία μπορεί να γίνει για να:

- παρακαμφθεί ένας αποφραγμένος ανώτερος αεραγωγός
- αφαιρεθούν τραχειοβρογχικές εκκρίσεις
- χρησιμοποιηθεί μακροχρόνια μηχανικός αερισμός
- προληφθεί η εισρόφηση από στοματικές και γαστρικές εκκρίσεις σε κωματώδεις ή παράλυτους ασθενείς.

Ενδείξεις τραχειοτομίας

- Καρκίνος του λάρυγγα
- Μηχανική απόφραξη του λάρυγγα, της τραχείας και των βρόγχων από ξένα σώματα
- Προφυλακτική τραχειοστομία σε εγχειρήσεις προσώπου, αυχένα, σε εγκαύματα που προκαλούν οίδημα
- Νοσήματα του ΚΝΣ
- Αντικατάσταση του ενδοτραχειακού σωλήνα

Νοσηλευτικές διαγνώσεις

- Αναποτελεσματική- επιτόλαιη αναπνοή
- Δύσπνοια-ορθόπνοια
- Χρήση επικουρικών μυών αναπνοής και διαταραχή έκπτυξης θώρακα
- Αναποτελεσματικός καθαρισμός αεραγωγών με μη αποτελεσματικό βήχα
- Κίνδυνος εμφάνισης λοιμώξεων

- Διαταραχή της λεκτικής επικοινωνίας και διαταραχή της κατάποσης
- Παθολογικοί ήχοι, κυάνωση, ανησυχία, άγχος

Αντικειμενικοί σκοποί φροντίδας ασθενούς

- Διατήρηση βατότητας του αεραγωγού
- Προαγωγή της καθαριότητας της περιοχής
- Πρόληψη της ξηρότητας του βλεννογόνου και του σχηματισμού εφελκίδων εντός της τραχείας και του τραχειοσωλήνα

Η φροντίδα τραχειοστομίας διενεργείται κάθε 8 ώρες. Αφαιρείται το χρησιμοποιούμενο επιδεσμικό υλικό και καθαρίζεται η περιοχή. Ενδέχεται να αλλαχθεί και η ταινία που συγκρατεί τον τραχειοσωλήνα. Εάν υπάρχει εσωτερικός σωλήνας, αφαιρείται, καθαρίζεται και αντικαθίσταται.

Απαιτούμενος εξοπλισμός

- Συσκευή οξυγόνου - εφυγραντήρα
- Αναρρόφηση
- Αποστειρωμένοι σωλήνες αναρρόφησης
- Σωλήνας τραχειοστομίας, ιδίου μεγέθους και ένας μικρότερου μεγέθους
- Καθαρό δοχείο για τον καθαρισμό του εσωτερικού σωλήνα
- Φυσιολογικός ορός – υπεροξειδίου του υδρογόνου
- Ψαλίδι (ίσως και κόπτης ραμμάτων εάν στον τραχειοσωλήνα υπάρχουν ράμματα)
- Ελαιώδης ουσία
- Ταινία τραχειοστομίας
- Επίδεση τραχειοστομίας
- Αποστειρωμένες γάζες
- Αποστειρωμένη γάζα ή ειδικό αποστειρωμένο επίθεμα τραχειοστομίας
- Αποστειρωμένα και μη γάντια
- Βαμβακερό αποστειρωμένο ταμπόν ή βαμβακοφόροι στυλεοί
- Σύριγγα αποστειρωμένη
- Νεφροειδές μιας χρήσεως
- Εξοπλισμός προσωπικής προστασίας (μάσκα, γυαλιά και μπλούζα εάν χρειάζεται)
- Σάκος απορριμμάτων

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Φάση προετοιμασίας - Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Πραγματοποίηση υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Έλεγχος της οδηγίας, συγκέντρωση του εξοπλισμού και των εφοδίων.	Επαλήθευση ότι η διαδικασία πρόκειται να πραγματοποιηθεί στον ασθενή. Πρόληψη λάθους.
Επεξεργασία των χρεώσεων του εξοπλισμού και των εφοδίων. Μεταφορά αυτών στο θάλαμο του ασθενούς.	Αποτελεσματικότερη διαδικασία.

Ταυτοποίηση και προετοιμασία του ασθενούς.	Πρόληψη λάθους
Επιβεβαίωση της ταυτότητας του ασθενή	Πρόληψη λάθους
Επεξήγηση των διαδικασιών με κατανοητούς όρους , απόσπαση ερωτημάτων και παροχή σαφών απαντήσεων	Συνεργασία και μείωση του άγχους του ασθενούς
Οργάνωση υλικού	Ο σχεδιασμός κάνει αποτελεσματικότερη τη διαδικασία.
Ανύψωση κλίνης	Μείωση της μυοσκελετικής επιβάρυνσης της μέσης
Τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση ημι-Fowler	Διευκόλυνση του βήχα και αποτελεσματικότερη αναπνοή
Έλεγχος της τραχειοστομίας για παρουσία οιδήματος, ερυθρότητας και αιμορραγίας	Καταγραφή και αναφορά οποιασδήποτε μόλυνσης ή παθολογικής κατάστασης για άμεση αντιμετώπιση
Πραγματοποίηση υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Έλεγχος της οδηγίας, συγκέντρωση του εξοπλισμού και των εφοδίων.	Επαλήθευση ότι η διαδικασία πρόκειται να πραγματοποιηθεί στον ασθενή. Πρόληψη λάθους.
Επεξεργασία των χρεώσεων του εξοπλισμού και των εφοδίων. Μεταφορά αυτών στο θάλαμο του ασθενούς.	Αποτελεσματικότερη διαδικασία.
Ταυτοποίηση και προετοιμασία του ασθενούς.	Πρόληψη λάθους
Επιβεβαίωση της ταυτότητας του ασθενή	Πρόληψη λάθους
Επεξήγηση των διαδικασιών με κατανοητούς όρους απόσπαση ερωτημάτων και παροχή σαφών απαντήσεων	Συνεργασία και μείωση του άγχους του ασθενούς
Οργάνωση υλικού	Ο σχεδιασμός κάνει αποτελεσματικότερη τη διαδικασία.

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Εφαρμογή αντισηπτικού διαλύματος στα χέρια	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών

Χρήση άσηπτης τεχνικής και καθιερωμένων προφυλάξεων Αυτοπροστασία από τα βιολογικά υγρά με την τοποθέτηση των γαντιών.	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Έλεγχος της κατάστασης της τραχειοστομίας και της περιοχής πέριξ αυτής και διενέργεια αναρρόφησης με άσηπτη τεχνική	Η απομάκρυνση των εκκρίσεων διατηρεί την περιοχή καθαρή
Απόρριψη του καθετήρα και των ακατάλληλων γαντιών	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Εφαρμογή ελαστικών γαντιών μη αποστειρωμένων	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Αφαίρεση της χρησιμοποιημένης επίδεσης, καθαρισμός του σωλήνα περιφερικά, έκπλυση με φυσιολογικό ορό	Οι ακάθαρτες επιδέσεις αλλάζονται όπως απαιτείται, η περιοχή γύρω από το σωλήνα αλλάζεται κάθε οκτώ ώρες
Καθαρισμός εξωτερικού άκρου τραχειοστόματος με υπεροξείδιο του υδρογόνου	
Καθαρισμός της περιοχής γύρω από τη στομία με δυο γάζες εμποτισμένες με φυσιολογικό ορό, μια κίνηση κάθε φορά με κάθε γάζα	Ο φυσιολογικός ορός βοηθά στην απομάκρυνση αποξηραμένων εκκρίσεων Βοηθά στην απομάκρυνση όλης της ποσότητας του υπεροξειδίου του υδρογόνου
Στέγνωση της περιοχής με τη χρήση δυο αποστειρωμένων γαζών	Η υγρασία προάγει την ανάπτυξη μικροοργανισμών
Αν η περιοχή φλεγμαίνει, καθαρισμός της περιοχής με αντισηπτικό διάλυμα και στέγνωμα. (30')	Βοηθά στην υποχώρηση της φλεγμονής
Εφαρμογή της προκαθορισμένης επίδεσης ή της V-περιτυλιγμένης γάζας, τοποθέτησή της κάτω και γύρω από τον εξωτερικό σωλήνα για συλλογή των εκκρίσεων. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί λαβίδα για την τοποθέτηση της επίδεσης	Δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί μια γάζα 4X4 για επίδεση τραχειοστομίας διότι η χαλαρή (ή μεγαλύτερη μήκους γάζα) μπορεί να εισχωρήσει στον σωλήνα τραχειοστομίας και να εισροφηθεί από τον ασθενή
Αντικατάσταση των χρησιμοποιημένων συνδετήρων τραχειοστομίας ή του υλικού συγκράτησης του σωλήνα	Οι συνδετήρες αντικαθίστανται όταν φθαρούν ή τουλάχιστον κάθε 24 ώρες, αντικαθίστανται ευκολότερα πριν την τοποθέτηση νέας επίδεσης

Στήριξη με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέπεται η εισαγωγή ενός μόνο δακτύλου ανάμεσα στην ταινία επίδεσης και τον λαιμό του ασθενούς.	Αποφυγή ερεθισμού περιοχής, δυσφορίας αρρώστου
Επιβεβαίωση ότι ο ασθενής αισθάνεται καλά	Άμεση αντιμετώπιση εμφανιζόμενου προβλήματος
Συλλογή του χρησιμοποιηθέντος εξοπλισμού, απόρριψη	Διατήρηση καθαριότητας, απομάκρυνση των δύσσομων και δυνητικά λοιμογόνων απορριμμάτων από το θάλαμο
Εξασφάλιση της άνεσης, της ασφάλειας του ασθενούς, τακτοποίηση της κλίνης	Προαγωγή άνεσης και μείωση άγχους του ασθενούς.

Αφαίρεση γαντιών και άλλου εξοπλισμού προσωπικής προστασίας	Αποφυγή κινδύνου επιμολύνσεως του δέρματος και μετάδοσης λοιμώξεων
Προσεκτικό πλύσιμο των χεριών πριν από την αποχώρηση από το θάλαμο.	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Καταγραφή της φροντίδας και της κατάστασης της περιοχής της τραχειοστομίας	Καταγραφή της επιτέλεσης της νοσηλευτικής φροντίδας
Ακριβής, συγκεκριμένη, σαφής και σωστή καταγραφή των ευρημάτων αξιολόγησης, των προβλημάτων που τυχόν προέκυψαν και της ανταπόκρισης του ασθενούς	Αναφορά αυτών στο θεράποντα.

Φάση παρακολούθησης

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Αλλαγή της γάζας γύρω από το στόμιο, επειδή λερώνεται εύκολα από εκκρίσεις	Απαραίτητο για την αποφυγή ερεθισμού του δέρματος και λοίμωξης
Καθαρισμός περιοχής ανά 24ωρο ή συχνότερα, όταν υπάρχουν πολλές εκκρίσεις	Διατήρηση καθαριότητας και στεγνούς περιοχής για πρόληψη μολύνσεων και ερεθισμού του δέρματος
Επί της ημέρας της διενέργειας της τραχειοστομίας, η φροντίδα θα πρέπει να γίνεται ανά 8ωρο	Αναγνώριση επιπλοκών
Έλεγχος του ασθενούς για τυχόν δυσφορία και ερεθισμού της περιοχής	Άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων. Διατήρηση βατότητας του αεραγωγού.
Συνίσταται στον ασθενή καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας	Πρόληψη εμφάνισης λοιμώξεων

11.Επισημάνσεις

Υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι αποβάλλουν τις εκκρίσεις με το βήχα. Σε αυτούς δεν διενεργούμε αναρρόφηση.

Δεν διενεργούμε αναρρόφηση εάν δεν είναι απαραίτητη, διότι η όλη διαδικασία ερεθίζει τους ιστούς της τραχείας.

Όταν ο σωλήνας τραχειοστομίας φέρει αεροθάλαμο που φουσκώνει πρέπει να ξεφουσκώνουμε τον αεροθάλαμο κάθε 8 ώρες τουλάχιστον. Η πίεση στον αεροθάλαμο ελέγχεται με μανόμετρο και δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 20 mmHg.

Υψηλότερη πίεση μπορεί να υπερβεί την τριχοειδική πίεση και να προκαλέσει νέκρωση της τραχείας

Πρωτόκολλο προετοιμασίας διαδερμικής τραχειοστομίας

ΥΛΙΚΑ	ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
Πλήρες μονιτόρινγκ και καπνογραφία	Ελαστικό κηρίο με δυνατότητα οξυγόνωσης
Φορητός προβολέας	Σύριγγα 20 ml για τα cuff
Μάσκα ambu	3 αποστειρωμένες μπλούζες
Αναρρόφηση με καθετήρα nelaton (stand-by)	3 ζευγάρια αποστειρωμένα γάντια
Σετ διαδερμική τραχειοστομίας με λαβίδα	3 σκούφοι και 3 μάσκες
Λαρυγγοσκόπιο με λάμα 4 ή 5	Αποστειρωμένο τετράγωνο πεδίο
2 στοματοτραχειακοί τραχειοσωλήνες	Αποστειρωμένο σχιστό πεδίο
Διαθερμία μιας χρήσης	Betadine solution
Αποστειρωμένες γάζες	1 fl xylocaine
3 συριγγες των 2,5 ml	2 amp φυσιολογικό ορό
Γάζα τραχειοστομίας	Νεφροειδές μιας χρήσης
ΦΑΡΜΑΚΑ	
1. Μυοχαλαρωτικό	4. Xylocaine 2%
2. Μιδαζολάμη	5. Adrenaline
3. Propofol	6. Atropine

Σταθεροποίηση καταγμάτων - Επιδεσμολογία

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ

- Ανάταξη (κλειστή)
- Ακινητοποίηση
- Άσκηση

ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ

- Συνεχής έλξη
- Ακινητοποίηση σε νάρθηκα
- Λειτουργικός νάρθηκας

Εφαρμογή επίδεσης

- 1) Ακινητοποίηση του μυοσκελετικού συστήματος
- 2) Συγκράτηση
- 3) Αναλγησία
- 4) Έλεγχος αιμορραγίας
- 5) Πρόληψη επέκτασης βλάβης

Η ακινητοποίηση με γύψο κυκλοτερή ή νάρθηκα θα πρέπει να προσφέρει ικανοποιητική σταθεροποίηση σε συνδυασμό με εξασφάλιση της λειτουργικότητας

Σταθεροποίηση όχι Ακινητοποίηση

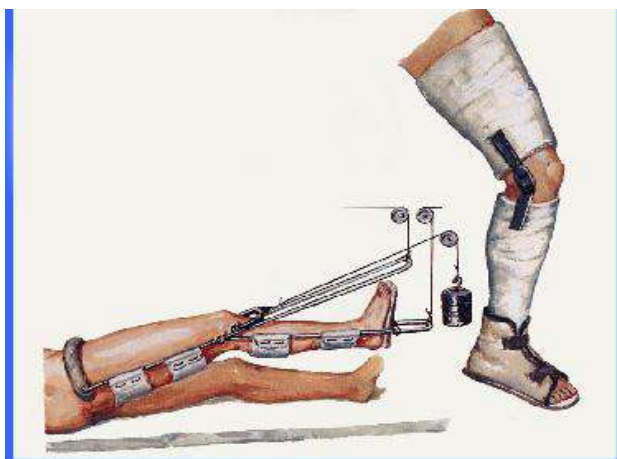
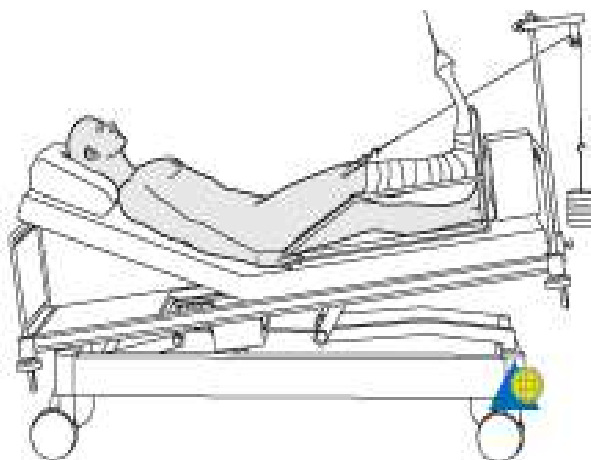
Σκοπός θεραπείας του κατάγματος είναι η ακινητοποίηση του κατάγματος και όχι του άκρου

Σκελετική έλξη

Ελκυσμός κατά τον επιμήκη άξονα του οστού

- Διατήρηση του άξονα
- Όχι ακριβής ανάταξη
- Διατήρηση της κίνησης των αρθρώσεων
- Μεγάλη διάρκεια κλινοστατισμού

Έλξη ενάντια στην δύναμη του βάρους του σώματος



Σκελετική δερματική έλξη

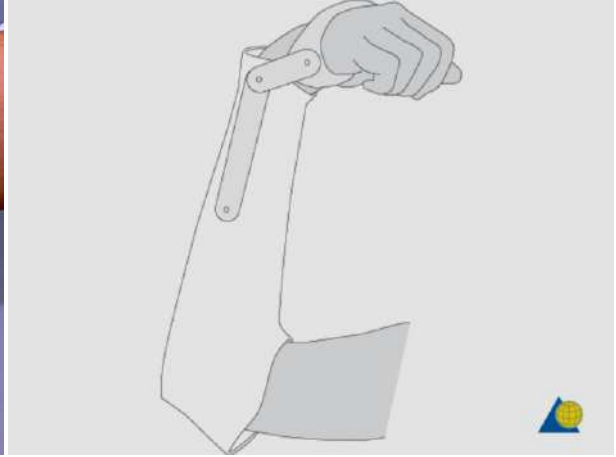
Επιπλοκές

- Αγγειακές διαταραχές
- Κακώσεις νεύρων
- Φλεγμονή στα σημεία εισόδου του steinmann



ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ ΝΑΡΘΗΚΑΣ

- Ελεγχόμενη κίνηση
- Δυναμική φόρτιση

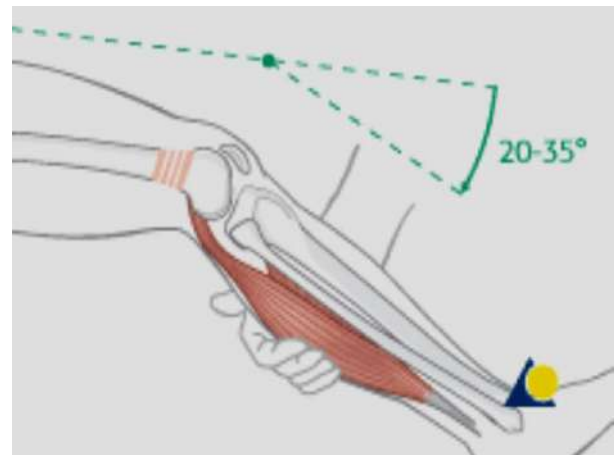
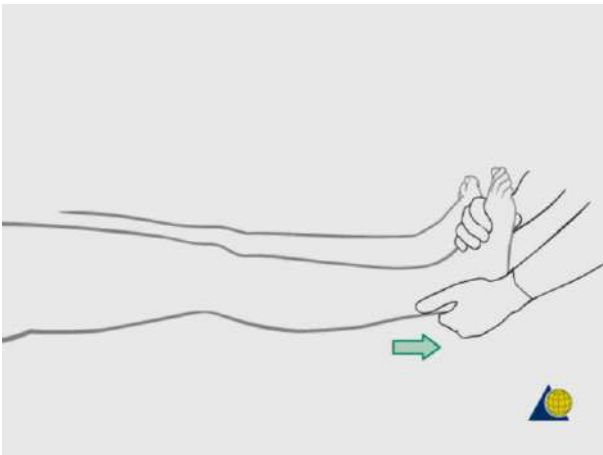


Ακινητοποίηση καταγμάτων με γύψο

- Διατήρηση της ανάταξης
- Μείωση του χρόνου κλινοστατισμού
- Δυσκαμψία (νόσος του γύψου)
- Η κίνηση των αρθρώσεων βοηθά στην διόρθωση της βλάβης του αρθρικού χόνδρου

Τεχνική τοποθέτησης κυκλοτερή γυψοεπίδεσμου

- Ανάταξη
- Γόνατο κάμψη 20 μοίρες





Τεχνική τοποθέτησης κυκλοτερή γυψοεπίδεσμου

- Τοποθέτηση βαμβακερού επιθέματος
- Οστικές προεξοχές



Τεχνική τοποθέτησης κυκλοτερή γυψοεπίδεσμου (συνέχεια)





Κατάγματα κνήμης





Ακινητοποίηση της άρθρωσης του γόνατος

- Κίνδυνος αγγειακής βλάβης
- Ακινητοποίηση κρίσιμη σε περίπτωση εξάρθρατος

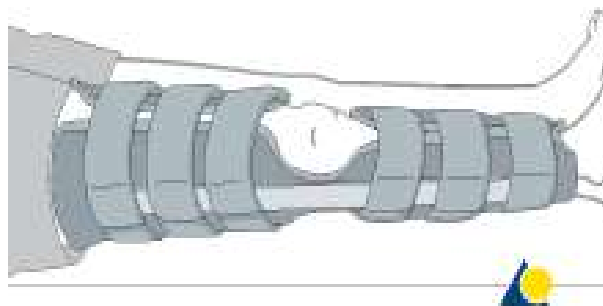
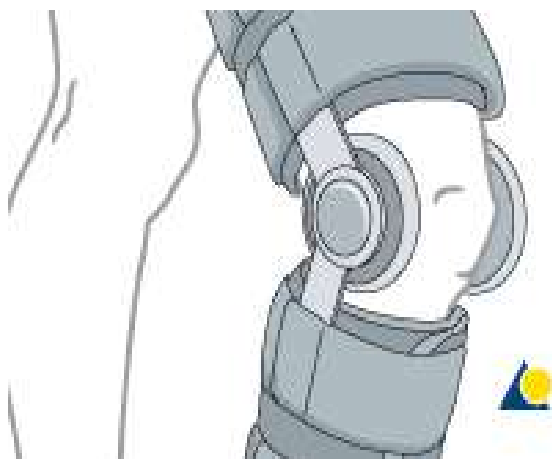


Αρχές ακινητοποίησης

- Κακώσεις γόνατος
- Μηροκνημοποδικός γύψινος νάρθηκας

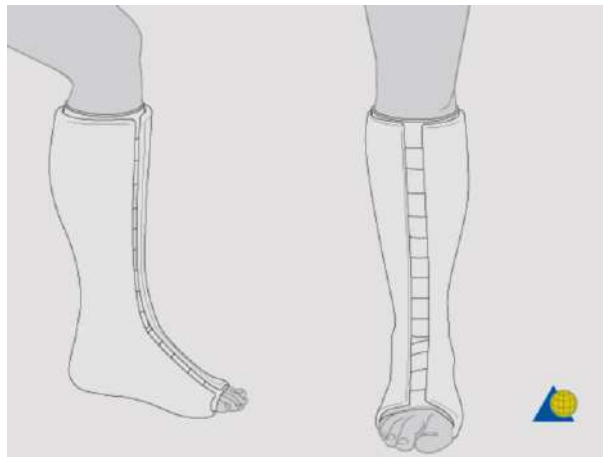
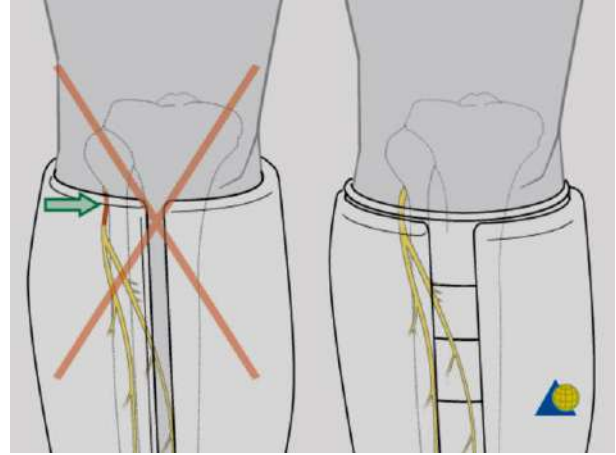
Το σκέλος δεν πρέπει να ακινητοποιείται με το γόνατο σε πλήρη έκταση αλλά σε καμψη 10 μοιρες για να χαλαρώνει η τάση στα νευραγγειακα στοιχεία

ΝΑΡΘΗΚΑΣ ΓΟΝΑΤΟΣ



Κνημοποδικός γυψοεπίδεσμος

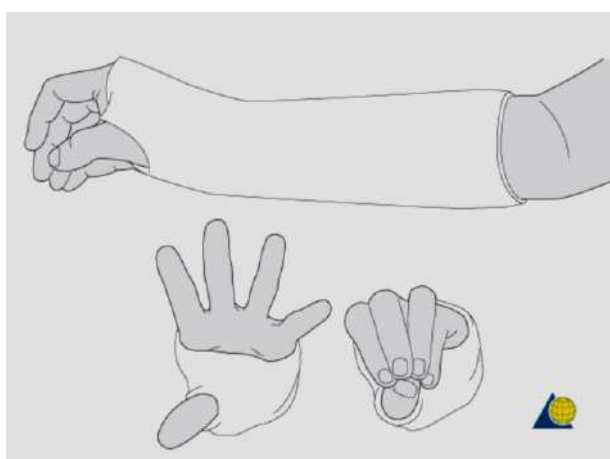
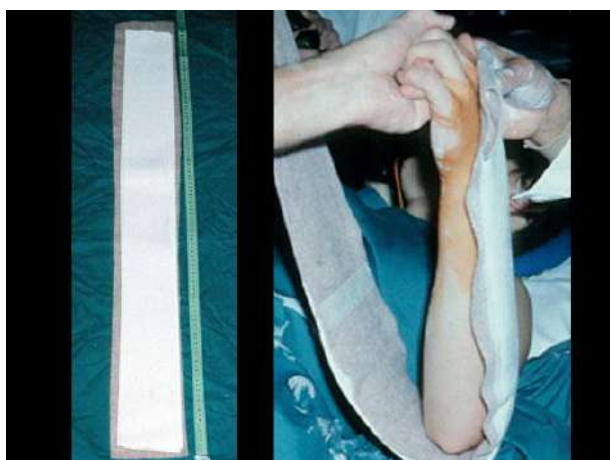
Διάνοιξη του γυψοεπίδεσμου σε όλο το μήκος και σε όλο το πάχος

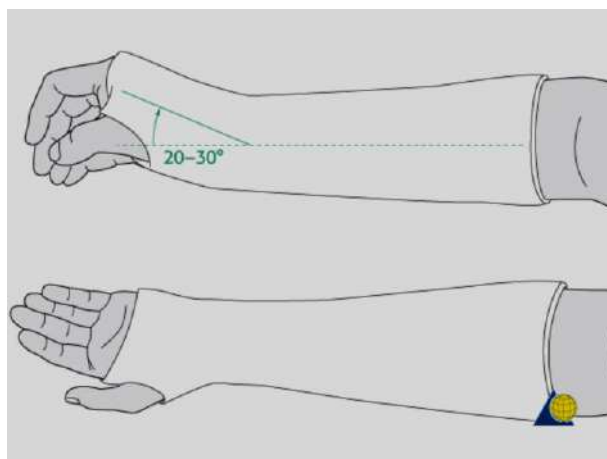


Κακώσεις άνω άκρου και του χεριού

- Το χέρι ακινητοποιείται σε μικρή ραχιαία έκταση και τα δάκτυλα σε ελαφρά κάμψη με τι μετακαρπιοφαλαγγικές αρθρώσεις σε κάμψη 45 μοίρες
- Η πηχεοκαρπική και το αντιβράχιο ακινητοποιούνται με παλαμιαίο νάρθηκα
- Ο αγκώνας και το βραχιόνιο με απλή ανάρτηση από τον αυχένα

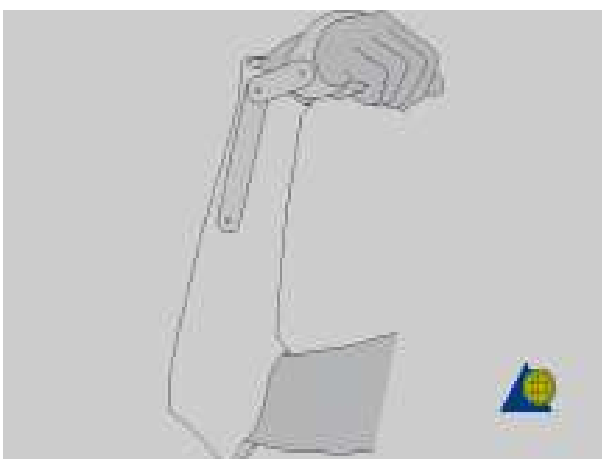
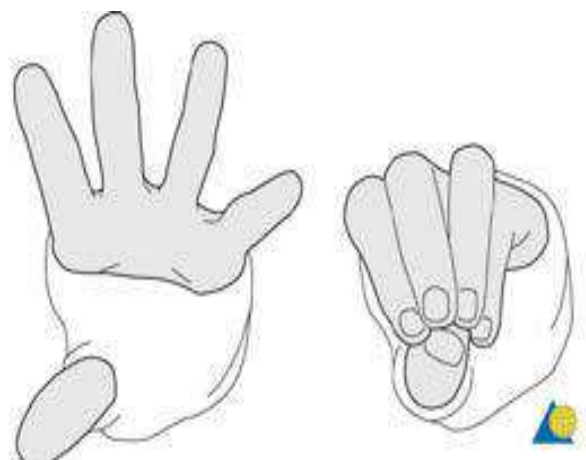
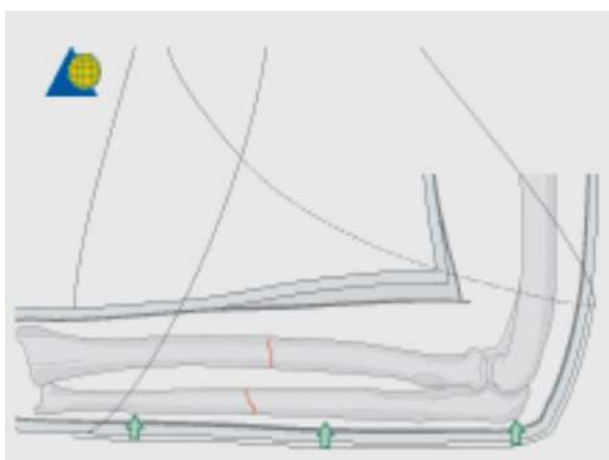
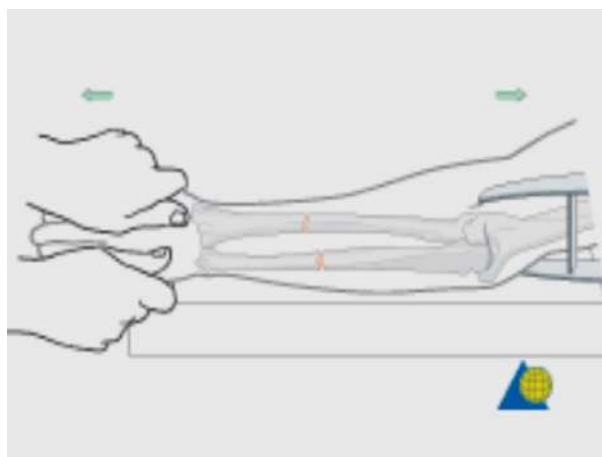
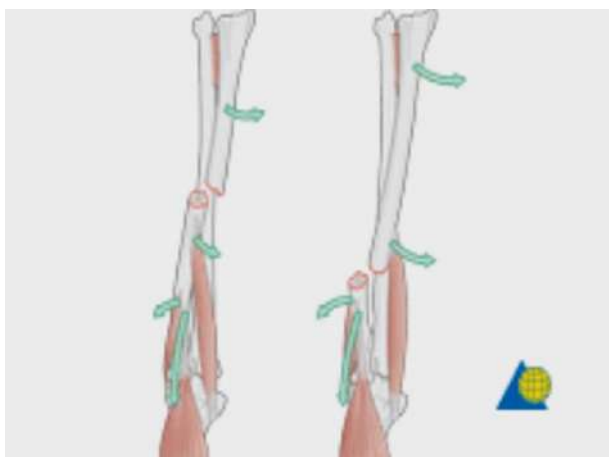
ΠΗΧΕΟΚΑΡΠΙΚΟΣ Γ/Ε





Ακίνητοποίηση καταγμάτων αντιβραχίου

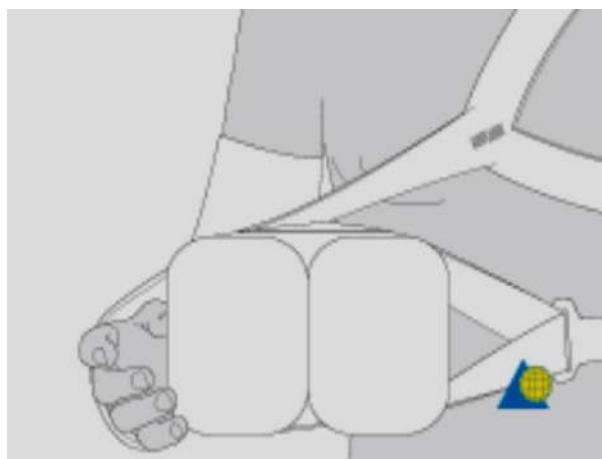




Ακινητοποίηση ώμου - βραχίονα



ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΩΜΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ



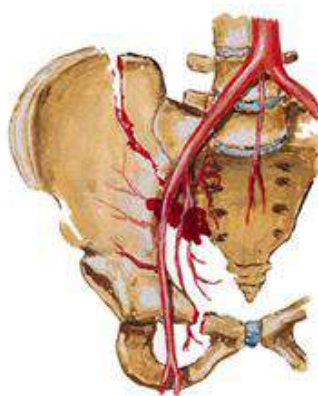
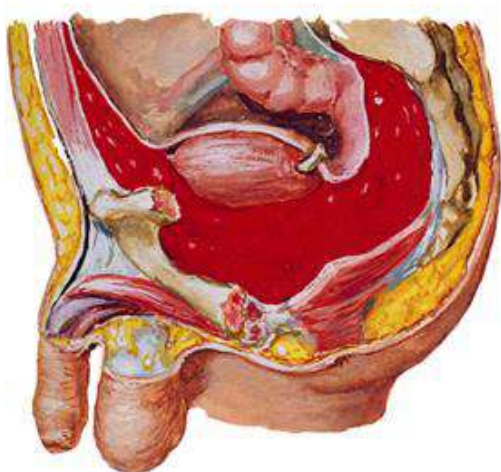


Σταθεροποίηση ΑΜΣΣ

- Δεν ακινητοποιεί
- Περιορίζει την μετακίνηση της κεφαλής
- Δεν πρέπει να εμποδίζει τον αερισμό
- Προσοχή στο μέγεθος



Ακίνητοποίηση καταγμάτων λεκάνης

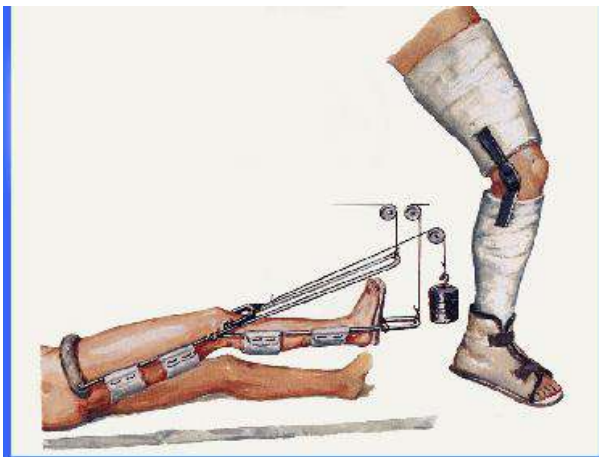




Αρχές ακινητοποίησης

Κατάγματα μηριαίου

- Η δύναμη έλξης εφαρμόζεται περιφερικά στην ποδοκνημική ή μέσω του δέρματος
- Κεντρικά ο νάρθηκας σπρώχνεται στο μηρό και στην περιοχή του ισχίου
- Η υπερβολική έλξη μπορεί να προκαλέσει κάκωση του δέρματος στο πόδι στην Π.Δ.Κ ή στο περίναιο



- Εάν υπάρχει ανοικτό κατάγμα δεν πρέπει να γίνεται προσπάθεια επαναφοράς του οστού μέσα στο τραύμα
- Οι εξarthρωμένες αρθρώσεις χρειάζονται συνήθως ακινητοποίηση στην θέση που βρίσκονται
- Η τοποθέτηση του νάρθηκα πρέπει να γίνεται το ταχύτερο δυνατό δεν πρέπει όμως να προηγείται της αναζωογόνησης
- Τοποθέτηση καλυμάτων στα προερχοντα οστικά τμήματα
- Μην εκβιάζεται την ευθυγράμμιση ενός παραμορφωμένου ακρου εάν δεν ευθυγραμμίζεται το νάρθηκοποιούμε στην θέση που βρίσκεται

- Εάν απουσιάζουν οι περιφερικές σφυξεις προσπαθούμε μόνο μια φορά να ευθυγραμμίσουμε το άκρο

Επιπτώσεις ακινητοποίησης

- Μυϊκή ατροφία
- Ρίκνωση αρθρικού θυλάκου
- Αδυναμία τενόντων, συνδέσμων
- Διαταραχές κυκλοφορίας

Μεταθανάτια φροντίδα στο νοσοκομείο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μεταθανάτια νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τις παρακάτω διαδικασίες: - Διαπίστωση του θανάτου – κλινική εξακρίβωση από τον ιατρό. - Ανακοίνωση του θανάτου από τον ιατρό στους συγγενείς. - Ψυχολογική στήριξη των συγγενών. - Προετοιμασία και μεταθανάτια φροντίδα του σώματος. - Τήρηση των απαραίτητων διαδικασιών για την μεταφορά και παράδοση του νεκρού (π.χ. πιστοποιητικό θανάτου, νεκροτομή).

ΥΛΙΚΑ – ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

- Ηλεκτροκαρδιογράφος.
- Ακουστικά.
- Δύο κάρτες νεκρού.
- Καθαρός ιματισμός.
- Επίδεσμοι.
- Βαμβάκι – γάζες.
- Ψαλίδι.
- Γάντια μιας χρήσης.
- Προστατευτική ποδιά μιας χρήσης.
- Μάσκα μιας χρήσης.
- Αντισηπτικό διάλυμα.
- Υδατοδιαλυτές σακούλες και σάκοι απόρριψης ιματισμού.
- Κάδοι απόρριψης ΕΙΑ.
- Ειδικός σάκος (HIV, μεταδοτικό νόσημα κ.α.).

Διαχείριση νεκρού ανθρώπου στο Τμήμα

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ
Αρχική εξακρίβωση και κλήση του γιατρού.	Κλινική διαπίστωση του θανάτου από τον ιατρό.	
Διακριτική απομάκρυνση συγγενών, επισκεπτών.	Εξασφάλιση μοναχικότητας.	
Χρήση παραβάν ή κουρτίνας	Εξασφάλιση μοναχικότητας.	
Χρήση προστατευτικού εξοπλισμού από τον επαγγελματία υγείας.	Προστασία εργαζομένων.	Διπλά γάντια, μάσκα, ειδική ποδιά μιας χρήσεως αδιάβροχη (διεθνείς οδηγίες)
Εκτέλεση ΗΚΓ	Επιβεβαίωση θανάτου (ισοηλεκτρική γραμμή).	Στο ΗΚΓ αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του νεκρού, πατρώνυμο, ηλικία, ημερομηνία και ώρα θανάτου.
Κλείσιμο των ματιών.		
Αφαίρεση κλινοσκεπασμάτων και τοποθέτηση τους σε υδατοδιαλυτές σακούλες ή σε ξεχωριστό σάκο απόρριψης	Πρόληψη διασποράς λοιμώξεων.	
Τοποθέτηση σώματος σε ύπτια θέση και απελευθέρωση συνδέσεων από μηχανήματα όπως monitors, ΗΚΓ ράφο, απινιδωτή, αναπνευστήρα.		
Αφαίρεση ορών, ενδαγγειακών γραμμών, Levin, ενδοτραχειακών σωλήνων, μεγάλων παροχετεύσεων κ.α. με ήπιους χειρισμούς παρουσία ιατρού.		-Απομάκρυνση του χρησιμοποιημένου υλικού και απόρριψή του σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Διαχείρισης Αποβλήτων. -Ιδιαίτερη προσοχή στην απόρριψη των αιχμηρών εργαλείων (κίτρινα κυτία).
Πωματισμός σημείων ύπαρξης βελονών, τραυμάτων με στεγνή γάζα.	Αποφυγή εκροής αίματος και σωματικών υγρών.	
Αφαίρεση ξένης οδοντοστοιχίας και τιμαλφών.		-Τα τιμαλφή και προσωπικά είδη καταγράφονται σε ειδικό έντυπο του τμήματος και παραλαμβάνονται ενυπόγραφα από συγγενή Α' βαθμού (επίδειξη ταυτότητας, καταγραφή αριθμού της, δ/νση κατοικίας, τηλέφωνο, υπογραφή –ολογράφως). -Αν δεν υπάρχει συγγενικό περιβάλλον φυλάσσονται σε ειδικό χώρο του τμήματος και παραδίδονται στο ταμείο του νοσοκομείου.
Επιπωματισμός φυσικών ή τεχνητών ανοιγμάτων (π.χ.κολοστομία).		

Σταθεροποίηση της κάτω γνάθου.		Σταθεροποιούμε με επίδεσμο πριν επέλθει η νεκρική ακαμψία
Ευθυγράμμιση του νεκρού σώματος.		
Αφού κρατηθεί το δεξί χέρι του νεκρού και γίνει «3 φορές ο σταυρός του» σε Χ.Ο. ακολουθεί τοποθέτηση των χεριών σταυροειδώς και ένωση τους με επίδεσμο.	Έθιμο του Χριστιανισμού.	Στον επίδεσμο στερεώνεται η πρώτη κάρτα νεκρού στην οποία αναγράφονται ευανάγνωστα τα εξής στοιχεία: ♣ Ονοματεπώνυμο ♣ Πατρώνυμο ♣ Ηλικία ♣ Ημερομηνία θανάτου ♣ Ώρα θανάτου ♣ Νοσηλευτικό τμήμα ♣ Υπογραφή νοσηλεύτη/τριας βάρδιας ♣ Ονοματεπώνυμο/ υπογραφή ιατρού που διαπίστωσε τον θάνατο
Ένωση των ποδοκνημικών αρθρώσεων και σταθεροποίησή τους με επίδεσμο.		Στον επίδεσμο στερεώνεται η δεύτερη κάρτα νεκρού στην οποία αναγράφονται τα ίδια στοιχεία με την πρώτη κάρτα.
Κάλυψη σώματος με καθαρό σεντόνι αφήνοντας ακάλυπτο το κεφάλι.		Στον επίδεσμο στερεώνεται η δεύτερη κάρτα νεκρού στην οποία αναγράφονται τα ίδια στοιχεία με την πρώτη κάρτα.
Κάλυψη σώματος με καθαρό σεντόνι αφήνοντας ακάλυπτο το κεφάλι.		
Αποχαιρετισμός του νεκρού από τους συγγενείς και κάλυψη κεφαλής.		Δίνεται χρόνος στους συγγενείς για την συγκεκριμένη διαδικασία και τηρείται σεβασμός χωρίς να εκτίθεται η θλίψη τους στα μάτια άλλων επισκεπτών ή άλλων συνοδών.
Αντισηψία χεριών.		Απομάκρυνση του χρησιμοποιημένου εξοπλισμού και απόρριψη του σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Διαχείρισης Αποβλήτων.
Ειδοποίηση αρμόδιου τραυματιοφορέα και ενημέρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας για τα στοιχεία του νεκρούμεταφορά νεκρού στον νεκροθάλαμο.		Κατά τον χειρισμό του νεκρού σώματος πρέπει πάντα να τηρούνται οι οδηγίες προστασίας από λοιμώδη νοσήματα.
Ο αρμόδιος τραυματιοφορέας της βάρδιας τοποθετεί τη σωρό στο νεκροθάλαμο.	Κοινοποιείται καθημερινά πρόγραμμα με το όνομα του αρμόδιου τραυματιοφορέα στο Γραφείο Διευθυνούσης και στο ΤΕΠ.	Ο νεκρός παραμένει στον νεκροθάλαμο μέχρι να διεκπεραιωθεί σωστά όλη η Διοικητική διαδικασία παράδοσής του από το νοσοκομείο.

		♣ Τηρείται βιβλίο καταγραφής και παράδοσης νεκρών σε γραφείο τελετών. Το βιβλίο και το κλειδί του νεκροθαλάμου φυλάσσεται σε ειδικό χώρο του ΤΕΠ. ♣ Ο υπεύθυνος των τραυματιοφορέων ενημερώνει καθημερινά την Νοσηλευτική Διεύθυνση για τον αριθμό και τα στοιχεία των νεκρών ανά 24ωρο.
Απόρριψη γαντιών και αντισηψία των χεριών από τον τραυματιοφορέα.		Σύμφωνα με τα 5 βήματα υγιεινής των χεριών.
Χρήση γαντιών και μεταφορά του φορείου στον ειδικό χώρο και απολύμανσή του.		Η απολύμανση του φορείου γίνεται με διάλυμα υποχλωριώδους Να (10000 ppm).
Αντισηψία των χεριών		Σύμφωνα με τα 5 βήματα υγιεινής των χεριών.
Ο τραυματιοφορέας ειδοποιεί την υπεύθυνη καθαριότητας για απολύμανση του νεκροθαλάμου.	Ο ιματισμός φυλάσσεται σε ειδικό σάκο και απομακρύνεται σε καθημερινή βάση.	Σύμφωνα με τις οδηγίες της ΕΝΑ.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

♣ Οι συγγενείς παραλαμβάνουν το πιστοποιητικό θανάτου από τον θεράποντα ιατρό. Αν ο θάνατος διαπιστωθεί εντός 24 ωρών από την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο αποστέλλεται από τον θεράποντα ιατρό παραπεμπτικό για την ενέργεια νεκροψίας – νεκροτομής προς διαπίστωση της αιτίας θανάτου.

♣ Οι συγγενείς διεκπεραιώνουν τις διαδικασίες στο Γραφείο Κινήσεως Ασθενών.

♣ Το γραφείο τελετών που επιλέγεται από τους συγγενείς παραλαμβάνει τον νεκρό επιδεικνύοντας ειδική εντολή παράδοσης νεκρού υπογεγραμμένη από το Γραφείο Κίνησης Ασθενών από 7.00 – 21.00 και ο αρμόδιος υπάλληλος του γραφείου τελετών υπογράφει στο ειδικό βιβλίο παράδοσης – παραλαβής νεκρών.

♣ Απαγορεύονται οι συχνές επισκέψεις των συγγενών στο νεκροθάλαμο.

ΛΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ Σε περίπτωση δωρεάς οργάνων ειδοποιείται η «Ομάδα Συντονισμού Μεταμοσχεύσεων» του νοσοκομείου μας (ΜΕΘ-Χ).

ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ Σε περίπτωση που ο νεκρός δεν είναι Χριστιανός Ορθόδοξος η διαδικασία της μεταθανάτιας φροντίδας διαφοροποιείται ανάλογα με τις θρησκευτικές παραδόσεις (ενημέρωση από τους συγγενείς).

Νεκρός αγνώστων στοιχείων

♣ Στις 2 κάρτες νεκρού αναγράφονται τα εξής:

- ΑΝΤΡΑΣ ΑΓΝΩΣΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ Νο 1 / ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΓΝΩΣΤΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ Νο 1.

- ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ.

- ΩΡΑ ΘΑΝΑΤΟΥ.

- ΤΜΗΜΑ.

- ΜΕΣΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΙΟ ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΕ.

- ΤΟΠΟΣ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ.

♣ Εάν υπάρχουν περισσότεροι νεκροί αγνώστων στοιχείων ακολουθεί αρίθμηση (π.χ. Άντρας αγνώστων στοιχείων Νο 1,2,.....Γυναίκα αγνώστων στοιχείων Νο 1,2,.....)

♣ Ανεύρεση συγγενικού περιβάλλοντος αναλαμβάνει η Κοινωνική Υπηρεσία στις εργάσιμες ημέρες και ώρες, αφού ειδοποιηθεί από το ΤΕΠ. Επίσης ενημερώνει και τις αρμόδιες αρχές (π.χ. Τροχαία, Λιμενικό κλπ).

♣ Μετά την αναγνώριση του νεκρού από τους συγγενείς στο νεκροθάλαμο με την παρουσία του υπεύθυνου τραυματιοφορέα και της νοσηλεύτριας του ΤΕΠ και την ολοκλήρωση της διαδικασίας από διοικητικό υπάλληλο (έλεγχος στοιχείων συγγένειας, υπογραφή αναγνώρισης – ταυτοποίησης κλπ) οι κάρτες του νεκρού αντικαθίστανται με νέες κάρτες στις οποίες αναγράφονται τα στοιχεία του.

♣ Έντυπα νεκροτομής συμπληρώνονται από τους ιατρούς που ασχολήθηκαν με το περιστατικό. Σε κλειστές εφημερίες τα έντυπα συμπληρώνουν Ορθοπαιδικοί ιατροί που εφημερεύουν ή αντίστοιχα οι ιατροί του ΤΕΠ, εάν εφημερεύουν.

♣ Τιμαφή συλλέγονται, καταμετρούνται με ημερομηνία, ώρα κτλ. στο βιβλίο τιμαφών του ΤΕΠ. Παραδίνονται σε συγγενή Α' βαθμού.

♣ Εάν πρόκειται για εγκληματική ενέργεια, αντικείμενα όπως μαχαίρια, σφαίρες κ.α προσωπικά αντικείμενα πρέπει να κρατηθούν έτσι ώστε να διατηρηθεί και να περιφρουρηθεί η ακεραιότητα της μαρτυρίας τους.

♣ Τα έντυπα νεκροτομής αγνώστων στοιχείων θα αποστέλλονται στο Γραφείο Κινήσεως με το κλητήρα το πρωί της επόμενης εργάσιμης ημέρας και τα τιμαφή στο Κεντρικό Ταμείο του Νοσοκομείου.

Ακρωτηριασμένα μέλη φυλάσσονται σε ειδική κόκκινη σακούλα απόρριψης ΕΙΑ μαζί με το νεκρό και αναγράφεται ετικέτα με το είδος του μέλους, ονοματεπώνυμο νεκρού, ημερομηνία.

Τσάνη Παρασκευή Χατζηκουκούτση Βαΐτσα Διπλού Αγγελική

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» ΒΟΥΛΑΣ

Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του νοσοκομειακού ιματισμού

I. Εισαγωγή

Ο ακάθαρτος ιματισμός, όπως και όλα τα αντικείμενα που σχετίζονται με τη φροντίδα του ασθενούς, μπορεί να αποτελέσει πηγή για μετάδοση παθογόνων μικροοργανισμών στον άνθρωπο.

Παρά το γεγονός όμως, ότι ο ακάθαρτος ιματισμός φέρει ένα μεγάλο φορτίο παθογόνων μικροοργανισμών (Gram θετικά και αρνητικά βακτήρια, βάκιλοι, κλωστηρίδια) ο κίνδυνος μετάδοσής τους, σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές είναι μικρός.

Τεκμηριωμένες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν τον ιματισμό ως πιθανή πηγή μετάδοσης μόνο σε δύο περιπτώσεις:

- σε αποικισμό ή λοίμωξη από σταφυλόκοκκο, στρεπτόκοκκο και βάκιλο *Cereus* σε νεογνά
- σε ουρολοιμώξεις από Gram αρνητικά βακτήρια, ανθεκτικά στα αντιβιοτικά, σε ασθενείς που φέρουν ουροκαθετήρα

Η μετάδοση αυτή οφείλεται κυρίως σε δύο λόγους:

1. στο προσωπικό που χειρίζεται τον ιματισμό και δε λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα προστασίας
2. στη μη τήρηση των προϋποθέσεων που αφορούν τη συλλογή, διακίνηση, πλύσιμο και φύλαξη του ιματισμού.

Τεκμηριωμένες μελέτες οι οποίες να αποδεικνύουν μικροβιακή μετάδοση σε ασθενείς και προσωπικό από τον ιματισμό δεν υπάρχουν γιατί οι μικροοργανισμοί που προκαλούν τη μόλυνση συχνά προέρχονται από διαφορετικές πηγές του περιβάλλοντος και κυρίως από τα χέρια του προσωπικού.

Ο πραγματικός επαγγελματικός κίνδυνος, ειδικά για τους εργαζόμενους στα πλυντήρια, είναι ο τραυματισμός από μολυσμένα αιχμηρά αντικείμενα, που ακούσια παραμένουν στον ακάθαρτο ιματισμό, από το προσωπικό των νοσηλευτικών τμημάτων, των χειρουργείων και των εργαστηρίων παρεμβατικών τεχνικών (π.χ. αιμοδυναμικό εργαστήριο).

Η βασική αρχή είναι ότι πρέπει και στη διαχείριση του ιματισμού να εφαρμόζονται οι

«Βασικές Προφυλάξεις» (Universal Precautions) ανεξάρτητα από την πηγή, δηλ. αν προέρχεται από ασθενή με διαγνωσμένο ή ύποπτο μεταδοτικό νόσημα ή όχι.

Η επαρκής και αποτελεσματική εκπαίδευση των εργαζομένων παίζει σημαντικό ρόλο στη σωστή και ασφαλή χρήση (συλλογή, μεταφορά, διαλογή, πλύση, φύλαξη, διανομή κ.λ.π.) του νοσοκομειακού ιματισμού.

II. Ορισμοί

- **Ακάθαρτος ιματισμός** είναι ο ιματισμός που έχει χρησιμοποιηθεί έστω και μια φορά σε ασθενή (ή σε προσωπικό):
 - χωρίς εμφανή σημεία λοίμωξης
 - με λοίμωξη χαμηλής μεταδοτικότητας
 - με λοίμωξη έναντι της οποίας η πλειονότητα του πληθυσμού είναι ανοσοποιημένη (ιλαρά, ανεμευλογιά κ.λ.π.).
- **Μολυσμένος ιματισμός** είναι:
 - ο ιματισμός που είναι εμποτισμένος με αίμα ή με άλλα βιολογικά υγρά του σώματος
 - ο ιματισμός που προέρχεται από ασθενείς με λοίμωξη τέτοια που να αποτελεί δυνητικό παράγοντα κινδύνου για το προσωπικό και τους υπολοίπους ασθενείς.
- **Καθαρός Ιματισμός** είναι ο ιματισμός ο οποίος έχει υποστεί τη διαδικασία της πλύσης (πλύσιμο, στέγνωμα, σιδέρωμα) και δε φέρει κανένα ίχνος προηγούμενης χρήσης.
- **Αποστειρωμένος Ιματισμός** είναι ο ιματισμός που μετά από τη διαδικασία της πλύσης έχει υποστεί και αποστείρωση σε κλίβανο ατμού και είναι στείρος μικροβίων.

III. Οδηγίες

A. Χειρισμός και συλλογή του ακάθαρτου ή μολυσμένου ιματισμού στα τμήματα

1. Ο ιματισμός του ασθενή (σεντόνια κ.λ.π.) αλλάζεται:
 - όταν είναι εμφανώς λερωμένος
 - μία φορά την ημέρα ή ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενή, όσες φορές απαιτείται
 - με την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο και αφού προηγηθεί ο καθαρισμός και η από-λύμανση της κλίνης
2. Ο ακάθαρτος ή μολυσμένος ιματισμός δε θα πρέπει να έρχεται σε επαφή με τον καθαρό ιματισμό που πρόκειται να στρωθεί στον ασθενή (εικ. 1).
3. Ο ακάθαρτος ή μολυσμένος ιματισμός πρέπει να συλλέγεται με όσο το δυνατόν λιγότερες κινήσεις για να αποφεύγεται η διασπορά μικροβίων (δηλ. το σεντόνι να τυλίγεται ή να διπλώνεται, χωρίς να αναταράσσεται ή να τινάζεται και χωρίς να προκαλείται σκόνη).
4. Η αφαίρεση του ιματισμού από το κρεβάτι των ασθενών να γίνεται με τέτοιο τρόπο, που τα πιο ακάθαρτα σημεία του να καλύπτονται από τα πιο καθαρά.



5. Κατά τη συλλογή του ακάθαρτου ή μολυσμένου ιματισμού απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή από το προσωπικό ώστε να μην αφήνονται μέσα στον ακάθαρτο ιματισμό αντικείμενα (όπως ψαλίδια, βελόνες, σύριγγες, τηλεκοντρόλ, αδιάβροχα ημισέντονα μιας χρήσεως κ.λ.π.) γιατί τα αντικείμενα αυτά είναι δυνατόν να τραυματίσουν το προσωπικό του πλυντηρίου που θα κάνει τη διαλογή ή να προκαλέσουν βλάβη στα πλυντήρια ή και στον ίδιο τον ιματισμό.
6. Κατά τη συλλογή μολυσμένου ιματισμού πρέπει οπωσδήποτε να χρησιμοποιούνται από το προσωπικό τα απαραίτητα κατά περίπτωση ατομικά προστατευτικά μέσα (γάντια, μπλούζα, μάσκα).
7. Ο ιματισμός δεν επιτρέπεται να απορρίπτεται στο πάτωμα και δεν πρέπει να τοποθετείται προσωρινά πάνω σε καρέκλες ή στο διπλανό κρεβάτι ή επάνω στον κάδο.
8. Ο ακάθαρτος ή μολυσμένος ιματισμός τοποθετείται άμεσα σε κάδο με υφασμάτινο σάκο στο σημείο που γίνεται η διαχείρισή του (δηλ. στο θάλαμο του ασθενούς).
9. Ο κάδος να φέρει καπάκι το οποίο θα ανοίγει ποδοκίνητα.
10. Ο σάκος να γεμίζει μόνο κατά τα $\frac{3}{4}$ και να δένεται καλά πριν τη μεταφορά του.
11. Ο σάκος συλλογής του ιματισμού πλένεται κάθε φορά που χρησιμοποιείται, μαζί με τον ιματισμό.
12. Ο ιματισμός που έχει ρυπανθεί με μεγάλη ποσότητα αίματος ή άλλων βιολογικών υγρών (μολυσμένος) να τοποθετείται σε σάκο που να εμποδίζει τη διαρροή και να φέρει σήμανση (π.χ. ετικέτα, χρώμα κ.λ.π.) που να γίνεται αντιληπτό από όλους τους εργαζόμενους το περιεχόμενό του (εικ. 3). Επίσης ο σάκος να έχει την ιδιότητα με τις πρώτες περιστροφές του πλυντηρίου να ανοίγει αυτόματα και να απελευθερώνει τον ιματισμό (ο σάκος μπαίνει στο πλυντήριο μαζί με τον ιματισμό).
13. Για τη διαχείριση του ιματισμού που προέρχεται από ασθενή που πάσχει από λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα να εφαρμόζονται τα ακόλουθα:
 - Ο ιματισμός να απορρίπτεται σε κάδο με σάκο που υπάρχει μόνιμα στο μπάνιο του θαλάμου νοσηλείας του ασθενούς.
 - Ο σάκος να έχει την ιδιότητα με τις πρώτες περιστροφές του πλυντηρίου να ανοίγει αυτόματα και να απελευθερώνει τον ιματισμό (ο σάκος μπαίνει στο πλυντήριο μαζί με τον ιματισμό).
 - Σε περίπτωση που δεν υπάρχει τέτοιου είδους σάκος μπορεί να χρησιμοποιηθεί υδατοδιαλυτός.
14. Η χρήση διπλού σάκου, σε μολυσμένο ιματισμό, συνιστάται στις ακόλουθες περιπτώσεις:
 - αν ο πρώτος σάκος έχει διαρροή ή έχει λερωθεί
 - αν ο σάκος είναι υδατοδιαλυτός
 - αν προέρχεται από ασθενή με λοιμώδες νόσημα που μεταδίδεται δι' επαφής
 - αν για οποιοδήποτε άλλο λόγο κρίνεται απαραίτητη η χρήση του από την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (ΕΝΛ) του Νοσοκομείου.

Μεταφορά – απομάκρυνση του ακάθαρτου ή μολυσμένου ιματισμού από τα τμήματα

1. Η απομάκρυνση του ακάθαρτου ή μολυσμένου ιματισμού να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα που προσδιορίζονται ανάλογα με τον αριθμό των κλινών και τη βαρύτητα της εργασίας του κάθε τμήματος.
2. Κατά τη μεταφορά του ακάθαρτου ή μολυσμένου ιματισμού πρέπει οπωσδήποτε να χρησιμοποιούνται από το προσωπικό τα απαραίτητα κατά περίπτωση ατομικά προστατευτικά μέσα.

3. Η μεταφορά του ακάθαρτου ή μολυσμένου ιματισμού, στο χώρο του πλυντηρίων, μπορεί να γίνει είτε με τροχήλατα καρότσια, είτε με ειδικό επικλινή αγωγό (χοάνη), που οδηγεί απ' ευθείας στο χώρο των πλυντηρίων.
4. Είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούνται διαφορετικά τροχήλατα καρότσια μεταφοράς για τον ακάθαρτο ή μολυσμένο ιματισμό και διαφορετικά για τον καθαρό ιματισμό.
5. Τα τροχήλατα καρότσια πρέπει να είναι κλειστού τύπου με καπάκι.
6. Τα τροχήλατα καρότσια μεταφοράς του ακάθαρτου ή μολυσμένου ιματισμού πρέπει να πλένονται και να απολυμαίνονται κάθε μέρα, μετά το πέρας της μεταφοράς.
7. Όταν για τη μεταφορά του ακάθαρτου ή μολυσμένου ιματισμού χρησιμοποιείται χοάνη, ο ιματισμός πρέπει να τοποθετείται οπωσδήποτε σε σάκους πολύ καλά κλεισμένους, για να μολυνθεί η χοάνη η οποία λειτουργεί σαν καμινάδα. Ο ζεστός αέρας έλκεται προς τα πάνω, και παρασύρει τα μικρόβια που έχουν μολύνει τη χοάνη. Έτσι σε σύντομο χρονικό διάστημα μπορούν να διασπαρθούν μικροοργανισμοί στο νοσοκομείο. Παρ' όλα αυτά δεν έχουν καταγραφεί μολύνσεις που να σχετίζονται με τη χρήση χοάνης.
8. Προϋποθέσεις για τη χρήση της χοάνης:
 - Οι θυρίδες της χοάνης σε κάθε όροφο, όταν δε χρησιμοποιούνται, πρέπει να παραμένουν πάντα κλειστές. Οι θυρίδες της χοάνης πρέπει να ελέγχονται για τη στεγανότητα και καλή εφαρμογή τους και να γίνεται άμεση αντικατάσταση των κατεστραμμένων ή ελαττωματικών τμημάτων τους.
 - Η χοάνη θα πρέπει να καθαρίζεται σε τακτά χρονικά διαστήματα με ένα απολυμαντικό διάλυμα ευρέως φάσματος, υπό μορφή ψεκασμού.
 - Μερικά νοσοκομεία διαθέτουν στη χοάνη ένα σύστημα υψηλής ταχύτητας με δημιουργία κενού αέρα για τη μεταφορά του ιματισμού. Το σύστημα αυτό μπορεί να καθαριστεί αφήνοντας να περάσουν από μέσα αρκετές φορές μεγάλοι σάκοι (που μόλις χωράνε) οι οποίοι θα είναι εμβαπτισμένοι σε απολυμαντικό διάλυμα ευρέως φάσματος.
9. Η χρήση της χοάνης δημιουργεί προβλήματα αν η χοάνη δεν έχει κατασκευαστεί σωστά ή από μηχανικό φραγμό από υπερφορτωμένους σάκους.

Γ. Προστασία Εργαζομένων στους Χώρους των Πλυντηρίων

Οι εργαζόμενοι στους Χώρους των Πλυντηρίων πρέπει:

1. Να προστατεύονται με τα κατάλληλα προφυλακτικά μέσα: πλαστικά γάντια, πλαστική ποδιά, σκούφο και μάσκα. Τα προστατευτικά γυαλιά δεν συστήνονται διότι ο κίνδυνος εκτόξευσης σταγονιδίων από τον ιματισμό στους βλεννογόνους του ματιού είναι ανύπαρκτος.
2. Να προσέχουν τη χρήση γαντιών. Τα γάντια μπορεί να είναι μιας χρήσεως (λάτεξ ή βινύλιο) ή επαναχρησιμοποιούμενα χοντρά γάντια κουζίνας. Στην περίπτωση που χρησιμοποιούνται χοντρά γάντια κουζίνας μετά από κάθε χρήση πρέπει να πλένονται και να στεγνώνουν πολύ καλά, να απορρίπτονται δε όταν τρυνήσουν.
3. Να πλένουν τα χέρια τους με νερό και υγρό σαπούνι πολύ συχνά και πάντα μετά την αφαίρεση των γαντιών.
4. Να αφαιρούν την προστατευτική ενδυμασία μετά το χειρισμό του ακάθαρτου ιματισμού και να ακολουθεί καλό πλύσιμο των χεριών (σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να γίνονται χειρισμοί στον καθαρό

ιματισμό με τη βρώμικη προστατευτική ενδυμασία).

5. Να αλλάζουν καθημερινά τη στολή εργασίας. Όταν οι στολές δεν είναι μιας χρήσεως θα πρέπει να πλένονται καθημερινά.
6. Να μην καταναλώνουν τρόφιμα και ποτά καθώς και να μην καπνίζουν στους χώρους των πλυντηρίων.
7. Να παρακολουθούνται από τον Ιατρό Εργασίας ή από την ΕΝΑ για την κάλυψη των εμβολιασμών.
8. Να υπάρχουν γραπτές και σαφείς οδηγίες προς το Προσωπικό για τις σωστές ενέργειες σε περίπτωση τραυματισμού από αιχμηρό αντικείμενο (π.χ. πίεση του τραύματος για εκροή αίματος κ.λ.π.), καθώς και τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθήσουν μετά τον τραυματισμό.
9. Να συμμετέχουν σε εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία οργανώνει η Ε.Ν.Α. του κάθε νοσοκομείου.

Δ. Εγκαταστάσεις πλυντηρίων στο Νοσοκομείο

1. Οι εγκαταστάσεις των πλυντηρίων πρέπει να είναι σχεδιασμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να ενισχύουν αρχιτεκτονικά το διαχωρισμό χώρων καθαρού και ακάθαρτου ιματισμού και να υποστηρίζονται από κατάλληλο εξαερισμό.
2. Ο λειτουργικός διαχωρισμός μπορεί να επιτευχθεί με περισσότερες από μία μεθόδους όπως αρχιτεκτονικοί φραγμοί, συστήματα αρνητικής πίεσης αέρα στους χώρους επεξεργασίας του ακάθαρτου ιματισμού, θετική ροή αέρα από τους χώρους επεξεργασίας του καθαρού ιματισμού προς εκείνους του ακάθαρτου.
3. Εγκαταστάσεις για το πλύσιμο των χεριών και ντους να βρίσκονται στη διάθεση του προσωπικού.
4. Το πάτωμα και όλος ο εξοπλισμός του χώρου των πλυντηρίων να είναι κατασκευασμένος από αντιστατικό, ανθεκτικό υλικό και με όσο το δυνατό λιγότερα «κρυφά» σημεία για να διευκολύνεται η καθαριότητα και απολύμανση του χώρου.
5. Θα πρέπει να θεσπισθεί και να ακολουθείται ένα πρόγραμμα καθαρισμού των υψηλών και δυσπρόσιτων σημείων, έτσι ώστε να ελέγχεται η συγκέντρωση σκόνης.
6. Για τη χρήση και συντήρηση των πλυντηρίων να ακολουθούνται οι οδηγίες του κατασκευαστή.

Ε. Διαλογή και χειρισμός του ακάθαρτου ή μολυσμένου ιματισμού στο χώρο των πλυντηρίων

1. Η διαλογή του ακάθαρτου ή μολυσμένου ιματισμού (ταξινόμηση ανάλογα με τον κύκλο πλυσίματος που απαιτεί κάθε είδος) θα πρέπει να αποφεύγεται. Αν αυτό δεν είναι εφικτό, να γίνεται μόνο στο χώρο των πλυντηρίων και ποτέ στα τμήματα.
2. Η διαλογή του ακάθαρτου ιματισμού θα πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην αναταράσσεται ή να τινάζεται και να μην δημιουργείται σκόνη.
3. Στο μολυσμένο ιματισμό να μη γίνεται διαλογή. Ο ιματισμός να μπαίνει μαζί με το σάκο στο πλυντήριο.

ΣΤ. Πλύσιμο– στέγνωμα - σιδέρωμα του ιματισμού

1. Στόχος του πλυσίματος είναι να αφαιρεί τους ρύπους, να καθιστά το ύφασμα ανίκανο να προκαλέσει

ανθρώπινη ασθένεια ή ερεθισμό και η όψη του να έχει ευχάριστο αισθητικά αποτέλεσμα.

2. Όλα τα πλυντήρια πρέπει να έχουν θερμόμετρα, που να δείχνουν την ακριβή θερμοκρασία κατά τη διάρκεια όλου του κύκλου του πλυσίματος και δείκτες ελέγχου καλής λειτουργίας.
3. Συνιστάται αρχικά πρόπλυση του ιματισμού με κρύο ή χλιαρό νερό, ώστε κατά τη διάρκεια του μηχανικού καθαρισμού να επιτυγχάνεται διείσδυση του νερού στις υφασμάτινες ίνες, μηχανική απομάκρυνση των ξένων ουσιών συμπεριλαμβανομένων και των μικροβίων.
4. Κατά τη διάρκεια της πρόπλυσης επιτυγχάνεται σημαντική μείωση του μικροβιακού φορτίου και οι οργανικοί ρύποι απομακρύνονται πιο εύκολα με το κρύο νερό. Όταν η πλύση ξεκινά με ζεστό νερό τα πρωτεϊνικά υλικά μονιμοποιούνται με αποτέλεσμα το ύφασμα να μένει λεκιασμένο και μετά το πλύσιμο.
5. Κατά τη διάρκεια της πλύσης το ζεστό νερό καταστρέφει τα μικρόβια. Γι' αυτό συνιστάται πλύση σε θερμοκρασία $\square 71^{\circ}\text{C}$ για $\square 25$ λεπτά. Τα απορρυπαντικά συντελούν στην απομάκρυνση ορατής βρωμιάς και μικροβίων, ενώ η χρήση της χλωρίνης(50-150 ppm) μειώνει περαιτέρω την παρουσία παθογόνων μικροοργανισμών στον ιματισμό.
6. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ο αριθμός των μικροβίων μειώνεται ικανοποιητικά και σε χαμηλότερες θερμοκρασίες (22°C - 50°C) εάν τα χημικά που χρησιμοποιούνται στην πλύση, συμπεριλαμβανομένης της χλωρίνης ελέγχονται σχολαστικά, και χρησιμοποιούνται σύμφωνα με τις οδηγίες της κατασκευάστριας εταιρείας.
7. Σαν τελευταία ενέργεια στο κύκλο πλυσίματος προτείνεται η προσθήκη ενός ήπιου όξινου παράγοντα που εξουδετερώνει την αλκαλικότητα του σαπουνιού και του απορρυπαντικού. Αυτή η μεταβολή του pH από το 12 στο 5 αδρανοποιεί ορισμένους μικροοργανισμούς και μειώνει τον κίνδυνο ερεθισμού του δέρματος.
8. Επίσης η προσθήκη μαλακτικών ή βακτηριοστατικών αφήνει ένα υπόλειμμα πάνω στο ύφασμα που δεν επιτρέπει την ανάπτυξη μικροβίων.
9. Η μηχανική δράση του νερού κατά το πλύσιμο και το ξέβγαλμα μειώνει σημαντικά τον αριθμό των μικροβίων.
10. Ο καθαρός ιματισμός πρέπει να στεγνώνεται και να σιδερώνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα, διότι η υγρασία αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα πολλαπλασιασμού των μικροβίων. Επίσης οι υψηλές θερμοκρασίες που επιτυγχάνονται κατά το στέγνωμα και το σιδέρωμα μειώνουν ακόμα περισσότερο το μικροβιακό φορτίο.
11. Ο ιματισμός του χειρουργείου πρέπει να πλένεται χωριστά από τον υπόλοιπο ιματισμό.
12. Οι στολές εργασίας του προσωπικού πλένονται επίσης χωριστά και καλό είναι να πλένονται στην αρχή της ημέρας.
13. Υφασμάτινα αντικείμενα με ιδιαίτερα βαρύ φορτίο ρύπων όπως χαλάκια εισόδου σφουγγαρίστρες κ.λ.π. θα πρέπει να πλένονται ξεχωριστά από τον άλλο ιματισμό, στο τέλος της ημέρας.
14. Ο ιματισμός πρέπει να αφήνεται να στεγνώνει και μετά το σιδέρωμα διότι η στοίβαξη του δημιουργεί αύξηση της υγρασίας, με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος πολλαπλασιασμού των τυχόν υπαρχόντων μικροβίων και να χρησιμοποιείται στους ασθενείς υγρός ιματισμός.

Z. Χειρισμός καθαρού Ιματισμού

1. Το προσωπικό που χειρίζεται καθαρό ιματισμό (σιδέρωμα, δίπλωμα, αποθήκευση κ.λ.π.) πρέπει να φορά καθαρή ενδυμασία και να έχει προηγουμένως πλύνει τα χέρια του.

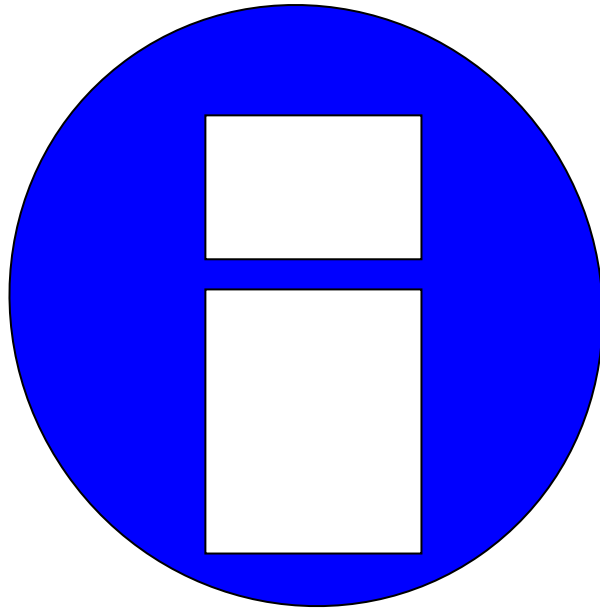
2. Ο καθαρός ιματισμός πρέπει να επιδέχεται όσο το δυνατόν λιγότερους χειρισμούς, να καλύπτεται πριν την αποθήκευσή του σε κλειστά ντουλάπια και να διατηρείται σε περιβάλλον χωρίς υγρασία, σκόνη και παράσιτα.
3. Ο καθαρός ιματισμός (σιδερωμένος και στεγνός) πρέπει να αποθηκεύεται, κατά είδος, σε κλειστά ντουλάπια (λινόθήκες), που θα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για την αποθήκευση του καθαρού ιματισμού, με τέτοιο τρόπο ώστε να προστατεύεται από τις επιμολύνσεις και τη σκόνη.
4. Τα ντουλάπια να καθαρίζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα (τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα) από το υπεύθυνο προσωπικό, χρησιμοποιώντας απολυμαντικό διάλυμα ευρέως φάσματος.
5. Ο καθαρός ιματισμός να μεταφέρεται στα τμήματα με κλειστές κινητές ντουλάπες. Οι ντουλάπες αυτές θα πρέπει να καθαρίζονται τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα από το υπεύθυνο προσωπικό.
6. Η αποθήκευση του ιματισμού σε ειδικά κλειστά τροχήλατα καρότσια που μεταφέρονται στο χώρο όπου βρίσκεται ο ασθενής ή που φυλάσσονται σε καθαρό βοηθητικό χώρο, συμβάλλουν στην ελαχιστοποίηση του χειρισμού του ιματισμού και στην προστασία του από επιμολύνσεις.
7. Ο καθαρός ιματισμός που προορίζεται για έναν ασθενή δεν πρέπει ποτέ να τοποθετείται στο κρεβάτι ενός άλλου ασθενή κατά τη διαδικασία αλλαγής του ιματισμού.
8. Οι ασθενείς δεν πρέπει να χειρίζονται ή να διαλέγουν τον καθαρό ιματισμό από το ειδικό καρότσι, ούτε να τους επιτρέπεται να παραλαμβάνουν μόνοι τους τον καθαρό ιματισμό από το ειδικό καρότσι.
9. Δε θα πρέπει το προσωπικό και οι επισκέπτες να κάθονται στα κρεβάτια του θαλάμου των ασθενών.
10. Ο ιματισμός που δε χρησιμοποιήθηκε δεν επιστρέφεται από το θάλαμο στο ντουλάπι φύλαξης του καθαρού ιματισμού, αλλά τοποθετείται στο ντουλάπι του ασθενούς για να χρησιμοποιηθεί σύντομα στον ίδιο.

Η. Αποστείρωση ιματισμού

1. Οι χειρουργικές ρόμπες και ο ιματισμός που έρχονται σε επαφή με το χειρουργικό πεδίο πρέπει να είναι αποστειρωμένα. Αυτά αποστειρώνονται στον κλίβανο ατμού, μετά το πλύσιμο και αφού προηγηθεί έλεγχος της καταλληλότητας τους (φθορά κ.λ.π.).
Δε συνίσταται πλέον η χρήση αποστειρωμένου ιματισμού στα βρέφη, στις Μονάδες Μεταμόσχευσης Μυελού Οστών κ.λ.π.

1. ΕΝΤΥΠΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

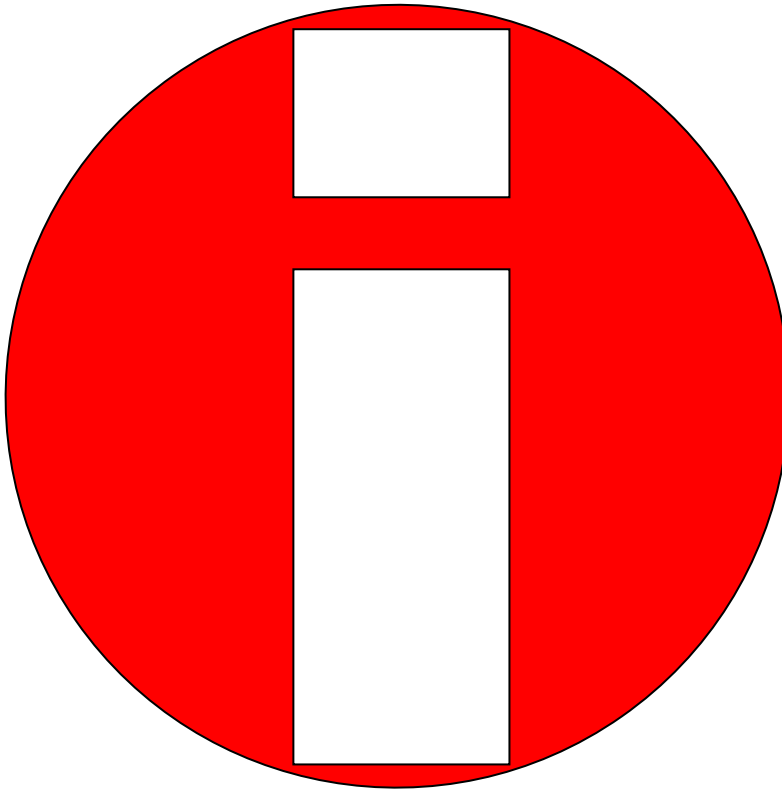
Α) ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΕΞ ΕΠΑΦΗΣ



Προς τους
επισκέπτες

Παρακαλούμε πριν την
είσοδο σας στο δωμάτιο
απευθυνθείτε στο
σταθμό των νοσηλευτών

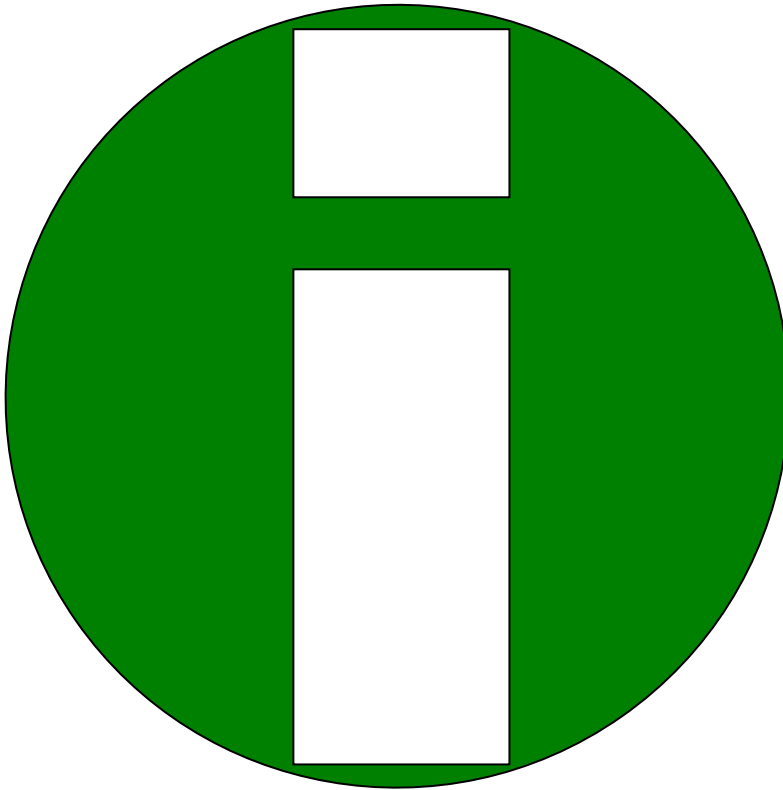
B) ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ



Προς τους επισκέπτες

Παρακαλούμε πριν την
είσοδο σας στο δωμάτιο
απευθυνθείτε στο
σταθμό των νοσηλευτών

Γ) ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΕΡΟΓΕΝΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ



Προς τους επισκέπτες

Παρακαλούμε πριν την
είσοδο σας στο δωμάτιο
απευθυνθείτε στο
σταθμό των νοσηλευτών

Κεφάλαιο 4. Διαχείριση και διαδικασίες προαγωγής και ασφάλειας στο Χειρουργικό Τμήμα

Στόχοι επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας

Σύμφωνα με την πολιτική για την Επαγγελματική Ασφάλεια και Υγιεινή (ΕΑΥ) και με βάση την αρχική ή τις επακόλουθες αξιολογήσεις, θα πρέπει να καθοριστούν μετρήσιμοι στόχοι για την ΕΑΥ.

Σε ότι αφορά την Πρόληψη των Κινδύνων στους χώρους της έκτασης ευθύνης της Χειρουργικής Κλινικής, οι διαδικασίες που θα ακολουθούνται είναι οι κάτωθι και σχετίζονται με:

Τα μέτρα πρόληψης και ελέγχου

Τα προληπτικά και προστατευτικά μέτρα θα πρέπει να υλοποιούνται με την ακόλουθη σειρά προτεραιότητας:

1. Αναγνώριση και εξάλειψη των κινδύνων/επικινδυνότητας.
2. Έλεγχος των κινδύνων/επικινδυνότητας στην πηγή, με τη χρήση μηχανικών μέσων ελέγχου ή εφαρμογής οργανωτικών μέτρων.
3. Ελαχιστοποίηση των κινδύνων/επικινδυνότητας με τον σχεδιασμό ασφαλών συστημάτων εργασίας, τα οποία να περιλαμβάνουν διοικητικά μέτρα ελέγχου, και
4. Όπου οι κίνδυνοι/επικινδυνότητα δεν μπορούν να ελέγχονται από συλλογικά μέτρα, ο εργοδότης θα πρέπει να προνοεί για κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας, συμπεριλαμβανομένου ιματισμού και θα πρέπει να εφαρμοστούν μέτρα για την εξασφάλιση της χρήσης και της συντήρησής τους.

Συστήνονται διαδικασίες και ρυθμίσεις πρόληψης και ελέγχου του κινδύνου που πρέπει να:

- Προσαρμόζονται στους κινδύνους και τις επικινδυνότητες.
- Να επανεξετάζονται και να τροποποιούνται, εάν χρειάζεται, σε τακτική βάση.
- Συμμορφώνονται με τους νόμους και κανονισμούς και αντανakλούν την ορθή πρακτική, και
- Λαμβάνουν υπόψη την τρέχουσα κατάσταση των γνώσεων.

Τη διαχείριση αλλαγών

Αξιολογούνται οι επιπτώσεις στην ΕΑΥ εσωτερικών αλλαγών (όπως αυτές της στελέχωσης, ή λόγω νέων διεργασιών, νέων διαδικασιών λειτουργίας, νέων οργανωτικών δομών) και εξωτερικών

αλλαγών (π.χ. ως αποτέλεσμα τροποποιήσεων των νόμων και κανονισμών, οργανωτικών συγχωνεύσεων, καθώς και των εξελίξεων στις γνώσεις και την τεχνολογία στον τομέα της ΕΑΥ) και πρέπει να λαμβάνονται τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα πριν από την εισαγωγή των αλλαγών.

Πριν από κάθε τροποποίηση ή εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας, υλικών, διαδικασιών ή μηχανημάτων θα πρέπει να γίνεται προσδιορισμός των κινδύνων στον χώρο εργασίας και αξιολόγηση των κινδύνων.

Η εφαρμογή της «απόφασης για την αλλαγή» θα πρέπει να εξασφαλίζει ότι όλοι οι επηρεαζόμενοι εργαζόμενοι ενημερώνονται και εκπαιδεύονται κατάλληλα.

Την πρόληψη, ετοιμότητα και απόκριση έκτακτης ανάγκης

Εγκαθίστανται και διατηρούνται ρυθμίσεις για την πρόληψη, ετοιμότητα και απόκριση έκτακτης ανάγκης.

Οι ρυθμίσεις αυτές θα πρέπει να προσδιορίζουν τα ενδεχόμενα για ατυχήματα και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και να διευθύνουν την πρόληψη των κινδύνων που συνδέονται μαζί τους.

Οι ρυθμίσεις πρόληψης, ετοιμότητας και απόκρισης έκτακτης ανάγκης θα πρέπει να γίνονται σε συνεργασία με εξωτερικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και άλλων φορέων.

Τις προμήθειες

Καθιερώνονται και διατηρούνται διαδικασίες για να εξασφαλίζεται ότι:

- Η συμμόρφωση με τις απαιτήσεις ασφάλειας και υγείας αξιολογείται και ενσωματώνεται στις προδιαγραφές για αγορά και μίσθωση.
- Οι διατάξεις των νόμων και κανονισμών και οι απαιτήσεις ΕΑΥ του οργανισμού/ της επιχείρησης εντοπίζονται πριν από την προμήθεια αγαθών και υπηρεσιών, και
- Λαμβάνονται μέτρα για να επιτευχθεί συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις πριν από τη χρήση τους.

Μέτρα πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων στο Χειρουργικό τμήμα

1.Υγιεινή χεριών

Η πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων αποτελεί βασική προτεραιότητα για τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και δεδομένου ότι τα χέρια αποτελούν το πιο κοινό μέσο μετάδοσης των νοσοκομειακών παθογόνων, η υγιεινή των χεριών στις σωστές χρονικές στιγμές κατά τη φροντίδα του ασθενή και με την ενδεδειγμένη διαδικασία, ανάγεται σε πρωτεύον μέτρο πρόληψης.

Η Υγιεινή των Χεριών είναι η «καθαριότητα των χεριών», η οποία πραγματοποιείται με:

Νερό και κοινό σαπούνι

Νερό και σαπούνι με αντισηπτική δράση

Άμεση εφαρμογή αντισηπτικού σε διάφορες μορφές

Ποια είναι η σημασία της εφαρμογής της Υγιεινής των Χεριών στον έλεγχο της διασποράς των πολυανθεκτικών παθογόνων;

Η πλειονότητα των αποικισμένων ασθενών με πολυανθεκτικά βακτήρια κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο είναι ασυμπτωματικοί φορείς, οι οποίοι δεν έχουν διαγνωστεί ή δεν είναι διαθέσιμη η πληροφορία του αποικισμού τους. Η Υγιεινή των Χεριών και οι βασικές προφυλάξεις είναι τα μόνα μέτρα που διαθέτουμε για τον έλεγχο της διασποράς των ανθεκτικών παθογόνων στο νοσοκομειακό περιβάλλον από τους ασυμπτωματικούς φορείς. **Ποια είναι η αναγκαιότητα της εφαρμογής της;**

Η Υγιεινή των Χεριών προστατεύει τόσο τους ασθενείς όσο και τους επαγγελματίες υγείας από αποικισμό και λοίμωξη από παθογόνα που βρίσκονται στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Τα χέρια των επαγγελματιών υγείας αποτελούν μέσο μεταφοράς παθογόνων μικροοργανισμών από ασθενή σε ασθενή, από το περιβάλλον στον ασθενή και αντίστροφα, αλλά και από το νοσοκομειακό περιβάλλον στον ίδιο τους επαγγελματίες υγείας και στους οικείους του. Με τα χέρια τους επιμολύνουν το άψυχο περιβάλλον του νοσοκομείου εντός και εκτός του χώρου νοσηλείας των ασθενών (γραφεία, νοσηλευτική στάση, κοινόχρηστοι χώροι κ.ά).

Ορισμός και τεχνική υγιεινής χεριών.

Η υγιεινή των χεριών είναι μία διαδικασία που έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της παροδικής χλωρίδας του δέρματος των χεριών. Αποτελεί ένα γενικό όρο που περιλαμβάνει είτε «το πλύσιμο των χεριών» είτε την «αντισηψία» τους.

Υγιεινή των χεριών με νερό και σαπούνι.

Τα χέρια πλένονται με νερό και σαπούνι μόνο όταν είναι εμφανώς λερωμένα ή ακάθαρτα με αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά, όταν υπάρχει υποψία ή απόδειξη έκθεσης σε σπορογόνους μικροοργανισμούς ή μετά την χρήση τουαλέτας. Σε κάθε άλλη περίπτωση γίνεται αντισηψία με επάλειψη των χεριών με τον κατάλληλο παράγοντα. Η διαδικασία που απαιτεί η υγιεινή των χεριών με νερό και σαπούνι απεικονίζεται στην Εικόνα “Τεχνική πλυσίματος με νερό και σαπούνι” του Παραρτήματος.

Υγιεινή των χεριών με επάλειψη με αντισηπτικό.

Ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή υγιεινή των χεριών είναι η επάλειψή τους με αλκοολούχο διάλυμα συγκέντρωσης περίπου 70%. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ όταν ένα τέτοιο διάλυμα είναι διαθέσιμο πρέπει να χρησιμοποιείται ως ο προτιμώμενος τρόπος υγιεινής των χεριών.

Πού εφαρμόζεται;

Η Υγιεινή των Χεριών εφαρμόζεται οπουδήποτε ασκείται φροντίδα υγείας .

Πότε εφαρμόζεται;

Τα 5 βήματα της Υγιεινής των Χεριών είναι τα ακόλουθα:

Τα «Πέντε βήματα» της υγιεινής των χεριών.

Η αναγκαιότητα της υγιεινής των χεριών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις δραστηριότητες των επαγγελματιών υγείας μέσα στον γεωγραφικό χώρο που καταλαμβάνει ο κάθε ασθενής. Επικεντρώνοντας στον ασθενή, το πέριξ περιβάλλον του μπορεί να διαχωριστεί σε δύο διακριτές γεωγραφικές ζώνες, τη «ζώνη του ασθενή» και «τη ζώνη του εργαζόμενου». Τα «Πέντε βήματα» για την υγιεινή των χεριών παρουσιάζονται σύμφωνα με την συνήθη ροή εργασιών στους χώρους αυτούς.

Η «ζώνη του ασθενή» περιλαμβάνει τον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον που περιστασιακά και αποκλειστικά του ανήκει. Αυτό τυπικά περιλαμβάνει τον ασθενή και όλες τις άψυχες επιφάνειες που βρίσκονται σε άμεση ή έμμεση φυσική επαφή με τον ασθενή. Η «ζώνη του εργαζόμενου» περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία και αντικείμενα που βρίσκονται έξω από την περιοχή του ασθενή.

Τα «Πέντε βήματα» της υγιεινής των χεριών παρουσιάζονται στο Παράρτημα και αναλύονται ως εξής:

Βήμα Πρώτο: Πριν από την επαφή με τον ασθενή.

Μεταξύ των δύο διακριτών γεωγραφικών ζωνών, υπάρχει μία σημαντική στιγμή για την υγιεινή των χεριών. Συμβαίνει μεταξύ της τελευταίας στιγμής επαφής με αντικείμενο της ζώνης του εργαζόμενου και της πρώτης στιγμής επαφής μέσα στην ζώνη του ασθενή. Η υγιεινή των χεριών αυτή την στιγμή θα προλάβει τον αποικισμό του ασθενή με μικροοργανισμούς που θα μεταφερθούν από το περιβάλλον στον ασθενή δια μέσου μολυσμένων χεριών.

Βήμα Δεύτερο: Πριν από κάθε καθαρό ή άσηπτο χειρισμό.

Καθώς βρίσκεται ήδη στην ζώνη του ασθενή και πιθανότατα μετά από επαφή των χεριών του με το άθικτο δέρμα του ασθενή, τα ρούχα του ή άλλα αντικείμενα του χώρου του, ο εργαζόμενος μπορεί να εκτελέσει μία καθαρή ή άσηπτη διαδικασία σε κάποιο κριτικό σημείο αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης λοίμωξης για τον ασθενή, π.χ. ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκου. Σε αυτήν την περίπτωση η υγιεινή των χεριών πρέπει να λάβει χώρα μετά την τελευταία επαφή με οτιδήποτε στην ζώνη ασθενή και ακριβώς πριν την παρέμβαση στην κριτική περιοχή με τον αυξημένο κίνδυνο για τον ασθενή. Για παρεμβάσεις με άσηπτες διαδικασίες η χρήση γαντιών είναι ενδεδειγμένη. Σε αυτήν την περίπτωση η υγιεινή των χεριών απαιτείται πριν την εφαρμογή των γαντιών καθώς τα γάντια μόνο δεν προλαμβάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης.

Βήμα Τρίτο: Μετά από την έκθεση σε σωματικά υγρά του ασθενή.

Μετά από ένα επεισόδιο φροντίδας που ενέχει κίνδυνο έκθεσης των χεριών σε σωματικά υγρά, η υγιεινή των χεριών είναι απαραίτητη πάραυτα και πρέπει να λαμβάνει χώρα πριν την επόμενη επαφή με οποιοδήποτε αντικείμενο στην ζώνη του ασθενή. Σε αυτή τη φάση η υγιεινή των χεριών έχει διπλή σκοπιμότητα. Πρώτον, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο του αποικισμού ή της λοίμωξης των χεριών των επαγγελματιών υγείας με λοιμώδεις παράγοντες, ακόμα και αν τα χέρια δεν ήταν ορατά λερωμένα. Δεύτερον, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο της μεταφοράς μικροοργανισμών από ένα αποικισμένο μέρος του σώματος του ασθενή σε ένα καθαρό. Και σε αυτήν τη περίπτωση παρά την ενδεδειγμένη χρήση γαντιών συστήνεται υγιεινή των χεριών αμέσως μετά την αφαίρεσή τους.

Βήμα τέταρτο: Μετά από την επαφή με τον ασθενή.

Μετά την έξοδο από την ζώνη του ασθενή και πριν την επαφή με οτιδήποτε στην περιοχή του εργαζόμενου, η υγιεινή των χεριών ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο μετάδοσης μικροοργανισμών, μειώνει την μόλυνση των χεριών με την χλωρίδα του ασθενή και προστατεύει τους επαγγελματίες υγείας.

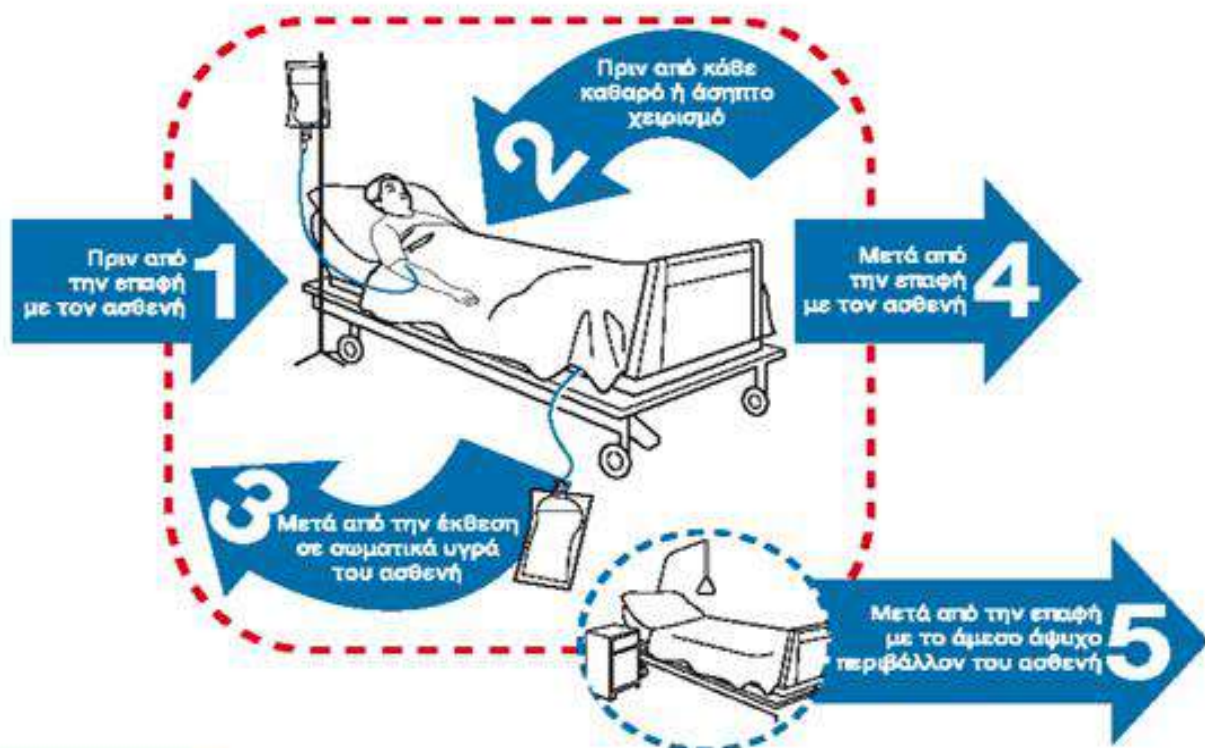
Βήμα πέμπτο: Μετά από την επαφή με το άψυχο περιβάλλον του ασθενή.

Το πέμπτο βήμα συντρέχει μετά την έκθεση των χεριών σε οποιαδήποτε επιφάνεια της περιοχής του ασθενή καθώς αυτή είναι πιθανά μολυσμένη με την χλωρίδα του ασθενή.

Μετά από ένα επεισόδιο φροντίδας που ενέχει κίνδυνο έκθεσης των χεριών σε σωματικά υγρά, η υγιεινή των χεριών είναι απαραίτητη πάραυτα και πρέπει να λαμβάνει χώρα πριν την επόμενη επαφή με οποιοδήποτε αντικείμενο στην ζώνη του ασθενή. Σε αυτή τη φάση η υγιεινή των χεριών έχει διπλή σκοπιμότητα. Πρώτον, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο του αποικισμού ή της λοίμωξης των χεριών των επαγγελματιών υγείας με λοιμώδεις παράγοντες, ακόμα και αν τα χέρια δεν ήταν ορατά λερωμένα. Δεύτερον, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο της μεταφοράς μικροοργανισμών από ένα αποικισμένο μέρος του σώματος του ασθενή σε ένα καθαρό. Και σε αυτήν τη περίπτωση παρά την ενδεδειγμένη χρήση γαντιών συστήνεται υγιεινή των χεριών αμέσως μετά την αφαίρεσή τους.

Υπάρχει περίπτωση δύο από τα παραπάνω βήματα υγιεινής των χεριών να συντρέξουν ταυτόχρονα. Αυτό τυπικά συμβαίνει όταν ο εργαζόμενος κινείται από τον έναν ασθενή στον άλλο χωρίς να έρθει σε επαφή με κανένα αντικείμενο μεταξύ των δύο ζωνών ασθενών. Σε αυτήν την περίπτωση μία πράξη υγιεινής των χεριών καλύπτει την ανάγκη δύο βημάτων (στην προκείμενη περίπτωση το πρώτο και το τέταρτο).

ΤΑ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ



1	Πριν από την επαφή με τον ασθενή	ΠΟΤΕ; ΓΙΑΤΙ;	Εξάφρμισε την υγιεινή των χεριών πριν αγγίξεις τον ασθενή. Για να τον προστατεύσεις από τα παθογόνα μικρόβια που μεταφέρονται με τα χέρια σου.
2	Πριν από κάθε καθαρό ή άσχηπο χειρισμό	ΠΟΤΕ; ΓΙΑΤΙ;	Εξάφρμισε την υγιεινή των χεριών αμέσως ΠΡΙΝ από κάθε καθαρό ή άσχηπο χειρισμό. Για να προστατεύσεις τον ασθενή από μεταφορά μικροβίων που απεικονίζουν ασθένειες και την ίδια και μπορείς να γίνονται παθογόνα εάν εισέλθουν στην κυκλοφορία του.
3	Μετά από την έκθεση σε σωματικά υγρά του ασθενή	ΠΟΤΕ; ΓΙΑΤΙ;	Εξάφρμισε την υγιεινή των χεριών αμέσως ΜΕΤΑ από κόνδυνο έκθεσης σε σωματικά υγρά του ασθενή (και αμέσως μετά την απόρριξη των γοντιών). Για να προστατεύσεις τον εαυτό σου και το επαγγελματικό σου περιβάλλον από τα παθογόνα μικρόβια του ασθενή.
4	Μετά από την επαφή με τον ασθενή	ΠΟΤΕ; ΓΙΑΤΙ;	Εξάφρμισε την υγιεινή των χεριών μετά την επαφή με τον ασθενή και το άμμοιο περιβάλλον του. Για να προστατεύσεις τον εαυτό σου και το επαγγελματικό σου περιβάλλον από τα παθογόνα μικρόβια του ασθενή.
5	Μετά από την επαφή με το άμμοιο άψυχο περιβάλλον του ασθενή	ΠΟΤΕ; ΓΙΑΤΙ;	Εξάφρμισε την υγιεινή των χεριών αμέσως αγγίζεις αντικείμενα ή έπιπλα που βρίσκονται στο άμμοιο άψυχο περιβάλλον του ασθενή, ακόμα και αν δεν έχεις αγγίξει τον ίδιο. Για να προστατεύσεις τον εαυτό σου και το επαγγελματικό σου περιβάλλον από τα παθογόνα μικρόβια του ασθενή.

Η χρήση γαντιών ούτε μεταβάλλει ούτε αντικαθιστά την υγιεινή των χεριών:

- α) όταν μία ένδειξη για υγιεινή των χεριών προηγείται μίας παρέμβασης που απαιτεί επαφή με χρήση γαντιών, η υγιεινή των χεριών θα πρέπει να εκτελείται πριν εφαρμοσθούν τα γάντια
- β) όταν μία ένδειξη για υγιεινή των χεριών ακολουθεί μία παρέμβαση που απαιτεί χρήση γαντιών, η υγιεινή των χεριών θα πρέπει να εκτελείται αμέσως μετά την αφαίρεση των γαντιών
- γ) όταν συντρέχει μία ένδειξη για υγιεινή των χεριών κατά την διάρκεια της παρέμβασης του επαγγελματία υγείας τότε θα πρέπει τα γάντια να αφαιρεθούν, να εκτελεστεί υγιεινή των χεριών και, αν είναι απαραίτητη η εφαρμογή τους, να αλλαχθούν. Η χρήση των γαντιών δεν προσδιορίζει τις ενδείξεις για υγιεινή των χεριών αντίθετα, η υγιεινή των χεριών επηρεάζει την κατάλληλη χρήση γαντιών.

Ποια είναι η σχέση της Υγιεινής των Χεριών και της χρήσης των γαντιών;

Τα γάντια είναι ο εχθρός της ΥΧ όταν δεν την εφαρμόζουμε πριν και μετά τη χρήση τους.

Η πραγματικότητα είναι ότι με την χρήση των γαντιών αισθανόμαστε ασφαλείς και ότι τα χέρια μας παρέμειναν καθαρά μετά από τους χειρισμούς που πραγματοποιήσαμε.

Τα χέρια μας αποικίζονται με μικροοργανισμούς από το περιβάλλον και κατ' επέκταση μπορεί κατά την εφαρμογή τους να επιμολυνθούν.

Γι' αυτό, πρέπει να εφαρμόζουμε την ΥΧ πριν την χρήση των γαντιών.

Κατά τη διάρκεια της φροντίδας του ασθενούς τα γάντια επιμολύνονται και κατά την απόρριψή τους μπορεί αντίστοιχα να επιμολύνουμε τα χέρια μας.

Αλλάξτε τα γάντια από ασθενή σε ασθενή

Αλλάξτε γάντια από σηπτική σε άσηπτη περιοχή

Αλλάξτε γάντια όταν αυτά έχουν υποστεί εμφανή φθορά

Τα γάντια έχουν συγκεκριμένες ενδείξεις χρήσης και δεν υποκαθιστούν την Υγιεινή των Χεριών.

Δέρμα- Νύχια –Κοσμήματα

Σημαντικά μέτρα για την αποφυγή της ξηροδερμίας και των δερματικών αντιδράσεων από την εφαρμογή της Υγιεινής των Χεριών είναι :

Η επιλογή κατάλληλων προϊόντων και όσο γίνεται πιο ανεκτών από τους επαγγελματίες υγείας

Μην πλένετε συστηματικά τα χέρια σας με νερό και σαπούνι πριν τη χρήση αντισηπτικού, γιατί η πιθανότητα εμφάνισης δερματίτιδας είναι μεγάλη.

Η χρήση πάντοτε κρύου νερού για το πλύσιμο των χεριών. Η χρήση ζεστού νερού και σαπουνιού και ιδιαίτερα αυτών που περιέχουν αντιμικροβιακά συστατικά ξηραίνει και καταστρέφει το δέρμα και δεν έχει απολύτως καμία επιπλέον δράση έναντι του μικροβιακού φορτίου.

Μη χρησιμοποιείτε γάντια σε βρεγμένα χέρια μετά την εφαρμογή της Υγιεινής των Χεριών. Αφήστε τα χέρια σας να στεγνώσουν.

Χρησιμοποιείτε κρέμες- αλοιφές περιποίησης του δέρματος των χεριών σας για να προλάβετε κυρίως την ξηροδερμία αλλά και άλλες δερματολογικές αντιδράσεις που προκαλούνται από το πλύσιμο με νερό και σαπούνι αλλά και από τη χρήση των αντισηπτικών.

Σημαντικά σημεία σχετικά με τα νύχια και τα κοσμήματα που πρέπει να έχουμε υπόψη:

Τα βακτήρια μπορούν να επιβιώσουν κάτω από τα τεχνητά νύχια πριν και μετά την εφαρμογή της Υγιεινής των Χεριών.

Γι αυτό το λόγο, δεν συστήνεται οι επαγγελματίες υγείας να φέρουν τεχνητά νύχια και ειδικά όταν αυτοί αναλαμβάνουν την φροντίδα βαρέως πασχόντων ασθενών σε ειδικά τμήματα νοσηλείας.

Φροντίστε τα νύχια σας να έχουν μήκος μικρότερο από 0,6cm (< 1/4 ίντσας)

Μελέτες έχουν δείξει ότι η δερματική περιοχή κάτω από τα δακτυλίδια αποικίζεται από περισσότερα βακτήρια από τις αντίστοιχες περιοχές που δεν φέρουν δακτυλίδια.

Προστατεύστε τα χέρια σας. Αποφύγετε τη χρήση τεχνητών νυχιών και κοσμημάτων.

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΩΣΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΥΣΙΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ;

Πλύνετε τα χέρια με σαπούνι και νερό μόνο όταν αυτά είναι εμφανώς λερωμένα! Αλλιώς εφαρμόστε αλκοολούχο αντισηπτικό!



Διάρκεια της συνολικής διαδικασίας: 40-60 δευτερόλεπτα

0



Ανοίγουμε τη βρύση και βρέχουμε τα χέρια μας με τρεχούμενο νερό.

1



Λαμβάνουμε την απαραίτητη δόση σαπουνιού ώστε να καλυφθούν όλες οι επιφάνειες των χεριών.

2



Τρίβουμε τις παλάμες μεταξύ τους.

3



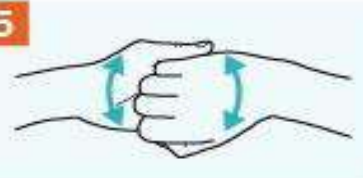
Τρίβουμε την παλάμη του δεξιού χεριού πάνω στην ραχιαία επιφάνεια του αριστερού χεριού βάζοντας τα δάκτυλα του δεξιού στα μεσοδακτύλια διαστήματα του αριστερού χεριού και αντιστρόφως.

4



Τρίβουμε τις παλαμιαίες επιφάνειες των χεριών και τα μεσοδακτύλια διαστήματα τοποθετώντας τα δάκτυλα σταυρωτά.

5



Τρίβουμε ταυτόχρονα τις ραχιαίες επιφάνειες των ακροδακτύλων και των δύο χεριών κλείνοντας το κάθε χέρι μέσα στην παλάμη του άλλου χεριού.

6



Κλείνουμε τον αντίχειρα του αριστερού χεριού μέσα στην παλάμη του δεξιού χεριού, τον τρίβουμε με περιστροφικές κινήσεις και αντιστρόφως.

7



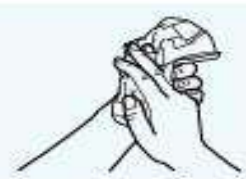
Τρίβουμε τα ακροδάκτυλα του δεξιού χεριού με περιστροφικές κινήσεις (της ίδιας και αντίθετης φοράς) στην παλάμη του αριστερού χεριού και αντιστρόφως.

8



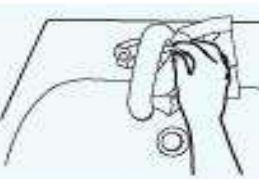
Ξεπλένουμε καλά τα χέρια μας με νερό.

9



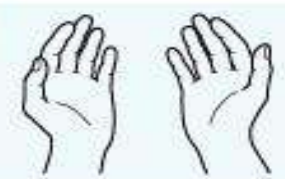
Στεγνώνουμε καλά τα χέρια με χειροπετσέτα μιας χρήσεως.

10



Χρησιμοποιούμε την ίδια χειροπετσέτα για να κλείσουμε τη βρύση.

11



Τα χέρια μας τώρα είναι καθαρά και ασφαλή.



Υπουργείο Υγείας
Ministry of Health



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ



ΥΓΕΙΑ
ΣΤΑΧΕΡΙΑΜΑΣ

«Βασισμένο στο 'How to Handwash', URL: http://www.who.int/gpsc/5may/How_To_HandWash_Poster.pdf © World Health Organization 2009. Όλα τα δικαιώματα κατοχυρωμένα

Τρόπος εφαρμογής αλκοολούχου διαλύματος

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΩΣΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΟΥ ΑΝΤΙΣΗΠΤΙΚΟΥ;

Εφαρμόστε αλκοολούχο αντισηπτικό στα χέρια!
Πλύνετε τα χέρια με σαπούνι και νερό μόνο όταν αυτά είναι εμφανώς λερωμένα!



Διάρκεια της συνολικής διαδικασίας: 20-30 δευτερόλεπτα

1a



Βάζουμε στην παλάμη μας την ενδεικνυόμενη δόση του αλκοολούχου αντισηπτικού διαλύματος, ώστε να καλύπτονται όλες οι επιφάνειες.

1b

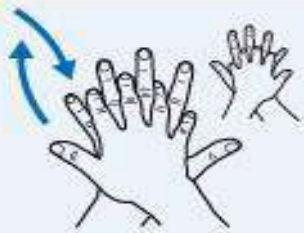


2



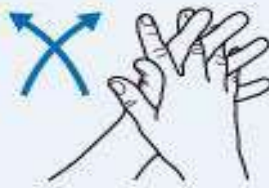
Τρίβουμε τις παλάμες μεταξύ τους.

3



Τρίβουμε την παλάμη του δεξιού χεριού πάνω στην ραχιαία επιφάνεια του αριστερού χεριού βάζοντας τα δάκτυλα του δεξιού στα μεσοδακτύλια διαστήματα του αριστερού χεριού και αντιστρόφως.

4



Τρίβουμε τις παλαμιαίες επιφάνειες των χεριών και τα μεσοδακτύλια διαστήματα τοποθετώντας τα δάκτυλα σταυρωτά.

5



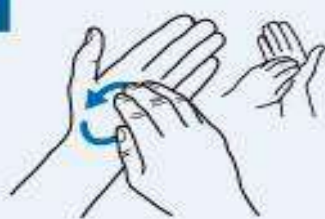
Τρίβουμε ταυτόχρονα τις ραχιαίες επιφάνειες των ακροδαχτύλων και των δύο χεριών κλείνοντας το κάθε χέρι μέσα στην παλάμη του άλλου χεριού.

6



Κλείνουμε τον αντίχειρα του αριστερού χεριού μέσα στην παλάμη του δεξιού χεριού, τον τρίβουμε με περιστροφικές κινήσεις και αντιστρόφως.

7



Τρίβουμε τα ακροδάκτυλα του δεξιού χεριού με περιστροφικές κινήσεις (της ίδιας και αντίθετης φοράς) στην παλάμη του αριστερού χεριού και αντιστρόφως.

8



Εφόσον στεγνώσουν τα χέρια σας είναι ασφαλή.



Υπουργείο Υγείας
Ministry of Health



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΥΓΕΙΑ
ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΜΑΣ

«Βασισμένο στο 'How to Handrub', URL: http://www.who.int/gpsc/5may/How_To_Handrub_Poster.pdf © World Health Organization 2009. Όλα τα δικαιώματα κατοχυρωμένα.»

2.Μέσα Ατομικής Προστασίας

Προστατευτική ενδυμασία μίας χρήσεως (ρόμπα ή ποδιά)

Το είδος της προστατευτική ενδυμασίας που απαιτείται καθορίζεται από:

Το βαθμό επικινδυνότητας της έκθεσης (διάρκεια και είδος έκθεσης)

Το δυνητικό κίνδυνο επαφής με μολυσματικά υγρά

Το δυνητικό κίνδυνο επιμόλυνσης της ενδυμασίας από σωματικά υγρά

Με βάση τα παραπάνω μια καθαρή, μη αποστειρωμένη ρόμπα ή ποδιά είναι συνήθως αρκετή για την προστασία του δέρματος και την αποφυγή επιμόλυνσης της ενδυμασίας κατά τη διάρκεια διαδικασιών ή παρεμβάσεων που είναι πιθανό να προκαλέσουν αερόλυμα ή εκτίναξη σωματικών υγρών.

Αδιάβροχη ρόμπα ή ποδιά πρέπει να χρησιμοποιείται όταν υπάρχει κίνδυνος να λερωθεί η ενδυμασία με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά και εκκρίσεις.

Η προστατευτική ενδυμασία πρέπει πάντα να αλλάζει από ασθενή σε ασθενή.

Η ενδυμασία που χρησιμοποιείται από προσωπικό κλινικών ή εργαστηρίων για την καθημερινή εργασία τους, δεν θεωρείται ΜΑΠ.

Πλαστικές ποδιές

Μίας χρήσης πλαστικές ποδιές συνιστώνται για γενική χρήση και για την προστασία της ενδυμασίας εργασίας (ενδυμασία που δεν μπορεί να αφαιρεθεί) από αερόλυμα ή εκτίναξη σωματικών ή άλλων υγρών.

Ρόμπες

Χρησιμοποιούνται για την προστασία του σώματος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και για την αποφυγή λερώματος της ενδυμασίας με αίμα, άλλα σωματικά υγρά ή δυνητικά μολυσματικό υλικό.

Χαρακτηριστικά προστατευτικής ενδυμασίας

Πλαστική ποδιά	• Αδιαπέραστη ή ανθεκτική σε υγρά • Μίας χρήσης, για μία διαδικασία ή παρέμβαση σε ασθενή • Απόρριψη μετά τη χρήση της • Χρησιμοποιείται όταν υπάρχει πιθανότητα έκθεσης της ενδυμασίας εργασίας σε αίμα ή σωματικά υγρά (συνήθως από το περιβάλλον), κατά τη διάρκεια διαδικασιών με μικρό κίνδυνο επιμόλυνσης του βραχίονα των εργαζόμενων • Χρησιμοποιείται όταν λαμβάνονται προφυλάξεις επαφής και είναι πιθανή η επαφή με τον ασθενή ή το άμεσο περιβάλλον του.
-----------------------	--

Ρόμπα	• Μίας χρήσης (μερικοί τύποι μπορούν να επαναχρησιμοποιηθούν) • Απόρριψη μετά τη χρήση της • Χρησιμοποιείται για την προστασία του δέρματος και την αποφυγή λερώματος της ενδυμασίας εργασίας κατά τη διάρκεια διαδικασιών ή παρεμβάσεων στον ασθενή που είναι πιθανό να προκαλέσουν αερόλυμα ή εκτίναξη αίματος ή άλλων σωματικών υγρών • Η επιλογή για το μέγεθος του μανικιού εξαρτάται από το είδος της εργασίας, τη χρονική διάρκεια της εργασίας και του κινδύνου επαφής.
Ολόσωμη ρόμπα	• Αδιάβροχη • Μίας χρήσης (μερικοί τύποι μπορούν να επαναχρησιμοποιηθούν) • Με μακριά μανίκια • Χρησιμοποιείται όταν υπάρχει κίνδυνος επαφής του δέρματος του εργαζόμενου με ανοικτές πληγές του ασθενή, εκτεταμένη επαφή δέρμα με δέρμα (π.χ. μετακίνηση ασθενή με ψώρα ή λύση της συνεχείας του δέρματος) ή επαφής με αίμα ή σωματικά υγρά που δεν ελέγχονται (π.χ. έμετος, μη ελεγχόμενος βήχας ή φτέρνισμα). • Χρησιμοποιείται όταν υπάρχει πιθανότητα μεγάλης επαφής με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά • Χρησιμοποιείται όταν υπάρχει κίνδυνος έκθεσης με μεγάλη ποσότητα σωματικών υγρών π.χ. σε ορισμένες παρεμβατικές διαδικασίες
Αποστειρωμένη ρόμπα	• Σε αποστειρωμένη συσκευασία • Χρησιμοποιείται σε διαδικασίες όπου απαιτείται αποστειρωμένο πεδίο

Κριτήρια επιλογής γαντιών.

	Ενδειξη χρήσης	Παραδείγματα	
Μη αποστειρωμένα γάντια μιας χρήσης	Πιθανότητα έκθεσης σε αίμα ή σωματικά υγρά	ο	Αιμοληψία
	Επαφή με μη άθικτο δέρμα ή βλεννογόνους	ο	Κολπική εξέταση
		ο	Οδοντιατρική εξέταση
		ο	Άδειασμα ουροσυλλέκτη
		ο	Διαχείριση μικρών τραυμάτων
Αποστειρωμένα γάντια	Ασηπτες συνθήκες	ο	Εισαγωγή ουροκαθετήρα
		ο	Εισαγωγή ΚΦΚ
		ο	Παρακεντήσεις
		ο	Διαχείριση χειρουργικών τραυμάτων
Επαναχρησιμοποιούμενα γάντια εργασίας	Συνιστώνται σε εργασίες που δεν αφορούν σε ασθενή	ο	Χειρισμός ή καθαρισμός ρυπαρών επιφανειών και εξοπλισμού
		ο	Γενικές εργασίες καθαριότητας
		ο	Καθαρισμός εξοπλισμού σε τμήματα αποστείρωσης
Γάντια κατάλληλα για ιατρική χρήση			
Γάντια από λάτεξ	Για εργασίες που απαιτούν ευχέρεια χειρισμών και /ή περιλαμβάνουν επαφή με ασθενή		
	Συνιστάται η επιλογή γαντιών χωρίς πούδρα για τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης αλλεργικών αντιδράσεων		

Γάντια από νιτρίλιο ή βινύλιο	➤ Για εργασίες με μεγάλη πιθανότητα έκθεσης σε ιούς που μεταδίδονται αιματογενώς.		
	➤ Εναλλακτική επιλογή όταν το ζήτημα της καλής εφαρμογής δεν είναι κρίσιμο.		

Η οφθαλμική προστασία εφαρμόζεται όταν αναμένεται από τη διαδικασία εκτίναξη βιολογικού υλικού, είτε εξ' αιτίας της φύσης του νοσήματος απαιτείται καθολική προστασία.

Η χρήση γυαλιών όρασης και φακών επαφής δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να εκλαμβάνεται από τον επαγγελματία υγείας ως οφθαλμική προστασία.

Μάσκες χειρουργικές μίας χρήσεως

Οι χειρουργικές μάσκες πρέπει:

- Να είναι κατασκευασμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να πληρούν τα πρότυπα του ΕΛΟΤ
- να είναι αδιάβροχες
- να φέρουν σήμανση CE στη συσκευασία

Μάσκες χειρουργικές με προστατευτική οθόνη οφθαλμών, μίας χρήσεως

Οι χειρουργικές μάσκες με προστατευτική οθόνη οφθαλμών πρέπει:

- να είναι κατασκευασμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να πληρούν τα πρότυπα του ΕΛΟΤ
- η προστατευτική οθόνη των οφθαλμών να είναι διαφανής, αντιθαμβωτική, να παρέχει πλάγια προστασία και να έχει ευρύ οπτικό πεδίο
- να είναι αδιάβροχες
- να φέρουν σήμανση CE

Μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας FFP3

Η μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας πρέπει να:

- πληροί τα πρότυπα που έχει θέσει ο ΕΛΟΤ
- έχει φίλτρο σωματιδίων τύπου P3
- φέρει βαλβίδα εκπνοής
- φέρει τη σήμανση CE στη συσκευασία

Οι μάσκες υψηλής αναπνευστικής προστασίας FFP3 συστήνονται για νοσήματα που μεταδίδονται αερογενώς και η απλή χειρουργική μάσκα δεν είναι αποτελεσματική. Οι μάσκες αυτές συστήνονται κατά κύριο λόγο όταν εξετάζονται ή νοσηλεύονται περιστατικά φυματίωσης.

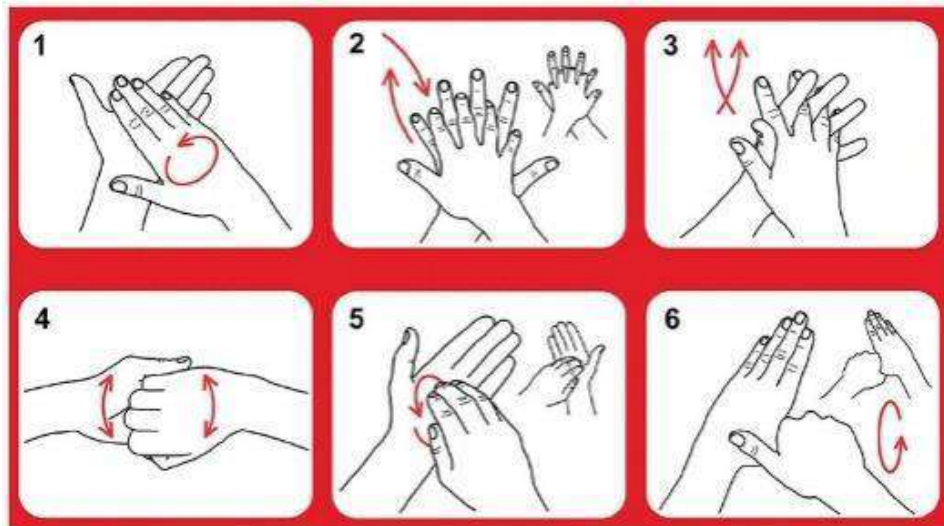
Πως φοράω και πως αφαιρώ τα Μέσα Ατομικής Προστασίας

- Πριν την εφαρμογή του Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας η αφαίρεση όλων των προσωπικών αντικειμένων (ρολόι, δαχτυλίδια, κοσμήματα, κινητό κλπ) είναι επιβεβλημένη.
- Η χρήση σκούφου ως εξοπλισμού ατομικής προστασίας για τον COVID-19 είναι προαιρετική εκτός αν παράλληλα γίνονται παρεμβάσεις που η χρήση του απαιτείται (π.χ. τοποθέτηση Κεντρικού Φλεβικού Καθετήρα). Συνήθως χρησιμοποιείται από άτομα με έντονο όγκο ή/και μεγάλο μήκος μαλλιών. Τα μαλλιά θα πρέπει να είναι πολύ καλά στερεωμένα πάνω στο κεφάλι πριν τη χρήση του σκούφου. Ο σκούφος φοριέται μετά τη μάσκα και την οφθαλμική προστασία και αφαιρείται πριν την αφαίρεση των γυαλιών, με κίνηση προς τα πίσω και ακολουθεί υγιεινή χεριών.
- Η αφαίρεση του Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας θα πρέπει να γίνεται σε ασφαλές μέρος και σε απόσταση >2μ από τον ασθενή (ή στον προθάλαμο, αν υπάρχει). Σε κάθε περίπτωση η μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας αφαιρείται εκτός θαλάμου νοσηλείας του ασθενή. Όλος ο Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας απορρίπτεται στα μολυσματικά απορρίμματα. Αν τα γυαλιά πρόκειται να ξαναχρησιμοποιηθούν πρέπει να απορριφθούν σε ειδικό δοχείο και να ακολουθηθούν οι οδηγίες του κατασκευαστή για τον καθαρισμό, απολύμανση ή/και αποστείρωσή τους.
- Οι κινήσεις κατά την αφαίρεση του Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας δεν θα πρέπει να είναι βιαστικές και θορυβώδεις κινήσεις. Προσοχή στις επιμολύνσεις.
- Υπενθυμίζεται ότι η χρήση επιπλέον Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας χωρίς να συστήνεται από τους αρμόδιους φορείς, αυξάνει τις πιθανότητες μόλυνσης κατά την αφαίρεσή του.
- Μικρές διαφοροποιήσεις στον τρόπο αφαίρεσης του Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας μπορεί να υπάρχουν, αρκεί ο **μολυσμένος εξοπλισμός να ΜΗΝ ΑΓΓΙΖΕΤΑΙ με γυμνό χέρι, να ακολουθεί μετά την αφαίρεση κάθε είδους προστασίας υγιεινή των χεριών, να αφαιρείται η μάσκα τελευταία και να μην αγγίζονται οι βλεννογόνοιοφθαλμών, ρινός και στοματικής κοιλότητας με χέρια που δεν έχει άμεσα προηγηθεί υγιεινή των χεριών.**
- Τα παπούτσια εργασίας θα πρέπει να είναι πλαστικά, χωρίς τρύπες στην άνω επιφάνεια.

Τεχνική ντυσίματος:

Στο χώρο που θα φορεθεί ο Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας (ΑΕΠ) συστήνεται να υπάρχει καθρέπτης και αν είναι εφικτό και άλλο ένα άτομο που θα επιβλέπει τον τρόπο εκτέλεσης της διαδικασίας.

1. Εφαρμόστε **ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ** και ελέγξτε την αρτιότητα του εξοπλισμού.



2. Φορέστε την αδιάβροχη ρόμπα με μακριά μανίκια και μανσέτα και δέστε τη πίσω σας. Αν αυτό είναι δύσκολο, δέστε τη στο πλάι (όχι μπροστά σας).



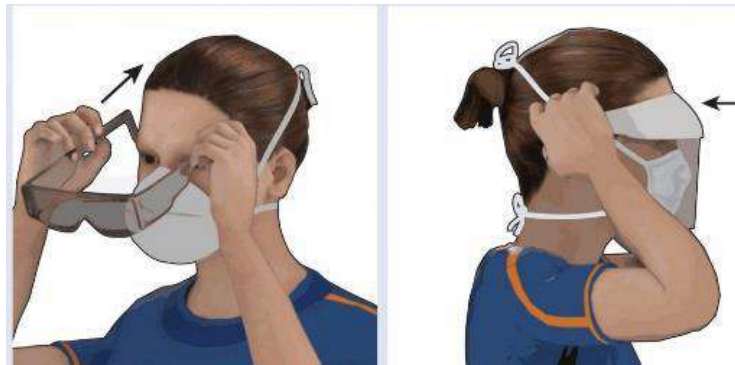
3. Φορέστε τη μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας (FFP2 ή FFP3) ανάλογα με το είδος της παρέμβασης. Εφαρμόστε σωστά τη μάσκα: καλύψτε όλο σας το πηγούνι και πιέστε το έλασμα πάνω και γύρω από τη μύτη. Οι ελαστικοί ιμάντες τοποθετούνται γύρω από τον αυχένα και τη μεσότητα του οπίσθιου μέρους της κεφαλής αντίστοιχα.



4. Εφαρμόστε fittest: Εισπνεύστε ώστε να γίνει εσολκή στη μάσκα. Εκπνεύστε για να διαπιστώσετε εάν υπάρχει διαρροή από τα πλαϊνά και το άνω μέρος της μάσκας



5. Φορέστε γυαλιά ή ασπίδα προσώπου, ώστε να προσαρμόζονται στο πρόσωπο και τους οφθαλμούς. Αν χρησιμοποιείτε γυαλιά θα πρέπει να μην υπάρχει κενό μεταξύ μάσκας και γυαλιών στην περιοχή του ρινικού οστού.



6. Εφαρμόστε ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ.



7. Φορέστε **γάντια** (αν είναι εφικτό με μακριά μανσέτα), έτσι ώστε να καλύπτονται τα μανίκια της προστατευτικής ενδυμασίας πάνω από τους καρπούς.

Τεχνική αφαίρεσης προστατευτικού υλικού

Στο χώρο που θα αφαιρεθεί ο Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας (ΑΕΠ) προτείνεται να υπάρχει καθρέπτης και αν είναι εφικτό και άλλο ένα άτομο που θα επιβλέπει τον τρόπο εκτέλεσης της διαδικασίας.

1. Εφαρμόστε **ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ** και φορέστε ένα **νέο ζευγάρι γάντια**.
2. Αφαιρέστε τη ρόμπα



3. Η μπροστινή εξωτερική επιφάνεια της ρόμπας θεωρείται μολυσμένη.
4. Λύστε τα κορδόνια. Ξεκινώντας από την πίσω πλευρά διπλώστε το ρυπαρό μέρος και ακολουθήστε την τεχνική του ξεφλουδίσματος. Κατεβάστε τη ρόμπα με αργές κινήσεις, τυλίγοντας σταδιακά και φέρνοντας την εσωτερική επιφάνεια προς τα έξω.
5. Αφαιρέστε τα γάντια και εφαρμόστε **ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ**.
6. Αφαιρέστε την προστασία των οφθαλμών.
7. Η πρόσθια επιφάνεια της οφθαλμικής προστασίας θεωρείται μολυσμένη - **ΜΗΝ ΤΗΝ ΑΓΓΙΖΕΤΕ**.
8. Για να αφαιρέσετε κρατείστε από τους βραχίονες των γυαλιών ή το κορδόνι των γυαλιών ή της ασπίδας προσώπου.



9. Εφαρμόστε **ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ**.
10. Αφαιρέστε **ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ** τη μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας. Η πρόσθια επιφάνεια της μάσκας θεωρείται μολυσμένη –**ΜΗΝ ΤΗΝ ΑΓΓΙΖΕΤΕ**. Πιάστε μόνο τους ιμάντες στο πίσω μέρος της κεφαλής: πρώτα τον κάτω ιμάντα και μετά τον επάνω. Αφού απελευθερωθεί το πίσω μέρος της κεφαλής από τους ιμάντες σκύψτε ελαφρά μπρος τα μπροστά, προσέχοντας να μην και απορρίψτε τη μάσκα στα μολυσματικά απορρίμματα.



11. Εφαρμόστε ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ.

3. Διαχείριση αιχμηρών αντικειμένων και αντιμετώπιση ατυχήματος από αιχμηρά και εκτίναξη βιολογικών υγρών

Γενικά περί Διαχείρισης αιχμηρών αντικειμένων

Οι συνηθέστερες διαδικασίες κατά τις οποίες μπορεί να συμβεί τραυματισμός από αιχμηρά είναι:

Κατά τη διάρκεια χρήσης αιχμηρής συσκευής σε ασθενή (41%)

Ύστερα από τη χρήση και πριν την απόρριψη της αιχμηρής συσκευής (40%)

Κατά τη διάρκεια ή μετά την απόρριψη της αιχμηρής συσκευής (15%)

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν προφυλάξεις ώστε να αποφεύγονται οι τραυματισμοί που προκαλούνται από σύριγγες, νυστέρια και άλλα αιχμηρά αντικείμενα ή συσκευές: κατά τη διάρκεια ιατρονοσηλευτικών πρακτικών, κατά τον καθαρισμό των συσκευών αυτών, κατά την απόρριψη χρησιμοποιημένων συριγγών και κατά τους χειρισμούς μετά τη χρήση των αιχμηρών αντικειμένων.

Οι επαγγελματίες υγείας να θεωρούν ότι όλοι οι ασθενείς είναι πιθανοί φορείς αιματογενώς μεταδιδόμενου νοσήματος.

Εκτίμηση κινδύνου

- Αναγνώριση και περιγραφή των παραγόντων κινδύνου
- Αξιολόγηση κινδύνων ανά ομάδα επαγγελματιών υγείας, διαδικασία
- Περιγραφή και εφαρμογή των προληπτικών μέτρων
- Αρχές πρόληψης ατυχημάτων με αιχμηρά
- Περιορισμός χρήσης των αιχμηρών ή αντικατάστασή τους με ασφαλέστερες συσκευές
- Διαμόρφωση ασφαλούς πεδίου εργασίας που επιτρέπει την άνεση στο χειρισμό των αιχμηρών αντικειμένων.
- Χρήση αιχμηρών και δοχείων απόρριψης με προδιαγραφές ασφαλείας
- Δοχεία απόρριψης σε απόσταση <1m από το πεδίο χρήσης τους

- Διοικητικές παρεμβάσεις (περιγραφή διαδικασιών και εκπαίδευση προσωπικού)
- Συμμόρφωση στις ορθές πρακτικές (βασικές προφυλάξεις, μη επανατοποθέτηση καλυμμάτων αιχμηρών)
- Ορθή χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού
- Εκπαίδευση (συνεχιζόμενη) προσωπικού στην ασφαλή χρήση των αιχμηρών και διαχείριση των βιολογικών υγρών και στις ορθές πρακτικές διαχείρισης

Διαδικασία - αρχές δήλωσης και αντιμετώπισης ατυχήματος με αιχμηρά αντικείμενα και από εκτίναξη βιολογικών υγρών.

- Υπηρεσία υποδοχής περιστατικού (γραφείο ελέγχου λοιμώξεων)
- Αρχική αντιμετώπιση – πρώτες βοήθειες
- Λεπτομερής καταγραφή της έκθεσης
- Εργαστηριακή διερεύνηση και διασύνδεση με εξειδικευμένα τμήματα
- Καθορισμός και παρακολούθηση περαιτέρω αντιμετώπισης (πρωτόκολλα προφυλακτικής αγωγής)
- Εργαστηριακή και κλινική παρακολούθηση
- Τήρηση αρχείου επαγγελματικών εκθέσεων
- Διαδικασία: Διαχείριση αντιμετώπισης ατυχήματος από αιχμηρά και από εκτίναξη βιολογικών υγρών

Αρχές πρόληψης ατυχημάτων με αιχμηρά:

- Περιορισμός χρήσης ή αντικατάσταση τους
- Χρήση αιχμηρών και δοχείων απόρριψης με προδιαγραφές ασφαλείας
- Διοικητικές παρεμβάσεις (περιγραφή διαδικασιών και εκπαίδευση προσωπικού)
- Ανάρτηση πλαστικοποιημένων οδηγιών σχετικά με τη διαχείριση αιχμηρών αντικειμένων σε όλα τα τμήματα (βλέπε παράρτημα) με σκοπό την ασφαλή απόρριψη και την πρόληψη έκθεσης εργαζομένων και ασθενών.
- Εφαρμογή ορθών πρακτικών (βασικές προφυλάξεις, μη επανατοποθέτηση καλυμμάτων αιχμηρών)
- Επιβεβαίωση εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων υγείας πριν την ανάληψη των καθηκόντων τους, και συμπλήρωση των δόσεων που απαιτούνται.
- Ορθή χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού
- Ειδικό "κλειστό" σύστημα αιμοληψίας

Υπευθυνότητες – αρμοδιότητες

Οι Προϊστάμενοι και οι Δ/ντές των τμημάτων είναι υπεύθυνοι για την τήρηση των ανωτέρω οδηγιών και την επίβλεψη του προσωπικού ευθύνης τους.

καθώς και για την εξασφάλιση συμμετοχής των εργαζομένων στα αντίστοιχα εκπαιδευτικά μαθήματα.

Το ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό οφείλει να γνωρίζει την πολιτική του νοσοκομείου για την προστασία των ατυχημάτων από αιχμηρά αντικείμενα και να εφαρμόζει ανελλιπώς τους κανόνες διαχείρισης των αιχμηρών αντικειμένων.

Οι λοιποί επαγγελματίες υγείας όλων των τμημάτων οφείλουν να γνωρίζουν τους κινδύνους που υπάρχουν από την κακή διαχείριση ή / και απόρριψη των αιχμηρών αντικειμένων και να φροντίζουν την ασφάλεια τους και των συνεργατών τους.

Ο υπεύθυνος επιστάσις κτιρίου και το προσωπικό καθαριότητας οφείλουν να γνωρίζουν και να εφαρμόζουν τον ασφαλή τρόπο περισυλλογής των σάκων.

Αρχές δήλωσης και αντιμετώπισης ατυχήματος με αιχμηρά

Αρχική αντιμετώπιση – πρώτες βοήθειες

Σε κάθε περίπτωση ατυχήματος με αιχμηρά ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ακολουθεί τα εξής βήματα:

ΒΗΜΑ 1: ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

ΒΗΜΑ 2: ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΒΗΜΑ 3: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

ΒΗΜΑ 4: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ-ΠΗΓΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

ΒΗΜΑ 5: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕΤΑ ΕΚΘΕΣΗ ΑΝΑ ΝΟΣΗΜΑ

ΒΗΜΑ 6: ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

4.Καθαριότητα και απολύμανση άψυχου περιβάλλοντος

Η καθαριότητα με απλά απορρυπαντικά, όσον αφορά τις επιφάνειες στο νοσοκομειακό περιβάλλον, οδηγεί σε παρόμοια ελάττωση του μικροβιακού φορτίου με αυτή που επιτυγχάνεται με τη χρήση απολυμαντικών. Σήμερα έχει γίνει αποδεκτό ότι ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των μέτρων καθαριότητας δεν απαιτεί συστηματική λήψη καλλιέργειών από περιβαλλοντολογικά δείγματα.

Γενικά τα δάπεδα, τα έπιπλα, οι τοίχοι και άλλες επίπεδες επιφάνειες, μέσα στο νοσοκομείο, πρέπει να είναι οπτικά καθαρές και απαιτούν καθημερινή υγιεινή φροντίδα. Στην καθημερινή ρουτίνα δεν απαιτείται αποστείρωση ή υψηλού βαθμού απολύμανση, αφού το άψυχο περιβάλλον παίζει μικρό ρόλο στη μετάδοση των μικροοργανισμών.

Οι βασικοί κανόνες καθαριότητας περιλαμβάνουν τα εξής:

Καθαρισμός επιφανειών (πάτωμα, ψηλότερες επιφάνειες) σε τακτική βάση, όταν αυτές λερωθούν με βιολογικά υγρά ή όποτε απαιτηθεί επιπλέον (εάν αυτές είναι ορατά ρυπαρές).

Απολύμανση επιφανειών σε τακτική βάση ή ακολουθώντας εντατικοποιημένο πρόγραμμα (αύξηση της συχνότητας/ημέρα) όταν απαιτείται (νοσηλεία ασθενών με λοιμώδη νοσήματα ή πολυανθεκτικά παθογόνα).

Ακολουθούνται πάντα οι οδηγίες του κατασκευαστή τόσο για τα απορρυπαντικά όσο και τα απολυμαντικά σκευάσματα για τις αραιώσεις, τη φύλαξη των σκευασμάτων, την ανάμιξη διαφορετικών ουσιών, την ημερομηνία λήξης, την προστασία του χρήστη.

Καθαρισμός τοίχων, κουρτινών, παραθύρων όταν αυτά είναι εμφανώς λερωμένα ή μολυσμένα.

Προετοιμασία απολυμαντικού ή απορρυπαντικού διαλύματος όπως απαιτείται και συχνή αντικατάστασή τους (π.χ. αντικατάσταση του διαλύματος των πατωμάτων ανά τρεις θαλάμους και όχι συχνότερα από διάστημα 1ώρας) σύμφωνα πάντα με την πολιτική της ΕΝΛ.

Απολύμανση σφουγγαρίστρας ή πανιών καθαριότητας τακτικά για την πρόληψή μόλυνσής τους (πλύσιμο - στέγνωμα τουλάχιστον ημερησίως).

Χρήση αποκλειστικά απολυμαντικού σκευάσματος στην περιοχή ασθενούς όταν υπάρχει αβεβαιότητα για τη φύση του ρύπου στις επιφάνειες(αίμα, βιολογικά υγρά ή παρουσία πολυανθεκτικών παθογόνων).

Χρήση απορρυπαντικού και νερού σε χώρους όπου δεν παρέχεται φροντίδα υγείας (γραφεία, σαλόνια κλπ)

Δεν ενδείκνυται χρήση υψηλού βαθμού απολύμανσης ή χημικών αποστειρωτικών για μη κρίσιμες επιφάνειες.

Μηχανικός καθαρισμός πάντα με εμποτισμένο πανί σε απολυμαντικό ή απορρυπαντικό σκεύασμα των οριζόντιων επιφανειών (ημερησίως για τις περιοχές που παρέχεται φροντίδα και τρεις φορές εβδομαδιαίως για τις υπόλοιπες).

Απολύμανση μη κρίσιμων επιφανειών με εγκεκριμένο απολυμαντικό σκεύασμα σύμφωνα με συστάσεις (αραιώσεις και χρόνοι) κατασκευαστή.

Δεν επιτρέπεται η απολύμανση παιδικών κλινών ή θερμοκοιτίδων όταν αυτά καταλαμβάνονται από ασθενείς. Εάν χρησιμοποιούνται απολυμαντικά σκευάσματα για την τελική καθαριότητα (με την αποχώρηση των ασθενών) θα πρέπει να ξεπλένονται σχολαστικά με νερό και να στεγνώνονται πριν την επόμενη χρήση.

Καθαρισμός και απολύμανση κηλίδων αίματος ή άλλων βιολογικών υγρών ή υλικών σύμφωνα με συστάσεις:

Χρήση γαντιών και προστατευτικού εξοπλισμού.

Χρήση λαβίδας για τη συλλογή αιχμηρών αντικειμένων.

Χρήση απορροφητικού χαρτιού.

Εγκεκριμένο απολυμαντικό σκεύασμα ή υποχλωριώδες 1:10 αρχικά προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος μετάδοσης λοίμωξης κατά τη διάρκεια της καθαριότητας και στη συνέχεια 1:100 για την τελική απολύμανση.

Σε θαλάμους ασθενούς με λοίμωξη από *Clostridium difficile* ή σε περιπτώσεις επιδημίας οφειλόμενης σε αυτό το παθογόνο ενδείκνυται μόνο η χρήση διαλυμάτων υποχλωριώδους νατρίου σε συγκεντρώσεις 5.25%–6.15% (1:10 οικιακής χλωρίνης) για την απολύμανση των επιφανειών εφόσον τα άλλα απολυμαντικά σκευάσματα δεν είναι δραστικά έναντι των σπόρων *Clostridium difficile*.

Τα διαλύματα χλωρίου συστήνεται να ετοιμάζονται ημερησίως, δεδομένου ότι χάνουν το 50% της δραστηριότητάς τους τις πρώτες 30 ημέρες ακόμη και όταν φυλάσσονται σε κλειστά δοχεία.

5. Μέτρα πρόληψης και ελέγχου για τη διασπορά πολυανθεκτικών μικροοργανισμών στο νοσοκομείο

Η πρόληψη της διασποράς των ΠΑΜ πρέπει να γίνεται συγχρόνως σε πολλά επίπεδα και βασίζεται κυρίως στους παρακάτω άξονες:

Στην πρόληψη της οριζόντιας διασποράς των ΠΑΜ στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Η κατηγορία αυτή των μέτρων είναι η σημαντικότερη γιατί τα ΠΑΜ μεταδίδονται από ασθενή σε ασθενή μέσω της επαφής με το προσωπικό του νοσοκομείου ή το επιμολυσμένο άψυχο περιβάλλον (επιφάνειες, κοινός εξοπλισμός).

Στην πρόληψη των λοιμώξεων από παρεμβατικούς χειρισμούς, που αποτελούν τις συχνότερες νοσοκομειακές λοιμώξεις και μπορούν σε πολύ υψηλό ποσοστό να αποφευχθούν με την εφαρμογή των κατάλληλων δεσμίδων μέτρων και είναι οι ακόλουθες:

Βακτηραιμίες Προερχόμενες από τους Κεντρικούς Φλεβικούς Καθετήρες

Ουρολοιμώξεις Συνδεδεμένες με την τοποθέτηση ουροκαθετήρα

Λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού σχετιζόμενες με μηχανική αναπνοή

Λοιμώξεις Χειρουργικού Πεδίου

Στην έγκαιρη διάγνωση των αιτίων –παθογόνων των λοιμώξεων από ΠΑΜ που περιλαμβάνει τόσο την δυνατότητα ανίχνευσης και σωστής ταυτοποίησης των ΠΑΜ, όσο και την διάγνωση των ασυμπτωματικών φορέων από τους οποίους μεταδίδονται οι πολυανθεκτικοί μικροοργανισμοί και στους οποίους πρέπει να εφαρμόζονται τα ίδια μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται και στους ασθενείς με λοίμωξη από ΠΑΜ.

Στην ορθολογική διαχείριση των αντιβιοτικών στο νοσοκομειακό χώρο, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση των λοιμώξεων από ΠΑΜ αλλά και τη διάσωση των τελευταίων διαθέσιμων αντιβιοτικών για την αντιμετώπισή τους.

Τα μέτρα ελέγχου διαχωρίζονται στο βασικό κορμό που αποτελεί τα γενικά μέτρα που πρέπει να εφαρμόζονται σε όλους τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και στα εντατικοποιημένα επιπρόσθετα μέτρα που πρέπει να εφαρμόζονται σε ειδικές περιπτώσεις ή σε περιπτώσεις που δεν αποδίδουν τα γενικά μέτρα.

Διοικητικά μέτρα

Φυσικός διαχωρισμός ασθενών – Συνθήκες απομόνωσης

Η εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων πρόληψης και ελέγχου για τη διασπορά των ΠΑΜ αποτελεί βασικό στοιχείο των προγραμμάτων ελέγχου λοιμώξεων στο νοσοκομειακό χώρο και βασίζεται σε διεθνώς τεκμηριωμένες για την αποτελεσματικότητά τους πρακτικές.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στον έλεγχο της διασποράς των ανθεκτικών στις καρβαπενέμες Gram αρνητικών παθογόνων. Τα παθογόνα αυτά εμφανίζουν ιδιαίτερο επιδημιολογικό ενδιαφέρον για τα νοσοκομεία της χώρας μας αφού αποτελούν τα πιο συχνά απομονωθέντα παθογόνα αίτια νοσοκομειακών λοιμώξεων. Τα μέτρα πρόληψης και ελέγχου που σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συστήνονται ως τα πλέον αποτελεσματικά και εφαρμόζονται για τη νοσηλεία των ασθενών με ΠΑΜ στο Γ.Ν. Σύρου είναι τα ακόλουθα:

Φυσικός διαχωρισμός ασθενών

Ο φυσικός διαχωρισμός των ασθενών με λοίμωξη ή αποικισμό από πολυανθεκτικά παθογόνα, από τους ασθενείς που δεν είναι αποικισμένοι από τα συγκεκριμένα βακτήρια είναι επιβεβλημένος για τον έλεγχο της διασποράς τους στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι τεχνικές φυσικού διαχωρισμού ασθενών με ΠΑΜ που εφαρμόζονται είναι οι ακόλουθες:

Απομόνωση

Ο ασθενής νοσηλεύεται μόνος του σε ένα θάλαμο. Οι μονόκλινοι θάλαμοι του νοσοκομείου διατίθενται σε ασθενείς με ένδειξη νοσηλείας σε απομόνωση και εφαρμογής των προφυλάξεων επαφής. Η προτεραιότητα απομόνωσης των ασθενών που ενδείκνυται η νοσηλεία τους σε απομόνωση αποφασίζεται από την ΕΝΛ. Οι ασθενείς νοσηλεύονται κατά προτεραιότητα σε προκαθορισμένους θαλάμους-απομονώσεις που έχουν οριστεί λόγω έλλειψης χώρου από την διοίκηση και την ΕΝΛ του νοσοκομείου σε συνεργασία με τα κλινικά τμήματα.

Συν-νοσηλεία

Ο ασθενής νοσηλεύεται σε κοινό θάλαμο μόνο μαζί με άλλους ασθενείς που φέρουν το ίδιο παθογόνο (γένος, είδος, φαινότυπος αντοχής).

Χωροταξικός - Γεωγραφικός Διαχωρισμός

Ο χωροταξικός διαχωρισμός εφαρμόζεται σε μεγάλους ενιαίους χώρους νοσηλείας όπου δεν υπάρχει η δυνατότητα απόλυτου φυσικού διαχωρισμού των ασθενών όπως στις ΜΕΘ. Σε αυτές τις περιπτώσεις σε μία συγκεκριμένη περιοχή του τμήματος, κατά προτίμηση στην πιο απομακρυσμένη, μεταφέρονται οι ασθενείς με το ίδιο πολυανθεκτικό παθογόνο. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει ο διαχωρισμός των ασθενών να συνοδεύεται και από αντίστοιχο διαχωρισμό του προσωπικού και πιο ειδικά των νοσηλευτών (stuff-nursing cohorting). Οι νοσηλευτές που θα αναλάβουν τη νοσηλεία των ασθενών με το συγκεκριμένο ΠΑΜ δεν θα ασχολούνται με τη φροντίδα των υπόλοιπων ασθενών. Εναλλακτικά εάν δεν είναι εφικτός ο χωροταξικός διαχωρισμός των ασθενών μπορεί να εφαρμοστεί μόνο ο διαχωρισμός των νοσηλευτών που κρίνεται ως ο πλέον απαραίτητος.

Οι κίνδυνοι στη Χειρουργική Κλινική αφορούν:

1. Τους ασθενείς
2. Το προσωπικό
3. Ασθενείς και προσωπικό (κοινοί κίνδυνοι)

Ο χώρος του νοσοκομείου γενικά θεωρείται περιοχή υψηλού κινδύνου, έτσι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν τις πιθανότητες να προκαλέσουν κάποια βλάβη στον ασθενή. Ο κύριος

στόχος του υγειονομικού προσωπικού είναι να παρέχει ολιστική φροντίδα βασισμένη σε ενδείξεις και κλινικά αποτελέσματα καθώς και υποστήριξη στον ασθενή.

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί σημαντική παράμετρο της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Οι κύριοι άξονες δράσης της ποιότητας στο νοσοκομειακό περιβάλλον αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, το περιβάλλον φροντίδας και τη διαχείριση των κινδύνων και των λαθών.

Στις αναπτυγμένες χώρες ένας στους δέκα πάσχοντες βλάπτεται κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής νοσηλείας τους ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες ο κίνδυνος αυτός είναι τουλάχιστον 20 φορές υψηλότερος.

Αξιολογείται ότι το 8-12% των νοσηλευόμενων ασθενών στην Ευρώπη είναι θύματα ανεπιθύμητων συμβαμάτων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, που οφείλονται κυρίως σε λοιμώξεις, σε εσφαλμένη φαρμακευτική αγωγή, σε χειρουργικά και διαγνωστικά σφάλματα, σε ελαττωματικές ιατρικές συσκευές, σε αδράνεια μετά από εργαστηριακές αναλύσεις.

Στην Ελλάδα όσον αφορά την ασφάλεια των χειρουργημένων ασθενών εφαρμόζεται ύστερα από ενέργειες του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ. το Εγχειρίδιο Εφαρμογής της Λίστας Ελέγχου για την Ασφάλεια στις Χειρουργικές Επεμβάσεις που καθιέρωσε ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας (Π.Ο.Υ.) στο πρόγραμμα "safe surgery saves lives", με σκοπό να βελτιώσει την ασφάλεια της την χρονική περίοδο πριν, κατά και μετά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων

Τα κύρια σημεία της Λίστας Ελέγχου για την Ασφάλεια πριν και μετά τις Χειρουργικές Επεμβάσεις εφαρμόζονται στη Χειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου Σύρου.

Κίνδυνοι που αφορούν τους ασθενείς

Τόσο από τη Λίστα Ελέγχου, η οποία είναι απόρροια των καταγραφών των συνηθέστερων λαθών πριν, κατά και μετά τη χειρουργική επέμβαση, όσο και από τη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται εμφανές ότι τα συνήθη λάθη είναι τα κάτωθι:

1. Ελλιπής προεγχειρητική ετοιμασία.

Όταν ο ασθενής φτάνει στο Χειρουργείο χωρίς τον κατάλληλο έλεγχο και χωρίς την κατάλληλη προεγχειρητική προετοιμασία σύμφωνα με το πρωτόκολλο προεγχειρητικής ετοιμασίας.

Φροντίδα προστασίας

- Επακριβής τήρηση και συμπλήρωση του προεγχειρητικού δελτίου στο Χειρουργικό τμήμα.

- Επακριβή τήρηση των ιατρικών οδηγιών (αναισθησιολόγων -χειρουργών) προετοιμασίας του ασθενή για το χειρουργείο.

2. Λάθος ασθενής

Όταν ο προσερχόμενος στο χειρουργείο αρρώστος είναι άλλος από αυτόν που έχει προγραμματιστεί να χειρουργηθεί. Συμβαίνει σε συνωνυμίες αρρώστων, ελλιπή εφαρμογή των κανόνων παραλαβής του αρρώστου.

Φροντίδα προστασίας

- Πλήρης καταγραφή των στοιχείων του αρρώστου.
- Τήρηση των όρων του προεγχειρητικού δελτίου στο Χειρουργικό τμήμα.
- Έλεγχος τήρησης των σημείων του προεγχειρητικού δελτίου πριν την μεταφορά του στο χειρουργείο.
- Για τους αρρώστους που επικοινωνούν, θα πρέπει να ερωτηθούν και να επιβεβαιώσουν οι ίδιοι τα στοιχεία τους.
- Τελικός έλεγχος του των στοιχείων του προεγχειρητικού δελτίου επιβάλλεται να γίνεται από την προϊσταμένη πριν την μεταφορά του στο χειρουργείο.

3. Λάθος εγχείρηση σε λάθος ασθενή

Συνήθως το λάθος εντοπίζεται στα διπλά όργανα και μέλη π.χ. δεξιός – αριστερός οφθαλμός, νεφρός, ουρητήρας, πόδι, χέρι.

Φροντίδα προστασίας

- Σωστή καταγραφή του είδους και του σημείου εγχείρησης π.χ. ακρωτηριασμός αριστερού άκρου πόδι στο προεγχειρητικό δελτίο .
- Τελικός έλεγχος του των στοιχείων του προεγχειρητικού δελτίου επιβάλλεται να γίνεται από την προϊσταμένη πριν την μεταφορά του στο χειρουργείο.

4. Πτώση του ασθενή

Πτώση του αρρώστου από το κρεβάτι του ή από το φορείο κατά την μεταφορά του από το κρεβάτι στο φορείο ή κατά τη διάρκεια της μεταφοράς του στο χειρουργείο ή από το φορείο στο κρεβάτι μετά από την παραλαβή του στην κλινική.

Φροντίδα προστασίας:

- Κατάλληλα εκπαιδευμένο βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό (τραυματιοφορείς - βοηθοί νοσοκόμοι).
- Κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό για την παραλαβή του στην κλινική.
- Σταθεροποίηση του αρρώστου πάνω στο φορείο ή το κρεβάτι με προστατευτικά κάγκελα .
- Ποτέ δεν αφήνεται χωρίς επιτήρηση ένας ασθενής πάνω στο φορείο , είτε είναι ξύπνιος είτε αναισθητοποιημένος. Η επιτήρηση του αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη.
- Ποτέ δεν αφήνεται χωρίς επιτήρηση ένας ασθενής πάνω στο κρεβάτι όταν είναι διεγερτικός ή με μειωμένο επίπεδο συνείδησης . Η επιτήρηση του αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη.

5.Αλλεργικές ή αναφυλακτικές αντιδράσεις του ασθενούς.

Φροντίδα προστασίας:

- Καταγραφή αλλεργιών στο φάκελο του ασθενή κατά την είσοδο του στην χειρουργική κλινική.
- Καταγραφή αλλεργιών στο προεγχειρητικό δελτίο του .
- Ενημέρωση γιατρών (του αναισθησιολόγου και του χειρουργού) και νοσηλευτικού προσωπικού .
- Αποφυγή αλλεργιογόνων παραγόντων (π.χ. αναισθησιολογικά φάρμακα ή αέρια, αποτριχωτική κρέμα, οσμές απολυμαντικών ουσιών κλπ.).

6.Νοσοκομειακές Λοιμώξεις

Οι παράγοντες εμφάνισης λοιμώξεων στη Χειρουργική κλινική σχετίζονται είτε με το προσωπικό και ειδικότερα α) με την έλλειψη γνώσης μέτρων πρόληψης λοιμώξεων και β) με τη γνώση αλλά την μη τήρηση των μέτρων πρόληψης, είτε με το περιβάλλον εργασίας και ειδικότερα α) με τον καθαρισμό της Χειρουργικής κλινικής και β) με τον αερισμό της Χειρουργικής Κλινικής.

Στην πλειονότητά τους οι λοιμώξεις είναι αμιγώς ιατρονοσηλευτικής αιτιολογίας , οπότε ο ασθενής δεν έχει μεγάλη ευθύνη για την επιμόλυνση των πυλών εισόδου μικροοργανισμών (χειρουργικό τραύμα, αναπνευστική οδός και σημεία εισόδου διαφόρων καθετήρων).

Συνέπειες για τον ασθενή

- Αύξηση κόστους νοσηλείας.
- Αύξηση διάρκειας μετεγχειρητικής νοσηλείας.
- Επιβάρυνση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς.
- Ψυχολογική καταπόνηση του ασθενούς.
- Θάνατος.

Ταξινόμηση Χειρουργικών Λοιμώξεων

- Επιφανειακές Λοιμώξεις: Λοίμωξη που εντοπίζεται στην επιφάνεια της τομής (δέρμα και υποδόριο ιστό).
- Εν τω βάθει: Λοίμωξη που περιλαμβάνει εν τω βάθει μαλακούς ιστούς (μυϊκή περιτονία και μυϊκά στρώματα της τομής).
- Εσωτερικές χειρουργικές λοιμώξεις: Λοιμώξεις που αφορούν οποιοδήποτε μέρος του σώματος που δέχθηκε χειρισμούς κατά τη διάρκεια του χειρουργείου εκτός από το δέρμα τις περιτονίες ή τα μυϊκά στρώματα.

Γενικές επισημάνσεις:

- Η πλειονότητα των λοιμώξεων του χειρουργικού πεδίου συμβαίνει κατά τη διάρκεια της επέμβασης και αλλαγών των τραυμάτων μετέπειτα.
- Συχνότερα απομονωθέντα μικρόβια είναι ο *Staphylococcus aureus*, ο αρνητικός στην κοαγκουλάση σταφυλόκοκκος, ο εντερόκοκκός *spp* και *Escherichia coli*.
- Συνήθως προέρχονται από την ενδογενή χλωρίδα του ασθενή.
- Η εξωγενής επιμόλυνση είναι σημαντική ειδικά στις καθαρές επεμβάσεις.
- Η χειρουργική ομάδα διασπείρει κυρίως σταφυλόκοκκους.

Πηγές μικροοργανισμών:

- Η μικροβιακή χλωρίδα του ασθενή (δέρμα, βλεννογόνοι, πεπτικό, αναπνευστικό και ουροποιητικό σύστημα).
- Η μικροβιακή χλωρίδα του δέρματος (χεριών) της ιατρικής και νοσηλευτικής ομάδας.
- Εργαλεία και υλικά (γάζες χειρουργικών αλλαγών).
- Ιματισμός και επιφάνειες χρήσης [κρεβάτι- στρώμα- κομοδίνα -τραπεζάκι φαγητού -κουδούνι επικοινωνίας - στατώ ορών – μηχανήματα και μέσα μετακίνησης ασθενών (γερανάκι ,αναπηρικό καρότσι,, φορείο) - μπάνια κτλ.]

Παράγοντες αύξησης της εμφάνισης λοιμώξεων στη Χειρουργική Κλινική που σχετίζονται με τον ασθενή

- Ηλικία
- Διατροφική κατάσταση – παχυσαρκία
- Διαβήτης
- Κάπνισμα

- Ανοσοκαταστολή
- Παρουσία λοίμωξης άσχετης με την επέμβαση
- Υποκείμενη νόσος

Ο ίδιος ο ασθενής αποτελεί πηγή μόλυνσης του τραύματος. Η φυσιολογική χλωρίδα του δέρματός του, οι ημέρες νοσηλείας του στο νοσοκομείο πριν την εγχείρηση, το προεγχειρητικό ντους και η σειρά προτεραιότητας, που διενεργήθηκε η εγχείρηση, ο ευπρεπισμός της γεννητικής περιοχής και ο χρόνος που έγινε, αποτελούν παράγοντες μόλυνσης του τραύματος.

Επίσης η προχωρημένη ηλικία, η υπερβολική παχυσαρκία, η κακή θρέψη, η αναιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης έχουν αναγνωρισθεί ως παράγοντες λοίμωξης του τραύματος.

Επιπλέον, οι πιθανές βλάβες του δέρματός του, η ανατομική περιοχή της εγχείρησης (π.χ. οστά ή εν τω βάθει κοιλιακά όργανα, μαστός, κλπ.), η έκταση και η διάρκεια της επέμβασης, το είδος του τραύματος, αν είναι δηλαδή καθαρό, μολυσμένο ή ρυπαρό, τα φάρμακα που παίρνει, είναι επίσης παράγοντες λοίμωξης του τραύματος.

Φροντίδα προστασίας:

- Ο άρρωστος να παραμένει στο νοσοκομείο το λιγότερο δυνατό χρόνο πριν την εγχείρηση.
- Προεγχειρητικά ο ασθενής να κάνει ολόσωμο ντους την παραμονή του χειρουργείου. Ο ευπρεπισμός της γεννητικής περιοχής και του εγχειρητικού πεδίου, όταν δεν αποφεύγεται, καλό είναι να γίνεται με αποτριχωτική αλοιφή ή μηχανή κουρέματος λίγο πριν την επέμβαση, ώστε να μην τραυματίζεται το δέρμα και μολύνεται, μολύνοντας στη συνέχεια το τραύμα.
- Να καταβάλλεται προσπάθεια η κακή κατάσταση υγείας του προεγχειρητικού ασθενή να αποκαθίσταται πριν την εγχείρηση (π.χ. αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης).
- Ο καθαρισμός του εγχειρητικού πεδίου να συντελείται πρώτα με πλύσιμο και μετά με αντισηψία (με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο του προς την περιφέρεια). Να ακολουθεί, όπου είναι απαραίτητο, επικάλυψη με αυτοκόλλητο πλαστικό ή μεμβράνη (drape) με ιωδοφόρμιο.
- Η χειρουργική ομάδα να εργάζεται ήπια, αποτελεσματικά και με ταχύτητα, δείχνοντας τον απαιτούμενο σεβασμό στους ιστούς, έτσι ώστε να ελαττωθεί ο χρόνος και η έκταση της εγχείρησης.
- Τα καθαρά τραύματα να συρράπτονται, ενώ τα ρυπαρά να αφήνονται να κλείνουν κατά δεύτερο σκοπό.
- Η προληπτική λήψη αντιβίωσης για την πρόληψη των μετεγχειρητικών λοιμώξεων.
- Να τηρείται σοβαρά και υπεύθυνα στο πρόγραμμα του Χειρουργείου, ο καταμερισμός των επεμβάσεων, με βάση το είδος της εγχείρησης σε ποσοστό στείρωσης και πολυπλοκότητάς της.

- Ο άρρωστος να παραμένει στο νοσοκομείο το λιγότερο δυνατό χρόνο μετά την εγχείρηση.
- Για τις αλλαγές των τραυμάτων χρησιμοποιούνται εργαλεία και υλικά αποστειρωμένα.(γάζες, χειρουργικά πεδία).
- Για τις νοσηλείες του ασθενή χρησιμοποιούνται υλικά μιας χρήσης (φλεβοκαθετήρες, μάσκες παροχής οξυγόνου παντός τύπου ,συσκευές χορήγησης υγρών, ουροσυλλέκτες κτλ.) τα οποία και απορρίπτονται.
- Κατά την έξοδο του ασθενή καθαρίζεται επιμελώς όλες οι επιφάνειες που έχει χρησιμοποιήσει με τους βασικούς κανόνες καθαριότητας και αλλάζονται τα κλινοσκεπάσματα (σεντόνια κουβέρτες και μαξιλάρια).Το στρώμα του κρεβατιού καλύπτεται από πλαστικά που πλένεται με ειδικό καθαριστικό όπως προβλέπει ο βασικός κανονισμός καθαριότητας.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό ακολουθεί πιστά όλα τα πρωτόκολλα στις διάφορες νοσηλευτικές διεργασίες του.

Παράγοντες αύξησης της εμφάνισης λοιμώξεων στη Χειρουργική Κ που σχετίζονται με το περιβάλλον, τις συνθήκες και τους χειρισμούς

- Μεγάλη διάρκεια προεγχειρητικής παραμονής στο νοσοκομείο.
- Ξύρισμα στο χειρουργικό πεδίο.
- Ρυπαρό χειρουργικό πεδίο.
- Μεγάλη διάρκεια επέμβασης.
- Ελλιπής ή/και εσφαλμένη αντισηψία χεριών.
- Ελλιπής ή/και εσφαλμένη αποστείρωση εργαλείων ή υλικών περιποίησης τραύματος.
- Εσφαλμένη χειρουργική τεχνική σχετικά με την αιμόσταση, τον ευγενή χειρισμό των ιστών και τη σωστή σύγκλιση των ιστών.
- Μεγάλη διάρκεια μετεγχειρητικής παραμονής στο νοσοκομείο.
- Την κίνηση στο χώρο της κλινικής όταν υπάρχει συνωστισμός, ομιλίες, ανοιχτές πόρτες και αυξημένη κυκλοφορία.
- Ελλιπής αερισμός με καθαρό αέρα.
- Εσφαλμένη αποστείρωση των εργαλείων.

Η σκόνη, που κυκλοφορεί στον αέρα του χώρου της κλινικής αποτελεί πηγή μόλυνσης των τραυμάτων για αυτό ο καθαρισμός των επιφανειών της κλινικής γίνεται με ειδικό υγρό . Το ίδιο ισχύει και για το δάπεδο και τους τοίχους .

Φροντίδα προστασίας:

- Ο ιματισμός να απλώνεται και να μαζεύεται με ήπιες κινήσεις και όχι με τινάγματα.
- Ο καθαρισμός της σκόνης από τις επίπεδες επιφάνειες να γίνεται με υγρό ξεσκόνισμα. Το στεγνό ξεσκόνισμα απαγορεύεται.
- Το ίδιο ισχύει και για το δάπεδο. Ο καθαρισμός του δαπέδου, τοπικά, να γίνεται αμέσως μόλις πέσουν σ' αυτό βιολογικά υγρά και πριν προλάβουν να στεγνώσουν, γιατί κονιορτοποιούνται και με τον βηματισμό αναστηκώνονται σαν μολυσμένη σκόνη στον αέρα.
- Ο αριθμός των ατόμων, που κυκλοφορούν μέσα στα δωμάτια των ασθενών και στους διαδρόμους να είναι αυστηρά περιορισμένος.
- Απαγορεύεται η είσοδος στους επισκέπτες, εκτός από ελάχιστους, οι οποίοι πρέπει να τηρούν τους κανόνες των επισκεπτών της κλινικής.
- Οι ομιλίες να είναι σε χαμηλούς τόνους, ενώ απαγορεύονται τα γέλια και ο βήχας, γιατί εκτινάσσουν σταγονίδια μικροβίων σε μεγάλη απόσταση και με μεγάλη ταχύτητα.
- Το προσωπικό, που τυχαίνει να έχει λοίμωξη του δέρματος ή σταφυλοκοκκική λοίμωξη, να απομακρύνεται από την εργασία του.
- Τα εργαλεία να είναι εκτεθειμένα κατά τη διάρκεια των αλλαγών των τραυμάτων όσο το δυνατόν λιγότερο γιατί μολύνονται από τη σκόνη. (γάζες, επιθέματα τραύματος κτλ.)

Τα μολυσμένα αντικείμενα

Τα εργαλεία για τις αλλαγές των χειρουργικών τραυμάτων, τα υλικά που χρησιμοποιούνται για την επικάλυψή τους (γάζες, επιθέματα τραύματος κτλ.) αποτελούν πηγή μόλυνσης για το τραύμα, όταν δεν είναι καθαρά και σωστά αποστειρωμένα. Άλλοτε πάλι, ακόμα κι αν είναι σωστά αποστειρωμένα, η φύση και ο ρόλος τους δημιουργούν πρόβλημα, π.χ. οι ανοιχτές παροχετεύσεις. Όσο καλά κι αν είναι αποστειρωμένες λειτουργούν σαν δρόμος διπλής κατεύθυνσης, παροχετεύουν, δηλ. τα υγρά από το τραύμα, αλλά εισάγουν και μικροοργανισμούς από το περιβάλλον στα ενδότερα του τραύματος.

Φροντίδα προστασίας:

- Περιορισμένη χρήση παροχετεύσεων.
- Οι παροχετεύσεις να είναι κλειστού τύπου και μιας χρήσης.
- Οι άρρωστοι φορείς μολυσματικών ασθενειών (π.χ. AIDS, Ηπατίτιδες, Φυματίωση) να απομονώνονται και να υπάρχει για αυτούς ξεχωριστοί κάδοι απόρριψης σκουπιδιών και ιματισμού. Επιπρόσθετα να χρησιμοποιούνται ξεχωριστές συσκευές καθαρισμού και δοχεία.
- Απαγορεύεται να χρησιμοποιούνται μη αποστειρωμένα εργαλεία και υλικά στις αλλαγές τραυμάτων.

- Όλες οι συσκευές χορήγησης ενδοφλέβιων ,ενδομυϊκών και υποδόριων εγχύσεων είναι μιας χρήσης καθώς και οι συσκευές απόρριψης βιολογικών υγρών (ουροκαθετήρες, δοχεία αναρρόφησης κτλ.).
- Όλες οι συσκευές που χρησιμοποιούνται στους ασθενείς από κοινού καθαρίζονται επιμελώς ανάλογα των οδηγιών του κατασκευαστή και των βασικών οδηγιών καθαρισμό .

Η συμπεριφορά του προσωπικού στον έλεγχο των λοιμώξεων

Αποτελεί ίσως τη μεγαλύτερη πηγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος. Τα μικρόβια, που βρίσκονται στη Χειρουργική Κλινική, έρχονται είτε με τα υλικά που θα χρησιμοποιηθούν , είτε με τους ανθρώπους και «μέσω» των λαθών του προσωπικού, φθάνουν στο τραύμα.

Για τους παραπάνω λόγους, έχουν υιοθετηθεί ειδικοί κανόνες λειτουργίας και συμπεριφοράς του προσωπικού για την αποφυγή των μολύνσεων (πρωτόκολλα).Όλα τα παραπάνω διακυβεύονται όταν το προσωπικό δεν τηρεί τους κανονισμούς, είτε γιατί δεν λειτουργεί η «άσηπτη συνείδηση του», είτε από τυχαίο λάθος τεχνικής.

Φροντίδα προστασίας:

- Γιατροί, Νοσηλευτές και βοηθητικό προσωπικό, πρέπει να φοράν στολή και γάντια σε όλες τις νοσηλευτικές διεργασίες τους.
- Όταν επιβάλλεται (βάση πρωτοκόλλου) το προσωπικό πρέπει να κυκλοφορεί με τη μάσκα σωστά τοποθετημένη (εφαρμόζοντας στα μάγουλα και το σαγόι) καλύπτοντας στόμα και μύτη.
- Όταν επιβάλλεται (ασθενείς με λοιμώδη νόσημα ή μεταδοτικό) η ένδυση του προσωπικού γίνεται με ειδική ενδυμασία (ποδιά- μάσκα -σκούφο -ποδονάρια) βάση πρωτοκόλλου.
- Τα παπούτσια πρέπει να είναι κλειστά, γιατί τα ανοιχτά πίσω (π.χ. σαμπό) με τις κινήσεις βάδισης κτυπούν τη φτέρνα και εκσφενδονίζουν απολεπισμένα σωματίδια. Επίσης πρέπει να είναι κατασκευασμένα από υλικό τέτοιο, ώστε να επιτρέπεται το καθημερινό τους πλύσιμο στο πλυντήριο.
- Τα νύχια πρέπει να είναι κομμένα και τα χέρια να πλένονται καλά.
- Οι επισκέπτες και οι μαθητευόμενοι πρέπει να ακολουθούν επίσης τους κανόνες της κλινικής.

Ασφάλεια των εργαζόμενων - Κίνδυνοι του Προσωπικού

Η ασφάλεια διασφαλίζει υγεία, η υγεία ζωή και η ζωή ενέργεια, δράση και απόδοση. Υγιείς νοσηλευτές προσφέρουν υγιείς υπηρεσίες, προϋπόθεση για κοινωνική ευημερία και ανάπτυξη. Το έργο μας είναι ιερό αλλά και η υγεία μας πολύτιμη!

Οι κίνδυνοι για την υγεία των εργαζομένων προέρχονται, κυρίως, από την έκθεσή τους:

- Στους λοιμώδεις παράγοντες.

- Τις διάφορες χημικές ουσίες.
- Τα φάρμακα.
- Τις αλλεργιογόνες ουσίες.
- Την ακτινοβολία.
- Τον χειρισμό φορτίων.
- Την εργασία σε μεταβαλλόμενο ωράριο.
- Τη βία.
- Τις απαιτήσεις της εργασίας και
- Την ψυχολογική πίεση.

Οι εργαζόμενοι στις Χειρουργικές Κλινικές συχνά διαμαρτύρονται για φόρτο εργασίας, έλλειψη προσωπικού, για μυοσκελετικά προβλήματα και δερματοπάθειες ,και άλλα πολλά.

Η εργασία στη δική μας Χειρουργική Κλινική είναι περίπλοκη (πολλές ειδικότητες στον ίδιο χώρο) , τόσο από πλευράς οργάνωσης όσο και λειτουργίας και παρουσιάζει πολυάριθμους κινδύνους για την υγεία και ασφάλεια των εργαζόμενων. Οι εργαζόμενοι ανήκουν σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες με μεγάλη ποικιλία καθηκόντων και ευθυνών αλλά με κύρια δραστηριότητα τη φροντίδα των ασθενών..

Ο παρών κανονισμός έχει ως στόχο να βοηθήσει όσους εμπλέκονται ώστε να:

- Εντοπίσουν και αξιολογήσουν τους κινδύνους εντός της Χειρουργικής Κλινικής.
- Λάβουν τις κατάλληλες προφυλάξεις για την εξάλειψη ή τον έλεγχο των κινδύνων αυτών.
- Ετοιμάσουν τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας που να καθορίζουν τα προληπτικά μέτρα και τις ρυθμίσεις για την εκτέλεση των εργασιών.
- Διασφαλίσουν ότι όλοι γνωρίζουν τους κινδύνους και τι πρέπει να κάνουν για αντιμετώπισή τους.
- Εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους που απορρέουν από τη νομοθεσία για ασφάλεια και υγεία στην εργασία.

Τους κινδύνους αυτούς μπορούμε να τους ταξινομήσουμε σε 3 κατηγορίες:

- Κίνδυνοι από φυσικά και μηχανικά αίτια.
- Κίνδυνοι από μολύνσεις και χημικά αίτια.
- Ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι.

Κίνδυνοι από φυσικά και μηχανικά αίτια

Πυρκαγιά

Αν και μια πυρκαγιά που συμβαίνει σε ένα Νοσοκομείο είναι ένα σχετικά σπάνιο περιστατικό, οι συνέπειες μπορεί να είναι καταστροφικές. Μια φωτιά στη Χειρουργική Κλινική μπορεί να προκληθεί γιατί υπάρχουν παροχές οξυγόνου σε όλες τις κονσόλες πάνω από κάθε ασθενή και εύφλεκτα υλικά (οινόπνευμα βενζίνη κτλ.)

Φωτιά στη Χειρουργική Κλινική σημαίνει μεγάλο κίνδυνο και πανικό γιατί εκτός από τους εργαζόμενους κινδυνεύουν και οι ασθενείς(κάποιοι από αυτούς δεν κινούνται ή είναι ανήμποροι να αντιδράσουν και να προστατευθούν).

Για το λόγο αυτό η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη θεραπεία, ενώ η ασφαλής χρήση του ιατρικού εξοπλισμού και του υλικού πρέπει να επιτυγχάνεται μέσω της εκπαίδευσης και της επαγρύπνησης του προσωπικού που χρησιμοποιεί αυτά τα υλικά και τον εξοπλισμό στο ίδιο το λειτουργικό περιβάλλον.

Η κατανόηση της πυροπροστασίας

Η κατανόηση του πυροπροστασίας είναι η πιο βασική έννοια στην πρόληψη και τον έλεγχο πυρκαγιάς. Για να υπάρξει οποιαδήποτε πυρκαγιά, πρέπει να υπάρχουν τρία κρίσιμα στοιχεία:

1. Ένα καύσιμο ή εύφλεκτο υλικό.
2. Μια ανάφλεξη ή μια πηγή θερμότητας.
3. Οξυγόνο σε επαρκείς ποσότητες για την υποστήριξη της καύσης.

Όταν τα τρία αυτά στοιχεία συναντηθούν, το αποτέλεσμα είναι η καύση. Ωστόσο, αν μόνο ένα από αυτά τα στοιχεία αφαιρεθεί από την επαφή με τα άλλα δύο, η απειλή πυρκαγιάς μπορεί να ελαχιστοποιηθεί. Έτσι, αν μπορεί να αφαιρεθεί το οξυγόνο, η θερμότητα ή η παροχή καυσίμου, υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος πυρκαγιάς.

Σε κανονικές συνθήκες είμαστε συνήθως ασφαλείς όταν τα τρία αυτά στοιχεία διατηρούνται χωριστά. Ωστόσο, στη Χειρουργική Κλινική υπάρχουν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτών των τριών στοιχείων να έλθουν σε στενή επαφή:

Εύφλεκτα υλικά

Το περιβάλλον της Χειρουργικής Κλινικής περιέχει εύφλεκτα υλικά όλων των τύπων, συμπεριλαμβανομένων σφουγγαριών, γάζας, πετσετών, ιματισμού, κουρτινών και πλαστικών υλικών (όπως διάφορους σωλήνες, σύριγγες και δοχεία αναρρόφησης).

Πηγές θερμότητας

Η χρήση πηγών θερμότητας και άλλων ηλεκτρικών συσκευών όπως, πηγές φωτός, καρδιογράφοι, απινιδωτές.

Οξυγόνο

Όταν χορηγείται συμπληρωματικό οξυγόνο στον ασθενή, μπορεί να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον εμπλουτισμένο με οξυγόνο.

Ένα ανοικτό σύστημα παροχής οξυγόνου, όπως ο ρινικός καθετήρας ή η μάσκα, παρουσιάζει μεγαλύτερο κίνδυνο πυρκαγιάς από ένα κλειστό σύστημα χορήγησης, όπως μια λαρυγγική μάσκα. Σε περιβάλλον εμπλουτισμένο με οξυγόνο, τα υλικά που κανονικά δεν καίγονται στον αέρα του χώρου μπορούν να αναφλεγούν και να καούν.

Το συμπληρωματικό οξυγόνο είναι παρόν στις περισσότερες περιπτώσεις πυρκαγιάς. Εφόσον δε η πυρκαγιά συμβαίνει στο δωμάτιο των ασθενών, μια και η κονσόλα παροχής οξυγόνου βρίσκεται από πάνω τους, τα συνήθη σημεία στο σώμα τους που αναφλέγονται είναι το κεφάλι, το πρόσωπο, ο λαιμός και το ανώτερο στήθος.

Πυρασφάλεια

Προσωπικό

Η ομάδα της Χειρουργικής Κλινικής πρέπει να γνωρίζει ότι όλα αυτά τα στοιχεία (καύσιμο, πηγές ανάφλεξης και οξυγόνο) υπάρχουν στο χώρο της και για αυτό κάθε φορά που υπάρχει μια διαδικασία πρέπει να λαμβάνουν κάθε δυνατή προφύλαξη για να διατηρούνται τα στοιχεία αυτά χωριστά.

Προετοιμασία

Σύμφωνα με τον παρόντα Εσωτερικό Κανονισμό, ο κάθε υπάλληλος στο Χειρουργική Κλινική είναι μέρος του πυροπροστατευτικού τριγώνου και πρέπει να γνωρίζει τι πρέπει να κάνει σε περίπτωση πυρκαγιάς:

- Εάν υπάρχει κατάσταση υψηλού κινδύνου, η ομάδα πρέπει να αποφασίσει για ένα σχέδιο και ρόλους για την πρόληψη και τη διαχείριση πυρκαγιάς.
- Σε κάθε περιοχή όπου δυνητικά μπορεί να συμβεί πυρκαγιά, πρέπει να είναι αναρτημένο ένα πρωτόκολλο για την πρόληψη και τη διαχείριση των πυρκαγιών.
- Απαιτείται προσεκτικός συντονισμός και συνεχής κατάρτιση για όλους τους εργαζόμενους στη Χειρουργική Κλινική ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα αυτού του δυνητικά θανατηφόρου προβλήματος.

- Όλοι οι υπάλληλοι της Χειρουργικής Κλινικής οφείλουν να παρακολουθούν μαθήματα πρόληψης και αντιμετώπισης πυρκαγιάς στη Χειρουργική Κλινική κάθε 6 μήνες.

Πρόληψη

- Πρέπει να αναγγέλλεται η χρήση της πηγής που πιθανόν αποτελεί παράγοντα ανάφλεξης.
- Πρέπει να μειώνεται η συγκέντρωση του χορηγούμενου οξυγόνου στο ελάχιστο .

Πυροσβεστήρες

Όλοι οι πυροσβεστήρες που χρησιμοποιούνται στη Χειρουργική Κλινική είναι της μορφής ABC, που σημαίνει ότι είναι αποτελεσματικοί στην καταπολέμηση όλων των τύπων πυρκαγιάς (Α, συνηθισμένα καύσιμα, Β, εύφλεκτα υγρά, C, ηλεκτρική ενέργεια). Το ξηρό επιβραδυντικό πυρόσβεσης που χρησιμοποιείται είναι το φωσφορικό αμμώνιο και είναι ήπια διαβρωτικό σε υγρά περιβάλλοντα.

Όταν ο ασθενής είναι η πηγή καυσίμου, θα ήταν προτιμότερος ένας πυροσβεστήρας CO₂ (αποτελεσματικός σε ηλεκτρικές φωτιές και εύφλεκτα υγρά) λόγω της έλλειψης φωσφορικού αμμωνίου και συνεπώς της μείωσης της μόλυνσης και της βλάβης των ιστών. Η σωστή χρήση περιλαμβάνει την τεχνική PASS (απομάκρυνση του πείρου, στόχευση, συμπίεση και σκούπισμα).

Όταν πρόκειται για πυροσβεστήρες, μια από τις πρώτες προτεραιότητες είναι η τοποθεσία. Οι πυροσβεστήρες της Χειρουργικής Κλινικής με βάση τον παρόντα κανονισμό είναι σαφώς αναγνωρισμένοι σχεδόν στην αρχή και στο τέλος της κλινικής ,στον κεντρικό διάδρομο. Στον κεντρικό διάδρομο υπάρχει στο τέλος περίπου (όπως φαίνεται στη κάτοψη της κλινικής) πυροσβεστική Φωλέα 2΄΄με σωλήνα TREVIRA μήκους 20Μ και ακροφύσιο. Στην είσοδο της κλινικής υπάρχει επίσης πυροσβεστική Φωλέα και πυροσβεστικός σταθμός.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειώσουμε ότι το Νοσοκομείο της Σύρου διαθέτει συστήματα πυρανίχνευσης και ενεργητικής πυρασφάλειας (σωληνώσεις στην οροφή που θα ρίχνουν αυτόματα νερό).

Σχέδιο δράσης σε περίπτωση πυρκαγιάς

Οι πυρκαγιές στη Χειρουργική κλινική μπορούν να υποδιαιρεθούν:

- α) Σε πυρκαγιές που μπορεί να συμβούν στον ασθενή και
- β) Σε πυρκαγιές που μπορεί να συμβούν στο ευρύτερο περιβάλλον του χώρου της Χειρουργικής κλινικής.

Γενικά μέτρα σε κάθε περίπτωση

1. Αδειάστε αμέσως / βγάλτε τη φωτιά (όταν είναι ασφαλές να το κάνετε).
2. Αφαιρέστε το καύσιμο υλικό από την επαφή με τον ασθενή (κουρτίνες, ιματισμός κ.λπ.).
3. Απενεργοποιήστε τον συναγερμό πυρκαγιάς (σταθμός έλξης) και καλέστε βοήθεια.
4. Απεγκλωβίστε τον ασθενή, εάν είναι απαραίτητο.
5. Κρατήστε το οποιοδήποτε ύποπτο υλικό / συσκευή που αποτέλεσε το πιθανό αίτιο της πυρκαγιάς για έρευνα παρακολούθησης.

A) Πυρκαγιά στον ασθενή

Οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν συνήθως την πυρκαγιά πρώτοι και συνεπώς εμπλέκονται στην κατάσβεση και απομάκρυνση της φωτιάς μια και βρίσκονται συνήθως κοντά στον ασθενή. Ορισμένα στοιχεία πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμα για να σβηστεί μια πυρκαγιά. Αυτά είναι:

- Πυροσβεστήρες CO₂
- Κουβέρτες και σκεπάσματα των ασθενών (βαμβάκι 100%)

Το ιδανικό για αυτή την περίπτωση είναι να είναι οι κουβέρτες βρεγμένες πράγμα που μπορεί να πραγματοποιηθεί άμεσα ,γιατί σε κάθε δωμάτιο υπάρχει μπάνιο όπου υπάρχουν λεκάνες τόσο για το πλύσιμο των ασθενών όσο και για την συλλογή των εκ πλύσεων κύστεως.

Εάν η φωτιά συμβεί στον ασθενή, τα βήματα που ακολουθούνται είναι:

1. Η κατάσβεση των φλογών και η αφαίρεση του καύσιμου υλικού από τον ασθενή.
2. Ένα άλλο μέλος της ομάδας μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιήσει έναν πυροσβεστήρα CO₂ για να σβήσει τη φωτιά.
3. Ένα άλλο μέλος της ομάδας καλεί βοήθεια, ενημερώνει τον τεχνικό ασφαλείας και δηλώνει συναγερμό πυρκαγιάς για ενεργοποίηση σχεδίου δράσης σε επίπεδο Οργανισμού και καλεί την Πυροσβεστική. Κανονικά όταν ενεργοποιείται συναγερμός πυρκαγιάς, πρέπει να εκκενωθεί το κτίριο. Σε περίπτωση πυροσβεστικού συναγερμού στο νοσοκομείο, οι επαγγελματίες ασφαλείας θα καθορίσουν εάν απαιτηθεί εκκένωση, ενώ όλοι θα ενημερωθούν για τις δυνατότητες εκκένωσης καθώς και για το σχέδιο για περιορισμό και έλεγχο της πυρκαγιάς. Σ αυτή την περίπτωση το να γίνουν όλα στην κατάλληλη στιγμή είναι κρίσιμης σημασίας.
4. Η χορήγηση του οξυγόνου θα πρέπει να διακόπτεται αμέσως. Πρέπει να διακοπεί παράλληλα η κεντρική ροή αερίων μέσω των κεντρικών βαλβίδων οι οποίες πρέπει να είναι γνωστό που βρίσκονται και πως διακόπτεται η λειτουργία τους. Μπροστά στους πίνακες με τις βαλβίδες δεν πρέπει να υπάρχουν υλικά και αντικείμενα που εμποδίζουν την πρόσβαση σε αυτές.
5. Μόλις ελεγχθεί η πυρκαγιά, η φροντίδα για τον ασθενή πρέπει να συνεχιστεί και η περαιτέρω διαχείριση πρέπει να βασίζεται στον βαθμό κινδύνου από τον καπνό στην περιοχή.

6. Μετά την κατάσβεση της πυρκαγιάς, αξιολογήστε την κατάσταση του ασθενούς και σχεδιάστε ένα σχέδιο συνεχούς φροντίδας του.

7. Αν η φωτιά δεν ελέγχεται γρήγορα, τότε πρέπει να γίνει εκκένωση από το δωμάτιο, ειδοποίηση χρησιμοποιώντας τον εξοπλισμό πυρανίχνευσης της εγκατάστασης.

B) Πυρκαγιά στον ευρύτερο χώρο της Χειρουργικής Κλινικής

Σε πυρκαγιές που εμφανίζονται στον χώρο της Χειρουργικής Κλινικής αλλά δεν εμπλέκουν τον ασθενή, συνήθως εμπλέκεται ηλεκτρικός εξοπλισμός.

Το πρώτο βήμα είναι να αποσυνδέσετε με ασφάλεια τον εξοπλισμό και να τον αφαιρέσετε . Αν αυτό δεν μπορεί να γίνει, ενδέχεται να χρειαστεί να σβήσει η συσκευή στο δωμάτιο με τη χρήση πυροσβεστήρων.

Όλα τα αέρια (ειδικά το οξυγόνο) θα πρέπει να διακόπτονται αμέσως. Πρέπει να διακοπεί παράλληλα η κεντρική ροή αερίων μέσω των κεντρικών βαλβίδων οι οποίες πρέπει να είναι γνωστό που βρίσκονται και πως διακόπτεται η λειτουργία τους. Μπροστά στους πίνακες με τις βαλβίδες δεν πρέπει να υπάρχουν υλικά και αντικείμενα που εμποδίζουν την πρόσβαση σε αυτές.

Συστάσεις για τη μείωση του κινδύνου πυρκαγιών

- Διεξάγετε αξιολόγηση κινδύνου πυρκαγιάς στην αρχή κάθε διαδικασίας υψηλού κινδύνου . Οι διαδικασίες υψηλότερου κινδύνου περιλαμβάνουν πηγή ανάφλεξης, παροχή συμπληρωματικού οξυγόνου και λειτουργία της πηγής ανάφλεξης πλησίον του οξυγόνου (π.χ. κεφαλή, λαιμός).
- Χρησιμοποιήστε συμπληρωματικό οξυγόνο με ασφάλεια.
- Αξιολογήστε εάν απαιτείται συμπληρωματικό οξυγόνο για κάθε ασθενή. Οποιαδήποτε αύξηση της συγκέντρωσης οξυγόνου αυξάνει την πιθανότητα πυρκαγιάς. Χορηγήστε την ελάχιστη συγκέντρωση οξυγόνου που απαιτείται για να διατηρήσετε τον κορεσμό οξυγόνου ικανοποιητικό για τον ασθενή σας.
- Πρέπει να γίνεται χρήση αντιαεκρηκτικών πριζών, για να μη δημιουργούνται σπινθήρες στην είσοδο και έξοδο του φισ. Έτσι αποφεύγεται η πυρκαγιά και κυρίως η έκρηξη.
- Ο ιματισμός πρέπει να είναι ειδικής σύνθεσης από βαμβάκι 100% ή βαμβάκι 70% και πολυεστέρα 30%, για την αποφυγή σπινθήρων στατικού ηλεκτρισμού, πυρκαγιάς ή έκρηξης. Απαγορεύεται η χρήση μάλλινης ίνας.
- Χρησιμοποιείτε συσκευές και άλλο χειρουργικό εξοπλισμό με ασφάλεια .
- Κατανοήστε ότι οι κουρτίνες και τα σκεπάσματα των κρεβατιών και άλλες πηγές καυσίμων μπορούν να αναφλεγούν εύκολα και να καούν σε περιβάλλον εμπλουτισμένο με οξυγόνο, ακόμη και αν τα προϊόντα περιγράφονται ως "ανθεκτικά στη φλόγα".

- Ενθαρρύνετε την επικοινωνία μεταξύ των μελών της Νοσηλευτικής σας ομάδας.
- Σχεδιάστε τον τρόπο χειρισμού μιας πυρκαγιάς. Για παράδειγμα, κατανοήστε πώς πρέπει να σβήσει μια πυρκαγιά που καίει σε έναν ασθενή, αναπτύξτε διαδικασίες εκκένωσης και διατηρείτε υλικά πυρόσβεσης σε κατάλληλο χώρο των αιθουσών.

Κάθε μέλος του προσωπικού πρέπει να γνωρίζει το σχέδιο δράσης, σε περίπτωση πυρκαγιάς, το οποίο περιλαμβάνει:

- Θέση πυροσβεστήρων.
- Γνώση της χρήσης τους.
- Καθορισμός των εξόδων κινδύνου και των μελών, που θα τις χρησιμοποιήσουν.
- Τρόποι περιορισμού των ρευμάτων αέρος, για τη μη περαιτέρω εξάπλωση της πυρκαγιάς.
- Τρόποι προφύλαξης του εαυτού τους και των ασθενών.

Γενικές κατευθύνσεις

Όλο το προσωπικό με την ευθύνη της Διοίκησης της υπηρεσίας πρέπει να εκπαιδευθεί και να γνωρίζει:

- Τρόπους πρόληψης πυρκαγιάς μέσω πρωτοκόλλων.
- Διαδρομές ταχείας εκκένωσης ασθενών και προσωπικού.
- Ακριβείς τοποθεσίες όλων των πυροσβεστήρων και την σωστή τους χρήση.
- Βαλβίδες παροχής και αποκλεισμού O₂, NO₂, ηλεκτρισμού και μηχανημάτων.
- Σειρήνες πυρκαγιάς.
- Άμεσα τηλέφωνα για επικοινωνία (π.χ. πυροσβεστική).
- Θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις μέσω ασκήσεων που θα επαναλαμβάνονται σε τακτικά χρονικά διαστήματα.

Ηλεκτρισμός

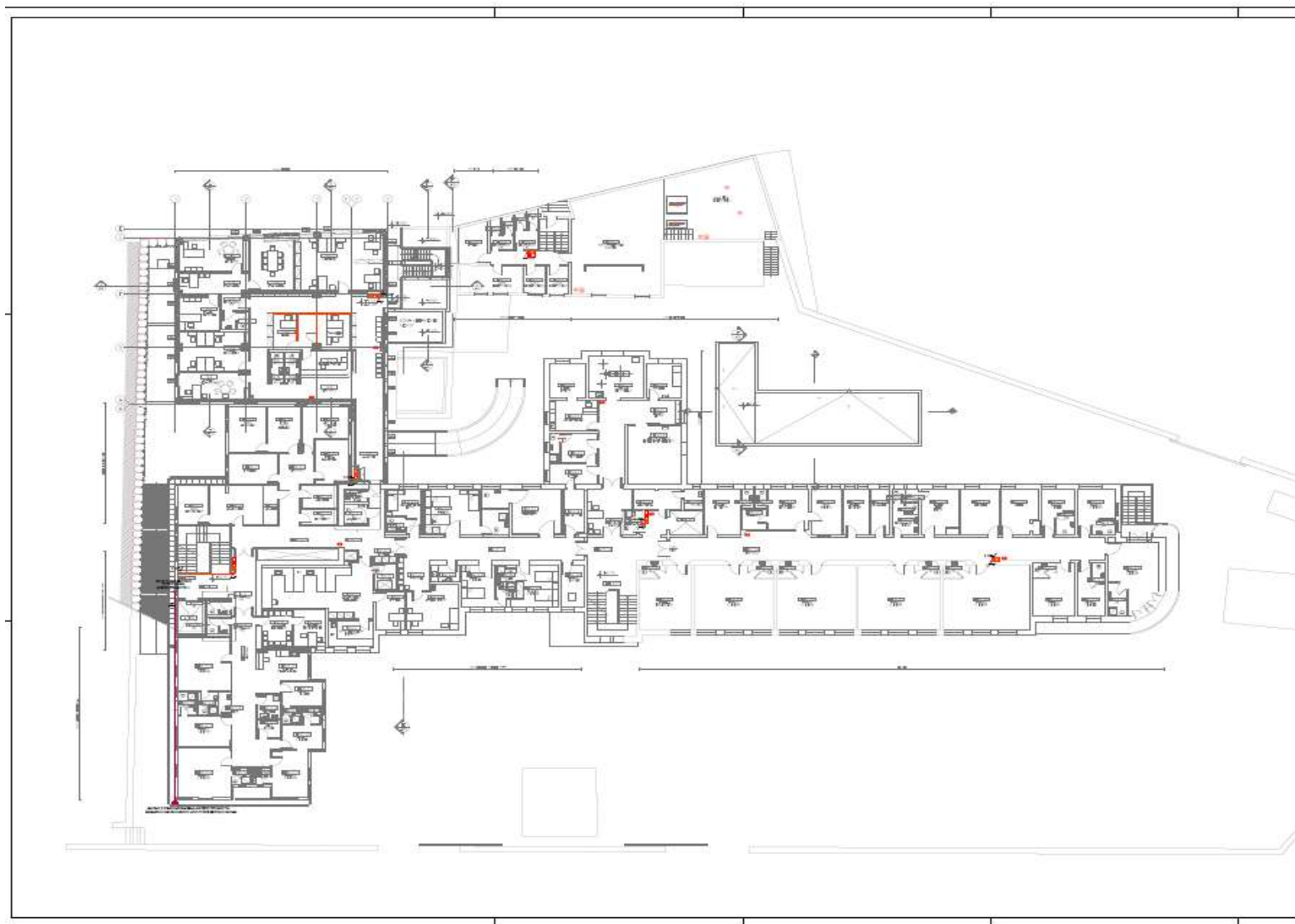
Να γνωρίζουμε την σωστή χρήση των μηχανημάτων και τις προφυλάξεις που θα πάρουμε για να είμαστε ασφαλείς από ηλεκτροπληξία.

Μέτρα πρόληψης ηλεκτροπληξίας:

- Εκπαίδευση του προσωπικού.
- Ύπαρξη και γνώση οδηγιών χρήσης κάθε μηχανήματος.
- Τακτικός έλεγχος των μηχανημάτων.
- Καλή συντήρηση των μηχανημάτων και των καλωδίων τους σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Διατήρηση της υγρασίας σε επιθυμητά επίπεδα για αποφυγή δημιουργίας σπινθήρων (55-60%).

- Μόνωση των καλωδίων και συνδέσεων και διατήρηση των πριζών σε ύψος 1,5m από το έδαφος. Απαγορεύεται η χρήση πολύπριζων, ειδικά όταν αυτά τοποθετούνται στο δάπεδο.
- Μη ύπαρξη εύφλεκτων υγρών και αερίων στους χώρους διατήρησης των μηχανημάτων .
- Τα έπιπλα, μηχανήματα, συσκευές πρέπει να έχουν τροχούς από αγωγίμο ελαστικό.
- Τα υποδήματα του προσωπικού πρέπει να έχουν αγωγίμες σόλες.

ΚΑΤΟΨΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ



Ακτινοβολία

Η ακτινοβολία σήμερα θεωρείται ένα από τα αναπόσπαστα εργαλεία στην χειρουργική. Η επίδραση της έκθεσης στην ιονίζουσα ακτινοβολία η οποία κυρίως χρησιμοποιείται στα Χειρουργεία μπορεί να προκαλέσει:

- Ερύθημα.
- Απώλεια μαλλιών.
- Ναυτία.
- Διάρροιες.
- Καρκίνο.
- Λευχαιμίες.
- Διαταραχές στο γενετικό υλικό (εμφανές μετά από χρόνια).
- Ιστολογικές διαταραχές – λοιμώξεις.
- Αποβολές.

Όσο μεγαλύτερη είναι η δόση και η συχνή έκθεση και μικρότερη η απόσταση τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος.

Ιονίζουσα ακτινοβολία

Που προέρχεται από τη χρήση:

- Ακτινολογικών μηχανημάτων.

Η ακτινοβολία συσσωρεύεται στον οργανισμό και δημιουργεί βλάβες στα σωματικά και γεννητικά κύτταρα. Προκαλεί άμεσα προβλήματα: ερυθρότητα, απώλεια μαλλιών, ναυτία, διάρροιες, καθώς και δευτερογενή: καρκίνο, λευχαιμίες, διαταραχές στο γενετικό υλικό, αποβολές εμβρύων των εγκύων γυναικών.

Φροντίδα προστασίας:

- Χρήση μολύβδινης προστατευτικής ποδιάς και διαφόρων φραγμάτων.
- Απομάκρυνση κατά δύο μέτρα από την κατεύθυνση στόχευσης του ακτινολογικού μηχανήματος.
- Χρήση μετρητή ακτινοβολίας κάτω από την προστατευτική μολύβδινη ποδιά.
- Να γίνεται συστηματικός έλεγχος της καλής λειτουργίας του ακτινολογικού μηχανήματος.
- Οι εγκυμονούσες θα πρέπει να απέχουν από το δωμάτιο, που χρησιμοποιείται το παραπάνω μηχανήματα.

Μη Ιονίζουσα ακτινοβολία

Προερχόμενη από:

- Μηχανήματα π.χ. τις οθόνες τηλεόρασης.
- Φωτισμό.
- Θέρμανση.
- Υπεριώδεις ακτίνες.

Δεν συσσωρεύεται στον οργανισμό και δεν δημιουργεί σοβαρά γενικά προβλήματα, εκτός από ερυθρότητα, κακή διάθεση, υγρά μάτια, κνησμό, πονοκεφάλους.

Φροντίδα προστασίας:

Εστιάζεται στη σωστή χρήση του εξοπλισμού και των μηχανημάτων ανάλογα με τις προδιαγραφές, που δίνονται από τους κατασκευαστές.

Γενικά μέτρα προστασίας από την ακτινοβολία;

- Χρήση προστατευτικής ποδιάς περιλαίμιων γαντιών ή παραβάν από μόλυβδο τα οποία περιοδικά θα ελέγχονται για την ακεραιότητα τους.
- Περιορισμός της ακτινοβολίας στο απόλυτα απαραίτητο.
- Προσεκτική θωράκιση όλων των πιθανών σημείων διαρροής ακτινοβολίας με μόλυβδο.
- Συνεχής έλεγχος των μηχανημάτων παροχής.
- Τήρηση σωστής απόστασης από την πηγή ακτινοβολίας καθώς και χρονομέτρηση της έκθεσης σε αυτή.
- Χρήση δοσιμέτρων για κάθε ένα ξεχωριστά που θα ελέγχεται κάθε μήνα. Τα ευρήματα θα εκτιμώνται για όλη την ζωή του εργαζόμενου.

Μυοσκελετική καταπόνηση

Οσφυαλγίες, κήλες μεσοσπονδύλιων δίσκων

Η πολύωρη ορθοστασία, τα μεγάλα βάρη, το περπάτημα σε σκληρό δάπεδο καταπονούν τη σπονδυλική στήλη με οσφυαλγίες και κοίλες μεσοσπονδύλιων δίσκων. Επίσης, το κυκλοφοριακό σύστημα ταλαιπωρείται δημιουργώντας κίρσους των κάτω άκρων.

Αιτίες

- Σπρώξιμο, τράβηγμα, ανύψωση αντικειμένων ή ασθενών από λάθος θέση.
- Μετακίνηση ασθενών από κρεβάτι σε μέσα μετακίνησης (φορείο, αναπηρικά αμαξίδια)
- Απότομο λύγισμα ή στροφή της μέσης.
- Μεταφορά υλικών.
- Χειρισμός μηχανημάτων.
- Ορθοστασία παρατεταμένη.

- Συνεχές περπάτημα σε σκληρό δάπεδο.
- Πτώση σε υγρό επίπεδο.

Γενικά μέτρα προστασίας.

Ο εργαζόμενος πρέπει:

- Να χρησιμοποιεί σωστή τεχνική στην ανασήκωση βάρους.
- Να γυμνάζεται εκτός ωρών εργασίας, για να διατηρεί σε καλή κατάσταση το μυϊκό και κυκλοφοριακό σύστημα (κυρίως ραχιαίοι και κοιλιακοί μύες).
- Να διατηρεί την οσφυϊκή κυρτότητα σε στάση καθιστική.
- Να χρησιμοποιεί παπούτσια που απορροφούν τους κραδασμούς και διευκολύνουν το βάδισμα.
- Να ανυψώνει βάρος, πλησιάζοντας το στο σώμα.
- Να χρησιμοποιεί την κατ' ισχίον άρθρωση, όταν πρόκειται να σκύψει.
- Να σπρώχνει και όχι να τραβά τα αντικείμενα.
- Να χρησιμοποιεί σκαμπό, για να φτάνει τα ψηλά αντικείμενα, χωρίς να τεντώνεται.

Εξαερισμός των χώρων

Είναι αναγνωρισμένο και τεκμηριωμένο ότι η παροχή αρκετού καθαρού αέρα απαλλαγμένου από μολυσματικούς παράγοντες, σκόνη, στην κατάλληλη θερμοκρασία και υγρασία είναι επιβεβλημένη τόσο για το περιβάλλον του ασθενή όσο και για τους εργαζόμενους.

Η απαραίτητη εναλλαγή του αέρα 16-20 φορές ανά ώρα, συμβάλλει στη πρόληψη μετεγχειρητικών λοιμώξεων αλλά και στην υγεία των εργαζομένων στο χώρο του νοσοκομείου. Η σταθερή κατά το δυνατό ρύθμιση από ειδικούς της ποιότητας αέρα εξαλείφει τα προβλήματα αυτά.

Κακής ποιότητας αέρας μπορεί να προκαλέσει:

- Πονοκεφάλους.
- Πονόλαιμο.
- Δυσκαταποσία.
- Δακρύρροια.
- Υπνηλία.
- Ευερεθιστότητα

Θερμικό στρες

Είναι πολύ σημαντικό να διατηρείται μια ισορροπία μεταξύ του ποσού της θερμότητας που παράγεται από το σώμα μας και του ποσού της θερμότητας που αποβάλλεται στο περιβάλλον.

Όταν η ισορροπία αυτή γίνεται θετική ή αρνητική αναλαμβάνουν ρυθμιστικοί μηχανισμοί για να διατηρήσουν την θερμοκρασία του σώματος μας σε αποδεκτά όρια. Η υπερβολική καταπόνηση αυτών των μηχανισμών μπορεί να οδηγήσει στο θερμικό stress.

Μέτρα πρόληψης:

- Διατήρηση σταθερής θερμοκρασίας στο χώρο του νοσοκομείου 20 – 22 βαθμούς Κελσίου.
- Προσεκτικός σχεδιασμός του συστήματος κλιματισμού.
- Κατάλληλη συντήρηση και
- Δυνατότητα των νοσηλευτών να έχουν άμεσο έλεγχο της ρύθμισης των περιβαλλοντικών μεταβλητών.

Θόρυβος

Οι Νοσηλευτές εκτίθενται στον κίνδυνο των διαφόρων θορύβων είτε από τα monitors και διαφόρους συναγερμούς μηχανημάτων (κουδούνι ενδοεπικοινωνίας) είτε από τους συνοδούς και τους ίδιους τους ασθενείς.

Τα αποτελέσματα του θορύβου στην ακοή μπορεί να έχει επιπτώσεις στο ποσοστό υπέρτασης, διαταραχές στο ΗΚΓ, νευρομυκικές διαταραχές όπως αύξηση του χρόνου αντίδρασης και αύξηση του αριθμού των λαθών κατά τη διάρκεια της εργασίας και στην μειωμένη αντίληψη για προειδοποιητικούς κινδύνους.

Μέτρα πρόληψης:

- Μείωση του θορύβου στον χώρο με τον σωστό σχεδιασμό των νοσοκομειακών συναγερμών και ανάγκη τυποποίησής τους βάσει των αρχών της νοητικής εργονομίας.
- Μείωση των επισκεπτών αυστηρά στις καθορισμένες ώρες(17:00-19:00).
- Σωστή διαχείριση των διεγερτικών ασθενών.
- Έλεγχος λειτουργίας ενδοεπικοινωνίας .

Κίνδυνοι από μολύνσεις και χημικά αίτια

TB, Ηπατίτιδες, HIV

Παλιές ασθένειες όπως φυματίωση που έχουν επιστρέψει δυναμικά και νέες όπως ηπατίτιδες και AIDS αποτελούν μάστιγα για τα Νοσοκομεία σήμερα.

Είναι εύκολο να μεταδοθούν στους νοσηλευτές οι ασθένειες αυτές με διάφορους τρόπους.

Τρόποι μετάδοσης

- Τρύπημα βελόνας ή κόψιμο με νυστέρι.
- Τραυματισμό από αιχμηρό μολυσμένο εργαλείο.

- Πιτσίλισμα αίματος ή άλλου βιολογικού υγρού σε μη συνεχές δέρμα.
- Χειρισμό παρασκευασμάτων και αιματηρών γαζών.
- Πιτσίλισμα βιολογικών υγρών στους βλεννογόνους και στο δέρμα, όταν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος.
- Διασωλήνωση ασθενή.
- Με άλλο μη αντιληπτό τρόπο.

Το πρόβλημα μεγεθύνεται όταν εμείς δεν συμπεριλαμβάνουμε τον εαυτό μας στα πιθανά αίτια και δεν λαμβάνουμε τα απαραίτητα μέτρα.

Φροντίδα προστασίας:

- Αντιμετωπίζονται όλοι οι ασθενείς σαν να είναι φορείς και χρησιμοποιούνται γάντια, μάσκα.
- Γίνεται προσπάθεια αποφυγής τραυματισμών.
- Γίνεται προσπάθεια για ήπιες κινήσεις στους χειρισμούς των αλλαγών τραυμάτων .
- Οι έχοντες δερματίτιδες απέχουν από την άμεση νοσοκομειακή φροντίδα.
- Γίνεται εμβολιασμός του προσωπικού (υποχρεωτικά). Τακτική ενημέρωσή τους για το επίπεδο των αντισωμάτων είναι επιτακτική.
- Γίνεται τακτική ενημέρωση του προσωπικού.
- Κάθε ατύχημα αναφέρεται και ακολουθείται η πάγια διαδικασία.
- Επιμελής καθαρισμός των χώρων, επιφανειών μηχανημάτων και συσκευών καθώς προσεκτική απόρριψη των χρησιμοποιημένων.
- Απόρριψη των αιχμηρών, βελονών, συρίγγων να γίνεται σε ειδικά δοχεία απόρριψης.
- Η μεταφορά και η φύλαξη των παρασκευασμάτων εξασφαλίζεται με στεγανά δοχεία που φέρουν εμφανές ετικέτες.
- Αναφορά κάθε ατυχήματος και να εφαρμόζεται άμεσα η ανάλογη διαδικασία.

Αιχμηρά αντικείμενα και ασφάλεια στο χώρο της Χειρουργικής Κλινικής

Βασική αρχή

Κάθε ασθενής είναι πιθανό να είναι φορέας κάποιου παθογόνου μικροοργανισμού που μεταδίδεται με το αίμα και άλλα βιολογικά υγρά. Χαρακτηριστικά αναφέρονται:

Ιός της ηπατίτιδας Β

- Ιός με υψηλή λοιμογόνο ιδιότητα.
- Αντοχή στο περιβάλλον.

- Μικρή ποσότητα ιού για μετάδοση.
- Μετάδοση με τρυπήματα από μολυσμένες βελόνες ή τραυματισμούς από άλλα αντικείμενα.

Ιός της ηπατίτιδας C

- Μεταδίδεται αιματογενώς.
- Περισσότερες περιπτώσεις είναι συνέπεια τραυματισμού με μολυσμένη βελόνα.
- Ποσοστό ορομετατροπής είναι περίπου 1,8%.

Ιός HIV

- Ιός με υψηλή λοιμογόνο ιδιότητα.
- Μεταδίδεται με τραύμα του δέρματος π.χ. με βελόνι, με επαφή βλεννογόνων και δέρματος, με αίμα και άλλα βιολογικά υγρά.
- Ο κίνδυνος μετάδοσης μετά από τρύπημα είναι περίπου 0,3%.

Μέτρα προστασίας:

- Εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας B.
- Απαγορεύεται η κάλυψη των χρησιμοποιημένων βελονών.
- Αιχμηρά μολυσμένα εργαλεία να τοποθετούνται σε ειδικό δοχείο.
- Αν πρέπει να επαναχρησιμοποιηθεί τοποθετείται σε ειδικό δοχείο.
- Η παράδοση αιχμηρών εργαλείων από χέρι σε χέρι πρέπει να αποφεύγεται.
- Αιχμηρά αντικείμενα μίας χρήσης πρέπει να απορρίπτονται σε ειδικά δοχεία με σήμανση βιολογικού κινδύνου.
- Προτείνεται ο προεγχειρητικός έλεγχος για ανίχνευση αντισωμάτων του HIV HBV και HCV.
- Στην αποφυγή ατυχημάτων συμβάλλει η συνεχής επικοινωνία των εργαζόμενων με σαφείς οδηγίες ή προειδοποιήσεις σε όλη τη διάρκεια της παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο.

Διαχείριση επαγγελματικής έκθεσης σε βιολογικά υγρά μετά από τρύπημα

- Το τραύμα πλένεται αμέσως με νερό και σαπούνι ή αντισηπτικό για 10 λεπτά.
- Το συμβάν δηλώνεται άμεσα στους προϊστάμενους και στην επιτροπή λοιμώξεων του νοσοκομείου.
- Συμπληρώνεται το έντυπο «δήλωσης μετά από επαγγελματική έκθεση σε αίμα ή βιολογικά υγρά».
- Γίνεται εκτίμηση του κινδύνου μετάδοσης ανάλογα με τον τύπο του βιολογικού υγρού.
- Ελέγχεται η πηγή της έκθεσης για παρουσία Hb-sAg, anti-HCV, και HIV αντισωμάτων.

- Ο εκτιθέμενος ελέγχεται άμεσα για Hb-sAg, anti-HCV, anti-HIV και ALT τη στιγμή του ατυχήματος και πριν τη χορήγηση αγωγής.
- Έλεγχος για εγκυμοσύνη.
- • Υπεύθυνος ιατρός για την περαιτέρω παρακολούθηση του περιστατικού είναι ο ιατρός προσωπικού.

Ειδικές παρεμβάσεις

Πηγή έκθεσης θετική σε HBV:

- Εκτιμάται η ανοσολογική ικανότητα του εκτεθέντος για HBV λοίμωξη με λήψη anti-HBs.
- Αν η συγκέντρωση των αντισωμάτων μετά από προηγούμενο εμβολιασμό είναι κάτω των 10 mIU / ml ακολουθεί έναρξη 2ου κύκλου εμβολιασμού.
- Αν δεν έχει προηγηθεί εμβολιασμός και δεν υπάρχουν αντισώματα HBV ακολουθεί παθητική ανοσοποίηση με ανοσοσφαιρίνη HBIG (υπεράνοση γ-σφαιρίνη) και επιταχυνόμενο σχήμα εμβολιασμού.
- Αν η συγκέντρωση αντισωμάτων είναι μεγαλύτερη ή ίση με 10 mIU / ml τότε δεν γίνεται καμία ενέργεια.

Τραυματισμός με θετικό HCV

Πηγή έκθεσης θετική σε HCV:

- Δεν συνιστάται προφύλαξη αφού δεν υπάρχει προφυλακτικό εμβόλιο.
- Οι εκτιθέμενοι πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο τρανσαμινασών αμέσως και 4-6 μήνες μετά την έκθεση ή και σε έλεγχο HCV RNA, 4-6 βδομάδες μετά την έκθεση με στόχο την πρόωμη διάγνωση.
- Αν βρεθούν θετικοί, οι προσπάθειες εστιάζονται στη πρόληψη σοβαρής ηπατικής βλάβης.

Στάδια καταστροφής του ήπατος

Πηγή έκθεσης θετική στον HIV:

- Συνιστάται έλεγχος αντισωμάτων για το ιό στην αρχή και μετά σε 6 βδομάδες, 3 μήνες και 6 μήνες μετά την έκθεση.
- Χορηγείται προληπτική χημειοθεραπεία για διάστημα ενός μήνα, η άμεση έναρξη έχει μεγάλη σημασία.

Ελλιπής εκπαίδευση σχετικά με την αντιμετώπιση των κινδύνων

Η συνεχής εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού θεωρείται θεμελιώδης για να είναι σε θέση να:

- Αναγνωρίζει.
- Προβλέπει πιθανούς κινδύνους.
- Ακολουθεί τις βασικές αρχές πρόληψης των επαγγελματικών ατυχημάτων στο χώρο εργασίας και
- Χρησιμοποιεί σωστά τα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας που προβλέπονται σε κάθε περίπτωση.

Χημικά απολυμαντικά φάρμακα

Είναι δυνατό να προκαλέσουν:

- Εισπνευστικά προβλήματα.
- Αναπνευστικά προβλήματα.
- Δερματίτιδες – εκζέματα – εγκαύματα.
- Πονοκεφάλους.
- Καρκινογένεση.
- Δακρύρροια – κερατίτιδα.
- Υπνηλία.

Πρέπει να γνωρίζουμε:

- Τη χημική σύνθεση των απολυμαντικών που χρησιμοποιούνται.
- Τις ενέργειες, παρενέργειες και τους κινδύνους κάθε απολυμαντικού με λεπτομέρεια.
- Τα μέτρα προφύλαξης (γάντια, μάσκα,) και να τα λαμβάνουμε.
- Τον χώρο φύλαξης των απολυμαντικών που πρέπει να είναι σε καλά αεριζόμενο χώρο ώστε να αποφεύγεται η αύξηση της συγκέντρωσής τους στην ατμόσφαιρα.

Φροντίδα προστασίας:

- Επαφή όχι με γυμνό δέρμα αλλά με γάντια, μάσκα.
- Φύλαξη τους σε καλά αεριζόμενο χώρο (16-20 φορές/ώρα).
- Εκπαίδευση του προσωπικού και καθιέρωση πρότυπων εργασίας (standards).

Αλλεργικές αντιδράσεις

Κύρια αιτία των αλλεργιών θεωρούνται τα χειρουργικά γάντια. Μπορεί να παρουσιαστεί οξεία αντίδραση που εμφανίζεται με ερύθημα, κνησμό ή ελαφρύ οίδημα, παρατεταμένη αντίδραση, ενώ το δέρμα γύρω μπορεί να ξεφλουδίζει.

Λύση του προβλήματος:

- Χρήση υποαλλεργικών γαντιών.
- Αλλαγή αντιμικροβιακού διαλύματος κατά το πλύσιμο.
- Επάλειψη των χεριών με λοσιόν ή κρέμα μετά το πλύσιμο και πριν το γάντι. Ελαφρό σκούπισμα και όχι τριβή.

Κίνδυνοι ψυχοκοινωνικοί

Δεν είναι λίγες οι φορές που οι Νοσηλευτές θα γονατίσουν πραγματικά από τα αποτελέσματα κάποιου ξαφνικού θανάτου, ενός ανεγχείρητου όγκου ή από ένα νεαρό πολυτραυματία που καταλήγει στα χέρια τους.

Η καθημερινή αντιμετώπιση του ανθρώπινου πόνου υποβάλλει πιεστικά κάθε έναν εργαζόμενο σε άγχος, ψυχικό πόνο, πνευματική ευαισθησία, συναισθηματική φόρτιση που συνθέτουν το λεγόμενο επαγγελματικό στρες.

Δεν είναι λίγες οι φορές που η κατάσταση αυτή μεταφέρεται και στο σπίτι και μη βρίσκοντας πολλές φορές ανακούφιση καθιστά την κοινωνική και ψυχική προσαρμογή απόμακρη και δύσκολη.

Η έντονη επαγγελματική πίεση (στρες) η οποία όταν δεν διοχετεύεται προς τα έξω, συσσωρεύεται και οδηγεί στην απομόνωση και στη δύσκολη κοινωνική συναλλαγή.

Τα Νοσοκομεία γενικά είναι ευάλωτα και από άλλου είδους κινδύνους όπως οι καλυμμένες παρενοχλήσεις ή με το πρόσχημα της ευχάριστης παρέας ή της συναδελφικής φιλίας.

Μελέτες έδειξαν ότι πολλές Νοσηλεύτριες και Νοσηλευτές εκδηλώνουν τις παρενοχλήσεις αυτές με:

- Stress (υπερένταση, φόβο, θυμό απώλεια μνήμη).
- Μειωμένη απόδοση εργασίας.
- Συνεχείς απουσίες.
- Απομόνωση.
- Έλλειψη ενδιαφέροντος
- Ψυχοσωματικές διαταραχές (πονοκεφάλους, απώλεια βάρους, κόπωση, μυϊκούς πόνους, αϋπνία).
- Κατάθλιψη.
- Έλλειψη αυτοεκτίμησης

Οι υπεύθυνοι των τμημάτων πρέπει να λαμβάνουν μέτρα πρόληψης και να εξετάζουν το θέμα με αντικειμενικότητα.

Προφορική κακοποίηση

Η μεγάλη συχνότητα προφορικής κακοποίησης σε Νοσηλευτές του Νοσοκομείων από ιατρούς έχει γίνει αντικείμενο πρόσφατων ερευνητικών μελετών σε όλο τον κόσμο.

Επαναλαμβανόμενα περιστατικά προφορικής κακοποίησης έχουν αρνητικές επιδράσεις στην νοσηλευτική φροντίδα αφού συμβάλει στην αύξηση των λαθών αλλά και στην ασφάλεια των ασθενών.

Επίσης υπομονεύει την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση των Νοσηλευτών κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Η εργασία στο χώρο του νοσοκομείου απαιτεί προσπάθεια για συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων για την δημιουργία ασφαλών συνθηκών για τους ασθενείς.

Η νοσηλευτική διεύθυνση για τον σκοπό αυτό θα πρέπει να προσεγγίσει ενεργητικά την αντιμετώπιση της προφορικής κακοποίησης.

Κλειδί για την πρόληψη και τον χειρισμό της προφορικής κακοποίησης είναι η αναγνώριση των προειδοποιητικών ενδείξεων καθώς και η αναφορά των περιστατικών.

Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)

Είναι ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στα πλαίσια του οποίου ο νοσηλευτής χάνει το ενδιαφέρον του και το θετικό συναίσθημα που είχε.

Παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοση του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Συμπτώματα της επαγγελματική κόπωσης:

- Έντονη αίσθηση κόπωσης και αδυναμίας.
- Αυξημένη μυϊκή υπερένταση.
- Κεφαλαλγίες.
- Γαστρεντερικές διαταραχές.
- Διαταραχές ύπνου και διατροφής.
- Κατάθλιψη.

Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό :

- Υπερβολικός φόρτος εργασίας.
- Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.
- Εξαντλητικό ωράριο.
- Άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση.

- Αυξημένες απαιτήσεις.
- Εργασιακό stress.
- Έλλειψη στήριξης από τον προϊστάμενο τους.

Μέτρα πρόληψης:

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων.
- Επάρκεια ανάπαυσης.
- Αποσαφήνιση του ρολού και των καθηκόντων.
- Δημιουργία κλίμακας συνεργασίας και υποστήριξης.
- Προσωπική επιλογή συγκεκριμένων θέσεων εργασίας.

Κεφάλαιο 5.

Ηθική και Δεοντολογία στο Χειρουργική Κλινική

Στο σημερινό περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, οι Νοσηλευτές αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερα σύνθετα ζητήματα και καταστάσεις που προκύπτουν από την προηγμένη τεχνολογία, την οξύτητα των περιστατικών στο νοσοκομειακό και κοινοτικό περιβάλλον, τη γήρανση του πληθυσμού, την πολυπλοκότητα των νόσων αλλά και από ηθικούς και πολιτιστικούς παράγοντες.

Εισαγωγή – Γενικές αρχές

Ορισμοί

Ηθική στις επιστήμες υγείας καλείται η μελέτη, έρευνα και κριτική ανάλυση της έννοιας του ορθού στην κλινική πράξη.

Η Βιοηθική περιλαμβάνει μερικές από τις βασικές αρχές της ηθικής στις επιστήμες υγείας και αποτελεί εκείνον τον ενιαίο κλάδο που προσπαθεί να μελετήσει τα ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από την εξέλιξη και την εφαρμογή των βιοϊατρικών επιστημών και της επιστημονικής έρευνας.

Η Βιοηθική είναι μια διανοητική εργασία με μεγάλη πρακτική χρησιμότητα και κοινωνικές προεκτάσεις.

Η ηθική και η δεοντολογία στις επιστήμες υγείας είναι τόσο παλαιές όσο και οι ίδιες οι επιστήμες. Ωστόσο συστηματική ενασχόληση με την Ιατρική και Νοσηλευτική ηθική και δεοντολογία γίνεται τις τελευταίες δεκαετίες. Οι δίκες της Νυρεμβέργης (1947) και η αποκάλυψη των αποτρόπαιων εγκλημάτων των ναζί στο όνομα της ιατρικής έρευνας και τεχνολογίας, η εξάπλωση της έννοιας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και η επέκταση των ασφαλιστικών συστημάτων, αποτέλεσαν νέα εναύσματα για τη ραγδαία ανάπτυξη των κλάδων της Ηθικής στην Υγεία και της Βιοηθικής.

Παραδοσιακά, οι Νοσηλευτές χρησιμοποιούν την προσέγγιση της επίλυσης προβλημάτων στο σχεδιασμό και την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Σήμερα η λήψη αποφάσεων ως μέρος της επίλυσης προβλημάτων γίνεται σταδιακά πιο πολύπλοκη και απαιτεί κριτική σκέψη.

Οι βασικές αρχές της Βιοηθικής

Οι ακόλουθες κοινές δεοντολογικές αρχές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επικύρωση των ηθικών αξιώσεων.

Η αρχή της Αυτονομίας /Autonomy

Αυτή η λέξη προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις *auto* ("αυτο") και *nomos* ("Κανόνας" ή "νόμος"), και επομένως αναφέρεται στην αυτό - διακυβέρνηση. Στον σύγχρονο λόγο έχει ευρείες έννοιες, συμπεριλαμβανομένων των ατομικών δικαιωμάτων, της ιδιωτικής ζωής και της επιλογής. Η αυτονομία

συνεπάγεται τη δυνατότητα επιλογής χωρίς εξωτερικές επιδράσεις ή περιορισμούς. Μπορεί να θεωρηθεί η ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται, να αποφασίζει και να ενεργεί ανεξάρτητα και χωρίς ψυχολογικά ή σωματικά εμπόδια.

Η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας βρίσκει την καλύτερη έκφρασή της στον θεσμό της συνειδητής συγκατάθεσης, όπου σύμφωνα με αυτόν, ο ασθενής πρέπει να δώσει τη συγκατάθεσή του για οποιαδήποτε επέμβαση στο σώμα του, αφού προηγουμένως ο γιατρός ή ο νοσηλευτής, ή κάποιος άλλος λειτουργός υγείας έχει παράσχει τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου ο ασθενής να μπορέσει να προβεί σε μια τελική επιλογή.

Η συγκατάθεση: α) μπορεί να είναι ρητή ή σιωπηρή αρκεί να αποδεικνύεται, β) πρέπει να δίνεται πριν γίνει η πράξη και γ) για πράξη που αντίκειται στα χρηστά ήθη δεν έχει έννομα αποτελέσματα (π.χ. ιατρική πράξη που αποβλέπει στην απαλλαγή από τη στράτευση ή στην είσπραξη ασφαλίσεων).

Τα ελαττώματα της αρχής της αυτονομίας αποτελούν τη δικαιολογητική βάση της λεγόμενης πατερναλιστικής συμπεριφοράς των Επαγγελματιών Υγείας απέναντι στους ασθενείς τους. Ο πατερναλισμός είναι ο σκόπιμος περιορισμός της αυτονομίας του άλλου, με δικαιολογία την ευεργεσία ή την ευημερία ή τις ανάγκες ενός άλλου.

Ο πατερναλισμός αυτός τείνει να μειώνεται για δύο κυρίως λόγους: α) οι ασθενείς σήμερα γνωρίζουν καλύτερα τα δικαιώματά τους και είναι σε θέση να τα διεκδικήσουν και β), καθώς ο θεσμός της συνειδητής συγκατάθεσης όχι απλώς έχει κερδίσει έδαφος αλλά είναι και νομικά κατοχυρωμένος, οι επαγγελματίες υγείας αποφεύγουν μια υπερπροστατευτική και πατερναλιστική συμπεριφορά, η οποία μπορεί να μην συμφωνεί με τις επιθυμίες του ασθενούς και να συνιστά παραβίαση του δικαιώματος αυτοκαθορισμού τους.

Η αρχή της Ωφέλειας - Ευεργεσίας / Beneficence

Αν και η έννοια της ωφέλειας υποκρύπτει καλοσύνη, φιλανθρωπία και οίκτο, στο χώρο της υγείας αντιμετωπίζεται ως καθήκον, καθώς στην ιστορία της ηθικής, της ιατρικής, της νοσηλευτικής και της δημόσιας υγείας είναι βαθιά εδραιωμένη η πεποίθηση ότι η παράλειψη να ωφελήσει κανείς κάποιον όταν είναι σε θέση να το κάνει, συνιστά παραβίαση των επαγγελματικών του καθηκόντων και πράγματι, το καθήκον της ωφέλειας συχνά εξαρτάται από τον επαγγελματικό ρόλο ενός ατόμου, καθώς δεν είναι τόσο ισχυρό ώστε να σημαίνει πως κάθε άτομο στην κοινωνία έχει καθήκον να ωφελήσει κάποιο άλλο, αλλά μόνο αν αυτό το άτομο είναι επιφορτισμένο με συγκεκριμένα καθήκοντα όπως ο λειτουργός υγείας απέναντι στον ασθενή του.

Τα τελευταία χρόνια κερδίζει έδαφος μια νέα μορφή ηθικής υποχρέωσης, η ενδυνάμωση των ασθενών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας η οποία συνδυάζει στοιχεία τόσο από την έννοια της ωφέλειας όσο και από την έννοια της μη βλάβης και αφορά την παροχή βοήθειας με τρόπο που καθιστά τα άτομα περισσότερο ικανά να λαμβάνουν αυτόνομες αποφάσεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και των επιλογών που την αφορούν.

Η αρχή της Μη Βλάβης / Non –maleficence

Η αρχή αυτή συνίσταται στην υποχρέωση των λειτουργών υγείας να μην κάνουν τίποτα που μπορεί να βλάψει τον ασθενή τους και αποτελεί την άλλη πλευρά της αρχής της ωφέλειας. Για παράδειγμα πολλές φορές κατά την άσκηση της ιατρικής ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να προκαλέσει κάποια βλάβη στον ασθενή του προκειμένου να τον θεραπεύσει. Μια εγχείρηση π.χ. η οποία θα αποβεί εν τέλει προς όφελος του ασθενούς.

Η αρχή της μη βλάβης δεν περιλαμβάνει μόνο την πρόκληση πραγματικής βλάβης, αλλά και τον κίνδυνο ζημίας, γι αυτό οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να δρουν με σύνεση και προσοχή έτσι ώστε η θέση κάποιου αγαθού σε διακινδύνευση να μην υπερβαίνει τα αποδεκτά από την κοινωνία όρια. Για τους επαγγελματίες υγείας η προσοχή αυτή περιλαμβάνει τις έννοιες της γνώσης, της δεξιότητας και της επιμέλειας, η μη εφαρμογή των οποίων μπορεί να συνιστά αμέλεια.

Η αρχή της Δικαιοσύνης

Από μια ευρεία προοπτική, η δικαιοσύνη δηλώνει ότι πρέπει παρόμοιες περιπτώσεις να αντιμετωπίζονται όμοια.

Η αρχή αυτή αναφερόμενη και ως αρχή της ισοτιμίας, αφορά στην ισότιμη αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών και στην ισότιμη κατανομή πόρων, οικονομικών και συμβολικών. Αν και οι περισσότερες κοινωνίες διακηρύσσουν την ίση αξία όλων των μελών τους, οι οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες αποτελούν μια δυσάρεστη πραγματικότητα που επηρεάζει σημαντικά τη φροντίδα στην υγεία.

Η έννοια αυτή στο χώρο της υγείας εμφανίζεται με τρεις κυρίως μορφές: α) δικαιοσύνη ως ισότιμη κατανομή των πόρων (κατανεμητική δικαιοσύνη), β) δικαιοσύνη ως σεβασμός προς τα δικαιώματα των ανθρώπων και γ) δικαιοσύνη ως σεβασμός σε ηθικά αποδεκτούς νόμους.

Η αρχή του Σεβασμού των Ατόμων / Respect for Persons

Ο σεβασμός των ατόμων χρησιμοποιείται συχνά συνώνυμα με την αυτονομία., ωστόσο, υπερβαίνει την αποδοχή της έννοιας ή της στάσης των ανθρώπων να έχουν αυτόνομη επιλογή, αντιμετωπίζοντας τους άλλους με τρόπο που να τους επιτρέπει να κάνουν την επιλογή.

Η αρχή της Ιερότητας της Ζωής/ Sanctity of Life

Η αρχή αυτή πρεσβεύει ότι η ζωή είναι το υψηλότερο αγαθό. Επομένως, όλες οι μορφές της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της απλής βιολογικής ύπαρξης, θα πρέπει να υπερσχύουν πέρα από εξωτερικά κριτήρια για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.

Η αρχή της Φιλαλήθειας /Veracity

Η ειλικρίνεια είναι η υποχρέωση της αποτύπωσης – αναζήτησης - έκφρασης της αλήθειας και όχι της εξαπάτησης του άλλου μέσω του ψέματος.

Η αρχή της Εμπιστευτικότητας /Confidentiality

Η εμπιστευτικότητα σχετίζεται με την έννοια της ιδιωτικής ζωής. Πληροφορίες που ελήφθησαν από ένα άτομο δεν θα αποκαλυφθούν σε άλλο, εκτός αν ωφελήσει το άτομο ή υπάρχει άμεση απειλή για κάποιο κοινωνικό αγαθό.

Η αρχή του Διπλού Αποτελέσματος /Double Effect

Αυτή είναι μια αρχή που δικαιολογεί ηθικά ορισμένες ενέργειες που παράγουν τόσο καλό όσο και κακό (π.χ. μια χειρουργική επέμβαση).

Και τα τέσσερα από τα ακόλουθα κριτήρια πρέπει να πληρούνται ώστε να υπερτερεί το όφελος.

1. Η ίδια η δράση πρέπει να είναι καλή ή ηθικά ουδέτερη.
2. Ο εκτελών τη δράση πρέπει να σκοπεύει ειλικρινά στην καλή και όχι την κακή επίδραση (το κακό αποτέλεσμα μπορεί να προβλεφθεί αλλά δεν προωθείται).
3. Το καλό αποτέλεσμα δεν επιτυγχάνεται μέσω του κακού αποτελέσματος.
4. Υπάρχει αναλογική ή ευνοϊκή ισορροπία του καλού έναντι του κακού.

Η ηθική στη νοσηλευτική φροντίδα

Στον περίπλοκο σύγχρονο κόσμο, περιβαλλόμεστε από ηθικά ζητήματα σε όλες τις πτυχές της ζωής μας. Κατά συνέπεια, το ενδιαφέρον στον τομέα της δεοντολογίας υπήρξε αυξημένο, σε μια προσπάθεια να κερδηθεί μια καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ζητήματα αυτά μας επηρεάζουν. Συγκεκριμένα, στην υγειονομική περίθαλψη η εστίαση στην ηθική εντατικοποιήθηκε ως απάντηση στην αμφιλεγόμενη «ανάπτυξη» συμπεριλαμβανομένης της εξέλιξης στην τεχνολογία και τη γενετική, καθώς σήμερα, η εξελιγμένη τεχνολογία μπορεί να παρατείνει τη ζωή πολύ πιο πέρα από τον χρόνο που θα συνέβαινε ο θάνατος στο παρελθόν.

Ακριβές πειραματικές διαδικασίες και φάρμακα είναι διαθέσιμα στην προσπάθεια διατήρησης της ζωής, ακόμη και όταν αυτές οι προσπάθειες είναι πιθανό να αποτύχουν. Η ανάπτυξη της τεχνολογικής υποστήριξης έχει επιρροή σε όλα τα στάδια της ζωής. Για παράδειγμα, η προγεννητική περίοδος έχει επηρεαστεί από τη γενετική διαλογή, τη γονιμοποίηση *in vitro*, τη συγχομιδή και την κατάψυξη εμβρύων και την προγεννητική χειρουργική επέμβαση. Στα πρώτα στάδια της ζωής, τα πρόωρα βρέφη έχουν την ευκαιρία να επιβιώσουν με τη χρήση τεχνικής υποστήριξης. Παιδιά και ενήλικες που θα πέθαιναν ως αποτέλεσμα οργανικής ανεπάρκειας, ζουν περισσότερο λόγω της μεταμόσχευσης οργάνων.

Οι τεχνολογικές εξελίξεις έχουν επίσης συμβάλει στην αύξηση του μέσου όρου του προσδόκιμου ζωής. Αυτές οι τεχνολογικές εξελίξεις, ωστόσο, ήταν μια μικτή ευλογία, καθώς έχουν τεθεί ερωτήματα σχετικά με το εάν και υπό ποιες συνθήκες είναι σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί αυτή η τεχνολογία. Αν και πολλὰ άτομα έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, αντιμετωπίζουν εκτεταμένη δυστυχία ως αποτέλεσμα των προσπαθειών για παράταση της ζωής, συνήθως με μεγάλο κόστος.

Τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα περιβάλλουν επίσης αυτές τις πρακτικές ή πολιτικές που φαίνεται να κατανέμουν αδικαιολόγητα τους πόρους της υγειονομικής περίθαλψης με βάση την ηλικία, τη φυλή, το φύλο, την αναπηρία ή τις κοινωνικές τάσεις.

Με βάση τα παραπάνω, τα ηθικά διλήμματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας νοσηλευτής στην κλινική αρένα είναι πολυάριθμα και ποικίλα. Η συνειδητοποίηση της υποκείμενης φιλοσοφικής έννοιας θα βοηθήσει τον νοσηλευτή να αιτιολογήσει την απόφασή του, ενώ η κατανόηση του ρόλου του στην εφαρμογή της ηθικής στη λήψη αποφάσεων, θα τον βοηθήσει να εκφράσει τις ηθικές του θέσεις και να αναπτύξει τις απαιτούμενες δεξιότητες για τη λήψη δεοντολογικών αποφάσεων.

Υπάρχουν όπως αναφέρθηκε πολλές καταστάσεις στις οποίες απαιτείται ηθική ανάλυση. Τα ηθικά διλήμματα στα οποία υπάρχει σαφής σύγκρουση μεταξύ δύο ή περισσότερων ηθικών αρχών ή ανταγωνιστικών ηθικών αξιώσεων ανήκουν σ αυτές τις καταστάσεις τέτοιες όπου ο νοσηλευτής πρέπει να επιλέξει το μικρότερο από δύο κακά.

Άλλες καταστάσεις αντιπροσωπεύουν ηθικά προβλήματα, στα οποία μπορεί να υπάρξουν ανταγωνιστικοί ηθικοί ισχυρισμοί ή αρχές, αλλά ένας ισχυρισμός ή αρχή να είναι σαφώς ο κυρίαρχος.

Μερικές καταστάσεις καταλήγουν σε ηθική αβεβαιότητα, όταν δεν μπορεί κανείς με ακρίβεια να ορίσει ποια είναι η ηθική κατάσταση ή ποιες ηθικές αρχές εφαρμόζονται, αλλά έχει μια ισχυρή αίσθηση ότι κάτι δεν είναι σωστό.

Άλλες καταστάσεις μπορεί να οδηγήσουν σε ηθική δυσφορία, στην οποία γνωρίζουν οι νοσηλευτές τη σωστή πορεία δράσης αλλά οι θεσμικοί περιορισμοί σταματούν τον τρόπο που επιδιώκεται αυτή η σωστή δράση.

Για παράδειγμα, ένας ασθενής λέει σε μια νοσηλεύτρια ότι εάν κινδυνέψει να πεθάνει, θέλει να εξαντληθούν όλες οι δυνατότητες προκειμένου να ζήσει. Ο χειρουργός και η οικογένεια από την άλλη έχουν πάρει την απόφαση από την άλλη να μην πουν στον ασθενή ότι είναι πολύ βαριά άρρωστος και να μην γίνει ανάνηψη αν σταματήσει να αναπνέει.

Από μια ηθική προοπτική, οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για την αλήθεια για τις διαγνώσεις τους και πρέπει να έχουν την ευκαιρία να λάβουν αποφάσεις σχετικά με τις θεραπείες τους. Ιδανικά, αυτές οι πληροφορίες πρέπει να προέρχονται από τον ιατρό, παρόντος και του νοσηλευτή που μπορεί να παράσχει περαιτέρω υποστήριξη, εάν είναι απαραίτητο.

Ένα ηθικό πρόβλημα υπάρχει λόγω των ανταγωνιστικών ηθικών απαιτήσεων της οικογένειας και του ιατρού, οι οποίοι επιθυμούν να απαλλαγούν από την ασθένεια του ασθενούς, και του/της νοσηλευτή/τριας, που επιθυμεί να είναι ειλικρινής με τον ασθενή όπως ο ίδιος ο ασθενής έχει ζητήσει.

Εάν η ικανότητα του ασθενούς ήταν αμφισβητήσιμη, ένα ηθικό δίλημμα θα υπήρχε επειδή δεν θα ήταν προφανής καμία κυρίαρχη αρχή. Ο/η νοσηλευτής/τρια θα μπορούσε να βιώσει ηθική δυσφορία εάν το

νοσοκομείο την απειλούσε πειθαρχικά εάν οι πληροφορίες αποκαλυφθούν χωρίς τη συγκατάθεση του γιατρού ή της οικογένειας ή και των δύο.

Για τους παραπάνω λόγους, είναι ουσιώδες οι νοσηλευτές να συμμετέχουν ελεύθερα σε διάλογο που αφορά ηθικές καταστάσεις, παρόλο που ο διάλογος αυτός είναι δύσκολος για όλους τους εμπλεκόμενους. Βελτιώνεται η διεπιστημονική επικοινωνία όταν όλα τα μέλη της ομάδας υγείας μπορούν να εκφράσουν την άποψή τους, τις ανησυχίες και την κατανόηση της ηθικής κατάστασης.

Η χρήση ενός συμβούλου δεοντολογίας ή μιας ομάδας συμβούλων θα μπορούσε να είναι βοηθητική για την ομάδα υγείας, τον ασθενή και την οικογένεια στο να ορίσουν το ηθικό δίλημμα και τις πιθανές προσεγγίσεις σε αυτό.

Ο/η νοσηλευτής/τρια πρέπει να υποστηρίζει τα δικαιώματα των ασθενών σε κάθε περίπτωση.

Τύποι των ηθικών προβλημάτων στην Νοσηλευτική

Τα συνηθέστερα προβλήματα - θέματα ηθικής και δεοντολογίας που αντιμετωπίζουν οι Νοσηλευτές σχετίζονται κυρίως με:

Προβλήματα που αφορούν την εμπιστευτικότητα/ Confidentiality

Όλοι πρέπει να γνωρίζουμε τον εμπιστευτικό χαρακτήρα των πληροφοριών που λαμβάνονται στην καθημερινή πρακτική. Στην καθημερινή πρακτική, η συζήτηση του ασθενούς με άλλα μέλη της ομάδας υγείας είναι συχνά απαραίτητη. Οι συζητήσεις αυτές θα πρέπει, ωστόσο, να πραγματοποιούνται σε ιδιωτικό χώρο όπου είναι απίθανο να ακουστεί η συνομιλία.

Μια άλλη απειλή για την εμπιστευτικότητα της πληροφορίας είναι η ευρεία χρήση υπολογιστών και η εύκολη πρόσβαση των ανθρώπων σε αυτούς. Αυτό μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες για κακή χρήση πληροφοριών, που μπορεί να έχουν αρνητικές κοινωνικές συνέπειες.

Προβλήματα που αφορούν τους περιορισμούς / Restraints

Η χρήση περιορισμών (συμπεριλαμβανομένων των φυσικών και φαρμακολογικών μέτρων) είναι ένα άλλο ζήτημα δεοντολογίας. Είναι σημαντικό να ζυγίζονται προσεκτικά οι κίνδυνοι περιορισμού της αυτονομίας ενός προσώπου λόγω της αύξησης του κινδύνου τραυματισμού με τη χρήση συγκρατημάτων έναντι των κινδύνων της μη χρήσης συστημάτων συγκράτησης. Πριν από τη χρήση συγκρατημάτων, πρέπει να αξιολογηθούν και άλλες στρατηγικές, όπως η συζήτηση με τα μέλη της οικογένειας.

Προβλήματα που αφορούν τη σχέση εμπιστοσύνης / Trust Issues

Η αλήθεια είναι μια από τις βασικές αρχές του πολιτισμού μας. Δύο ηθικά διλήμματα στην κλινική πρακτική που μπορούν άμεσα να συγκρουστούν με αυτή την αρχή, είναι α) η χρήση του placebo που είναι μη ενεργές ουσίες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των συμπτωμάτων και β) η μη αποκάλυψη της διάγνωσης στον ασθενή.

Και τα δύο αφορούν το ζήτημα της εμπιστοσύνης, το οποίο είναι ένα βασικό στοιχείο στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς. Τα placebos μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε πειραματική έρευνα, στην οποία συμμετέχει ο ασθενής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και γνωρίζει ότι υπάρχουν φάρμακα placebo που χρησιμοποιούνται στο θεραπευτικό σχήμα. Ωστόσο, η χρήση ενός εικονικού φαρμάκου ως ένα υποκατάστατο ενός δραστικού φαρμάκου για να δείξει ότι ο ασθενής δεν έχει πραγματικά συμπτώματα είναι παραπλανητικά.

Η πρακτική αυτή μπορεί να υπονομεύσει σοβαρά τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς. Η ενημέρωση των ασθενών για τις διαγνώσεις τους όταν η οικογένεια και η ιατροί έχουν επιλέξει να παρακρατούν πληροφορίες είναι μια κοινή ηθική κατάσταση στη νοσηλευτική πρακτική. Το νοσηλευτικό προσωπικό συχνά χρησιμοποιεί αναπόφευκτα πληροφορίες για τον ασθενή ως μέσο για τη διατήρηση της επαγγελματικής σχέσης με άλλους

επαγγελματίες υγείας. Αυτή η περιοχή είναι πράγματι πολύπλοκη επειδή προκαλεί την ακεραιότητα του νοσηλευτή και πρέπει να τελείει με βάση τις αρχές της δεοντολογίας.

Στρατηγικές που θα μπορούσαν να εφαρμόζουν οι νοσηλευτές σ αυτό το πεδίο περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Όχι ψέματα στον ασθενή.
- Παροχή όλων των πληροφοριών που σχετίζονται με τις νοσηλευτικές διαδικασίες και διαγνώσεις.
- Επικοινωνία με την οικογένεια και τον γιατρό του ασθενούς και αιτήσεις παροχής πληροφοριών.

Προβλήματα που αφορούν την άρνηση παροχής φροντίδας / Refusing to Provide Care

Κάθε νοσηλευτής που αισθάνεται ότι θέλει να αρνηθεί την παροχή φροντίδας σε ένα συγκεκριμένο τύπο ασθενούς αντιμετωπίζει ένα ηθικό δίλημμα. Οι λόγοι που προβάλλονται συνήθως για την άρνηση παροχής φροντίδας κυμαίνονται από τη σύγκρουση των προσωπικών αξιών μέχρι το φόβο της προσωπικού κινδύνου τραυματισμού. Αυτές οι περιπτώσεις έχουν αυξηθεί από την έλευση του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS) ως μείζονος σημασίας πρόβλημα υγείας.

Ωστόσο, η άρνηση της περίθαλψης ή η άρνηση παροχής φροντίδας από νοσηλευτές, δεν είναι αποδεκτή πρακτική στην επιστήμη της Νοσηλευτικής, καθώς σήμερα η γνώση που διαθέτουμε τόσο για τις ασθένειες όσο και για τα μέτρα προφύλαξης δεν επιτρέπει φοβικές αντιλήψεις.

Προβλήματα που αφορούν το τέλος της ζωής / End - of -Life Issues

Τα διλήμματα που επικεντρώνονται στο θάνατο κυριαρχούν στην νοσηλευτική πρακτική και αρχίζουν συχνά μια συζήτηση που αφορά την ηθική τους διάσταση.

Τα διλήμματα εντείνονται από το γεγονός ότι η ιδέα της θεραπείας είναι υψίστης σημασίας για την υγειονομική περίθαλψη. Με την προηγμένη τεχνολογία, μπορεί να είναι δύσκολο κάποιος να δεχτεί ότι δεν μπορεί να γίνει κάτι περισσότερο για εκείνον ώστε να επιβιώσει. Η τεχνολογία σήμερα μπορεί να παρατείνει τη ζωή αλλά εις βάρος της άνεσης και της ποιότητας ζωής.

Προβλήματα που αφορούν τον έλεγχο του πόνου / Pain Control Issues

Η χρήση οπιοειδών για την ελάφρυνση του πόνου ενός ασθενούς μπορεί να παρουσιάσει ένα ηθικό δίλημμα στους νοσηλευτές. Ασθενείς με ανυπόφορο πόνο μπορεί να χρειαστούν μεγάλες δόσεις αναλγητικών. Ο φόβος της αναπνευστικής δυσλειτουργίας ή ο αδικαιολόγητος φόβος του εθισμού δεν πρέπει να εμποδίζει τους νοσηλευτές να επιχειρούν την ανακούφιση του πόνου στον ασθενή που πεθαίνει ή στον ασθενή που αντιμετωπίζει ένα οξύ επεισόδιο πόνου, πάντα με βάση τις ιατρικές οδηγίες.

Ο κίνδυνος αναπνευστικής δυσχέρειας δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως δικαιολογία για την αναστολή της αναλγησίας. Ωστόσο, η αναπνευστική κατάσταση του ασθενούς πρέπει να τίθεται σε προσεκτική παρακολούθηση και τυχόν σημάδια αναπνευστικής δυσχέρειας πρέπει να αναφερθούν στο γιατρό. Η χορήγηση αναλγησίας πρέπει να διέπεται από τις ανάγκες του ασθενούς.

Προβλήματα που αφορούν τις οδηγίες μη αναζωογόνησης / Do-Not-Resuscitate orders

Η οδηγία "δεν αναζωογονείτε" (DNR) είναι ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα.

Όταν ένας ασθενής είναι αρμόδιος να λαμβάνει αποφάσεις, η επιλογή του για μη αναζωογόνηση πρέπει να τιμηθεί, σύμφωνα με τις αρχές της αυτονομίας ή του σεβασμού του ατόμου .

Ωστόσο, η οδηγία "δεν αναζωογονείτε" (DNR), ερμηνεύεται κατά καιρούς πως σημαίνει ότι ο ασθενής χρειάζεται λιγότερη νοσηλευτική περίθαλψη, όταν στην πραγματικότητα αυτοί οι ασθενείς μπορεί να έχουν σημαντικές ιατρικές και νοσηλευτικές ανάγκες, που όλες απαιτούν προσοχή. Από ηθική άποψη, όλοι οι ασθενείς αξίζουν και πρέπει να λαμβάνουν τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ανεξάρτητα από την δυνατότητα και την κατάσταση για ανάνηψή τους.

Προβλήματα που αφορούν την υποστήριξη της ζωής

Σε αντίθεση με την προηγούμενη αναφορά είναι εκείνες στις οποίες η οδηγία "δεν αναζωογονείτε" (DNR) δεν έχει ληφθεί από ή για έναν ασθενή που πεθαίνει. Οι νοσηλευτές μπορεί να τεθούν σε δυσάρεστη θέση να προσφέρουν μέτρα υποστήριξης της ζωής όταν, λόγω της φυσικής κατάστασης του ασθενούς, αυτά φαίνονται μάταια. Αυτό συμβαίνει συχνά όταν ο ασθενής δεν είναι ικανός για τη λήψη της απόφασης και η οικογένεια αρνείται να θεωρήσει μια επιλογή DNR ως επιλογή.

Στους νοσηλευτές μπορεί να δοθεί η οδηγία να εκτελέσουν έναν "αργό κώδικα" (δηλαδή, να μην βιαστούν να αναζωογονήσουν τον ασθενή), ή μπορεί να τους δοθεί λεκτική εντολή να μην αναζωογονηθεί ο ασθενής. Και οι δύο είναι απαράδεκτες ιατρικές εντολές.

Προβλήματα που αφορούν τη διατροφή και την ενυδάτωση

Εκτός από το αίτημα να μην ληφθούν ηρωικά μέτρα για να παραταθεί η ζωή, ένας ασθενής που πεθαίνει μπορεί να ζητήσει να μην του χορηγηθούν άλλα τρόφιμα ή υγρά. Πολλά άτομα πιστεύουν ότι τα τρόφιμα και η ενυδάτωση είναι βασικές ανθρώπινες ανάγκες και όχι "επεμβατικά μέτρα" και ως εκ τούτου πρέπει πάντα να διατηρούνται. Ωστόσο, ορισμένοι θεωρούν τα τρόφιμα και την ενυδάτωση ως μέσο παράτασης του πόνου. Κατά την αξιολόγηση αυτού του θέματος οι Νοσηλευτές πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πιθανή βλάβη καθώς και το όφελος για τον ασθενή είτε της χορήγησης είτε της απόσυρσης της τροφής.

Η αξιολόγηση των βλαβών απαιτεί μια προσεκτική αναθεώρηση των λόγων που το άτομο έχει ζητήσει την απόσυρση των τροφίμων και της ενυδάτωσης.

Αν και η αρχή της αυτονομίας έχει αξιολογηθεί αξία και υποστηρίζεται από τον Κώδικα Δεοντολογίας των Νοσηλευτών, μπορεί να υπάρχουν καταστάσεις όπου η αίτηση για την απόσυρση των τροφίμων και την ενυδάτωση δεν μπορεί να γίνει δεκτή. Για ασθενείς με μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων τα ζητήματα είναι πιο περίπλοκα.

Προβλήματα που αφορούν την προληπτική ηθική / Preventive Ethics

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ένα δίλημμα αναφέρεται σε μια σύγκρουση μεταξύ δύο εναλλακτικών λύσεων. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η ηθική απόφαση κάποιου είναι να επιλέξει το μικρότερο κακό εκ των δύο. Ωστόσο, διάφορες προληπτικές στρατηγικές είναι διαθέσιμες για να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να προβλέψουν ή να αποφύγουν ορισμένα είδη ηθικών διλημμάτων.

Συχνά, διλήμματα συμβαίνουν όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι σίγουροι για τις επιθυμίες του ασθενούς επειδή το άτομο δεν έχει επίπεδο συνείδησης ή είναι γνωστικώς πολύ εξασθενημένο για να επικοινωνήσει άμεσα.

Η νομολογία που σιγά σιγά εμφανίζεται και αφορά την προληπτική ηθική πρόθεση έχει να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να προετοιμάσουν εκ των προτέρων οδηγίες στις οποίες δηλώνουν τις επιθυμίες τους και το βαθμό υποστηρικτικής φροντίδας που επιθυμούν να τους παρέχεται σε περίπτωση ανικανότητας.

Ηθική λήψη αποφάσεων

Όπως σημειώθηκε στις προηγούμενες συζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα είναι κοινά και ποικίλα στην νοσηλευτική πρακτική. Παρόλο που οι καταστάσεις ποικίλλουν και η εμπειρία δείχνει ότι δεν υπάρχουν σαφείς λύσεις σε αυτά τα διλήμματα, οι θεμελιώδεις φιλοσοφικές αρχές είναι οι ίδιες και η διαδικασία ηθικής ανατροφοδότησης θα βοηθήσει τους Νοσηλευτές να δικαιολογήσουν τις ενέργειες. Η προσέγγιση της ηθικής λήψης αποφάσεων μπορεί να ακολουθήσει τα βήματα μιας ηθικής ανάλυσης (Steps of an Ethical Analysis) που είναι όμοια με αυτά της Νοσηλευτικής Διεργασίας και είναι:

Εκτίμηση / Assessment

Αξιολογήστε τις ηθικές καταστάσεις του προβλήματος. Αυτό το βήμα συνεπάγεται αναγνώριση των σχετικών δεοντολογικών, νομικών και επαγγελματικών πτυχών.

α) Η κατάσταση συνεπάγεται ουσιαστικά ηθικά προβλήματα (συγκρούσεις μεταξύ ηθικών αρχών ή επαγγελματικών υποχρεώσεων);

β) Υπάρχουν διαδικαστικές συγκρούσεις; (π.χ. ποιος πρέπει να πάρει τις αποφάσεις).

γ) Προσδιορίστε τους σημαντικούς εμπλεκόμενους και αυτούς που επηρεάζονται από την απόφαση.

Σχεδίαση / Planning

Συλλέξτε πληροφορίες.

α) Περιλάβετε τις ακόλουθες πληροφορίες: τα ιατρικά δεδομένα, τη θεραπεία, τις επιλογές, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, τα νομικά δεδομένα και τις αξίες, τις πεποιθήσεις, καθώς και θρησκευτικές συνιστώσες.

β) Κάντε μια διάκριση μεταξύ των πραγματικών πληροφοριών και των αξιών/πεποιθήσεων.

γ) Επαληθεύστε την ικανότητα του ασθενούς ή την έλλειψη ικανότητας να λαμβάνει αποφάσεις.

δ) Προσδιορίστε οποιεσδήποτε άλλες σχετικές πληροφορίες που πρέπει να προκύψουν.

ε) Προσδιορίστε τα ηθικά ζητήματα και τις ανταγωνιστικές αξιώσεις.

Εκτέλεση / Implementation

Καταγράψτε τις εναλλακτικές λύσεις. Συγκρίνετε εναλλακτικές λύσεις με τις ισχύουσες ηθικές αρχές και τον επαγγελματικό κώδικα δεοντολογίας. Επιλέξτε ένα από τα κατωτέρω πλαίσια για να συγκρίνετε τα αποτελέσματα.

α) Χρήσιμη προσέγγιση: Προβλέψτε τις συνέπειες των εναλλακτικών λύσεων και βάλτε μια θετική ή αρνητική τιμή σε κάθε συνέπεια. Επιλέξτε την συνέπεια που προβλέπει την υψηλότερη θετική τιμή, ή "τον μεγαλύτερο ή καλύτερο βαθμό".

β) Δεοντολογική προσέγγιση: Προσδιορίστε τις σχετικές ηθικές αρχές. Συγκρίνετε με εναλλακτικές ηθικές αρχές. Απευθυνθείτε σε υψηλότερο επίπεδο ιεραρχίας εάν υπάρχει σύγκρουση ηθικής αρχής.

Αξιολόγηση / Evaluation

Αποφασίστε και αξιολογήστε την απόφαση.

A) Ποια είναι η καλύτερη ή ηθικά σωστή ενέργεια;

B) Δώστε τους ηθικούς λόγους για την απόφασή σας.

Γ) Ποιοι είναι οι ηθικοί λόγοι που είναι έναντι της απόφασής σας;

Δ) Πώς απαντάτε στους λόγους κατά της απόφασής σας;

Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας

Η δεοντολογία της νοσηλευτικής μπορεί να θεωρηθεί ως μια μορφή εφαρμοσμένης ηθικής διότι αντιμετωπίζει ηθικές καταστάσεις που είναι ειδικές για το νοσηλευτικό επάγγελμα και την περίθαλψη των ασθενών. Ορισμένα ηθικά προβλήματα που επηρεάζουν τη νοσηλευτική μπορεί επίσης να εφαρμοστούν στον ευρύτερο τομέα της βιοηθικής και της ηθικής της φροντίδας υγείας. Ωστόσο, το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι περισσότερο ένα επάγγελμα "φροντίδας" παρά ένα επάγγελμα "θεραπείας".

Επομένως, είναι επιτακτική ανάγκη να μην εξισώνεται η νοσηλευτική δεοντολογία με την ιατρική δεοντολογία, επειδή το ιατρικό επάγγελμα εστιάζει στη «θεραπεία».

Η Επιστήμη της Νοσηλευτικής διαθέτει διά νόμου τον δικό της Κώδικα Επαγγελματικής Δεοντολογίας όπου τα καθήκοντα, οι υποχρεώσεις και οι αρμοδιότητες στις διάφορες βαθμίδες της νοσηλευτικής υπηρεσίας

καθορίζονται από τον δημοσιευθέντα κώδικα της νοσηλευτικής υπηρεσίας με το Π.Δ. 216, ΦΕΚ ΤΑ, Α.Φ. 167, 25/7/01 ο οποίος έχει ως εξής:

Άρθρο 1

Ο νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και άμεπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Άρθρο 2

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.

Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία.

Άρθρο 3

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή, με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία.

Άρθρο 4

Ο νοσηλευτής πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλκυση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

Άρθρο 5

Ο νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

Άρθρο 6

Ο νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

Άρθρο 7

Ο νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή τη διατήρησή της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατόν να τη θέσει σε κίνδυνο.

Άρθρο 8

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του, σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο.

Για το σκοπό αυτό, ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Άρθρο 9

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον.

Οφείλει επίσης να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να αποτρέπει με κάθε δυνατό μέσο οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.

Άρθρο 10

Ο νοσηλευτής σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη, πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

Άρθρο 11

Ο νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενή και απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

Άρθρο 12

Ο νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. Οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους νοσηλευτές κάθε βαθμίδας, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία.

Άρθρο 13

Ο νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του ανεξαρτησία και την ιδιότητά του ως ομότιμου μέλους της θεραπευτικής ομάδας.

Άρθρο 14

Απαγορεύεται στο νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

Άρθρο 15

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του και τη συνδρομή του στις δημόσιες αρχές για την προαγωγή και διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

Άρθρο 16

Ο νοσηλευτής που ασχολείται με την έρευνα οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διενέργεια κάθε επιστημονικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές ορίζονται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας.

Επίσης οφείλει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν με τη συναίνεσή τους σε επιστημονική έρευνα, για την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

Άρθρο 17

Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάσει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες, εκτός της περίπτωσης που αυτή η έρευνα μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά ή θεραπευτικά στον ασθενή.

Άρθρο 18

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σ' όλες τις περιστάσεις, το σεβασμό της ζωής, της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης επιλογής του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιορισθεί στην ανακούφιση του φυσικού και ηθικού πόνου του ασθενή,

παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατόν την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί υπέρτατο χρέος του νοσηλευτή να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρεπείας του.

Άρθρο 19

Ο νοσηλευτής που μετέχει στη διαδικασία πιστοποίησης του θανάτου, κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 12 του Ν.2737/199 (Α'174), παρέχει τη συνδρομή του στο ιατρικό έργο και λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο προκειμένου να διαπιστωθεί ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις.

Άρθρο 20

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή, μετά από αίτησή του, κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του. Σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο νοσηλευτής εξαιτίας των προσωπικών του πεποιθήσεων έχει τη δυνατότητα αποχής από τη διαδικασία αναπαραγωγής ή διακοπής της κύησης.

Άρθρο 21

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της παιδιατρικής νοσηλευτικής.

Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού - ασθενή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να επιδιώκεται η λήψη της συναίνεσης, ιδιαίτερα των εφήβων.

Άρθρο 22

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της ψυχιατρικής νοσηλευτικής.

Ο νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τη βούλησή του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει.

Άρθρο 23

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Ο νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής να παρέχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

Ηθική και Δεοντολογία στη Χειρουργική Κλινική

Οι Νοσηλευτές της Χειρουργικής Κλινικής αντιμετωπίζουν μια ποικιλία ηθικών διλημμάτων διατηρώντας πάντα την πεποίθηση ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα και την ευθύνη να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις για το μέλλον τους.

Ωστόσο, ορισμένες φορές, οι επιλογές των ασθενών ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζουν την πεποίθηση αυτή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι νοσηλευτές μπορεί να φροντίζουν ασθενείς, των οποίων η ποιότητα ζωής μπορεί να υπονομεύεται από την τεχνολογική πρόοδο της υγειονομικής περίθαλψης.

Μπορεί να προκύψουν συγκρούσεις μεταξύ και των δικαιωμάτων του ατόμου, των δικαιωμάτων των οικογενειών, των διαθέσιμων αποδεκτών θεραπειών αλλά και της οικονομικής πραγματικότητας. Η δεοντολογική και νομική διαβούλευση μπορεί να δικαιολογηθεί στις περιπτώσεις που οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν ότι ο ασθενής είναι ένας μοναδικός άνθρωπος και πιστεύουν ότι ο σεβασμός στο πρόσωπο και την αξιοπρέπειά του είναι βασικά και αδιαπραγμάτευτα δικαιώματα κάθε ατόμου, τα οποία οφείλει με επιμονή να αναγνωρίζει, να προστατεύει και να υπερασπίζεται.

Σε κάθε φάση της νοσηλευτικής διαδικασίας, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την αναφορά περιστατικών κατάχρησης των δικαιωμάτων του ασθενή, αλλά και κάθε ακατάλληλης, μη ηθικής και παράνομης πρακτικής που συμβεί εναντίον τους. Για την υποστήριξη του έργου των νοσηλευτών θεσπίστηκε και ο Κώδικας Δεοντολογίας στον οποίο αποτυπώνονται οι αρχές και οι αξίες που πρέπει να ακολουθούνται

Κώδικας Δεοντολογίας Νοσηλευτών Χειρουργικής Κλινικής

1. Οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα χωρίς επικρίσεις, χωρίς διακρίσεις, με ευαίσθητο, πολιτιστικά και πολιτισμικά κατάλληλο τρόπο.
2. Οι νοσηλευτές οφείλουν να διασφαλίζουν ότι η περίθαλψη που παρέχεται είναι σύμφωνη με τις ανάγκες και τις αξίες του ασθενή.
3. Διατηρούν μια επαγγελματική σχέση με τους ασθενείς ανά πάσα στιγμή.
4. Διατηρούν το απόρρητο του ασθενή εντός των νομικών και ρυθμιστικών παραμέτρων και των κατάλληλων επαγγελματικών ορίων.
5. Διασφαλίζουν το δικαίωμα του ασθενή για την προστασία της ιδιωτικής του ζωής, της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειάς του.
6. Δρουν ως υποστηρικτές του ασθενούς και τον βοηθούν να αναπτύξει δεξιότητες ώστε να μπορεί να υποστηρίξει και ο ίδιος τον εαυτό του.
7. Παρέχουν φροντίδα με διακριτικό τρόπο και ευαίσθητο στην ποικιλομορφία των ασθενών.
8. Προσδιορίζουν τα ηθικά διλήμματα που συμβαίνουν στο περιβάλλον εργασίας και αναζητούν τους διαθέσιμους πόρους για την επίλυση των ηθικών προβλημάτων.
9. Αναφέρουν οποιαδήποτε κατάχρηση των δικαιωμάτων του ασθενούς και οποιαδήποτε ανάρμοστη, ανήθικη και παράνομη πρακτική.

10. Έχουν επίγνωση των πεποιθήσεών τους και διατηρούν τις αξίες τους γνωρίζοντας ποιο αποτέλεσμα μπορεί να έχουν στη φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή αλλά και στους σημαντικούς άλλους / μέλη της οικογένειάς του.
11. Συνεργάζονται με τους συναδέλφους τους εάν οι προσωπικές αντιλήψεις έρχονται σε αντίθεση με το σχέδιο περίθαλψης του ασθενή.
12. Όταν μια συγκεκριμένη δραστηριότητα φροντίδας ασθενών είναι ηθικά απαράδεκτη, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη συνεργασία με συναδέλφους και / ή διευθυντικά στελέχη για να εξασφαλίσουν εναλλακτικές ρυθμίσεις.
13. Υπερασπίζονται το δικαίωμα του ασθενή να λαμβάνει αποφάσεις που μπορεί να μην είναι σύμφωνες με τις αξίες της ομάδας φροντίδας υγείας.
14. Προωθούν την ανταλλαγή πληροφοριών και τη συζήτηση που επιτρέπει στον ασθενή να συμμετέχει πλήρως στην λήψη της απόφασης για την υγεία του.
15. Συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανομή των πόρων.
16. Παρέχουν φροντίδα με τρόπο που να διατηρεί την αυτονομία, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα των ασθενών.
17. Εφαρμόζουν των Κώδικα Δεοντολογίας του επαγγελματικού τους κλάδου.

Κεφάλαιο 6.

Μετρήσεις απόδοσης της λειτουργίας του Χειρουργικού Τμήματος μέσω δεικτών

Τα νοσοκομεία χρειάζονται περισσότερο από ποτέ να ευθυγραμμιστεί όλο το προσωπικό και οι πάροχοι υπηρεσιών τους με τους στόχους τους για να εξασφαλίσουν και να διατηρήσουν την επιτυχία.

Τα συνολικά έξοδα του νοσοκομείου περιλαμβάνουν το κόστος του ανθρώπινου δυναμικού (δηλαδή οι μισθοί των ιατρών, των νοσηλευτών, του διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού κλπ.), το σταθερό και το λειτουργικό κόστος της χειρουργικής εγκατάστασης. Έτσι, πολλά νοσοκομεία που προσφέρουν χειρουργικές υπηρεσίες επιδιώκουν να βελτιώσουν το σχεδιασμό και τις λειτουργίες των χειρουργικών αιθουσών και κλινικών για να δημιουργήσουν, να αποκαταστήσουν και να ενισχύσουν την κερδοφορία, διατηρώντας παράλληλα την ποιότητα της χειρουργικής περίθαλψης.

Ωστόσο, κάθε προσπάθεια βελτίωσης του σχεδιασμού ή της λειτουργίας των χειρουργικών αιθουσών αποτελεί σημαντικό εγχείρημα λόγω της εγγενούς πολυπλοκότητας των σχετικών διαδικασιών. Αυτή η πολυπλοκότητα μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες.

Πρώτον, ο προσδιορισμός του χρονοδιαγράμματος των χρόνων άφιξης των ασθενών που εξισορροπούν την αναμονή του ασθενούς με την αξιοποίηση των πόρων. Είναι ένα περίπλοκο πρόβλημα που περιλαμβάνει αποφάσεις όπως η αλληλουχία των αφίξεων ασθενών, η κατανομή των ασθενών στις αίθουσες με τις αντίστοιχες χειρουργικές ομάδες.

Δεύτερον, οι χειρουργικές αίθουσες συνήθως μοιράζονται κοινούς πόρους που απαιτούνται τόσο για την υποδοχή των ασθενών που φθάνουν όσο και για την μετεγχειρητική ανάνηψη των ασθενών. Στη διάθεση των μετεγχειρητικών ασθενών, βρίσκονται οι Κλινικές Αυξημένης Φροντίδας που είναι ζωτικής σημασίας πόρος, που δυστυχώς όμως είναι επιρρεπής σε μεγάλη αβεβαιότητα ως προς τη χρήση, λόγω των πολλαπλών χρηστών τους και αυτή η αβεβαιότητα επιδεινώνεται σε νοσοκομεία με τμήματα επειγόντων. Επομένως, η διαχείριση της κυκλοφορίας των ασθενών μέσω των χειρουργικών αιθουσών, απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση, λαμβάνοντας υπόψη τις απαιτήσεις πόρων.

Τρίτον, υπάρχει σημαντική αβεβαιότητα σε διάφορες δραστηριότητες που εμπλέκονται στην παροχή χειρουργικής περίθαλψης, όπως η αβεβαιότητα σχετικά με την ώρα άφιξης των ασθενών, η διαθεσιμότητα προσωπικού χειρουργείου, η διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης κλπ. Δεδομένης της υποκείμενης πολυπλοκότητας στη διαχείριση λειτουργίας των χειρουργείων, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι στη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί πολλά μέτρα επιδόσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση των επιδόσεων των χειρουργείων ενός νοσοκομείου.

Για την μέτρηση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας του χώρου λειτουργίας του χειρουργείου, τα νοσοκομεία χρειάζονται πίνακες ελέγχου που παρακολουθούνται μέσα από τους δείκτες απόδοσης. Οι πίνακες ελέγχου θα πρέπει να παρακολουθούνται σε συνεχή βάση και να αξιολογούνται τόσο εσωτερικά με βάση τις επιδόσεις με την πάροδο του χρόνου, όσο και εξωτερικά έναντι των καθιερωμένων βέλτιστων πρακτικών με δεδομένη την πρόθεση για συνεχή βελτίωση της απόδοσης.

Μία από τις κύριες προκλήσεις για τη μέτρηση και την παρακολούθηση των επιδόσεων είναι ο καθορισμός των δεικτών που θα χρησιμοποιηθούν. Οι δείκτες πρέπει ιδανικά να συνίστανται από στοιχεία που είναι ήδη διαθέσιμα στα πληροφοριακά συστήματα (εύκολα μετρήσιμα). Ωστόσο, φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων των οποίων συλλέγονται και αναλύονται στοιχεία δεδομένων και οι δείκτες, παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις αποτρέποντας τη ζητούμενη εξωτερική συγκριτική αξιολόγηση.

Μόνο με ομοιόμορφα δεδομένα και ορισμούς δεικτών, τα νοσοκομεία μπορούν να προβαίνουν σε συγκριτική αξιολόγηση και ενδεχομένως, να μοιράζονται τη μάθηση, οδηγώντας τελικά σε βέλτιστες πρακτικές. Επιπλέον, λόγω της ποικίλης ομάδας ενδιαφερομένων (χειρουργών, αναισθησιολόγων, νοσηλευτών), είναι συχνά δύσκολο να επιτευχθεί συναίνεση σχετικά με τους δείκτες που είναι πιο σημαντικοί για τη μέτρηση των επιδόσεων.

Από τη βιβλιογραφία αναδεικνύονται μια σειρά δεικτών αποδοτικότητας, ασφάλειας, καθώς και ικανοποίησης, που χρησιμοποιούνται στην καθ' ημέρα πράξη

Δείκτες απόδοσης & αποτελεσματικότητας, δείκτες ασφάλειας, δείκτες ικανοποίησης στο Χειρουργικό Τμήμα

Δείκτης αποτελεσμάτων κλινικών και λειτουργικών διαδικασιών

1. Διενεργηθέντα χειρουργεία ανά ειδικότητα το έτος

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

Καταγραφή χειρουργείων με μορφή αριθμητικής συχνότητας

Δείκτες ασφάλειας

2. Λάθη στη χορήγηση φαρμάκων κατά την εκτέλεση των νοσηλευτικών καθηκόντων

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

Καταγραφή συμβάντων με μορφή αριθμητικής συχνότητας

3. Μη εκτέλεση σωστής εντολής κατά την εκτέλεση των νοσηλευτικών καθηκόντων

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

Καταγραφή συμβάντων με μορφή αριθμητικής συχνότητας

4. Ποσοστό τραυματισμών - κακώσεων ασθενών εντός του χώρου της χειρουργικής κλινικής ή κατά την μεταφορά τους σε άλλα μέρη του νοσοκομείου για την πραγματοποίηση εξετάσεων (π.χ. Πτώσεις από κρεβάτι, εξάρθρωσεις ώμου ή ισχίου, κακώσεις δοντιών, κακώσεις κεφαλής) στο σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται.

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

Καταγραφή συμβάντων με μορφή αριθμητικής συχνότητας

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός τραυματισμών εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

5. Συχνότητα εμφάνισης πνευμονικών εμβολών μετά από χειρουργείο ή κατά την αναμονή ασθενών για χειρουργείο.

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός πνευμονικών εμβολών εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

6. Συχνότητα εμφάνισης ενδονοσοκομειακών πνευμονικών λοιμώξεων μετά από χειρουργείο ή κατά την αναμονή ασθενών για χειρουργείο στο σύνολο των ασθενών που χειρουργούνται.

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός ενδονοσοκομειακών πνευμονικών λοιμώξεων εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

7. Συχνότητα εμφάνισης ουρολογικών λοιμώξεων μετά από την τοποθέτηση ουροκαθετήρα πριν την αναμονή ασθενών για χειρουργείο στο σύνολο των ασθενών που φέρουν καθετήρα .

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός ενδονοσοκομειακών ουρολοιμώξεων εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών που φέρουν καθετήρα στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

8. Ποσοστό ασθενών που καταλήγουν μετά από επέμβαση στο σύνολο των ασθενών που εισάγονται για να χειρουργηθούν.

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός θανάτων εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

9. Ποσοστό αριθμού ατυχημάτων προσωπικού (ιατρικό ,νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό)κατά την ώρα της εργασίας στο σύνολο του προσωπικού που εργάζεται στο νοσοκομείο.

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

Καταγραφή συμβάντων με μορφή αριθμητικής συχνότητας

Δείκτες Ικανοποίησης

1) Μέσος όρος τιμών ικανοποίησης, ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από ασθενείς που χειρουργήθηκαν.

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

Προκύπτει από το σκορ που λαμβάνει η κάθε επιμέρους παράμετρος του ερωτηματολογίου ικανοποίησης, όπως και από το συνολικό σκορ

2) Αριθμός παραπόνων προς συνολικό αριθμό ασθενών που χειρουργήθηκαν

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός παραπόνων που κατατέθηκαν από ασθενείς που χειρουργήθηκαν εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των χειρουργικών επεμβάσεων που εκτελέστηκαν στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

3) Μέτρηση της ικανοποίησης των Νοσηλευτών

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

Προκύπτει από το σκορ που λαμβάνει η κάθε επιμέρους παράμετρος του ερωτηματολογίου ικανοποίησης, όπως και από το συνολικό σκορ

4) Μέτρηση του απουσιασμού του νοσηλευτικού προσωπικού

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

$$\frac{\text{Αριθμός μη προγραμματισμένων-προϋπολογισμένων ημερών απουσίας κάθε υπαλλήλου εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των προγραμματισμένων-προϋπολογισμένων εργάσιμων ημερών κάθε υπαλλήλου στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

5) Μέτρηση αριθμού απρεπών συμπεριφορών που έλαβαν χώρα το Χειρουργικό Τμήμα μεταξύ όλου του ιατρικού προσωπικού μεταξύ τους, νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ τους, νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

Καταγραφή συμβάντων με μορφή αριθμητικής συχνότητας

Βιβλιογραφία

