

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΘΕΩΡΙΑ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ



Β' & Γ' ΕΠΑ.Λ.



ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ - ΕΥΕΞΙΑΣ

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΩΝ «ΔΙΟΦΑΝΤΟΣ»

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΘΕΩΡΙΑ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Β' & Γ' ΕΠΑ.Λ.

ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ - ΕΥΕΞΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΡΧΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Οι συγγραφείς:

ΓΚΟΥΡΓΚΟΥΔΗ ΕΛΕΝΗ, Δρ Νοσ/κής Παν/μίου Αθηνών, Εκπαιδευτικός Β/θμιας Εκπαίδευσης

ΚΙΣΣΟΥΔΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ, Πτυχιούχος Νοσ/κής Παν/μίου Αθηνών, Προϊσταμένη Σισμανόγλειου Νοσοκομείου

ΛΥΚΟΣΤΡΑΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ, Πτυχιούχος Νοσ/κής Παν/μίου Αθηνών, Εκπαιδευτικός Β/θμιας Εκπαίδευσης

ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΠΡΑΞΙΑ, Πτυχιούχος Νοσ/κής Παν/μίου Αθηνών, Εκπαιδευτικός Β/θμιας Εκπαίδευσης

Συντονίστρια:

ΛΥΚΟΣΤΡΑΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Οι κριτές:

ΔΡΥΛΛΕΡΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ Πτυχιούχος Νοσ/κής Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, Εκπαιδευτικός Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. «Σωτηρία»

ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΡΑΒΑΝΗ ΣΠΥΡΙΔΟΥΔΑ Πτυχιούχος Νοσ/κής Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, Εκπαιδευτικός Β/θμιας Εκπαίδευσης

ΜΕΝΕΓΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Πτυχιούχος Οδοντιατρικής, Εκπαιδευτικός Β/θμιας Εκπαίδευσης

Γλωσσική επιμέλεια:

ΚΑΛΟΜΟΙΡΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Ηλεκτρονική επεξεργασία:

ΔΙΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Φωτογράφιση-Γραφίστας:

ΜΑΜΑΚΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ - ΜΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

Φωτογραφικό υλικό:

«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» ΠΓΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

«ΚΑΤ» ΜΕΣΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΑΝΕΚΔΟΣΗΣ

Η επανέκδοση του παρόντος βιβλίου πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Τεχνολογίας Υπολογιστών & Εκδόσεων «Διόφαντος» μέσω ψηφιακής μακέτας.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΓΚΟΥΡΓΚΟΥΛΗ ΕΛΕΝΗ, ΚΙΣΣΟΥΛΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ,
ΛΥΚΟΣΤΡΑΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ, ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΠΡΑΞΙΑ

Η συγγραφή και η επιστημονική επιμέλεια του βιβλίου πραγματοποιήθηκε
υπό την αιγίδα του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η

Β΄ ΕΠΑ.Λ.
ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Γ΄ ΕΠΑ.Λ.
Ειδικότητα: Βοηθός Νοσηλεύτη

ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΝΟΙΑΣ – ΕΥΕΞΙΑΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Νοσηλευτική αποτελεί επιστημονικό και επαγγελματικό κλάδο στα επαγγέλματα υγείας. Ασχολείται με τη φροντίδα του ασθενούς και υγιούς ανθρώπου, αποβλέπει στη βελτίωση και αποκατάσταση της υγείας, στην ανακούφιση του πόνου, συμβάλλει στη διάγνωση και θεραπεία της νόσου, στην κάλυψη φυσικών, ψυχολογικών, κοινωνικών αναγκών που απορρέουν από αυτή και μεριμνά για την πρόληψη της αρρώστιας και την προαγωγή της υγείας.

Η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, είναι οι τομείς άσκησης του νοσηλευτικού έργου, το οποίο ολοκληρωμένο παρουσιάζεται ως σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς.

Η Νοσηλευτική είναι προσφορά υπηρεσίας από άνθρωπο σε άνθρωπο, συμβάλλει στη δραστηριοποίηση του ατόμου, στην ενεργό συμμετοχή του στη ζωή, όπως επίσης και στην κοινωνική και επαγγελματική του αποκατάσταση.

Το παρόν βιβλίο καλείται να καλύψει εκπαιδευτικές ανάγκες, σε θεωρητικό και εργαστηριακό επίπεδο, απευθυνόμενο σε μαθητές της Β΄ τάξης του 1^{ου} κύκλου των Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (Τ.Ε.Ε.), του τομέα Υγείας και Πρόνοιας και η ύλη του είναι σύμφωνη με το αντίστοιχο αναλυτικό πρόγραμμα του Υπ. Παιδείας. Χωρίζεται σε δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα είναι η **Θεωρία**, στην οποία αναλύονται και εξηγούνται τα αντικείμενα της Νοσηλευτικής. Στο τέλος κάθε θεωρητικού κεφαλαίου γίνεται μια μικρή Ανακεφαλαίωση (**Θυμηθείτε ότι...**), ενώ προτείνονται Ερωτήσεις και Δραστηριότητες. Η δεύτερη ενότητα είναι το **Εργαστήριο**. Σε αυτό παρουσιάζονται οι τεχνικές εφαρμογές της Νοσηλευτικής. Ακολουθεί το **Γλωσσάρι**, στο οποίο επεξηγούνται βασικοί όροι, που έχουν χρησιμοποιηθεί, καθώς και η **Βιβλιογραφία**.

Πιστεύουμε ότι ο χρόνος και οι αποδέκτες του θα αποτελέσουν τους ουσιαστικούς κριτές του.

Οι συγγραφείς

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
----------------	---

Θ Ε Ω Ρ Ι Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	21
--------------------------------	----

1. Ιστορία της Νοσηλευτικής.....	23
α . Η Νοσηλευτική κατά την προχριστιανική εποχή (5000 π.Χ. ως 1 μ.Χ.).....	23
β . Η Νοσηλευτική κατά την πρώτη Χριστιανική εποχή	24
γ . Η Νοσηλευτική κατά τους Βυζαντινούς χρόνους	24
δ . Η Νοσηλευτική κατά τους νεώτερους χρόνους μέχρι και σήμερα	25
ε . Η εξέλιξη της Νοσηλευτικής στη Νεότερη και Νεότερη Ελλάδα.....	26
Ερωτήσεις.....	28
Θυμηθείτε ότι	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ.....	31
------------------	----

Δεοντολογία	32
α. Προσόντα Νοσηλευτικού Προσωπικού	32
β. Ο Άρρωστος - Οι Συγγενείς - Οι Επισκέπτες.....	34
γ. Οι Συνεργάτες μας.....	34
δ. Όρκος - Δικαιώματα - Υποχρεώσεις - Στολή.....	35
Δραστηριότητες.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	37
1. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική - Ορισμός Νοσηλευτικής	39
Ερωτήσεις.....	40
2. Νοσοκομεία	41
α. Ορισμός - Διαίρεση - Σκοποί	41
β. Οργάνωση και Διοίκηση Νοσοκομείων	42
Ερωτήσεις.....	44
3. Νοσηλευτικό Τμήμα	45
α. Εσωτερική Διαίρεση.....	45
β. Δωμάτιο Ασθενούς - Επίπλωση Δωματίου.....	46
γ. Εξαρτήματα κρεβατιού - Ιματισμός.....	48
Ερωτήσεις.....	49
4. Ο άρρωστος στο Νοσοκομείο.....	50
α. Εισαγωγή του ασθενούς στο Νοσοκομείο.....	50
β. Εξωτερικά ιατρεία - Ρόλος Νοσηλευτικού προσωπικού.....	50
γ. Έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο.....	53
Ερωτήσεις.....	53
5. Ιατρική εξέταση.....	54
α. Ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού	54
β. Βασικές θέσεις αρρώστου κατά την ιατρική εξέταση.....	55
Ερωτήσεις.....	56
6. Εφαρμογές Ασηψίας, Αντισηψίας, Αποστείρωσης στη Νοσηλευτική.....	57
α. Μέθοδοι Αποστείρωσης	58
β. Κανόνες χρήσης αποστειρωμένου υλικού.....	59
γ. Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις	60
Ερωτήσεις.....	61
7. Ο Νοσηλευτής και ο Άρρωστος	62
α. Νοσηλευτική διεργασία	62
β. Νοσηλευτικό ιστορικό	63
Ερωτήσεις.....	64
8. Κάλυψη συναισθηματικών και φυσικών αναγκών του ατόμου	66
Ερωτήσεις.....	67
9. Ζωτικά Σημεία	68

α. Θερμοκρασία σώματος	68
β. Αρτηριακός σφυγμός.....	70
γ. Αναπνοή.....	72
δ. Αρτηριακή πίεση	73
Ερωτήσεις.....	75
10. Καθημερινή Φροντίδα Αρρώστου	76
α. Πρωινή Φροντίδα (7 π.μ. - 15 μ.μ.)	76
β. Απογευματινή φροντίδα (15 μ.μ. - 23 μ.μ.).....	77
γ. Νυχτερινή φροντίδα (23 μ.μ. - 7 π.μ.).....	78
11. Διατροφή.....	79
α. Ετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για φαγητό.....	79
β. Τεχνητή διατροφή.....	80
γ. Ολική παρεντερική διατροφή	81
Ερωτήσεις.....	83
12. Χορήγηση Φαρμάκων	84
α. Φαρμακείο νοσηλευτικού τμήματος.....	84
β. Βασικές αρχές χορήγησης φαρμάκων	85
γ. Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα.....	87
δ. Παρεντερική χορήγηση φαρμάκων	87
ε. Ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων και ορού	89
στ. Επιπλοκές ενδοφλέβιας χορήγησης φαρμάκων και υγρών.....	91
Ερωτήσεις.....	92
13. Μετάγγιση Αίματος - Αιμοδοσία.....	93
α. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που πρόκειται να μεταγγισθεί.....	95
β. Αντιδράσεις από τη μετάγγιση αίματος	96
Ερωτήσεις.....	97
14. Κατακλίσεις	98
Ερωτήσεις.....	101
15. Ραδιοϊσότοπα.....	102
α. Χρήση.....	102
β. Νοσηλευτική φροντίδα.....	103
Ερωτήσεις.....	103
16. Πόνος.....	104
α. Τύποι πόνου	104

β. Εκτίμηση του πόνου	104
γ. Νοσηλευτική φροντίδα.....	105
Ερωτήσεις.....	107
Δραστηριότητες.....	107
17. Προεγχειρητική και Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα	
του Αρρώστου	108
α. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία	108
β. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία	109
γ. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία	110
δ. Μετεγχειρητική φροντίδα αρρώστου.....	111
ε. Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές	113
Ερωτήσεις.....	114
18. Χειρουργικό Τραύμα.....	115
α. Περιποίηση τραύματος.....	115
β. Πρόληψη μολύνσεων	116
γ. Νοσηλευτική φροντίδα εγκαυμάτων	116
Ερωτήσεις.....	118
19. Γενικά και Ειδικά Μέτρα Προστασίας από τα Λοιμώδη Νοσήματα.....	119
α. Λοιμώδη νοσήματα	119
Ερωτήσεις.....	120
20. Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστου στο Τελικό Στάδιο της Ζωής του	121
Ερωτήσεις	122
Θυμηθείτε ότι.....	124

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	125
1. Ανασκόπηση Ανατομίας και Φυσιολογίας Πεπτικού Συστήματος.....	127
2. Παρακλινικός Έλεγχος Πεπτικού Συστήματος	129
α. Ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού συστήματος-Νοσηλευτική φροντίδα	129
β. Εξέταση γαστρικού υγρού - Νοσηλευτική φροντίδα	131
γ. Εξέταση κοπράνων	131
δ. Ακτινολογικός έλεγχος πεπτικού συστήματος - Νοσηλευτική φροντίδα	132
ε. Έλεγχος ήπατος, χοληφόρων, παγκρέατος - Νοσηλευτική φροντίδα	133

στ. Υπερηχογράφημα άνω κοιλίας	135
3. Διαταραχές Απεκκριτικής Λειτουργίας Εντέρου	136
4. Φλεγμονές της Στοματικής Κοιλότητας - Νοσηλευτική Φροντίδα	137
5. Κίρσοι Οισοφάγου - Νοσηλευτική Φροντίδα	138
6. Έλκος Στομάχου και Δωδεκαδακτύλου (Γ.Ε-Δ.Ε) - Νοσηλευτική Φροντίδα	139
α. Επιπλοκές έλκους	140
β. Καρκίνος στομάχου	142
7. Ελκώδης Κολίτιδα - Νοσηλευτική Φροντίδα	144
8. Όγκοι Εντέρου ή Νεοπλάσματα Εντέρου - Νοσηλευτική Φροντίδα	145
α. Καλοήγη νεοπλάσματα	145
β. Κακοήγη νεοπλάσματα	146
γ. Παρά φύση έδρα	148
9. Σκωληκοειδίτιδα - Νοσηλευτική Φροντίδα	150
10. Περιτονίτιδα - Νοσηλευτική Φροντίδα	151
11. Είλεός - Νοσηλευτική Φροντίδα	152
12. Παθήσεις Χοληφόρων Οδών, Ήπατος και Παγκρέατος	
- Νοσηλευτική φροντίδα	154
α. Χολολιθίαση	154
β. Χολοκυστίτιδα	155
γ. Ηπατίτιδες	156
δ. Κίρρωση ήπατος - Ηπατική ανεπάρκεια	160
ε. Εχινόκοκκος ήπατος	162
στ. Παγκρεατίτιδα	163
ζ. Σακχαρώδης διαβήτης	165
Θυμηθείτε ότι	168
Ερωτήσεις	169

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	171
1. Ανασκόπηση Ανατομίας και Φυσιολογίας Αναπνευστικού Συστήματος	173
2. Διαγνωστικές Εξετάσεις και Δοκιμασίες του Αναπνευστικού Συστήματος	175
3. Συμπτώματα και Σημεία Αναπνευστικών Νοσημάτων - Νοσηλευτική Φροντίδα	180

4. Οξυγονοθεραπεία. Τρόποι Χορήγησης - Νοσηλευτική Φροντίδα	182
5. Τραχειοστομία - Νοσηλευτική Φροντίδα.....	185
6. Λοιμώξεις του Αναπνευστικού Συστήματος - Νοσηλευτική φροντίδα	187
α. Οξεία Τραχειοβρογχίτιδα.....	187
β. Πνευμονία	187
γ. Πλευρίτιδα.....	189
δ. Φυματίωση Πνεύμονα.....	190
7. Άλλες Παθήσεις του Αναπνευστικού Συστήματος - Νοσηλευτική Φροντίδα.	192
α. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	192
β. Βρογχικό Άσθμα.....	194
γ. Βρογχεκτασία	196
δ. Ατελεκτασία.....	197
ε. Πνευμοθώρακας	198
στ. Καρκίνος Πνεύμονα	200
8. Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστου με Εγχείρηση Θώρακα.....	202
Θυμηθείτε ότι	206
Ερωτήσεις.....	207

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ

ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	209
1. Ανασκόπηση Ανατομίας και Φυσιολογίας του Κυκλοφορικού Συστήματος.....	211
2. Ειδικές Διαγνωστικές Εξετάσεις.....	213
3. Συμπτώματα και Σημεία Καρδιακών Νοσημάτων.....	216
4. Καρδιακή Ανεπάρκεια - Οξύ Πνευμονικό Οίδημα - Νοσηλευτική Φροντίδα	218
5. Στεφανιαία Νόσος	222
α. Στηθάγχη.....	222
β. Έμφραγμα του μυοκαρδίου.....	222
6. Διαταραχές Καρδιακού Ρυθμού - Νοσηλευτική Φροντίδα	226
7. Υπέρταση - Νοσηλευτική Φροντίδα.....	230
8. Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστων με Εγχειρήσεις Καρδιάς και Αγγείων.....	232
α. Εγχειρήσεις καρδιάς	232
β. Εγχειρήσεις αγγείων.....	233
Θυμηθείτε ότι	236
Ερωτήσεις.....	237

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

1. Στρώσιμο κρεβατιού - γενικές αρχές	245
α. Στρώσιμο απλού κρεβατιού με αλλαγή σεντονιών, από δύο άτομα	246
β. Στρώσιμο απλού κρεβατιού από ένα άτομο	250
γ. Στρώσιμο κρεβατιού με άρρωστο σε πλάγια θέση από δύο άτομα.....	251
δ. Στρώσιμο κρεβατιού με άρρωστο σε ύπτια θέση από δύο άτομα.....	254
2. Λήψη Ζωτικών Σημείων και Ενημέρωση Θερμομετρικού Διαγράμματος.....	257
α. Θερμομέτρηση.....	257
β. Μέτρηση Αρτηριακού σφυγμού	260
γ. Μέτρηση αναπνοών	260
δ. Μέτρηση αρτηριακής πίεσης.....	261
ε. Ενημέρωση διαγράμματος	263
3. Ειδικές Θέσεις Αρρώστου	265
α. Ύπτια θέση	265
β. Πλάγια θέση.....	266
γ. Πρηνής θέση	266
δ. Καθιστική - Ημικαθιστική θέση	266
ε. Κατάρροπη θέση (Tredenburg)	267
4. Ύγερση Αρρώστου από το Κρεβάτι.....	267
5. Πλύσιμο και Εντριβή Ράχης και Γλουτών (Πρόληψη Κατακλίσεων)	271
6. Καθαριότητα Αρρώστου στο Κρεβάτι	272
α. Καθαριότητα στοματικής κοιλότητας	273
β. Λούσιμο κεφαλής σε κλινήρη άρρωστο	275
γ. Φροντίδα προσώπου - λαιμού σε κλινήρη άρρωστο	277
δ. Τοπική καθαριότητα γεννητικών οργάνων	278
ε. Λουτρό καθαριότητας σε κλινήρη άρρωστο	279
στ. Χορήγηση σκωραμίδας και ουροδοχείου σε κλινήρη άρρωστο	283
7. Εφαρμογή Σωλήνα Αερίων	284
8. Χορήγηση Υπόθετου σε Άρρωστο	286
9. Υποκλυσμός	288
α. Καθαρτικός υποκλυσμός με συσκευή μιας χρήσης (Fleet-enema).....	289
β. Καθαρτικός υποκλυσμός με συσκευή πολλαπλής χρήσης (ιριγκατέρ).....	291
10. Αποστείρωση.....	293

α. Προετοιμασία υλικών για αποστείρωση	293
β. Τρόπος χρήσης αποστειρωμένου υλικού	298
γ. Πλύσιμο χεριών.....	299
δ. Τρόπος χρήσης μάσκας, μπλούζας, γαντιών.....	302
11. Εφαρμογή στον Άρρωστο Θερμών ή Ψυχρών Επιθεμάτων	304
α. Προετοιμασία και εφαρμογή θερμοφόρας.....	304
β. Προετοιμασία και εφαρμογή ζεστής κομπρέσας	305
γ. Προετοιμασία και εφαρμογή παγοκύστης	307
12. Περιποίηση Κατακλίσεων	308
13. Τεχνητή Διατροφή Αρρώστου	311
α. Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα (levin).....	311
β. Σίτιση αρρώστου μέσω ρινογαστρικού σωλήνα (levin)	313
γ. Νοσηλευτική φροντίδα παραμονής ρινογαστρικού σωλήνα (levin).....	315
δ. Αφαίρεση ρινογαστρικού σωλήνα (levin)	315
ε. Σίτιση αρρώστου με οισοφαγοστομία, γαστροστομία, νησιδοστομία.....	317
14. Πλύση στομάχου.....	317
15. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά την Προεγχειρητική και Μετεγχειρητική Φροντίδα.....	318
α. Τεχνική ετοιμασία χειρουργικού πεδίου.....	318
β. Ετοιμασία φορείου	320
γ. Ετοιμασία αρρώστου για χειρουργείο	321
δ. Ετοιμασία χειρουργικού κρεβατιού.....	322
ε. Παραλαβή χειρουργημένου αρρώστου	323
16. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά τη Χορήγηση Φαρμάκων στον Άρρωστο	325
α. Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα.....	325
β. Τοπική εφαρμογή φαρμάκων	327
γ. Χορήγηση φαρμάκου με εισπνοές.....	331
δ. Τοποθέτηση φαρμάκου στο δέρμα	332
ε. Χορήγηση υπόθετου από τον κόλπο.....	333
στ. Παρεντερική χορήγηση φαρμάκων και υγρών	335
17. Μετάγγιση Αίματος σε Άρρωστο	344
18. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά τη Διενέργεια Παρακεντήσεων	346
α. Παρακέντηση των οστών (στερνική) και οστεομυελική βιοψία	347

β. Παρακέντηση θώρακα	350
γ. Βιοψία υπεζωκότα.....	352
δ. Ετοιμασία υλικών για τοποθέτηση και εφαρμογή κλειστής παροχέτευσης θώρακα (Billaü).....	353
ε. Αλλαγή φιάλης Billaü	354
στ. Ετοιμασία συσκευής πολλαπλών χρήσεων Billaü για αποστείρωση	355
ζ. Αφαίρεση κλειστής παροχέτευσης θώρακα (Billaü)	356
η. Βιοψία ήπατος.....	357
θ. Οσφυονωτιαία παρακέντηση.....	360
ι. Παρακέντηση κοιλίας.....	362
19. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά τη Χορήγηση Οξυγόνου και Φαρμάκων μετά από Ομιχλοποίηση	365
α. Χορήγηση οξυγόνου (O ₂) με ρινική κάνουλα.....	365
β. Χορήγηση οξυγόνου (O ₂) με μάσκα Venturi.....	366
γ. Χορήγηση εισπνεομένων φαρμάκων με μάσκα αερολύματος (Αεροζόλ)	368
20. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά τη Νοσηλεία Αρρώστων με Τραχειοστομία.....	370
α. Αποστειρωμένο Set Τραχειοτομής.....	370
β. Περιποίηση τραχειοστομίας	371
γ. Αλλαγή τραχειοσωλήνα	372
δ. Ετοιμασία μεταλλικού τραχειοσωλήνα για αποστείρωση.....	372
ε. Απαραίτητα υλικά που πρέπει να υπάρχουν κοντά στον άρρωστο με τραχειοστομία.....	373
21. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά τη Νοσηλεία Αρρώστων με Προβλήματα Ουροποιητικού Συστήματος.....	374
α. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης σε γυναίκα	374
β. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης σε άνδρα.....	377
γ. Αφαίρεση καθετήρα ουροδόχου κύστης.....	378
δ. Τεχνική για λήψη ούρων για γενική εξέταση ούρων ή ουροκαλλιέργεια	379
ε. Τεχνική για λήψη ούρων από ουροκαθετήρα για ουροκαλλιέργεια	380
22. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά τη Νοσηλεία Αρρώστων με Προβλήματα του Πεπτικού Συστήματος.....	381
α. Τεχνική νοσηλευτικής φροντίδας ειλεοστομίας - κολοστομίας	381

β. Πλύση - Υποκλυσμός κολοστομίας.....	384
23. Νοσηλευτική Φροντίδα Νεκρού.....	387
24. Απαραίτητα Υλικά και Όργανα Εκτάκτου Ανάγκης.....	391
Γλωσσάρι	395
Βιβλιογραφία	401

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΡΩΤΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

ΘΕΩΡΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Ιστορία της Νοσηλευτικής

Αντικειμενικοί Σκοποί:

Μετά τη μελέτη της ενότητας αυτής θα είστε σε θέση:

1. Να διακρίνετε τη διαχρονική εξέλιξη του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
2. Να κατανοήσετε τη σπουδαιότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
3. Να γνωρίσετε την εξέλιξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα.

1. Ιστορία της Νοσηλευτικής

Η μελέτη της Ιστορίας της Νοσηλευτικής είναι απαραίτητη για την απόδειξη της συνέχειας και της αξίας της στο πέρασμα του χρόνου. Η σύντομη ιστορική αναδρομή αναφέρεται στην προχριστιανική, χριστιανική εποχή, στους Βυζαντινούς χρόνους μέχρι και σήμερα.

α. Η Νοσηλευτική κατά την προχριστιανική εποχή (5000 π.Χ. ως 1 μ.Χ.)

Στη Μεσοποταμία οι αρρώστιες θεωρούνταν τιμωρία των θεών. Η ιατρική ήταν στα χέρια των ιερέων.

Ο Ηρόδοτος (5ος αι. π.Χ.) αναφέρει ότι οι Βαβυλώνιοι δεν είχαν ιατρούς.

Στην Αίγυπτο η ιατρική ασκούσαν από ιερείς με ειδικότητα κατά περιοχή. Εκτός από τους ιερείς-γιατρούς υπήρχαν και οι μάγοι, οι οποίοι μέσα από τελεσιουργικές θεραπείες πίστευαν ότι έδωχαν τους δαίμονες που έμπαιναν στο σώμα των ανθρώπων και προκαλούσαν τις αρρώστιες.

Στην Ιουδαία ο Μωσαϊκός Κώδικας ήταν θρησκευτικός, αλλά συγχρόνως ήταν και κώδικας υγιεινής πρακτικής με έμφαση στην προληπτική ιατρική.

Στις Ινδίες αρχικά οι γιατροί ήταν ιερείς, η αρρώστια θεωρούνταν ως τιμωρία των θεών για τις αμαρτίες, οι μαγείες αλλά και λογικές απόψεις στηριζόμενες στην παρατήρηση πτεέλων, κοπράνων, ούρων έθεταν διαγνώσεις.

Στην αρχαία Ελλάδα αναφέρεται ότι λειτουργούσαν οργανωμένα νοσοκομεία, όπως του Αμφιάριου στο Μαυροδίλεσι του Ωρωπού, του Τροφωνίου κοντά στη Λειβαδιά και του Τιθόρεως στη Φωκίδα, παρόλο που ο επικρατέστερος τρόπος νοσηλείας ήταν η κατ' οίκον περίθαλψη, μια σύγχρονη τάση υγειονομικής περίθαλψης. Στην Ιλιάδα και στην Οδύσσεια παρουσιάζονται οργανωτικές και διοικητικές αρχές περίθαλψης στα πεδία των μαχών, με τη μορφή μονίμων χειρουργείων «κλισίας» και ειδικών φορείων μεταφοράς ασθενών. Η μεταφορά δηλωνόταν με τη χρήση του επιρρήματος «φοράδαν», δηλαδή με φορείο. Η λέξη «κλισίη» προέρχεται από τη λέξη κλίνη, που σημαίνει παράπηγμα, αυτοσχέδιο οίκημα. Είναι προφανές ότι επρόκειτο για σταθμό Α' Βοηθειών. Στην Κλασσική Ελλάδα η οργάνωση υπηρεσιών υγείας εκφράζεται μέσα από τους Ναούς-Θεραπευτήρια, τα Ασκληπιεία, όπου ασκούσαν η ιατρική ως μείγμα φυσικών δυνάμεων και παρατηρήσεων από τον πρωθιερέα και τον πυροφόρο βοηθό

του και η νοσηλευτική φροντίδα από ιέρειες γυναίκες, από τους ιερομνήμονες και τους πρακτικούς νοσηλευτές της τάξης των ζακώρων ή νακώρων.

Περισσότερο τραγική εμφανίζεται η θέση της γυναίκας στη Ρωμαϊκή Κοινωνία, όπου οι γυναίκες αποτελούσαν «res» (πράγμα), απλή άψυχη ιδιοκτησία και ήταν αδύνατο ν' αναπτυχθεί Νοσηλευτικό Σώμα γυναικών σε τέτοια κοινωνία, παρόλο που η ιατρική επιστήμη εξελίχθηκε με την εμφάνιση ιατρών, όπως ο Ασκληπιάδης, ο Κέλσος, ο Διοσκουρίδης και ο Γαληνός και ιδρύθηκαν οργανωμένα νοσοκομεία, τα «Valetudinaria» (valetudo: καλή υγεία) μόνο για πολεμιστές και ιδιωτικά ιατρεία. Γίνεται πλέον φανερό ότι η φροντίδα κάθε αρρώστου ήταν προορισμένη να γίνει στο Χριστιανικό Βυζάντιο.

β . Η Νοσηλευτική κατά την πρώτη Χριστιανική εποχή

Στους πρώτους αιώνες της χριστιανισμής η παροχή φροντίδας στους αρρώστους, όπως και σε όλους τους δυστυχισμένους, φτωχούς, αιχμαλώτους, φυλακισμένους, ήταν έργο της Εκκλησίας, στο οποίο συμμετείχαν άνδρες και γυναίκες, οι διάκονοι και οι διακόνισσες. Στο χριστιανισμό η γυναίκα αποκτά υψηλή θέση και της ανοίγεται ο δρόμος για το κοινωνικό έργο της νοσηλείας των πασχόντων.

Ο Θεσμός αυτός διατηρείται μέχρι το 13^ο αιώνα. Η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται κατά κύριο λόγο σε μοναστήρια, την ίδια στιγμή που η Ευρώπη μπαίνει στο Μεσαίωνα και η επιστήμη υποβαθμίζεται, η υγιεινή παραμερίζεται, η διδασκαλία του Ιπποκράτη λησμονείται. Στο Βυζάντιο όμως, διατηρήθηκε το ενδιαφέρον για την ιατρική και τη νοσηλευτική και η περίοδος αυτή έχει να αποκαλύψει ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία.

γ . Η Νοσηλευτική κατά τους Βυζαντινούς χρόνους

Η Βυζαντινή περίοδος χαρακτηρίζεται για τη φροντίδα και την κοινωνική πρόνοια για τη νόσο, το γήρας, την κύηση, τη λοχεία, τη βρεφοκομία και την παιδοκομία μέσω της ίδρυσης Ευαγών Ιδρυμάτων όπως πτωχοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων, γηροκομείων. Αναφέρονται νοσοκομεία με πολύ καλή οργάνωση, που θα μπορούσαν να συγκριθούν με τα σύγχρονα. Η πρώτη τους μορφή ήταν οι Ξενώνες ή τα Ξενοδοχεία, τα οποία παρείχαν περίθαλψη σε πάσχοντες λαϊκούς και δε φιλοξενούσαν απλούς οδοιπόρους ή ξένους. Υπήρχαν και τα μοναστικά νοσοκομεία, τα οποία βρίσκονταν στον περίβολο των μονών και εξυπηρετούσαν αποκλειστικά τους ασθενείς μοναχούς. Στην Κωνσταντινούπολη υπήρχαν 40 νοσοκομεία. Αναφέρονται ως σημαντικά ο Ξενώνας

του Σαμφών, η Βασιλειάδα της Καππαδοκίας, ο Ξενώνας της Μονής Κοσμοσωτήρας, ο Ξενώνας της Μονής Παντοκράτορος.

Ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό υπήρχαν: **Οι Νοσοκόμοι**, που σύμφωνα με τη διπλή έννοια του όρου ήταν α) κλινικοί νοσηλευτές και β) διοικητικοί διευθυντές του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με την πρώτη έννοια, οι νοσοκόμοι όφειλαν να επισκέπτονται πολύ πρωί τους κλινήριους ασθενείς και να τους προσφέρουν την τροφή, να θεραπεύουν με τους λόγους τους και να μην τους παραμελούν στη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Σύμφωνα με τη δεύτερη έννοια, ο νοσοκόμος ήταν υπεύθυνος για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου. **Βοηθός του νοσοκόμου** ήταν ο **παρανοσοκόμος**. **Ο Ξενοδόχος** έπρεπε να υποδέχεται τους ξένους, να προσέχει το δωμάτιό τους και να στρώνει τα κρεβάτια. **Ο υπουργός-υπουργισσα**, αν και υπάρχει η πιθανότητα να ήταν βοηθός ιατρός, επρόκειτο στην ουσία για νοσηλευτή, ενώ λέγεται ότι φρόντιζαν να προετοιμάζουν και να τοποθετούν τον άρρωστο κατάλληλα για επέμβαση.

Άλλη μια κατηγορία νοσηλευτών ήταν οι **εξκουβίτορες**, που ήταν οι νυχτερινοί φύλακες του Ξενώνα.

Οι **παραβολανείς** ή **παραβαλανείς** ήταν άνδρες νοσοκόμοι που είχαν ως καθήκον τους να βοηθούν τους ασθενείς, κυρίως στα λουτρά, και να τους μεταφέρουν στα νοσοκομεία.

Στο στρατό του Βυζαντίου υπήρχαν οι **σκριβωνες** και **δεσποτάτοι**, που ήταν άοπλοι και προορισμός τους ήταν η φροντίδα των τραυματιών και η μεταφορά τους εκεί όπου υπήρχαν ιατροί. Τέλος υπήρχαν και οι **μαίες**, οι οποίες είχαν εμπειρία «περί το μαμεύειν ή το βοηθείν ταις τικτούσαις». Έφερναν εις πέρας τον τοκετό και φρόντιζαν το νεογέννητο. Γενικότερα, όπως γίνεται φανερό, η κύρια συμβολή του Βυζαντίου ήταν στην ίδρυση Νοσοκομείων, στην παροχή συστηματοποιημένης νοσηλευτικής φροντίδας και στη δημιουργία επαγγελματιών νοσηλευτών.

δ . Η Νοσηλευτική κατά τους νεώτερους χρόνους μέχρι και σήμερα

Η περίοδος της Αναγέννησης μετά το 1500 μ.Χ. χαρακτηρίζεται από πρόοδο στις τέχνες και στις επιστήμες. Η ιατρική σπουδάζεται πλέον στο Πανεπιστήμιο. Η νοσηλευτική είχε ήδη αποκτήσει πνευματικό προσανατολισμό. Η επιστημονική όμως ανάπτυξη της ήταν απαραίτητη, εφόσον έπρεπε να συμβαδίζει με τις προόδους της ιατρικής και της τεχνολογίας και να ανταποκρίνεται στις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας. Η

παρουσία μιας μεγάλης προσωπικότητας, ενός ανθρώπου με πίστη, αποφασιστικότητα, ευρεία μόρφωση και διορατικότητα, ήταν απαραίτητη, για να απαντήσει στην πρόκληση της εποχής.

Αυτή ήταν η Florence Nightingale (1820–1910). Κατόρθωσε να εκτιμήσει τις νοσηλευτικές ανάγκες των Άγγλων στρατιωτών στον Κριμαϊκό πόλεμο του 1854.

Ίδρυσε την πρώτη στον κόσμο Νοσηλευτική Σχολή στο Λονδίνο, επισήμανε την εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου και τη σημασία της προσωπικής και επαγγελματικής ακεραιότητας των νοσηλευτών. Περιέγραψε τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των εκπαιδευμένων νοσηλευτών και τόνισε τη σημασία του ενδιαφέροντος και της ενεργού συμμετοχής τους στην αντιμετώπιση κοινωνικών και υγειονομικών προβλημάτων.

Το 1899 ιδρύεται το Διεθνές συμβούλιο των Νοσοκόμων, κατά το ίδιο έτος παρέχεται πανεπιστημιακή εκπαίδευση στο Teachers College του Columbia University της Νέας Υόρκης. Νοσηλευτικά βιβλία και περιοδικά εκδίδονται. Η νοσηλευτική ανεξαρτητοποιείται σαν αυτόνομο επάγγελμα με επιστημονική βάση, νοσηλευτές/τριες συμμετέχουν σε επιτροπές λήψης αποφάσεων για θέματα υγείας, ενώ η νοσηλευτική έρευνα εξελίσσεται. Αναπτύσσονται νέες θεωρίες, όπως της Virginia Henderson, της Abdellah, της Orem, της Peplau, της Travelbee, της King, της Wiedenbach, της Roy, της Levine, της Rogers, ενώ ιδρύονται πολλές σχολές διαφόρων επιπέδων σε πολλές χώρες του κόσμου.

ε . Η εξέλιξη της Νοσηλευτικής στη Νεότερη και Νεότερη Ελλάδα

Η ελληνική Νοσηλευτική δεν έμεινε ανεπηρέαστη από την παγκόσμια ανάπτυξη της Νοσηλευτικής και ακολούθησε ισάξια πορεία στο πέρασμα των χρόνων, με ιδιαίτερα σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια.

Μετά την άλωση της Κωνσταντινούπολης, το 1453, η οργανωμένη Νοσηλευτική σταματά να αναπτύσσεται και αφήνεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Κατά την πολιτορκία της Θεσσαλονίκης από τους Τούρκους οι γυναίκες προσέφεραν νοσηλευτικές υπηρεσίες. Αργότερα, και καθ' όλη τη διάρκεια της Τουρκοκρατίας, τα μοναστήρια αποτέλεσαν κέντρα κοινωνικής πρόνοιας και νοσηλευτικής περίθαλψης. Μετά την απελευθέρωση η υγειονομική κατάσταση της χώρας ήταν άθλια. Ο πρώτος κυβερνήτης της Ελλάδας, Ιωάννης Καποδίστριας, ήταν γιατρός και κατά την επιδημία της πανώλης το 1829 έλαβε όλα τα μέτρα της απομόνωσης της Αίγινας και άλλων νησιών και πέτυχε την πρόληψη της εξάπλωσης της νόσου σε όλη την Ελλάδα.

Το 1835 ιδρύεται η Ιατρική Εταιρία Αθηνών και το 1837 η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το πρώτο Νοσοκομείο των Αθηνών ήταν το Στρατιωτικό Νοσοκομείο «Μακρυγιάννη» (1836) και το πολιτικό Νοσοκομείο «Η Ελπίς» (1836). Η πρώτη προσπάθεια εκπαίδευσης και κατάρτισης Νοσοκόμων έγινε από τη Βασίλισσα Όλγα το 1875 με την ίδρυση της πρώτης Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων, της Σχολής του «Ευαγγελισμού», τρίτης παγκοσμίως. Το 1884 ιδρύεται το θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός», σκοπός του οποίου ήταν «... η κατά τους κανόνες της επιστήμης μόρφωσης νοσοκόμων γυναικών». Η φοίτηση στη σχολή είχε, αρχικά, διάρκεια 2 ετών και αργότερα έγινε τριετής. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Σχολής είχε αντίκτυπο στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του θεραπευτηρίου και στην παρεχόμενη νοσηλεία των ασθενών. Διοργανώνονται επιμορφωτικά μαθήματα, σεμινάρια και ειδικά συμπόσια. Απόφοιτοι της Σχολής μετεκπαιδεύονται στο εξωτερικό όπως και «Διπλωματούχες Αδελφές» άλλων χωρών επισκέπτονται τον Ευαγγελισμό και ενημερώνονται για την ελληνική Νοσηλευτική. Εργάζονται σκληρά με κόπο, πόνο, ιδρώτα και ηρωισμό και κατά τους Βαλκανικούς πολέμους (1912–1913) και κατά τον πόλεμο του '40–'41, όπως επίσης σε επιδημίες γρίπης (1918) και δάγγειου πυρετού (1928).

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η ίδρυση αυτής της σχολής ήταν ορόσημο για την ελληνική Νοσηλευτική. Δεύτερο εξίσου σημαντικό βήμα ήταν η ίδρυση του «Συνδέσμου Ελληνίδων Νοσοκόμων» το 1923, σκοπός του οποίου ήταν: 1) η πρόοδος της Νοσηλείας, 2) η αμοιβαία βοήθεια των μελών αυτού και 3) η προαγωγή των συμφερόντων του επαγγέλματος της νοσηλείας. Το 1929 ο Σύνδεσμος γίνεται δεκτός στο Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών. Το 1930 αλλάζει ο τίτλος του σε «Εθνικό Σύνδεσμο Διπλωματούχων Ελληνίδων Νοσοκόμων» και το 1988 σε «Εθνικό Σύνδεσμο Διπλωματούχων Νοσηλευτριών Ελλάδας» (ΕΣΔΝΕ). Στη χρονική ακολουθία και κατά το έτος 1924, ιδρύεται η Σχολή Νοσοκόμων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, η πρώτη στην Ελλάδα, με τριετές πρόγραμμα εκπαίδευσης από την ίδρυσή της, ενώ κατά το 1935 ιδρύεται το πρώτο Κέντρο Υγείας, στην Αθήνα. Το Μάιο του 1948 ιδρύεται το τμήμα Νοσοκόμων στο Υπουργείο Υγείας, το οποίο ήταν υπεύθυνο για τη Νοσηλευτική εκπαίδευση, την τήρηση Μητρώου Νοσηλευτών και για όλα τα θέματα που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος. Ιδρύονται πολλές νοσηλευτικές σχολές στα νοσοκομεία και απαιτείται απολυτήριο τριτάξιου Γυμνασίου για την εισαγωγή στις σχολές. Ενδεικτικά αναφέρονται οι: Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. «Σοφία Σλήμαν» του Περ. Γεν. Νοσ. Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. Γεν. Νοσ. Παιδών Πεντέλης, Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. Περ. Γεν. Νοσ. Αττικής ΚΑΤ και άλλες, οι οποίες ανήκουν στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας. Η εκπαίδευση διευρύνε-

ται το 1960 με θέματα κοινωνικών επιστημών, Μεθόδων Διοίκησης και διδασκαλίας, Νομοθεσίας, Δημόσιας Υγιεινής, Παιδιατρικής και Ψυχιατρικής. Η Ελλάδα ήταν η πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα που εφάρμοσε γενικευμένο νοσηλευτικό πρόγραμμα, όπως η Αμερική και ο Καναδάς πολλά χρόνια πριν.

Το 1979 ιδρύεται το Τμήμα Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών ως τμήμα της Ιατρικής Σχολής. Από το 1983 το τμήμα λειτουργεί αυτόνομα, ενώ η εκπαίδευση των Νοσηλευτών γινόταν ως τότε στις Ανώτερες Σχολές του Υπουργείου Υγείας και στα Τ.Ε.Ι. Το 1985 καθιερώνονται οι βασικές ειδικότητες των Νοσηλευτών: Παθολογική, Χειρουργική, Ψυχιατρική, Παιδιατρική, οι οποίες διευρύνονται αργότερα. Σήμερα, δεδομένου ότι ο επαγγελματικός κορεσμός δεν έχει έλθει στο χώρο, παρά την εν γένει επαγγελματική κόπωση, η Νοσηλευτική εκπαίδευση παρέχεται από τη Β/θμια και Γ/θμια Ανώτερη και Ανώτατη εκπαίδευση, επιβεβαιώνοντας την αρχή ότι η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη και πρέπει να «σπουδάζεται» και να μην είναι προϊόν εμπειρίας και μόνο. Με τις επιδράσεις του φιλοσοφικού πνεύματος της ελληνικής αρχαιότητας, της χριστιανικής διδασκαλίας, του Βυζαντινού πολιτισμού και την επιρροή της διεθνούς νοσηλευτικής πορείας, η ελληνική νοσηλευτική του χθες, του σήμερα και του αύριο έχει το δικό της θεωρητικό τρίπτυχο:

- α) Ολιστική θεώρηση του ανθρώπου ως μοναδικής και αδιαίρετης ύπαρξης,
- β) Πίστη στην ανεκτίμητη αξία του ανθρώπου,
- γ) Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με θερμό ενδιαφέρον, το οποίο καλούνται να υπηρετούν τόσο οι «μάχιμοι» νοσηλευτές σε όλους τους εργασιακούς χώρους υγείας, όσο και οι «θεωρητικοί» του χώρου, που δίνουν κατευθύνσεις και καθοδηγούν σε όλες τις βαθμίδες και τα επίπεδα νοσηλευτικής.

Ερωτήσεις

1. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής κατά την προχριστιανική εποχή;
2. Τι ήταν τα Ασκληπιεία και τα Valetudinaria;
3. Ποιες ήταν οι επαγγελματικές κατηγορίες των νοσηλευτών στο Βυζάντιο;
4. Τι γνωρίζετε για την Florence Nightingale και για τη θεωρία της στη νοσηλευτική;
5. Ποια ήταν η πρώτη νοσηλευτική σχολή που ιδρύθηκε στην Ελλάδα;
6. Τι γνωρίζετε για την εξέλιξη της νοσηλευτικής στους νεότερους χρόνους στην Ελλάδα;

Θυμηθείτε ότι...

- Με την εμφάνιση της ασθένειας του ανθρωπίνου σώματος αρχίζει μια πρωτόγονη και υποτυπώδης «νοσηλευτική», η οποία εκφράζεται με τη φροντίδα των βρεφών, την περιποίηση των ηλικιωμένων, τη χρήση ιαματικών βοτάνων σε σπηλιές, κοντά σε πηγές με τρεχούμενα νερά μέσω του γυναικείου μητρικού ενστίκτου. Κατά την προ-χριστιανική εποχή η ιατρική ήταν στα χέρια των ιερέων και η νοσηλευτική από τον 3^ο αι. π.Χ. περνά τα όρια της απλής εμπειρίας και εμφανίζεται ως μορφή συστηματικής τέχνης. Εμφανίζονται τα Ασκληπιεία στην αρχαία Ελλάδα και τα Valetudinaria στην αρχαία Ρώμη.
- Κατά την πρώτη χριστιανική εποχή η νοσηλευτική παρέχεται σε μοναστήρια, εμφανίζονται οι διάκονοι και οι διακόνισσες, που έργο τους είχαν τη νοσηλεία των ασθενών, την ανακούφιση από τον πόνο, ανοίγοντας το δρόμο για το χριστιανικό Βυζάντιο, όπου η φροντίδα των πασχόντων παρέχεται πλέον οργανωμένα.
- Τα νοσοκομεία του Βυζαντίου ήταν τόσο οργανωμένα, που θα μπορούσαν να συγκριθούν με τα σύγχρονα. Οι νοσηλευτές κατά τη Βυζαντινή περίοδο ήταν επισκέπτες νοσηλευτές, κλινικοί, στρατιωτικοί και νοσηλευτές χειρουργείου.
- Από το 1500 μ.Χ. και μετά η νοσηλευτική αποκτά πνευματικό προσανατολισμό. Εμφανίζεται η Florence Nightingale, η οποία ίδρυσε την πρώτη στον κόσμο Νοσηλευτική Σχολή και ανέπτυξε την πρώτη θεωρητική κατεύθυνση της νοσηλευτικής. Αργότερα, εμφανίζονται η Henderson, η Abdellah, η Orem, η Peplau, η Roy, η Rogers και η νοσηλευτική διδάσκεται στο πανεπιστήμιο (Teachers College – Columbia University of New York).
- Στην Ελλάδα η νοσηλευτική ακολούθησε ισάξια πορεία στο πέρασμα των χρόνων, με ιδιαίτερα σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια. Η πρώτη νοσηλευτική σχολή ιδρύθηκε το 1875 στον Ευαγγελισμό, η οποία ήταν η τρίτη παγκοσμίως. Σήμερα, η νοσηλευτική εκπαίδευση παρέχεται από τη Β/θμια και Γ/θμια Ανώτερη και Ανώτατη Εκπαίδευση. Με τις επιδράσεις του φιλοσοφικού πνεύματος της ελληνικής αρχαιότητας, της χριστιανικής διδασκαλίας, του Βυζαντινού πολιτισμού και την επιρροή της διεθνούς νοσηλευτικής πορείας, η ελληνική νοσηλευτική του χθες, του σήμερα και του αύριο έχει το δικό της θεωρητικό υπόβαθρο και υπηρετείται από «μάχιμους» νοσηλευτές και «θεωρητικούς» στους εργασιακούς χώρους της υγείας και της παιδείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Δεοντολογία

Αντικειμενικοί Σκοποί:

Μετά τη μελέτη της ενότητας αυτής θα είστε σε θέση:

1. Να κατανοήσετε την έννοια της ηθικής και Δεοντολογίας στη Νοσηλευτική.
2. Να διακρίνετε δικαιώματα και υποχρεώσεις σας.
3. Να αναγνωρίζετε τη σχέση σας με τους συνεργάτες σας και τους αρρώστους-υγιείς στο χώρο της Υγείας.

Δεοντολογία

Η Δεοντολογία είναι η επιστήμη των καθηκόντων. Συνδέεται άμεσα με τους άγραφους νόμους της ηθικής. Μας υποδεικνύει ποιο είναι το πρόπον, το αναγκαίο, το ορθό. Στο χώρο της υγείας, η Ηθική και η Δεοντολογία έχουν πρωταρχική θέση, αν σκεφθούμε, ότι και η προϊστορία της Ιατρικής ηθικής βρίσκεται στην εποχή του Ιπποκράτη και τον όρκο του, που μέχρι σήμερα ισχύει.

Οι Νοσηλευτικοί δεοντολογικοί κώδικες προσδιορίζουν τα ιδανικά επαγγελματικά επίπεδα με σαφή τρόπο και καθορίζουν την επιθυμητή συμπεριφορά. Ορίζουν δικαιώματα, υποχρεώσεις, αξίες, αρχές, κανόνες και οδηγίες για την άσκηση του νοσηλευτικού έργου. Οι κώδικες αυτοί μπορεί, με συζητήσεις από επιστημονικούς φορείς και συλλόγους, να αναπροσαρμόζονται με μεγαλύτερη ακρίβεια με σκοπό την προστασία των πολύτιμων αγαθών και αξιών του κάθε αρρώστου.

Πόσο εύκολο είναι άραγε να εφαρμοστούν αυτοί οι κώδικες από τη θεωρία στην πράξη, κατά την άσκηση του νοσηλευτικού μας έργου; Πόσο συχνά φροντίζουμε τους αρρώστους σαν άτομα και όχι σαν ασθένεια; Πόσο δύσκολο είναι ν' αντιγράψουμε «κακή επαγγελματική συμπεριφορά» συναδέλφων μας και συνεργατών μας; Πόση ευσυνειδησία και υπευθυνότητα πηγάζει από την ψυχή μας, όταν φροντίζουμε τον άρρωστο άνθρωπο;

Σε αυτά τα ηθικά διλήμματα και πολλά άλλα δεν έχουμε πάντα μία ικανοποιητική απάντηση. Ας σταθούμε όμως για λίγο στη δύναμη του έργου μας.

Δεν είναι υπερβολή να χαρακτηρίσουμε το νοσηλευτικό προσωπικό ως τη σπονδυλική στήλη του Νοσοκομείου. Προσφέρει υπηρεσίες σε εικοσιτετράωρη βάση, έρχεται σ' επικοινωνία με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, με τους συγγενείς και φίλους των αρρώστων, με άλλες υπηρεσίες εκτός Νοσοκομείου. Πολλές φορές με δύσκολες συνθήκες, προσφέρει υπηρεσίες και με προσωπικές θυσίες, με ευθύνη και αγάπη. Αυτός είναι και ο λόγος που το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται «λειτουργήμα» και αξίζει κοινωνικά ν' αναγνωρίζεται όπως και στις υπόλοιπες αναπτυγμένες χώρες.

α. Προσόντα Νοσηλευτικού Προσωπικού

Τα προσόντα του νοσηλευτικού λειτουργού μπορούμε να τα χωρίσουμε σε τυπικά και ουσιαστικά.

Στα **τυπικά προσόντα** περιλαμβάνονται τα πτυχία που έχει το άτομο και ό,τι άλλο

τυπικό προσόν χρειάζεται, για να διοριστεί. Π.χ. στη Νοσηλευτική υπάρχουν πτυχιούχοι απόφοιτοι Ανώτατης Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ), απόφοιτοι ανώτερης τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΤΕ) και απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ). Οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης φέρουν τον τίτλο «Νοσηλεύτης-τρια» και οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας «βοηθός Νοσηλεύτη-τριας».

Ουσιαστικά προσόντα θεωρούνται αυτά με τα οποία αξιολογούνται συνήθως τα άτομα, κατά την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, όπως η επαγγελματική κατάρτιση, το υπηρεσιακό ενδιαφέρον, η ποιοτική απόδοση του έργου που προσφέρουν, η ακρίβεια, ορθότητα, αξιοπιστία, ποσοτική απόδοση, πρωτοβουλία, συνεργασία, συμπεριφορά προς τους πολίτες.

Όλα αυτά τα προσόντα συνθέτουν το σύνολο της προσωπικότητας κάθε νοσηλευτικού λειτουργού και καθορίζουν διαχρονικά την ποιότητα στη νοσηλευτική φροντίδα, άρα και την κοινωνική αναγνώριση του έργου μας.

Για να διευκολύνουμε το έργο μας, ας προσέξουμε αυτές τις απλές συμβουλές:

– **Να είσαι ευχάριστος/η.** Χαμογέλασε ειλικρινά, ακόμη και όταν δεν έχεις κέφι. Όλα τα προσωπικά μας προβλήματα καλό είναι να μένουν έξω από το χώρο της εργασίας μας. Το ίδιο ισχύει και αντίστροφα. Ένα χαμογελαστό «αντίο» ή «καλημέρα» μπορεί να σε βοηθήσουν.

– **Να είσαι ευγενής.** Εύκολα γίνεται κανείς ευγενής με τους ευγενείς, όμως χρειάζονται προσπάθεια και γνώσεις, για να σταθείς ευγενής, ακόμα και σ' αυτούς που φέρονται απότομα.

– **Να είσαι φιλικός.** Η φιλική στάση απέναντι στους άλλους βοηθά στο να δημιουργηθεί μια καλή εντύπωση για το τμήμα σου γενικότερα και για εσένα.

– **Να είσαι συνεργάσιμος.** Στο χώρο της υγείας το έχουμε ανάγκη να βοηθά ο ένας τον άλλο. Η προθυμία σου θα σε βοηθήσει σε δύσκολες καταστάσεις.

– **Να είσαι υπομονετικός** και να σέβεσαι τους άλλους. Φανταστείτε πόσες φορές δε χρειάστηκε ν' ακούμε τους αρρώστους ή συγγενείς ή επισκέπτες και με ποιες συνθήκες τους αντιμετωπίσαμε. Προσπάθησε να καταλαβαίνεις τι σου λένε, καθώς και τι τους προβληματίζει.

– **Να έχεις αυτοκυριαρχία.** Σκέψου, πριν μιλήσεις ή δράσεις σε οτιδήποτε. Η δουλειά μας, κυρίως σε επείγουσες καταστάσεις, θέλει ψυχραιμία και αυτοκυριαρχία. Αν πάλι δεις πως δεν τα καταφέρνεις, ζήτη τη βοήθεια των προϊσταμένων σου, γιατί ενδεχόμενα λάθη μας έχουν επίπτωση στον άρρωστο άνθρωπο.

– Χρειάζεται και **διπλωματία!**

– **Να είσαι τυπικός.** Είναι σωστό να μιλάς στους άλλους, στον επαγγελματικό σου χώρο, με το επίθετό τους, κυρίως μπροστά σε τρίτους. Καλό είναι να μη μασάς τσίχλα ή να κάνεις και να λες άσχετα πράγματα στο χώρο του Νοσοκομείου ή σε άλλο χώρο Υγείας.

– **Να είσαι ακριβής.** Αυτό διευκολύνει κυρίως τους συναδέλφους σου, γιατί η φύση της εργασίας με το κυκλικό ωράριο το απαιτεί.

– **Να έχεις θετική σκέψη.** Η θετική σκέψη είναι ένα αντίδοτο στην αγχώδη ζωή που κάνεις και σε προφυλάσσει από ασθένειες. Ξεκίνα, λοιπόν, από σήμερα!

β. Ο Άρρωστος – Οι Συγγενείς – Οι Επισκέπτες

Ο άρρωστος βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος και οφείλουμε να προσπαθούμε να τον γνωρίσουμε ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Αυτό μπορεί να γίνει σ' ένα κλίμα φιλικής ατμόσφαιρας και εμπιστοσύνης, όσο είναι δυνατό, κατά την παραμονή του αρρώστου στο νοσοκομείο, χωρίς να λαμβάνουμε υπόψη την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική θέση, την εθνικότητα και το θρήσκευμα.

Όλοι οι άνθρωποι δεν είναι ίδιοι –υπάρχουν άρρωστοι που τρομάζουν από την ασθένεια και τα νοσοκομεία, όπως και οι συγγενείς πολλές φορές αναστατώνονται από την ασθένεια του αγαπημένου τους προσώπου. Δείξτε ενδιαφέρον, δημιουργήστε φιλική ατμόσφαιρα.

Οι άρρωστοι και οι συγγενείς τους δικαιούνται να πληροφορούνται για την πορεία της ασθένειας από το κατάλληλο άτομο, καθώς και για τις σχεδιασμένες ενέργειες που θα δεχθεί. Αυτό δε σημαίνει ότι δε σεβόμαστε το απόρρητο του ασθενούς. Χρειάζεται εχεμύθεια, σεβασμός στην προσωπική ζωή του και προπάντων να μη συζητιούνται σε άλλο ασθενή πληροφορίες άλλων αρρώστων. Να μη δίνουμε πληροφορία σε συγγενείς και φίλους, ακόμη και τηλεφωνικά. Ό,τι κάνουμε χρειάζεται τη συγκατάθεση του αρρώστου. Η παραβίαση του προσωπικού απόρρητου διώκεται ποινικά.

Υπενθυμίστε στους επισκέπτες τις ώρες επισκεπτηρίου. Αν κάτι δε γνωρίζετε, ρωτήστε την προϊσταμένη ή το θεράποντα γιατρό.

γ. Οι Συνεργάτες μας

Στο χώρο της εργασίας τα άτομα **συνεργάζονται σαν μια ομάδα**, για να πραγματοποιήσουν κοινούς στόχους. Κάθε μέλος συμμετέχει ενεργά στην ομαδική εργασία

και είναι μια προσπάθεια για την επίτευξη της θεραπείας και της αποτελεσματικής φροντίδας του αρρώστου.

Όταν ο νοσηλευτής/τρια ή ο βοηθός νοσηλευτής συνεργάζονται, είναι γνώστες όλων των καταστάσεων που αφορούν τον άρρωστο και το νοσηλευτικό τμήμα. Η αξιοπιστία και η ακρίβεια βοηθούν αποτελεσματικότερα τη σχέση μεταξύ μας. Ο σεβασμός της ιεραρχίας και ο αλληλοσεβασμός μεταξύ των συνεργατών βοηθούν στην εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου και στις καλές σχέσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου.

δ. Όρκος – Δικαιώματα – Υποχρεώσεις – Στολή

Οι απόφοιτοι νοσηλευτικών σχολών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ορκίζονται στα εξής:
«Ορκίζομαι να χρησιμοποιώ τις γνώσεις που μου έδωσε η Σχολή μου και τις διδαχές των δασκάλων μου αποκλειστικά και μόνο για το καλό των συνανθρώπων μου.

Να προσφέρω με ανιδιοτέλεια, αφοσίωση και ανταπόκριση τη βοήθειά μου σε κάθε άρρωστο και να εργάζομαι αδιάκοπα για την εξύψωση του έργου του βοηθού Νοσηλευτή. Ν' αντιμετωπίζω με πίστη, αρετή και καρτερικότητα τον πόνο και τις ανάγκες του αρρώστου και να μην αρνούμαι ποτέ σε κανένα τη βοήθειά μου όσο κόπο κι αν μου προκαλεί.

Να βρίσκομαι πάντα στο πλευρό των γιατρών και των νοσηλευτών/τριών για την περίθαλψη των αρρώστων και να μην προδίδω τα απόρρητα της εργασίας μου και ό,τι μαθαίνω στην άσκηση των καθηκόντων μου. Παρακαλώ τον Θεό να είναι μάρτυρας και βοηθός στο έργο μου».

Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις μας απορρέουν από όσα προαναφέραμε και από τον όρκο.

Τέλος, η στολή είναι υποχρεωτική κατά την άσκηση της νοσηλευτικής. Το είδος της στολής καθορίζεται με το Π.Δ. 1283/81. Τη χαρακτηρίζει η απλότητα, η ευπρέπεια, η καθαρότητα και μας ξεχωρίζει από τους άλλους επαγγελματίες υγείας, παράλληλα μας προφυλάσσει από λοιμώξεις. Δε χρειάζεται να συνοδεύεται με στολίδια (κοσμήματα, άλλα χρώματα εκτός από λευκό κ.ά.).

Στο αριστερό μέρος του στήθους υποχρεωτικά υπάρχει ειδική κάρτα, στην οποία αναγράφεται το ονοματεπώνυμο, ο τίτλος, το σήμα της σχολής και φωτογραφία.

Είναι πολύ σημαντικό να είμαστε περιποιημένοι, γιατί η παρουσία μας χαρακτηρίζει κατά ένα μέρος και την εργασία μας. Αν είναι κάποιος περιποιημένος και καθαρός, χωρίς εκκεντρικότητες, εμπνέει σεβασμό και καταξιώνεται στο χώρο της εργασίας του.

Ξέρετε ότι...

Σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα για Σωματική βλάβη – Βλάβη της υγείας.

Άρθρο 308, 309 και 310

Π.χ. Κάνετε μετάγγιση αίματος και γίνεται λάθος μετάγγιση ομάδας αίματος. Η ποινή είναι φυλάκιση από 3 μήνες έως 5 χρόνια (επικίνδυνη σωματική βλάβη).

Π.χ. Χορηγείτε σ' ένα διαβητικό υπερβολική δόση ινσουλίνης και πέφτει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε υπογλυκαιμικό κώμα. Η ποινή είναι από 2 έως 5 χρόνια. Αν με δόλο δράσης επεδίωξε το αποτέλεσμα, τιμωρείται με κάθειρξη έως 10 χρόνια.

Άρθρο 252. Παραβίαση υπηρεσιακού απορρήτου.

Ο υπάλληλος που παραβαίνει τα καθήκοντά του και γνωστοποιεί σε άλλον: α) πράγμα, το οποίο γνωρίζει μόνο λόγω της υπηρεσίας του ή β) έγγραφο, που του είναι εμπιστευμένο ή προσιτό λόγω της υπηρεσίας του, αν τέλεσε κάποια από τις πράξεις αυτές, με σκοπό να ωφεληθεί ο ίδιος ή να βλάψει το κράτος ή κάποιον άλλο, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 3 μηνών.

Δραστηριότητες.

Υποδυθείτε ρόλους:

- Προϊσταμένης και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Γιατρού και νοσηλευτή/τριας.
- Νοσηλευτικού προσωπικού και αρρώστου.
- Νοσηλευτικού προσωπικού και συγγενών αρρώστου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Βασική Νοσηλευτική

Αντικειμενικοί Σκοποί:

Μετά τη μελέτη της ενότητας αυτής θα είστε σε θέση:

1. Να διακρίνετε τη σχέση Νοσηλευτικής με την υγεία και την αρρώστια.
2. Να γνωρίζετε βασικά στοιχεία οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος, γενικότερα και ειδικότερα, των νοσοκομείων.
3. Να κατανοήσετε τη σπουδαιότητα κανόνων υγιεινής στο χώρο του νοσοκομείου.
4. Να έχετε θεωρητική γνώση των βασικών νοσηλευτικών αντικειμένων στην παροχή υπηρεσιών υγείας, στο χώρο του νοσοκομείου, όπως η χορήγηση φαρμάκων, η λήψη ζωτικών σημείων, η διατροφή, η καθημερινή φροντίδα των αρρώστων, η μετάγγιση αίματος, οι κατακλίσεις, ο πόνος, η προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, η φροντίδα εγκαυμάτων, η φροντίδα του αρρώστου στο τελικό στάδιο της ζωής του.
5. Να αναγνωρίζετε το ρόλο της Νοσηλευτικής στο χώρο του νοσοκομείου, ώστε να μπορείτε να δίνετε απάντηση στο ερώτημα «τι είναι Νοσηλευτική».

1. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική – Ορισμός Νοσηλευτικής

Το δίπολο «υγεία / αρρώστια» είναι ένα από τα θέματα που απασχολούν όλο και πιο συστηματικά τις σύγχρονες κοινωνίες. Επιστημονικές περιοχές, όπως η ιατρική, η νοσηλευτική, η βιολογία, εμπλέκονται στη διερεύνηση και κατανόηση των παραπάνω όρων, χωρίς όμως να αμφισβητείται και η κοινωνικοπολιτιστική διάσταση αυτών.

Όπως η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό, έτσι και η αντιμετώπιση της αρρώστιας είναι καθήκον κοινωνικής πολιτικής, μέσα από μορφές άμεσης κατανάλωσης ή προσθήκης στην ατομική ευημερία, όπως οι υπηρεσίες υγείας.

Όπως σε κάθε προηγμένη χώρα, έτσι και στην Ελλάδα, υπάρχει ένα οργανωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνει ειδικές υπηρεσίες, σταθμούς, κέντρα και ιδρύματα πρόληψης των ασθενειών, διάγνωσης, νοσηλείας, θεραπείας και αποκατάστασης των ασθενειών, προστασίας και προαγωγής της ατομικής και δημόσιας υγείας. Στην υγειονομική αυτή οργάνωση ανήκουν και τα επαγγέλματα υγείας, ως έκφραση των Επιστημών Υγείας, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και η Νοσηλευτική.

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, το προφίλ του Νοσηλευτικού επαγγέλματος προκύπτει από το συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς σε τομείς άσκησης όπως η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της αρρώστιας, η νοσηλεία των ασθενών, η αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και του κοινωνικού συνόλου.

Σύμφωνα με το νόμο 1579/85 αρ.5, ο επαγγελματικός τίτλος «Νοσηλευτής-τρια» δίνεται στους πτυχιούχους πανεπιστημιακής (ΠΕ) και ανώτερης τριτοβάθμιας (ΤΕ) εκπαίδευσης. Ο επαγγελματικός τίτλος «βοηθός Νοσολευτής/τρια» δίνεται στους απόφοιτους των Μέσων Τεχνικών Επαγγελματικών Σχολών (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.) και στους μέχρι πρόσφατα απόφοιτους των Τεχνικών Επαγγελματικών Λυκείων (ΤΕΛ), με την ειδικότητα της Νοσηλευτικής. Με την εκπαιδευτική μεταρρύθμιση του 1998, η Νοσηλευτική υπάγεται στον τομέα Υγείας Πρόνοιας των Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (ΤΕΕ) στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η Νοσηλευτική εκπαίδευση, επίσης, παρέχεται και από τη Στρατιωτική Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων (ΣΣΑΝ) 4ετούς φοίτησης, από την Ανώτερη Νοσηλευτική Σχολή του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, ενώ υπάρχει πληθώρα ιδιωτικών και κρατικών εκπαιδευτηρίων κατάρτισης (ΙΕΚ), όπου μπορεί να σπουδάσει κανείς τη Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, Τραυματιολογίας,

Χειρουργείου και ογκολογικών παθήσεων.

Οι τομείς άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι: γενικά και ειδικά νοσοκομεία, υγειονομικά κέντρα, σταθμοί Α΄ Βοηθειών, κέντρα υγείας, κέντρα ψυχικής υγείας, ιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, οι υπηρεσίες υγείας του στρατού, του ναυτικού, της αεροπορίας, σχολεία, κατασκηνώσεις, γηροκομεία, ΚΑΠΗ, προγράμματα πρόληψης ή καταπολέμησης επιδημιών, αγωγή υγείας, φορείς νοσηλευτικής εκπαίδευσης, ερευνητικά προγράμματα.

Στη χώρα μας, ο κρατικός φορέας των υπηρεσιών υγείας είναι το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το οποίο με το νόμο 1397/83 έθεσε τις βάσεις για τη δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα ως έκφραση της κοινωνικής πολιτικής. Το Ε.Σ.Υ είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα που καλύπτει όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης – φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμια – δευτεροβάθμια – τριτοβάθμια), δεν είναι και δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμο με τα νοσοκομεία.

Ο αρχικός νόμος τροποποιήθηκε το 1992 με το νόμο 2071/1992 «Περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης του συστήματος υγείας». Σύμφωνα με το νόμο αυτό, η **πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη** περιλαμβάνει τις ιατρικές, νοσηλευτικές, οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και την αποκατάσταση βλαβών της υγείας που δεν απαιτούν νοσηλεία στο νοσοκομείο. Η **δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη** είναι η περίθαλψη που παρέχεται στο νοσοκομείο και η **τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη** απευθύνεται σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες και απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις, εξοπλισμό, ικανότητες προσπέλασης, υψηλό κόστος δημιουργίας, λειτουργίας και συντήρησης μονάδων, όπως Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, ΜΕΘ, Μονάδα Άσηπτης Νοσηλείας (για αιματολογικές παθήσεις).

Ερωτήσεις

1. Τι ονομάζεται υγεία, υγειονομική περίθαλψη και πώς ορίζεται η σχέση τους με τη Νοσηλευτική;
2. Ποιοι είναι οι τομείς άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος;

2. Νοσοκομεία

α. Ορισμός – Διαίρεση – Σκοποί

Νοσοκομεία καλούνται οι χώροι οι οποίοι είναι ειδικά διαρρυθμισμένοι, κατάλληλα εξοπλισμένοι και στελεχωμένοι με το απαραίτητο επιστημονικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό, όπου παρέχεται ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε:

- α) Ιδιωτικά και Δημόσια, ανάλογα με το φορέα στον οποίο ανήκουν.
- β) Γενικά και Ειδικά, ανάλογα με τις ειδικότητες που διαθέτουν.
- γ) Μικρά, μεσαία και μεγάλα, ανάλογα με τον αριθμό των κλινών που διαθέτουν.
- δ) Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ) και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ), ανάλογα με τη νομική τους μορφή.

Τα Γενικά Νοσοκομεία διακρίνονται σε Περιφερειακά και Νομαρχιακά. Τα Περιφερειακά καλύπτουν τις ανάγκες της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία ανήκουν, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας. Σε αυτά επίσης εκπαιδεύονται και νοσηλευτές. (εικ. 1)

Τα Νομαρχιακά λειτουργούν σε κάθε νομό και παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική εκπαίδευση. Επιγραμματικά, οι σκοποί των νοσοκομείων είναι οι εξής:

- α. Νοσηλεία ασθενών.
- β. Πρόληψη μετάδοσης ασθενειών.



Εικ. 1 Άποψη ενός γενικού νοσοκομείου.

γ. Πρόληψη εμφάνισης νόσου.

δ. Εκπαίδευση φοιτητών, σπουδαστών και μαθητών των σχολών επαγγελματιών υγείας.

ε. Έρευνα και μελέτη επιστημών υγείας.

Οι προϋποθέσεις για την επίτευξη των σκοπών αυτών είναι:

α. Η επάρκεια προσωπικού, υλικού και τεχνικών μέσων.

β. Η καλή διοικητική οργάνωση, ο προγραμματισμός, ο συντονισμός και ο έλεγχος όλων των εργασιών στις τέσσερις κεντρικές υπηρεσίες (Διοικητική, Τεχνική, Νοσηλευτική, Ιατρική).

γ. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση εντός του νοσοκομείου και η δυνατότητα μετεκπαίδευσης του προσωπικού.

δ. Η υγιεινή του φυσικού χώρου.

ε. Η ηθική και υλική ικανοποίηση των εργαζομένων στο χώρο.

β. Οργάνωση και Διοίκηση Νοσοκομείων

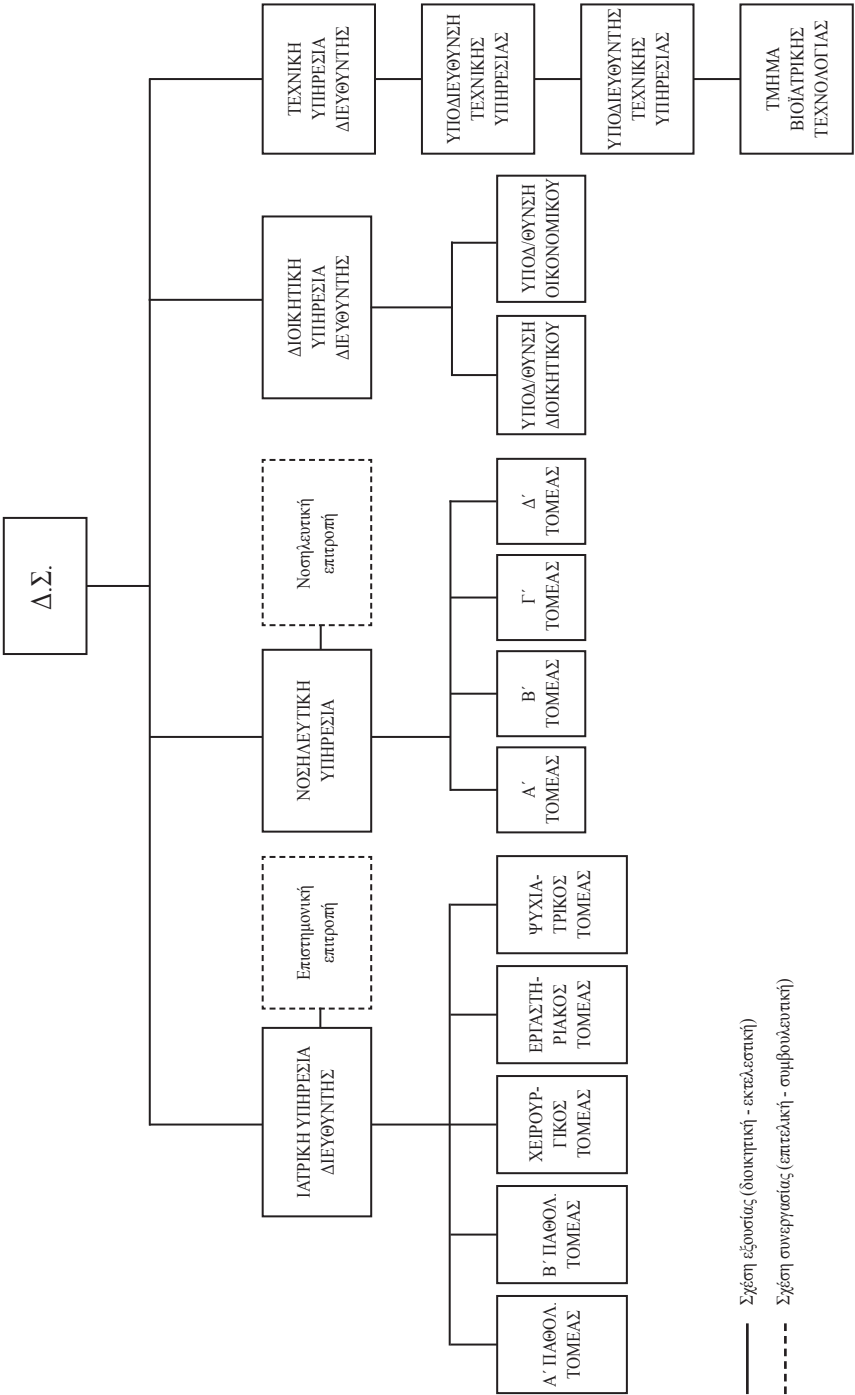
Τα νοσοκομεία υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και διοικούνται από Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ), η σύνθεση του οποίου προβλέπεται από σχετικές νομοθετικές διατάξεις.

Το οργανόγραμμα ενός κρατικού νοσοκομείου μπορεί να έχει την παρακάτω μορφή του σχήματος που παρατίθεται (σχήμα 1).

Οι βασικοί χώροι εσωτερικής διαίρεσης ενός νοσοκομείου αδρά είναι οι εξής:

1. Αίθουσα Διοικητικού Συμβουλίου.
2. Γραφείο Διευθυντή / Υποδιευθυντή.
3. Γραφείο Γραμματείας και Υπαλλήλων.
4. Γραφείο Οικονομικής Υπηρεσίας – Λογιστήριο.
5. Γραφείο Διευθυντών Τομέων και Κλινικών.
6. Γραφείο Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.
7. Νοσηλευτικές μονάδες ή τμήματα – Γραφείο τομεαρχών – προϊσταμένων.
8. Κεντρική Αποστείρωση.
9. Εξωτερικά Ιατρεία.
10. Τμήμα Εισαγωγής Ασθενών ή Γραφείο Κίνησης.
11. Γραφείο Κοινωνικής Υπηρεσίας.
12. Χειρουργεία.

Σχήμα 1
ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



13. Εργαστήρια.
14. Φαρμακείο.
15. Εκκλησία.
16. Νεκροθάλαμος.
17. Μαγειρεία.
18. Πλυντήριο – Σιδερωτήριο.
19. Ραφείο.
20. Γραφείο Τεχνικής Υπηρεσίας.
21. Αποθήκες Υλικού.
22. Μηχανοστάσιο.
23. Τραπεζαρία Προσωπικού.
24. Τμήμα Αιμοδοσίας.

Ανάλογα με το είδος του νοσοκομείου είναι δυνατό να υπάρχουν και άλλες υποδιαιρέσεις, π.χ. τμήμα φυσιοθεραπείας σε ορθοπαιδικά νοσοκομεία ή εργοθεραπείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Ερωτήσεις

1. Ποιες είναι οι κατηγορίες των νοσοκομείων και ποιοι είναι οι σκοποί τους;
2. Ποιοι είναι οι βασικοί χώροι διαίρεσης ενός νοσοκομείου;

3. Νοσηλευτικό Τμήμα

α. Εσωτερική Διαίρεση

Νοσηλευτικό τμήμα είναι ο χώρος του νοσοκομείου, όπου νοσηλεύονται οι ασθενείς. Ο αριθμός των ασθενών είναι ανάλογος με τη χωρητικότητα του τμήματος και συνήθως, στα μεγάλα νοσοκομεία, ο αριθμός αυτός ανέρχεται στους 30 ως 50 ασθενείς. Κάθε τμήμα παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα, ανάλογα με τους νοσηλευόμενους ασθενείς. Σε παθολογικό τμήμα νοσηλεύονται ασθενείς με παθολογικά προβλήματα, σε χειρουργικό τμήμα νοσηλεύονται ασθενείς με χειρουργικά προβλήματα. Η εύρυθμη λειτουργία του εξαρτάται από την οργάνωση και διοίκηση της νοσηλευτικής και ιατρικής υπηρεσίας, από την καταλληλότητα των χώρων, την επάρκεια υλικών και προσωπικού και την καλή συνεργασία.

Σε ένα νοσηλευτικό τμήμα υπάρχουν οι παρακάτω χώροι:

α) Δωμάτια ασθενών με ένα, δύο, τρία και περισσότερα κρεβάτια. (εικ. 2)

β) Δωμάτιο προετοιμασίας της νοσηλείας ή Κέντρο νοσηλείας. (εικ. 3)



Εικ. 2 Τρίκλινο δωμάτιο με την απαραίτητη επίπλωση.



Εικ. 3 Κέντρο νοσηλείας.

γ) Γραφείο προϊσταμένης νοσηλευτικού τμήματος.

δ) Γραφείο διευθυντού ιατρικής υπηρεσίας τμήματος.

ε) Γραφείο νοσηλευτών. (εικ. 4)

στ) Γραφείο γιατρών.

ζ) Κουζίνα, όπου έρχεται η τροφή από τα μαγειρεία και ετοιμάζεται, για να σερβιριστεί στους αρρώστους – στα σύγχρονα νοσοκομεία έχει καταργηθεί και εφαρμόζεται η κεντρική διανομή από τα μαγειρεία.



Εικ. 4 Γραφείο νοσηλευτών.

η) Βοηθητικοί χώροι (αποθήκες, τουαλέτες).

θ) Αίθουσα αναμονής συνοδών και επισκεπτών των ασθενών.

β. Δωμάτιο Ασθενούς – Επίπλωση Δωματίου

Είναι ο χώρος διαμονής του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο. Στις μέρες μας καταβάλλονται προσπάθειες ο χώρος αυτός να είναι ευχάριστος και φιλικός προς τον άρρωστο, είτε με την κατάλληλη διακόσμηση, είτε με χρώματα, σε αντίθεση με το παρελθόν, όπου επικρατούσε το λευκό χρώμα. Ο αριθμός των κρεβατιών ποικίλλει και υπάρχουν δωμάτια με 3 ως 6 κρεβάτια και άλλα με 1 ως 2 κρεβάτια.

Απαραίτητες προϋποθέσεις που χαρακτηρίζουν την καταλληλότητα του περιβάλλοντος, θεωρούνται οι εξής:

1. Ευρύχωρο δωμάτιο: πρέπει να υπάρχει απόσταση μεταξύ των κρεβατιών τουλάχιστον 0,5 m, ώστε να ορίζεται επαρκώς ο προσωπικός χώρος του ασθενούς.
2. Ευάερο και ευήλιο δωμάτιο.
3. Να μην υπάρχουν κοντινές πηγές θορύβου (π.χ. αυτοκινητόδρομος).
4. Να υπάρχει ελεύθερος ορίζοντας (π.χ. να μην υπάρχει απέναντι από το δωμάτιο πολυκατοικία).
5. Το χρώμα των τοίχων να είναι ανοιχτό και να ξεκουράζει τον άρρωστο.
6. Το δάπεδο να είναι κατασκευασμένο από υλικό που καθαρίζεται και απολυμαίνεται εύκολα.

7. Να μην υπάρχουν γωνίες και εσοχές που καθαρίζονται δύσκολα.
8. Να υπάρχει μια λιτή και ευχάριστη διακόσμηση στους τοίχους.
9. Να μην υπάρχουν περιττά έπιπλα, παρά μόνο αυτά που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο άρρωστος και ένας συνοδός του.
10. Να υπάρχει ντουλάπα και τουαλέτα για το κάθε δωμάτιο. (εικ. 5)



Εικ. 5 Κάθε δωμάτιο έχει την τουαλέτα του.

Συγκεκριμένα, η επίπλωση του δωματίου πρέπει να αποτελείται από:

1. Το κρεβάτι του ασθενούς (απλό, σύνθετο, περιστρεφόμενο, πολύσπαστο, ορθοπαιδικό, αντίρροπο).
2. Το κομοδίνο του ασθενούς, στο οποίο πλέον είναι ενσωματωμένο και το τραπέζιδο φαγητού.
3. Τα καθίσματα.
4. Το παραβάν.
5. Κεντρικές υποδοχές οξυγόνου–κενού αέρα για το κάθε κρεβάτι.
6. Κεντρικός και ατομικός φωτισμός, όπως, επίσης, ατομικό σύστημα ειδοποίησης.
7. Ενσωματωμένη βάση στον τοίχο για τηλεόραση.
8. Θερμόμετρο τοίχου, καλάθι αχρήστων.
9. Κουρτίνες ή περσίδες για τα παράθυρα.

Η καθαριότητα και απολύμανση των υλικών κατασκευής των επίπλων, εκτός από την αισθητική, είναι βασικός παράγοντας για την επιλογή τους.

γ. Εξαρτήματα κρεβατιού – Ιματισμός

Υλικά και εξαρτήματα που χρησιμοποιούνται για την καλύτερη νοσηλεία και ανάπαυση του ασθενούς είναι τα παρακάτω:

1. Ερεισινότο που ρυθμίζει το ύψος της πλάτης του ασθενούς στις διάφορες θέσεις (ημι-fowler, fowler κ.λπ.).
2. Στεφάνη, για να υποβαστάζει τα κλινοσκεπάσματα, όταν δεν πρέπει να έρχονται σε επαφή με το σώμα του αρρώστου.
3. Προφυλακτικά κάγκελα που ενσωματώνονται στο κρεβάτι για αποφυγή πτώσεων του αρρώστου.
4. Κύβοι για να ανασηκώνεται το κρεβάτι, όταν δεν έχει ανάλογο μηχανισμό ανύψωσης.
5. Αεροθάλαμος για προστασία από τις κατακλίσεις.
6. Θερμοφόρα, παγοκύστη.
7. Στρώματα διαφόρων ειδών (από βαμβάκι, κοκοφοίνικα, μαλλί, αφρολέξ, με εναλλασσόμενη πίεση αέρα ή νερό για ειδικές περιπτώσεις).
8. Ιματισμός κρεβατιού: μαξιλάρια, κουβέρτες μάλλινες, σεντόνια, ημισέντονα, αδιάβροχα, κάλυμμα κρεβατιού, μαξιλαροθήκες, στρωματοθήκες.

Τα μαξιλάρια πρέπει να είναι μαλακά, αναπνευστικά και να διατηρούνται καθαρά. Υπάρχουν ειδικά καλύμματα-θήκες, που πλένονται εύκολα και προστατεύουν το υλικό κατασκευής, πάνω από τις οποίες τοποθετούνται οι μαξιλαροθήκες ή έτοιμα αδιάβροχα και πλενόμενα μαξιλάρια. Λινό ή βαμβακερό ύφασμα χρησιμοποιείται για τις μαξιλαροθήκες οι οποίες πρέπει να είναι κατά 1/3 πλατύτερες από το μαξιλάρι, ώστε αυτό να διατηρείται δροσερό και ν' αερίζεται εύκολα.

Οι μάλλινες κουβέρτες πρέπει να είναι ελαφρές, ζεστές και μεγάλες, να διατηρούνται καθαρές, γιατί το κόστος αλλαγής είναι μεγάλο και κατά τη θερινή περίοδο πρέπει ν' αποθηκεύονται. Προστατεύονται με τη χρήση του καλύμματος του κρεβατιού, το οποίο μπορεί να είναι λινό ή βαμβακερό και πρέπει να αλλάζει με την έξοδο του ασθενούς.

Τα σεντόνια πρέπει να είναι 0,5 m μεγαλύτερα από το μήκος και το πλάτος του στρώματος, κατασκευασμένα από λινό ή βαμβακερό ύφασμα. Πρέπει ν' αλλάζουν καθημερινά. Το ημισέντονο και το αδιάβροχο χρησιμοποιούνται, για να προστατεύονται τα σεντόνια και το στρώμα από διάφορες εκκρίσεις του ασθενούς, το δε ημισέντονο, κατασκευασμένο από το ίδιο ύφασμα με τα σεντόνια, μπορεί ν' αλλάζει περισσότερες από μία φορά την ημέρα.

Οι στρωματοθήκες χρησιμοποιούνται για την προστασία του στρώματος, είναι από αδιάβροχο ύφασμα και αλλάζονται κάθε φορά που λερώνονται και πάντα κατά την έξοδο του ασθενούς, εκτός αν το στρώμα είναι αδιάβροχο.

Ο ιματισμός, γενικότερα, πρέπει να αντικαθίσταται κάθε φορά που παρατηρούνται φθορές και να ενισχύεται με νέες παραλαβές, ώστε να υπάρχει πάντα επάρκεια για την κάλυψη των αναγκών.

Ιδιαιτερότητα παρουσιάζει το κρεβάτι του αρρώστου σε ΜΕΘ, λόγω αυξημένων αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας. Η τεχνολογική πρόοδος συνέβαλε, ώστε οι ανάγκες αυτές να καλύπτονται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Βασικές Αρχές Νοσηλείας.

Η φροντίδα όλων των υλικών και η διατήρηση καθαρού περιβάλλοντος συμβάλλουν στην καλύτερη προσαρμογή των ασθενών στο χώρο του νοσοκομείου. Οι βασικές αρχές νοσηλείας έχουν ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα και είναι οι εξής:

1. Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού. Προαγωγή της υγείας.
2. Σχεδιασμός, οργάνωση και προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.
3. Προστασία ασθενών από ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις και ατυχήματα.
4. Σεβασμός στην προσωπικότητα και την ατομικότητα του κάθε αρρώστου, με τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και εχεμύθειας.

Ερωτήσεις

1. Τι είναι το νοσηλευτικό τμήμα και από ποιους χώρους αποτελείται;
2. Ποιες προϋποθέσεις χαρακτηρίζουν την καταλληλότητα του περιβάλλοντος νοσηλείας ασθενών;
3. Η επίπλωση του δωματίου ασθενών από ποια αντικείμενα πρέπει να αποτελείται;
4. Ποιες είναι οι βασικές αρχές νοσηλείας;

4. Ο άρρωστος στο Νοσοκομείο

α. Εισαγωγή του ασθενούς στο Νοσοκομείο

Η εμφάνιση κάποιου προβλήματος υγείας και η ανάγκη νοσηλείας προσδίδει στον άρρωστο ιδιαίτερο άγχος, που δεν αφορά μόνο στο οργανικό πρόβλημά του. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο διακόπτει τον κανονικό ρυθμό και τρόπο ζωής του. Ο άρρωστος δεν είναι μόνο μια περίπτωση νόσου, αλλά ένα άτομο που είναι μέλος μιας οικογένειας, πολίτης μιας κοινωνίας, εργαζόμενος μιας υπηρεσίας. Είναι ένα άτομο που πάσχει και αναγκάζεται ν' αφήσει την οικογένειά του, τη δουλειά του, τους φίλους και να προσαρμοστεί σ' ένα ξένο περιβάλλον, όπου η αδράνεια και η εξάρτηση είναι ιδιαίτερα αισθητές από τον ίδιο. Είναι υποχρέωση, λοιπόν, όλων όσοι εργάζονται στον τομέα υγείας, να γνωρίζουν την πολυδιάστατη έννοια της νόσου, ώστε να έχουν την ενδεδειγμένη συμπεριφορά προς τον ίδιο τον άρρωστο και προς την οικογένειά του.

β. Εξωτερικά ιατρεία – Ρόλος Νοσηλευτικού προσωπικού

Ο χώρος των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου είναι το σημείο της πρώτης επαφής του αρρώστου με το νοσοκομείο. Διαθέτει μια κεντρική αίθουσα, γραφεία ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού, ιατρεία ειδικοτήτων για εξέταση των ασθενών, χώρους βραχείας νοσηλείας, κεντρική παροχή οξυγόνου και σύστημα αναρρόφησης, φορεία, τροχήλατες καρέκλες, βοηθητικούς χώρους. Είναι εφοδιασμένος με φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό και μηχανήματα για την αντιμετώπιση όλων των περιστατικών που μπορεί να προσέλθουν στο νοσοκομείο. Βρίσκεται σε ετοιμότητα υποδοχής αρρώστων 24 ώρες το 24ωρο ή λιγότερο, ανάλογα με το σύστημα εφημερίας.

Το προσωπικό αποτελείται από την προϊσταμένη, τους νοσηλευτές/τριες, τους βοηθούς νοσηλευτών/τριών, τους τραυματιοφορείς, τη γραμματεία και το βοηθητικό προσωπικό. Ιατρικό προσωπικό δεν υπάρχει μόνιμο και οι ανάγκες καλύπτονται από γιατρούς των κλινικών που εφημερεύουν. Σήμερα γίνεται προσπάθεια στελέχωσης με μόνιμο ιατρικό προσωπικό επειγόντων ιατρείων. Συνήθως, κάθε μέρα εφημερεύει μια παθολογική και μια χειρουργική κλινική. Αν πρόκειται για περίπτωση άλλης ειδικότητας, καλείται γιατρός της αντίστοιχης κλινικής, εφόσον δεν υπάρχει εξωτερικό ιατρείο της συγκεκριμένης ειδικότητας. Στα μεγάλα νοσοκομεία υπάρχουν εξωτερικά ιατρεία των περισσότερων ειδικοτήτων, για την κάλυψη των αναγκών.

Οι σκοποί της ύπαρξης των εξωτερικών ιατρείων, εκτός από τη συμβολή τους στην εισαγωγή ασθενών στο νοσοκομείο, είναι:

α) Παρακολούθηση ασθενών με χρόνιες παθήσεις και ασθενών που δε χρειάζονται νοσοκομειακή φροντίδα.

β) Διενέργεια εμβολιασμών, προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής και αγωγής υγείας.

γ) Παροχή πρώτων βοηθειών.

Η εισαγωγή των ασθενών, μέσω εξωτερικών ιατρείων, γίνεται είτε με κανονικό εισιτήριο, είτε ως επείγον περιστατικό από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ή το τμήμα επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.) αντίστοιχα. Με όποιον από τους δυο τρόπους και αν έρθει ο άρρωστος, η διαδικασία εισαγωγής είναι τυπική και εξατομικευμένη για την κάθε περίπτωση. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Η σειρά των εργασιών έχει ως εξής:

1. Αξιολόγηση της κατάστασης του αρρώστου.

Είναι περιπατητικός ή όχι; Ήρθε με φορείο ή καρέκλα και γιατί; Επικοινωνεί ή όχι; Είναι ατύχημα; Είναι τραυματισμένος; Αιμορραγεί; Πονά και πού; Αν υπάρχει συνοδός και ο άρρωστος δεν επικοινωνεί, οι πληροφορίες δίνονται από αυτόν. Αν όχι, από τον τραυματιοφορέα, εφόσον γνωρίζει.

2. Τοποθέτηση στο εξεταστικό κρεβάτι – Κλήση του γιατρού που θα τον εξετάσει, αν δε βρίσκεται ήδη στο εξωτερικό ιατρείο.

3. Καταγραφή των στοιχείων του αρρώστου. (Ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, κατάσταση, ώρα προσέλευσης, ηλικία, πιθανή διάγνωση στο βιβλίο/μητρώο εισαγωγών).

4. Λήψη ζωτικών σημείων και ηλεκτροκαρδιογραφήματος.

5. Βοήθεια στην κλινική ιατρική εξέταση. Ο υπεύθυνος νοσηλευτής παραμένει δίπλα στον άρρωστο κατά την εξέταση και φροντίζει να μην εκτεθεί ή νιώσει αμήχανα. Μετά την εξέταση γράφεται το εισιτήριο, δίνεται στο γραφείο κίνησης και εκδίδεται το δελτίο εισαγωγής. Ανοίγεται φάκελος ιστορικού.

6. Φροντίδα για την πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων (αιματολογικές, ούρων, α/α θώρακος).

7. Ενημέρωση του νοσηλευτικού τμήματος για την εισαγωγή.

8. Ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του. Αν δεν υπάρχουν συνοδοί και στο τμήμα υπάρχει χώρος, ο άρρωστος παίρνει ό,τι έχει μαζί του, αν όχι, καταγράφονται τα αντικείμενα σε ειδικό έντυπο και στέλνονται στην αποθήκη ιματισμού ασθενών, για να τα πάρει ο άρρωστος την ημέρα εξόδου του από το νοσοκομείο.

9. Κλήση του τραυματιοφορέα για τη μεταφορά του ασθενούς μαζί με το φάκελό του στο αντίστοιχο νοσηλευτικό τμήμα.

Η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσηλευτικό τμήμα, πλέον, ολοκληρώνεται με την παρακάτω διαδικασία:

1. Ο άρρωστος φτάνει στο τμήμα, περιπατητικός ή με καρέκλα ή με φορείο, με τη συνοδεία νοσοκόμου.

2. Ο φάκελος και το δελτίο εισαγωγής παραδίδονται στην προϊσταμένη ή την/τον υπεύθυνη/νο νοσηλεύτρια/τή, που υποδέχεται τον άρρωστο, αποκαλώντας τον με το όνομά του στον πληθυντικό.

3. Ο άρρωστος οδηγείται στο δωμάτιό του, όπου του παρουσιάζεται ο προσωπικός του χώρος (κρεβάτι, κομοδίνο, καρέκλα, ντουλάπα) και η τουαλέτα, που μπορεί να χρησιμοποιεί. Η προετοιμασία του χώρου και το στρώσιμο του κρεβατιού πρέπει να έχουν γίνει ήδη, γιατί προηγείται τηλεφωνική ενημέρωση για την εισαγωγή.

4. Γίνεται σύσταση με τους άλλους ασθενείς, αν το δωμάτιο είναι κοινό.

5. Ετοιμάζεται ο ατομικός φάκελος του ασθενούς, που περιλαμβάνει: δελτίο νοσηλείας, δελτίο ιατρικών οδηγιών, δελτίο φαρμάκων, θερμομετρικό διάγραμμα και συμπληρώνονται τα απαραίτητα στοιχεία. Εδώ τοποθετούνται και οι εξετάσεις που έχει κάνει κατά την εισαγωγή του, ενώ φυλάσσεται σε θυρίδα ο φάκελος εισαγωγής.

6. Παρατηρείται η γενική κατάσταση του ασθενούς, μετράται το σωματικό βάρος, ακολουθεί η λήψη ζωτικών σημείων και νοσηλευτικού ιστορικού.

7. Εξηγείται στον άρρωστο η διαδικασία επικοινωνίας με το προσωπικό, αν υπάρχει ανάγκη και ότι, σύμφωνα με το πρόγραμμα νοσηλείας, το προσωπικό είναι υπεύθυνο για την κάλυψη όλων των αναγκών του κατά τη διάρκεια παραμονής του στο τμήμα.

8. Είναι χρήσιμο να εξηγείται στον άρρωστο και στους συνοδούς του ο τρόπος λειτουργίας του τμήματος και του νοσοκομείου, γενικότερα, μέσω έτοιμων εντύπων ή προφορικής παρουσίασης.

9. Τέλος, ειδοποιείται ο γιατρός να εξετάσει εκ νέου τον άρρωστο, εκτός και αν πρόκειται για κάτι πολύ επείγον, οπότε όλες οι παραπάνω ενέργειες επιταχύνονται και δίνεται προτεραιότητα στην αντιμετώπιση άμεσων προβλημάτων.

γ. Έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο

Όσο και αν θεωρηθεί ότι οι άριστες συνθήκες νοσηλείας, το φιλικό περιβάλλον, η ικανοποιητική ιατρική παρακολούθηση, η επιτυχημένη διεξαγωγή εξετάσεων ή χειρουργικών επεμβάσεων είναι στοιχεία που διαμορφώνουν ευχάριστο κλίμα διαμονής στο νοσοκομείο, κάποια στιγμή όλοι οι ασθενείς επιθυμούν να επιστρέψουν στο σπίτι τους. Απαιτείται έγκαιρη ενημέρωση και κατάλληλη προετοιμασία για την αποχώρηση. Διαδικαστικά, εκδίδεται το εξιτήριο από το γιατρό και, εφόσον ο άρρωστος με τη βοήθεια του προσωπικού ετοιμάσει τα πράγματά του, έχει λάβει τις κατάλληλες οδηγίες, περιπατητικός, με καρέκλα ή φορείο και τη συνοδεία νοσοκόμου, εξέρχεται από το νοσοκομείο, έχοντας στη μνήμη του ευχάριστες και δυσάρεστες στιγμές. Στην περίπτωση που απαιτείται φορείο, προηγουμένως καλείται ασθενοφόρο.

Αν ο άρρωστος αποφασίσει να φύγει από το νοσοκομείο χωρίς τη συγκατάθεση του γιατρού, υπογράφει δήλωση ότι έφυγε με τη θέλησή του και χωρίς την έγκριση του γιατρού, για να απαλλαγούν των ευθυνών ο γιατρός και το νοσοκομείο.

Υπάρχουν περιπτώσεις, όπου ο άρρωστος δεν επιστρέφει σπίτι του, αλλά διακομίζεται είτε σε άλλο νοσοκομείο, είτε σε ίδρυμα ανιάτων ή κέντρο αποκατάστασης. Εξιτήριο εκδίδεται και στις περιπτώσεις αυτές. Μερικοί ασθενείς δεν εξέρχονται ζώντες από το νοσοκομείο. Εδώ απαιτείται ειδική φροντίδα νεκρού. Εκδίδεται εξιτήριο και πιστοποιητικό θανάτου.

Ερωτήσεις

1. Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων: Δώστε μια σύντομη περιγραφή. Ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού των εξωτερικών ιατρείων;
2. Πώς γίνεται η εισαγωγή ενός ασθενούς στο νοσοκομείο;
3. Τι ακολουθεί μετά την εισαγωγή και την εγκατάσταση του ασθενούς στο νοσηλευτικό τμήμα;
4. Πώς γίνεται η έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο;

5. Ιατρική εξέταση

Γίνεται από τους γιατρούς με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού και έχει ως κύριο σκοπό τη σωστή διάγνωση της ασθένειας. Περιλαμβάνει:

1. Τη λήψη ιατρικού ιστορικού.
2. Την κλινική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση, επίκρουση, ακρόαση).
3. Τη λήψη ζωτικών σημείων.
4. Τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις.

α. Ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού

Η παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την ιατρική εξέταση δεν έχει μόνο υποστηρικτικό ρόλο για τον άρρωστο, αλλά είναι ουσιαστικής σημασίας για την επιτυχή διεξαγωγή της. Αναλυτικότερα, στα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού περιλαμβάνονται:

1. Η ενημέρωση του αρρώστου για την εξέταση, το σκοπό της, την προετοιμασία που απαιτείται και τη διαδικασία πραγματοποίησής της, ώστε να επιτευχθεί συνεργασία με τον ασθενή.
2. Η προετοιμασία των αντικειμένων και των οργάνων που θα χρησιμοποιηθούν.
3. Η προετοιμασία του ίδιου του ασθενούς με την τοποθέτησή του στην κατάλληλη θέση.
4. Η συλλογή δειγμάτων για εργαστηριακές εξετάσεις και η έγκαιρη αποστολή τους στο εργαστήριο.

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να είναι συνεπές προς τα καθήκοντα αυτά, εφόσον έχει και τις απαραίτητες γνώσεις, τόσο για το σκοπό, τον τόπο, τον τρόπο και την προετοιμασία της εξέτασης, όσο και για τα κατάλληλα αντικείμενα και όργανα που θα χρησιμοποιηθούν.

Τα κυριότερα από αυτά είναι: θερμόμετρο, πιεσόμετρο (σφυγμομανόμετρο), στηθοσκόπιο και όργανα με τα οποία εξετάζονται εσωτερικές κοιλότητες του οργανισμού (ωτοσκόπιο, οφθαλμοσκόπιο, ρινοσκόπιο, λαρυγγοσκόπιο, βρογχοσκόπιο, κυστεοσκόπιο, ορθοσκόπιο, κολονοσκόπιο).

Απαραίτητη είναι, επίσης, η προετοιμασία ενός τροχήλατου νοσηλείας, στο οποίο

θα βρίσκονται: οινόπνευμα, βαμβάκι, γάζες, λαβίδες, γλωσσοπίεστρα, παραμάνες, νεφροειδή, βαζελίνη, γάντια, αντισηπτικά, λευκοπλάστ, σύριγγες, φυσιολογικός ορός, σφυρί νευρολογικής εξέτασης.

β. Βασικές θέσεις αρρώστου κατά την ιατρική εξέταση

1. Εξέταση στήθους – καρδιάς.

Ο άρρωστος τοποθετείται σε ύπτια θέση μ' ένα μαξιλάρι και τα χέρια παράλληλα προς το σώμα του. Τα κλινοσκεπάσματα κατεβαίνουν μέχρι τη μέση και εκτίθεται το μέρος του σώματος που θα εξεταστεί. Το κεφάλι στρέφεται προς το αντίθετο μέρος του γιατρού.

2. Εξέταση πνευμόνων.

Ο άρρωστος τοποθετείται σε καθιστή θέση, στο ύψος των μηρών και τοποθετείται μαξιλάρι, όπου μπορεί να ακουμπά τα χέρια του. Ανασηκώνεται το νυχτικό του στο ύψος των ώμων, όπου και συγκρατείται. Αν ο άρρωστος αδυνατεί να μείνει καθιστός, η εξέταση γίνεται σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση.

3. Εξέταση μαστών.

Η ασθενής τοποθετείται σε καθιστή θέση, αφαιρείται το νυχτικό, στρέφεται το κεφάλι προς το αντίθετο μέρος του γιατρού. Ακολουθούνται οι οδηγίες που δίνει ο γιατρός για την ολοκλήρωση της εξέτασης.

4. Εξέταση κοιλιάς.

Η θέση του ασθενούς είναι ύπτια με λυγισμένα τα γόνατα προς την κοιλιά. Αποκαλύπτεται μόνο η περιοχή της κοιλιάς.

5. Εξέταση κάτω άκρων.

Η θέση του ασθενούς είναι, επίσης, ύπτια. Εκθέτονται και τα δύο άκρα, για να γίνεται σύγκριση υγιούς και πάσχοντος, με τα σκεπάσματα να διπλώνονται προς τα πάνω, στο σημείο της μέσης.

6. Γυναικολογική εξέταση.

Τοποθετείται η ασθενής ύπτια με λυγισμένα τα γόνατα προς την κοιλιά σε απαγωγή μεταξύ τους και εκτίθεται από τη μέση και κάτω, ανασηκώνοντας το σεντόνι από κάτω προς τα πάνω. Χρειάζονται γάντια και βαζελίνη. Προηγουμένως απαιτείται η ασθενής να ουρήσει, να εκκενώσει το έντερο και να κάνει καθαριότητα στην περιοχή. Καλό είναι να τοποθετείται υποσέντονο μιας χρήσης στο κρεβάτι.

7. Δακτυλική εξέταση.

Ο ασθενής τοποθετείται σε πλάγια θέση με τα γόνατα λυγισμένα προς την κοιλιά,

έτσι ώστε να εκτίθεται από τη μέση και κάτω, κυρίως στην περιοχή των γλουτών, χρησιμοποιώντας γάντια και βαζελίνη. Η δακτυλική εξέταση μπορεί να γίνει και σε γυναικολογική θέση.

Ερωτήσεις

1. Ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την ιατρική εξέταση;
2. Ποια είναι η κατάλληλη θέση του ασθενούς κατά την εξέταση στήθους-καρδιάς, κατά την εξέταση των πνευμόνων ή την εξέταση κοιλιάς;

6. Εφαρμογές Ασηψίας, Αντισηψίας, Αποστείρωσης στη Νοσηλευτική

Μέχρι το 19ο αι. και την ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων των λοιμώξεων, η καθαριότητα στα νοσοκομεία και τα χειρουργεία ήταν πρωτόγονη και οι γνώσεις για τη μόλυνση, απολύμανση, ασηψία, αντισηψία και αποστείρωση ήταν άγνωστες.

Σήμερα, οι όροι αυτοί είναι γνωστοί, όπως, επίσης, είναι γνωστή και η αναγκαιότητα πρόληψης της ανάπτυξης και του πολλαπλασιασμού των μικροοργανισμών, ώστε να μειωθεί η θνησιμότητα από λοιμογόνους παράγοντες. Εν τούτοις, παρά την πρόοδο και την επιστημονική εξέλιξη, ως σοβαρό και δυσεπίλυτο πρόβλημα παραμένουν οι ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις. Στο σημείο αυτό, θεωρείται απαραίτητο να δοθούν οι ορισμοί των παραπάνω όρων, για την κατανόηση του θέματος.

Μόλυνση: είναι η απλή εγκατάσταση των μικροβίων σε μια επιφάνεια ή σημείο του σώματος, χωρίς υποχρεωτικά ν' αναπτυχθεί λοίμωξη.

Λοίμωξη: είναι η εγκατάσταση, η ανάπτυξη και ο πολλαπλασιασμός των μικροβίων τοπικά με τη μορφή φλεγμονής (ερυθρότητα, πόνος, αύξηση θερμοκρασίας, οίδημα) και γενικά στον ανθρώπινο οργανισμό, με εκδηλώσεις ρίγους, πυρετού, κακουχίας.

Ασηψία: είναι η παρεμπόδιση της μόλυνσης με την προληπτική καταστροφή των μικροβίων, των σπόρων και των τοξινών τους, σε κάθε αντικείμενο ή υλικό που θα έρθει σε επαφή με τον άρρωστο ή ακόμη και σ' ένα συγκεκριμένο χώρο. Ουσιαστικά πρόκειται για την πλήρη απουσία μικροβίων, σπόρων και τοξινών, που επιτυγχάνεται με την αποστείρωση.

Αποστείρωση: είναι η διαδικασία κατά την οποία όλα τα μικρόβια, οι σπόροι και οι τοξίνες τους καταστρέφονται. Τα υλικά ή τα αντικείμενα που έχουν υποβληθεί σ' αυτή τη διαδικασία ονομάζονται αποστειρωμένα ή άσηπτα. Η παραμονή, έστω και ενός μικροοργανισμού ζωντανού, καθιστά την αποστείρωση ανεπαρκή.

Απολύμανση: είναι η διαδικασία κατά την οποία επιτυγχάνεται μερική καταστροφή των μικροβίων (όχι των σπόρων) με την επίδραση φυσικών ή χημικών μέσων, που ονομάζονται απολυμαντικά. Αναφέρεται σε άψυχα αντικείμενα ή υλικά π.χ. απολύμανση νερού, δωματίων, κατοικιών, εργαλείων κ.λπ. Για τους ζωντανούς οργανισμούς, χρησιμοποιείται ο όρος αντισηψία, π.χ. αντισηψία δέρματος, βλεννογόνων.

Τα απολυμαντικά, ανάλογα με τη δράση τους, χωρίζονται σε:

Βακτηριοκτόνα: καταστρέφουν τα μικρόβια, όχι όμως τους σπόρους τους.

Βακτηριοστατικά: προκαλούν βλάβες στα μικρόβια, αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό τους, αλλά μετά το τέλος της επίδρασής τους τα μικρόβια πολλαπλασιάζονται κανονικά.

Σποροκτόνα: καταστρέφουν και τους σπόρους των μικροβίων. Όταν χρησιμοποιούνται, μπορούν να πετύχουν αποστείρωση, όχι μόνο απολύμανση.

Προσοχή! Τα απολυμαντικά έχουν βλαπτική επίδραση στους ζωντανούς ιστούς και δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται στο ανθρώπινο σώμα.

Αντισηψία: είναι η εξουδετέρωση των μικροοργανισμών που προκαλούν μόλυνση και επομένως η αναστολή ανάπτυξης και πολλαπλασιασμού παθογόνων μικροοργανισμών με τη χρήση αντισηπτικών ουσιών, κατάλληλων για ζωντανούς οργανισμούς (δέρμα). Τα κυριότερα αντισηπτικά είναι το οινόπνευμα, το ιώδιο, το Betadine, το υπερμαγγανικό κάλιο, η φορμόλη, οι σαπωνίνες (cetavlon). Όλες οι αντισηπτικές ουσίες σε μεγαλύτερη πυκνότητα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως απολυμαντικά.

Η επίδραση των αντισηπτικών και απολυμαντικών επηρεάζεται από την πυκνότητα, τη θερμότητα, το χρόνο δράσης του διαλύματος, τη φύση του μικροβίου, το βαθμό καθαρότητας του αντικειμένου.

α. Μέθοδοι Αποστείρωσης

1. Βρασμός.

Είναι παλιά μέθοδος αποστείρωσης και έχει μειονεκτήματα: Δεν καταστρέφει όλους τους μικροοργανισμούς και ειδικά τους σπόρους τους, δε γίνεται σωστή χρήση της, όσον αφορά το χρόνο, τα εργαλεία σκουριάζουν και δεν κόβουν καλά. Σήμερα έχει, σχεδόν, εγκαταλειφθεί.

2. Αποστείρωση με ατμό ή υγρή θερμότητα (αυτόκαυστο).

Είναι η καλύτερη μέθοδος αποστείρωσης. Γίνεται σε ειδικούς κλιβάνους με ισχυρά και παχιά τοιχώματα, που μπορούν ν' αντέξουν σε υψηλές πιέσεις. Η αρχή λειτουργίας τους στηρίζεται στους εξής παράγοντες: α) Η παρουσία ατμών του νερού ελαττώνει τη θερμοκρασία στην οποία καταστρέφονται τα μικρόβια, β) Αυξάνοντας την πίεση, το σημείο βρασμού ανεβαίνει και παράγεται υπέρθερμος ατμός, πάνω από 100° C. Ο ατμός αυτός διαποτίζει τα υλικά και επιτυγχάνεται σωστή αποστείρωση. Χρησιμοποιείται για την αποστείρωση ιματισμού, γαζών, επιδεσμικού υλικού, ελαστικών και μεταλλικών

εργαλείων, αντικειμένων που καταστρέφονται με το βρασμό.

3. Αποστείρωση με ξηρή θερμότητα.

Γίνεται σε ειδικούς κλιβάνους που περιέχουν ζεστό αέρα. Η έκθεση αντικειμένων στους 170° C για 1 ώρα θεωρείται επαρκής, αλλά, αν τα εργαλεία έχουν λάδι ή λίπος, απαιτούνται 4 ώρες στους 160° C. Ο μεγάλος χρόνος και η καταστροφή υφασμάτων, ελαστικών και πλαστικών είναι μειονεκτήματα και γι' αυτό χρησιμοποιείται, κυρίως, για γυάλινες συσκευές.

4. Αποστείρωση με ακτινοβολία.

Χρησιμοποιούνται ακτίνες γ και υπεριώδεις ακτίνες, που έχουν μικροβιοκτόνο δράση. Η μέθοδος εφαρμόζεται μόνο σε βιομηχανίες, γιατί ο εξοπλισμός και η προστασία των εργαζομένων έχει μεγάλο κόστος.

5. Αποστείρωση με χημικά μέσα.

Δε θεωρείται ιδιαίτερα ικανοποιητική, γιατί δεν καταστρέφει όλους τους μικροοργανισμούς. Υπάρχουν διαλύματα στα οποία εμβαπτίζονται λεπτά εργαλεία ή εργαλεία με φακούς, τα οποία καταστρέφουν μικρόβια και ιούς σε 10 λεπτά και τους σπόρους σε 3 ώρες.

6. Αποστείρωση με αέρια.

Η φορμαλδεΰδη χρησιμοποιείται για την αποστείρωση χώρων, δωματίων και το αιθυλενοξειδίο για πλαστικά, ελαστικά, λεπτά εργαλεία, ηλεκτρικά καλώδια, βηματοδότες, καρδιακές βαλβίδες και αναισθησιολογικό υλικό. Είναι εύφλεκτο και τοξικό και προκαλεί σοβαρά εγκαύματα, αν έρθει σ' επαφή με το δέρμα. Η αποστείρωση γίνεται σε κλιβάνους, διαρκεί 12 ώρες, ενώ τα αντικείμενα πρέπει να χρησιμοποιηθούν μετά από 24 ή 48 ώρες.

β. Κανόνες χρήσης αποστειρωμένου υλικού

1. Διατηρείτε τα αποστειρωμένα είδη, πακέτα, set πολλαπλής ή μιας χρήσης, σε χωριστό χώρο-ντουλάπι.

2. Ελέγχετε το δείκτη αποστείρωσης. Αν υπάρχει η ελάχιστη αμφιβολία, απορρίψτε το υλικό ως μη αποστειρωμένο.

3. Ελέγχετε την ημερομηνία λήξης της αποστείρωσης, πριν χρησιμοποιήσετε το υλικό. Το ίδιο ισχύει και για το υλικό μιας χρήσης.

4. Πλένετε τα χέρια σας, πριν χειριστείτε αποστειρωμένα υλικά, ιδιαίτερα όταν δε φοράτε αποστειρωμένα γάντια.

5. Τα αποστειρωμένα αντικείμενα προς χρήση πρέπει να βρίσκονται μπροστά

στο οπτικό σας πεδίο, σε επίπεδο ψηλότερο από την επιφάνεια που εργάζεστε και σε απόσταση από το σώμα σας.

6. Αποστειρωμένο είδος που πήρατε από πακέτο ή δοχείο και δεν χρησιμοποιήθηκε δεν πρέπει να επιστρέφεται στο δοχείο. Το πακέτο ή set απορρίπτεται ως μη αποστειρωμένο και, όταν ανοίξει, δεν χρησιμοποιείται.

7. Αποφεύγετε: Βήχα, φτάρνισμα, ομιλία, γέλια πάνω από τα αποστειρωμένα. Διαφορετικά, καλύψτε το στόμα και τη μύτη με μάσκα ή γυρίστε το κεφάλι από το πεδίο ή μακριά από το αντικείμενο.

8. Μη μεταφέρετε πάνω από αποστειρωμένα είδη αντικείμενα μη αποστειρωμένα.

9. Περιορίστε στο ελάχιστο τα ρεύματα αέρος.

10. Διατηρήστε τα αποστειρωμένα αντικείμενα στεγνά.

11. Τα άκρα κάθε αποστειρωμένου πεδίου θεωρούνται μολυσμένα.

12. Μη χρησιμοποιείτε αποστειρωμένο set ή άλλο μιας χρήσης υλικό όταν: α) βρεθεί σε χώρο μη αποστειρωμένων ειδών, β) το κάλυμμά του είναι κακοποιημένο, γ) πέσει στο δάπεδο, δ) μένει πολλή ώρα εκτεθειμένο, ε) έχετε ανοίξει set και δεν το χρησιμοποιήσατε, για οποιαδήποτε λόγο.

γ. Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις

Νοσοκομειακή είναι η λοίμωξη που εμφανίζεται 48–72 ώρες μετά την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο και οφείλεται είτε σε μικρόβια της χλωρίδας του αρρώστου, είτε του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Η λοίμωξη θα πρέπει να μην είναι παρούσα ή να βρίσκεται στο στάδιο επώασης, κατά την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Νοσοκομειακές χαρακτηρίζονται και οι λοιμώξεις, που εμφανίζονται μετά την είσοδο του αρρώστου στο νοσοκομείο, αλλά στις οποίες η μόλυνση έγινε κατά την παραμονή του σ' αυτό. Αποτελούν ιδιαίτερα σοβαρό πρόβλημα, γιατί: α) έχουν υψηλή νοσηρότητα, β) έχουν μεγάλο οικονομικό κόστος, και γ) έχουν σημαντική θνησιμότητα.

Από τη διεθνή εμπειρία και την έρευνα προκύπτει ότι η πρόληψη και ο έλεγχός τους απαιτεί συγκεκριμένη πολιτική, με τη δημιουργία οργάνων ελέγχου, που έχουν σαν έργο το σχεδιασμό και την υλοποίηση συγκεκριμένων προγραμμάτων. Στη χώρα μας, η πολιτική αυτή εκφράζεται με νόμο και υπουργικές αποφάσεις, μέσα από τρία ειδικά όργανα:

1. Την Κεντρική Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων του Υπουργείου.
2. Τις Επιτροπές Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων των Νοσοκομείων.
3. Τα Κέντρα Υποστήριξης Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων.

Οι κυριότερες ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι:

1) Ουρολοιμώξεις, 2) Λοιμώξεις χειρουργικών τραυμάτων, 3) Αναπνευστικές λοιμώξεις, 4) Βακτηριαϊμία. Η συχνότητά τους είναι μεγαλύτερη στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Ο συχνότερος τρόπος μετάδοσης μικροβίων γίνεται, συνήθως, με τα **χέρια**.

Αρχές πρόληψης και περιορισμού ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων

- > Πλένετε τα χέρια σας πριν και μετά από κάθε νοσηλεία.
- > Φοράτε γάντια σε αιμοληψίες, αλλαγές τραυμάτων, συλλογή, απόρριψη υγρών του σώματος. Αλλάζετε τα γάντια από ασθενή σε ασθενή.
- > Μην πιάνετε πόμολα ή άλλα αντικείμενα, φορώντας γάντια μετά από νοσηλεία.
- > Φροντίζετε την ασφαλή απομάκρυνση χρησιμοποιημένου υλικού (ιματισμός, επίδεσμοι, σύριγγες, βελόνες), σε δοχεία απορριμμάτων, διαχωρισμένα σε μολυσματικά και μη μολυσματικά.
- > Χρησιμοποιείτε τα αντισηπτικά και απολυμαντικά σύμφωνα με τις οδηγίες του ιδιοσκευάσματος.
- > Εφαρμόστε κανόνες ατομικής υγιεινής και υγιεινής των τροφίμων.
- > Ορθολογική χρήση αντιβιοτικών.

Ερωτήσεις

1. Τι ονομάζεται μόλυνση, λοίμωξη, ασηψία, αποστείρωση, απολύμανση και αντισηψία;
2. Ποιες είναι οι μέθοδοι αποστείρωσης;
3. Αναφέρετε τους κανόνες χρήσης αποστειρωμένου υλικού.
4. Δώστε τον ορισμό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Ποιες είναι οι αρχές πρόληψης και περιορισμού των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων;

7. Ο Νοσηλευτής και ο Άρρωστος

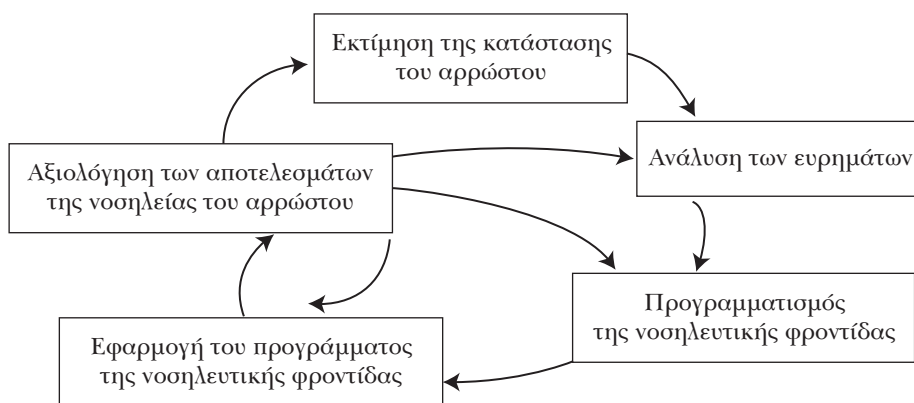
α. Νοσηλευτική διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. είναι μια μέθοδος παροχής εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι πέντε:

1. Η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.
2. Η ανάλυση των ευρημάτων.
3. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.
4. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας.
5. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας που προσφέρθηκε στον άρρωστο.

Η νοσηλευτική διεργασία παριστάνεται στο Σχήμα 2.



Σχήμα 2 Νοσηλευτική Διεργασία.

⇒ Η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Είναι η οργανωμένη και σκόπιμη συλλογή πληροφοριών. Οι πληροφορίες συλλέγονται με το νοσηλευτικό ιστορικό, την κλινική εξέταση, τη μελέτη του φακέλου υγείας με το ιατρικό ιστορικό, τα προηγούμενα ενδεχόμενα φύλλα νοσηλείας, τα εργαστηριακά ευρήματα, την επικοινωνία με μέλη της οικογένειας και άλλα πρόσωπα του αρρώστου, τη συνεργασία με συναδέλφους νοσηλευτές, με γιατρούς και άλλους επιστήμονες της θεραπευτικής ομάδας.

⇒ Κατά την ανάλυση των ευρημάτων, δεύτερο στάδιο νοσηλευτικής διεργασίας, αναλύονται και ομαδοποιούνται τα ευρήματα, για να καθοριστούν οι νοσηλευτικές ανάγκες ή να τεθεί η νοσηλευτική διάγνωση.

Νοσηλευτική διάγνωση είναι η διατύπωση των πραγματικών ή πιθανών προβλημάτων υγείας συγκεκριμένου αρρώστου, με την αιτιολογία τους και τα αποδεικτικά δεδομένα.

⇒ Ο προγραμματισμός, τρίτο στάδιο, δίνει τη δυνατότητα στους νοσηλευτές να οργανώσουν τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου. Κατά τον προγραμματισμό:

- Ταξινομούνται τα προβλήματα του αρρώστου.
- Διατυπώνονται οι νοσηλευτικοί σκοποί που επικεντρώνονται στον άρρωστο.
- Καθορίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, για να εκπληρωθούν οι σκοποί που έχουν τεθεί.
- Καθορίζονται τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων.

⇒ Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας, τέταρτο στάδιο, αποσκοπεί στην εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου, γιατί λαμβάνει υπόψη όλες τις ανάγκες του και συμβάλλει στη μερική ή πλήρη βελτίωση της υγείας του. Στη φάση αυτή ο νοσηλευτικός ρόλος επεκτείνεται και προς τη διδασκαλία της υγείας του αρρώστου ή της δημιουργικής ζωής, μέσα στα πλαίσια της αναπηρίας που τυχόν δημιουργήθηκε.

⇒ Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας, πέμπτο στάδιο, περιλαμβάνει:

- Την πρόοδο του αρρώστου για ανάρρωση, με βάση τους αντικειμενικούς σκοπούς και τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων που έχουν διατυπωθεί και
- Επισημαίνει τα σημεία εκείνα, όπου το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου χρειάζεται να τροποποιηθεί ή να αναθεωρηθεί.

β. Νοσηλευτικό ιστορικό

Το Νοσηλευτικό ιστορικό αποτελεί σημαντικό μέρος στη νοσηλεία του αρρώστου. Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται είναι πολύτιμες και βοηθούν στην εκτίμηση της κατάστασης υγείας του αρρώστου. Η λήψη του ιστορικού πρέπει να γίνεται σε περιβάλλον ευχάριστο και φιλικό προς τον άρρωστο.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του αρρώστου, έτσι ώστε, μέσα από την επικοινωνία του με τον άρρωστο, να πάρει όλες τις πληροφορίες που χρειάζεται. Πληροφορίες επίσης ζητούνται και από την οικογένεια του αρρώστου.

Το Νοσηλευτικό ιστορικό αποτελείται από τα εξής μέρη: τα δημογραφικά στοιχεία, το ιστορικό της αρρώστιας για την οποία ήρθε στο νοσοκομείο, το ιστορικό του παρελθόντος, το ψυχοκοινωνικό ιστορικό. Διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος του νοσοκομείου.

Ερωτήσεις

1. Τι είναι Νοσηλευτική διεργασία; Ποια είναι τα στάδιά της;
2. Τι πληροφορίες πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο Νοσηλευτικό ιστορικό; Συμπληρώστε ένα Νοσηλευτικό ιστορικό με βάση τα στοιχεία που σας δίνονται και το ενδεικτικό έντυπο του νοσηλευτικού ιστορικού που ακολουθεί.

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Ονοματεπώνυμο

Ηλικία

Φύλο

Ημ/νία εισόδου

Βάρος

Ύψος

Επάγγελμα

Γραμματικές γνώσεις

Διεύθυνση

Τηλ.

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος

Έγγαμος

Θρήσκευμα

Τρόπος εισαγωγής

Αιτία εισαγωγής

Περιγραφή του προβλήματος

Προηγούμενες αρρώστιες

Αλλεργίες (σε τι και πώς εκδηλώνονται)

Δίαιτα. Ακολουθεί ειδική δίαιτα, έχει αλλαγές στο βάρος του σώματος, ανορεξία, άλλα.

Δέρμα. Ελέγχεται η κατάσταση του δέρματος, ερυθρότητα, ξηρότητα, τραύματα, έλκη, κατακλίσεις, άλλα.

Συνήθειες ύπνου. Τι ώρα κοιμάται συνήθως και αν παίρνει φάρμακα, για να κοιμηθεί.

Κινητικότητα – Δραστηριότητα. Αδυναμία, πόνος στις αρθρώσεις, αστάθεια στο βάδισμα, άλλα.

Κενώσεις. Συχνότητα, πόνος, ακράτεια, δυσκοιλιότητα, διάρροια, άλλα.

Αναπνευστικό. Βήχας, δύσπνοια, απόχρεμψη, άλλα.

Αισθητήρια όργανα. Οπτική ικανότητα, ακουστική ικανότητα, ομιλία, άλλα.

Υγιεινές συνήθειες – Αυτοφροντίδα. Μπορεί μόνος του να φροντίζει την υγιεινή του σώματός του; Πόσες φορές κάνει λουτρό την εβδομάδα, άλλα.

Διανοητική και ψυχική κατάσταση. Αγχώδης, ήρεμος, άλλα.

Προσανατολισμός – Αντίληψη χρόνου, χώρου.

Αντίληψη του αρρώστου για την υγεία του.

Ζωτικά σημεία.

Θ

ΣΦ

ΑΝ

ΑΠ

8. Κάλυψη συναισθηματικών και φυσικών αναγκών του ατόμου

Η νοσηλευτική φροντίδα στηρίζεται στην κάλυψη των αναγκών του αρρώστου. Ανάγκη είναι η κατάσταση εκείνη, κατά την οποία παρουσιάζεται βιολογική και ψυχοκοινωνική αδυναμία. Ο νοσηλευτής καλείται να ανακουφίσει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του αρρώστου.

Οι ανάγκες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

1. Τις φυσικές ή βασικές ανάγκες.
2. Τις ψυχοκοινωνικές ή δευτερεύουσες ανάγκες.

Ο Maslow, μελετητής των αναγκών, διακρίνει τις ανάγκες σε επτά κατηγορίες και τις ιεραρχεί με την εξής κλίμακα:



Για να καταστρωθεί σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, πρέπει ο νοσηλευτής να γνωρίζει τις ανάγκες του αρρώστου.

Φυσικές Ανάγκες.

Φυσικές ανάγκες είναι η ανάγκη για τροφή, νερό, οξυγόνο, κ.ά. Η δύναμη των αναγκών αυτών είναι μεγάλη και, αν δεν ικανοποιηθούν, υπερισχύουν στη σκέψη του αρρώστου. Δε συζητά τίποτε άλλο εκτός από το πότε θα του επιτραπεί να πάρει τροφή, νερό κ.ά. Μόλις ικανοποιηθεί η ανάγκη για τροφή, νερό κ.ά., τότε συνειδητοποιεί την ύπαρξη και άλλων αναγκών.

Ανάγκη Ασφάλειας.

Όταν ικανοποιηθούν οι φυσικές ανάγκες του αρρώστου, τότε παίρνει την πρώτη θέση η ανάγκη ασφάλειας του εαυτού του. Η ασθένεια προκαλεί στον άρρωστο το φόβο του αγνώστου και του απροσδόκητου. Εκτός αυτού το περιβάλλον του νοσοκομείου (άγνωστα πρόσωπα, μηχανήματα κ.ά.) απειλεί την ασφάλεια του ατόμου.

Ανάγκη Στοργής και Αναγνώρισης.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ικανοποιήσει την ανάγκη να διατηρήσει ο άρρωστος τον αυτοσεβασμό και την προσωπικότητά του. Να τον φροντίσει με ευγένεια, στοργή και ενδιαφέρον, ακούγοντας τα προβλήματά του.

Ανάγκη Δημιουργίας.

Για την ικανοποίηση αυτής της ανάγκης δίνεται η ευκαιρία στον άρρωστο να βοηθά και εκείνος στην ικανοποίηση των αναγκών του, έτσι ώστε να αισθάνεται χρήσιμος.

Ανάγκη να Γνωρίζει και να Καταλαβαίνει.

Ο κάθε άνθρωπος θέλει να γνωρίζει τι του συμβαίνει. Θέλει ακριβείς πληροφορίες γύρω από την αρρώστια του και όχι γενικές και ανακριβείς.

Αισθητικές Ανάγκες.

Το ευχάριστο και όμορφο περιβάλλον, η καθαριότητα, η τακτοποίηση του δωματίου βοηθούν στο να αισθάνεται ο άρρωστος πιο άνετα.

Ανάγκη Αποδοχής.

Ο άρρωστος νιώθει την ανάγκη της αποδοχής του από το προσωπικό του νοσοκομείου. Θα πρέπει να δεχθούμε τον άρρωστο όπως είναι, χωρίς να τον κρίνουμε για την καλή ή κακή συμπεριφορά του. Η δική μας κατανόηση βοηθά στην αλλαγή της συμπεριφοράς του προς το καλύτερο, έτσι ώστε να μπορεί ο άρρωστος να συνεργαστεί με το προσωπικό του νοσοκομείου και να αισθάνεται και εκείνος καλύτερα.

Ερωτήσεις

1. Τι γνωρίζετε για την κλίμακα αναγκών κατά Maslow;
2. Πώς εκτιμούμε τις ανάγκες του αρρώστου για την κατάστροψη σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας;

9. Ζωτικά Σημεία

Τα ζωτικά σημεία του αρρώστου αποτελούν βασικά κριτήρια για την εκτίμηση της κατάστασής του, αλλά είναι και ευαίσθητοι δείκτες που δείχνουν ακριβώς τι συμβαίνει ή τι πρόκειται να συμβεί στον άρρωστο.

Ζωτικά σημεία είναι η θερμοκρασία, ο σφυγμός, η αναπνοή και η αρτηριακή πίεση.

Ελέγχονται καθημερινά και αξιολογούνται συγκριτικά με τις προηγούμενες τιμές. Η ακριβής μέτρησή τους, η εκτίμηση και η καταγραφή τους βοηθά τόσο στη διάγνωση, όσο και στη θεραπευτική αγωγή του αρρώστου.

Τα ζωτικά σημεία παίρνονται:

1. Κατά την είσοδο του αρρώστου στο νοσοκομείο.
2. Πρώι και απόγευμα στη ρουτίνα του νοσηλευτικού τμήματος.
3. Πριν, κατά και μετά από χειρουργική ή διαγνωστική διαδικασία.
4. Στην περίπτωση που η γενική σωματική κατάσταση του αρρώστου μεταβληθεί απότομα.
5. Πριν και μετά από χορήγηση φαρμάκων, που επιδρούν στην καρδιαγγειακή και αναπνευστική λειτουργία του αρρώστου.
6. Πριν από νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που μπορεί να επηρεάσουν ένα ή περισσότερα από τα ζωτικά σημεία του αρρώστου.

α. Θερμοκρασία σώματος

Θερμοκρασία είναι ο βαθμός θερμότητας του σώματος και δείχνει την ισορροπία μεταξύ της παραγόμενης και αποβαλλόμενης θερμότητας από το σώμα.

Κύριος ρυθμιστής είναι το θερμορρυθμιστικό κέντρο, που βρίσκεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Η θερμοκρασία παράγεται από τις μεταβολικές επεξεργασίες, από τη μυϊκή δραστηριότητα του ατόμου, από το περιβάλλον και από άλλους παράγοντες. Αποβάλλεται από το δέρμα με την εξάτμιση νερού, την αγωγή και μεταφορά και την ακτινοβολία.

Το ανθρώπινο σώμα διατηρεί συνεχώς σταθερή τη θερμοκρασία του, ανεξάρτητα από τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος και το ρυθμό παραγωγής της θερμότητας στο σώμα. Οι διακυμάνσεις δείχνουν την κατάσταση υγείας του σώματος. Αν υπάρχει υπερθερμία, λόγω πυρετογόνων παραγόντων ή άλλης βλάβης, η θερμοστατική λειτουργία μπορεί να διαταραχθεί.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη θερμοκρασία του σώματος είναι: η ηλικία, το περιβάλλον, το στρες, η άσκηση, το βάρος του σώματος, οι ορμονικές επιδράσεις, το κάπνισμα, ορισμένα φάρμακα, ασθένειες και τραύματα.

Πυρετός.

Πυρετός καλείται η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα ($37,2^{\circ}\text{C}$). Η αύξηση της θερμοκρασίας αποτελεί χαρακτηριστικό πολλών ασθενειών (λοιμώξεις, κακοήγη νεοπλάσματα, μεταβολικές διαταραχές, βλάβες του ΚΝΣ, κ.ά. και αποδίδεται στη διαταραχή του θερμορυθμιστικού μηχανισμού, με τον οποίο διατηρείται η θερμοκρασία του σώματος σταθερή, με διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια του 24ώρου.

Η αύξηση της θερμοκρασίας πάνω από 40°C καλείται υπερπυρεξία, ενώ η πτώση της κάτω από 36°C υποθερμία. Χαμηλή θερμοκρασία παρατηρείται σε χρόνιες εξαντλητικές αρρώστιες, shock, ανάρρωση από διάφορα λοιμώδη νοσήματα κ.ά.

Η αύξηση της θερμοκρασίας συνοδεύεται από φρίκια. Πολλές φορές ο πυρετός εισβάλλει με ρίγος, κατά τη διάρκεια του οποίου υπάρχει έντονο το αίσθημα του κρύου και συνοδεύεται από τρόμο σε όλο το σώμα. Στα παιδιά η εισβολή του πυρετού μπορεί να συνοδεύεται από εμέτους και σπασμούς. Το ρίγος διαρκεί 10–15 λεπτά και ακολουθεί αίσθημα θερμότητας και αύξηση της θερμοκρασίας. Ρίγος παρατηρείται στην ελονοσία, στη σηψαιμία, στις φλεγμονές των χοληφόρων και σε άλλες αρρώστιες.

Στη δεκατική πυρετική κίνηση (δέκατα), η θερμοκρασία κυμαίνεται από $37,2^{\circ}\text{C}$ μέχρι $37,6^{\circ}\text{C}$ και συνοδεύεται από ελαφρά εφίδρωση, αδυναμία κ.ά. Η θερμοκρασία αυτή εμφανίζεται συνήθως κατά τις απογευματινές ώρες. Συνήθως δεν υπάρχει οργανική πάθηση. Οι οργανικές παθήσεις, οι οποίες μπορεί να συνοδεύονται από δεκατική πυρετική κίνηση, είναι η φυματίωση, η σύφιλη, η βρουκέλλωση, ο υπερθυρεοειδισμός, το φαιοχρωμοκύτωμα κ.ά.

Σημεία που παίρνεται η θερμοκρασία.

- Από τη μασχάλη – Φυσιολογική τιμή: 36°C – 37°C .
- Από το στόμα – Φυσιολογική τιμή: $36,2^{\circ}\text{C}$ – $37,2^{\circ}\text{C}$.
- Από το ορθό – Φυσιολογική τιμή: $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$.

Υπάρχουν μικροδιαφορές στη θερμοκρασία από άτομο σε άτομο.

Η θερμοκρασία παίρνεται:

- Κατά την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο.
- Πρωί και απόγευμα, σύμφωνα με το σύστημα του νοσοκομείου.
- Κάθε τρεις ώρες, σε αρρώστους με πυρετό ή υποθερμία και σε χειρουργημένους την πρώτη και δεύτερη μετεγχειρητική μέρα.
- Συχνότερα παίρνεται σε αρρώστους που έχουν ανάγκη εντατικής παρακολούθησης, σε καρδιοχειρουργημένους ή και σε άλλες ειδικές περιπτώσεις.

Η θερμομέτρηση από τη μασχάλη είναι ο ευκολότερος τρόπος, αλλά λιγότερο ακριβής.

Η θερμομέτρηση από το στόμα είναι καλύτερος τρόπος, με ορισμένες προϋποθέσεις. Δε γίνεται σε αρρώστους με φλεγμονές ή εγχειρήσεις της στοματικής κοιλότητας, σε παιδιά, σε ηλικιωμένους, σε αρρώστους με δύσπνοια, σπασμούς, ρίγος, εμέτους, απώλεια της συνείδησης και μετά από πρόσφατη λήψη ζεστού ή κρύου ροφήματος.

Η θερμοκρασία από το ορθό είναι ακριβέστερη, γιατί δεν επηρεάζεται από τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος και είναι εύκολη η τεχνική. Ο τρόπος αυτός συνιστάται σε βρέφη και αρρώστους σε κωματώδη κατάσταση. Δε γίνεται σε αρρώστους με διάρροιες, αιμορραγία εντέρου, κολίτιδα, φλεγμονή ή εγχείρηση στο ορθό και στο κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου.

β. Αρτηριακός σφυγμός

Αρτηριακός σφυγμός είναι το κύμα διάτασης, το οποίο μεταδίδεται στις περιφερικές αρτηρίες, όταν το αίμα εισέρχεται στην αορτή μετά από κάθε συστολή της αριστερής κοιλίας.

Η καρδιά σε κάθε συστολή εκτοξεύει αίμα προς την αορτή. Έτσι με τη νέα ποσότητα αίματος που δέχεται μετά από κάθε συστολή της καρδιάς, η πίεση μέσα σ' αυτή αυξάνεται. Η απότομη αυτή αύξηση της πίεσης επεκτείνεται, υπό μορφή κύματος πίεσης, σε όλο το μήκος των αρτηριών και προκαλεί την αίσθηση διάτασης αυτών. Το κύμα αυτό ψηλαφάται σε ορισμένα σημεία του σώματος σαν σφυγμός.

Η καρδιά πάλλεται 60–80 φορές σε ένα πρώτο λεπτό και στέλνει περίπου 5 λίτρα αίματος σε όλο το σώμα ενός ενήλικα.

Με την ψηλάφηση του σφυγμού παίρνονται πληροφορίες για τη γενική κατάσταση του αρρώστου και για την κατάσταση του κυκλοφορικού συστήματος.

Παράγοντες που επηρεάζουν τον αριθμό των σφύξεων είναι: η ηλικία, το φύλο, η άσκηση, ο πυρετός, η αιμορραγία, το στρες, ορισμένα φάρμακα κ.ά.

Σημεία που παίρνονται ο Αρτηριακός Σφυγμός.

Ο σφυγμός ψηλαφάται σε επιφανειακές αρτηρίες, οι οποίες είναι:

- * Η κερκιδική αρτηρία.
- * Η κροταφική αρτηρία.
- * Η καρωτιδική αρτηρία.
- * Η βραχιόνιος αρτηρία.
- * Η μηριαία αρτηρία.
- * Η ιγνυακή αρτηρία.
- * Η ραχιαία του άκρου ποδιού αρτηρία.
- * Η οπίσθια κνημιαία αρτηρία.

Πότε πρέπει να παίρνονται οι σφύξεις.

- Κατά την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο.
- Μία φορά την ημέρα, συνήθως το πρωί, παίρνονται οι σφύξεις σε όλους τους αρρώστους του νοσηλευτικού τμήματος.
- Κάθε τρεις ώρες παίρνονται οι σφύξεις σε αρρώστους χειρουργημένους τις δύο πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες και σε αρρώστους με πυρετό.
- Κάθε 15–30 λεπτά ή αραιότερα σε αρρώστους με εντατική παρακολούθηση. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο άρρωστος μπορεί να συνδεθεί με monitor, για να υπάρχει η δυνατότητα συνεχούς ελέγχου του καρδιακού παλμού.

Οι σφύξεις μετρώνται σε πρώτο λεπτό. Κατά τη λήψη τους παρατηρούμε:

- Τη συχνότητα του σφυγμού (ταχυκαρδία και βραδυκαρδία).
- Τη ρυθμικότητα ή την αρρυθμία (ρυθμικός είναι, όταν επαναλαμβάνεται σε ίσα χρονικά διαστήματα. Αρρυθμος είναι, όταν επαναλαμβάνεται σε άνισα χρονικά διαστήματα).
- Το μέγεθος του σφυγμού. Πάνω από 100 σφύξεις ανά πρώτο λεπτό, οφείλεται σε ταχυκαρδία και λέγεται ταχυσφυγμία (εμπύρετες καταστάσεις, υπερθυρεοειδισμός, αιμορραγία, ρευματικός πυρετός, shock. Φυσιολογικά εμφανίζεται σε συγκίνηση και σωματική άσκηση).

Βραδυκαρδία είναι η ελάττωση του αριθμού των σφύξεων κάτω από 60/λεπτό (υποθυρεοειδισμός, δηλητηρίαση με δακτυλίτιδα. Φυσιολογικά εμφανίζεται σε αθλητές). Μερικές φορές η συχνότητα του σφυγμού είναι μικρότερη από τη συχνότητα της καρδιακής λειτουργίας, γιατί ορισμένες συστολές δε διοχετεύουν το αίμα στις αρτηρίες. Στην περίπτωση αυτή έχουμε βραδυσφυγμία.

γ. Αναπνοή

Αναπνοή είναι η πρόσληψη και χρησιμοποίηση του οξυγόνου και η παραγωγή και αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα από τα κύτταρα και γενικότερα από τον οργανισμό.

Η συχνότητα των αναπνοών στους ενήλικες είναι 14–20 αναπνοές/min, ενώ στα παιδιά φυσιολογικά είναι συχνότερες.

Η αναπνοή επιτυγχάνεται με τις αναπνευστικές κινήσεις, δηλαδή με την εισπνοή και την εκπνοή. Η εισπνοή επιτελείται πάντοτε ενεργητικά, με τη συστολή των εισπνευστικών μυών, ενώ η εκπνοή επιτελείται παθητικά, χωρίς τη συστολή των εισπνευστικών μυών. Μόλις δηλαδή τελειώσει η εισπνευστική κίνηση, οι εισπνευστικοί μύες παύουν να συστέλλονται και ο θώρακας επανέρχεται στη θέση ήρεμης εκπνοής λόγω του βάρους του, της ελαστικότητας του θωρακικού και κοιλιακού τοιχώματος, καθώς και της ελαστικότητας των πνευμόνων, που τείνουν να συρρικνωθούν.

Η αναπνοή ρυθμίζεται από το αναπνευστικό κέντρο, που βρίσκεται στον προμήκη μυελό.

Παράγοντες που επηρεάζουν την αναπνοή είναι: η ηλικία, το φύλο, ο πυρετός, η άσκηση, το στρες, το περιβάλλον, ορισμένα φάρμακα, η παχυσαρκία, ορισμένα νοσήματα κ.ά.

Πότε πρέπει να παίρνονται οι αναπνοές.

- Κατά την είσοδο του αρρώστου στο νοσηλευτικό τμήμα.
- Σε αρρώστους με παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και με εγχειρήσεις στο θώρακα.
- Σε περιπτώσεις όπου ο άρρωστος εμφανίζει κυάνωση, ζάλη, σύγχυση, απώλεια συνείδησης, ανησυχία.

Η αναπνοή πρέπει να εκτιμάται χωρίς να το ξέρει ο άρρωστος και αυτό, γιατί επηρεάζεται από τη βούληση του ατόμου. Ελέγχεται για συχνότητα, βάθος και ρυθμικότητα.

Οι νοσηλευτές πολλές φορές χρειάζεται να εκτιμήσουν και να αντιμετωπίσουν, πρώτοι εκείνοι, προβλήματα του αρρώστου που έχουν σχέση με την αναπνοή.

Τύποι αναπνοής.

- ⇒ Απνοια: είναι η πλήρης καταστολή της αναπνοής. Χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση με τεχνητή αναπνοή.
- ⇒ Δύσπνοια: είναι το υποκειμενικό αίσθημα δυσκολίας στην αναπνοή. Εκφράζεται συνήθως με αύξηση της συχνότητας και του βάθους των αναπνοών.
- ⇒ Ταχύπνοια: είναι συχνή και επιπόλαιη αναπνοή και παρατηρείται σε εμπύρετα νοσήματα.
- ⇒ Βραδύπνοια: είναι αραιή και επιπόλαιη αναπνοή. Συμβαίνει, όταν υπάρχει βλάβη στο αναπνευστικό κέντρο.

δ. Αρτηριακή πίεση

Αρτηριακή πίεση είναι η πίεση του κυκλοφορούμενου όγκου αίματος, που ασκείται στα τοιχώματα των αρτηριών.

Η φυσιολογική ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης εξαρτάται από τον όγκο του αίματος, την ελαστικότητα των αγγείων, τη γλοιότητα του αίματος (εξαρτάται κυρίως από την τιμή του αιματοκρίτη), τη διάμετρο των αγγείων και την ελαστικότητα του καρδιακού μυ.

Η αρτηριακή πίεση μετρείται με το υδραργυρικό πιεσόμετρο (σφυγμομανόμετρο), σε mmHg ή με το ηλεκτρονικό ή μηχανικό πιεσόμετρο και εκφράζεται με δύο τιμές που αντιπροσωπεύουν τη συστολική και τη διαστολική πίεση. (εικ. 6)

Συστολική ή μέγιστη πίεση είναι η μεγαλύτερη τιμή της πίεσης του αίματος στο τοίχωμα των αρτηριών και αντιστοιχεί στη συστολή της αριστερής κοιλίας και της προώθησης του αίματος μέσα στην αορτή.

Διαστολική ή ελάχιστη πίεση είναι η μικρότερη τιμή της πίεσης του αίματος και αντιστοιχεί στη φάση της διαστολής των κοιλιών.



Εικ. 6 Μηχανικό πιεσόμετρο.

Η διαφορά μεταξύ της συστολικής και της διαστολικής πίεσης λέγεται πίεση σφυγμού.

Φυσιολογικοί και παθολογικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την Αρτηριακή πίεση, παροδικά ή μόνιμα, είναι: η ηλικία, το φύλο, το βάρος του σώματος, η άσκηση, το άγχος και ο φόβος, ορισμένα φάρμακα, παθολογικές καταστάσεις (αρτηριακή σκλήρυνση, νοσήματα των νεφρών κ.ά.) κ.λπ.

Οι φυσιολογικές τιμές της αρτηριακής πίεσης, σε χιλιοστά στήλης υδραργύρου (mmHg), είναι οι εξής:

	<u>Συστολική</u>	<u>Διαστολική</u>
Άνδρες 20–45 χρονών:	110–140 mmHg	70–90 mmHg
Γυναίκες 20–45 χρονών:	100–130 mmHg	60–80 mmHg
Παιδιά 4 χρονών:	100 mmHg	65 mmHg
Νεογέννητα:	80 mmHg	45 mmHg

Αλλαγές στις τιμές της πίεσης πέρα από τα φυσιολογικά όρια αποτελούν προβλήματα. Αυτά είναι:

- ⇒ Αρτηριακή υπέρταση: καλείται η παρατεταμένη ή μόνιμη αύξηση της αρτηριακής πίεσης πάνω από τα φυσιολογικά όρια και ενώ το άτομο βρίσκεται σε ηρεμία (συστολική πάνω από 150 mmHg και διαστολική κάτω από 100 mmHg).
- ⇒ Αρτηριακή υπόταση: καλείται η παρατεταμένη ή μόνιμη ελάττωση της αρτηριακής πίεσης κάτω από τα φυσιολογικά όρια (συστολική κάτω από 100 mmHg).
- ⇒ Ορθοστατική υπόταση: καλείται η πρόσκαιρη πτώση της πίεσης και συμβαίνει, όταν το άτομο από την οριζόντια θέση σηκώνεται στην όρθια θέση. Χαρακτηρίζεται από ζάλη και λιποθυμία.

Πότε πρέπει να παίρνεται η Αρτηριακή Πίεση.

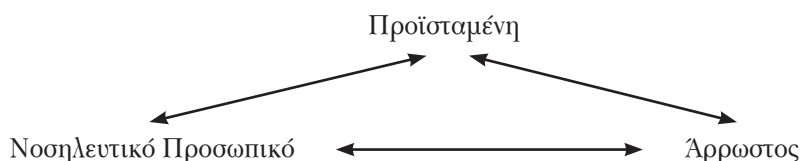
- Κατά την είσοδο του αρρώστου στο νοσοκομείο.
 - Σε χειρουργημένους αρρώστους τις δύο πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, κάθε 3 ώρες. Σε καρδιοχειρουργημένους και σε αρρώστους που βρίσκονται σε μονάδα εντατικής θεραπείας, κάθε 15 λεπτά.
 - Σε περιπτώσεις αρρώστων με υπέρταση ή υπόταση και σε πάσχοντες από παθήσεις των νεφρών, του κυκλοφορικού συστήματος κ.ά., τρεις φορές την ημέρα ή συχνότερα.
- Η συνηθέστερη θέση όπου παίρνεται η αρτηριακή πίεση είναι η βραχιόνιος αρτηρία.

Ερωτήσεις

1. Ποια είναι τα ζωτικά σημεία και πότε πρέπει να παίρνονται;
2. Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη θερμοκρασία του σώματος;
3. Τι καλείται πυρετός;
4. Από ποια σημεία παίρνεται η θερμοκρασία, ποιες είναι οι φυσιολογικές τιμές και πότε πρέπει να παίρνεται;
5. Ποιος είναι ο καλύτερος και ακριβέστερος τρόπος θερμομέτρησης;
6. Σε ποιες περιπτώσεις δε θερμομετρούμε από το στόμα και σε ποιες από το ορθό;
7. Τι είναι αρτηριακός σφυγμός και ποιοι παράγοντες τον επηρεάζουν;
8. Πότε πρέπει να παίρνονται οι σφύξεις και από ποια σημεία; (Δοκιμάστε να ψηλαφίσετε στον εαυτό σας τις επιφανειακές αρτηρίες, όπου παίρνεται ο σφυγμός).
9. Τι ονομάζουμε ταχυκαρδία και τι βραδυκαρδία;
10. Τι ονομάζουμε αναπνοή και ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν;
11. Πότε πρέπει να παίρνονται οι αναπνοές και ποια είναι η φυσιολογική τιμή; Ποιες διαταραχές της αναπνοής γνωρίζετε;
12. Τι είναι η αρτηριακή πίεση και ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν;
13. Ποιες είναι οι φυσιολογικές τιμές της αρτηριακής πίεσης;
14. Τι ονομάζουμε αρτηριακή υπέρταση, υπόταση και ορθοστατική υπόταση;
15. Πότε πρέπει να παίρνεται η αρτηριακή πίεση;

10. Καθημερινή Φροντίδα Αρρώστου

Η οργάνωση της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκεια του 24ώρου έχει ως αποτέλεσμα την παροχή ποιοτικής φροντίδας στους αρρώστους, τη μείωση του άγχους στο χώρο εργασίας και την εξοικονόμηση χρόνου. Σε κάθε Νοσηλευτικό Τμήμα, η Προϊσταμένη καταγράφει και συντονίζει τις εργασίες του νοσηλευτικού προσωπικού, το προσωπικό ενημερώνει την Προϊσταμένη κι έτσι γίνεται μία ενημέρωση και ανατροφοδότηση των ενεργειών μεταξύ τους.



Για την καθημερινή φροντίδα των αρρώστων σε κάθε ωράριο καταγράφονται στη λογοδοσία οι ιδιαιτερότητες των αρρώστων τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή και οι οδηγίες των ιατρών σε ειδικές καρτέλες.

Η καθημερινή φροντίδα περιλαμβάνει σε κάθε βάρδια τα εξής:

α. Πρωινή Φροντίδα (7 π.μ. – 15 μ.μ.)

- ⇒ Παραλαβή ναρκωτικών φαρμάκων και μη αναλώσιμου υλικού.
- ⇒ Επίσκεψη στους θαλάμους και παραλαβή αρρώστων.
- ⇒ Ενημέρωση με τη λογοδοσία ή τον ατομικό φάκελο του αρρώστου.
- ⇒ Φροντίδα κλινήρων αρρώστων – Στρώσιμο κρεβατιών.
- ⇒ Επίσκεψη ιατρών – ιατρικές οδηγίες.
- ⇒ Χορήγηση φαρμάκων – έλεγχος ροής παρεντερικών υγρών.
- ⇒ Έλεγχος ζωτικών σημείων – διαγραμμάτων, παροχετεύσεων, αναρροφήσεων – χειρουργικές αλλαγές – βοήθεια σε παρακεντήσεις – κουδούνια ασθενών, ΗΚΓ/ματα (οι συγκεκριμένες εργασίες κατανέμονται ανάλογα με το διαθέσιμο προσωπικό, τον αριθμό των αρρώστων και το είδος του νοσηλευτικού τμήματος).
- ⇒ Μεταφορά ασθενών (για εξετάσεις ή αλλαγή τμήματος).
- ⇒ Αλλαγές επιδέσμων στους αρρώστους. Κινητοποιήσεις ασθενών ανά 3ωρο, αλλαγή θέσης κλινήρων ασθενών.

- ⇒ Διεκπεραίωση νέων εισαγωγών στο τμήμα.
- ⇒ Ετοιμασία προγραμματισμένων ασθενών για χειρουργείο.
- ⇒ Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενών.
- ⇒ Μεσημεριανό φαγητό ασθενών – Ώρα επισκεπτηρίου.
- ⇒ Ισοζύγιο υγρών (προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων).
- ⇒ Τακτοποίηση βοηθητικών χώρων και υλικού.
- ⇒ Τελική τακτοποίηση και λήψη ζωτικών σημείων.
- ⇒ Τακτοποίηση και έλεγχος φαρμακείου.
- ⇒ Λογοδοσία πρωινής βάρδιας.

β. Απογευματινή φροντίδα (15 μ.μ. – 23 μ.μ.)

- ⇒ Κάθε εργαζόμενος στην αλλαγή βάρδιας υποχρεούται καθημερινά να ενημερώνει και να ενημερώνεται από το βιβλίο Λογοδοσίας ή τον ατομικό φάκελο του κάθε αρρώστου.
- ⇒ Παραλαβή ναρκωτικών φαρμάκων και μη αναλώσιμου υλικού.
- ⇒ Επίσκεψη στους θαλάμους και παραλαβή αρρώστων.
- ⇒ Τρίωρη θερμομέτρηση, έλεγχος σφύξεων, ΑΠ, αναπνοών όπου χρειάζεται.
- ⇒ Αναρροφήσεις, παροχετεύσεις, αλλαγές τραυμάτων, κουδούνια ασθενών, παρακολούθηση monitors και ΗΚΓτα.
- ⇒ Παρακολούθηση οξυγονοθεραπείας ή άλλης νοσηλείας.
- ⇒ Πλύσιμο ασθενών, αλλαγή θέσης – τακτοποίηση θαλάμου.
- ⇒ Ετοιμασία αντικειμένων για αποστείρωση.
- ⇒ Έλεγχος και τακτοποίηση φαρμάκων.
- ⇒ Επίσκεψη ιατρών – Φαγητό ασθενών – έλεγχος διαιτολογίου.
- ⇒ Ενημέρωση αρρώστων και προετοιμασία για παρακλινικό έλεγχο της επόμενης ημέρας.
- ⇒ Φροντίδα και αλλαγή θέσης κλινών αρρώστων.
- ⇒ Επισκεπτήριο.
- ⇒ Έλεγχος τροχήλατου έκτακτης ανάγκης. Δώστε προσοχή στη φόρτιση του απινιδωτή.
- ⇒ Κλείσιμο παραθύρων, απομάκρυνση ανθοδοχείων από το θάλαμο.
- ⇒ Ισοζύγιο υγρών – έλεγχος ροής υγρών.
- ⇒ Ελλείψεις φαρμακείου (καταγράφονται).
- ⇒ Τακτοποίηση τμήματος και καθαριότητα θαλάμου από βοηθό θαλάμου.
- ⇒ Επίσκεψη στα δωμάτια.

⇒ Λογοδοσία στη νυχτερινή βάρδια.

γ. Νυχτερινή φροντίδα (23 μ.μ. – 7 π.μ.)

⇒ Λογοδοσία.

⇒ Επίσκεψη στα δωμάτια και καταμέτρηση των αρρώστων.

⇒ Έλεγχος ναρκωτικών φαρμάκων και μη αναλώσιμου υλικού.

⇒ Ζωτικά σημεία.

⇒ Ετοιμασία φύλλων νοσηλείας επόμενης ημέρας.

⇒ Παρακολούθηση ασθενών – αλλαγή θέσης.

⇒ Έλεγχος ισοζυγίου υγρών.

⇒ Να αναρτηθεί σημείωμα με ελλείψεις σε υλικό αναλώσιμο και μη.

⇒ Έλεγχος λειτουργίας μηχανημάτων (απινιδωτής, αναρρόφηση, ηλεκτροκαρδιογράφος κ.τ.λ.).

⇒ Πλύσιμο ασθενών και στρώσιμο κρεβατιών.

⇒ Αλλαγή και μέτρηση υγρών των παροχετεύσεων.

⇒ Αλλαγή ορών, ετοιμασία γαζών και βάμβας.

⇒ Θερμομέτρηση ασθενών.

⇒ Τακτοποίηση τμήματος – παράδοση στην προϊσταμένη του τμήματος.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Είναι υποχρεωτική η προσέλευση του εφημερεύοντος ιατρού, αν ο άρρωστος έχει πρόβλημα – δε δίδονται οδηγίες από το τηλέφωνο. Δίνονται μόνο εγγράφως και ενυπόγραφα, οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου.

Η παράδοση και παραλαβή του νοσηλευτικού τμήματος γίνεται πάντα με την παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού του κάθε ωραρίου.

Δεν κλειδώνονται τα μηχανήματα και το υλικό πολλαπλών χρήσεων, αν όμως για λόγους ασφαλείας κλειδωθούν, το κλειδί πρέπει να είναι τοποθετημένο σε συγκεκριμένο μέρος.

11. Διατροφή

Η διατροφή αποτελεί πρώτη ανάγκη για κάθε ζωντανό οργανισμό. Για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά τα κύτταρα του οργανισμού και για να διατηρήσει το άτομο τη δραστηριότητά του, χρειάζεται μια ισορροπημένη διατροφή, που να αποτελείται από όλα τα θρεπτικά συστατικά σε επαρκή ποσότητα το κάθε γεύμα.

Ο άρρωστος μπορεί να σιτιστεί:

1. Από το στόμα.
2. Με τεχνητή διατροφή.
3. Με ολική παρεντερική διατροφή.

α. Ετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για φαγητό

Η ετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για φαγητό περιλαμβάνει:

1. Τη δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος του αρρώστου.

2. Την ετοιμασία του αρρώστου. Τοποθετείται ο άρρωστος σε αναπαυτική θέση. Προτιμάται η καθιστή. Πλένονται τα χέρια του αρρώστου και τοποθετείται κοντά το τραπέζι φαγητού. Οι νοσηλείες και η αντιμετώπιση του πόνου πρέπει να γίνονται αρκετή ώρα πριν το φαγητό. Στη συνέχεια ο άρρωστος ενθαρρύνεται να φάει στο τραπέζι του θαλάμου.

3. Σερβίρισμα τροφής: Η ώρα του φαγητού είναι συνήθως για τον άρρωστο ευχάριστη διακοπή από τη μονοτονία της ημέρας. Τα γεύματα πρέπει να σερβίρονται σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας και στην ώρα τους. Οποιαδήποτε καθυστέρηση μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της διάθεσης για φαγητό. Ο δίσκος πρέπει να είναι περιποιημένος, το γεύμα να ακολουθεί το καθορισμένο διαιτολόγιο και να λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του αρρώστου (εικόνα 7).

4. Βοήθεια του αρρώστου: Αν ο άρρωστος μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, τότε τρώει μόνος του, με μικρή βοήθεια από το νοσηλευτή. Την ώρα του φαγητού βρίσκει την ευκαιρία ο νοσηλευτής να κάνει ευχάριστη συζήτηση με τον άρρωστο. Αν πρόκειται για κλινήρη άρρωστο, η βοήθεια που παρέχεται είναι η εξής:

- Τοποθετείται ο άρρωστος σε αναπαυτική θέση με το κεφάλι πάνω στο μαξιλάρι.



Εικ. 7 Δίσκος φαγητού.

- Πλένονται τα χέρια του, αφού πλύνει και ο νοσηλεύτης τα δικά του.
- Τοποθετείται πετσέτα φαγητού, έτσι ώστε να μη λερωθούν τα σκεπάσματα του αρρώστου.
- Ο νοσηλεύτης κάθεται σε κάθισμα δίπλα στον άρρωστο.
- Δοκιμάζει τη θερμοκρασία του φαγητού και γεμίζει το κουτάλι κάθε φορά κατά τα 2/3.
- Ελέγχει αν ο άρρωστος μάσησε καλά και κατάπιε την τροφή και κατόπιν συνεχίζει τη σίτιση.
- Όταν χορηγεί υγρά (νερό, τσάι, χαμομήλι), στηρίζει το κεφάλι του αρρώστου με το χέρι κάτω από το μαξιλάρι και με το άλλο κρατάει το ποτήρι και αφήνει τον άρρωστο να το κατευθύνει μόνος του.
- Απασχολεί τον άρρωστο με ευχάριστη συζήτηση και ενημερώνει το φύλλο νοσηλείας του αρρώστου.

β. Τεχνητή διατροφή

Τεχνητή διατροφή είναι η χορήγηση ρευστής ή ημίρρευστης τροφής μέσα στα διάφορα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα.

Σκοπός της τεχνητής διατροφής είναι η σίτιση των αρρώστων που έχουν δυσκολίες στην κατάποση, απώλεια συνείδησης, ανορεξία, στοματική ή οισοφαγική απόφραξη ή τραύμα.

Η τεχνητή διατροφή μπορεί να γίνει από:

1. Ρινογαστρικό καθετήρα.
2. Οισοφαγοστομία (είναι σπάνια).
3. Γαστροστομία (τεχνητό στόμιο για εισαγωγή σωλήνα στο στομάχι).
4. Νησιδοστομία (τεχνητό στόμιο για εισαγωγή σωλήνα στην πρώτη έλικα της νήστιδας).

Νοσηλευτική φροντίδα

1. Ενημέρωση από τις ιατρικές οδηγίες για την ποσότητα και ποιότητα της χορηγούμενης τροφής, που εξαρτάται από τις ανάγκες του αρρώστου.

2. Ενημέρωση του αρρώστου.

3. Φροντίδα και προετοιμασία όλων των απαραίτητων υλικών για τη διενέργεια τεχνητής διατροφής. Έλεγχος της θερμοκρασίας του μίγματος πριν τη χορήγηση. Η θερμοκρασία πρέπει να είναι 37,5° C.

4. Μέτρηση σακχάρου αίματος και ηλεκτρολυτών.

5. Καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

6. Μέτρηση βάρους του αρρώστου 2 φορές την εβδομάδα.

7. Κάλυψη των θρεπτικών αναγκών του αρρώστου.

8. Διδασκαλία του αρρώστου, όσον αφορά στην όλη διαδικασία της τεχνητής διατροφής, γιατί μπορεί να συνεχιστεί και στο σπίτι.

γ. Ολική παρεντερική διατροφή

Η ολική παρεντερική διατροφή γίνεται για την εξασφάλιση των θρεπτικών ουσιών με ενδοφλέβια χορήγηση, όταν είναι αδύνατη η χρησιμοποίηση της γαστρεντερικής οδού.

Συνιστάται σε αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, με γαστρεντερικό συρίγγιο, ελκώδη κολίτιδα και αφαίρεση μεγάλου τμήματος εντέρου, καρκινοπαθείς και εγκυματίες.

Με την πλήρη παρεντερική διατροφή αντιμετωπίζονται οι θρεπτικές ανάγκες του αρρώστου. Χίλιες πεντακόσιες περίπου θερμίδες δίνονται την ημέρα σε έναν μέσο ενήλικα μετεγχειρητικό άρρωστο. Σε περίπτωση που ο άρρωστος εμφανίσει πυρετό ή

κάκωση μπορεί να χρειαστεί να φτάσουν τις 10.000 οι θερμίδες. Τα θρεπτικά συστατικά που χορηγούνται είναι: λευκώματα, υδατάνθρακες, λίπη, ιχνοστοιχεία και βιταμίνες.

Σκοπός της παρεντερικής διατροφής είναι να διατηρήσει τον άρρωστο σε σχετικά καλή κατάσταση, ώπου να μπορεί να πάρει τροφή από το στόμα. Καταβάλλεται κάθε προσπάθεια, επομένως, για να επιστρέψει ο άρρωστος στη διατροφή από το στόμα ή την τεχνητή διατροφή το συντομότερο δυνατό.

Η παρεντερική σίτιση μπορεί να γίνει από περιφερική ή κεντρική φλέβα, συνήθως την υποκλείδια φλέβα. Χρησιμοποιούνται ειδικοί πλαστικοί σάκοι με υποδοχείς, από τους οποίους μεταγγίζονται σε αυτόν τα διαλύματα των θρεπτικών συστατικών, με άσηπτη τεχνική, αναμιγνύονται και χορηγούνται στον άρρωστο, με συσκευή ορού, κατά σταγόνες (εικ. 8, 9). Η διαδικασία παρασκευής της Ο.Π.Δ. γίνεται σε ειδικό χώρο του φαρμακείου από κλινικούς φαρμακοποιούς.



Εικ. 8 Διαλύματα ολικής παρεντερικής διατροφής.



Εικ. 9 Έτοιμο διάλυμα παρεντερικής διατροφής.

Νοσηλευτική φροντίδα σε άρρωστο με Ο.Π.Δ.

- ⇒ Ελέγχεται καθημερινά το βάρος του αρρώστου.
- ⇒ Ελέγχονται τα ούρα του για σάκχαρο και οξύνη.
- ⇒ Παρακολουθούνται και καταγράφονται σε δελτίο τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.

- ⇒ Γίνεται καθημερινή αλλαγή της γάζας που καλύπτει το σημείο του καθετηριασμού της υποκλείδιας φλέβας με άσηπτη τεχνική.
- ⇒ Διατηρείται καθαρός ο άρρωστος.
- ⇒ Το αίσθημα της πείνας υπάρχει, μέχρι να προσαρμοστεί στο νέο τρόπο σίτισης.
- ⇒ Εξασφαλίζεται ψυχολογική υποστήριξη στον άρρωστο.
- ⇒ Ελέγχονται τα ζωτικά σημεία του αρρώστου κάθε 4 ώρες.
- ⇒ Διατηρείται ο ακριβής ρυθμός ροής σε 24ωρη βάση με ειδική σταγονομετρική συσκευή ορού.
- ⇒ Ενημερώνεται με ακρίβεια το φύλλο νοσηλείας του αρρώστου.
- ⇒ Η φλεβική γραμμή που χρησιμοποιείται για την Ο.Π.Δ. δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για τη χορήγηση άλλων υγρών, γιατί ο κίνδυνος σηπτικών επιπλοκών είναι μεγάλος.

Επιπλοκές της Ο.Π.Δ.

1. Επιπλοκές που μπορεί να προκληθούν από τον καθετηριασμό της υποκλείδιας φλέβας όπως:

- Πνευμοθώρακας.
- Εμβολή αέρα.
- Αιμοθώρακας.
- Τραυματισμός της υποκλείδιας φλέβας.
- Σηπτικές επιπλοκές (πυρετός, θρομβοφλεβίτιδα, σηψαιμία).

2. Μεταβολικά προβλήματα: υπεργλυκαιμία, υπογλυκαιμία, γλυκοζουρία, υποκαλιαιμία, υπερκαλιαιμία, υπερβιταμίνωση.

Οι επιπλοκές της Ο.Π.Δ. προλαμβάνονται συνήθως με τη συνεχή παρακολούθηση του αρρώστου.

Ερωτήσεις

1. Τι περιλαμβάνει η ετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για φαγητό;
2. Ποιος είναι ο σκοπός της τεχνητής διατροφής;
3. Τι είναι η ολική παρεντερική διατροφή και σε ποιες περιπτώσεις εφαρμόζεται;

12. Χορήγηση Φαρμάκων

Σε κάθε νοσοκομείο λειτουργεί κεντρικό φαρμακείο, που προμηθεύει τα νοσηλευτικά τμήματα, χειρουργεία, εργαστήρια και ιατρεία με φάρμακα και υγειονομικά υλικά απαραίτητα για την αντιμετώπιση των αναγκών των αρρώστων.

Το σύστημα διακίνησης των φαρμάκων στηρίζεται στους κανόνες που προβλέπονται από το Νομοθετικό διάταγμα 2592/53, ΦΕΚ Β΄ 95/24.9.80.

Οι παραγγελίες των φαρμάκων συντάσσονται και υπογράφονται από το γιατρό και συνυπογράφονται από την Προϊσταμένη του Νοσηλευτικού τμήματος.

α. Φαρμακείο νοσηλευτικού τμήματος

Το φαρμακείο στη Νοσηλευτική μονάδα είναι εντοιχισμένο ή κινητό, τοποθετημένο στο χώρο όπου εργάζονται οι νοσηλευτές (εικ. 10). Τα φάρμακα μέσα στο φαρμακείο είναι ταξινομημένα με τέτοιο τρόπο, ώστε να αποφεύγονται τα λάθη και να είναι εύκολη η χρήση τους από τους νοσηλευτές.



Εικ. 10 Φαρμακείο νοσηλευτικής μονάδας.

Τοποθετούνται χωριστά τα φάρμακα που δίνονται από το στόμα, τα ενέσιμα φάρμακα και οι οροί. Τα ναρκωτικά φάρμακα τοποθετούνται σε ιδιαίτερο χώρο μέσα στο φαρμακείο και κλειδώνονται.

Το φαρμακείο διατηρείται πάντοτε κλειδωμένο και τα κλειδιά φυλάσσονται σε θέση γνωστή στην

Προϊσταμένη και τους Νοσηλευτές του τμήματος. Με αυτό τον τρόπο προλαμβάνεται η απώλεια των φαρμάκων από αρρώστους και επισκέπτες. Τέλος, τα φάρμακα που είναι για εξωτερική χρήση (οινόπνευμα κ.ά.) τοποθετούνται σε ξεχωριστό μέρος του φαρμακείου.

Τα φάρμακα φυλάσσονται και διατηρούνται σε μέρος ξηρό, δροσερό και μακριά από το φως. Τα δοχεία ή φιαλίδια των φαρμάκων πρέπει να διατηρούνται αεροστεγώς κλεισμένα. Τα υπόθετα, εμβόλια, ινσουλίνη κ.ά. διατηρούνται στο ψυγείο, για να μην αλλοιώνονται.

Για την ασφαλή διατήρηση των φαρμάκων έχει κριθεί αναγκαίος, σε κρατικό επίπεδο, ο κλιματισμός των χώρων που διατηρούνται τα φάρμακα (φαρμακεία, φαρμακαποθήκες κ.ά.).

Την ευθύνη για την παραλαβή, φύλαξη και διάθεση των φαρμάκων της νοσηλευτικής μονάδας την έχει η Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια.

β. Βασικές αρχές χορήγησης φαρμάκων

– Τα φάρμακα χορηγούνται πάντα βάσει ιατρικής γραπτής οδηγίας, που υπογράφεται από το γιατρό. (σχήμα 3)

ΓΕΝ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ...		ΑΡΙΘ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ	
<u>ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ</u>			
ΚΛΙΝΙΚΗ... _____ Ν.Μ. _____ ΘΑΛ.	ΟΝΟΜΑ _____		

Ημερομηνία	Ευυπόγραφες οδηγίες	Διακοπή	Εκτέλεση

Σχήμα 3

– Για την ασφαλή και ακριβή προετοιμασία του φαρμάκου του αρρώστου ο νοσηλευτής εργάζεται με συγκεντρωμένη την προσοχή του, μπροστά στο φαρμακείο.

– Τα φάρμακα γράφονται σε ατομική κάρτα του αρρώστου (μία κάρτα για κάθε φάρμακο), σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Όταν το φάρμακο είναι σε υγρή μορφή, ελέγχεται η ονομασία του φαρμάκου, η περιεκτικότητα, η ημερομηνία λήξης της χρήσης του και η σύσταση του φαρμάκου (αλλαγμένο χρώμα, παρουσία κρυστάλλων, διαυγές ή θολό) ανάλογα με τις φυσικές του ιδιότητες.

– Πριν χορηγηθεί το φάρμακο, διαβάζεται τρεις φορές:

1. Όταν παίρνεται από τη θέση του.
2. Πριν τοποθετηθεί στο ποτηράκι φαρμάκου ή αναρροφηθεί από φύσιγγα ή φιαλίδιο.
3. Πριν πεταχτεί η φύσιγγα ή το φιαλίδιο ή τοποθετηθεί το φιαλίδιο με το σιρόπι στο φαρμακείο.

– Δε χορηγούνται φάρμακα από φιαλίδια που δεν έχουν ετικέτα ή δεν είναι ευανάγνωστη, για την αποφυγή λάθους. Τυχόν περίσσειμα φαρμάκου δεν επιστρέφεται πάλι στο φιαλίδιο.

– Όταν ετοιμάζονται τα φάρμακα για τη χορήγηση στους αρρώστους, δεν πρέπει να διακόπτεται η εργασία. Αν χρειαστεί να διακοπεί, τότε κλειδώνεται το φαρμακείο. Η αποφυγή της διακοπής της προετοιμασίας φαρμάκων μειώνει τις πιθανότητες να γίνουν λάθη.

– Όταν τελειώσει η ετοιμασία των φαρμάκων, τα φάρμακα μπαίνουν σε ειδικό δίσκο, όπου το καθένα φέρει την ανάλογη κάρτα, στην οποία αναγράφονται το ονοματεπώνυμο και πατρώνυμο του αρρώστου, το φάρμακο, η δόση και οι ώρες χορήγησής τους. Ο δίσκος αυτός μπορεί να είναι ατομικός ή για ομαδική χρήση πολλών αρρώστων. Όταν πρόκειται για ομαδική χρήση, τα φάρμακα τοποθετούνται στο δίσκο κατά θάλαμο για διευκόλυνση του νοσηλευτή. Ο δίσκος πρέπει να παρακολουθείται μέχρι την ώρα της χορήγησης των φαρμάκων.

– Χορηγούνται πρώτα τα φάρμακα σε αρρώστους που μπορούν να τα πάρουν μόνοι τους και έπειτα σε εκείνους που χρειάζονται βοήθεια.

– Όταν φτάνουμε δίπλα στον άρρωστο, για να του χορηγήσουμε το φάρμακο, πρέπει να βεβαιωθούμε ότι είναι ο άρρωστος για τον οποίο παραγγέλθηκε το φάρμακο. Γι' αυτό το λόγο διαβάζουμε το όνομά του στην ταυτότητα που φέρει στο χέρι ή μας το λέει ο ίδιος και το συγκρίνουμε με το όνομα που αναγράφεται στην κάρτα του φαρμάκου. Τότε απευθυνόμαστε στον άρρωστο με το όνομά του για επαλήθευση. Την ώρα αυτή που είμαστε δίπλα στον άρρωστο, είναι ευκαιρία να επικοινωνήσουμε μαζί του. Ακόμη θα πρέπει να πείσουμε τον άρρωστο ότι το φάρμακο που του δίνουμε θα τον βοηθήσει στη θεραπεία του.

– Τα φάρμακα χορηγούνται από το νοσηλευτή που τα ετοίμασε. Παραμένουμε δίπλα στον άρρωστο, μέχρι να βεβαιωθούμε ότι πήρε τα φάρμακά του. Δεν αφήνουμε φάρμακα στο κομοδίνο του αρρώστου, για να τα πάρει αργότερα. Μπορεί ή να μην τα πάρει καθόλου ή να τα αθροίσει και να τα πάρει όλα μαζί, με αρνητικές συνέπειες για την υγεία του.

– Φροντίζουμε να μην κάνουμε λάθη κατά τη χορήγηση φαρμάκων. Αν γίνει κάποιο λάθος, κινδυνεύει άμεσα η υγεία και η ζωή του αρρώστου. Γι' αυτό αναφέρουμε το λάθος αμέσως στην Προϊσταμένη του τμήματος και στον υπεύθυνο γιατρό.

Ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει:

Στο σωστό άρρωστο

Το σωστό φάρμακο

Στη σωστή δόση

Με το σωστό τρόπο

Τη σωστή ώρα

Οδοί χορήγησης φαρμάκων.

Οι συνηθέστερες οδοί χορήγησης φαρμάκων είναι:

- Η πεπτική οδός (στόμα, υπογλώσσια, ορθό).
- Το δέρμα (επάλειψη).
- Η αναπνευστική οδός (εισπνοές).
- Τα μάτια, η μύτη, τα αυτιά κ.λπ.
- Η παρεντερική οδός (ενδομυϊκή, ενδοφλέβια, ενδοδερμική, υποδόρια).

γ. Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα

Η χορήγηση φαρμάκων από το στόμα είναι εύκολη, απλή και λιγότερο δυσάρεστη για τον άρρωστο. Ο άρρωστος συνήθως τα παίρνει μόνος του και οι νοσηλευτές διαθέτουν λιγότερο χρόνο και κόπο για την ετοιμασία και τη χορήγησή τους, συγκριτικά με άλλες οδούς.

Η απορρόφηση των φαρμάκων από το στόμα δεν είναι ιδιαίτερα γρήγορη, σε σύγκριση με άλλες οδούς. Πραγματοποιείται περίπου σε 30 λεπτά της ώρας. Επηρεάζεται όμως από ορισμένους παράγοντες, όπως είναι η παρουσία τροφής στο στομάχι, η παρουσία ενζύμων, πεπτικών υγρών, pH και η διαλυτότητα του φαρμάκου.

Η χορήγηση φαρμάκων από το στόμα αποφεύγεται σε αρρώστους που:

- ⇒ Δεν επικοινωνούν με το περιβάλλον.
- ⇒ Έχουν εμέτους.
- ⇒ Έχουν ρινογαστρικό καθετήρα για αναρρόφηση υγρών του στομάχου.
- ⇒ Έχουν γαστρεντερικές διαταραχές (έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου).

δ. Παρεντερική χορήγηση φαρμάκων

Είναι η χορήγηση φαρμάκων με ενέσεις:

- > Ενδομυϊκά.
- > Υποδόρια.
- > Ενδοφλέβια.

Ένεση είναι η τεχνική, με την οποία χορηγούμε φάρμακα στον ανθρώπινο οργανισμό, χρησιμοποιώντας σύριγγα και βελόνα.

Τα φάρμακα που χορηγούνται παρεντερικά είναι υδατοδιαλυτά ή ελαιώδη. Πρέπει,

επίσης, να είναι ουδέτερης αντίδρασης, διηθημένα και καλά αποστειρωμένα. Αποστειρωμένες ακόμη πρέπει να είναι οι βελόνες και οι σύριγγες που χρησιμοποιούνται.

Ενδομυϊκή ένεση.

Ενδομυϊκή είναι η είσοδος φαρμάκου στους μυς του οργανισμού με σύριγγα και βελόνα.

Η ενδομυϊκή ένεση γίνεται, όταν:

- Καταστρέφεται το φάρμακο από τα γαστρικά υγρά του στομάχου, όπως είναι η πενικιλίνη.
- Το φάρμακο είναι ελαιώδες και δε χορηγείται ενδοφλέβια.
- Δεν απορροφάται το φάρμακο εύκολα από άλλη οδό.
- Είναι αδύνατη η λήψη φαρμάκου από το στόμα (συγγυτικές καταστάσεις, αδυναμία κατάποσης, οξείες ή χρόνιες γαστρεντερικές παθήσεις).

Η χορήγηση φαρμάκου με ενδομυϊκή ένεση δε γίνεται:

- Στους αιμορροφιλικούς και σε αρρώστους που κάνουν αντιπηκτική θεραπεία, γιατί εύκολα μπορεί να κάνουν αιμάτωμα στο σημείο της ένεσης.
- Σε περιοχές με εγκαύματα και ουλές, γιατί η απορροφητική ικανότητα του ιστού είναι μειωμένη.

Οι ανατομικές θέσεις της ενδομυϊκής ένεσης είναι:

- ◆ Ο Δελτοειδής μυς των άνω άκρων.
- ◆ Ο Μείζων γλουτιαίος μυς (άνω και έξω τεταρτημόριο).
- ◆ Πλατύς μηριαίος μυς (προσθιοπλάγια επιφάνεια του μηρού).

Οι θέσεις αυτές έχουν τα εξής πλεονεκτήματα:

∫ Δε διέρχονται μεγάλα αγγεία και νεύρα, για να τραβούν, όπως είναι το ισχιακό νεύρο. Αν τραβηί το ισχιακό νεύρο, μπορεί να προκληθεί μερική ή πλήρης βλάβη (είναι σπάνια). Η μερική βλάβη εκδηλώνεται με τα εξής συμπτώματα: παράλυση ορισμένων μυών του κάτω άκρου, πόνος και απώλεια της αισθητικότητας.

∫ Τα οστά απέχουν από τη μυϊκή μάζα και αποφεύγεται η κάκωσή τους.

∫ Γίνεται γρήγορη απορρόφηση του φαρμάκου, επειδή υπάρχει πλούσια αγγείωση στους μυς.

Υποδόρια ένεση.

Υποδόρια ένεση είναι η είσοδος φαρμάκου με βελόνα και σύριγγα μέσα στον υποδόριο

ιστό. Ο υποδόριος ιστός βρίσκεται κάτω από το χόριο. Στο χόριο και στον υποδόριο ιστό υπάρχουν αιμοφόρα αγγεία και πολλές νευρικές απολήξεις. Στο είδος αυτό της ένεσης χορηγούνται μικρές ποσότητες φαρμάκων 1–5 κ. εκ., π.χ. ινσουλίνη, ηπαρίνη κ.ά.

Οι ανατομικές θέσεις της υποδόριας ένεσης συνήθως είναι:

◆ Ο δελτοειδής μυς, ο μηρός, οι κοιλιακοί μύες.

Ο μηρός και οι κοιλιακοί μύες χρησιμοποιούνται περισσότερο από ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς αρρώστους, για την ένεση ινσουλίνης. Στις περιπτώσεις αυτές οι ενέσεις γίνονται με κυκλικό τρόπο για την πρόληψη της λιποδυστροφίας.

Για την υποδόρια ένεση χρησιμοποιείται λεπτή βελόνα, μεγέθους 1,5–3 cm, η οποία εισάγεται στον υποδόριο ιστό με γωνία 45° περίπου μεταξύ βελόνας και δέρματος.

Σήμερα κυκλοφορούν στο εμπόριο και ειδικές βελόνες, που εισάγονται κάθετα (90°), κυρίως στα παχύσαρκα άτομα. Η απορρόφηση του φαρμάκου υποδορίως είναι πιο αργή, συγκριτικά με την απορρόφηση του φαρμάκου ενδομυϊκά.

ε. Ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων και ορού

Ενδοφλέβια χορηγούνται εκτός από φάρμακα και υγρά. Ο νοσηλευτής παίζει σπουδαίο ρόλο στην ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

Οι φλέβες παρέχουν ένα θαυμάσιο δρόμο για γρήγορη χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και θρεπτικών ουσιών. Τα υγρά που εισάγονται στην κυκλοφορία είναι συνήθως διαλύματα γλυκόζης ή ηλεκτρολυτικά. (εικ. 11)



Εικ. 11

Στη συνέχεια αναφέρονται μερικά διαλύματα:

1. Ισοτόνο διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή φυσιολογικός ορός (NaCl 0,9%). Χορηγείται, όταν υπάρχει απώλεια νερού και NaCl από τον οργανισμό.

2. Ισοτόνο διάλυμα γλυκόζης (Dextrose/W 5%). Χορηγείται για αναπλήρωση νερού και για θερμίδες. Τα υπερτονικά διαλύματα γλυκόζης (D/W 10%, D/W 20%, D/W 50%) χορηγούνται για εξασφάλιση θερμίδων.

3. Το γαλακτικό διάλυμα Ringer (Ringer's lactate) περιέχει χλωριούχο νάτριο, χλωριούχο κάλιο, χλωριούχο ασβέστιο και γαλακτικό νάτριο. Χορηγείται σε αρρώστους με έλλειψη καλίου, νατρίου και μεταβολική οξέωση.

Πολλές φορές είναι ανάγκη να προστεθούν φάρμακα στα παρεντερικά υγρά. Πρέπει να ληφθούν οι απαραίτητες προφυλάξεις, ώστε να αποφευχθεί η χορήγηση ασύμβατων συνδυασμών.

Για την ενδοφλέβια χορήγηση πρέπει να επιλέγεται η κατάλληλη φλέβα. Φλέβες που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι:

- Οι φλέβες του αντιβραχίου (βασίλική, κεφαλική).
- Οι φλέβες της κοιλότητας του αγκώνα (μέση, κεφαλική, βασίλική).
- Οι φλέβες του μηρού (μηριαία, σαφηνής).
- Οι φλέβες του άκρου ποδιού.
- Οι φλέβες της ραχιαίας επιφάνειας του άκρου χεριού.
- Οι επιπολής φλέβες του κρανίου (στα βρέφη και στα νήπια).

Η επιλογή της φλέβας εξαρτάται από το είδος του διαλύματος που θα χορηγηθεί, τον όγκο, το ρυθμό και τη διάρκεια χορήγησης, το μέγεθος της βελόνας που θα χρησιμοποιηθεί και την κατάσταση της φλέβας.

Αποφεύγεται η φλεβοκέντηση σε φλέβες των κάτω άκρων, που είναι διευρυσμένες από κιρσούς, γιατί η ροή μέσα σε αυτές είναι δύσκολη.

Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες φλέβες είναι εκείνες στην κοιλότητα του αγκώνα. Είναι μεγάλες και προσιτές.

Στην περιοχή του αντιβραχίου οι φλέβες βρίσκονται κοντά με τις αρτηρίες και γι' αυτό χρειάζεται προσοχή, γιατί είναι εύκολο να κεντηθεί αρτηρία αντί για φλέβα. Η ενδοφλέβια χορήγηση γίνεται άμεσα με σύριγγα και βελόνα ή έμμεσα μέσω φλεβοκαθετήρα που παραμένει στα ενδεικνυόμενα σημεία φλεβοκέντησης για 3 ημέρες το αργότερο. Οι φλέβες της ραχιαίας επιφάνειας του άκρου χεριού είναι λεπτές και κινητές.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου:

1. Με την ενδοφλέβια ένεση έχουμε γρήγορη απορρόφηση και δράση του φαρμάκου.
2. Το φάρμακο φτάνει στους ιστούς με το αίμα σε 15–20 δευτερόλεπτα.
3. Χορηγούνται φάρμακα με μεγάλη τοπική ερεθιστική και τοξική δράση που, αν ενεθούν ενδομυϊκά ή υποδόρια, προκαλούν νέκρωση των ιστών.
4. Χορηγούνται μεγάλες ποσότητες υγρών, αίματος κ.ά.

Η άμεση ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων με σύριγγα περιορίζεται μόνο στις μονάδες εντατικής θεραπείας και γίνεται από καλά εκπαιδευμένο προσωπικό.

στ. Επιπλοκές ενδοφλέβιας χορήγησης φαρμάκων και υγρών

Από την ενδοφλέβια χορήγηση ορού και φαρμάκων μπορεί να συμβούν τοπικά και γενικά προβλήματα. Τα τοπικά προβλήματα συμβαίνουν στο σημείο της φλεβοκέντησης του αρρώστου (θρομβοφλεβίτιδα, τοπική μόλυνση). Τα γενικά προβλήματα είναι εκείνα που επιδρούν στη λειτουργία των ζωτικών οργάνων του αρρώστου (εμβολή αέρα, σηψαιμία, υπερφόρτωση κυκλοφορίας, shock).

Νοσηλευτική φροντίδα.

- ⇒ Ελέγχεται η ιατρική οδηγία για ενδοφλέβια θεραπεία, η κλινική διάγνωση του αρρώστου και η νεφρική του λειτουργία.
- ⇒ Ελέγχονται τα ζωτικά σημεία και τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.
- ⇒ Η ενδοφλέβια θεραπεία αρχίζει, αφού βεβαιωθούμε ότι ο άρρωστος δεν είναι αλλεργικός.
- ⇒ Πριν αρχίσει η θεραπεία, βεβαιωνόμαστε ότι είναι ο σωστός άρρωστος.
- ⇒ Η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και φαρμάκων πρέπει να γίνεται κάτω από άσηπτες συνθήκες. Όλα τα υλικά που θα χρησιμοποιηθούν θα πρέπει να είναι αποστειρωμένα. Τα χέρια πριν και μετά την έναρξη της ενδοφλέβιας θεραπείας πρέπει να πλένονται.
- ⇒ Η χρήση γαντιών είναι απαραίτητη.
- ⇒ Γράφεται στη φιάλη ο θάλαμος του αρρώστου, το ονοματεπώνυμο, η ώρα έναρξης, φάρμακα που εμπεριέχονται στο διάλυμα και η υπογραφή της Νοσηλεύτριας που το χορήγησε στον άρρωστο.
- ⇒ Η ροή ρυθμίζεται σύμφωνα με τις ανάγκες του αρρώστου και ελέγχεται κατά διαστήματα.

- ⇒ Γίνεται αντισηψία στο σημείο φλεβοκέντησης κάθε μέρα.
- ⇒ Αλλάζεται η συσκευή ορού σε κάθε αλλαγή φιάλης.
- ⇒ Αλλάζεται η φιάλη, πριν φτάσει το διάλυμα στο τέλος και πάρει αέρα η συσκευή. Ο αέρας, επίσης, αφαιρείται από τη σύριγγα ή τη συσκευή πριν τη χορήγηση φαρμάκων.
- ⇒ Στο τροχήλατο νοσηλείας πρέπει να υπάρχουν πάντα τα απαραίτητα υλικά και φάρμακα για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητης ενέργειας.
- ⇒ Ο άρρωστος παρακολουθείται για εμφάνιση αντιδράσεων.
- ⇒ Αν πρόκειται για χορήγηση φαρμάκου με σύριγγα ενδοφλεβίως, αυτό χορηγείται αργά. Ο λιγότερος χρόνος που θα διατεθεί πρέπει να είναι 1 λεπτό και ο μεγαλύτερος 6 ή 7 λεπτά.
- ⇒ Προτιμότερο είναι τα φάρμακα να αραιώνονται σε 50 ή 100 ml NaCl 0,9% και να χορηγούνται με μορφή σταγόνων σε διάστημα μισής ώρας. Έτσι προλαβαίνεται η εμφάνιση του shock και η φλεβίτιδα.
- ⇒ Μετά τη χορήγηση του φαρμάκου γεμίζεται η συσκευή με διάλυμα ηπαρίνης (σε 9,8 ml φυσιολογικού ορού προστίθεται 0,2 ml ηπαρίνης), για να κρατηθεί σε καλή λειτουργία, αν χρησιμοποιείται μόνο για τη χορήγηση φαρμάκων.
- ⇒ Γίνεται ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας.
- ⇒ Το σημείο φλεβοκέντησης πρέπει να εναλλάσσεται, για να διατηρηθούν οι φλέβες περισσότερο χρονικό διάστημα σε καλή κατάσταση. Την 3η ημέρα της φλεβοκέντησης πρέπει να γίνεται αλλαγή φλεβοκαθετήρα, σύμφωνα με τα στοιχεία που δίνονται από τις επιτροπές ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων.

Ερωτήσεις

1. Τι περιλαμβάνει το φαρμακείο του νοσηλευτικού τμήματος;
2. Ποιες είναι οι βασικές αρχές χορήγησης των φαρμάκων;
3. Τι γνωρίζετε για τους τρόπους χορήγησης των φαρμάκων;

13. Μετάγγιση Αίματος – Αιμοδοσία

Μετάγγιση αίματος είναι η παροχή πλήρους αίματος ή των παραγώγων του, με σκοπό την αναπλήρωσή τους στον ανθρώπινο οργανισμό. Βοηθά στη διόρθωση πολλών κλινικών προβλημάτων του αρρώστου.

Σήμερα υπάρχει η τάση να αντικαθίσταται η μετάγγιση πλήρους αίματος με μετάγγιση των παραγώγων του έτσι, ώστε να γίνεται σωστή αξιοποίηση του αίματος και κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση του αρρώστου.

Η μετάγγιση πλήρους αίματος μπορεί να γίνει με την άμεση μέθοδο, όπου χορηγείται το αίμα του δότη κατευθείαν στον πάσχοντα (δεν εφαρμόζεται σήμερα), και την έμμεση μέθοδο.

Σήμερα χρησιμοποιείται και μια άλλη μέθοδος μετάγγισης αίματος, η αυτομετάγγιση ή αυτόλογη μετάγγιση, η οποία έχει σκοπό να προλάβει τις ανεπιθύμητες συνέπειες που έχει ο συνήθης τρόπος μετάγγισης.

Στην αυτομετάγγιση ή αυτόλογη μετάγγιση ο δότης και ο λήπτης είναι το ίδιο άτομο. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σε άτομα που πρόκειται να χειρουργηθούν.

Βασική προϋπόθεση για τη μετάγγιση αίματος με το συνήθη τρόπο είναι ο καθορισμός της ομάδας αίματος και του παράγοντα Rhesus του λήπτη και του δέκτη, δηλαδή του αιμοδότη και του αρρώστου, πριν χορηγηθεί το αίμα για τον έλεγχο της συμβατότητας. Στην αυτομετάγγιση δε χρειάζεται ο έλεγχος αυτός. Δίνεται αίμα λίγες μέρες ή 2-3 εβδομάδες πριν την εγχείρηση, το αίμα φυλάσσεται στο ψυγείο της αιμοδοσίας και χρησιμοποιείται κατά την εγχείρηση.

Αίμα και προϊόντα αίματος που χρησιμοποιούνται για μετάγγιση.

- α. Πλήρες αίμα.
- β. Συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια.
- γ. Πλάσμα αίματος (φρέσκο ή κατεψυγμένο).
- δ. Αιμοπετάλια.
- ε. Λευκά αιμοσφαίρια.
- στ. Παράγοντες πήξης του αίματος.

Αιμοδοσία–Επιλογή αιμοδότη–Προϋποθέσεις για εθελοντική αιμοδοσία.

Συχνά η άγνοια και η κακή πληροφόρηση αποτελούν εμπόδια στην προσφορά αίματος. Η εθελοντική αιμοδοσία βοηθά το συνάνθρωπό μας και αυτό πρέπει να γίνει συνείδηση όλων μας, έτσι ώστε να καλυφθούν οι ελλείψεις που αντιμετωπίζουν τα μεγάλα Κέντρα Αιμοδοσίας, (εικ. 12)



Εικ. 12 Αίθουσα αιμοδοσίας.

Ακόμη πρέπει να ξέρει ο αιμοδότης ότι δικαιούται αίμα σε περίπτωση ανάγκης του ιδίου ή ατόμων της οικογενείας του.

Αποκλείονται οι άρρωστοι με:

- Αιμολυτικά νοσήματα, φυματίωση, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιοπάθεια, ηπατίτιδα Β ή C, AIDS, σύφιλη, ελονοσία, επιληψία, καρκίνο, βρουκέλωση.
- Πρόσφατη χειρουργική επέμβαση.
- Αλλεργία.
- Χρήση οινοπνευματωδών και ναρκωτικών ουσιών.
- Πρόσφατο εμβολιασμό.
- Λήψη φαρμάκων.

Η συλλογή του αίματος γίνεται κάτω από άσηπτες συνθήκες, σε ειδικούς πλαστικούς σάκους με αντιπηκτικό διάλυμα και φυλάσσεται στο ψυγείο ($2^{\circ} - 4^{\circ} \text{C}$).

Μία μονάδα αίματος περιέχει 300–400 ml περίπου αίμα και 80–120 ml αντιπηκτικό συντηρητικό διάλυμα (εικ. 13). Ανάλογα με τη σύνθεση του αντιπηκτικού διαλύματος καθορίζεται και ο χρόνος διατήρησης του αίματος. Στο διάλυμα A.C.D. (κιτρικό

νάτριο + κιτρικό οξύ + Dextrose) τα ερυθρά αιμοσφαίρια διατηρούνται βιώσιμα 21 ημέρες. Σήμερα χρησιμοποιούνται τα διαλύματα CPDA-2 και CPDA-3 όπου η επιβίωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων φτάνει τις 42 ημέρες.

Μετά την αιμοληψία δίνονται συμβουλές προς τους αιμοδότες.



Εικ. 13 Φιάλη αίματος.

α. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που πρόκειται να μεταγγισθεί

Όταν πρόκειται να μεταγγισθεί άρρωστος στο νοσηλευτικό τμήμα, ο νοσηλευτής θα φροντίσει:

1. Να ενημερώσει τον άρρωστο αν είναι σε θέση για τη συγκεκριμένη νοσηλεία.
2. Να ετοιμάσει και να αποστείλει το δελτίο αίτησης αίματος στο τμήμα αιμοδοσίας, καθώς και τα απαραίτητα δείγματα αίματος του αρρώστου για προσδιορισμό της ομάδας αίματός του, τον καθορισμό του παράγοντα Rhesus, τη διασταύρωση αίματος και τη δοκιμασία Coombs.
3. Να παραλάβει τη φιάλη αίματος από το τμήμα αιμοδοσίας και να προσέξει:
 - Το ονοματεπώνυμο του αρρώστου να είναι σωστό.
 - Το βαθμό συμβατότητας.
 - Την ομάδα αίματος και το Rhesus.
 - Την ημερομηνία λήξης του αίματος.
 - Την κλινική που νοσηλεύεται ο άρρωστος.
 - Την υπογραφή του γιατρού του τμήματος αιμοδοσίας.
- Η μεταφορά της φιάλης από την αιμοδοσία πρέπει να γίνεται με προσοχή και να τοποθετείται στον άρρωστο μέσα σε 20 λεπτά, γιατί αλλοιώνεται, όταν μείνει εκτός ειδικού ψυγείου για πολλή ώρα. Η όλη διαδικασία μετάγγισης δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 2 ώρες.
4. Να ετοιμάσει το απαραίτητο υλικό φλεβοκέντησης και μετάγγισης αίματος αμέσως στο τροχήλατο νοσηλείας και να ενημερώσει έγκαιρα το γιατρό.
5. Να προβεί σε έναν τελευταίο έλεγχο των στοιχείων, στις δύο ετικέτες της φιάλης, σε συνεργασία με το γιατρό.
6. Να μη γίνουν σφάλματα κατά την τοποθέτηση του αίματος (είσοδος αέρα, μόλυνση, εκροή αίματος προς τα έξω κ.ά.).

7. Να ρυθμίσει τη ροή του αίματος στο λεπτό.
8. Να παρακολουθήσει τον άρρωστο για πιθανές αντιδράσεις.

β. Αντιδράσεις από τη μετάγγιση αίματος

1. Άμεσες αντιδράσεις.

α. Αιμολυτικές: Οφείλονται σε μετάγγιση αίματος ασύμβατου με το αίμα του δέκτη, ως προς τις ομάδες του συστήματος A.B.O. και του παράγοντα Rhesus. Η αιμολυτική αντίδραση εμφανίζεται συνήθως στην αρχή της μετάγγισης και αποτελεί σοβαρή επιπλοκή των μεταγγίσεων.

Τα συμπτώματα που εμφανίζει ο άρρωστος είναι: ρίγος, πυρετός, πόνος στην οσφύ, ναυτία και έμετοι, ανησυχία, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, αιματουρία και πτώση της αρτηριακής πίεσης.

β. Αλλεργικές: Οφείλονται σε ευαισθησία του δέκτη προς τις πρωτεΐνες του δότη. Εμφανίζονται σε άτομα με ιστορικό αλλεργίας.

Τα συμπτώματα που εμφανίζει ο άρρωστος είναι: κνησμός, εξάνθημα, ρίγος, πυρετός, δύσπνοια και, σπανιότατα, αναφυλακτικό shock.

γ. Πυρετικές: Οφείλονται στην παρουσία πυρετογόνων ουσιών ή στην παρουσία μικροβίων από ελλιπή αποστείρωση.

Τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι: ρίγος και υψηλός πυρετός, ναυτία και έμετος, πονοκέφαλος και ταχυκαρδία.

δ. Υπερφόρτωση της κυκλοφορίας: Οφείλεται στη χορήγηση μεγάλης ποσότητας αίματος ή στο συνδυασμό χορήγησης μεγάλης ποσότητας αίματος σε μικρό χρονικό διάστημα.

Τα συμπτώματα είναι: αύξηση της αρτηριακής πίεσης δύσπνοια-ταχύπνοια, ταχυκαρδία, πνευμονικό οίδημα.

ε. Εμβολή αέρα: Η εμβολή αέρα συνήθως συμβαίνει στις περιπτώσεις που χορηγείται αίμα με πίεση.

Τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι: πόνος στο θώρακα, δύσπνοια, ανησυχία, υπόταση, κυάνωση.

2. Έμμεσες αντιδράσεις.

- ⇒ Η ηπατίτιδα Β, C (μη Α – μη Β).
- ⇒ Το AIDS.
- ⇒ Η ελονοσία.

⇒ Η σύφιλη.

⇒ Αιμολυτικές αντιδράσεις.

Νοσηλευτική φροντίδα.

1. Ειδοποιούμε αμέσως το γιατρό και την τράπεζα αίματος.
2. Διακόπτουμε τη χορήγηση αίματος και χορηγούμε δεξτρόζη ή φυσιολογικό ορό χλωριούχου νατρίου (NaCl 0,9%).
3. Στέλνουμε τη φιάλη αίματος στην αιμοδοσία για έλεγχο της συμβατότητας και καλλιέργεια στο μικροβιολογικό εργαστήριο.
4. Παίρνουμε τα ζωτικά σημεία του αρρώστου και δεν αφήνουμε τον άρρωστο μόνο του.
5. Στέλνουμε στο εργαστήριο δείγμα ούρων για ανίχνευση αιμοσφαιρίνης και δείγμα αίματος για επαναπροσδιορισμό της ομάδας αίματος.
6. Ενημερώνουμε το φύλλο νοσηλείας με όλα εκείνα που συνέβησαν στον άρρωστο και τις νοσηλευτικές ενέργειες που εφαρμόσαμε.

Ερωτήσεις

1. Τι είναι η μετάγγιση αίματος και τι γνωρίζετε για την εθελοντική αιμοδοσία;
2. Ποια είναι η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που μεταγγίζεται;
3. Τι γνωρίζετε για τις επιπλοκές από τη μετάγγιση αίματος και πώς αντιμετωπίζονται;

14. Κατακλίσεις

Οι κατακλίσεις προϋπήρχαν από την εποχή των Φαραώ και αναφέρονται από τον Ιπποκράτη, Λίστερ, Παστέρ, ενώ συνεχίζουν να υπάρχουν μέχρι και σήμερα.

Η πρόληψη των κατακλίσεων αποτελεί δείκτη ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Σύμφωνα με την Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή για τα έλκη στις ΗΠΑ, ως κατάκλιση ορίζεται η εντοπισμένη περιοχή νέκρωσης του ιστού, επειδή συμπιέζεται για παρατεταμένη χρονική περίοδο μεταξύ οστέινης προεξοχής και εξωτερικής επιφάνειας, όπως είναι το κρεβάτι ή η πολυθρόνα. Η παρατεταμένη εξωτερική πίεση που ασκείται στο δέρμα προκαλεί θρόμβωση των τριχοειδών, διακοπή της μικροκυκλοφορίας και παρεμπόδιση προς και από τους ιστούς διακίνησης θρεπτικών ουσιών και άχρηστων προϊόντων μεταβολισμού, με αποτέλεσμα ανοξία και νέκρωση των ιστών της περιοχής.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη κατακλίσεων είναι:

- α) εξωτερικοί (πίεση, διατηρηματική δύναμη τριβής, υγρασία)
- β) εσωτερικοί (ακινησία, κακή διατροφή, προχωρημένη ηλικία, διανοητική κατάσταση, αυξημένη θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, υποκείμενη νόσος, ψυχολογικοί, έλλειψη αισθητικότητας).

Αξιίζει να προσεχθεί ότι όσο πιο υψηλή πίεση ασκείται, τόσο μεγαλώνει η πίεση πάνω στην οστέινη προεξοχή, με αποτέλεσμα η νέκρωση ιστών να ξεκινά εσωτερικά και βαθμιαία να φθάνει προς την επιφάνεια του δέρματος, γεγονός που καθυστερεί πολλές φορές τη θεραπεία.

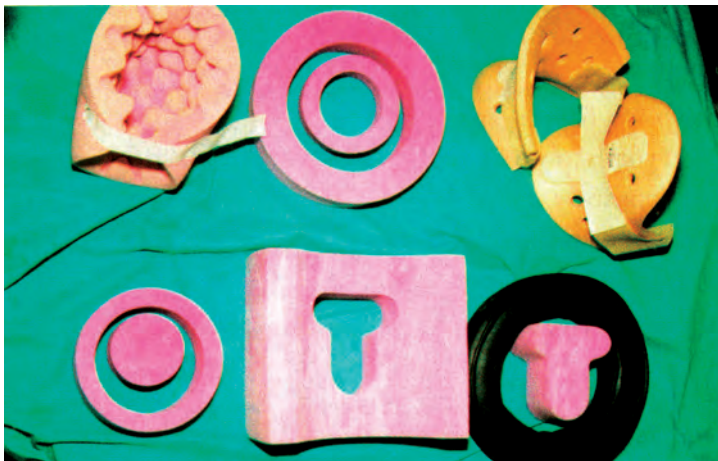
Οι κατακλίσεις μπορεί να εμφανιστούν σε λίγες ημέρες, αν υγιής άνθρωπος ξαφνικά ακινητοποιηθεί λόγω ατυχήματος ή ασθένειας.

Η διατηρηματική δύναμη εμφανίζεται, όταν τοποθετούμε τον άρρωστο σε καθιστική ή ημικαθιστική θέση χωρίς υποστήριξη, με αποτέλεσμα να ολισθαίνει το σώμα του προς το κάτω μέρος του κρεβατιού.

Αποφεύγεται επίσης και η τριβή, όταν μετακινούμε άρρωστο κλινήρη.

Η υγρασία πενταπλασιάζει τον κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων. Χρειάζεται προσοχή στη φροντίδα αρρώστων με ακράτεια ούρων ή κοπράνων, σε αρρώστους με εφιδρώσεις, σε αρρώστους που έχουν υποστεί κακώσεις του νωτιαίου μυελού, οι οποίοι δύσκολα αλλάζουν θέση και αρρώστους που έχουν μειωμένη αισθητικότητα.

Η ακινησία προλαμβάνεται με συχνή αλλαγή θέσης του αρρώστου και υποστήριξη των σημείων πίεσης με μαξιλάρια, σιλικόνη και άλλα επιθέματα. (εικ. 14)



Εικ. 14 Υλικά που τοποθετούνται στο σώμα του αρρώστου για πρόληψη κατακλίσεων.

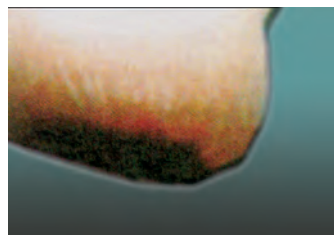
Οι άρρωστοι γίνονται πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη κατακλίσεων, όταν δε λαμβάνουν από το διαιτολόγιό τους επαρκώς αμινοξέα, θερμίδες, βιταμίνες και άλατα. Ειδικά δε οι υπερήλικες που έχουν χαμηλή αρτηριακή πίεση και πάσχουν από νεοπλάσματα, νευρολογικές, ορθοπεδικές ή κυκλοφορικές παθήσεις, αναιμίες, σακχαρώδη διαβήτη, παχύσαρκοι, λιπόσαρκοι και οι κωματώδεις άρρωστοι.

Το ψυχολογικό stress φαίνεται, τέλος, ότι συμβάλλει στη δημιουργία κατακλίσεων. Οι θέσεις που αναπτύσσονται συνήθως κατακλίσεις είναι εκεί όπου υπάρχουν οστέινες προεξοχές στο δέρμα π.χ. ιερή χώρα, γλουτοί, ωμοπλάτη, αγκώνες, σφυρά, πτέρνες, ινίο, αυτιά.

Η κλινική εικόνα των κατακλίσεων χωρίζεται σε τέσσερα στάδια (ταξινόμηση Shea).

Στάδιο I (εικ. 15)

- ερυθρότητα δέρματος που δεν υποχωρεί μετά 15' σε αλλαγή θέσης
- πόνος στην πάσχουσα περιοχή
- δέρμα χωρίς πληγή



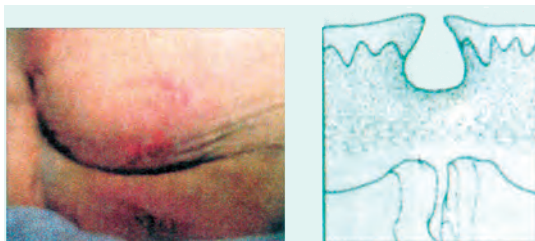
Εικ. 15 Αποχρωματισμός δέρματος.

Σ' αυτό το στάδιο η εξέλιξη είναι αναστρέψιμη. Σημαντική είναι η έγκαιρη παρατήρηση και η σωστή νοσηλευτική φροντίδα. Πλήρης θεραπεία γίνεται σε 5 – 10 ημέρες.

Στάδιο II (εικ. 16)

- καταστροφή μερικού πάχους στιβάδων του δέρματος
- σκοτεινόχρωμο δέρμα (κατά την αποσυμπίεση δεν εξαφανίζεται το χρώμα του δέρματος)
- εκδορά δέρματος και φυσαλίδες

Με κατάλληλη ιατρονοσηλευτική φροντίδα, θεραπεύεται.



Εικ. 16 Επιφανειακό έλκος.

Πηγή: Διατριβή Ε. Μπαλτζή - Οικονομοπούλου.

Στάδιο III (εικ. 17)

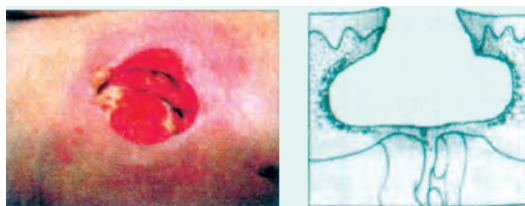
- πλήρης καταστροφή στιβάδων του δέρματος (επιδερμίδας – χόριου – υποδόριου)
- το έλκος επεκτείνεται στο υποδόριο λίπος και έχει στοιχεία φλεγμονής και μόλυνσης των μυών



Εικ. 17 Καταστροφή δέρματος χωρίς σχηματισμό σπηλαίου.

Στάδιο IV (εικ. 18)

- βαθιά επέκταση του έλκους. Υπάρχει επικοινωνία οστού και έλκους
- εμφάνιση μόλυνσης, δυσσομίας, πύου και νέκρωσης ιστών



Εικ. 18 Καταστροφή δέρματος με σχηματισμό σπηλαίου.

Επιπλοκές κατακλίσεων

- η σήψη κυρίως III και IV σταδίων
- χρόνια οστεομυελίτιδα
- σπηπτική αρθρίτιδα
- αναιμία
- συρίγγια

Η θεραπεία εστιάζεται στη χειρουργική αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών, στη διατήρηση καθαρού τραύματος, επαρκή θρέψη και χορήγηση φαρμάκων. Τελευταία χρησιμοποιείται η καλλιέργεια επιδερμικού μοσχεύματος και η ηλεκτρική διέγερση.

Νοσηλευτική Φροντίδα

- ⇒ Πρώτο μέλημα είναι η συχνή αλλαγή θέσης του αρρώστου που είναι και ο πιο απλός τρόπος ανακούφισης από την πίεση, όλο το 24ωρο.
- ⇒ Δώστε ιδιαίτερη προσοχή σε αρρώστους με καταστολή ή αρρώστους που παίρνουν ηρεμιστικά.
- ⇒ Τοποθετήστε κατάλληλα μαξιλάρια σε σημεία που πιέζεται το σώμα.
- ⇒ Αποφύγετε την τριβή και διατμηματική πίεση κατά τη φροντίδα των αρρώστων. Οι άρρωστοι δεν σύρονται για την μετακίνησή τους, αλλά ανυψώνονται με συγκεκριμένες τεχνικές.
- ⇒ Τοποθετήστε υποστήριγμα στα πόδια, όταν ο άρρωστος είναι σε καθιστική ή ημικαθιστική θέση.
- ⇒ Αποφύγετε σφιχτούς επιδέσμους και ιμάντες για συγκράτηση του αρρώστου και κρίκους στους αγκώνες και στις πτέρνες.
- ⇒ Τα σεντόνια πρέπει να είναι καθαρά και τεντωμένα.
- ⇒ Όταν το δέρμα τρίβεται ή πιέζεται σε σκληρά αντικείμενα (π.χ. σκωραμίδα, γύψινος επίδεσμος) βάζουμε βαμβάκι ή χρησιμοποιούμε στα σημεία πίεσης αφρολέξ ή σιλικόνη και τοποθετούμε στρώματα αέρος, ακόμη και ειδικά κρεβάτια.

Ερωτήσεις

1. Ποιες οι διαφορές πρώτου I και τέταρτου IV σταδίου κατακλίσεων;
2. Αναφέρετε συνήθεις επιπλοκές κατακλίσεων.
3. Τι περιλαμβάνει η νοσηλευτική φροντίδα κατακλίσεων;

15. Ραδιοϊσότοπα

Τα ραδιοϊσότοπα είναι άτομα ενός στοιχείου που έχουν τις ίδιες χημικές ιδιότητες, αλλά διαφορετικές φυσικές ιδιότητες.

Τα ραδιοϊσότοπα εκπέμπουν την ακτινοβολία γ , την α και τη β , οι οποίες, όταν εισέρχονται στον οργανισμό, δημιουργούν το φαινόμενο του ιονισμού. Ο ιονισμός προκαλεί μια σειρά από χημικές και βιολογικές αντιδράσεις, οι οποίες έχουν βλαπτική επίδραση στους ζωικούς ιστούς. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι περισσότερο ευαίσθητα στην ακτινοβολία, σε σχέση με τα ώριμα κύτταρα. Μερικές μορφές νεοπλασματικών κυττάρων νεκρώνονται τελείως, ενώ οι βλάβες των ώριμων κυττάρων επανορθώνονται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα.

Ο άνθρωπος είναι εκτεθειμένος σε φυσική και τεχνητή ραδιενέργεια του περιβάλλοντος. Κύριες φυσικές πηγές είναι η κοσμική ακτινοβολία, ο αέρας, το έδαφος και ο ίδιος ο οργανισμός. Τεχνητές πηγές είναι κυρίως οι ιατρικές εξετάσεις με ακτίνες X, η τηλεόραση, οι δοκιμές ατομικών βομβών και τα αεροπορικά ταξίδια. Η ραδιορύπανση μπορεί να φτάσει στον άνθρωπο, όχι μόνο άμεσα, αλλά και έμμεσα, με τον αέρα, το νερό και γενικά με τα τρόφιμα (ψάρια, γάλα κ.ά., από περιοχή με ραδιορύπανση). Επιτρεπτή δόση ακτινοβολίας, που δεν προκαλεί βλάβες στον οργανισμό, είναι 100 χιλιοστά της μονάδας Rem.

Ο κίνδυνος από την ακτινοβολία εξαρτάται από την ποσότητα που θα απορροφηθεί, σε συνδυασμό με το ρυθμό ακτινοβολήσης, από το είδος της ακτινοβολίας και από το είδος του ιστού που ακτινοβολείται. Κινδυνεύουν κυρίως: 1. Το δέρμα. Μπορεί να αναπτυχθεί καρκίνος. 2. Οι γεννητικοί αδένες. Μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσουν στειρώση. 3. Το αιμοποιητικό σύστημα. Μπορεί να αναπτυχθεί λευχαιμία. 4. Τα μάτια. Προκαλεί βλάβη των φακών στα μάτια. 5. Το έμβρυο. Ιδιαίτερα τις έξι πρώτες εβδομάδες που γίνεται η μεγαλύτερη οργανογένεση, η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει συγγενείς ανωμαλίες ή και θάνατο του εμβρύου.

α. Χρήση

Τα ραδιοϊσότοπα χρησιμοποιούνται στην ιατρική: α) για διαγνωστικούς σκοπούς (αξιολόγηση της λειτουργίας διαφόρων οργάνων, ανίχνευση ανατομικών ανωμαλιών των οργάνων κ.ά.), β) για θεραπευτικούς σκοπούς (για την αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας ενός οργάνου και για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων).

Χορηγούνται ενδοφλέβια, από το στόμα ή εισάγονται μέσα σε διάφορες κοιλότητες (ενδοκοιλιακά), π.χ. στην υπεζωκοτική και στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Τα ραδιοϊσότοπα που χρησιμοποιούνται συχνότερα είναι το τεχνίτιο, το ιώδιο, το κοβάλτιο.

β. Νοσηλευτική φροντίδα

- ⇒ Ενημέρωση του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες από την εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου.
- ⇒ Διδασκαλία του αρρώστου για το τι πρέπει να κάνει σε κάθε περίπτωση εφαρμογής ραδιοϊσοτόπου.
- ⇒ Ηθική υποστήριξη, επειδή θα βρεθεί για ένα χρονικό διάστημα απομονωμένος. Μικρός αριθμός επισκεπτών και περιορισμένος ο χρόνος επισκεπτηρίου.
- ⇒ Τοποθέτηση πινακίδας στην πόρτα του θαλάμου, όπου θα αναγράφεται η περιοχή εφαρμογής, το είδος και η δόση του ραδιοϊσοτόπου.
- ⇒ Το προσωπικό πρέπει να κάνει χρήση του μετρητή ραδιενέργειας.
- ⇒ Προσοχή για διαρροή διαλύματος από το σημείο εισαγωγής του ραδιοϊσοτόπου. (δεν πρέπει να αγγίξει κανείς τη ραδιενεργό ουσία. Ειδοποιείται αμέσως το τμήμα ραδιοϊσοτόπων).
- ⇒ Τα απεκρίματα φυλάσσονται σε ειδικά δοχεία. Ο χειρισμός τους πρέπει να γίνεται με γάντια.
- ⇒ Σε περίπτωση απόχρεμψης γίνεται έλεγχος για ραδιενέργεια. Τα πτύελα φυλάσσονται από το φόβο μήπως υπάρχει επικοινωνία μεταξύ υπεζωκότα και βρόγχων. Φροντίδα στόματος με ήπια αντισηπτικά.
- ⇒ Αντιμετώπιση παρενεργειών και επιπλοκών από την ακτινοβολία, όπως:
 - Ναυτία και έμετος. Χορηγούνται αντιεμετικά σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
 - Διάρροια. Αντιμετωπίζεται με αντιδιαρροϊκό φάρμακο και ειδική διαίτα.
 - Αντιδράσεις από το δέρμα. Εφαρμόζονται στην ακτινοβολημένη περιοχή κρέμες ουδέτερες σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
 - Καταστολή του μυελού των οστών. Προστατεύεται ο άρρωστος από λοιμώξεις και τραυματισμούς. Σε περίπτωση αιμορραγίας ή λοίμωξης μεριμνούμε για την κατάλληλη αντιμετώπισή τους.

Ερωτήσεις

1. Τι είναι ραδιοϊσότοπα και πού χρησιμοποιούνται;
2. Ποια είναι η νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων με εφαρμογή ραδιοϊσοτόπων;

16. Πόνος

Ο πόνος είναι υποκειμενικό συναίσθημα κατά το οποίο το άτομο εκδηλώνει δυσφορία προφορική, μη προφορική ή και τα δύο μαζί. Η αντίδραση του ατόμου στον πόνο επηρεάζεται από παράγοντες, όπως: εμπειρίες ζωής, άγχος, προηγούμενη εμπειρία πόνου, κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες, κόπωση, επίδραση του περιβάλλοντος του Νοσοκομείου, στρεσογόνοι παράγοντες, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης και οικογενειακό περιβάλλον.

α. Τύποι πόνου

1) Οξύς είναι ο πόνος που εμφανίζεται συνήθως αιφνίδια, δε διαρκεί πάνω από 3 μήνες και οι επώδυνες περιοχές γενικά αναγνωρίζονται καλά. Το άτομο με οξύ αιφνίδιο πόνο εμφανίζει συνήθως ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και εφίδρωση.

2) Χρόνιος είναι ο πόνος που μπορεί να εμφανιστεί αιφνίδια ή ύπουλα, επιμένει πάνω από 3 μήνες και οι επώδυνες περιοχές δεν αναγνωρίζονται καλά από το άτομο. Ο χρόνιος πόνος χαρακτηρίζεται από αϋπνία, άγχος, επιθετικότητα, απώλεια επιτοσύνης στο υγειονομικό προσωπικό, μείωση των ενδιαφερόντων και απομόνωση από τους φίλους.

Ο πόνος ανάλογα με την προέλευσή του διακρίνεται σε σπλαχνικό και σωματικό. Ο σπλαχνικός πόνος προέρχεται από τα εσωτερικά όργανα. Ο σωματικός πόνος προέρχεται από το δέρμα, τον υποδόριο ιστό, τους μυς και τα οστά. Το άτομο με σωματικό πόνο μπορεί να εντοπίσει τον πόνο, ενώ στο σπλαχνικό πόνο η εντόπιση είναι δύσκολη.

β. Εκτίμηση του πόνου

Η εκτίμηση του πόνου μπορεί να γίνει με διαβαθμισμένες κλίμακες έντασης του πόνου, όπως είναι η κλίμακα Mc Gill και η οπτική αναλογική μέθοδος.

Η οπτική αναλογική μέθοδος είναι πιο αγαπητή στους αρρώστους. Κατ' αυτή χρησιμοποιείται μια ευθεία γραμμή σε λευκό χαρτί μήκους 10 εκ. που στο αριστερό άκρο γράφει «καθόλου πόνος» και στο δεξιό άκρο «ανυπόφορος πόνος». Ζητείται από τον άρρωστο να σημειώσει με μολύβι σε ποιο σημείο της γραμμής αντιστοιχεί ο πόνος.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καθόλου πόνος						Ανυπόφορος πόνος				

Στην εκτίμηση του χρόνιου πόνου προστίθεται και το ιστορικό πόνου ή ερωτηματολόγιο. Τα δεδομένα στο ερωτηματολόγιο μπορεί να είναι:

- > Δημογραφικά στοιχεία.
- > Έννοια του πόνου για τον άρρωστο.
- > Παράγοντες που αυξάνουν ή μειώνουν τον πόνο.
- > Ιστορικό ψυχικής νόσου.
- > Ιστορικό πόνου.
- > Μέτρα που χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση του πόνου.

Η ανακούφιση του πόνου αποτελεί μια σημαντική νοσηλευτική πράξη. *Σκοποί της φροντίδας του πόνου είναι:*

- Ανακούφιση του πόνου.
- Αντιμετώπιση των συνεπειών του πόνου.
- Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειας, όταν ο άρρωστος θα συνεχίσει την αναλγητική θεραπεία στο σπίτι.

γ. Νοσηλευτική φροντίδα

Όταν ένα άτομο αναφέρει ότι πονά, είναι πολύ σημαντικό πριν από κάθε ενέργεια να γίνεται μια γρήγορη εκτίμηση. Να συγκεντρώνονται τα δεδομένα για την ένταση, την εντόπιση, τη διάρκεια (συνεχής ή διακοπτόμενος), την πρώτη εμφάνιση, την πιθανή αιτία του πόνου και τους ανακουφιστικούς παράγοντες.

Η ένταση του πόνου πρέπει να εκτιμάται τουλάχιστο μια φορά σε κάθε ωράριο (πρωινό, απογευματινό, νυκτερινό).

Η ανακούφιση από τον πόνο γίνεται με φαρμακευτική και μη φαρμακευτική αγωγή. Το άγχος είναι ένας παράγοντας που μπορεί να αυξήσει ή να ελαττώσει τον πόνο. Η μείωσή του είναι σημαντική για την ανακούφιση από τον πόνο. Η εμπιστοσύνη στη σχέση νοσηλευτή-αρρώστου βοηθά στην ανακούφιση από τον πόνο. Όταν ο άρρωστος γνωρίζει πως ο νοσηλευτής πιστεύει ότι πραγματικά πονάει, αισθάνεται ανακούφιση

που μπορεί να εκφράσει τον πόνο του σε κάποιον. Ο πόνος πρέπει να αναφέρεται στα πρώιμα στάδια του για καλύτερη αντιμετώπισή του.

– Ο βελονισμός επίσης χρησιμοποιείται για την ανακούφιση από τον πόνο. Είναι μια αρχαία μέθοδος θεραπείας. Μικρές βελόνες εισάγονται και οδηγούνται σε ειδικά σημεία του σώματος ανάλογα με την εντόπιση και τον τύπο του πόνου. Ερεθίζουν ίνες μεγάλης διαμέτρου και σταματούν τον πόνο. Δεν είναι γνωστό αν παίζει ρόλο ο ψυχικός παράγοντας και η υποβολή στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

– Ο Διαδερμικός ηλεκτρικός ερεθισμός επίσης είναι μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου. Επιτυγχάνεται με διαδερμική εφαρμογή ηλεκτρικού ρεύματος ορισμένης συχνότητας, εφαρμογής και έντασης σε ορισμένα σημεία του σώματος.

– Τεχνικές χαλάρωσης βοηθούν στην ανακούφιση από τον πόνο (γιόγκα, ύπνωση, μουσικοθεραπεία).

Φαρμακευτική αγωγή.

- Μη οπιοειδή. Τα πιο γνωστά φάρμακα της κατηγορίας είναι η ασπιρίνη και η παρακεταμόλη. Η χορήγηση της ασπιρίνης συνιστάται να γίνεται μετά από φαγητό, γιατί ερεθίζει το γαστρικό βλεννογόνο.

Τα μη οπιοειδή αναλγητικά πρέπει να δίνονται:

⇒ Σε τακτά χρονικά διαστήματα.

⇒ Σε σωστή δόση.

⇒ Μόνα τους ή σε συνδυασμό με οπιοειδή.

⇒ Να παρακολουθείται ο άρρωστος για εμφάνιση παρενεργειών.

- Οπιοειδή. Στα οπιοειδή φάρμακα ανήκουν η μορφίνη, σκοπολαμίνη κ.ά. Ανεπιθύμητες ενέργειες της μορφίνης είναι η δυσκοιλιότητα, η υπνηλία, η επίσχεση ούρων, η ναυτία και ο έμετος. Χορηγούνται από το στόμα ή παρεντερικά. Στους αρρώστους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο του καρκίνου χορηγούνται μεγάλες δόσεις οπιοειδών φαρμάκων, επειδή ο πόνος αυξάνεται με την εξέλιξη της νόσου ή αποκτά ανοχή στην αναλγησία.

Για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου και του χρόνιου πόνου αποτελεσματική είναι η επισκληρίδια ή η υπαραχνοειδής έγχυση οπιοειδών ή τοπικών αναισθητικών. (εικ. 19)



Εικ. 19 Τοποθέτηση επισκληριδίου καθετήρα.

Ερωτήσεις

1. Τι είναι ο πόνος;
2. Ποιους τύπους πόνου γνωρίζετε;
3. Πώς αντιμετωπίζεται ο πόνος;
4. Ποιες είναι οι σωματικές και οι ψυχολογικές επιπτώσεις του πόνου;

Δραστηριότητες

– Κατά την πρακτική σας άσκηση στο νοσοκομείο μελετήστε ένα περιστατικό αρρώστου με πόνο και εκτιμήστε τον με την οπτική αναλογική μέθοδο. Γράψτε τη νοσηλευτική φροντίδα του συγκεκριμένου αρρώστου όσον αφορά τον πόνο και συζητήστε το στην τάξη.

17. Προεγχειρητική και Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα του Αρρώστου

Προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου.

Με τη σωστή προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου προλαβαίνουμε τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνουμε την αποκατάστασή του.

Η προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει τη:

α. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

Ψυχολογική ετοιμασία. Η χειρουργική επέμβαση προκαλεί στρες στον άρρωστο. Όσο πιο έντονο είναι το στρες, τόσο περισσότερο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τον οργανισμό του αρρώστου πριν, κατά και μετά την επέμβαση. Άλλοι παράγοντες που προκαλούν στρες είναι: η αναισθησία, το άγνωστο περιβάλλον του χειρουργείου, τα οικογενειακά προβλήματα και ο πόνος.

Οι νοσηλευτές καλούνται να προσφέρουν βοήθεια στον άρρωστο με σεβασμό και ενδιαφέρον. Πολλοί εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στο νοσηλευτή από ό,τι στους συγγενείς τους. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του αρρώστου. Αυτό θα το πετύχει, όταν δίνει λογικές πληροφορίες και εξηγήσεις στον άρρωστο και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές τεχνικές με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.

Φυσική προετοιμασία. Η καλή θρέψη και η ενυδάτωση στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την ελλιπή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών χωρίς σοβαρές συνέπειες. Ο άρρωστος με κακή θρέψη έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό στρες και είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις εξαιτίας της μειωμένης αντίστασης του οργανισμού. Είναι επιρρεπής στο shock και την αιμορραγία εξαιτίας της υποπρωτεϊναιμίας. Η επούλωση του τραύματος καθυστερεί από τη μειωμένη πρόσληψη πρωτεϊνών και βιταμίνης C, προεγχειρητικά διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή, χορηγείται υπερθερμιδική με περίσσεια βιταμινών διατροφή και γίνεται μετάγγιση αίματος, αν υπάρχει αναιμία.

Τα ηλικιωμένα άτομα μετεγχειρητικά παρουσιάζουν εύκολα αφυδάτωση και βραδύτερο ρυθμό επούλωσης στις τραυματικές βλάβες. Χρόνιες ασθένειες του αναπνευστικού και του κυκλοφορικού συστήματος επιβαρύνουν τη μετεγχειρητική κατάσταση και πρέπει να αντιμετωπίζονται προεγχειρητικά.

Αν ο αρρώστος παίρνει φάρμακα, όπως κορτικοειδή, αντιβιοτικά, διουρητικά και αντιπηκτικά, λαμβάνονται υπόψη και κρίνεται αν πρέπει να συνεχισθούν ή όχι.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν από την επέμβαση. Προτιμότερο είναι να ρυθμιστεί με την κατάλληλη δίαιτα και όχι με ισχυρά καθαρτικά που προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Διαγνωστικές εξετάσεις. Οι γενικές διαγνωστικές εξετάσεις γίνονται σε όλους τους αρρώστους που πρόκειται να χειρουργηθούν. Αυτές είναι:

- Η γενική αίματος, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών, χρόνος προθρομβίνης, ομάδα Rhesus, αυστραλιανό αντιγόνο, HIV, Wasserman, VDRL.

- Ουρία, σάκχαρο, ηλεκτρολύτες.
- Η ακτινογραφία θώρακα.
- Η γενική ούρων.
- Το ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Ανάλογα με την περίπτωση ακολουθούν και οι ειδικές εξετάσεις.

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του αρρώστου καλείται ο αναισθησιολόγος για την προεγχειρητική εκτίμηση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος.

Γραπτή συγκατάθεση. Πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση απαιτείται γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου ή των συγγενών του. Υπάρχει ειδικό έντυπο όπου ο ασθενής υπογράφει, αφού ενημερωθεί από το γιατρό. Αν πρόκειται για ανήλικο ασθενή ή ασθενή σε κωματώδη κατάσταση, υπογράφει μέλος της οικογένειας. Σε επείγουσες επεμβάσεις, όπου κρίνεται η ζωή του αρρώστου, η εγχείρηση γίνεται χωρίς άδεια.

β. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Σκοπός της τοπικής προεγχειρητικής ετοιμασίας είναι η κατά το δυνατόν απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια, χωρίς να προκληθεί ερεθισμός ή λύση. Αν κατά λάθος προκληθεί εκδορά του δέρματος, αναφέρεται στο χειρουργό πριν την επέμβαση.

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

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

Αν ο άρρωστος είναι περιπατητικός, αφού του δώσουμε ορισμένες πληροφορίες και του εξηγήσουμε τη σπουδαιότητα της ατομικής υγιεινής, φροντίζει μόνος του τον εαυτό του. Αν όμως ο άρρωστος είναι κλινήρης, οι παραπάνω νοσηλευτικές ενέργειες γίνονται από το νοσηλευτή στο κρεβάτι. Στο τέλος γίνεται αποτρίχωση του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου και τοπική αντισηψία.

γ. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Το βράδυ της προηγούμενης ημέρας επιδιώκουμε την εξασφάλιση ήρεμου ύπνου με χορήγηση στον άρρωστο του κατευναστικού που έδωσε εντολή ο γιατρός. Ο νοσηλευτής προστατεύει τον άρρωστο από παράγοντες που θα μπορούσαν να διαταράξουν τον ύπνο.

Δίνεται ελαφρά τροφή στον άρρωστο και το βράδυ μένει νηστικός.

Καθαρισμός υποκλυσμός γίνεται το προηγούμενο απόγευμα της επέμβασης με σκοπό τον καθαρισμό του εντέρου. Το έντερο πρέπει να είναι απαλλαγμένο από το περιεχόμενό του, ώστε να μην υπάρχει ακούσια κένωση στο χειρουργικό τραπέζι με τη χορήγηση των αναισθητικών φαρμάκων. Σε ειδικές περιπτώσεις ετοιμασίας εντέρου γίνονται περισσότεροι του ενός υποκλυσμοί και χορηγούνται καθαρτικά. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα αποτελέσματα και ενημερώνει το φύλλο νοσηλείας.

Πριν από τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο ο υπεύθυνος νοσηλευτής, που ετοιμάζει τον άρρωστο για το χειρουργείο, φροντίζει για τα εξής:

1. Να τον ντύσει με τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο.
2. Να του αφαιρέσει δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη.
3. Να φροντίσει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.
4. Να του χορηγήσει προνάρκωση μισή ώρα πριν την εγχείρηση, αν υπάρχει οδηγία γιατρού.
5. Να ελέγξει και να καταγράψει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση.
6. Να συμπληρώσει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου.

Η μεταφορά του αρρώστου από το τμήμα στο χειρουργείο και μετά την επέμβαση από το χειρουργείο στο τμήμα γίνεται από το προσωπικό με φορείο του χειρουργείου. (εικ. 20)



Εικ. 20 Φορείο μεταφοράς αρρώστου.

δ. Μετεγχειρητική Φροντίδα Αρρώστου

Η μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου αρχίζει μετά το τέλος της εγχείρησης και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Ο νοσηλευτής κατά τη μετεγχειρητική περίοδο φροντίζει τον άρρωστο με σκοπό:

- Να προλάβει τις επιπλοκές.
- Να τον ανακουφίσει από τον πόνο.
- Να διαπιστώσει και να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του.
- Να βοηθήσει τον άρρωστο να επανέλθει στη φυσιολογική του κατάσταση. Μετά το τέλος της επέμβασης ο άρρωστος μεταφέρεται στην αίθουσα ανάνηψης.

Η αίθουσα ανάνηψης είναι χώρος κατάλληλα εξοπλισμένος με όλα τα αντικείμενα και τις συσκευές που χρειάζονται για την αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών, καθώς επίσης και με εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Ο άρρωστος παραμένει στο χώρο αυτό, μέχρι να συνέλθει από την αναισθησία και να σταθεροποιηθούν τα ζωτικά του σημεία.

Ετοιμασία χειρουργικού κρεβατιού.

Όταν ο άρρωστος μεταφέρεται στο χειρουργείο, ετοιμάζεται το χειρουργικό κρεβάτι στο τμήμα, καθώς και το περιβάλλον του θαλάμου ανάλογα με την περίπτωση.

Επιστροφή του αρρώστου από το χειρουργείο.

Όταν επιστρέφει ο άρρωστος στο τμήμα, ο νοσηλευτής:

- Φροντίζει με άλλους δύο νοσηλευτές τη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες κινήσεις.
- Τακτοποιεί τον άρρωστο στην κατάλληλη για κάθε περίπτωση θέση. Συνήθεις θέσεις που δίνονται στον άρρωστο είναι ύπτια με το κεφάλι γυρισμένο στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων, καθιστική και ημικαθιστική.
- Ελέγχει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου. Ο έλεγχος των ζωτικών σημείων γίνεται συχνά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες και αναγράφονται στο φύλλο νοσηλείας.
- Ελέγχει το τραύμα μήπως αιμορραγεί. Αυτό το βλέπει από τις εξωτερικές γάζες, αν είναι λερωμένες με αίμα. Επίσης ελέγχει τις παροχετεύσεις, αν λειτουργούν σωστά, και το επίπεδο συνείδησης του αρρώστου, για να εκτιμήσει τη γενική του κατάσταση.
- Μετράει και αναγράφει στον πίνακα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών το ποσό των ούρων για την εκτίμηση της κατάστασης των νεφρών. (σχήμα 4)

- Φροντίζει για την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο (παυσίπονα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία δίνονται προσεκτικά μετεγχειρητικά).
- Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να αλλάζει συχνά θέση και να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων.
- Ελέγχει και παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση υγρών.
- Τοποθετεί νεφροειδές, χαρτομάντηλα και το κουδούνι κοντά στον άρρωστο.
- Συμβουλευτείται και διεκπεραιώνει τις ιατρικές οδηγίες.
- Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και συμπληρώνει το διάγραμμα.

Θρέψη του αρρώστου.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες χορηγούνται ενδοφλέβια διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών. Αποφεύγεται η χορήγηση μεγάλης ποσότητας υγρών για τον κίνδυνο επιπλοκών από το κυκλοφορικό σύστημα. Η προοδευτική θρέψη του αρρώστου από το στόμα εξαρτάται από το είδος της επέμβασης και τη γενική κατάσταση του αρρώστου. Χορηγούνται υγρά από το στόμα από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα. Αν όμως ο άρρωστος κάνει εμέτους ή έχει ρινογαστρικό καθετήρα, η λήψη υγρών από το στόμα καθυστερεί.

Έγερση του αρρώστου.

Σήμερα υπάρχει η τάση να σηκώνεται ο άρρωστος από το κρεβάτι το πρώτο 24ωρο ή 48ωρο από την εγχείρηση, για την αποφυγή επιπλοκών από:

- ⇒ το αναπνευστικό σύστημα,
- ⇒ το πεπτικό σύστημα,

ΓΕΝ. ΠΕΡ/ΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΜΕΝΟ
ΤΡΙΩΡΗ ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΙΣΗ - ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ - ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ		Η Μ Ε Ρ Ο Μ Η Ν Ι Ε Σ						
4 π.μ.								
9								
12								
3 π.μ.								
6								
9								
12								
3 π.μ.								
		Α Π Ο Β Α Λ Λ Ο Μ Ε Ν Α Υ Γ Ρ Α						
Ο Υ Γ Ρ Α								
ΤΙΤΡΩ								
Λ Ε Ψ Ί Τ Η								
Α Λ Α Λ								
Temperature								
10 π.μ.								
12 π.μ.								
		Π Ρ Ο Σ Λ Α Μ Β Α Ν Ο Μ Ε Ν Α Υ Γ Ρ Α						
Per os								
Ενδοφλέβιος								
ΤΙΤΡΩ								

Σχήμα 4

- ⇒ το κυκλοφορικό σύστημα,
- ⇒ τη μείωση του μετεγχειρητικού πόνου,
- ⇒ την ταχύτερη ανάρρωση και τη συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα.

Η έγερση του αρρώστου μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα. Πριν σηκωθεί ο άρρωστος από το κρεβάτι, παίρνονται τα ζωτικά σημεία και επιβεβαιώνεται η καλή γενική του κατάσταση.

Αν η έγκαιρη έγερση δεν είναι δυνατή, τότε γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι, που φέρνουν τα ίδια καλά αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση.

ε. Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες.

1. Πόνος.
2. Δίψα.
3. Δυσφορία.
4. Ναυτία – έμετος.
5. Δυσκοιλιότητα.
6. Επίσχεση ούρων.

Ο νοσηλευτής καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τα παραπάνω προβλήματα. Για να το πετύχει αυτό, φροντίζει να:

- Δημιουργεί ήρεμο και άνετο περιβάλλον. Αφήνει τον άρρωστο να εκφράσει τις ανησυχίες του.
- Χορηγεί αναλγητικά.
- Τον τοποθετεί σε αναπαυτική θέση.
- Χαλαρώνει την περιέδεση του τραύματος, αν είναι σφικτή.
- Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές, για να αποβάλει το αναισθητικό.
- Χορηγεί αντιεμετικά.
- Γυρίζει το κεφάλι του αρρώστου στο πλάι, αν κάνει εμετό.
- Κάνει συχνή αναρρόφηση από το ρινογαστρικό σωλήνα.
- Εφαρμόζει σωλήνα αερίων για 10–20 λεπτά, αν χρειαστεί.
- Ανοίγει τη βρύση ή ρίχνει χλιαρό νερό στο περίνεο, για τη φυσιολογική ούρηση.
- Ελέγχει τις παροχετεύσεις.
- Χορηγεί προοδευτικά τροφή, που αυξάνει τον περισταλτισμό του εντέρου.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τον άρρωστο προσεκτικά, έτσι ώστε να εντοπίσει τυχόν εμφάνιση επιπλοκής, γιατί όσο νωρίτερα εντοπίσει το πρόβλημα, τόσο πιο αποτελεσματική είναι η αντιμετώπιση. Κυριότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:

- 1) Καταπληξία ή shock. 2) Αιμορραγία. 3) Φλεβίτιδα–θρομβοφλεβίτιδα. 4) Λιποθυμία. 5) Γαστροπληγία. 6) Ατελεκτασία. 7) Παραλυτικός ειλεός. 8) Επιπλοκές από το τραύμα.

Ερωτήσεις

1. Τι γνωρίζετε για την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα ενός αρρώστου;
2. Ποιες είναι οι κυριότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές;

18. Χειρουργικό Τραύμα

Τραύμα είναι κάθε λύση της συνέχειας του δέρματος. Χειρουργικό τραύμα είναι η τομή του δέρματος και των υποκείμενων ιστών. Επούλωση είναι το σύνολο των διεργασιών που έχουν σκοπό την αποκατάσταση της συνέχειας του δέρματος.

Επομένως, για να επουλωθεί γρήγορα το τραύμα, χρειάζεται περιποίηση, ώστε να προλάβουμε τις μολύνσεις που επιβραδύνουν την επουλωτική προσπάθεια του οργανισμού και καλή φυσική κατάσταση του αρρώστου.

Ένας άλλος παράγοντας, που βοηθάει στην επούλωση του τραύματος, είναι η καλή φυσική κατάσταση του οργανισμού του αρρώστου.

α. Περιποίηση τραύματος

Η περιποίηση του τραύματος γίνεται από το γιατρό τις πρώτες ημέρες και στη συνέχεια αναλαμβάνει τις αλλαγές ο νοσηλεύτης. Ετοιμάζονται όλα τα απαραίτητα υλικά για την αλλαγή και τοποθετούνται πάνω στο τροχήλατο. Αν το τραύμα είναι δύσοσμο, η αλλαγή γίνεται στην αίθουσα αλλαγών.

Ενημερώνεται ο άρρωστος για τη νοσηλεία και προστατεύεται από τους άλλους αρρώστους με παραβάν ή κουρτίνες.

Οι ταινίες λευκοπλάστ ή ο ελαστικός επίδεσμος αφαιρούνται παράλληλα προς το δέρμα. Για να αποκολληθούν εύκολα, χρησιμοποιούνται διαλυτικά αεροζόλ. Κατά την περιποίηση του τραύματος απομακρύνονται νεκρωμένοι ιστοί, παροχετεύονται υγρά, που ενδεχομένως έχουν συλλεγεί, και καθαρίζεται η περιοχή με φυσιολογικό ορό και αντισηπτικό διάλυμα.

Όταν το τραύμα έχει σωλήνα παροχέτευσης, οι γάζες βρέχονται εύκολα και υπάρχει δυσσομία. Ο νοσηλεύτης αλλάζει τις εξωτερικές γάζες συχνά, για να αισθάνεται ο άρρωστος ευχάριστα. Αν ο χειρουργός κόψει το σωληνάκι της παροχέτευσης, ο νοσηλεύτης στερεώνει το νέο άκρο του με καρφίτσα ασφαλείας. Το δέρμα γύρω από το τραύμα ερεθίζεται από τα υγρά της παροχέτευσης. Στις περιπτώσεις αυτές χρησιμοποιούνται προστατευτικά βαζελινούχες γάζες κ.ά.

Η επίδεση του τραύματος γίνεται για:

1. Την προφύλαξη από μόλυνση.
2. Την αιμόσταση.

3. Την απορρόφηση των υγρών του τραύματος.
4. Την ακινητοποίηση της περιοχής του τραύματος.
5. Την ανακούφιση του αρρώστου.

β. Πρόληψη μολύνσεων

Για να αποφευχθεί η μόλυνση του τραύματος:

- Πλένονται τα χέρια πριν και μετά τη νοσηλεία.
- Χρησιμοποιείται αποστειρωμένο υλικό στις αλλαγές του τραύματος. (εικ. 21)



Εικ. 21 Αποστειρωμένο σετ αλλαγής τραύματος.

- Περιορίζεται η κίνηση και τα ρεύματα αέρα στο θάλαμο κατά την αλλαγή του τραύματος (ανοικτά παράθυρα, επισκεπτήριο, σκούπισμα κ.ά.).
- Διατηρείται ο άρρωστος καθαρός και το τραύμα στεγνό.
- Το ακάθαρτο υλικό από το τραύμα συγκεντρώνεται προσεκτικά και απορρίπτεται με ασφαλή τρόπο.
- Παρακολουθείται η λειτουργία των παροχετεύσεων. Οι παροχετεύσεις να βρίσκονται χαμηλότερα από το επίπεδο του τραύματος για τον κίνδυνο παλινδρόμησης.
- Τηρείται αυστηρά άσηπτη τεχνική.

γ. Νοσηλευτική φροντίδα εγκαυμάτων

Έγκαυμα είναι η τοπική βλάβη των ιστών, που προκαλείται από την επίδραση διαφόρων

μορφών ενέργειας, υψηλής θερμοκρασίας, χημικών ουσιών, ηλεκτρικού ρεύματος και ακτινοβολίας.

Η αντιμετώπιση ενός εκτεταμένου εγκαύματος αποτελεί πολύπλοκο πρόβλημα, γιατί πέρα από την τοπική βλάβη επιβαρύνεται ο οργανισμός με σοβαρές διαταραχές. Σήμερα η αντιμετώπιση των αρρώστων με εκτεταμένα εγκαύματα πρέπει να γίνεται σε εξειδικευμένη μονάδα εγκαυμάτων.

Κατά την παραλαβή του αρρώστου στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, γίνεται μια πρώτη εκτίμηση της κατάστασης του εγκαυματία. Περιγράφεται η πηγή ενέργειας που προκάλεσε το έγκαυμα, ο χώρος και ο χρόνος έκθεσης σε αυτή. Επίσης ερωτάται αν του προσφέρθηκαν πρώτες βοήθειες, αν του έγινε αντιτετανικός ορός, η ηλικία, το βάρος του και υπολογίζεται η έκταση της εγκαυματικής επιφάνειας.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

1. Η εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού.
2. Η διακοπή στην εξέλιξη του εγκαύματος.
3. Η μείωση του πόνου.
4. Η πρόληψη της μόλυνσης.
5. Η άμεση αποκατάσταση των υγρών και του όγκου του πλάσματος.
6. Η εξασφάλιση ψυχολογικής υποστήριξης.

- Για την εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού τοποθετείται ενδοτραχειακός σωλήνας σε εγκαύματα που εντοπίζονται στο πρόσωπο, το κεφάλι, το λαιμό και εκείνα που έγιναν σε κλειστό χώρο. Χορηγείται οξυγόνο.
- Για τη μείωση του πόνου χορηγούνται οπιούχα αναλγητικά ή σε επιφανειακά εγκαύματα μπορούν να τοποθετηθούν ψυχρές κομπρέσες.
- Για τη διακοπή της εξέλιξης του εγκαύματος αφαιρούνται τα κοσμήματα και τα ρούχα, πριν σχηματιστεί το οίδημα και κολλήσουν στο τραύμα.
- Για την αποκατάσταση των υγρών φροντίζουμε ο άρρωστος να πάρει το μισό του όγκου των υγρών που εκτιμήθηκε το πρώτο 8ωρο και το υπόλοιπο μισό στο επόμενο 16ωρο. Τα ενδοφλέβια διαλύματα που χρησιμοποιούνται είναι: Ringer's Lactate, ισότονο διάλυμα NaCl 0,9%, πλάσμα, αίμα, δεξτράνη, διάλυμα δεξτρόζης 5%.
- Η φροντίδα του τραύματος αρχίζει, αφού δοθεί η αγωγή για την πρόληψη του shock. Ο πρώτος καθαρισμός του τραύματος γίνεται στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών και συνεχίζεται στην απομόνωση.

Στην ανοικτή μέθοδο γίνεται:

- ⇒ Πλύση της επιφάνειας με αντισηπτικό διάλυμα και αφαίρεση της εσχάρας.
- ⇒ Παρακολούθηση για σημεία μόλυνσης και οιδήματος.
- ⇒ Αυστηρή απομόνωση του αρρώστου και νοσηλεία σε αποστειρωμένα σεντόνια.

Τα σκεπάσματα πρέπει να υποστηρίζονται με στεφάνη.

Στην κλειστή μέθοδο χρησιμοποιείται αποστειρωμένο επιδεσμικό υλικό και η εκτέλεση των αλλαγών γίνεται κάτω από άσηπτες συνθήκες, όπως και στο χειρουργικό τραύμα. Οι γάζες που τοποθετούνται στο έγκαυμα εμποτίζονται κάθε 2 ώρες σε διάλυμα νιτρικού αργύρου 0,5% και συγκρατούνται με ελαστικό επίδεσμο. Η αλλαγή γίνεται μια φορά το 24ωρο τις πρώτες 6 ημέρες και μετά 3 φορές τη μέρα. Οι αλλαγές γίνονται:

- ⇒ Μετά από χορήγηση παυσίπονου.
- ⇒ Αρκετή ώρα πριν το φαγητό.

Τοπικά στο τραύμα τοποθετούνται αντιβιοτικές κρέμες.

– Ψυχολογική υποστήριξη.

Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να εξωτερικεύει τα αισθήματά του και δίνονται απαντήσεις στις ερωτήσεις του. Προάγεται η αυτοεκτίμηση του αρρώστου με τη βοήθειά του να παίρνει μέρος στη φροντίδα του. Εξασφαλίζεται περιβάλλον άνετο και ευχάριστο και τέλος ενημερώνεται η οικογένεια του αρρώστου για συμβουλευτικές υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες.

Ερωτήσεις

1. Τι είναι τραύμα και τι περιλαμβάνει η περιποίηση του τραύματος;
2. Τι περιλαμβάνει η νοσηλευτική φροντίδα του εγκαυματία;

19. Γενικά και Ειδικά Μέτρα Προστασίας από τα Λοιμώδη Νοσήματα

α. Λοιμώδη νοσήματα

Λοιμώδη ή μεταδοτικά νοσήματα είναι τα νοσήματα που οφείλονται σε ζωντανούς λοιμογόνους παράγοντες ή σε τοξικά προϊόντα τους, που μεταδίδονται σε ευαίσθητα άτομα, είτε άμεσα από άνθρωπο ή ζώο μολυσμένο, είτε έμμεσα μέσω κάποιου διαβιβαστή ή αντικειμένου.

Οι κατηγορίες **γενικών νοσηλευτικών μέτρων** ή προφυλάξεων, που αφορούν τα λοιμώδη νοσήματα, είναι: 1) Πλήρης απομόνωση, 2) Προφυλάξεις αναπνευστικών λοιμώξεων, 3) Προφυλάξεις εντερικών λοιμώξεων, 4) Προφυλάξεις διασποράς λοιμογόνου παράγοντα από το δέρμα και το τραύμα, 5) Προστατευτική απομόνωση, 6) Σωστός χειρισμός εκκρινμάτων, απεκκρινμάτων και αίματος των αρρώστων.

Αναλυτικότερα, τα **ειδικά μέτρα** σε κάθε κατηγορία είναι τα παρακάτω:

1. Πλήρης απομόνωση.

- Μοναχικό δωμάτιο. Διατήρηση της πόρτας κλειστής.
- Μάσκα, μπλούζα, γάντια για όσους μπαίνουν στο δωμάτιο.
- Πλύσιμο χεριών πριν την είσοδο και κατά την έξοδο από το δωμάτιο.
- Μιας χρήσης υλικό απορρίπτεται. Το πολλαπλής χρήσης απομακρύνεται σε διπλό σάκο.
- Οι επισκέπτες ενημερώνουν τους νοσηλευτές, πριν μπουν στο θάλαμο.

2. Προφυλάξεις αναπνευστικών λοιμώξεων.

- Προτιμάται μοναχικό δωμάτιο. Διατήρηση της πόρτας κλειστής. Μπλούζα και γάντια δεν είναι απαραίτητα.
- Μάσκα για όσους μπαίνουν στο δωμάτιο.
- Πλύσιμο χεριών μετά από κάθε επαφή με τον άρρωστο.
- Μιας χρήσης υλικό απορρίπτεται. Μολυσμένα αντικείμενα πολλαπλής χρήσης απολυμαίνονται.
- Ενημέρωση νοσηλευτικού προσωπικού.

3. Προφυλάξεις για νοσήματα που μεταδίδονται από τον εντερικό σωλήνα.

- Δωμάτιο μοναχικό για παιδιά.
- Μπλούζα, μάσκα δεν είναι απαραίτητα.

- Γάντια για όσους έρχονται σ' επαφή με τον άρρωστο, μολυσμένα αντικείμενα, απεκκρίσεις.
 - Υλικό μιας χρήσης απορρίπτεται. Το πολλαπλής χρήσης και τα μολυσμένα αντικείμενα με ούρα και κόπρανα απολυμαίνονται.
 - Ενημέρωση νοσηλευτικού προσωπικού.
4. Προφυλάξεις διασποράς λοιμογόνου παράγοντα από το δέρμα και το τραύμα.
- Προτιμάται μοναχικό δωμάτιο.
 - Μπλούζα, μάσκα, γάντια, πλύσιμο χεριών για όσους έρχονται σε άμεση επαφή με το τραύμα.
 - Υλικό μιας χρήσης απορρίπτεται. Πολλαπλής χρήσης αντικείμενα απολυμαίνονται.
 - Ενημέρωση νοσηλευτικού προσωπικού.
5. Προστατευτική προφύλαξη – Απομόνωση.
- Δωμάτιο απαραίτητα μοναχικό.
 - Μπλούζα, μάσκα, γάντια, σε περιπτώσεις που κρίνεται σκόπιμο.
 - Πλύσιμο χεριών πριν την είσοδο και μετά την έξοδο από το δωμάτιο.
 - Υλικό μιας χρήσης απορρίπτεται. Το πολλαπλής χρήσης αποστειρώνεται.
 - Ενημέρωση νοσηλευτικού προσωπικού.
6. Σωστός χειρισμός εκκρινμάτων, απεκκρινμάτων και αίματος.
- Μπλούζα, μάσκα, γάντια κατά την εκτέλεση νοσηλείας.
 - Πλύσιμο χεριών πριν και μετά την επαφή με τον άρρωστο.
 - Ασφαλείς αιμοληψίες και συλλογή εκκρινμάτων σε αποστειρωμένα δοχεία. Αποστολή στο εργαστήριο.
 - Χρήση δοχείων μιας χρήσης για απεκκρίματα και απόρριψη αυτών.

Ερωτήσεις

1. Ποια νοσήματα ονομάζονται λοιμώδη ή μεταδοτικά;
2. Ποια είναι τα ειδικά μέτρα προστασίας από λοιμώδη νοσήματα;

20. Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστου στο Τελικό Στάδιο της Ζωής του

Ο θάνατος παραμένει ένα οδυνηρό γεγονός που κάποτε όλοι θα αντιμετωπίσουμε. Κάθε άνθρωπος, που η ζωή του απειλείται από μια σοβαρή αρρώστια, βιώνει μία ψυχολογική διεργασία, καθώς οδηγείται προς το θάνατο.

Στο τέλος του 1960 η Elisabeth Kubler – Ross μελέτησε για πρώτη φορά τη συμπεριφορά και αντιδράσεις αρρώστων με απειλητική για τη ζωή τους αρρώστια, μπροστά σε ακροατήριο με επαγγελματίες υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών αναφέρει πως ο άνθρωπος που βιώνει το θάνατο περνά τα εξής στάδια: α) το στάδιο της άρνησης (όχι, εγώ ... δεν μπορεί να είναι αλήθεια....), β) το στάδιο του θυμού (Γιατί εγώ;), γ) το στάδιο της διαπραγματεύσεως ή παζαρέματος (Ναι μεν ...αλλά ...), δ) το στάδιο της κατάθλιψης (Ναι, η ζωή μου απειλείται Μπορεί να πεθάνω ...) και ε) το στάδιο της αποδοχής (.....).

Ανάλογα με τις συνθήκες της αρρώστιας, σε όλα τα στάδια ο άρρωστος διατηρεί την ελπίδα του. Συχνά συνυπάρχουν τα στάδια ή επανεμφανίζονται χωρίς να διαδέχεται αυστηρά το ένα το άλλο.

Την ίδια δεκαετία η C. Saunders ως νοσηλεύτρια και γιατρός ασχολήθηκε με την ανακούφιση και ποιοτική φροντίδα των αρρώστων που πεθαίνουν, έχοντας μία ολιστική, βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Φιλοξενούσε τους αρρώστους σε ειδικούς ξενώνες. Παρόμοιοι λειτουργούν σε όλο τον κόσμο μέχρι και σήμερα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να φροντίσει και τέτοιους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους.

Η εξαγομίκευση των αναγκών του αρρώστου, η συνεχής φυσική παρουσία του προσωπικού και η διάθεση χρόνου βοηθούν τον άρρωστο.

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει υποστηρικτικό ρόλο στον άρρωστο και στο περιβάλλον του. Αρκεί ο ρόλος αυτός να είναι διακριτικός και αξιοπρεπής. Η ανακούφιση των συμπτωμάτων του πόνου με τα κατάλληλα φάρμακα, οι ειλικρινείς απαντήσεις και η καθοδήγηση από τον άρρωστο τον στηρίζει. Νοιώθει ότι καταλαβαίνουμε τις σκέψεις του, τις ανάγκες του, τα συναισθήματά του, τις ανησυχίες του και τους φόβους του. Τον βοηθά να διεκπεραιώσει εκκρεμείς υποθέσεις που τον απασχολούν. Διατηρεί την ελπίδα του.

Τα φιλικά ζεστά λόγια, ακόμη και η ενεργητική ακρόαση, η σιωπή, το βλέμμα, το χέρι, σ' ένα κωματώδη άρρωστο, τον βοηθά να ζήσει ειρηνικά τις τελευταίες στιγμές, χωρίς να νοιώθει ότι τον εγκαταλείπουμε. Αν ο άρρωστος είναι Χριστιανός Ορθόδοξος, φροντίζετε για την Ιερή Εξομολόγηση και Θεία Κοινωνία με τον ιερέα του Νοσοκομείου.

Το νοσηλευτικό προσωπικό ανάλογα αντιμετωπίζει και το περιβάλλον του αρρώστου – συγγενείς και φίλους. Καταλαβαίνει δηλαδή πως βιώνουν το θάνατο αγαπημένων τους προσώπου, ότι ζουν σε πένθος, έχουν άγχος, γιατί αδυνατούν να ανατρέψουν την πραγματικότητα. Αισθάνονται αμφιθυμικά, γιατί τον βλέπουν να υποφέρει και θέλουν να πεθάνει. Όμως από την άλλη πλευρά θέλουν να ζήσει, αναπολώντας τις παλιές καλές στιγμές.

Οφείλτε και σ' αυτή την περίπτωση να διευκολύνετε με τη συμπεριφορά σας την έκφραση των συναισθημάτων τους, όποια κι αν είναι και να τους ενθαρρύνετε να βρίσκονται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του κοντά στον άνθρωπό τους, έστω και σιωπηλά

Πώς αντιδρά αλήθεια το νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στο θάνατο;

Φαίνεται ότι ορισμένοι βιώνουν την απώλεια του αρρώστου όπως οι συγγενείς, θέλουν να κλάψουν, νοιώθουν θλίψη, ενοχές, πενθούν. Άλλοι αδυνατούν να ανταποκριθούν στο χώρο εργασίας, έχουν άγχος, πονοκεφάλους κ. α. Μερικές φορές ο θάνατος φέρνει σε εσωτερική σύγκρουση το νοσηλευτή. Θέλει δηλαδή από τη μία πλευρά να προσεγγίσει τον άρρωστο και την οικογένειά του και από την άλλη απομακρύνεται για να «προστατεύσει» τον εαυτό του από τα οδυνηρά συναισθήματα του θανάτου.

Είναι καλό σε τέτοια νοσηλευτικά τμήματα, με αυξημένους θανάτους, να δημιουργούνται ομάδες από ψυχολόγους, και όλους τους επαγγελματίες υγείας, να συζητούν και να επεξεργάζονται τα συναισθήματά τους με άλλους συναδέλφους, να εμβαθύνουν τις αξίες της ζωής και να αναγνωρίζουν τις δυσκολίες του επαγγέλματος, ώστε να αποφεύγουν πιθανή «επαγγελματική κόπωση» (burn out).

Ερωτήσεις

1. Πού επικεντρώνεται η νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο που πεθαίνει;
2. Ποιες είναι οι πιθανές αντιδράσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο;

Ξέρετε ότι...

Η Elisabeth Kubler–Ross το 1969 αναφέρει τον εξής επίλογο στο βιβλίο της «Αυτός που πεθαίνει».

...Όσοι έχουν τη δύναμη και την αγάπη να καθίσουν σ' έναν άρρωστο που πεθαίνει μέσα στη σιωπή που ξεπερνά τις λέξεις, θα ξέρουν πως αυτή η στιγμή δεν είναι ούτε τρομακτική, ούτε οδυνηρή, αλλά μία ειρηνική παύση της λειτουργίας του σώματος. Κοιτάζοντας τον ειρηνικό θάνατο μιας ανθρώπινης ύπαρξης θυμόμαστε το αστέρι που πέφτει, ένα από τα εκατομμύρια φώτα μέσα στον απέραντο ουρανό, που αναφλέγεται σε μία σύντομη στιγμή μόνο και εξαφανίζεται μέσα στην ατέλειωτη νύχτα για πάντα. Με το να είμαστε θεραπευτές ενός αρρώστου που πεθαίνει, αποκτούμε συνείδηση της μοναδικότητας του κάθε ατόμου μέσα στην απέραντη θάλασσα της ανθρωπότητας.

Αποκτούμε συνείδηση του πεπερασμένου μας, της περιορισμένης διάρκειας της ζωής μας. Λίγοι από εμάς ζουν πάνω από τρεις εικοσαετίες και δέκα χρόνια και εν τούτοις μέσα σ' αυτόν τον σύντομο χρόνο οι περισσότεροί μας δημιουργούμε και ζούμε σε μία μοναδική βιογραφία και υφαινόμαστε μέσα στο υφάδι της ανθρώπινης ιστορίας.

Μες στο γυαλί, σπιθοβολάει το νερό.

Μέσα στη θάλασσα όμως είναι σκοτεινό.

Διάφανες λέξεις κλείνει μέσα της η αλήθεια, η πιο μικρή

Κι η πιο μεγάλη, τη μεγάλη τη σιωπή.

Ταγκόρ, από τα «Αποδημητικά πουλιά»

Θυμηθείτε ότι...

- **Υγεία** είναι κατάσταση τέλειας σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας.
- Η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η νοσηλεία των ασθενών, η αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και του κοινωνικού συνόλου είναι οι **βασικοί τομείς άσκησης της Νοσηλευτικής**.
- Οι κοινωνικές προεκτάσεις της υγείας και της αρρώστιας καθιστούν αναγκαία την προσφορά υπηρεσιών μέσα από ένα **οργανωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης**, που περιλαμβάνει ειδικές υπηρεσίες, σταθμούς, κέντρα και ιδρύματα πρόληψης, διάγνωσης, νοσηλείας, θεραπείας και αποκατάστασης.
- Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες και παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη. Οργανώνονται και διοικούνται, βασισμένα σε νομοθετικές διατάξεις, **ενώ η κοιτίδα της προσφοράς είναι το νοσηλευτικό τμήμα**. Στο νοσηλευτικό τμήμα ο άρρωστος φτάνει, εφόσον προηγουμένως έχει περάσει από τα **εξωτερικά ιατρεία**, έχει υποβληθεί σε **ιατρική εξέταση** και έχει κριθεί αναγκαία η **εισαγωγή** του. Ο χώρος διαμονής του είναι το **δωμάτιο του ασθενούς**, το οποίο και πρέπει να πληροί κάποιες προϋποθέσεις, ενώ **ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού** πρέπει να χαρακτηρίζεται από σοβαρότητα, συνέπεια, επαγγελματισμό και αίσθημα προσφοράς.
- Αντικείμενα νοσηλευτικής εφαρμογής στο νοσηλευτικό τμήμα είναι η χορήγηση φαρμάκων, η λήψη ζωτικών σημείων, η διατροφή, η καθημερινή φροντίδα, η μετάγγιση αίματος, η περιποίηση κατακλίσεων, ο πόνος, η προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, η φροντίδα εγκαυμάτων, η φροντίδα αρρώστου στο τελικό στάδιο της ζωής του.
- Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στους κανόνες υγιεινής, στις εφαρμογές Ασηψίας, Αντισηψίας και Αποστείρωσης στη Νοσηλευτική, καθώς και στα γενικά και ειδικά μέτρα προστασίας από τα λοιμώδη νοσήματα. Η λήψη μέτρων προστασίας δεν αναιρεί το καθήκον, αλλά αποτελεί ένδειξη σεβασμού στον άρρωστο, στο χώρο, στους υπόλοιπους ασθενείς και στον ίδιο τον εργαζόμενο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με νοσήματα του πεπτικού συστήματος

Αντικειμενικοί Σκοποί:

Μετά τη μελέτη της ενότητας που ακολουθεί θα είστε σε θέση:

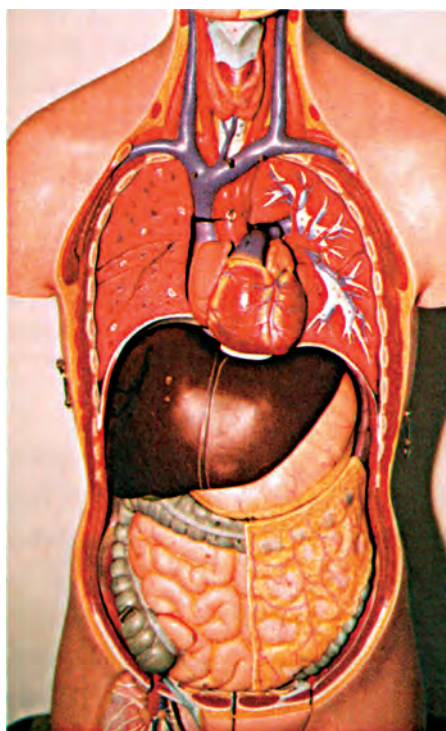
1. Να μάθετε τον παρακλινικό έλεγχο του πεπτικού συστήματος.
2. Να διακρίνετε τη σπουδαιότητα των εργαστηριακών εξετάσεων για τη διάγνωση και τη θεραπεία των προβλημάτων του πεπτικού συστήματος.
3. Να γνωρίζετε την ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται για κάθε ειδική εξέταση.
4. Να γνωρίζετε την ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα και τα μέτρα πρόληψης που απαιτούνται σε προβλήματα παθολογικά ή χειρουργικά που αφορούν στον πεπτικό σωλήνα, στις χοληφόρες οδούς, στο ήπαρ και το πάγκρεας.

1. Ανασκόπηση Ανατομίας και Φυσιολογίας Πεπτικού Συστήματος

Ανατομία

– Το πεπτικό σύστημα είναι ένα σύνολο κοίλων και συμπαγών οργάνων που αποτελούν το γαστρεντερικό ή πεπτικό σωλήνα και τους αδένες του πεπτικού συστήματος (εικ. 22). Τα βασικά όργανα που σχηματίζουν το γαστρεντερικό σωλήνα, είναι:

- α) η στοματική κοιλότητα,
 - β) η μέση και κάτω μοίρα του φάρυγγα,
 - γ) ο οισοφάγος,
 - δ) ο στομάχος,
 - ε) το λεπτό έντερο (δωδεκαδάκτυλο, νήστιδα, ειλεός), και
 - στ) το παχύ έντερο (τυφλό, ανιόν/εγκάρσιο/κατιόν/κόλον, σιγμοειδές, ορθό).
- Οι αδένες διακρίνονται σε πολυάριθμους μικρούς και 3 κατηγορίες μεγάλων, που είναι: οι σιελογόνοι, το ήπαρ και το πάγκρεας.
- Η χοληδόχος κύστη και το σύστημα των χοληφόρων είναι επίσης μορφολογικά και λειτουργικά όργανα του πεπτικού συστήματος.



Εικ. 22 Πρόπλασμα κορμού.

Φυσιολογία

Ο οργανισμός διατηρεί τη μορφολογία και τη λειτουργία των οργάνων, με τη συνεχή πρόσληψη ενέργειας. Η ενέργεια προσλαμβάνεται με τις τροφές, οι οποίες αποτελούνται από πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες, βιταμίνες, νερό, ανόργανα άλατα. Το πεπτικό σύστημα αναλαμβάνει την είσοδο των τροφών στον οργανισμό και την επεξεργασία τους με σκοπό την παραγωγή ενέργειας μέσα από ένα σύνολο χημικών αντιδράσεων που συνθέτουν τη διαδικασία της πέψης.

Η τροφή προσλαμβάνεται με τα χείλη, τα δόντια και τη γλώσσα, μασιέται, διαποτίζεται με σάλιο και καταπίνεται σε μικρές μπουκιές (βλωμοί). Ο οισοφάγος αποτελεί σωλήνα διέλευσης της τροφής. Η διάσπαση των θρεπτικών συστατικών των τροφών αρχίζει από το στόμα, γίνεται εν μέρει στο στομάχο και ολοκληρώνεται στο λεπτό έντερο.

Σημαντικό ρόλο στην παραπάνω διαδικασία κατέχουν τα ένζυμα, όπως επίσης και άλλες ουσίες, που δημιουργούν το κατάλληλο περιβάλλον για τη δράση τους, όπως ο σίελος, το γαστρικό υγρό, το εντερικό υγρό, η χολή, το παγκρεατικό υγρό.

Συνοπτικά, το σύνολο των χημικών αντιδράσεων που χαρακτηρίζουν την πέψη των θρεπτικών συστατικών των τροφών έχει ως εξής:

1. Υδατάνθρακες	αμυλάση →	γλυκόζη, φρουκτόζη, γαλακτόζη (στόμα, πάγκρεας, λ. έντερο)
2. Λίπη	παγκρεατικό υγρό - λιπάσες, χολικά άλατα, εντερικό υγρό →	λιπαρά οξέα & γλυκερίνη (ήπαρ, πάγκρεας, λ. έντερο)
3. Πρωτεΐνες	ένζυμα γαστρικού, εντερικού, παγκρεατικού υγρού →	Αμινοξέα (στόμαχος, λ. έντερο)

Τα προϊόντα της πέψης απορροφώνται από το αίμα (απομύζηση), όπου χρησιμοποιούνται είτε για παραγωγή ενέργειας, είτε για βιοσύνθεση των ίδιων ή άλλων θρεπτικών ουσιών, όπως το γλυκογόνο που χρησιμοποιείται σε καταστάσεις ανάγκης από τον οργανισμό.

Η παραπάνω διαδικασία ονομάζεται μεταβολισμός.

Ο μεταβολισμός και η πέψη αποτελούν τις δύο πιο σημαντικές χημικές λειτουργίες του πεπτικού συστήματος. Η κινητική λειτουργία ολοκληρώνεται με μαζικές και περισταλτικές κινήσεις του παχέος εντέρου, οι οποίες συμβάλλουν στο σχηματισμό των κοπράνων και στην προώθησή τους, εκτός του οργανισμού, από τον πρωκτό.

2. Παρακλινικός Έλεγχος Πεπτικού Συστήματος

α. Ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού συστήματος - Νοσηλευτική φροντίδα

Οισοφαγοσκόπηση - Γαστροσκόπηση.

A. Πριν την εξέταση.

1. Ενημέρωση του ασθενούς για το είδος, το σκοπό και το χώρο της εξέτασης. Παρότρυνση για συνεργασία κατά τη διάρκεια της εξέτασης.
2. Αποφυγή λήψης τροφής ή υγρών από το στόμα 8-10 ώρες πριν την εξέταση, ενώ το πρωί της ίδιας ημέρας ο άρρωστος πρέπει να είναι νηστικός.
3. Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών.
4. Παρακαλείται ο άρρωστος να ουρήσει πριν την εξέταση.
5. Χορήγηση ήπιων ηρεμιστικών σε αρρώστους με άγχος μετά από ιατρική οδηγία.
6. Τοποθετείται περιφερική φλεβική γραμμή.

B. Κατά την εξέταση.

1. Η θέση του ασθενούς είναι συνήθως πλάγια. Μπορεί, αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, να τοποθετηθεί σε ύπτια ή καθιστή θέση.
2. Κοντά του πρέπει να υπάρχει νεφροειδές στην περίπτωση εμέτων ή εκκρίσεων από τη στοματική κοιλότητα.
3. Γίνεται τοπική αναισθησία στο στοματοφάρυγγα με ψεκασμό τοπικού αναισθητικού (ξυλοκαΐνη 2%) για μείωση των τοπικών αντανεκλαστικών και της δυσφορίας του αρρώστου κατά την είσοδο του οισοφαγοσκοπίου ή γαστροσκοπίου (από το γιατρό ή τη/το νοσηλεύτρια/τή μετά από ιατρική οδηγία).
4. Χορήγηση, ενδοφλέβια, ήπιων αναισθητικών σε πολύ μικρές δόσεις.
5. Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και ενθάρρυνση για την ολοκλήρωση της εξέτασης.
6. Φροντίδα για την αποστολή εργαστηριακών εξετάσεων (ιστού βιοψίας, Glu test για το ελικοβακτηρίδιο) στο μικροβιολογικό ή κυτταρολογικό εργαστήριο, μετά από ιατρική οδηγία.

Γ. Μετά την εξέταση.

1. Αποφυγή λήψης υγρών ή στερεών, μέχρι να επανέλθουν τα αντανακλαστικά και παρακολούθηση για αιματέμεση ή αιματηρή απόχρεμψη, λόγω πιθανού τραυματισμού του βλεννογόνου του οισοφάγου ή του στομάχου.
2. Τερματισμός λήψης ορού ενδοφλέβια και αφαίρεση του φλεβοκαθετήρα 1/2 ώρα έως 1 ώρα μετά και λήψη υγρών από το στόμα ή ελαφράς τροφής.
3. Λήψη ζωτικών σημείων.
4. Αν εμφανιστεί αιφνίδια πόνος, ειδοποιείται ο γιατρός.

Κολονοσκόπηση - Σιγμοειδοσκόπηση - Ορθοσκόπηση.

Α. Πριν την εξέταση.

1. Ενημέρωση του ασθενούς, όπως και παραπάνω. Τονίζεται η ιδιαιτερότητα της εξέτασης.
2. Αποφυγή λήψης τροφής 8-10 ώρες πριν, ενώ 3 ημέρες έως και την προηγούμενη της εξέτασης ακολουθείται ειδική ελαφρά διαίτα χωρίς υπόλειμμα. Το πρωί της ίδιας ημέρας ο άρρωστος παραμένει νηστικός.
3. Απαιτείται εκκένωση του πεπτικού σωλήνα με δύο (2) υψηλούς υποκλυσμούς, που γίνονται την προηγούμενη ημέρα ή με λήψη καθαρτικών από το στόμα (π.χ. X-prep, kleen prep) με νερό, που λαμβάνονται το μεσημέρι της προηγούμενης ημέρας. Η λήψη καθαρτικών από το στόμα απαιτεί διαίτα χωρίς υπόλειμμα μόνο την προηγούμενη της εξέτασης.
4. Τοποθετείται περιφερική φλεβική γραμμή και ακολουθείται η ίδια σειρά ενεργειών, όπως και στις προηγούμενες εξετάσεις. Επιπλέον, γίνεται τοπική καθαριότητα.

Β. Κατά την εξέταση.

1. Η θέση του ασθενούς είναι πλάγια, με τα πόδια λυγισμένα προς την κοιλιά.
2. Παραμονή κοντά στον άρρωστο και ενθάρρυνση για την ολοκλήρωση της εξέτασης.
3. Φροντίδα και αποστολή στο κατάλληλο εργαστήριο των τεμαχιδίων ιστού για βιοψία μετά από ιατρική οδηγία.

Γ. Μετά την εξέταση.

1. Γίνεται τοπικός καθαρισμός στον άρρωστο και μεταφέρεται στο δωμάτιο.
2. Τερματισμός λήψης ορού και αφαίρεση φλεβοκαθετήρα μία ώρα μετά την εξέταση.
3. Λήψη ζωτικών σημείων.
4. Ακολουθείται ελαφρά δίαιτα και παροτρύνεται ο άρρωστος να ξεκουραστεί μετά την επώδυνη και δυσάρεστη αυτή εξέταση.

β. Εξέταση γαστρικού υγρού - Νοσηλευτική φροντίδα

Γίνεται με την εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα (levin) από τη μύτη στο στομάχι και την αναρρόφηση γαστρικού υγρού από το ελεύθερο άκρο του σωλήνα με σύριγγα που έχει μεγάλο μπεκ. Η εξέταση διακρίνεται σε μικροσκοπική και κυτταρολογική.

– Ο άρρωστος παραμένει νηστικός 8 ώρες πριν την εξέταση.

– Αν ο άρρωστος δεν φέρει levin, ακολουθείται η νοσηλευτική φροντίδα τοποθέτησης ρινογαστρικού σωλήνα. Αν ο άρρωστος φέρει levin, δε σιτίζεται ούτως ή άλλως και γίνεται περιποίηση της ρινικής και στοματικής κοιλότητας.

– Από το ελεύθερο άκρο του ρινογαστρικού σωλήνα γίνεται αναρρόφηση γαστρικού υγρού 60-100 ml, με τη σύριγγα που έχει μεγάλο μπεκ, συλλέγεται σε ειδικό δοχείο, ενώ στη συνέχεια αφαιρείται ο ρινογαστρικός σωλήνας και δίνεται γεύμα στον άρρωστο.

– Το υγρό αποστέλλεται στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Στο δοχείο αναγράφονται τα στοιχεία του αρρώστου (όνομα, δωμάτιο, κλινική, ημερομηνία, εξέταση) σε ετικέτα που τοποθετείται στο πλάι και όχι στο καπάκι του δοχείου (εικ. 23).



Εικ. 23 Δοχεία συλλογής υγρών εκκρίσεων, ιστών βιοψίας.

γ. Εξέταση κοπράνων

Η εξέταση κοπράνων διακρίνεται σε:

α) Μακροσκοπική εξέταση κοπράνων

β) Μικροσκοπική εξέταση κοπράνων

Για τη σωστή αξιολόγηση της εξέτασης, θα πρέπει τα κόπρανα να είναι πρόσφατα, να προέρχονται από φυσιολογική κένωση, χωρίς προηγούμενη λήψη καθαρτικών.

Θα πρέπει, επίσης, 4 ημέρες πριν τη συλλογή, να έχει προηγηθεί σίτιση του ασθενούς με λίπος, υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και να μην υπάρχει δυσκοιλιότητα.

γ) Βακτηριολογική εξέταση κοπράνων (απλή και με καλλιέργεια)

δ) Παρασιτολογική εξέταση κοπράνων

Προετοιμασία του ασθενούς και τρόπος λήψης δείγματος.

Το δείγμα πρέπει να ληφθεί από φυσιολογική κένωση και όχι προκλητή. Χρήση καθαρτικού επιτρέπεται σε περιπτώσεις που πιθανολογείται αμοιβάδωση, λαμβλίαση ή στρογγυλοειδίαση και εφόσον προηγουμένως έχει ενημερωθεί το εργαστήριο για το είδος και τη χρήση του καθαρτικού.

Απαιτείται επιμελής καθαριότητα της πρωκτικής περιοχής και αποφυγή ανάμιξης κοπράνων με ούρα, επαφής των κοπράνων με χαρτί τουαλέτας ή το έδαφος, λόγω κινδύνου επιμόλυνσης με πρωτόζωα. Κάθε δείγμα πρέπει να τοποθετείται σε ειδικό δοχείο, ξεχωριστό και να αποστέλλεται μέσα σε λίγα λεπτά της ώρας στο εργαστήριο. Αν αυτό δεν είναι εφικτό, πρέπει τα δείγματα να φυλαχτούν σε ψυγείο ή θερμοκρασία δωματίου και όχι σε επωαστικό κλίβανο, όπου η καταστροφή των παράσιτων επιταχύνεται. Επιβάλλεται τα δείγματα να λαμβάνονται ανά 2η ή 3η ημέρα και ο αριθμός τους να μην είναι μικρότερος των τριών.

ε) Χημική εξέταση κοπράνων

Με την εξέταση αυτή: α) προσδιορίζεται ποσοτικά το ολικό λίπος των κοπράνων, β) ανιχνεύεται αιμοσφαιρίνη στα κόπρανα (Mayer κοπράνων).

Εξαιρετικά ευρείας χρήσης αντιδραστήριο είναι το Hemocult II. Ψευδώς θετικά αποτελέσματα θα προκύψουν, αν στον ασθενή έχει προηγηθεί διατροφή με κρέας ή ψάρι, λαχανικά (άγρια ραδίκια, γογγύλια) και φρούτα (μπανάνες, μαύρα σταφύλια, αχλάδια, δαμάσκηνα) ή λήψη φαρμάκων, όπως σαλικυλικά, μηστερινοειδή αντιφλεγμονώδη, κορτικοειδή, σκευάσματα σιδήρου. Η διαγνωστική ειδικότητα του Hemocult II υπολογίζεται στο 98%.

8. Ακτινολογικός έλεγχος πεπτικού συστήματος - Νοσηλευτική φροντίδα

1. Απλή ακτινογραφία κοιλιάς.

Γίνεται με τον άρρωστο σε όρθια θέση χωρίς να απαιτείται κάποια ειδική προετοιμασία. Δίνει πληροφορίες για τη μορφολογία του πεπτικού σωλήνα και την ύπαρξη υδραερικών επιπέδων σε περιπτώσεις ειλεού.

2. Διάβαση εντέρου (ή βαριούχος υποκλυσμός).

Η ακτινοσκοπική ουσία δίνεται από το ορθό με υποκλυσμό για έλεγχο κυρίως του παχέος εντέρου. Λαμβάνονται ακτινογραφίες κατά τα στάδια πλήρωσης του εντέρου με βάριο και κατά τα στάδια κένωσης. Παράλληλα γίνονται και λήψεις ακτινογραφιών, όπως η μετά από εμφύσηση αέρα δημιουργία διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης (double contrast).

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Απαιτείται πολύ καλός καθαρισμός του πεπτικού σωλήνα την προηγούμενη της εξέτασης, είτε με υψηλούς υποκλυσμούς, είτε με λήψη καθαρτικών από το στόμα.
- Νηστικός πρέπει να είναι ο άρρωστος το πρωί της εξέτασης, ενώ την προηγούμενη να έχει ακολουθήσει υδρική δίαιτα χωρίς υπόλειμμα.
- Ο άρρωστος μεταφέρεται στο ακτινολογικό εργαστήριο, όπου γίνεται ο βαριούχος υποκλυσμός και ο έλεγχος μέσω των ακτινογραφιών.

3. Βαριούχο γεύμα.

Με την εξέταση αυτή αποτυπώνεται το πεπτικό σύστημα σε φιλμ.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Ο άρρωστος πρέπει να είναι νηστικός από το προηγούμενο βράδυ.
- Για να γίνει η εξέταση, δίνεται στον άρρωστο, στο ακτινολογικό εργαστήριο, η ακτινοσκοπική ουσία «Βάριο» από το στόμα και ελέγχεται μέσω ακτινογραφιών σε 6 ώρες η φυσιολογική ή μη πορεία του στο στομάχι και στο λεπτό έντερο, με κάλυψη των τοιχωμάτων των οργάνων που ελέγχονται.
- Ελέγχεται η κένωση του εντέρου και γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός για την απομάκρυνση της ουσίας.

4. Αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας.

Ελέγχονται όλα τα όργανα του πεπτικού συστήματος με μεγάλη ακρίβεια για την εύρεση παθολογικών αλλοιώσεων. Δεν απαιτείται ιδιαίτερη προετοιμασία, παρά μόνο ο άρρωστος πρέπει να λάβει 2 ώρες πριν την εξέταση την ειδική σκιαγραφική ουσία γαστρογραφίνη, ενώ μπορεί να έχει και ένα ελαφρό γεύμα.

ε. Έλεγχος ήπατος, χοληφόρων, παγκρέατος - Νοσηλευτική φροντίδα

Ο **ηπατικός έλεγχος** περιλαμβάνει ένα σύνολο βιοχημικών αιματολογικών εξετάσεων.

Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω αιματολογικές εξετάσεις: τρανσαμινάσες (SGOT, SGPT), γGT, αλκαλική φωσφατάση, λευκώματα, ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων, χρόνος προθρομβίνης, χολερυθρίνη οι οποίες σε παθολογικές καταστάσεις, όπως ηπατίτιδα, αποφρακτικός ίκτερος, κίρρωση, καρκίνος, είναι επηρεασμένες.

Σημειώνεται ότι ο άρρωστος πρέπει να είναι νηστικός το πρωί της αιμοληψίας. Επίσης, ο ηπατικός έλεγχος περιλαμβάνει ειδικότερες εξετάσεις, όπως η βιοψία ήπατος, το σπινθηρογράφημα, η λαπαροσκοπική εξέταση, το υπερηχογράφημα.

Έλεγχος των χοληφόρων οδών και αγγείων.

1. Χολοκυστογραφία: είναι η σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστης μετά από λήψη ακτινοσκοπικής ουσίας από το στόμα (tabl Biloptin).

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Την προηγούμενη της εξέτασης ο άρρωστος λαμβάνει ελαφρύ άπαχο γεύμα, για το μεσημέρι, ενώ το βράδυ μόνο τσάι-φρυγανιά.
- Γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός και λήψη του φαρμάκου 12 ώρες πριν την εξέταση.
- Το πρωί παραμένει νηστικός.

2. Χολαγγειογραφία: είναι η σκιαγράφιση των χοληφόρων αγγείων μετά από ενδοφλέβια ή διαδερμική-διηπατική έγχυση σκιερής ουσίας (Billigrafin). Γίνεται σπάνια και διεγχειρητικά.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Απαιτείται η ίδια προετοιμασία, όπως και παραπάνω, χωρίς λήψη της ουσίας από το στόμα και με την πραγματοποίηση test ευαισθησίας για αποφυγή αλλεργικής αντίδρασης του οργανισμού στην ενδοφλέβια έγχυση.

Έλεγχος παγκρέατος.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση παθήσεων παγκρέατος είναι κυρίως αιματολογικές, όπως: διασάση ή αμυλάση αίματος, λιπάση αίματος, σάκχαρο αίματος, εξετάσεις ούρων για αμυλάση και σάκχαρο, εξέταση κοπράνων και ακτινογραφικός έλεγχος.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Ο άρρωστος να είναι νηστικός το πρωί της αιμοληψίας. Συλλέγονται τα πρωινά ούρα για εξέταση σε ειδικό δοχείο (urobox).

Ενδοσκοπική παλίνδρομη χοληδοχοπαγκρεατογραφία (ERCP).

Με τη βοήθεια εύκαμπτου 12δακτυλοσκοπίου, εισάγεται καθετήρας στο χοληδόχο ή και τον παγκρεατικό πόρο, γίνεται έγχυση σκιαγραφικού και επιτυγχάνεται η απεικόνιση του χοληφόρου ή παγκρεατικού συστήματος των πόρων. Είναι μέθοδος καθημερινής πρακτικής, αλλά απαιτεί οργανωμένη ενδοσκοπική και ακτινολογική μονάδα.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Δεν απαιτείται ιδιαίτερη προετοιμασία, εκτός της αποφυγής λήψης υγρών και στερεών 8-10 ώρες πριν την εξέταση.
- Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή μετά το τέλος της εξέτασης λόγω πιθανών επιπλοκών, όπως η παγκρεατίτιδα ή η μικροβιαίμια. Απαραιτήτως να λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία ανά 2 ώρες και να παρακολουθείται στενά ο άρρωστος. Λαμβάνει ενδοφλεβίως υγρά και δε σιτίζεται άμεσα.

στ. Υπερηχογράφημα άνω κοιλίας

Ελέγχονται κυρίως το ήπαρ, τα χοληφόρα, το πάγκρεας. Δεν απαιτείται ιδιαίτερη προετοιμασία, παρά μόνο ο άρρωστος να είναι νηστικός το πρωί της ημέρας που γίνεται η εξέταση.

3. Διαταραχές Απεκκριτικής Λειτουργίας Εντέρου

- ⇒ **Δυσκοιλιότητα:** Είναι η κατάσταση κατά την οποία οι κενώσεις του εντέρου δεν ακολουθούν μια κανονικότητα στη συχνότητά τους, γίνονται με δυσκολία και σχετίζονται είτε με παθολογικές καταστάσεις, είτε με κακή διατροφή, έλλειψη υγρών, αλλαγή τρόπου ζωής.
- ⇒ **Κοπρόλιθοι:** Είναι η συγκέντρωση κοπράνων στο ορθό και ο σχηματισμός τους σε σκληρή μάζα, που αδυνατεί να εξέλθει και εμποδίζει και την αποβολή φυσιολογικού περιεχομένου του εντέρου. Υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης ειλεού, λόγω παρουσίας κοπρολίθων.
- ⇒ **Διάρροια:** Είναι η κατάσταση κατά την οποία το άτομο έχει υδαρείς, ασχημάτιστες κενώσεις, σε συχνά χρονικά διαστήματα. Ψυχικές αντιδράσεις, κακή διατροφή και παθολογικά αίτια οδηγούν στην εμφάνιση διάρροιας.
- ⇒ **Ακράτεια κοπράνων:** Είναι η αδυναμία των σφιγκτήρων του πρωκτού να ελέγξουν την αφόδευση.
- ⇒ **Μετεωρισμός κοιλίας:** Είναι η συγκέντρωση αερίων στον εντερικό σωλήνα, που δεν μπορούν ν' απορροφηθούν ή να αποβληθούν από αυτόν. Φάρμακα, ερεθιστικές τροφές, δυσκοιλιότητα είναι παράγοντες που προκαλούν μετεωρισμό.
- ⇒ **Στεατόροια:** Είναι η αυξημένη παρουσία λίπους (πάνω από 5 gr / 24ωρο) στα κόπρανα, τα οποία έχουν αυξημένο όγκο, είναι πολτώδη, εξαιρετικά δύσσομα, αφρώδη, φαιού χρώματος και επιπλέουν στο νερό.

4. Φλεγμονές της Στοματικής Κοιλότητας – Νοσηλευτική Φροντίδα

1. Αφθώδης στοματίτιδα.

- Αίτια: ιός του έρπητα.
- Σημεία: περιγεγραμμένες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις (άφθες) κιτρινόλευκης όψης, σε μέγεθος φακής με επίχρισμα, στο βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας.

2. Ελκώδης στοματίτιδα.

- Αίτια: βακτηρίδια, λευχαιμία, λοιμώξεις, δηλητηριάσεις από μέταλλα.
- Σημεία: ελκωτικές φλεγμονώδεις αλλοιώσεις στην περιοχή των ούλων.

3. Συγγελίτιδα.

- Αίτια: έλλειψη βιταμινών των ομάδων Α και Β και, ίσως, του σιδήρου.
- Σημεία: εμφάνιση ραγάδων στις γωνίες των χειλιών, ερυθρότητα.

4. Στοματίτιδα από μονιλίαση.

- Αίτια: υπερβολική χρήση αντιβιοτικών, που καταστρέφουν τη φυσιολογική χλωρίδα της στοματικής κοιλότητας - ανάπτυξη μυκήτων.
- Σημεία: ερυθρότητα του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.

Εκτός των τοπικών σημείων, συνυπάρχουν και γενικά συμπτώματα, όπως πυρετός, κακουχία, πόνος και δυσσομία στόματος.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Περιποίηση, καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας δύο φορές ημερησίως τουλάχιστον, με πλύσεις και χρήση ειδικών διαλυμάτων (Hexalen, Tantum Verde, Betadine gargle).
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες κατά περίπτωση (αντιπυρετικά, αντιβιοτικά, βιταμίνες).
- Γεύματα σε πολτώδη μορφή, χωρίς ερεθιστικές ουσίες σε βαριές καταστάσεις ή ιδιαίτερα προσεγμένης εμφάνισης, που διεγείρουν την όρεξη σε ηπιότερες μορφές.

5. Κιρσοί Οισοφάγου - Νοσηλευτική Φροντίδα

Πρόκειται για διάταση του υποβλεννογόνιου οισοφαγικού πλέγματος στο κατώτερο τμήμα του οισοφάγου, που αναπτύσσεται ως παράπλευρη κυκλοφορία, λόγω υπέρτασης ή θρόμβωσης της πυλαίας φλέβας.

Κυριότερη και σοβαρότερη επιπλοκή είναι η ρήξη των κιρσών του οισοφάγου, που εκδηλώνεται με σοβαρή αιμορραγία με τη μορφή της αιματέμεσης ή μέλαινας κένωσης που ακολουθεί ή όχι. Στην αιματέμεση το αίμα έχει κόκκινο βαθύ χρώμα και στη μέλαινα κένωση μαύρο, γι' αυτό και τα κόπρανα έχουν μαύρο χρώμα.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Λήψη ζωτικών σημείων ανά 1 ώρα για τον έλεγχο της αιμορραγίας.
- Τοποθέτηση περιφερικής φλεβικής γραμμής, αν ο άρρωστος δεν έχει ή δεύτερης, αν έχει ήδη. Το τροχήλατο εκτάκτου ανάγκης να είναι έτοιμο.
- Μέτρηση και καταγραφή της ποσότητας αίματος που αποβάλλεται, είτε με τη μορφή αιματέμεσης, είτε με τις μέλαινες κενώσεις.
- Αν τοποθετηθεί αιμοστατικός σωλήνας (sengstaken blakemore), λόγω της ειδικής κατασκευής του, είναι εύκολη η μέτρηση του αποβαλλόμενου αιμορραγικού υγρού, είτε με αναρρόφηση με σύριγγα 60 cc με μεγάλο μπεκ, είτε σε δοσομετρητή υγρών.
- Λήψη της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και παρακολούθηση της ενδοφλέβιας χορήγησης ορών.
- Περιποίηση στοματικής κοιλότητας με πλύσεις.
- Αποφυγή λήψης τροφής ή υγρών από το στόμα.
- Προσπάθεια να διατηρηθεί η ψυχραιμία όλων και κυρίως των συνοδών, οι οποίοι απομακρύνονται διακριτικά.
- Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος και ενθάρρυνση του ασθενούς. Περιορισμός δραστηριοτήτων.
- Συχνή παρακολούθηση και ενημέρωση της προϊσταμένης και του γιατρού για οποιαδήποτε αλλαγή της κατάστασης.

6. Έλκος Στομάχου και Δωδεκαδακτύλου (Γ.Ε-Δ.Ε) – Νοσηλευτική Φροντίδα

Κάθε περιγεγραμμένη εξέλκωση και διάβρωση του βλεννογόνου του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου ονομάζεται έλκος.

Κυριότερα αίτια και προδιαθεσικοί παράγοντες.

- Ψυχοσωματικοί παράγοντες (Γ.Ε/Δ.Ε).
- Υπεροξύτητα γαστρικού υγρού (Γ.Ε).
- Παλινδρόμηση χολής εντός του στομάχου - χρόνια γαστρίτιδα (Γ.Ε).
- Υπερέκκριση γαστρίνης (Δ.Ε).
- *Helicobacter pylori* (Δ.Ε).
- Γενετικοί παράγοντες (Δ.Ε).
- Κάπνισμα, διατροφή, επάγγελμα.

Κλινική εικόνα.

• Γαστρικού έλκους: πόνος στο επιγάστριο, 30 λεπτά - 2 ώρες μετά τη λήψη φαγητού, περιοδικά κατά τη διάρκεια της ημέρας, που δεν υποχωρεί με τη λήψη τροφής, αλλά συνοδεύεται από έμετο ή ερυγές και ανορεξία.

• Δωδεκαδακτυλικού έλκους: πόνος που αντανακλά στην ωμοπλάτη, 2-3 ώρες μετά τη λήψη φαγητού, που υποχωρεί με τη λήψη τροφής (άλγος πείνας), ή ξυπνά τον άρρωστο τη νύχτα, έμετοι, όξινες ερυγές και περιοδικότητα (άνοιξη-φθινόπωρο).

Η διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα και στα ευρήματα από τον παρακλινικό έλεγχο, που συνίσταται σε γαστροσκόπηση και ακτινολογικό έλεγχο.

Η θεραπεία είναι συντηρητική και χειρουργική.

Νοσηλευτική φροντίδα έλκους που αντιμετωπίζεται συντηρητικά.

- Λήψη φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες για την ανακούφιση του πόνου και της δυσπεψίας.
- Μικρά και συχνά γεύματα, χωρίς ερεθιστικές ουσίες. Να δίνονται γάλα, γιαούρτι, κρέμα στα ενδιάμεσα των γευμάτων. Απαγορεύονται ο καφές, το αλκοόλ, το κάπνισμα.

- Απλή μαγειρική παρασκευή των τροφών (π.χ. βραστά, ψητά).
- Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος και ψυχολογική ενθάρρυνση του ασθενούς, ο οποίος είναι καλό να είναι κλινήρης, στην οξεία φάση.
- Παρότρυνση του ασθενούς για αλλαγή τρόπου ζωής.

Νοσηλευτική φροντίδα έλκους που αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει δύο είδη χειρουργικών επεμβάσεων, τη γαστρεκτομή και τη βαγοτομή.

Η νοσηλευτική φροντίδα πριν τη χειρουργική επέμβαση είναι η ίδια που ακολουθείται κατά την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς. Εν τούτοις η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες: απαιτείται έλεγχος των παροχετεύσεων και μέτρηση και καταγραφή των αποβαλλόμενων υγρών από το ρινογαστρικό σωλήνα που φέρει ο άρρωστος (levin).

Ο άρρωστος δε σιτίζεται από το στόμα, ενώ επιβάλλεται η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Το levin παραμένει 3-4 ημέρες. Αφού αφαιρεθεί, ξεκινά σταδιακά η λήψη υγρών από το στόμα και στη συνέχεια ακολουθείται ειδική δίαιτα, όπως και στη συντηρητική θεραπεία.

α. Επιπλοκές έλκους

1. Γαστρορραγία: Είναι η αιμορραγία που προκαλείται, όταν το έλκος διαβρώσει μεγάλα ή μικρά αιμοφόρα αγγεία που υπάρχουν κοντά στην κρύπτη του. Είναι η συχνότερη επιπλοκή του Δ.Ε και η συχνότερη αιτία αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό σύστημα.

Κλινική εικόνα: λιποθυμική τάση, αδυναμία, ωχρότητα, ίλιγγοι, ψυχροί ιδρώτες, κρύα άκρα, δίψα, δύσπνοια, ταχυσφυγμία, πτώση ΑΠ, καταπληξία, αιματέμεση ή μέλαινα κένωση.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Αποφυγή λήψης υγρών και στερεών από το στόμα.
- Παραμονή στο κρεβάτι, κάλυψη βασικών αναγκών, διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.
- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων ανά 1 ώρα επί οξείας φάσης και στη συνέχεια ανά 3 ώρες.

- Προετοιμασία για επείγουσα ενδοσκόπηση.
- Περιποίηση στοματικής κοιλότητας.
- Παρακολούθηση κενώσεων και εμετών.
- Επί αιματέμεσης, τοποθετείται Levin και απαιτείται η ειδική νοσηλευτική ετοιμασία των απαραίτητων υλικών.
- Γίνεται μετάγγιση αίματος και παρέχεται η αντίστοιχη νοσηλευτική φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα ελέγχεται η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών-ηλεκτρολυτών.
- Τήρηση ιατρικών οδηγιών για τη φαρμακευτική αγωγή.

Ο άρρωστος μετά από επαναλαμβανόμενα επεισόδια γαστρορραγίας οδηγείται στο χειρουργείο και ακολουθείται η προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.

2. Διάρρηση έλκους: Είναι μια δραματική επιπλοκή τόσο του γαστρικού, όσο και του δωδεκαδακτυλικού έλκους. Διακρίνεται σε οξεία και χρόνια και οδηγεί, αντίστοιχα, σε περιτονίτιδα ή σχηματισμό εντοπισμένου αποστήματος, όταν η διάρρηση καλύπτεται από παρακείμενο σπλάγχο (ήπαρ, πάγκρεας, χοληδόχος κύστη).

Κλινική εικόνα: ο άρρωστος με διάρρηση έλκους παρουσιάζει έντονο διαξιφιστικό πόνο στο επιγάστριο, συνήθως μετά τη λήψη φαγητού και κατά τις νυχτερινές ώρες, βλέμμα γεμάτο αγωνία, ταχύπνοια, παραμένει ακίνητος στο κρεβάτι με τα πόδια λυγισμένα, η κοιλιά του είναι σκληρή σαν σανίδα, είναι ωχρός και, αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα χειρουργικά, μέσα σε 24 ώρες ο πόνος μπορεί να μειωθεί, αλλά η γενική κατάσταση επιβαρύνεται και εμφανίζεται εικόνα άσηπτης περιτονίτιδας με επικείμενο κίνδυνο για τη ζωή του. Απαιτείται συντηρητική αντιμετώπιση.

Νοσηλευτική φροντίδα συντηρητικής αντιμετώπισης.

- Ετοιμασία υλικών για τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα.
- Μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.
- Έλεγχος ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών.
- Έλεγχος και καταγραφή ζωτικών σημείων.
- Τήρηση ιατρικών οδηγιών για τη φαρμακευτική αγωγή.
- Ενθάρρυνση και ψυχική τόνωση του ασθενούς, που παραμένει κλινίρης. Αν ο άρρωστος οδηγηθεί στο χειρουργείο, ακολουθείται η προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.

3. Πυλωρική στένωση: Είναι η παροδική ή μόνιμη στένωση του αυλού του πυλωρού ή του δωδεκαδακτύλου.

Κλινική εικόνα: το κύριο σύμπτωμα είναι οι έμετοι, συνεχείς τροφώδεις ή υδαρείς και ανακουφίζουν τον άρρωστο. Επηρεάζουν τη γενική κατάσταση, με αποτέλεσμα ο άρρωστος προοδευτικά να χάνει βάρος, να αφυδατώνεται, να είναι αδύναμος και να έχει αναιμία, υποπρωτεϊναιμία και μεταβολικές διαταραχές.

Απαιτείται ενδοσκοπικός και ακτινολογικός έλεγχος.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Είναι η ίδια, όπως και στη διάτρηση του έλκους, με ιδιαίτερη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας, λόγω κακοσμίας από τους συχνούς εμέτους. Αν ο άρρωστος οδηγηθεί στο χειρουργείο, ακολουθείται η προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα που έχει αναφερθεί.

β. Καρκίνος στομάχου

Η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση χειρουργική θεραπεία αποτελούν τα βασικά στοιχεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του στομάχου, που είναι από τα συχνότερα και επιθετικότερα νεοπλάσματα.

Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται ότι είναι:

1. Το φύλο, με υπεροχή 2:1 των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες.
2. Κληρονομικότητα.
3. Πολύποδες.
4. Γαστρικό έλκος.
5. Ατροφική γαστρίτιδα με κακοήθη αναιμία.
6. Προηγηθείσα γαστρεκτομή.
7. Τρόπος ζωής και διατροφή.
8. Περιβάλλον.

Κλινική εικόνα: δεν είναι ασυνήθιστο στο χειρουργείο ο καρκίνος του στομάχου να βρίσκεται ανεγχείρητος, ενώ ο άρρωστος είχε ήπια συμπτωματολογία, όπως ανορεξία, απώλεια βάρους, ναυτία, έμετο, επιγαστρικό άλγος, μετεωρισμό. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, εμφανίζεται αναιμία, η οποία, προοδευτικά, επιδεινώνεται λόγω αιμορραγιών.

Η επιθετικότητα όμως του καρκίνου πρέπει να κινητοποιεί τον προληπτικό έλεγχο του πληθυσμού, γι' αυτό και η ύπαρξη επιγαστρικών ενοχλημάτων που διαρκούν πάνω

από δύο εβδομάδες ή που επαναλαμβάνονται σε άτομα άνω των 40 ετών πρέπει να δημιουργούν υποψίες και να αποτελούν ένδειξη για έρευνα.

Απαιτείται επίσης προβληματισμός για τον τρόπο ζωής και διατροφής που ακολουθεί ο σύγχρονος άνθρωπος, παράγοντες στους οποίους μπορεί να επέμβει, συμβάλλοντας σημαντικά στην πρόληψη, που είναι αρκετές φορές πιο σημαντική από τη θεραπεία.

Η αντιμετώπιση είναι, κατά κύριο λόγο, χειρουργική και συνοδεύεται από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.

Νοσηλευτική φροντίδα

Είναι κατά κύριο λόγο η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, στην οποία προστίθεται και η σύσταση για περιοδικό επανέλεγχο, όπως επίσης και η ιδιαίτερη ψυχολογική προσέγγιση, εφόσον ο άρρωστος είναι καρκινοπαθής και μπορεί να το γνωρίζει.

Σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η νοσηλευτική φροντίδα, στην περίπτωση που ο άρρωστος φέρει, μετά το χειρουργείο, γαστροστομία ή νηστιδοστομία, απ' όπου και τρέφεται στη συνέχεια. Πρόκειται για μια επώδυνη συναισθηματικά εμπειρία, μια αναπηρία, γι' αυτό και θα πρέπει να ενισχυθεί, ώστε η αποδοχή να γίνει σταδιακά, ομαλά και πριν το χειρουργείο.

7. Ελκώδης Κολίτιδα - Νοσηλευτική Φροντίδα

Είναι οξεία φλεγμονώδης νόσος του βλεννογόνου του παχέος εντέρου και κυρίως του ορθού και του σιγμοειδούς, που έχει την τάση να μεταπίπτει σε χρόνια πάθηση.

Κλινική εικόνα:

Συμπτώματα:

- Διάρροια από 10 έως 20 κενώσεις, που περιέχουν βλέννες, αίμα και πύον.
- Πόνος στο υπογάστριο, που ανακουφίζεται με την κένωση και συνοδεύεται από τεινεσμό, έντονο αίσθημα κένωσης.
- Αδυναμία και καχεξία, λόγω αφυδάτωσης και ανορεξίας.
- Δυσκοιλιότητα με αιμορραγία από το ορθό.

Σημεία:

- Πυρετός, ωχρότητα, απώλεια βάρους, ευαισθησία στην ψηλάφηση.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Φροντίδα για την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής.
- Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος και συμβολή στη ψυχική ηρεμία του αρρώστου.
- Υποστήριξη από ψυχολόγους.
- Φροντίδα για την ατομική καθαριότητα του ασθενούς που είναι κλινήρης.
- Συμβολή στην αποκατάσταση της κακής θρέψης με παρεντερική διατροφή στην οξεία φάση. Αργότερα, ν' αποφεύγονται κρύες τροφές, τηγανητά, ωμά φρούτα, ξηροί καρποί και το κάπνισμα, γιατί αυξάνουν τον περισταλτισμό του εντέρου.
- Καθημερινός έλεγχος βάρους σώματος, λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Ενημέρωση της προϊσταμένης του τμήματος ή του υπεύθυνου νοσηλεύτη, για κάποια αλλαγή στην κατάσταση του ασθενούς.
- Αν ο άρρωστος οδηγηθεί στο χειρουργείο, θα πρέπει να εφαρμοστούν όλα τα νοσηλευτικά μέτρα που αφορούν την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς.

8. Όγκοι Εντέρου ή Νεοπλάσματα Εντέρου – Νοσηλευτική Φροντίδα

α. Καλοήγη νεοπλάσματα

Τα καλοήγη νεοπλάσματα του λεπτού εντέρου είναι το λειομύωμα, το λίπωμα, οι αδеноματώδεις πολύποδες, το αιμαγγείωμα, το λεμφαγγείωμα. Οι όγκοι αυτοί αναπτύσσονται, κυρίως, στο κατώτερο τμήμα της νήστιδας και του ειλεού.

Τα καλοήγη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου είναι οι φλεγμονώδεις πολύποδες, οι νεανικοί πολύποδες, οι υπερπλαστικοί πολύποδες και οι αδеноματώδεις πολύποδες, οι οποίοι και χαρακτηρίζουν την οικογενή πολυποδίαση.

Με τον όρο «πολύποδα» (εικ. 24) χαρακτηρίζεται η περιγεγραμμένη προπέτεια του εντερικού βλεννογόνου, η οποία προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου και μπορεί να έχει, ή όχι, μίσχο. Η εξαλλαγή των πολυπόδων σε καρκίνο δεν είναι σπάνια. Η παρουσία πολυπόδων σε άτομα της ίδιας οικογένειας αποτελεί την οικογενή πολυποδίαση.



Εικ. 24 Πολύποδας.

Κλινική εικόνα

Η κύρια συμπτωματολογία τους είναι η αιμορραγία, που εκδηλώνεται με μέλαινα κένωση, πόνο στο επιγάστριο, εμέτους, βορβορυγμούς, αναιμία ή αιμορραγία από το ορθό, όταν οι πολύποδες εντοπίζονται στον ορθό, στο ορθοσιγμοειδές και το κατώτερο σιγμοειδές.

Η θεραπεία συνίσταται, κατά κύριο λόγο, στην αφαίρεση του πολύποδα, είτε μέσω ενδοσκοπίου, είτε στο χειρουργείο.

Νοσηλευτική φροντίδα.

– Στην περίπτωση που ο άρρωστος αποφασίζεται να οδηγηθεί στο χειρουργείο για την αφαίρεση του πολύποδα, ακολουθείται η προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα.

– Αντιθέτως, αν αποφασιστεί να γίνει αφαίρεση του πολύποδα μέσω ενδοσκοπίου, τότε πρέπει να εφαρμοστούν τα παρακάτω:

- ❑ Πλήρης κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος, πριν την ενδοσκόπηση.
- ❑ Έλεγχος μεταδοτικών νοσημάτων (ηπατίτιδας, AIDS).
- ❑ Αποφυγή λήψης στερεάς τροφής.
- ❑ Ψυχολογική προετοιμασία ασθενούς και ενημέρωση για το χώρο, το χρόνο και το είδος της επέμβασης.
- ❑ Εξατομικευμένη και ανάλογη με τη νόσο προετοιμασία του εντέρου, με λήψη τροφής χωρίς υπόλειμμα για 2 ημέρες, λήψη καθαρτικού την προηγούμενη της επέμβασης και, αν κριθεί σκόπιμο, υψηλός υποκλυσμός νωρίς το πρωί, μέχρι αποβολής καθαρού υγρού, ώστε η ενδοσκοπικά επιχειρούμενη αφαίρεση να είναι επιτυχής.

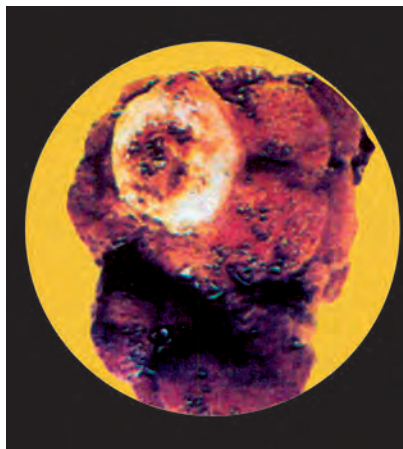
Ιδιαίτερη σημασία έχει η παρακολούθηση του ασθενούς μετά την επέμβαση. Είναι σκόπιμο να ακολουθήσουν τα παρακάτω:

- α. 3ωρη θερμομέτρηση και μέτρηση ΑΠ / ΣΦ.
- β. Παρακολούθηση κενώσεων.
- γ. Υδρική δίαιτα.

β. Κακοήθη νεοπλάσματα (εικ. 25)

Τα πρωτοπαθή κακοήθη νεοπλάσματα του λεπτού εντέρου είναι σπάνια, ενώ του παχέος εντέρου είναι πολύ συχνά και κατέχουν την πρώτη θέση μεταξύ των πιο συχνών καρκίνων του πνεύμονος, του στομάχου και του μαστού.

Είναι νόσος των ενήλικων και εντοπίζεται κατά 11% στο τυφλό, 9% στο ανιόν, 12% στο εγκάρσιο, 6% στο κατión, 26% στο σιγμοειδές, 11% στο ορθοσιγματοειδές και 25% στο ορθό. Αυτό σημαίνει ότι με μόνο τη δακτυλική εξέταση στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα και στο 50% μπορεί να διαγνωστεί ενδοσκοπικά. Τονίζεται η ιδιαίτερη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και της πρόληψης μεταστάσεων, μέσα από ένα πρόγραμμα παρακολούθησης ανδρών και γυναικών ηλικίας πάνω από 45 ετών.



Εικ. 25 Καρκίνος παχέος εντέρου.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου, ο οποίος σχετίζεται με την οικογενή πολυποδίαση, τη χρόνια ελκώδη κολίτιδα, την κληρονομική μεταβίβαση της νόσου μέσω γενετικών παραγόντων, την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων και τη διατροφή. Δίαιτα φτωχή σε φυτικές ίνες και πλούσια σε λιπαρά αυξάνει το χρόνο διάβασης της τροφής και ενισχύει την πιθανή ανάπτυξη καρκινογόνων παραγόντων.

Στο σημείο αυτό η αλλαγή διατροφικών συνηθειών θα μπορούσε να αποτελέσει βασικό παράγοντα πρόληψης του καρκίνου.

Συμπτώματα:

- Αλλαγή των συνηθειών του εντέρου - διάρροια και δυσκοιλιότητα.
- Πόνος - κολικοειδής και διάχυτος.
- Αδυναμία και δύσπνοια λόγω αναιμίας.
- Απώλεια βάρους και απουσία όρεξης.
- Πρόσμιξη αίματος και βλέννας στα κόπρανα, με αίσθημα ατελούς κένωσης.

Σημεία:

- Ωχρότητα.
- Κοιλιακή μάζα.
- Μάζα στο ορθό, αίμα και βλέννα στο δάκτυλο, κατά τη δακτυλική εξέταση.

Η θεραπεία είναι χειρουργική, με εκτομή του πάσχοντος τμήματος του εντέρου και, όταν υπάρχει ένδειξη (εντερική απόφραξη, καρκίνος ορθού), γίνεται προσωρινή ή μόνιμη κολοστομία.

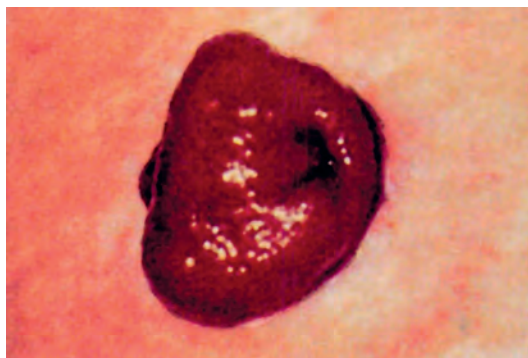
Νοσηλευτική φροντίδα.

Χαρακτηρίζεται από τα μέτρα που αφορούν τη γενική προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα ασθενών, ενώ ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην ψυχολογική προσέγγιση, γιατί ο ασθενής είναι καρκινοπαθής και οι ανάγκες του, όπως πρέπει να γνωρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι αυξημένες και εξαστομικευμένες.

Επίσης, η νοσηλευτική φροντίδα διαφοροποιείται, όταν αποφασιστεί να γίνει στον άρρωστο παρά φύση έδρα.

γ. Παρά φύση έδρα

Παρά φύση έδρα ονομάζεται το τεχνητό στόμιο σε κάποιο σημείο του λεπτού ή παχέος εντέρου, το οποίο εξωτερικεύεται χειρουργικά στην επιφάνεια του δέρματος μέσω του κοιλιακού τοιχώματος. (εικ. 26)



Εικ. 26 Παρά φύση έδρα.

Με τον τρόπο αυτό διακόπτεται η προώθηση του περιεχομένου του εντέρου στον αυλό του εντέρου, το οποίο τελικά αποβάλλεται από το στόμιο. Αν η παρά φύση έδρα γίνει στο λεπτό έντερο, ονομάζεται ειλεοστομία. Αν γίνει στο παχύ έντερο, ονομάζεται κολοστομία και αντίστοιχα με το τμήμα του παχέος εντέρου: ανιούσα, εγκαρσιοστομία, κατιούσα, κολοστομία.

Η ειλεοστομία ενδείκνυται σε ελκώδη κολίτιδα και σε πολλαπλά καρκινώματα του παχέος εντέρου, όπου δεν μπορεί να γίνει ειλεο-ορθική αναστόμωση και είναι μόνιμη. Η κένωση είναι συνεχής, μαλακή και υδαρής. Το περιεχόμενο είναι δύσοσμο και λόγω της ύπαρξης εντερικών ενζύμων μπορεί να προκληθούν δερματίτιδες γύρω από το στόμιο. Απαιτείται η χρήση ειδικών σάκων για τη συλλογή του περιεχομένου, όπως, επίσης, και η ιδιαίτερη φροντίδα της στομίας.

Τα σημεία στα οποία πρέπει να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, ώστε να εκφράσει τους φόβους του, να κατανοήσει και να αποδεχθεί την ιδιαιτερότητα της επέμβασης, ταυτόχρονα με τα μέτρα της γενικής προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής φροντίδας, όπως, επίσης, και τα ειδικότερα προβλήματα που χαρακτηρίζουν την ύπαρξη ειλεοστομίας.

Νοσηλευτική φροντίδα ειλεοστομίας.

- Φροντίδα για άνετο και αξιοπρεπές περιβάλλον, ενημέρωση του ασθενούς, ανεύρεση κατάλληλων θέσεων του αρρώστου στο κρεβάτι.

- Εφαρμογή του κατάλληλου σάκου ειλεοστομίας, ώστε να μην υπάρχουν κενά και προκύψουν διαρροές, λόγω συνεχούς αποβολής εντερικού περιεχομένου.

- Συχνή αλλαγή του σάκου, για να μπορεί ο ασθενής να κινητοποιείται άνετα, σε χρόνο εκτός νοσηλείας, ύπνου, φαγητού ή αυξημένης δραστηριότητας εντέρου.

- Παρακολούθηση του χρώματος, του ποσού και της σύστασης του περιεχομένου.
- Έλεγχος του δέρματος γύρω από το στόμιο και αποφυγή τοποθέτησης νέου σάκου πάνω σε περιοχή με δερματίτιδα. Τοπική επάλειψη με ειδικές κρέμες.
- Καλή καθαριότητα δέρματος με νερό και ειδικές λοσιόν καθαρισμού. Να αποφεύγεται η χρήση φυσιολογικού ορού, ειδικά όταν υπάρχει δερματίτιδα -άλλωστε δεν πλένουμε τα χέρια μας με «αλάτι» καθημερινά!!!
- Φροντίδα για επαρκή λήψη υγρών, λόγω κινδύνου αφυδάτωσης και κατάλληλη διατροφική κάλυψη, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Ψυχολογική ενίσχυση και σύσταση για επαφές με άτομα που έχουν στομία.
- Διδασκαλία και ενθάρρυνση για συμμετοχή του ασθενούς στη νοσηλεία του.

Η κολοστομία ενδείκνυται σε φλεγμονώδεις παθήσεις του παχέος εντέρου και είναι, συνήθως, προσωρινή και σε καρκίνο του κατώτερου παχέος εντέρου, όπου είναι μόνιμη. Όπως και στην ειλεοστομία, δεν υπάρχει σφιγκτήρας και η αποβολή κοπράνων δεν ελέγχεται από τη θέληση του ατόμου. Όσο ψηλότερα γίνεται, τόσο πιο μαλακή και ημυδαρής είναι η κένωση, ενώ η δυσσομία παραμένει. Απαιτείται και πάλι η χρήση ειδικών σάκων κολοστομίας.

Νοσηλευτική φροντίδα κολοστομίας.

Τα σημεία επικέντρωσης του ενδιαφέροντος παραμένουν, όπως και στην ειλεοστομία, στους δύο τομείς: ψυχολογική και σωματική φροντίδα.

Εκτός των όσων έχουν αναφερθεί ήδη, επιπλέον, θα πρέπει να τηρούνται οι συνθήκες ασηψίας-αντισηψίας σε κάθε αλλαγή, στην οποία πρέπει να ακολουθείται ειδική τεχνική, σε ήρεμο και άνετο περιβάλλον, με σημείο αναφοράς τον άρρωστο και όχι μόνο τη στομία. Η παρακολούθηση και η ενεργός συμμετοχή του συμβάλλουν στην εξοικείωση και την αποδοχή της στομίας.

Η δυσσομία αντιμετωπίζεται με ειδικές σκόνες, που τοποθετούνται στο σάκο πριν την εφαρμογή του και με τη φροντίδα να υπάρχει φίλτρο αερίων στο σάκο. Έτσι, η προετοιμασία των απαραίτητων υλικών για την αλλαγή είναι εξίσου σημαντική νοσηλευτική αρμοδιότητα, τόσο για την κολοστομία, όσο και για την ειλεοστομία.

9. Σκωληκοειδίτιδα - Νοσηλευτική Φροντίδα

Είναι η φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης, λόγω απόφραξης του αυλού του οργάνου από κοπρόλιθο, υπολείμματα φυτικών τροφών, παράσιτα.

Κλινική εικόνα:

Συμπτώματα:

- Πόνος, αρχικά γύρω από τον ομφαλό και στη συνέχεια στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, ανορεξία, καταβολή, ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα.

Σημεία:

- Πυρετός που δεν ανεβαίνει πάνω από 1 °C από τη φυσιολογική θερμοκρασία, εκτός αν υπάρχει διάτρηση του οργάνου με τοπική ή γενική περιτονίτιδα, οπότε ανέρχεται στους 38° C - 39° C.
- Θετικό σημείο Mac Berney, στο 1/3 της απόστασης που συνδέει τη δεξιά άνω λαγόνια άκανθα με τον ομφαλό.
- Μυϊκός σπασμός και ευαισθησία στην περιοχή, κατά τη ψηλάφηση.

Η διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα και στα ευρήματα από τον παρακλινικό έλεγχο. Χαρακτηριστική είναι η αυξημένη παρουσία λευκών αιμοσφαιρίων στη γενική αίματος.

Η θεραπεία είναι συνήθως χειρουργική.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Ακολουθείται η συνηθισμένη προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα.
- Στην οξεία φάση, πρέπει να αποφεύγονται τα παυσίπονα, για να μην καλύπτεται η κλινική εικόνα.
- Ο άρρωστος παραμένει κλινήρης, δε λαμβάνει τίποτε από το στόμα και του χορηγούνται υγρά και ηλεκτρολύτες παρεντερικά.
- Απαιτείται στενή παρακολούθηση ζωτικών σημείων και δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην εμφάνιση επιπλοκών, όπως: διάτρηση, περιτονίτιδα, ενδοκοιλιακή αιμορραγία, διαπύση τραύματος, ενδοπεριτοναϊκό απόστημα.

10. Περιτονίτιδα - Νοσηλευτική Φροντίδα

Περιτονίτιδα είναι η φλεγμονή του περιτόναιου. Το περιτόναιο είναι η μεμβράνη, η οποία καλύπτει τα σπλάχνα της κοιλιάς σχηματίζοντας κοιλότητα. Η κοιλότητα ονομάζεται περιτοναϊκή και είναι στείρα μικροβίων κάτω από φυσιολογικές συνθήκες. Αν, για οποιοδήποτε λόγο, εισχωρήσουν σ' αυτή μικρόβια, αναπτύσσεται φλεγμονή, γνωστή ως περιτονίτιδα. Πρόκειται για βαριά κατάσταση, που θέτει σε κίνδυνο και τη ζωή του ανθρώπου.

Η οξεία περιτονίτιδα εμφανίζεται μετά από ρήξη σκωληκοειδούς απόφυσης, διάτρηση έλκους, εντέρου, μετεγχειρητική μόλυνση ή μετατραυματική λοίμωξη του κοιλιακού τοιχώματος.

Κλινική εικόνα:

Συμπτώματα:

- Έντονος, συνεχής κοιλιακός πόνος, έμετος, λόξυγκας, μετεωρισμός κοιλίας.

Σημεία:

- Πυρετός με ρίγος, ταχυκαρδία, πτώση αρτηριακής πίεσης, σаниδώδεις κοιλιακοί μύες, ωχρότητα και εφίδρωση.

Η διάγνωση τίθεται με την κλινική εικόνα, τον εργαστηριακό έλεγχο (αιματολογικές εξετάσεις και ακτινογραφία κοιλίας), ενώ, συμπληρωματικά, η παρακέντηση κοιλίας και η μικροβιολογική εξέταση του υγρού της παρακέντησης μπορεί να συμβάλει στη διάγνωση.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο. Τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση fowler.
- Φροντίδα για τη χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Προετοιμασία υλικών για την τοποθέτηση levin για αποφυγή εμέτων.
- Παρακολούθηση της καλής λειτουργίας του ρινογαστρικού σωλήνα και καταγραφή του ποσού και του χαρακτήρα των υγρών που αποβάλλονται.
- Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Ο άρρωστος δε σιτίζεται.
- Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος, ψυχολογική ενθάρρυνση του ασθενούς.
- Αν ο άρρωστος οδηγηθεί στο χειρουργείο, εφαρμόζεται προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα.

11. Ειλεός - Νοσηλευτική Φροντίδα

Η αναστολή της προώθησης του εντερικού περιεχομένου ονομάζεται ειλεός. Διακρίνεται σε αποφρακτικό και παραλυτικό ειλεό.

• **Αποφρακτικός ειλεός:** δημιουργείται λόγω απόφραξης, στένωσης ή περισφιξης του αυλού του εντέρου. Τα αίτια χωρίζονται σε:

1. *Ενδοανλικά:* πολύποδες, ξένα σώματα, νεοπλάσματα, χολόλιθοι, κοπρόσταση, παράσιτα, φυτοπύλημα.
2. *Τοιχωματικά:* νόσος Crohn, συγγενείς ανωμαλίες, νεοπλάσματα.
3. *Εξωανλικά:* περιεσφιγμένη κήλη, συστροφή εντέρου, συμφύσεις, ενδοκοιλιακοί όγκοι.

Κλινική εικόνα:

Συμπτώματα:

- Έντονος, συνεχής κοιλιακός πόνος, έλλειψη κενώσεων και αποβολής αερίων, έμετοι αρχικά τροφώδεις ή χολώδεις και στη συνέχεια δύσοσμοι με κοπρανώδη οσμή.

Σημεία:

- Πυρετός, ταχυκαρδία, πτώση ΑΠ, έντονος μετεωρισμός της κοιλιάς, ξηρή γλώσσα, βορβορυγμοί.

Η κλινική εικόνα, ο ακτινολογικός έλεγχος και οι αιματολογικές εξετάσεις, κυρίως για τον έλεγχο ηλεκτρολυτών, θέτουν τη διάγνωση.

Η θεραπεία είναι χειρουργική.

• **Παραλυτικός ειλεός:** δημιουργείται λόγω μείωσης ή εξαφάνισης της κινητικότητας του εντέρου. Τα κυριότερα αίτια είναι:

1. *Νευρογενή:* κολικός, τραύμα.
2. *Χημικά:* περιτονίτιδα.
3. *Μεταβολικά:* ηλεκτροδιαλυτικές διαταραχές.
4. *Μετεγχειρητικά:* αναισθησία.
5. *Φλεγμονές:* ενδοκοιλιακές, οπισθοπεριτοναϊκές.

Κλινική εικόνα:

Είναι παρόμοια με του αποφρακτικού ειλεού, αλλά λείπει πόνος και η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι, επίσης, βαριά. Στην ακτινογραφία κοιλίας, αποκαλύπτεται η παρουσία αερίων στο έντερο και υδραερικά επίπεδα.

Η θεραπεία είναι συντηρητική και επί αποτυχίας χειρουργική.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων με ακρίβεια.
- Παρακολούθηση και προσδιορισμός του χαρακτήρα του πόνου. Είναι καλό ν' αποφεύγονται τα αναλγητικά, επειδή καλύπτουν τον πόνο.
- Προετοιμασία υλικών για τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα. Διακοπή σίτισης από το στόμα.
- Παρακολούθηση της ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών και ηλεκτρολυτών και εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών ως προς τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.
- Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και διατήρηση της σωματικής καθαριότητας του αρρώστου.
- Στον παραλυτικό ειλεό, αν υπάρχει οδηγία για εκτέλεση υποκλυσμών, πρέπει να παρακολουθείται με προσοχή η ποσότητα του υγρού του υποκλυσμού που αποβάλλεται, γιατί λόγω αφυδάτωσης είναι δυνατό ν' απορροφηθεί από το έντερο μέρος του υγρού που εισάγεται.
- Αν ο άρρωστος οδηγηθεί στο χειρουργείο, ακολουθείται η συνηθισμένη προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα.

12. Παθήσεις Χοληφόρων Οδών, Ήπατος και Παγκρέατος – Νοσηλευτική φροντίδα

α. Χολολιθίαση

Είναι ο σχηματισμός και η παρουσία λίθων στις χοληφόρες οδούς και στη χοληδόχο κύστη. Οι σπουδαιότεροι αιτιολογικοί παράγοντες δημιουργίας χολολίθων είναι:

1. Διατροφή, 2. Στάση στα χοληφόρα (κύηση, συγγενείς ανωμαλίες), 3. Λοιμώξεις χοληφόρων, 4. Κληρονομικότητα, 5. Ξένα σώματα (ράμματα, σωλήνες kehr), 6. Διάφορες νόσοι (διαβήτης, κίρρωση).

Κλινική εικόνα:

Συμπτώματα:

• Πόνος, είτε ελαφρός και σχετιζόμενος με τη λήψη τροφής, είτε σοβαρός επιγαστρικός πόνος, που ακτινοβολεί στο δεξιό υποχόνδριο και τη ράχη (γωνία της δεξιάς ωμοπλάτης). Είναι σταθερός ή κολικοειδής. Συνοδεύεται από εμετό μετά από λιπαρά γεύματα, είτε κατά τις πρωινές ώρες. Υπάρχουν, επίσης, δυσπεπτικά ενοχλήματα και αίσθημα πληρότητας.

Σημεία:

• Ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο, ψηλάφηση και διατεταμένη χοληδόχος κύστη, θετικό σημείο Murphy (κράτημα της αναπνοής λόγω του πόνου που προκαλεί η ψηλάφηση), ίκτερος, συνήθως ελαφρός με κνησμό, σκουρόχρωμα ούρα και αποχρωματισμό των κοπράνων.

Η θεραπεία είναι συντηρητική, με κατάλληλη δίαιτα και φαρμακευτική αγωγή και χειρουργική (χολοκυστεκτομή ανοιχτή ή λαπαροσκοπική).

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος και ψυχική ενίσχυση του ασθενούς.
- Φροντίδα για την τήρηση των ιατρικών οδηγιών ως προς τη λήψη φαρμάκων και κυρίως αναλγητικών σε καταστάσεις κολικού.
- Αποκλεισμός δύσπεπτων και λιπαρών τροφών (αυγά, όσπρια, ζωικά λίπη).
- Παρακολούθηση χρώματος ούρων και κοπράνων στην περίπτωση εμφάνισης ίκτερου.

- Λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση για την πιθανή εμφάνιση επιπλοκών, όπως: χολοκυστίτιδα, χολαγγειίτιδα, αποφρακτικός ίκτερος, ηπατική ανεπάρκεια ή νέκρωση παγκρέατος.

β. Χολοκυστίτιδα

Είναι η φλεγμονή της χοληδόχου κύστης που διακρίνεται σε οξεία και χρόνια μορφή.

Κλινική εικόνα:

Είναι η ίδια μ' αυτή της χολολιθίασης με πυρετό και ρίγος και μεγαλύτερη ένταση όλων των συμπτωμάτων, στην οξεία μορφή και ηπιότερη κλινική εικόνα, στη χρόνια μορφή.

Η θεραπεία είναι συντηρητική και χειρουργική.

Κατά τη συντηρητική θεραπεία, η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στο διαιτολόγιο του ασθενούς, στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και στην παρακολούθηση των απεκκριμάτων, των ζωτικών σημείων και στην πιθανή εμφάνιση επιπλοκών, όπως εμπύημα χοληδόχου κύστεως, χολαγγειίτιδα, απόστημα ήπατος, περιτονίτιδα, οξεία παγκρεατίτιδα.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Κατά τη χειρουργική θεραπεία η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- ⇒ Τη συνηθισμένη προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς.
- ⇒ Λήψη ζωτικών σημείων, κατά την παραλαβή του χειρουργημένου.
- ⇒ Τοποθέτηση του ασθενούς σε άνετη θέση, χωρίς να πιέζεται ο σωλήνας παροχής (kehr), μέσω του οποίου απομακρύνεται η χολή από τις χοληφόρες οδούς - Έλεγχος του τραύματος.
- ⇒ Έλεγχος της λειτουργίας του ρινογαστρικού σωλήνα, του ουροκαθετήρα, αν υπάρχει, και του kehr. Στερέωση των σωλήνων του κάθε συλλέκτη στο κρεβάτι του ασθενούς.
- ⇒ Ο συλλέκτης της χολής πρέπει να τοποθετείται στο ύψος της κοιλιάς του ασθενούς, για να μην παροχετευθεί όλη η παραγόμενη χολή. Το ποσό που συγκεντρώνεται, μετριέται και καταγράφεται, επίσης και τα υπόλοιπα αποβαλλόμενα υγρά.
- ⇒ Ο έλεγχος και η ρύθμιση της ροής των ενδοφλεβίως χορηγούμενων υγρών (οροί-ηλεκτρολύτες) είναι απαραίτητος και πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

- ⇒ Την 4η-5η μετεγχειρητική ημέρα, ο σωλήνας kehr μπορεί να κλείνει 1/2 ώρα πριν και μετά το γεύμα, για να παροχετευτεί η παραγόμενη χολή στο δωδεκαδάκτυλο. Ο σωλήνας κλείνει με τη χρήση λαβίδας και γάζας, γιατί είναι πολύ λεπτός και υπάρχει κίνδυνος διάτρησης.
- ⇒ Κατά την 7η-10η μετεγχειρητική ημέρα, ο σωλήνας μπορεί να αφαιρεθεί από το χειρουργό, αλλά απαιτούνται τοπική φροντίδα και συχνές εξωτερικές αλλαγές για προφύλαξη του δέρματος από τον ερεθισμό της χολής που συνεχίζει να ρέει σε πολύ μικρές ποσότητες.
- ⇒ Ο άρρωστος ενισχύεται να κινητοποιείται, παρά την ύπαρξη των σωλήνων παροχέτευσης.
- ⇒ Η φροντίδα για την ατομική καθαριότητα και την καθαριότητα του χώρου ενισχύουν την ανάρρωση και δημιουργούν ευχάριστο και υγιές περιβάλλον.
- ⇒ Στην περίπτωση που η χολοκυστεκτομή γίνει με τη λαπαροσκοπική μέθοδο, η παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο είναι δύο ημέρες. Ο άρρωστος φέρει μόνο Levin, το οποίο αφαιρείται το απόγευμα της ημέρας του χειρουργείου και δύο παροχετεύσεις τραύματος, οι οποίες αφαιρούνται την πρώτη ημέρα από το χειρουργό. Η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στην κινητοποίηση του ασθενούς, στη χορήγηση αναλγητικών και φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και στη σταδιακή σίτιση.

γ. Ηπατίτιδες

Ηπατίτιδα ονομάζεται η διάχυτη νέκρωση και φλεγμονή του ηπατικού παρεγχύματος, που οφείλεται σε ιούς, τοξίνες ή φάρμακα, κατάχρηση οινόπνεύματος κ.τ.λ.

Προκαλούνται από 2 ομάδες ιών: 1) τους ιούς της ηπατίτιδας (Α, Β, C, D, E) και 2) τους ηπατιδοιμμητικούς ιούς (ιλαράς, κίτρινου πυρετού, ερπητοϊούς κ.τ.λ.).

Οι πιο γνωστοί είναι οι 5 ιοί της ιογενούς ηπατίτιδας:

- Ο ιός της ηπατίτιδας Α (HAV), που προκαλεί την επιδημική ηπατίτιδα.
- Ο ιός της ηπατίτιδας Β (HBV), που προκαλεί την ηπατίτιδα εξ ομόλογου ορού.
- Ο ιός της ηπατίτιδας C (HCV), που προκαλεί την παρεντερικά μεταδιδόμενη ηπατίτιδα Μη-Α, Μη-Β (ηπατίτιδα C).
- Ο ιός της ηπατίτιδας Δέλτα (HDV).
- Ο ιός της ηπατίτιδας Ε (HEV), που είναι υπεύθυνος για την εντερικά μεταδιδόμενη ηπατίτιδα Μη-Α, Μη-Β (ηπατίτιδα Ε).

Πώς μεταδίδονται οι ιοί της ηπατίτιδας					
	A	B	C	D	E
Μολυσμένη τροφή	■				●
Μολυσμένο νερό	■				■
Μαλάκια	■				●
Ενδο-οικογενειακά	■	■	●	■	■
Κοινωνικό περιβάλλον	■	■			
Τραυματισμός από βελόνες και αιχμηρά αντικείμενα		■	■	■	
Μετάγγιση	◆	■	■	■	
Αιμοκάθαρση		■	■	●	
Μέσω του στόματος	■	■	●	●	
Με σεξουαλική επαφή	●	■	◆	■	
Μητέρα-παιδί		■	◆	■	
Παρεντερική χρήση ναρκωτικών		■	■	■	
■ Επιβεβαιωμένη μετάδοση ◆ Σπάνια μετάδοση ● Υποπτη αλλά όχι αποδεδειγμένη μετάδοση					

Οξεία ιογενής ηπατίτιδα.

Η κλινική εικόνα της οξείας ηπατίτιδας ποικίλλει σε βαρύτητα (ασυμπτωματική ανικτερική, ικτερική, κεραυνοβόλος). Τα κλινικά στάδια είναι 4: της επώασης, το προϊκτερικό, το ικτερικό και της ανάρρωσης.

Τα κυρία συμπτώματα είναι αδυναμία, καταβολή, ανορεξία, ναυτία, εμετοί, μυαλγίες, αίσθημα βάρους στο δεξιό υποχόνδριο, αρθραλγίες, πυρετός, αποστροφή στο κάπνισμα. Όταν εμφανισθεί ίκτερος, η συμπτωματολογία συνήθως υποχωρεί. Στις περισσότερες περιπτώ-

ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ



Στην οξεία ηπατίτιδα, το ήπαρ μπορεί να είναι:

- Διογκωμένο
- Ευαίσθητο στην ψηλάφηση

σεις ιογενούς ηπατίτιδας έχουμε πλήρη ίαση. Συνιστώνται ανάπαυση, υπολιπαρής διαίτα, αν παρουσιασθούν ναυτία και έμετοι, και αποφυγή οινόπνευματων ποτών και φαρμάκων. Εισαγωγή στο νοσοκομείο χρειάζεται, αν υπάρχουν έμετοι, ασκίτης, ηπατική εγκεφαλοπάθεια κ.τ.λ.

Η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα παρουσιάζει υψηλή θνητότητα (70-90%), αλλά, εάν ο άρρωστος επιζήσει, το ηπατικό παρέγχυμα αναγεννάται και επανέρχεται στη φυσιολογική μορφή του.

Χρόνια ιογενής ηπατίτιδα.

Ασθενείς με ηπατίτιδα Β, C ή D παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη μακροχρόνιας λοίμωξης. Μετάπτωση σε χρονιότητα μπορεί να παρατηρηθεί σε ποσοστό έως 50% των περιπτώσεων C.

Τα συμπτώματα είναι συνήθως ήπια (κακουχία, ανορεξία ή λείπουν).

Διακρίνεται σε δύο μορφές:

α) Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα.

Ο ασθενής είναι συνήθως ασυμπτωματικός. Παραμένει μολυσματικός και η νόσος του σπάνια οδηγεί σε σοβαρή ηπατοπάθεια.

β) Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα. Η ηπατική πάθηση είναι προοδευτική και τελικά οδηγεί σε κίρρωση ή σε θάνατο. Ο ασθενής παραμένει μολυσματικός.

ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ



Η εξελικτική βλάβη της ιογενούς ηπατίτιδας προκαλεί

- Φλεγμονή
- Ίνωση
- Συρρίκνωση και σκλήρυνση
- Σχηματισμό όζων

Ασυμπτωματικοί ασθενείς.

Επειδή 60% των περιπτώσεων ιογενούς ηπατίτιδας είναι ασυμπτωματικές είναι σημαντικό να προσδιορίζονται τα άτομα που είναι φορείς του ιού.

Πρόληψη.

⇒ Απλά μέτρα ατομικής και δημόσιας υγιεινής (βελτίωση συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης, καλή ατομική υγιεινή).

⇒ Έλεγχος του αίματος και των παραγώγων του που χρησιμοποιούνται για μετάγγιση.

- ⇒ Χρήση συρίγγων μιας χρήσης και γαντιών.
- ⇒ Χρησιμοποίηση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή.
- ⇒ Χρησιμοποίηση εμβολίων (υπάρχουν διαθέσιμα εμβόλια έναντι των ιών Α και Β). Από το 1997 γίνεται υποχρεωτικός εμβολιασμός για την ηπατίτιδα Β.

Προφυλακτικά μέτρα για την ιογενή ηπατίτιδα.

Τα μέτρα προφύλαξης διακρίνονται σε γενικά (προσωπικού) και ειδικά (ασθενών).

Γενικά προφυλακτικά μέτρα προσωπικού.

1. Γάντια: Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να φορά γάντια κατά τη νοσηλεία των αρρώστων, γιατί έρχεται σε επαφή με αίμα ή σωματικά υγρά που φαίνεται να περιέχουν αίμα.

2. Μάσκες - Γυαλιά: Σε όλες τις νοσηλευτικές πράξεις που υπάρχει περίπτωση να εκτοξευθεί στο προσωπικό αίμα ή σωματικά υγρά, πρέπει να φοριούνται μάσκες και γυαλιά, για να αποφευχθεί η διασπορά στο στόμα, μύτη και βλεννογόνο των ματιών.

3. Επιπρόσθετες ποδιές: Φοριούνται σε περιπτώσεις που υπάρχει κίνδυνος να λερωθεί η στολή.

4. Προφύλαξη από τραυματισμούς: Πρέπει να αποφεύγεται η επανατοποθέτηση της χρησιμοποιημένης βελόνας στο κάλυμμα και να χρησιμοποιούνται τα ειδικά κουτιά για την απόρριψη βελονών, των μαχαιριδίων και άλλων αιχμηρών αντικειμένων. (εικ. 27)

5. Τραυματισμοί: Όταν κάποιος τραυματισθεί από αντικείμενο που περιέχει αίμα ή σωματικά αιμορραγικά υγρά, θα πρέπει πρώτα να πιεστεί το σημείο, για να φύγει λίγο αίμα και μετά να τοποθετεί στο τραύμα αντισηπτικό. Το ίδιο ισχύει, αν το αίμα πέσει σε αμυχή. Στη συνέχεια ενημερώνεται ο γιατρός του προσωπικού, χορηγείται γ-σφαιρίνη στο πρώτο 48ωρο, ελέγχεται το άτομο για αυστραλιανό αντιγόνο και αντισώματα και, αν ο έλεγχος είναι αρνητικός, αρχίζει ταυτόχρονα τον εμβολιασμό για την ηπατίτιδα Β.



Εικ. 27

6. Ενημέρωση:

Ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού για τους αρρώστους που έχουν θετικό αυστραλιανό και συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού.

Ειδικά προφυλακτικά μέτρα ασθενών.

1. Θερμόμετρα: Τα θερμόμετρα τοποθετούνται σε οινόπνευμα 70 έως 90%. Κάθε τρεις ημέρες γίνεται αλλαγή του διαλύματος. Τα θερμόμετρα που τοποθετούνται στο στόμα και ορθό πρέπει να είναι ατομικά.

2. Σφυγμομανόμετρο και Στηθοσκόπιο: Αν έχουν έρθει σε επαφή με αίμα και άλλα βιολογικά υγρά, καθαρίζονται με ένα αντιμικροβιακό διάλυμα.

3. Χρησιμοποιημένες γάζες: Τοποθετούνται σε πλαστική ή χάρτινη σακούλα και στη συνέχεια σε μια μεγάλη πλαστική και στέλνονται για αποτέφρωση.

4. Σεντόνια: Αν έχουν έρθει σε επαφή με αίμα, μπαίνουν σε αυτοδιαλυόμενο σάκο κατά το πλύσιμο.

8. Κίρρωση Ήπατος - Ηπατική Ανεπάρκεια

Κίρρωση ήπατος.

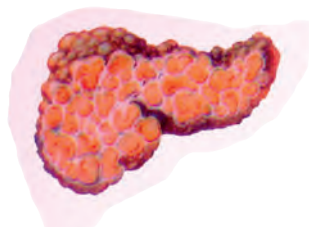
Είναι χρόνια ηπατική νόσος, που χαρακτηρίζεται από ίνωση, σχηματισμό αναγεννητικών όζων, καταστροφή της αρχιτεκτονικής του ήπατος και ποικίλου βαθμού νέκρωση και φλεγμονή.

Αίτια: ιογενή (ιοί ηπατίτιδας B, D και C), χρόνιος αλκοολισμός, χρόνια απόφραξη χοληφόρων φαρμακευτικά.

Κλινική εικόνα: Στα αρχικά στάδια πιθανόν να μην υπάρχουν έκδηλα συμπτώματα.

Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι: καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, απώλεια βάρους, δυσπεψία, βάρος στο υποχόνδριο, μείωση ή κατάργηση της σεξουαλικής ικανότητας, αιμορραγίες κ.τ.λ.

Θεραπεία: Είναι κυρίως συντηρητική. Συνιστάται άναλος δίαιτα, αποφυγή οινόπνευματος, φαρμακευτική αγωγή. Γίνεται και μεταμόσχευση ήπατος.



Το ήπαρ μπορεί να σμικρυνθεί και να σκληρυνθεί με

- Εκτεταμένη ίνωση
- Αρκετούς όζους

Ηπατική ανεπάρκεια.

Είναι η μείωση της λειτουργικής ηπατικής μάζας.

Διακρίνεται σε αντιρροπούμενη ηπατική ανεπάρκεια (λείπουν οι εκδηλώσεις ηπατικής εγκεφαλοπάθειας) και σε κλινικά έκδηλη ηπατική ανεπάρκεια με έκδηλες διαταραχές, όπως ανησυχία, διανοητική σύγχυση, απώλεια προσανατολισμού, έντονη σύγχυση, λήθαργο που φτάνει στο βαθύ κώμα.

Πρόληψη.

- ⇒ Αποφυγή οινοπνεύματος και άλλων αιτίων που την προκαλούν.
- ⇒ Έγκαιρη θεραπεία παθήσεων που συμβάλλουν στην εκδήλωσή της.
- ⇒ Εμβολιασμός για την ηπατίτιδα Β.

Νοσηλευτική φροντίδα.

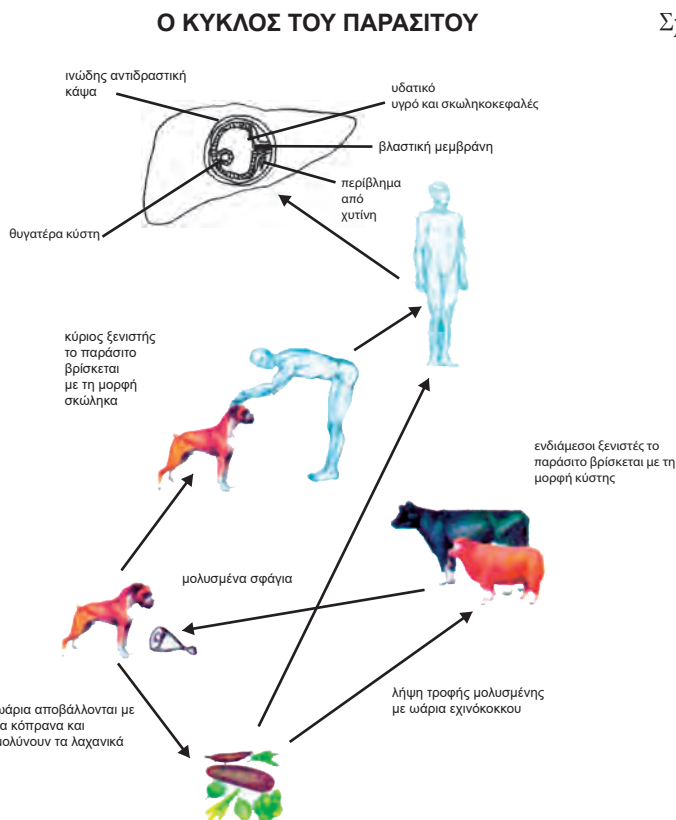
- ⇒ Η κακή θρέψη είναι ένα από τα βασικά προβλήματα αυτών των αρρώστων, γι' αυτό η σωστή διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο. Σε αντιρροπούμενη κίρρωση ενδείκνυται η υπερθερμιδική δίαιτα, πλούσια σε λευκώματα, υδατάνθρακες, βιταμίνες, αλλά φτωχή σε λίπος και αλάτι. Τονίζεται στον άρρωστο να αποφεύγει τις συντηρημένες τροφές που περιέχουν αλάτι και πώς να χρησιμοποιεί υποκατάστατα αυτού, όπως ο χυμός λεμονιού. Η φροντίδα της στοματικής κοιλότητας είναι ένας σημαντικός παράγοντας, γιατί καταπολεμά τη δυσσομία (απόπνοια σάπιου μήλου). Χρησιμοποιείται μαλακή βούρτσα.
- ⇒ Γίνεται καθημερινό ζύγισμα του αρρώστου και παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.
Καθημερινή περιποίηση του δέρματος.
- ⇒ Ένα από τα προβλήματα του αρρώστου είναι οι συχνές αιμορραγίες λόγω της διαταραχής του χρόνου προθρομβίνης. Η παρατεταμένη πίεση στα σημεία που γίνονται οι αιμοληψίες και η αποφυγή των ενέσεων ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο αιμορραγίας. Γίνεται η συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, των κενώσεων και των εμετών.
- ⇒ Λαμβάνονται όλα τα μέτρα για πρόληψη των λοιμώξεων, γιατί ο άρρωστος είναι επιρρεπής σ' αυτές.
- ⇒ Όταν ο άρρωστος παρουσιάσει ασκίτη, χορηγούνται διουρητικά, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, τίθεται σε άναλη δίαιτα, γίνονται παρακεντήσεις κοιλίας

(βλέπε εργαστήριο) και ο άρρωστος τοποθετείται σε ημικαθιστή θέση, για να μην πιέζεται το διάφραγμα.

⇒ Σε μη αντιρροπούμενη κίρρωση, ο άρρωστος παρουσιάζει ηπατική εγκεφαλοπάθεια. Εξασφαλίζονται συνθήκες ασφάλειας για πρόληψη τραυματισμού. Δε σηκώνεται από το κρεβάτι μόνος του, περιορίζεται με τοποθέτηση προφυλακτῆρων (είναι διεγερτικός), γίνονται καθημερινά υποκλυσμοί για καθαρισμό του εντέρου, για τη μείωση της αμμωνίας που παράγεται στο έντερο. Σ' αυτή τη φάση, χορηγείται υποπρωτεϊνική διαίτα.

ε. Εχινόκοκκος Ήπατος

Η εχινόκοκκος κύστη οφείλεται στο έμβρυο της εχινόκοκκου ταινίας του σκύλου, στο έντερο του οποίου παρασιτεί.



Τη μόλυνση βοηθούν οι εξής παράγοντες: α) τα ωάρια του παράσιτου, που θα μολύνουν τον ενδιαμέσο ξενιστή (άνθρωπο ή χορτοφάγο θηλαστικό), και β) η κύστη του παράσιτου, που θα μολύνει το σκύλο. Ο άνθρωπος μπορεί να μολυνθεί από τα χέρια του, που ήρθαν σε επαφή με το σκύλο ή από μολυσμένα λαχανικά που περιείχαν ωάρια μολυσμένου σκύλου που σκορπίστηκαν στο περιβάλλον. Κύρια πηγή μόλυνσης του σκύλου είναι το πρόβατο (ιδιαίτερα αν καταναλώσει μολυσμένα σφάγια). (σχήμα 5)

Προφύλαξη.

- Καλό πλύσιμο χεριών.
- Βρασμός των ύποπτων τροφίμων.
- Φροντίδα των σκύλων, για να μην τρώνε ωμά σπλάχνα.
- Απομάκρυνση των σκύλων από τα σφάγια και καταστροφή των μολυσμένων σπλάχνων.
- Ενημέρωση του πληθυσμού με προγράμματα αγωγής υγείας.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Όπως προαναφέρθηκε, η θεραπεία είναι κυρίως χειρουργική. Η προεγχειρητική προετοιμασία, αλλά και η μετεγχειρητική είναι η ίδια μ' αυτή των άλλων χειρουργικών επεμβάσεων κοιλιάς.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται μετεγχειρητικά και το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει τις παροχετεύσεις, κάνει συχνή λήψη των ζωτικών σημείων, έγκαιρη έγερση του αρρώστου, αντιμετώπιση πόνου και φροντίζει για την επαναλειτουργία του εντέρου και τη σταδιακή επαναφορά στην κανονική διαίτα.

στ. Παγκρεατίτιδα

Η παγκρεατίτιδα διακρίνεται σε οξεία και χρόνια.

Οξεία παγκρεατίτιδα: είναι βαριά νόσος και οφείλεται σε οξεία φλεγμονή του παγκρέατος, η οποία χαρακτηρίζεται από διαφυγή παγκρεατικών ενζύμων.

Αρχικά η φλεγμονή δημιουργεί οίδημα και μπορεί να προκληθεί ακόμα και νέκρωση του παγκρέατος. Είναι βαριά κατάσταση, η οποία μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο.

Αίτια: Οφείλεται σε απόφραξη χοληφόρων, χρόνιος αλκοολισμός και, σπανιότερα, σε φάρμακα, λοιμώξεις και τραυματισμό.

Κλινική εικόνα: Έντονος πόνος στο επιγάστριο που αντανακλά προς τη ράχη μετά από ένα μεγάλο λιπαρό γεύμα ή κατάχρηση οινοπνεύματος, ναυτία, έμετοι και μπορεί να φτάσει μέχρι και το shock. Η όλη εικόνα θυμίζει εκτεταμένο έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Θεραπεία: Συντηρητική.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Ο άρρωστος με οξεία παγκρεατίτιδα πρέπει να παρακολουθείται στενά. Πολλές φορές νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο άρρωστος συνδέεται με monitor, για να παρακολουθείται ο καρδιακός ρυθμός και γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων.

Ο πόνος αντιμετωπίζεται με ισχυρά παυσίπονα (πεθιδίνη), σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Αποφεύγεται η χορήγηση μορφίνης, γιατί προκαλεί σπασμό στο σφιγκτήρα του Oddi.

Χορηγούνται υγρά και ηλεκτρολύτες. Παρακολουθούνται αυστηρά τα αποβαλλόμενα και προσλαμβανόμενα υγρά και πρέπει να γίνεται αυστηρή μέτρηση ούρων 24ώρου.

Ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτε από το στόμα, τοποθετείται Levin για αποβολή υγρών του στομάχου. Αν είναι σταθεροποιημένος καρδιαναπνευστικά, μετά από μερικές ημέρες μπορεί να τεθεί σε ολική παρεντερική σίτιση. Μετά την παρέλευση των οξέων συμπτωμάτων, σταδιακά, μπαίνει σε υδρική δίαιτα και αργά προχωρεί στο κανονικό διαιτολόγιο.

Επειδή διαταράσσεται το σάκχαρο αίματος, χρειάζεται συχνή παρακολούθηση, χορήγηση ινσουλίνης, αν χρειάζεται. Λόγω της βαρύτητας της κατάστασης η ενθάρρυνση του αρρώστου είναι απαραίτητη.

Χρόνια παγκρεατίτιδα.

Αντικαθίσταται προοδευτικά ο παγκρεατικός ιστός από ινώδη. Ο άρρωστος παρουσιάζει πόνο διαφορετικής έντασης.

Αίτια: Χρόνιος αλκοολισμός, επανειλημμένα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας, αποφρακτική νόσος των χοληφόρων.

Κλινική εικόνα: Πόνος, απώλεια βάρους, σακχαρώδης διαβήτης.

Θεραπεία: Κυρίως συντηρητική.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Επικεντρώνεται κυρίως:

- ⇒ Στην ευαισθητοποίηση του αρρώστου να διακόψει το αλκοόλ, το κάπνισμα και τον καφέ.
- ⇒ Να ακολουθεί ένα διαιτολόγιο φτωχό σε λίπος και πλούσιο σε υδατάνθρακες, βιταμίνες.
- ⇒ Να παίρνει πολλά υγρά.
- ⇒ Διδάσκεται να ρυθμίζει σωστά το σάκχαρό του.

ζ. Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο Σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι ένα χρόνια νόσημα γνωστό από τον Αρεταίο τον Καππαδοκέα, 2500 χρόνια πριν.

Στο Σ.Δ. αυξάνεται η γλυκόζη στο αίμα, διότι δεν επαρκεί η παραγωγή ινσουλίνης ή η δράση της από το πάγκρεας.

Ο Σ.Δ. διακρίνεται σε δύο κατηγορίες:

- Τον ινσουλινοεξαρτώμενο ή τύπου 1.
- Το μη ινσουλινοεξαρτώμενο ή διαβήτη τύπου 2.

Τα κυριότερα συμπτώματα και σημεία είναι:

Τύπος 1	Τύπος 2
Δίψα, πολλά ούρα, έντονο αίσθημα κόπωσης, χάσιμο βάρους. Μπορεί, αν παραμεληθεί, να φτάσει σε διαβητικό κώμα.	Συνήθως ήπιες, ακόμα και ανύπαρκτες εκδηλώσεις.

Η **θεραπευτική** αντιμετώπιση έχει τέσσερα σκέλη:

- 1. Τη δίαιτα:** Τα γεύματα καταναλώνονται στο 24ωρο, ανάλογα με τις ανάγκες του διαβητικού.
- 2. Την άσκηση:** Χρειάζεται άσκηση ήπιας μορφής, χωρίς άγχος, προτιμότερο το περπάτημα μετά τα γεύματα. Η άσκηση βοηθά και στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.
- 3. Τα υπογλυκαιμικά χάπια:** Αυτά δεν περιέχουν ινσουλίνη, αλλά διεγείρουν το πάγκρεας να παράγει ινσουλίνη ή διευκολύνουν την ινσουλίνη να μπει από το αίμα στα κύτταρα.

4. Την ινσουλίνη: Η θεραπεία με την ινσουλίνη ενδείκνυται, κυρίως, στον τύπο 1 διαβήτη, στην εγκυμοσύνη και στη διαβητική οξέωση (επιπλοκή του Σ.Δ.). Χορηγείται με ειδικές σύριγγες, υποδόρια. Κυκλοφορεί η ανθρώπινου τύπου ινσουλίνη και είναι βιοσυνθετικά παρασκευασμένη. Ανάλογα με τη δράση της διακρίνεται σε βραχείας, ενδιάμεσης και παρατεταμένης δράσης, ανάλογα με το χρόνο που αρχίζει και τελειώνει η ενέργειά της.

Οι σύριγγες είναι μιας χρήσης, του 1 ml (100 μονάδες), του 0,5 ml (50 μονάδες) και 0,3 ml (30 μονάδες) και τελευταία κυκλοφορούν σε σχήμα στυλό (εικ. 28). Η ινσουλίνη διατηρείται σε θερμοκρασία δωματίου για 6 εβδομάδες χωρίς αλλοίωση και τα αποθέματά της πρέπει να φυλάσσονται στο ψυγείο - ποτέ στην κατάψυξη.

Η ένεση ινσουλίνης γίνεται 20-30 λεπτά πριν από τη λήψη τροφής και οι πιο κατάλληλες θέσεις είναι: οι πρόσθιες επιφάνειες των μηρών, το κάτω κοιλιακό τοίχωμα, οι γλουτοί και η έξω επιφάνεια του βραχίονα.

Ο Διαβητικός εκπαιδεύεται:

- Στον έλεγχο ούρων για σάκχαρο και οξόνη.
- Για παρακολούθηση σακχάρου του αίματος (χρήση φορητής συσκευής).

Οξείες επιπλοκές.

α) Υπογλυκαιμία: Συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια της ινσουλinoθεραπείας. Όταν το σάκχαρο στο αίμα πέσει στο 45-50 mg% και συνοδεύεται από ιδρώτα, τρεμουλιασμα, μούδιασμα γύρω από το στόμα, ζάλη, έντονη πείνα, αίσθημα παλμών, νευρικότητα και πονοκέφαλο, τότε πρέπει να αντιμετωπισθεί αμέσως με τη λήψη ζάχαρης ή καραμέλας. Καλό είναι να φέρει κάρτα μαζί του, που να αναφέρει ότι είναι διαβητικός και στην τσέπη του να έχει πάντα ζαχαρίνες ή καραμέλες. Αυτό είναι μέρος της εκπαίδευσης του αρρώστου από το νοσηλευτή του διαβητολογικού ιατρείου.

β) Διαβητική οξέωση: Αυτή οφείλεται στη διακοπή ή μείωση της δόσης της ινσουλίνης.



Εικ. 28 Φορητή συσκευή ελέγχου σακχάρου αίματος - ταινίες (dextro stick) σύριγγες ινσουλίνης ή στυλό.

νης, παρουσιάζει υπεργλυκαιμία και εμφανίζεται σε καινούργιους διαβητικούς τύπου 1 και στη διάρκεια άλλης αρρώστιας (π.χ. πνευμονία, ουρολοίμωξη). Απαιτεί άμεση ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

Χρόνιες επιπλοκές ΣΔ.

- Στους οφθαλμούς (αμφιβληστροειδοπάθεια).
- Στα νεύρα (μούδιασμα, κράμπες, ψυχρά δάκτυλα, καυσαλγία στα κάτω άκρα κ.τ.λ.).
- Στα αγγεία (μικροαγγειοπάθεια).
- Στους νεφρούς (νεφροπάθεια μέχρι νεφρική ανεπάρκεια).

Προσδοκίες: Η έρευνα προσανατολίζεται σε δύο τομείς:

1. Τη μεταμόσχευση παγκρέατος
2. Στη δημιουργία τεχνητού παγκρέατος.

Νοσηλευτική φροντίδα

Το νοσηλευτικό προσωπικό πολλές φορές φροντίζει αρρώστους που έρχονται στο νοσοκομείο, είτε με επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη (οξεία ή χρόνια), είτε με συνοδό πάθηση το σακχαρώδη διαβήτη. Η φροντίδα περιλαμβάνει:

- ⇒ Την παροχή κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος, ώστε να συνεργαστεί ο άρρωστος μαζί μας, να εκφράσει τις ανησυχίες του και τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρονιότητα της νόσου.
- ⇒ Την πρόληψη των επιπλοκών και τη διόρθωση αυτών.
- ⇒ Την τόνωση του αρρώστου στο νέο τρόπο ζωής, τήρηση της ινσουλινοθεραπείας και ετοιμότητας για ενδεχόμενες παρενέργειες.

Η εκπαίδευση του ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη έχει ιδιαίτερη σημασία. Έχει αναγνωρισθεί ότι κύρια πηγή για τη φροντίδα του διαβήτη είναι οι ίδιοι οι ασθενείς. Η λέξη κλειδί είναι η «αυτοφροντίδα», δηλαδή ενέργειες, δραστηριότητες ή μέτρα, τα οποία το άτομο αναλαμβάνει, για να διατηρήσει την προσωπική του υγεία και ευεξία.

Θυμηθείτε ότι...

- Τα όργανα του πεπτικού συστήματος είναι η στοματική κοιλότητα, ο φάρυγγας, ο οισοφάγος, ο στόμαχος, το λεπτό και το παχύ έντερο.
- Οι δύο βασικές λειτουργίες του πεπτικού συστήματος είναι οι χημικές και οι κινητικές.
- Ο παρακλινικός έλεγχος γίνεται για τη μελέτη της ανατομικής και λειτουργικής εικόνας του πεπτικού συστήματος και την ανεύρεση παθολογικών καταστάσεων.
- Οι συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις είναι οι ενδοσκοπήσεις, ο ακτινολογικός έλεγχος, ο έλεγχος γαστρικού υγρού, ο έλεγχος κοπράνων, ο αιματολογικός έλεγχος του ήπατος, των χοληφόρων και του παγκρέατος, το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία και απαιτούν ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα.
- Όλα τα προβλήματα του πεπτικού συστήματος αντιμετωπίζονται συντηρητικά, είτε χειρουργικά. Οι παθήσεις του στομάχου και του εντέρου απαιτούν ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα. Η έγκαιρη διάγνωση, οι σωστές διατροφικές συνήθειες και οι συνθήκες ζωής επηρεάζουν άμεσα στην εμφάνιση και ανάπτυξη κακοήθων νεοπλασιών, οι οποίες και οδηγούν πολλά άτομα στο νοσοκομείο. Η νοσηλευτική φροντίδα κολοστομίας-ειλεοστομίας απαιτεί προτεραιότητα στη νοσηλεία ασθενών και δίνει στο νοσηλευτικό προσωπικό τη δυνατότητα να αποδείξει, έμπρακτα, το ενδιαφέρον του και την ικανότητά του να φροντίζει με ζήλο και συνέπεια, ακόμη και τις πιο δύσκολες περιπτώσεις.
- Ειδικότερα, για τις παθήσεις του ήπατος η νοσηλευτική φροντίδα για την προφύλαξη από τη λοίμωξη με τους ιούς της ηπατίτιδας περιλαμβάνει μέτρα ατομικής και δημόσιας υγιεινής, καθώς και μέτρα αποφυγής μετάδοσης από αίμα και τα παράγωγα αυτού.
- Τέλος, ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί τόσο η παγκρεατίτιδα, όσο και ο σακχαρώδης διαβήτης που ως χρόνιο νόσημα ο ασθενής εκπαιδεύεται στην πρόληψη των επιπλοκών και στην «αυτοφροντίδα» του.

Ερωτήσεις

1. Ασθενής με έλκος στομάχου παραπέμπεται για γαστροσκόπηση. Ποια είναι η νοσηλευτική φροντίδα πριν, κατά και μετά την εξέταση;
2. Ποια είναι η νοσηλευτική φροντίδα, πριν την κολονοσκόπηση;
3. Ασθενής χειρουργικού τμήματος προετοιμάζεται για βαριούχο γεύμα. Πρέπει να του δοθεί πρωινό;
4. Για μικροβιολογική (ανίχνευση αιμοσφαιρίνης) και παρασιτολογική εξέταση κοπράνων, τι προετοιμασία θα γίνει στον άρρωστο, πώς θα γίνει η συλλογή των δειγμάτων και πότε θα αποσταλούν στο μικροβιολογικό εργαστήριο;
5. Ασθενής παθολογικού τμήματος παραπέμπεται για υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία άνω κοιλίας. Ποια από τις δύο εξετάσεις μπορεί να προηγηθεί;
6. Ο κ. Παπαδόπουλος, ασθενής ηλικίας 39 ετών, που έχει υποβληθεί σε ERCP, μεταφέρεται 06.30 μ.μ. στη χειρουργική κλινική, όπου εργάζεστε. Ποια είναι η νοσηλευτική φροντίδα που θα του παρέχετε;
7. Ασθενής παραπέμπεται στο τμήμα σας, με κίρσους οισοφάγου. Ποια νοσηλευτική φροντίδα τού παρέχετε;
8. Ποια είναι η νοσηλευτική φροντίδα γαστρορραγίας και διάτρησης έλκους;
9. Ασθενής με πολύποδα εντέρου οδηγείται στο ενδοσκοπικό τμήμα, για αφαίρεση αυτού. Ποιες είναι οι παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν;
10. Τι ονομάζεται παρά φύση έδρα, ποια είναι τα είδη της και η ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα, που απαιτεί;
11. Είδη ειλεού, κλινική εικόνα, νοσηλευτική φροντίδα. Νοσηλευτική φροντίδα μετά από χολοκυστεκτομή.
12. Αναφέρετε τα μέτρα πρόληψης της ιογενούς ηπατίτιδας.
13. Τι γνωρίζετε για την κίρρωση ήπατος και ποια είναι η νοσηλευτική φροντίδα;
14. Σε ποιες μορφές διακρίνεται η παγκρεατίτιδα; Περιγράψτε τη νοσηλευτική φροντίδα της οξείας μορφής.
15. Ποιες είναι οι κατάλληλες θέσεις υποδόριας ένεσης ινσουλίνης;
16. Τι περιλαμβάνει η εκπαίδευση του αρρώστου με σακχαρώδη διαβήτη;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος

Αντικειμενικοί Σκοποί:

Μετά τη μελέτη της ενότητας αυτής θα είστε σε θέση:

1. Να κατανοήσετε τις βασικές έννοιες της ανατομίας και φυσιολογίας των οργάνων του αναπνευστικού, για να μπορείτε να συσχετίσετε τη φυσιολογική λειτουργία με την παθολογική δυσλειτουργία.
2. Να γνωρίσετε τις διαγνωστικές εξετάσεις του αναπνευστικού συστήματος και τη σωστή προετοιμασία αυτών.
3. Να αναγνωρίσετε τα συμπτώματα του αναπνευστικού συστήματος, για να εφαρμόζετε την αντίστοιχη νοσηλευτική φροντίδα.
4. Να κατανοήσετε τους τρόπους χορήγησης οξυγόνου, για τη σωστή τήρηση των αρχών και κανόνων της οξυγονοθεραπείας.
5. Να διακρίνετε τα είδη της τραχειοστομίας, για να είστε ικανοί να παρέχετε την κατάλληλη φροντίδα.
6. Να γνωρίσετε τη νοσηλευτική φροντίδα του κάθε νοσήματος ξεχωριστά, για τη σωστότερη αντιμετώπιση των αρρώστων με αναπνευστικά νοσήματα.
7. Να κατανοήσετε τους προεγχειρητικούς και μετεγχειρητικούς αντικειμενικούς σκοπούς της φροντίδας αρρώστων με θωρακοτομή, καθώς και τους τύπους του κλειστού συστήματος παροχέτευσης, για σωστότερο χειρισμό αυτών.

1. Ανασκόπηση Ανατομίας και Φυσιολογίας Αναπνευστικού Συστήματος

Το αναπνευστικό σύστημα έχει ως κύρια λειτουργία την ανταλλαγή των αναπνευστικών αερίων, οξυγόνου (O_2) και διοξειδίου του άνθρακα (CO_2) μεταξύ αίματος και ατμοσφαιρικού αέρα.

Τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος είναι:

Η μύτη.

Περιλαμβάνει δύο ρινικές κοιλότητες και το ρινικό διάφραγμα. Το εσωτερικό της ρινικής κοιλότητας καλύπτεται από βλεννογόνο, ο οποίος διακρίνεται σε αναπνευστικό και οσφρητικό.

Ο φάρυγγας.

Έχει τρεις μοίρες: τη ρινική, τη στοματική και τη λάρυγγική. Στο αναπνευστικό σύστημα μόνο η ρινική μοίρα εξυπηρετεί την αναπνευστική λειτουργία.

Ο λάρυγγας.

Είναι κοίλο όργανο που χρησιμεύει ως αεραγωγός και ως όργανο της φωνής.

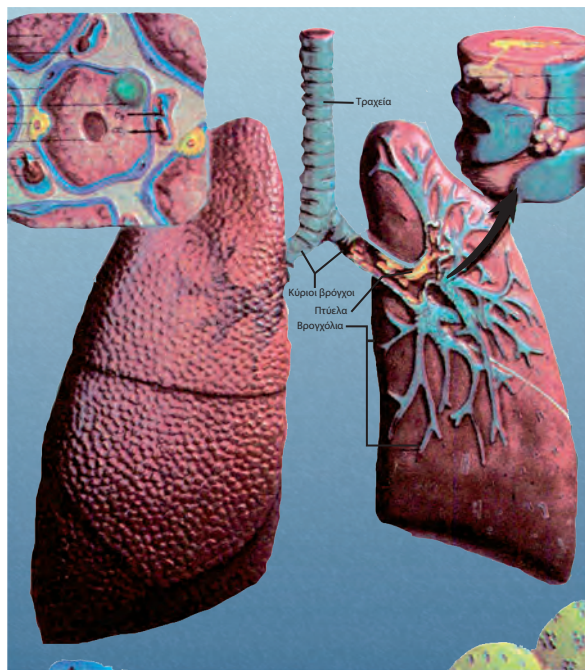
Η επιγλωττίδα καλύπτει το άνω στόμιο του λάρυγγα και αποφράζει το φαρυγγικό στόμιο του λάρυγγα, ώστε να μην μπαίνουν τροφές ή υγρά κατά την κατάποση.

Η τραχεία και οι βρόγχοι.

Η τραχεία είναι κυλινδρικός ινοχόνδρινος σωλήνας. Αρχίζει από τον 6° - 7° αυχενικό σπόνδυλο και στο ύψος του $4^{ου}$ θωρακικού διχάζεται στο δεξιό και αριστερό βρόγχο. Εσωτερικά, ο βλεννογόνος έχει κροσσωτό επιθήλιο, για να διώχνει, με το βήχα, τα εισπνεόμενα μόρια σκόνης.

Κάθε βρόγχος μπαίνει στον αντίστοιχο πνεύμονα από τις πύλες και χωρίζονται στους λοβιακούς, οι οποίοι υποδιαιρούνται στους τμηματικούς. Η διακλάδωση συνεχίζεται σε μικρότερους αεραγωγούς, τα βρογχιόλια και τα τελικά βρογχιόλια, τα οποία καταλήγουν στις κυψελίδες. Έτσι σχηματίζεται το **βρογχικό δέντρο**.

Ο αριθμός των κυψελίδων που υπάρχουν στους δύο πνεύμονες είναι, περίπου, 700



Εικ. 29 Τραχεία, βρόγχοι, πνεύμονες.

εκατομμύρια και η συνολική τους επιφάνεια, περίπου, 100 m^2 . Το τοίχωμα της κάθε κυψελίδας και το ενδοθήλιο του τριχοειδούς σχηματίζουν την αναπνευστική μεμβράνη, δηλαδή το σημείο που γίνεται η ανταλλαγή των αερίων. (εικ. 29)

Το οξυγόνο, με την εισπνοή, εισέρχεται στο χώρο της κυψελίδας και ανταλλάσσεται μέσω της διαπερατής αυτής μεμβράνης με το διοξείδιο του άνθρακα, που βρίσκεται μέσα στο τριχοειδές (βλέπε μικρή κυκλοφορία αίματος), δεσμευμένο με την αιμοσφαιρίνη (Hb). Λόγω διαφοράς πυκνοτήτων το διοξείδιο

του άνθρακα το αποβάλλουμε με την εκπνοή και το οξυγόνο το δεσμεύει η αιμοσφαιρίνη (Hb) και έτσι μετατρέπεται το φλεβικό σε αρτηριακό αίμα.

Οι πνεύμονες.

Είναι δύο, ο δεξιός, που έχει τρεις λοβούς, και ο αριστερός, που έχει δύο λοβούς. Ο καθένας αποτελείται από το βρογχικό δέντρο, αγγεία και νεύρα. Οι πνεύμονες βρίσκονται στη θωρακική κοιλότητα και καλύπτονται από έναν υμένα, τον υπεζωκότα, ο οποίος τη χωρίζει σε τρεις ανεξάρτητους χώρους, που δημιουργούνται με τις αναδιπλώσεις του υπεζωκότα.

Ο ενδιάμεσος χώρος λέγεται μεσοπνευμόνιος ή μεσοθωράκιο και περιέχει την καρδιά, την αορτή και τον οισοφάγο. Οι υπόλοιποι δύο φιλοξενούν τους δύο πνεύμονες. Ο υπεζωκότας περιβάλλει τον κάθε πνεύμονα με δύο πέταλα, το τοιχωματικό και το περισπλάχνιο. Ενδιάμεσα σ' αυτά υπάρχει σχισμοειδής κοιλότητα με υγρό ορώδες, για να εφυγραίνει τις επιφάνειές του, κατά τις αναπνευστικές κινήσεις.

2. Διαγνωστικές Εξετάσεις και Δοκιμασίες του Αναπνευστικού Συστήματος

A. Δοκιμασίες ελέγχου αναπνευστικής λειτουργίας

Με τις δοκιμασίες αυτές ελέγχεται η μηχανική του αερισμού. Η μέτρηση γίνεται με ειδική συσκευή, το σπιρόμετρο. (εικ. 30)

Η σπιρομέτρηση δίνει πληροφορίες για την αναπνευστική ικανότητα και περιλαμβάνει τη μέτρηση των όγκων και των χωρητικότητων. Π.χ.

1. Αναπνεόμενος όγκος (TV): Είναι ο όγκος του αέρα που μπαίνει ή βγαίνει στο αναπνευστικό σύστημα ενός ατόμου, όταν εισπνέει ή εκπνέει σε κατάσταση ηρεμίας και είναι, περίπου, 500 ml.

2. Υπολειπόμενος όγκος (RV): Είναι ο όγκος που παραμένει στους πνεύμονες, μετά από μια βαθιά εκπνοή και είναι, περίπου, 1200 ml.

3. Ζωτική χωρητικότητα (VC): Είναι η μέγιστη ποσότητα αέρα που εκπνέεται, ύστερα από μια μεγάλη εισπνοή.

4. FVC: Είναι η βίαια εκπνεόμενη ζωτική χωρητικότητα.

5. FEV₁: Είναι ο βίαια εκπνεόμενος αέρας στο πρώτο δευτερόλεπτο.



Εικ. 30 Σπιρόμετρο.

B. Αέρια αρτηριακού αίματος

Οι τιμές των αερίων αρτηριακού αίματος μας δίνουν πληροφορίες για τη μεταφορά του οξυγόνου και την αποτελεσματικότητα της ανταλλαγής αερίων.

Η λήψη αρτηριακού αίματος (2-4cc) για τον έλεγχο των αερίων αίματος γίνεται από το γιατρό με ειδική σύριγγα ινσουλίνης (κενή από αέρα), η οποία ηπαρινίζεται.

Μετά τη λήψη του αρτηριακού αίματος καλύπτεται η βελόνα με φελλό, για να μην μπει αέρας και το δείγμα στέλνεται αμέσως στο εργαστήριο σε μπολ με πάγο. Το σημείο της παρακέντησης της αρτηρίας (συνήθως κερκιδική) πιέζεται για 2-3', για πρόληψη αιμορραγίας.

Πολλές φορές χρησιμοποιούνται τα οξύμετρα, για αποφυγή των παρακεντήσεων και τη συχνή παρακολούθηση της οξυγόνωσης. Τα οξύμετρα μας δίνουν κάθε στιγμή το ποσοστό κορεσμού της αιμοσφαιρίνης που είναι σημαντικός δείκτης του ολικού ποσού του οξυγόνου, αλλά όχι του CO_2 και του pH, με τη χρήση ειδικού ηλεκτροδίου, που τοποθετείται, συνήθως, στο δείκτη του χεριού. (εικ. 31)



Εικ. 31 Οξύμετρο.

Γ. Ακτινολογικές εξετάσεις

1. Απλή ακτινογραφία θώρακα: Είναι εξέταση ρουτίνας και είναι πολύ σημαντική για τη διάγνωση των αναπνευστικών νοσημάτων.

2. Αξονική ή Υπολογιστική τομογραφία: Γίνεται λήψη σειράς ακτινογραφιών με δυνατότητα πολύ λεπτών τομών. Δεν χρειάζεται ιδιαίτερη προετοιμασία.

3. Μαγνητική τομογραφία: Είναι απεικόνιση σε λεπτές τομές, που δεν εκθέτει σε ραδιενέργεια ή ανεπιθύμητες ενέργειες.

4. Σπινθηρογράφημα πνευμόνων: Δείχνει την αιμάτωση και αερισμό των πνευμόνων. Γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση ραδιοϊσοτόπου και ο άρρωστος είναι σε ύπτια θέση, για ομοιόμορφη κατανομή του φάρμακου.

5. Η βρογχογραφία και η αγγειογραφία: Γίνονται μετά από έγχυση σκιερής ουσίας και πραγματοποιούνται ακτινογραφίες. Σήμερα χρησιμοποιούνται σπάνια.

Δ. Ενδοσκοπικές εξετάσεις

Βρογχοσκόπηση: Με τη βρογχοσκόπηση έχουμε άμεση εξέταση του βρογχικού δέντρου, χρησιμοποιώντας ευθύ και εύκαμπτο βρογχοσκόπιο. Η εξέταση αυτή γίνεται στο βρογχολογικό εργαστήριο (εικ. 32) ή επί κλίνης (αν δεν μπορεί να μεταφερθεί ο άρρωστος στο εργαστήριο) για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς:

1. Διαγνωστικοί:

- Λήψη βιοψίας για ιστολογική εξέταση.
- Λήψη εκκρίσεων για κυτταρολογική και μικροβιολογική εξέταση.
- Για προσδιορισμό των σημείων αιμορραγίας.
- Για εντόπιση και εκτίμηση του όγκου.

2. Θεραπευτικοί:

- Αφαίρεση ξένου σώματος.
- Αφαίρεση εκκρίσεων που φράσσουν το τραχειοβρογχικό δέντρο και για βρογχοκυψελιδική έκπλυση.
- Παρέμβαση με ακτίνες Laser, κυρίως σε καρκίνους.



Εικ. 32 Βρογχολογικό εργαστήριο.

Προετοιμασία του αρρώστου.

- Ενημερώνεται ο άρρωστος για το σκοπό και τον τρόπο της εξέτασης (μείωση του άγχους), καθώς και για το χρόνο που χρειάζεται να παραμείνει νηστικός πριν την εξέταση (6-8 ώρες).
- Γίνεται φροντίδα της στοματικής κοιλότητας (πρόληψη προώθησης μικροβίων στους πνεύμονες) και αφαίρεση των οδοντοστοιχιών (αν υπάρχουν) για διευκόλυνση της εξέτασης.
- Χορηγείται ηρεμιστικό φάρμακο (δίνεται συνήθως το βράδυ της προηγούμενης ημέρας) και ατροπίνη, για την αναστολή των εκκρίσεων, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Η εξέταση γίνεται, συνήθως, κάτω από τοπική αναισθησία (spray xylocaine), αλλά ορισμένες φορές μπορεί να γίνει και με γενική αναισθησία (στο χειρουργείο).

- Συστήνεται στον άρρωστο να μη βήχει ή καταπίνει κατά την εξέταση.

Ενέργειες μετά την εξέταση.

- Ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα μέχρι την επαναλειτουργία των φαρυγγικών αντανάκλαστικών. Μετά από 2 ώρες περίπου μπορεί να του χορηγηθούν τροφή και υγρά.
- Ενθαρρύνεται να βήχει για να αποβάλει τις τραχειοβρογχικές εκκρίσεις. Ενημερώνεται για τον ερεθισμό που πιθανόν να νοιώσει στο λαιμό του και ότι αυτός θα είναι παροδικός.
- Η ανάπαυση και ηρεμία μετά την εξέταση παίζουν σημαντικό ρόλο.

Άλλες ενδοσκοπικές μέθοδοι είναι: Η **μεσοθωρακοσκόπηση** και η **θωρακοσκόπηση** με βιοψία, που γίνονται σε πολύ εξειδικευμένες περιπτώσεις και από ειδικούς γιατρούς.

Ε. Εξετάσεις πτυέλων και ούρων

1. Κυτταρολογική πτυέλων για ανίχνευση τυχόν καρκινικών κυττάρων. Δίνεται στον άρρωστο ειδικό δοχείο (που περιέχει διάλυμα οινοπνεύματος), για να τοποθετήσει τα πτύελα.

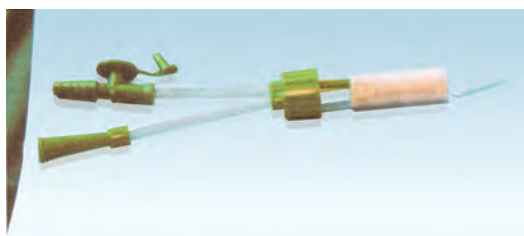
2. Μικροβιολογική εξέταση εκκρίσεων του ρινοφάρυγγα και του τραχειοβρογχικού δέντρου για άμεσο παρασκεύασμα και καλλιέργεια για αντιβιογράμμα.

Η συλλογή πτυέλων για καλλιέργεια γίνεται σε ειδικό αποστειρωμένο δοχείο και ενημερώνεται ο άρρωστος να τοποθετήσει μετά από βαθύ βήχα τα **πρωινά** πτύελα απ' ευθείας στο δοχείο. Επισημαίνεται στον άρρωστο ότι το δοχείο είναι αποστειρωμένο και δεν πρέπει να το ακουμπήσει από την εσωτερική πλευρά με τα χέρια του. Το δείγμα αποστέλλεται αμέσως στο εργαστήριο.

Αν ο άρρωστος δεν μπορεί να βγάλει πτύελα, προκαλείται σ' αυτόν βαθύς βήχας με εισπνοή ερεθιστικού αερούματος (συνήθως διάλυμα χλωριούχου νατρίου), με μάσκα Aerosol.

Άλλοι τρόποι συλλογής δειγμάτων πτυέλων είναι η ενδοτραχειακή αναρρόφηση, η βρογχοσκοπική αναρρόφηση κ.τ.λ. Στο εμπόριο κυκλοφορούν συσκευές που

συνδέονται με αναρροφητήρα για άμεση συλλογή πτυέλων (kterf). (εικ. 33)



Εικ 33 Παγίδα τραχειοβρογχικών εκκρίσεων (Kterf).

Επίσης, όταν γεννάται η υποψία ύπαρξης φυματίωσης του ουροποιογεννητικού συστήματος, πρέπει να συλλέγονται 3 διαδοχικά δείγματα από τα πρωινά ούρα του ασθενή (για 3 συνεχόμενες ημέρες) και να στέλνονται στο εργαστήριο για καλλιέργεια.

ΣΤ. Δερμοαντιδράσεις για φυματίωση

Η πιο συνηθισμένη είναι η δερμοαντίδραση κατά Mantoux. Γίνεται από το γιατρό, ενδοδερμικά συνήθως στην καμπτική επιφάνεια του αριστερού αντιβραχίου, με τη χρήση ειδικής βελόνας και σύριγγας και ορισμένης ποσότητας φυματίνης (0,1 ml) και διαβάζεται από τον ίδιο γιατρό, μετά από 48-72 ώρες (αξιολογείται η σκληρότητα και όχι η ερυθρότητα). Το διάλυμα φυλάσσεται στο ψυγείο και καταστρέφεται μετά από 3 εβδομάδες, αφού του ανοιχθεί.

Ζ. Παρακέντηση θώρακα

Αποτελεί διαγνωστική και θεραπευτική μέθοδο (βλέπε εργαστήριο).

Η. Βιοψία υπεζωκότα

Είναι μια απλή, ασφαλής και γρήγορη τεχνική για λήψη τεμαχιδίων του τοιχωματικού υπεζωκότα, για καλλιέργεια και ιστολογική (βλέπε εργαστήριο).

3. Συμπτώματα και Σημεία Αναπνευστικών Νοσημάτων – Νοσηλευτική Φροντίδα

Τα κυριότερα συμπτώματα των νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος είναι:

1. «Δύσπνοια» εννοούμε την υποκειμενική αντίληψη του αρρώστου, κατά την οποία ο άρρωστος αισθάνεται δυσκολία στην αναπνοή του. Η νοσηλευτική φροντίδα εξαρτάται από τα αίτια της δύσπνοιας. Κύριο μέλημα είναι:

- Η τοποθέτηση του αρρώστου σε ανάρροπη θέση (χρήση ερεισίνωτου) και η χορήγηση οξυγόνου, αν χρειάζεται, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.
- Η διατήρηση φυσιολογικής της λειτουργίας του εντέρου. Γι' αυτό πρέπει να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν αέρια για αποφυγή πίεσης του διαφράγματος.
- Ο καλός αερισμός του θαλάμου του αρρώστου.

2. Βήχας: Είναι αποτέλεσμα ερεθισμού του βλεννογόνου σε οποιοδήποτε σημείο της αναπνευστικής οδού. Είναι αντανακλαστικό, που εκδηλώνεται με βίαιη, απότομη και θορυβώδη εκπνοή. Πρέπει να εκτιμάται αν είναι παραγωγικός (αν συνοδεύεται από απόχρεμψη) ή ξηρός, επίμονος και αν σχετίζεται με το κάπνισμα ή κάποια νόσο.

Με το βήχα απομακρύνονται οι τραχειοβρογχικές εκκρίσεις. Επομένως προτρέπει να ο άρρωστος να:

- Εισπνέει βαθιά και στη συνέχεια να εκπνέει, δηλαδή να παίρνει βαθιά κοιλιακή εισπνοή σηκωμένος προς τα εμπρός και στο τέλος της βαθιάς εισπνοής να βήχει.
- Να γυρίζει συχνά από την ύπτια στην καθιστή θέση και αντίστροφα.
- Να πραγματοποιούνται ελαφρά χτυπήματα στην πλάτη και να ενθαρρύνεται να βήχει εκούσια.

3. Κυάνωση: Είναι το κυανό χρώμα του δέρματος των νυχιών και βλεννογόνων. Διακρίνεται σε αναπνευστική (ελλιπή οξυγόνωση του αίματος από τους πνεύμονες) και κυκλοφορική (μείξη φλεβικού και αρτηριακού αίματος π.χ. συγγενείς καρδιοπάθειες).

Η νοσηλευτική φροντίδα εξαρτάται από τα αίτια της κυάνωσης. Πρωταρχικά:

- Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία.
- Απελευθερώνεται ο άρρωστος από στενά ρούχα.
- Ελέγχονται τα χείλια, νύχια, αυτιά, ιδιαίτερα **η γλώσσα**, για να εκτιμηθεί σωστά η κυάνωση.
- Ενημερώνεται ο γιατρός.

- Χορηγείται οξυγόνο σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, αν είναι αναπνευστικής αιτιολογίας.

4. Απόχρεμψη: Είναι η αποβολή πτυέλων. Φυσιολογικά, το τραχειοβρογχικό δέντρο εκκρίνει βλέννα, η οποία καταπίνεται. Όμως σε παθολογικές καταστάσεις η ποσότητα αυξάνεται και διαφέρει, ως προς την οσμή, σύσταση και όψη. Ιδιαίτερα στα νοσήματα του αναπνευστικού:

- Υποβοηθείται ο άρρωστος να βγάλει τα πτύελα και γίνεται συστηματική φροντίδα στόματος (μείωση λοιμώξεων).
- Τονίζεται ότι πρέπει να παίρνει πολλά υγρά, για να ρευστοποιούνται και να αποκολλώνται τα πτύελα.
- Τοποθετούνται κοντά στον άρρωστο κατάλληλα υλικά (κεσεδάκια, χαρτοβάμβακο), για να μην διασπείρονται τα μικρόβια κατά την αποβολή των πτυέλων.
- Εφαρμόζονται πλύξεις και δονήσεις από φυσικοθεραπευτή, για παροχέτευση των εκκρίσεων, με τοποθέτηση του αρρώστου σε ειδικές θέσεις.

5. Αιμοπτύση: Είναι η έξοδος αίματος από την αναπνευστική οδό με βήχα και είναι σύμπτωμα, κυρίως, της φυματίωσης, του καρκίνου πνεύμονα, της πνευμονικής εμβολής, κ.ά. Η νοσηλευτική φροντίδα έγκειται στην :

- Ακινητοποίηση του αρρώστου σε καθιστή θέση.
- Χορήγηση τροφής μαλακής σε θερμοκρασία δωματίου (ούτε ζεστή, ούτε κρύα).
- Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και της ποσότητας των αιμοπτύσεων.

Σε μεγάλες αιμοπτύσεις (πάνω από 200 cc), χρησιμοποιούνται φάρμακα, ανάλογα με την ιατρική οδηγία.

6. Θωρακικό άλγος: Ο πόνος του θώρακα συνδέεται με πολλές παθήσεις και διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο. Για να μειωθεί ο πόνος:

- ◆ Τοποθετείται ο άρρωστος σε κατάλληλη θέση.
- ◆ Χορηγείται παυσίπονο, ανάλογα με την ιατρική οδηγία.

4. Οξυγονοθεραπεία. Τρόποι Χορήγησης - Νοσηλευτική Φροντίδα

Το οξυγόνο σαν φάρμακο θα πρέπει να χρησιμοποιείται στη σωστή δόση, με σωστό τρόπο και μόνο εκεί που επιβάλλεται.

Οξυγονοθεραπεία ονομάζεται η χορήγηση οξυγόνου για θεραπευτικό σκοπό.

Σκοπός της οξυγονοθεραπείας είναι η αύξηση της τάσης του οξυγόνου στον κυψελιδικό αέρα με την οποία γίνεται προσπάθεια να επιτευχθεί:

- Βελτίωση της υποξαιμίας.
- Αύξηση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης (Hb).
- Μείωση του έργου του μυοκαρδίου και των πνευμόνων.

Ενδείξεις οξυγονοθεραπείας.

Ενδείκνυται σε αναπνευστικές παθήσεις, νευρολογικές παθήσεις, παθήσεις της καρδιάς, δηλητηριάσεις, σε μετεγχειρητικές καταστάσεις κ.ά.

Βασικές αρχές οξυγονοθεραπείας - Λήψη μέτρων κατά τη χορήγηση οξυγόνου.

Αναφέρθηκε πιο πάνω ότι το οξυγόνο είναι φάρμακο. Κατά συνέπεια, πρέπει να χορηγείται κατόπιν γραπτής ιατρικής εντολής και να αναγράφεται η έναρξη, η ροή, η πυκνότητα και η μέθοδος χορήγησης.

Για να γίνει έναρξη της οξυγονοθεραπείας, πρέπει να προηγηθεί έλεγχος των αερίων αίματος από το γιατρό. Πολύ βασικό ρόλο κατά τη χορήγηση του οξυγόνου παίζει η εφύγρυνση, η οποία είναι απαραίτητη, για να μην ξηραίνονται οι αναπνευστικοί βλεννογόνοι.

Η διακοπή της οξυγονοθεραπείας σ' ένα υποξαιμικό άρρωστο, για οποιοδήποτε λόγο (π.χ. διακομιδή για παρακλινικές εξετάσεις), είναι επικίνδυνη. Δεν είναι σπάνιοι οι θάνατοι «των ασανσέρ» ή «του πρωινού ροφήματος», όπου ο άρρωστος έβγαλε τη μάσκα του. Η χρήση φορητής φιάλης οξυγόνου δίνει τη λύση κατά τις μετακινήσεις του αρρώστου. (εικ. 34)

Επίσης πρέπει να ενημερώνονται οι άρρωστοι και οι συγγενείς για τους κινδύνους που προκύπτουν, όταν τροποποιούν τη δόση ή διακόπτουν από μόνοι τους την οξυγονοθεραπεία.

Στους χώρους που υπάρχει παροχή οξυγόνου ο κίνδυνος πυρκαγιάς είναι πολύ μεγάλος. Γι' αυτό παίρνονται κάποια μέτρα πρόληψης, όπως:

- Κατάλληλη γείωση όλων των πηγών παροχής ηλεκτρικού ρεύματος και ιατρικών συσκευών.

- Απαγόρευση του καπνίσματος, με την τοποθέτηση ειδικής πινακίδας.

- Αποφυγή λειτουργίας ηλεκτρικών συσκευών (θερμάστρες), αναπτήρων κ.τ.λ.

- Απαγόρευση των συσκευών που παράγουν σπινθήρα.

- Δεν επιτρέπεται η χρησιμοποίηση λιπαρών ουσιών και εύφλεκτων διαλυμάτων (λιπαντικά λάδια, αλκοόλη, αιθέρας, αντισηπτικά) στις συσκευές χορήγησης οξυγόνου, όταν αυτές λειτουργούν, γιατί μπορεί εύκολα να αναφλεγούν.



Εικ. 34 Φορητή φιάλη οξυγόνου.

Τρόποι χορήγησης του οξυγόνου.

Το οξυγόνο παράγεται βιομηχανικά και χρησιμοποιείται στα νοσοκομεία για θεραπευτικούς σκοπούς και βρίσκεται σε υγρή μορφή, μέσα σε δεξαμενές με πίεση. Περνά απαραίτητα από μειωτήρες πίεσης, ώστε να έρχεται στην παροχή του τοίχου με λιγότερη πίεση.

Η εντοιχισμένη παροχή καλύπτεται αεροστεγώς με μεταλλικό πώμα ή συνδέεται με μικρό σύστημα, που αποτελείται από το ροόμετρο (ρολόι) που ρυθμίζει τη ροή και τον υγραντήρα, μικρή φιάλη που γεμίζει με απεσταγμένο νερό μέχρι το επίπεδο ένδειξης.

Το O_2 υπάρχει, επίσης, σε κυλίνδρους (οβίδες) διαφόρων μεγεθών και βάρους, που έχουν ειδικό ρυθμιστή πίεσης συνδεδεμένο με ροόμετρο για τη ρύθμιση της ροής O_2 (σε lit/min). Το O_2 , πριν χορηγηθεί στον άρρωστο, περνά από υγραντήρα για εφύγρανση.

Οι συσκευές που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι:

1. Ρινικοί καθετήρες. Είναι ο πιο απλός, εύχρηστος και φθηνός τρόπος χορήγησης O_2 .

Είναι ανεκτοί από τον άρρωστο και του επιτρέπουν να τρώει και να μιλάει. Χρειάζεται προσοχή κατά τη χρήση τους, γιατί φεύγουν εύκολα από τη θέση τους, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος είναι συγχυτικός ή αποκοιμηθεί.

2. Μάσκες: Είναι η πλέον κατάλληλη μέθοδος για ελεγχόμενη οξυγονοθεραπεία και παροχή υψηλών πυκνοτήτων O_2 . Πρέπει απαραίτητα να εφαρμόζουν καλά στο πρόσωπο. Συνήθως οι άρρωστοι δεν τις ανέχονται.

Υπάρχουν μάσκες διαφόρων τύπων:

- ☐ **Απλή μάσκα.** Φέρει μερικές οπές στα πλάγια, που επιτρέπουν την εισπνοή και την ανάμειξη του O_2 με τον ατμοσφαιρικό αέρα. Χρησιμοποιείται σε μικρής διάρκειας οξυγονοθεραπεία. Με ροή O_2 6-8 lit/min επιτυγχάνεται πυκνότητα O_2 35-60%.
- ☐ **Μάσκα με ασκό πλήρους επανεισπνοής.** Το εισπνεόμενο O_2 ή το μείγμα αερίων της νάρκωσης, καθώς και ο εκπνεόμενος αέρας, συγκεντρώνονται στον ασκό. Το σύστημα είναι κλειστό και χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά στο χειρουργείο.
- ☐ **Μάσκα με ασκό μερικής επανεισπνοής.** Η διαφορά με την προηγούμενη είναι ότι το κύκλωμα είναι ανοικτό. Με τη μάσκα αυτή εξοικονομείται οξυγόνο.
- ☐ **Μάσκα με ασκό χωρίς επανεισπνοή.** Μεταξύ μάσκας και ασκού υπάρχει βαλβίδα μιας διόδου. Η μάσκα αυτή επιτρέπει την εισπνοή μεγάλων ποσοτήτων O_2 .
- ☐ **Μάσκα τύπου Venturi.** Με τη μάσκα αυτή, που έχει ειδικό ρυθμιστικό μηχανισμό, εξασφαλίζονται συγκεκριμένες και σταθερές ποσότητες O_2 .

3. Τέντα οξυγόνου. Χρησιμοποιείται κυρίως σε παιδιατρικά νοσοκομεία. Με τη μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται υψηλό ποσοστό υγρασίας στον εισπνεόμενο αέρα.

Μερικές φορές χρησιμοποιούνται και **αναπνευστήρες** για τη χορήγηση μεγαλύτερων πυκνοτήτων O_2 .

5. Τραχειοστομία - Νοσηλευτική Φροντίδα

Τραχειοτομή είναι η τομή που γίνεται μεταξύ 2^{ου}-3^{ου} ή 3^{ου}-4^{ου} ημικρίκιου της τραχείας.

Τραχειοστομία ονομάζεται το τεχνητό στόμιο (δηλαδή τραχειοτομία), μαζί με τον τραχειοσωλήνα στην τραχεία. Έχουμε δύο είδη τραχειοστομίας: Την **επείγουσα** και την **εκλεκτική**. Η επείγουσα εκτελείται αμέσως στο ΜΕΘ ή στο ΤΕΠ. Η εκλεκτική γίνεται με γενική ή τοπική αναισθησία.

Η τραχειοστομία είναι παροδική ή μόνιμη.

Ενδείξεις τραχειοστομίας.

1. Αναπνευστική απόφραξη στο επίπεδο του λάρυγγα ή πάνω απ' αυτό.
2. Αδυναμία καθαρισμού των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων.
3. Παράταση διασωλήνωσης της τραχείας, ώστε να γίνει μηχανικός αερισμός, αντί της ενδοτραχειακής διασωλήνωσης.
4. Παθήσεις διαφόρων συστημάτων, όπως κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, φαρμακευτικές δηλητηριάσεις, τέτανος, μυασθένειες, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια κ.τ.λ.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με τραχειοστομία.

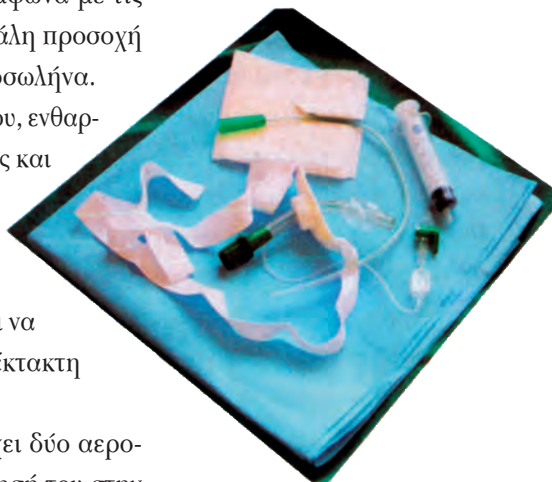
Μετά την τραχειοστομία και όταν επιστρέφει ο άρρωστος στο Νοσηλευτικό Τμήμα:

- Τοποθετείται σε ημικαθιστή θέση.
- Γίνεται συχνή λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή σε ειδικό δελτίο.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική παρακολούθηση έχει σαν σκοπό:

- Να παραμένει ανοιχτή η αεροφόρος οδός και να υπάρχει ρευστότητα στις τραχειοβρογχικές εκκρίσεις. Αυτό γίνεται με συχνό καθαρισμό του τραχειοσωλήνα κάθε 2-4 ώρες με αναρρόφηση. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στα δύο πρώτα 24ωρα, γιατί χρειάζεται αναρρόφηση κάθε 15 λεπτά. Ο τραχειοσωλήνας συμπεριφέρεται σαν ξένο σώμα στο βλεννογόνο και γι' αυτό υπάρχει αύξηση εκκρίσεων.
- Να παρακολουθείται η τραχειοστομία για σημεία φλεγμονής (οίδημα, ερυθρότητα, πόνος) και αιμορραγίας και να ακολουθεί ενημέρωση του γιατρού για οποιαδήποτε αλλαγή.

- Να ακολουθείται συστηματική φροντίδα τραχειοστομίας, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, με τήρηση αρχών ασηψίας και αντισηψίας (βλέπε εργαστήριο).
- Επιβάλλεται η συχνή φροντίδα του στόματος, γιατί υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος μετεγχειρητικών λοιμώξεων του αναπνευστικού.
- Εξασφαλίζεται ήρεμο και καθαρό περιβάλλον. Επισημαίνεται στους συγγενείς του αρρώστου ότι απαγορεύεται το συχνό επισκεπτήριο.
- Επισκέπτες με λοιμώξεις που μεταδίδονται αερογενώς πρέπει να φοράνε μάσκα, όταν πάνε κοντά στον άρρωστο.
- Κινητοποιείται ο άρρωστος, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και δίνεται μεγάλη προσοχή στην καλή στερέωση του τραχειοσωλήνα.
- Τοποθετείται το κουδούνι κοντά του, ενθαρρύνεται να το χρησιμοποιεί, καθώς και το χαρτί και το μολύβι που υπάρχει στο κομοδίνο του, για να μπορεί να επικοινωνεί με το νοσηλευτικό προσωπικό. Υποχρεωτικά πρέπει να υπάρχει στο κομοδίνο υλικό για έκτακτη ανάγκη (βλέπε εργαστήριο).
- Ο τραχειοσωλήνας πρέπει να έχει δύο αεροθάλαμους (Cuff) για τη συγκράτησή του στην τραχεία. (εικ.35) Τα Cuff πρέπει να φουσκώνουν και να ξεφουσκώνουν εναλλάξ κάθε 2 ώρες για 5-10 λεπτά, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, προκειμένου να αιματωθεί η περιοχή



Εικ. 35 Τραχειοσωλήνας με cuff, γάζα τραχειοστομίας, ψακαρόλα.



Εικ. 36 Μεταλλικός τραχειοσωλήνας.

και να αποφευχθεί νέκρωση του βλεννογόνου. Ο τραχειοσωλήνας μπορεί να είναι και μεταλλικός (εσωτερικός-εξωτερικός) και δε διαθέτει αεροθάλαμο. (εικ. 36)

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αντιμετωπίζεται ο άρρωστος εξατομικευμένα, ανάλογα με τις ανάγκες που δημιουργούνται.

6. Λοιμώξεις του Αναπνευστικού Συστήματος – Νοσηλευτική φροντίδα

α. Οξεία Τραχειοβρογχίτιδα

Είναι οξεία φλεγμονή της τραχείας και του βρογχικού δέντρου.

Οι **παράγοντες** που μπορούν να προκαλέσουν οξεία τραχειοβρογχίτιδα είναι:

1. Λοιμογόννοι (ιοί και άλλα παθογόνα μικρόβια).
2. Χημικοί (αμμωνία, υδροχλωρικό οξύ, διάφορα αέρια κ.τ.λ.).
3. Αλλεργικοί.

Τα **συμπτώματα** της οξείας τραχειοβρογχίτιδας είναι:

– Αίσθημα οπισθοστερνικού καύσου, ξηρότητα τραχείας και συνήθως πυρετός, βήχας και απόχρεμψη.

Η νόσος είναι, συνήθως, εποχιακή και διαρκεί μερικές ημέρες, εκτός αν το αναπνευστικό είναι επιβαρυνμένο. Τότε τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο.

Η **θεραπεία** είναι συμπτωματική. Χορηγούνται αποχρεμπτικά, βρογχοδιασταλτικά, αντιβίωση και συνιστάται η αποφυγή του καπνίσματος.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Για τη σωστή αντιμετώπιση:

- Ο άρρωστος πρέπει να βρίσκεται σε περιβάλλον ελεύθερο από μικροοργανισμούς, υγρό και μη ερεθιστικό. Θα πρέπει να προφυλάσσεται από ρεύματα αέρα και, αν χρειαστεί, μπορεί να γίνονται εισπνοές υδρατμών με ειδική συσκευή ή κοινό βραστήρα. Έτσι ελαττώνεται ο ερεθισμός της τραχείας και υγραίνεται η ατμόσφαιρα.
- Παροτρύνεται να παίρνει πολλά υγρά, έτσι ώστε να ρευστοποιούνται οι εκκρίσεις, για να μπορούν να αποβληθούν.
- Γίνεται καθημερινή και συχνή φροντίδα στόματος.
- Χορηγούνται φάρμακα (αντιβιοτικά, αποχρεμπτικά κ.τ.λ.), σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στα ηλικιωμένα άτομα, για πρόληψη επιπλοκών.

β. Πνευμονία

Είναι φλεγμονή των κυψελίδων του πνεύμονα, που προκαλεί πύκνωση του πνευμονικού

ιστού, εξαιτίας πλήρωσης των κυψελίδων με εξιδρωματικό αντιδραστικό υγρό, το οποίο αντικαθιστά τον αέρα των κυψελίδων.

Στην εκδήλωση της πνευμονίας μπορεί να συντελέσουν διάφοροι παράγοντες, όπως λοιμώξεις του αναπνευστικού, χειρουργικές επεμβάσεις, εισρόφιση των τροφών και εδεσμάτων, το αλκοόλ κ.τ.λ.

Ο πνευμονιόκοκκος εξακολουθεί να παραμένει το συνηθέστερο αίτιο, ιδιαίτερα της εξωνοσοκομειακής πνευμονίας. Άλλα μικρόβια είναι το μυκόπλασμα, ο σταφυλόκοκκος, η κλεμσιέλλα κ.τ.λ.

Το πρώτο σύμπτωμα είναι ο υψηλός πυρετός με ρίγος. Ταυτόχρονα εμφανίζεται βήχας, που γίνεται παραγωγικός (πτύελα πυώδη που αποβάλλονται δύσκολα), με διάφορες αποχρώσεις (γκριζοκίτρινα, πρασινωπά, σκοριόχρωα κ.τ.λ.), πλευριτικό άλγος, δύσπνοια και, πολλές φορές, ταχυκαρδία.

Η πενικιλίνη είναι, συνήθως, το φάρμακο εκλογής. Μπορεί όμως να χορηγηθούν και άλλα φάρμακα. Αυτό όμως εξαρτάται από τις καλλιέργειες πτυέλων. Επιπλέον, δίνονται αντιπυρετικά, αποχρεμπτικά, βρογχοδιασταλτικά, παυσίπονα, χορήγηση O_2 , αν χρειάζεται.

Πρόληψη.

- ⇒ Διατήρηση φυσικής άμυνας οργανισμού (επαρκής ανάπαυση και θρέψη).
- ⇒ Χορήγηση εμβολίου κατά της γρίπης και εμβολίου κατά του πνευμονιόκοκκου σε ομάδες αρρώστων υψηλού κινδύνου.
- ⇒ Ενθάρρυνση των χειρουργημένων αρρώστων να αλλάζουν θέση, να παίρνουν βαθιές αναπνοές, να βήχουν, για ν' αποβάλλουν τις εκκρίσεις, και έγκαιρη έγερση αυτών.

Μεγάλη προσοχή χρειάζεται στο τάισμα των παιδιών, των ηλικιωμένων ατόμων, των βαριά αρρώστων για πρόληψη της πνευμονίας από εισρόφιση.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Προστατεύεται ο άρρωστος από ρεύματα αέρα και διατηρείται ζεστός και στεγνός, αν έχει επιδρώσεις.
- Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στη φροντίδα του δέρματος και της στοματικής κοιλότητας. Επαλείφονται τα χείλη με γλυκερίνη, αν είναι ξηρά και σκασμένα.
- Χορηγούνται υγρά (2-3 λίτρα το 24ωρο), γιατί βοηθούν στην πρόληψη της αφυδάτωσης, αλλά και στη ρευστοποίηση των εκκρίσεων. Καταγράφονται τα προσλαμβανόμενα

και τα αποβαλλόμενα υγρά. Προσοχή χρειάζεται, αν ο άρρωστος έχει καρδιακή ανεπάρκεια. Δίδεται ελαφρά διαίτα.

- Τρίωρη καταγραφή ζωτικών σημείων.
- Τα δείγματα των πτυέλων μεταφέρονται άμεσα στο εργαστήριο, γιατί καθυστερήσεις πάνω από 2 ώρες μειώνουν την πιθανότητα ανεύρεσης κάποιων μικροβίων.
- Χορηγούνται φάρμακα (όπως αντιβιοτικά, αντιπυρετικά, βρογχοδιασταλτικά κ.τ.λ.) και οξυγόνο, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να βήχει, για ν' αποβάλλει τις εκκρίσεις.
- Περιορισμός του επισκεπτηρίου.
- Τοποθετείται σε αναπνευστική θέση και βοηθείται στις καθημερινές του δραστηριότητες, με στόχο την πρόληψη επιπλοκών και υποτροπής της νόσου.

γ. Πλευρίτιδα

Είναι φλεγμονή του υπεζωκότα. Συχνά η φλεγμονή ξεκινά χωρίς υγρό (ξηρή πλευρίτιδα) και εξελίσσεται σε υγρή (συλλογή υγρού στην υπεζωκοτική κοιλότητα). Μπορεί να εμφανιστεί κατά την εκδήλωση πολλών νοσημάτων, όπως είναι η φυματίωση, η πνευμονία, ο καρκίνος πνεύμονα κ.τ.λ.

Ο άρρωστος παρουσιάζει έντονο πόνο που επιδεινώνεται από το βήχα και την αναπνοή (ξηρή πλευρίτιδα). Πολλές φορές παρουσιάζει δύσπνοια και πυρετό (υγρή πλευρίτιδα).

Η **θεραπεία** είναι αιτιολογική. Χορήγηση αντιφυματικής αγωγής σε περίπτωση φυματιώδους πλευρίτιδας, παρακέντηση για αποβολή υγρού, σε περίπτωση καρκίνου και πιθανόν έγχυση κυτταροστατικής στον υπεζωκότα κ.τ.λ.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Παροτρύνεται ο άρρωστος να ξαπλώνει στο ημιθωράκιο που πάσχει και του χορηγούνται παυσίπονα, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό βοηθάει το γιατρό στην παρακέντηση του θώρακα (βλέπε εργαστήριο) και ενθαρρύνεται ο άρρωστος, αφού πρώτα ενημερώνεται για τη διαδικασία.
- Παρακολουθούνται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία.
- Εξασφαλίζεται καλή ενυδάτωση και διατροφή του αρρώστου (τροφές πλούσιες σε λεύκωμα).

➤ Παροτρύνεται ο άρρωστος να βήχει, για ν' αποβάλλει τις εκκρίσεις.

δ. Φυματίωση Πνεύμονα

Η φυματίωση υπήρξε σοβαρή μάστιγα της ανθρωπότητας. Αρχισε το 16ο αιώνα, κορυφώθηκε το 18ο αιώνα και φθάνει μέχρι σήμερα με σημαντική ύφεση. Την τελευταία δεκαετία, παρατηρείται αναζωπύρωση της φυματίωσης και εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγιεινής.

Παράγοντες που έχουν συντελέσει στην αναζωπύρωση της φυματίωσης είναι το AIDS, η μετανάστευση, ο συγχρωτισμός ατόμων σε φυλακές, γηροκομεία, καθώς επίσης κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Η λοίμωξη από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης γίνεται από εισπνοή βακίλων με τη μορφή σταγονιδίων, που εκτοξεύονται με το βήχα, το φτάρνισμα ή την ομιλία.

Η λοίμωξη μπορεί να είναι και εξωπνευμονική σε άλλα όργανα και ιστούς, όπως είναι οι νεφροί, τα οστά, οι λεμφαδένες κ.τ.λ.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα, την ακτινογραφία θώρακα, την καλλιέργεια πτυέλων, τη δερμοαντίδραση Mantoux κ.τ.λ.

Τα κύρια συμπτώματα της πνευμονικής φυματίωσης είναι: απώλεια βάρους, κακή θρέψη, πυρετικά δέκατα, καταβολή δυνάμεων, βήχας, απόχρεμψη, νυχτερινές επιδρώσεις.

Η επιτυχής θεραπεία εξαρτάται από την πρόωπη διάγνωση, τα κατάλληλα φάρμακα, αλλά και από τη συνεργασία του αρρώστου, γιατί, όπως γνωρίζουμε, η φαρμακευτική αγωγή είναι μακροχρόνια.

Η θεραπεία της φυματίωσης είναι ισχυρά. Είναι συνδυασμός πολλών φαρμάκων, αλλά η επιτυχία της φθάνει το 100%.

Τα αντιφυματικά φάρμακα διακρίνονται σε πρωτεύοντα και δευτερεύοντα και μπορεί η θεραπεία να διαρκέσει 6 μήνες ή 9 ή 12 μήνες (κυρίως σε περιπτώσεις ανθεκτικών στελεχών). Αυτό, όμως, θα το καθορίσει ο γιατρός και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Μεγάλο ρόλο στη θεραπεία παίζει και η υγιεινοδιαιτητική αγωγή.

Πρόληψη.

- Υγιεινός τρόπος διαβίωσης και όχι συγχρωτισμός των ατόμων.
- Έγκαιρη ανίχνευση νέων περιπτώσεων (δερμοαντίδραση Mantoux).

- Εμβολιασμός με B.C.G (εμβόλιο κατά της φυματίωσης).
- Χημειοπροφύλαξη.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Χορηγείται η φαρμακευτική αγωγή με ακρίβεια. Από τα αντιφυματικά φάρμακα μόνο η ριφαμπικίνη χορηγείται στον άρρωστο το πρωί, πριν το πρωινό γεύμα και πρέπει να γνωρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό ότι το φάρμακο χρωματίζει τα ούρα (κόκκινα σαν κονιάκ).
- Παρακολουθείται συχνά η θερμοκρασία του σώματος και καταγράφεται στο διάγραμμα.
- Εφαρμόζονται μέτρα για τη μείωση της κακοσμίας από την απόχρεμψη, με σχολαστική καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας, με συνεχή αερισμό του δωματίου και απομάκρυνση των πτυέλων.
- Δίνεται συχνά λουτρό καθαριότητας για τη μείωση της κακοσμίας από τις νυχτερινές επιδρώσεις.
- Ρυθμίζεται το διαιτολόγιο, έτσι ώστε να καλύπτεται ο οργανισμός με θρεπτικά συστατικά, πλούσια σε ζωικά λευκώματα, υδατάνθρακες 58%, λίπη 30%, ασβέστιο, σίδηρο και ενυδατώνεται επαρκώς ο άρρωστος.
- Χορηγείται οξυγόνο, αν χρειάζεται, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό φοράει ειδική μάσκα (με φίλτρο), κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αρρώστου.
- Εφαρμόζονται μέθοδοι απολύμανσης του άμεσου περιβάλλοντος του αρρώστου για πρόληψη διασποράς της νόσου.

Στο νοσοκομείο η νοσηλεία του πρέπει να γίνεται σ' ένα καλά αεριζόμενο μονόκλινο δωμάτιο και ο άρρωστος πρέπει να φορά μάσκα και ν' αποφεύγει την παραμονή στο κοινόχρηστο σαλόνι του τμήματος. Επίσης, το επισκεπτήριο πρέπει να είναι μειωμένο, όταν όμως τον επισκέπτονται συγγενείς, πρέπει και αυτοί να φορούν μάσκα.

Ο άρρωστος είναι μολυσματικός, μέχρι και 2-3 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας και μόνο κατά το διάστημα αυτό απαιτείται απομόνωση. Μετά την έξοδο του αρρώστου, απολυμαίνεται το δωμάτιο.

7. Άλλες Παθήσεις του Αναπνευστικού Συστήματος – Νοσηλευτική Φροντίδα

α. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Ο όρος ΧΑΠ προέρχεται από τα αρχικά των λέξεων Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Οι αεραγωγοί στενεύουν, ο αέρας παγιδεύεται και δεν ανανεώνεται και φουσκώνουν αφύσικα οι πνεύμονες, ο άρρωστος δυσκολεύεται ν' αναπνεύσει στην εισπνοή και εκπνοή.

Υπάρχουν τρεις διαφορετικές μορφές της νόσου και είναι η **Χρόνια βρογχίτιδα**, η **Ασθματική βρογχίτιδα** και το **Πνευμονικό εμφύσημα**.

Το βρογχικό άσθμα παλιότερα περιλαμβανόταν στη ΧΑΠ, ενώ τελευταία εξετάζεται χωριστά.

Η Χρόνια και Ασθματική Βρογχίτιδα.

Σαν χρόνια βρογχίτιδα ορίζεται η αυξημένη παραγωγή βλέννας από το κατώτερο αναπνευστικό, η οποία εκδηλώνεται κλινικά σαν επίμονος παραγωγικός βήχας που διαρκεί 3 μήνες το χρόνο για 2 τουλάχιστον συνεχόμενα χρόνια.

Η συμπτωματολογία της ασθματικής βρογχίτιδας είναι παρόμοια με αυτή της χρόνιας βρογχίτιδας.

Πνευμονικό Εμφύσημα.

Το εμφύσημα αναπτύσσεται, όταν υπάρχει καταστροφή πνευμονικού παρεγχύματος. Αυτό μειώνει την ελαστικότητα των πνευμόνων και επηρεάζει τη δυνατότητά τους να προωθήσουν το οξυγόνο μέσα στο αίμα και να απομακρύνουν απ' αυτό το διοξείδιο του άνθρακα.

Πολλά άτομα με εμφύσημα έχουν συγχρόνως και χρόνια βρογχίτιδα. Αυτά τα δύο συνήθως συνυπάρχουν.

Τι προκαλεί τη ΧΑΠ

Το κάπνισμα είναι ο κυριότερος παράγοντας πρόκλησης, η επίδραση του περιβάλλοντος, δηλαδή η διαβίωση, η εργασία σε χώρους με σκόνη ή άλλους βλαβερούς παράγοντες και η ατμοσφαιρική ρύπανση. Άλλες καταστάσεις που μπορεί να επιδεινώνουν αυτά τα νοσήματα είναι τα συχνά κρυολογήματα, οι λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού. Σε μερικά άτομα η ΧΑΠ μπορεί να οφείλεται σε έλλειψη «αμυντικού

μηχανισμού» του φυσιολογικού πνεύμονα, οι οποίοι καταπολεμούν τις αιτίες που καταστρέφουν τον πνευμονικό ιστό.

Η **πρόληψη** μπορεί να γίνει, όταν αποφεύγονται όλα τα παραπάνω.

Διακρίνονται 2 ομάδες, από άποψη τρόπου εκδήλωσης της κλινικής εικόνας. Στη μία ομάδα ανήκουν οι ασθενείς, οι οποίοι για πολλά χρόνια εμφανίζουν παραγωγικό βήχα με βλεννοπυώδη απόχρεμψη, αναπνοή που «σφυρίζει», κυάνωση, δύσπνοια και συχνές λοιμώξεις του αναπνευστικού, ιδίως τους χειμερινούς μήνες (βρογχιτιδικός ασθενής - τύπος Β).

Στην άλλη ομάδα, οι ασθενείς έχουν ελάχιστη απόχρεμψη, παρουσιάζουν απώλεια βάρους και δύσπνοια στην κόπωση. Θεωρούνται ως καθ' υπεροχή εμφυσηματικοί (τύπος Α).

Στα **θεραπευτικά μέτρα** περιλαμβάνονται:

1. Η αποφυγή των παραγόντων που επιδεινώνουν τη νόσο.
2. Συμπτωματική με χορήγηση βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων, κορτικοειδών, οξυγονοθεραπείας, αντιβίωσης και εφαρμογή φυσικοθεραπείας.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Χορήγηση φαρμάκων (αντιβιοτικά, κορτικοειδή, βρογχοδιασταλτικά), σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και παρακολούθηση για τυχόν παρενέργειες, που προκαλούν κυρίως τα βρογχοδιασταλτικά (π.χ. ταχυκαρδία, ναυτία, εμετός).
- Χορήγηση οξυγόνου και ενημέρωση του γιατρού σε κάθε αλλαγή της εικόνας του αρρώστου. Αν παίρνει οξυγόνο με μάσκα Venturi, κατά τη διάρκεια του φαγητού αντικαθίσταται με τα γυαλιά O₂ και στη συνέχεια επανατοποθετείται η μάσκα και γίνεται η ρύθμιση της ροής, γιατί, όπως προαναφέραμε, δεν πρέπει να γίνεται διακοπή της οξυγονοθεραπείας.
- Χορήγηση άφθονων υγρών την ημέρα (6-8 ποτήρια) για ρευστοποίηση των εκκρίσεων και τροφών με υπόλειμμα για την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας, προς αποφυγή πίεσης του διαφράγματος.
- Εξασφαλίζεται ήρεμο και καθαρό περιβάλλον, χωρίς θορύβους με κατάλληλη θερμοκρασία.
- Μετρώνται τα ζωτικά σημεία και καταγράφονται στο διάγραμμα.

- Επειδή ο άρρωστος αισθάνεται καταβολή, πρέπει να βοηθείται στην κάλυψη των φυσικών του αναγκών και στη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.
 - Η ημικαθιστική θέση είναι η καλύτερη, για να διευκολύνεται η αναπνοή του.
 - Η σωστή βρογχική παροχέτευση είναι καθοριστική για τη διατήρηση ελεύθερης της αναπνευστικής οδού, ώστε να εξασφαλίζεται καλύτερος αερισμός των πνευμόνων.
- Η εκπαίδευση της σωστής τεχνικής της αναπνοής και του βήχα είναι απαραίτητη, για να νιώθει καλύτερα. Επειδή η ΧΑΠ είναι χρόνια νόσος, θα πρέπει ο άρρωστος να ενισχυθεί ψυχολογικά, και να συνεργαστεί, γιατί μόνο τότε θα υπάρξει σωστή αποκατάσταση. Πρέπει να κατανοήσει ότι η μολυσμένη ατμόσφαιρα (νέφος) μπορεί να ερεθίσει τις αναπνευστικές οδούς, γι' αυτό δεν πρέπει να βγαίνει έξω, όταν φυσάει κρύος αέρας ή έχει πολλή ζέση. Πρέπει να επισκέπτεται συχνά το γιατρό και ιδιαίτερα όταν έχει κάποιο κρυολόγημα ή βήχει βγάζοντας πτύελα. Να γίνεται εμβολιασμός υποχρεωτικά κάθε φθινόπωρο, με αντιγριπικό εμβόλιο και κάθε πέντε χρόνια, με το εμβόλιο του πνευμονιόκοκκου.

Αν ο άρρωστος βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, θα πρέπει να καταλάβει ότι η διακοπή του καπνίσματος και η χρησιμοποίηση των φαρμάκων μπορούν να του εξασφαλίσουν μια ποιοτική ζωή.

Τα φάρμακα υπάρχουν σε πολλές μορφές. Εκτός από τα χάπια και τα σιρόπια, οι ειδικές συσκευές εισπνοών είναι πολύ διαδεδομένες, καθώς και οι συσκευές νεφελοποίησης. Για να έχει αποτελέσματα η θεραπεία, θα πρέπει να μάθει να τις χρησιμοποιεί και να μάθει τους τρόπους φροντίδας και συντήρησης των συσκευών αυτών, για αποφυγή λοιμώξεων, αλλά και για να μειώσει τις εισαγωγές του στο νοσοκομείο.

Αν η ΧΑΠ είναι βαρύτερης μορφής και έχει δύσπνοια, μπορεί να χρειασθεί οξυγονοθεραπεία στο σπίτι. Θα πρέπει να κατανοήσει τη χρησιμότητα και το σωστό τρόπο χορήγησης O₂.

β. Βρογχικό Άσθμα

Βρογχικό άσθμα είναι η χρόνια πάθηση των πνευμόνων, που χαρακτηρίζεται από κρίσεις απόφραξης των αεροφόρων οδών. Οι κρίσεις αυτές υποχωρούν είτε αυτόματα, είτε μετά από θεραπεία. Εκτός από την απόφραξη, στο άσθμα υπάρχουν άλλα δύο στοιχεία: 1) η υπεραντιδραστικότητα των αεραγωγών σε πολλά και διάφορα εξωγενή ή ενδογενή ερεθίσματα, και 2) η φλεγμονή του βρογχικού βλεννογόνου.

Το άσθμα είναι συχνή πάθηση και επηρεάζει τους πέντε από τους εκατό ανθρώ-

πους σ' όλο τον κόσμο. Είναι μια πάθηση που κληρονομείται. Για να εκδηλωθεί, όμως, χρειάζεται να συνυπάρχουν παράγοντες από το περιβάλλον, κυρίως γύρεις, τρίχωμα ζώων, σκόνη, κρύος αέρας, άσκηση, λοιμώξεις, φάρμακα όπως η ασπιρίνη, ψυχολογική φόρτιση κ.ά.

Τα πιο συχνά συμπτώματα του άσθματος είναι η αναπνοή που «σφυρίζει», η δυσκολία στην αναπνοή (δύσπνοια) και ο βήχας. Ο βήχας πολλές φορές είναι το μόνο σύμπτωμα που εκδηλώνεται.

Εκτός από τα συνηθισμένα συμπτώματα, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει και οξύ ασθματικό επεισόδιο (status asthmaticus). Είναι μια βαριά, παρατεταμένη ασθματική κρίση, που διαρκεί μέρες και δεν ανακουφίζεται ο άρρωστος με τη συνηθισμένη θεραπεία. Υπάρχει μεγάλη απόφραξη των αεραγωγών και απειλείται η ζωή του αρρώστου. Πολλές φορές νοσηλεύεται και στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Η θεραπεία του **βρογχικού** άσθματος περιλαμβάνει:

1. Τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.
2. Την αποφυγή των αλλεργιογόνων.
3. Την αναπνευστική φυσικοθεραπεία.
4. Την καταπολέμηση των λοιμώξεων.

Προφύλαξη.

- ⇒ Αποφυγή καπνίσματος.
- ⇒ Απομάκρυνση των παραγόντων που μπορούν να προκαλέσουν κρίση (αεροζόλ, γύρεις, κλινοσκεπάσματα).
- ⇒ Να αποφεύγουν απότομες αλλαγές στη θερμοκρασία (κρύο ή ζέστη).
- ⇒ Να παίρνουν σωστά τα φάρμακά τους.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Περιλαμβάνει την επείγουσα και τη μακροχρόνια αντιμετώπιση. Η λήψη επειγόντων μέτρων είναι ιδιαίτερα σημαντική σε ασθματική κρίση και αποβλέπει στη γρήγορη αποχώρηση του βρογχόσπασμου και την πρόληψη της αναπνευστικής ανεπάρκειας.

- Σε όλους τους ασθενείς πρέπει να χορηγείται O_2 αμέσως (σύμφωνα με την ιατρική οδηγία), αφού πρώτα παρθούν αέρια αίματος.
- Εξασφαλίζεται ενδοφλέβια γραμμή και χορηγούνται φάρμακα, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Επειδή χορηγούνται μεγάλες δόσεις κορτικοειδών, επιβάλλεται η

παρακολούθηση του αρρώστου για ενδεχόμενες παρενέργειες, γίνεται καθημερινό ζύγισμα και ακολουθεί άναλη διαίτα.

- Ενυδατώνεται επαρκώς ο άρρωστος. Μετρούνται τα αποβαλλόμενα και προσλαμβάνόμενα υγρά. Πρέπει να αποφεύγονται τα παγωμένα υγρά, γιατί μπορεί να προκαλέσουν βρογχόσπασμο.
- Τοποθετείται ο άρρωστος σε θέση Fowler και εξασφαλίζεται κατάλληλη υγρασία για ρευστοποίηση των εκκρίσεων και μείωση της φλεγμονής των βλεννογόνων.
- Μετρώνται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία.
- Επειδή η ψυχολογική φόρτιση σχετίζεται άμεσα με την εκδήλωση της νόσου, πρέπει οι ενέργειές μας να έχουν στόχο τη μείωση του άγχους και της αγωνίας του.

Γενικά, η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει ενέργειες που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο της ΧΑΠ, αλλά και εδώ τονίζεται ότι η **εκπαίδευση** του αρρώστου είναι πρωταρχικής σημασίας.

Ο άρρωστος θα πρέπει να γνωρίζει τι να κάνει σε περίπτωση κρίσης και να παίρνει τα φάρμακά του, ακόμα κι αν αισθάνεται καλά. Να γνωρίζει ότι, όταν το άσθμα αντιμετωπίζεται σωστά, δεν αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή του. Να μάθει, δηλαδή, να ζει με τη νόσο.

Επίσης, διδάσκεται ο άρρωστος ότι, μετά τα εισπνεόμενα στεροειδή, πρέπει να κάνει γαργάρες με νερό, για να προλαμβάνει τη στοματική μυκητίαση.

Οι διάφορες συγκινησιακές και ψυχολογικές αντιδράσεις μπορεί να μειωθούν, όταν υπάρχει γνώση και εκπαίδευση, για να αντιμετωπίζει κάθε φορά την κατάστασή του.

Τελευταία άρχισαν να λειτουργούν και στην Ελλάδα τα «σχολεία άσθματος». Απευθύνονται λιγότερο στα παιδιά με βρογχικό άσθμα και περισσότερο στους ανθρώπους που τα περιβάλλουν, δηλαδή γονείς και εκπαιδευτικούς. Στόχος τους είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με άσθμα.

γ. Βρογχεκτασία

Βρογχεκτασία καλείται η διάταση του μεσαίου μεγέθους βρόγχων, με καταστροφή της ελαστικής και μυϊκής στιβάδας του βρογχικού δέντρου.

Αιτιολογία: Συγγενής (είναι αμφιλεγόμενη) ή επίκτητη. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι, κυρίως, οι λοιμώξεις και η απόφραξη βρόγχων από ξένο σώμα, διογκωμένους λεμφαδένες κ.τ.λ. στην παιδική ηλικία.

Κλινική εικόνα: Ο άρρωστος αναφέρει χρόνιο παραγωγικό βήχα, με άφθονη πυώδη απόχρεμψη, αιμοπτύσεις.

Θεραπεία: Διακρίνεται σε συντηρητική και χειρουργική (έχει περιοριστεί). Η συντηρητική διακρίνεται: α) στα γενικά προληπτικά μέτρα και β) στα ειδικά μέτρα για την αντιμετώπιση της λοίμωξης.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Βασικό ρόλο στην αντιμετώπιση αυτών των αρρώστων παίζει η απομάκρυνση των εκκρίσεων. Επομένως:

- Αλλάζεται συχνά η θέση του σώματος του αρρώστου, για να αποβάλλονται οι πυώδεις εκκρίσεις, με τη βοήθεια φυσιοθεραπευτή 2-4 φορές/24h.
- Γίνεται ρευστοποίηση των εκκριμάτων με ενυδάτωση του αρρώστου, χορήγηση βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, τα οποία έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τη βλεννοκροσσώτη κάθαρση.
- Ενισχύεται ο άρρωστος να παίρνει βαθιές αναπνοές.
- Εφυγραίνεται ο αέρας, πραγματοποιείται καλός αερισμός του περιβάλλοντος και προφυλάσσεται ο άρρωστος από τα ρεύματα αέρα και αποφεύγει τους χώρους που καπνίζουν.

δ. Ατελεκτασία

Ο όρος «ατελεκτασία» δηλώνει την ατελή έκταση ενός πνεύμονα ή τμήματος αυτού, εξαιτίας μιας απόφραξης σε κάποιο σημείο του βρογχικού δέντρου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να απορροφιέται ο αέρας που βρίσκεται στις κυψελίδες και να συμπύπτει το πνευμονικό παρέγχυμα από το σημείο της απόφραξης και προς την περιφέρεια.

Τα **αίτια** είναι συγγενή (σπάνια) ή επίκτητα (απόφραξη από ξένο σώμα, εκκρίσεις, πίεση όγκων κ.τ.λ.). Η μετεγχειρητική ατελεκτασία εμφανίζεται 24 έως 48 ώρες μετά την εγχείρηση.

Η **συμπτωματολογία** εξαρτάται κυρίως από το μέγεθος της απόφραξης τμήματος του πνεύμονα. Μπορεί να παρουσιάσει βήχα, δύσπνοια, κυάνωση, ταχυκαρδία.

Η **θεραπεία** είναι αιτιολογική, π.χ. απομάκρυνση των εκκρίσεων, αφαίρεση ξένου σώματος κ.τ.λ.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Τοποθετείται ο άρρωστος σε αναπαυτική θέση και παίρνονται όλα τα μέτρα, ώστε να διευκολυνθεί η αναπνοή και η αποβολή των εκκρίσεων.
- Ενθαρρύνεται να εφαρμόζει τη σωστή τεχνική βήχα και αναπνοών, όπως του επιδείχθηκε. Ιδιαίτερη φροντίδα δίνεται στο μετεγχειρητικό άρρωστο.
- Η συχνή αλλαγή θέσης βοηθάει, καθώς και η έγκαιρη έγερση του αρρώστου μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση ατελεκτασίας, γιατί, όπως αναφέραμε, είναι συχνή μετεγχειρητική επιπλοκή.
- Η αποφυγή χορήγησης μεγάλων δόσεων ηρεμιστικών βοηθούν στο να μην κατασταλεί ο βήχας και η αντιμετώπιση του πόνου γίνεται με παυσίπονα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Οι άρρωστοι, όταν πονούν, δεν μπορούν να πάρουν βαθιές αναπνοές.
- Η καλή ενυδάτωση συμβάλλει στη ρευστοποίηση των εκκρίσεων. Σε περίπτωση αδυναμίας αποβολής των εκκρίσεων, γίνεται αναρρόφηση.

ε. Πνευμοθώρακας

Καλείται η παρουσία αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα μεταξύ των δύο πετάλων του υπεζωκότα.

Φυσιολογικά, δεν υπάρχει αέρας μεταξύ των δύο πετάλων του υπεζωκότα, τα οποία σχεδόν βρίσκονται σε επαφή επαλειφόμενα με ελάχιστο υγρό. Για να μπει, λοιπόν, αέρας στην υπεζωκοτική κοιλότητα, δύο είναι οι τρόποι:

1. Να γίνει ρήξη του περισπλάχνιου πετάλου του υπεζωκότα και αέρας από τον πνεύμονα να μπει στην κοιλότητα.
2. Να γίνει διάτρηση του θωρακικού τοιχώματος και του τοιχωματικού πετάλου του υπεζωκότα και να μπει αέρας από την ατμόσφαιρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα.

Όταν η επικοινωνία της υπεζωκοτικής κοιλότητας με τον ατμοσφαιρικό αέρα γίνεται, είτε μέσω του θωρακικού τοιχώματος, είτε μέσω των πνευμόνων και παραμένει ανοικτή, πρόκειται για **ανοικτό πνευμοθώρακα**, ενώ, όταν η επικοινωνία αυτή μετά τη ρήξη του υπεζωκότα κλείσει, τότε πρόκειται για **κλειστό πνευμοθώρακα**.

Όταν η επικοινωνία της υπεζωκοτικής κοιλότητας γίνει μέσω της ρήξης του υπεζωκότα, αλλά υπό τύπο βαλβιδικού μηχανισμού, δηλαδή επιτρέπεται η είσοδος του αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα κατά την εισπνοή ή κατά τη διάρκεια του βήχα, αλλά δεν μπορεί ο αέρας να βγει, τότε δημιουργείται **πνευμοθώρακας υπό τάση**, δηλαδή αυξάνει προοδευτικά η πίεση στην υπεζωκοτική κοιλότητα και είναι η πιο σοβαρή μορφή που

απειλεί άμεσα τη ζωή του αρρώστου.

Ο πνευμοθώρακας, με βάση την αιτιολογία του, διακρίνεται σε:

1. Αυτόματο πνευμοθώρακα, που συμβαίνει χωρίς να έχει προηγηθεί τραυματισμός ή άλλη εμφανής αιτία, και

2. Τραυματικό πνευμοθώρακα που συμβαίνει σαν αποτέλεσμα άμεσου ή έμμεσου τραυματισμού του θώρακα. Ο τραυματικός διακρίνεται σε **ιατρογενή** και σε μη ιατρογενή. Πολλές φορές μπορεί να συμβεί σαν επιπλοκή κάποιας διαγνωστικής ή θεραπευτικής ιατρικής πράξης.

Η θεραπεία του πνευμοθώρακα αποσκοπεί αφενός στην απομάκρυνση του αέρα, αφετέρου στην αποφυγή υποτροπής του πνευμοθώρακα. Όταν ο πνευμοθώρακας καταλαμβάνει λιγότερο από 15-20% του ημιθώρακιου, χωρίς ή με ήπια συμπτώματα, αντιμετωπίζεται συντηρητικά, δηλαδή συνιστάται στον άρρωστο να παραμείνει κλινήρης και να παρακολουθείται από το γιατρό κλινικά και ακτινογραφικά. Πολλές φορές χορηγείται και οξυγόνο.

Η θεραπεία εκλογής, όμως, ενός μεγαλύτερου πνευμοθώρακα είναι η τοποθέτηση θωρακικής παροχέτευσης (Billaü) (βλέπε εργαστήριο).

Ένδειξη θωρακοτομής υπάρχει, όταν ο πνεύμονας δεν εκπτύσσεται, παρά την εφαρμογή κλειστής παροχέτευσης ή όταν ο άρρωστος εμφανίσει επιπλοκές.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Σωστή μέτρηση ζωτικών σημείων.
- Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου.
- Χορήγηση παυσίπων και αντιβιοτικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση Fowler, για διευκόλυνση της παροχέτευσης και παρακολούθηση αυτής συνεχώς (η σωστή λειτουργία της συσκευής αποτελεί ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού).
- Παρακολουθείται η κίνηση της επιφάνειας του υγρού της φιάλης, που δηλώνει ότι το σύστημα λειτουργεί. Η κίνηση σταματάει, όταν:
 - Εκπτυχθεί ο πνεύμονας.
 - Αποφραχθεί ο σωλήνας ή αναδιπλωθεί.
- Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές.
- Παρακολουθείται το σημείο εισόδου του ενδοθωρακικού σωλήνα.
- Δίνονται επαρκείς ποσότητες υγρών και διαίτα ανάλογα με την κατάσταση του αρρώστου.
- Αποφεύγει ο άρρωστος την υπερέκταση και τις απότομες κινήσεις.

στ. Καρκίνος Πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει σημαντική αύξηση. Η εκρηκτική ανάπτυξη ιδιαίτερα του βρογχογενούς καρκινώματος οφείλεται στο κάπνισμα. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η επαγγελματική έκθεση σε αμίαντο, ραδιενεργό σκόνη και ορισμένα πλαστικά.

Ο καρκίνος του πνεύμονα διακρίνεται στο:

1. Μικροκυτταρικό (25% των περιπτώσεων).
 2. Μη μικροκυτταρικό (75% των περιπτώσεων).
- ⇒ Πλακώδες.
- ⇒ Αδενοκαρκίνωμα.
- ⇒ Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα.

Στα αρχικά στάδια, ο βήχας και η αιμόπτυση είναι από τις συχνότερες εκδηλώσεις του καρκίνου του πνεύμονα. Η αιμόπτυση είναι το αίτιο που ανησυχεί τον άρρωστο και προσφεύγει στο γιατρό. Η δύσπνοια, ο θωρακικός πόνος είναι εκδηλώσεις προχωρημένης νόσου.

Με τη διάγνωση (ιστολογική ή κυτταρολογική), ακολουθεί η σταδιοποίηση της νόσου. Η σταδιοποίηση έχει σκοπό την επιλογή της θεραπείας, είτε τοπική (χειρουργική ή ακτινοθεραπεία), είτε συστηματική (χημειοθεραπεία). Μπορεί επίσης να γίνει συνδυασμός χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας. Οι ακτίνες Laser χρησιμοποιούνται υποστηρικτικά σε αιμορραγία ή απόφραξη του βρόγχου από τον όγκο.

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα, που βασίζεται στην ανατομική έκταση της νόσου, γίνεται με το σύστημα TNM.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό δίνει μεγάλη βαρύτητα στην ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, αλλά και της οικογενείας του.

Ο φόβος είναι το συναίσθημα που κυριαρχεί για τη μετέπειτα πορεία. Ο πόνος που νιώθει, οι παρενέργειες από τη χημειοθεραπεία (κυρίως εμετός, ναυτία, διάρροια, καταβολή δυνάμεων) τον κάνουν αδύναμο και πολλές φορές αναπτύσσει εξάρτηση από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Επίσης, η αλλαγή εικόνας του σώματός του δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα. Γι' αυτό, το νοσηλευτικό προσωπικό που νοσηλεύει αυτούς τους αρρώστους πρέπει να είναι εξειδικευμένο.

Αν ο άρρωστος με καρκίνο πνεύμονα μπορεί να χειρουργηθεί, τότε η νοσηλευτική φροντίδα προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά είναι η ίδια όπως αναφέρεται παρακάτω (βλέπε νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με εγχείρηση θώρακα).

Ο άρρωστος με καρκίνο που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία αναπτύσσει πολύ συχνά στοματίτιδα, γι' αυτό επιβάλλεται η συχνή φροντίδα του στόματος και η ενημέρωση του θεράποντος γιατρού.

Η πλήρης διατροφή είναι απαραίτητη στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της νόσου, γιατί είναι συνήθως καχεκτικοί.

Επιβάλλεται η μέτρηση ζωτικών σημείων και η απεικόνιση στο διάγραμμα, ιδιαίτερα όταν υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, γιατί πολλές φορές πέφτει η αρτηριακή πίεση κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα.

Τα κυτταροστατικά φάρμακα πρέπει να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο, γιατί είναι τοξικά και δημιουργούν προβλήματα στο προσωπικό, όταν δεν παίρνονται τα κατάλληλα μέτρα.

Αν δεν υπάρχει στο φαρμακείο κεντρικός χώρος για παρασκευή αυτών των φαρμάκων, τότε πρέπει να δημιουργηθεί ειδικός χώρος στα τμήματα, εξοπλισμένος με μηχανήμα κάθετης ροής (Hood) και το άτομο που ετοιμάζει αυτά τα φάρμακα να φοράει μπλουζά με μανικέτια, διπλά γάντια, μάσκα και γυαλιά. (εικ. 37)

Οι άρρωστοι που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις, γι' αυτό νοσηλεύονται σε μονόκλινο δωμάτιο και παίρνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για λοιμώξεις.

Οι άρρωστοι που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία πολύ συχνά αναπτύσσουν δερματικές αλλοιώσεις. Στην περίπτωση που υπάρχει ξηρή απολέπιση, μπορεί να χρησιμοποιείται, τοπικά, ενυδατική λοσιόν για ανακούφιση από τον κνησμό. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται αποσμητικά, γιατί είναι ερεθιστικά και, επίσης, πρέπει να αποφεύγεται η τριβή ή η πίεση στην περιοχή που υπάρχει ξηρή απολέπιση.



ΕΙΚ. 37

Στις περιπτώσεις που βγαίνει υγρό, γίνεται φροντίδα με χρησιμοποίηση, τοπικά, αντισηπτικών ή αντιβακτηριακών κρεμών, τοποθετείται αποστειρωμένη γάζα, η οποία στερεώνεται πάνω στο δέρμα.

8. Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστου με Εγχείρηση Θώρακα

Η καλή έκβαση του αρρώστου, μετά από μια θωρακοτομή, εξαρτάται από την καλή προεγχειρητική προετοιμασία, αλλά και από την καλή μετεγχειρητική παρακολούθηση και φροντίδα.

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αποβλέπει:

1. Στη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας με:

- ⇒ Ενθάρρυνση του αρρώστου να διακόψει το κάπνισμα.
- ⇒ Βρογχική παροχέτευση και χορήγηση βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων.
- ⇒ Εφαρμογή προγράμματος αναπνευστικών ασκήσεων.
- ⇒ Καταπολέμηση των λοιμώξεων με χορήγηση αντιβιοτικών.
- ⇒ Καλή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.

2. Στην ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου με το να ενημερωθεί για τη μετεγχειρητική περίοδο και ειδικότερα για:

- ⇒ Την παροχέτευση που θα έχει.
- ⇒ Την καταπολέμηση του πόνου.
- ⇒ Το πρόγραμμα ασκήσεων που πρέπει να ακολουθεί.
- ⇒ Τη χορήγηση οξυγόνου.
- ⇒ Το τραύμα.

Η μετεγχειρητική φροντίδα που ακολουθείται είναι η ίδια με αυτή των άλλων εγχειρήσεων. Ιδιαίτερα:

Το κρεβάτι στρώνεται, όπως και το χειρουργικό, με τη μόνη διαφορά ότι τοποθετούνται 4-5 μαξιλάρια με τέτοιο τρόπο, ώστε να δημιουργείται κενό στο σημείο που είναι η χειρουργική τομή και οι σωλήνες. Το ερεισίνωτο είναι ανυψωμένο και τοποθετείται ο άρρωστος σε ημικαθιστή θέση (εφόσον έχει περάσει η δράση των αναισθητικών) και στο κομοδίνο υπάρχουν, εκτός των άλλων υλικών (βλέπε χειρουργικό κρεβάτι), και 2 λαβίδες Kocher (υποχρεωτικά), παροχή οξυγόνου και αναρρόφηση.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αποβλέπει:

1. Στην εξασφάλιση φυσιολογικής έκπτυξης του πνεύμονα με:

- Το βήχα για αποβολή των εκκρίσεων.
- Εφαρμογή της κλειστής παροχέτευσης για απομάκρυνση του αέρα και των υγρών από την υπεζωκοτική κοιλότητα.
- Συχνή αλλαγή θέσης του αρρώστου, έτσι ώστε να μετακινούνται οι εκκρίσεις.

- Αναπνευστικές ασκήσεις από φυσικοθεραπευτή.
- Καταπολέμηση του πόνου, για να μπορεί να βήχει αποτελεσματικά.

2. Στη συνεχή παρακολούθηση του αρρώστου και του παροχέτευτικού σωλήνα με:

- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.
- Παρακολούθηση του ενδοφλέβιου ορού και του κλειστού συστήματος παροχέτευσης (Billaü) (βλέπε εργαστήριο).

3. Στην αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας και κίνησης της ωμικής ζώνης και του κορμού με:

- Σκελετικές ασκήσεις και αναπνευστικές ασκήσεις.
- Έγκαιρη έγερση του αρρώστου και ενθάρρυνση αυτού να δραστηριοποιείται.

4. Στην πρόληψη επιπλοκών.

Παροχέτευση θώρακα (Billaü).

Για παθολογικούς λόγους, όπως τραυματισμοί στη θωρακική κοιλότητα, θωρακοτομηθέντες άρρωστοι, καταργείται η αρνητική πίεση και μπαίνει αέρας, αίμα, πύον και άλλα υλικά και δημιουργείται καρδιοαναπνευστική δυσλειτουργία, πνευμοθώρακας, αιμοπνευμοθώρακας ή πυοπνευμοθώρακας.

Για άμεση παροχέτευση αυτών των υλικών και αποκατάσταση της αρνητικής πίεσης στην υπεζωκοτική κοιλότητα, τοποθετείται ένας θωρακικός σωλήνας (δύο στους θωρακοτομηθέντες), ο οποίος στερεώνεται με ράμμα στο δέρμα του αρρώστου και συνδέεται ο σωλήνας (καθετήρας) με ένα σύστημα κλειστής παροχέτευσης (Billaü). Αυτό το σύστημα επιτρέπει την έξοδο υγρού και αέρα από τη θωρακική κοιλότητα, εμποδίζει όμως το αντίθετο. Ταυτόχρονα, βοηθά στην αποκατάσταση της καλής καρδιοπνευμονικής λειτουργίας.

Στις κλινικές θα δείτε πολλούς τύπους κλειστού συστήματος παροχέτευσης (Billaü). Αυτοί είναι:

1. Σύστημα μιας γυάλινης φιάλης με υδάτινη βαλβίδα. Είναι σύστημα πολλαπλών χρήσεων. Όπως βλέπετε στη φωτογραφία, αποτελείται από μια γυάλινη φιάλη με ευρύ στόμιο και αεροστεγές πώμα, στο οποίο υπάρχουν δύο γυάλινοι σωλήνες. Ένας κοντός, που χρησιμοποιείται για την έξοδο του αέρα στο περιβάλλον και ο άλλος, που είναι μακρύς και εμβαπτίζεται 3-4 cm στη φιάλη που έχει απεσταγμένο νερό (300-500

cc), ανάλογα με το μέγεθος της φιάλης. Ένας μακρύς σωλήνας συνδέεται στεγανά με το θωρακικό σωλήνα (καθετήρα). (εικ. 38)

Ο κοντός σωλήνας μπορεί να συνδεθεί και με αναρρόφηση. Αν ο πνευμοθώρακας είναι κλειστός, δεν είναι απαραίτητη η εφαρμογή αναρροφητικής αντλίας, γιατί η έκπτυξη του πνεύμονα επιτυγχάνεται και χωρίς αυτή, σε 2-3 ημέρες.



Εικ. 39

*Παροχέτευση θώρακος
μιας χρήσης.*

τευσης θώρακα, στο οποίο δεν προστίθεται νερό και ονομάζεται «σύστημα παροχέτευσης περιπάτου», γιατί μπορεί να στερεωθεί στη μέση ή στον ώμο του αρρώστου και μπορεί να κινείται χωρίς να δημιουργείται πρόβλημα. (εικ. 40)

Η συσκευή Billaü πρέπει να βρίσκεται χαμηλά από τον άρρωστο, ώστε να είναι αποτελεσματική η παροχέτευση. Όταν ο άρρωστος αναπνέει, η στήλη του νερού μέσα στο μακρύ σωλήνα ανεβαίνει κατά την εισπνοή και κατεβαίνει κατά την εκπνοή. Αν αυτό δε γίνεται, τότε ή υπάρχει πρόβλημα στη στεγανότητα του συστήματος ή απόφραξη.

2. Σύστημα δύο φιαλών.

3. Σύστημα τριών φιαλών.

Τα συστήματα δύο και τριών φιαλών δεν χρησιμοποιούνται πλέον και έχουν αντικατασταθεί με μιας χρήσης συστήματα παροχετεύσεων, όπως: α) Pheur-evac και β) Angyle System, με σκοπό την καλύτερη παροχέτευση και, κυρίως, την πρόληψη λοιμώξεων. (εικ. 39)

Πρόσφατα έχει κυκλοφορήσει ένα σύστημα παροχέ-



Εικ. 38

*Παροχέτευση θώρακος
πολλαπλών χρήσεων.*



Εικ. 40 Φορητή

παροχέτευση θώρακος.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κλειστή παροχέτευση θώρακα (Billaü).

- Ο άρρωστος βρίσκεται σε ημικαθιστική θέση.
- Ελέγχεται ο θωρακικός καθετήρας αν είναι συνδεδεμένος αεροστεγώς με τη συσκευή Billaü και αν έχει αναδιπλώσεις ή πήγματα. Στην περίπτωση που έχει πήγματα, γίνονται μαλάξεις στο σωλήνα για απόφραξή του.
- Ελέγχεται η γάζα που καλύπτει την έξοδο του θωρακικού σωλήνα και, αν χρειαστεί, την αλλάζει ο γιατρός.
- Η συσκευή πρέπει να βρίσκεται χαμηλότερα. Αν είναι γυάλινη, τοποθετείται στο πάτωμα (προστατευμένη με ειδική βάση). Αν είναι μιας χρήσης, στερεώνεται στο πλαϊνό μέρος του κρεβατιού.
- Ο σωλήνας πρέπει να μην αναδιπλώνεται ή σχηματίζει αγκύλη, γι' αυτό στερεώνεται κατάλληλα πάνω στο κρεβάτι με λευκοπλάστ ή λαστιχάκι και καρφίτσες ασφαλείας.
- Ελέγχονται όλες οι συνδέσεις, αν είναι στεγανές. Όταν έχει βλάβη ή αποσυνδεθεί η συσκευή, κλείνεται, όσο γίνεται πιο κοντά στο θώρακα, ο θωρακικός σωλήνας με 2 λαβίδες kocher που βρίσκονται μόνιμα στο κομοδίνο του αρρώστου. Καλείται ο γιατρός επείγοντως.
- Σε περίπτωση αποσύνδεσης του σωλήνα της φιάλης από το σωλήνα του θώρακα, κόβονται τα μολυσμένα άκρα των σωλήνων και συνδέονται ξανά, με χρήση αποστειρωμένου συνδετικού και άσηπτης τεχνικής.
- Όταν χρειάζεται να μεταφερθεί ο άρρωστος με φορείο, η συσκευή τοποθετείται σε σταθερή επιφάνεια, πάντα χαμηλότερα από το θώρακα και πρέπει να συνοδεύουν τον άρρωστο 2 λαβίδες για ώρα ανάγκης. Για οποιαδήποτε μετακίνηση αρρώστου (φορείο, καρέκλα κ.τ.λ.) ερωτάται πάντοτε ο θεράπων γιατρός.
- Παρακολουθείται το σύστημα για σημεία διαρροής του αέρα, που φαίνεται από τη συνεχή έξοδο φυσαλίδων στη φιάλη.
- Ενθαρρύνεται ο άρρωστος ν' αναπνέει βαθιά και να βήχει.
- Ενημερώνονται οι επισκέπτες να μην μετατοπίζουν ή αγγίζουν τη συσκευή.

Θυμηθείτε ότι...

- Τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος είναι η μύτη, ο φάρυγγας, ο λάρυγγας, η τραχεία, οι βρόγχοι και οι δύο πνεύμονες. Οι κυριότερες εξετάσεις που βοηθούν στη διάγνωση και την πορεία των νοσημάτων του αναπνευστικού είναι η σπιρομέτρηση, η βρογχοσκόπηση, η μέτρηση των αερίων του αρτηριακού αίματος, εξετάσεις πτυέλων, η δερμοαντίδραση Mantoux, ακτινολογικές εξετάσεις και παρακεντήσεις.
- Τα συμπτώματα, όπως δύσπνοια, βήχας, κυάνωση, απόχρεμψη, αιμόπτυση, πόνος, χρειάζονται ειδική νοσηλευτική αντιμετώπιση.
- Στα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος οι βασικές νοσηλευτικές αρχές που διέπουν τη φροντίδα επικεντρώνονται κυρίως:
- Στην τοποθέτηση του αρρώστου στην ημικαθιστή θέση.
- Στην καλή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.
- Τον καλό αερισμό του θαλάμου.
- Τη χορήγηση άφθονων υγρών για τη ρευστοποίηση και αποβολή των εκκρίσεων.
- Τη χορήγηση οξυγόνου και φαρμάκων, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Την ευαισθητοποίηση για τη μη διασπορά των μικροβίων και, γενικά, την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, ιδιαίτερα αν το νόσημα είναι χρόνιο και εκπαίδευση αυτού, για να έχει ποιοτική ζωή.

Η προεγχειρητική φροντίδα των αρρώστων που θα υποστούν εγχείρηση στο θώρακα αποβλέπει στην εξασφάλιση καλύτερων συνθηκών για την επέμβαση και η μετεγχειρητική φροντίδα αποβλέπει στην αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Υπάρχουν πολλοί τύποι κλειστού συστήματος παροχέτευσης θώρακα για τη μετεγχειρητική αντιμετώπιση, αλλά και του πνευμοθώρακα. Τελευταία, όμως, χρησιμοποιούνται μιας χρήσης συστήματα για την καλύτερη παροχέτευση, αλλά και πρόληψη των λοιμώξεων.

Ερωτήσεις

1. Ποια είναι η βασική λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος;
2. Ποιες είναι οι ενδοσκοπικές εξετάσεις του αναπνευστικού συστήματος;
3. Ποια είναι η προετοιμασία του αρρώστου για τη βρογχοσκόπηση;
4. Ποια είναι τα συμπτώματα των νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος;
5. Τι είναι η οξυγονοθεραπεία, και ποιοι οι τρόποι χορήγησης του O_2 ;
6. Τι είναι τραχειοστομία και ποιες οι ενδείξεις αυτής;
7. Ποια νοσήματα περιλαμβάνονται στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ποια τα θεραπευτικά μέτρα αυτής;
8. Ποια η προφύλαξη στο βρογχικό άσθμα;
9. Αναφέρατε τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με Χ.Α.Π.
10. Ποια είναι η θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα και ποια είναι η νοσηλευτική φροντίδα;
11. Πόσος είναι ο χρόνος εμφάνισης της μετεγχειρητικής ατελεκτασίας;
12. Ποια είναι τα μέτρα πρόληψης της φυματίωσης του πνεύμονα;
13. Τι προσέχουμε σ' έναν άρρωστο που έχει κλειστή παροχέτευση θώρακα (Billaü);
14. Αναφέρετε, με συντομία, τη μετεγχειρητική φροντίδα αρρώστου με θωρακοτομή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος

Αντικειμενικοί Σκοποί:

Μετά τη μελέτη της ενότητας αυτής θα είστε σε θέση:

1. Ν' αποκτήσετε τις απαραίτητες γνώσεις για τις φυσιολογικές και παθολογικές καταστάσεις του κυκλοφορικού συστήματος.
2. Να γνωρίσετε τις ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις, ώστε να προσφέρετε την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα πριν και μετά από αυτές.
3. Να κατανοήσετε τα βασικά σημεία και συμπτώματα του καρδιολογικού αρρώστου.
4. Να ευαισθητοποιηθείτε στον τρόπο προσέγγισης και φροντίδας των αρρώστων με καρδιαγγειακά νοσήματα.

1. Ανασκόπηση Ανατομίας και Φυσιολογίας του Κυκλοφορικού Συστήματος

Δύο είναι οι βασικές του λειτουργίες του κυκλοφορικού συστήματος: α) η μεταφορά οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών σε όλα τα κύτταρα του οργανισμού και β) η απομάκρυνση του διοξειδίου του άνθρακα και άχρηστων προϊόντων μεταβολισμού από τα κύτταρα.

Τα βασικά όργανα που απαρτίζουν το κυκλοφορικό σύστημα είναι η καρδιά και τα αγγεία (αιμοφόρα και λεμφοφόρα).

Η καρδιά (εικ. 41)

Είναι κοίλο μυώδες όργανο και βρίσκεται στο μεσοπνευμόνιο χώρο.

Τα τοιχώματα της καρδιάς είναι από έξω προς τα μέσα, το περικάρδιο, το μυοκάρδιο και το ενδοκάρδιο.

Εσωτερικά αποτελείται από τέσσερις χώρους. Επάνω τους δύο κόλπους αριστερό και δεξιό, και κάτω τις δύο κοιλίες, αριστερή και δεξιά. Η καρδιά χωρίζει τον αριστερό κόλπο και κοιλία από το



Εικ. 41 Η καρδιά.

δεξιό κόλπο και κοιλία, με το μεσοκοιλιακό και μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Η αριστερή καρδιά δέχεται αρτηριακό αίμα από τους πνεύμονες και η δεξιά καρδιά φλεβικό αίμα από την περιφέρεια. Σε παθολογικές καταστάσεις μόνο υπάρχει επικοινωνία μεταξύ δεξιών και αριστερών χώρων. Στο δεξιό κόλπο φτάνει η άνω και κάτω κοίλη φλέβα και ο στεφανιαίος κόλπος. Στον αριστερό κόλπο εκβάλλουν οι τέσσερις πνευμονικές φλέβες (έχουν αρτηριακό αίμα). Από τη δεξιά κοιλία ξεκινά η πνευμονική αρτηρία (έχει φλεβικό αίμα) και από την αριστερή κοιλία ξεκινά η αορτή και ένας κλάδος της αιματώνει το όργανο της καρδιάς με τις στεφανιαίες αρτηρίες.

Οι κόλποι και οι κοιλίες επικοινωνούν με τις κολποκοιλιακές βαλβίδες. Η αριστερή βαλβίδα ονομάζεται διγλώχινα και η δεξιά τριγλώχινα. Στην αρχή της πνευμονικής αρτηρίας και αορτής είναι οι μηννοειδείς βαλβίδες.

Τα αγγεία που αιματώνουν την καρδιά είναι οι στεφανιαίες αρτηρίες (δεξιά, αριστερά και περισπωμένη) και, όταν μετατρέπονται σε φλέβες, συνενώνονται και σχηματίζουν

το στεφανιαίο κόλπο, που εκβάλλει στο δεξιό κόλπο, μαζί με τις άνω και κάτω κοίλες φλέβες. Η καρδιά στέλνει αίμα στους πνεύμονες και στην περιφέρεια περίπου 60 - 80 φορές το λεπτό.

Κάθε διαταραχή στην παραγωγή και μεταβίβαση των νευρικών διεγέρσεων στα καρδιακά κέντρα έχει επιπτώσεις στην καρδιακή λειτουργία και στη συχνότητα των καρδιακών παλμών. Όταν το μυοκάρδιο για παράδειγμα δε λειτουργεί σαν συγκροτημένη μυϊκή ομάδα αλλά σαν αποδιοργανωμένο σύνολο μυϊκών ινών, έχουμε πτερυγισμό ή μαρμαρυγή κόλπων ή κοιλιών.

Ο καρδιακός παλμός ή σφυγμός έχει τρεις φάσεις: 1) τη φάση συστολής των κόλπων, 2) τη φάση συστολής των κοιλιών, και 3) την καρδιακή παύλα.

Τα αιμοφόρα αγγεία

Στα αιμοφόρα αγγεία ανήκουν οι αρτηρίες, οι φλέβες και τα τριχοειδή αγγεία (αρτηρίδια και φλεβίδια). Είναι διασκορπισμένα σε όλο το ανθρώπινο σώμα. Αρτηρίες είναι τα αγγεία που απάγουν το αίμα από την καρδιά. Αντίθετα φλέβες είναι τα αγγεία που φέρνουν το αίμα στην καρδιά. Μεταξύ των αρτηριών και φλεβών παρεμβάλλονται τα τριχοειδή. Η καρδιά και το αγγειακό δίκτυο είναι ένα κλειστό σύστημα.

Μεγάλη κυκλοφορία του αίματος

Έχει ως σκοπό την μεταφορά O_2 και θρεπτικών ουσιών στα κύτταρα του οργανισμού. Ξεκινά από την αριστερή κοιλία μέσω της αορτής και των κλάδων της και φτάνει σε όλα τα κύτταρα αρτηριακό αίμα. Αφού δώσει O_2 και θρεπτικές ουσίες, παίρνει CO_2 και άχρηστα προϊόντα μεταβολισμού και μετατρέπεται σε φλεβικό αίμα. Επιστρέφει στο δεξιό κόλπο με τους κλάδους της άνω και κάτω κοίλης φλέβας (το ίδιο συμβαίνει και με τις στεφανιαίες αρτηρίες που ξεκινούν από αριστερή κοιλία και καταλήγουν με το στεφανιαίο κόλπο στο δεξιό κόλπο).

Μικρή κυκλοφορία του αίματος

Το φλεβικό αίμα ξεκινά από τη δεξιά κοιλία μέσω της πνευμονικής αρτηρίας και των κλάδων της και φτάνει στην αναπνευστική μεμβράνη (τριχοειδές και τοίχωμα κυψελίδας) των πνευμόνων, για να αποβάλλει το CO_2 . Έτσι μετατρέπεται το φλεβικό αίμα σε αρτηριακό και επιστρέφει με τις τέσσερις πνευμονικές φλέβες στον αριστερό κόλπο. Σκοπός της μικρής κυκλοφορίας είναι η μετατροπή του φλεβικού αίματος σε αρτηριακό και η αποβολή του CO_2 μέσω των πνευμόνων.

2. Ειδικές Διαγνωστικές Εξετάσεις

Για την αξιολόγηση της λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος απαιτούνται η λήψη ιστορικού (ιατρικού και νοσηλευτικού), η κλινική εξέταση (φυσική εξέταση) και ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις.

1. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ). Είναι η πιο συνηθισμένη εξέταση. Ο ηλεκτροκαρδιογράφος, το ειδικό μηχάνημα, καταγράφει τα ηλεκτρικά δυναμικά της καρδιάς μέσω των ηλεκτροδίων του, που τοποθετούνται στον άρρωστο. Δίνει πληροφορίες για τον καρδιακό ρυθμό, τον καρδιακό παλμό, και για παθολογικές καταστάσεις όπως έμφραγμα μυοκαρδίου, περικαρδίτιδα, αρρυθμίες κ.ά. Ο άρρωστος κατά τη λήψη του ΗΚΓτος είναι σε ύπτια θέση, με ελεύθερο θώρακα και λευχήματα. (εικ. 42)

2. Η τηλεακτινογραφία καρδιάς δίνει πληροφορίες για το μέγεθος της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων καθώς και παραμορφώσεις τους.

3. Το υπερηχοκαρδιογράφημα (μονοδιάστατο και δισδιάστατο). Με τη βοήθεια των υπερήχων ελέγχονται οι κοιλότητες της καρδιάς, η αύξηση του περικαρδιακού υγρού, οι βαλβίδες, η συσταλτικότητα του μυοκαρδίου κ.λπ. Με ειδικό ενδοσκόπιο γίνεται μέσω του οισοφάγου διοισοφάγειο ηχοκαρδιογράφημα. Ο ασθενής χρειάζεται να είναι νηστικός. Αν χρειασθεί, εξασφαλίζεται και ανοικτή ενδοφλέβια οδός με καθετήρα.

4. Το ηχοκαρδιογράφημα Doppler μετρά την ταχύτητα και την κατεύθυνση ροής του αίματος. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στις βαλβιδοπάθειες και συγγενείς καρδιοπάθειες (δηλ. αυτές που δημιουργήθηκαν στην ενδομήτρια περίοδο).

5. Το φωνοκαρδιογράφημα με τη βοήθεια ειδικού μικροφώνου και ταυτόχρονη λήψη ΗΚΓ συλλέγονται οι δονήσεις των καρδιακών ήχων. Ιδιαίτερα χρήσιμο σε φλεγμονές του περικαρδίου, βαλβιδοπάθειες κ.ά.

6. ΗΚΓ HOLTER. Ο άρρωστος φέρει ειδική συσκευή για ένα 24ωρο όπου καταγράφει ΗΚΓ κατά τακτά διαστήματα σε μαγνητοταινία, ενώ ο εξεταζόμενος δραστηριοποιείται



Εικ. 42 Ηλεκτροκαρδιογράφος.

όπως στην καθημερινή πρακτική. Σημαντική εξέταση για τη διάγνωση των καρδιακών αρρυθμιών και «σιωπηρής» ισχαιμίας του μυοκαρδίου.

7. Δοκιμασία κόπωσης. Ο εξεταζόμενος τοποθετείται σε εργομετρικό ποδήλατο ή κυλιόμενο τάπητα, όπου προοδευτικά αυξάνεται η κόπωση με αύξηση ταχύτητας ή ανωφέρειας, ενώ ταυτόχρονα καταγράφεται με ΗΚΓ η καρδιακή λειτουργία, η αρτηριακή πίεση (Α.Π.), η εμφάνιση ή επιδείνωση θωρακικού πόνου, η θερμοκρασία του δέρματος και ο σφυγμός. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενημερώνει τον άρρωστο πριν την εξέταση. Την προηγούμενη ημέρα δίδεται ελαφρύ γεύμα και μετά τα μεσάνυχτα σταματά και η λήψη υγρών. Γίνεται ΗΚΓ προ της εξέτασης σε ηρεμία και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία. Κατά την εξέταση φορά κάλτσες και έχει το θώρακα ελεύθερο. Φορά άνετα ρούχα. Ο άρρωστος σε όλη τη διάρκεια της εξέτασης είναι συνδεδεμένος με ηλεκτρόδια, όπως στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, με τη διαφορά ότι οι απαγωγές των ποδιών είναι στο θώρακα. Μετά από αυτή συνιστάται ανάπαυση, αποφυγή καπνίσματος και έκθεσης στο κρύο. Πάντα υπάρχει στο χώρο που γίνεται η εξέταση τρόλεϊ εκτάκτων αναγκών. Εξοπλισμένο με όλα τα φάρμακα και απαραίτητα όργανα και σετ. (εικ. 43)



Εικ. 43 Τροχήλατο έκτακτης ανάγκης.

8. Δοκιμασία κόπωσης με θάλλιο. Η διαφοροποίηση από την προηγούμενη εξέταση είναι ότι προ της εξέτασης χορηγείται ενδοφλέβια θάλλιο, το οποίο συγκεντρώνεται εκλεκτικά στο μυοκάρδιο (ραδιενεργός ουσία που μέσω της κυκλοφορίας του αίματος φθάνει στο μυοκάρδιο). Με ειδικές κάμερες γίνονται λήψεις σε 2 - 4 ώρες προ και μετά τη δοκιμασία στο εργαστήριο πυρηνικής ιατρικής, για να φανεί αν αιματώνεται το μυοκάρδιο πριν και μετά τη δοκιμασία κόπωσης.

9. Εξετάσεις αίματος, όπως π.χ. ο προσδιορισμός των ενζύμων που βοηθούν για τη διάγνωση του εμφράγματος μυοκαρδίου. Αυτά είναι το CPK (κρεατινοφωσφοκινάση), SGOT (γλουταμινική οξaloξική τρανσαμινάση), LDH (γαλακτική αφυδρογονάση), MB - CPK (μυοκαρδιακό ισοένζυμο). Αυτά απελευθερώνονται στο αίμα, σε διαφορετικούς χρόνους μετά το έμφραγμα.

10. Ο καθετηριασμός της καρδιάς (Δεξιός ή Αριστερός). Ο δεξιός καθετηριασμός μελετά τις συνθήκες των δεξιών κοιλοτήτων και αγγείων αυτών. Το ίδιο και ο αριστερός καθετηριασμός. Η εξέταση γίνεται στα αιμοδυναμικά εργαστήρια, με εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει σοβαρές επιπλοκές (αρρυθμίες, έμφραγμα μυοκαρδίου, θρομβοφλεβίτιδα, διάτρηση μεγάλων αγγείων κ.λπ.).

11. Η στεφανιογραφία (στεφανιαία αρτηριογραφία). Αυτή η εξέταση γίνεται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο με ειδικό καθετήρα που φθάνει στις στεφανιαίες αρτηρίες μέσω αορτής και με τη βοήθεια ακτινοσκοπικού μηχανήματος. Ακολουθεί έγχυση ακτινοσκοπικής ουσίας και λήψη ακτινογραφιών. Είναι αξιόπιστη εξέταση, γιατί καθορίζει την έκταση και το σημείο βλάβης της αρτηρίας που αιματώνει το μυοκάρδιο, ώστε να οδηγηθεί ο άρρωστος σε καρδιοχειρουργική επέμβαση. Αφού ενημερωθεί ο άρρωστος, την προηγούμενη ημέρα γίνονται ΗΚΓ και εξετάσεις αίματος. Δίδονται ιατρικές οδηγίες για τα φάρμακα που θα διακοπούν προ της εξέτασης. Την ημέρα που θα γίνει η εξέταση ο άρρωστος είναι νηστικός. Συνδέεται με monitor, για να παρακολουθείται ΗΚΓκά. Με τον ενδοφλέβιο καθετήρα χορηγούνται φάρμακα και οροί (κυρίως αντιπηκτικά φάρμακα για αποφυγή θρομβοεμβολικών επεισοδίων). Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις αρχές άσηπτης τεχνικής κατά τη στεφανιογραφία. Μετά την εξέταση περιορίζονται οι δραστηριότητες για 12 h, μετράμε ζωτικά σημεία κάθε 15 min και φροντίζουμε μετά από τις πρώτες 4 h να φάει. Παρακολουθούμε και ελέγχουμε για ενδεχόμενη αιμορραγία.

3. Συμπτώματα και Σημεία Καρδιακών Νοσημάτων

Τα συμπτώματα (τι αισθάνεται ο αρρώστος - υποκειμενικά) και τα σημεία (αντικειμενικά ευρήματα) των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι:

1. Δύσπνοια: Αυτή μπορεί να έχει τις εξής μορφές:

- ◆ Δύσπνοια προσπάθειας, παρατηρείται δύσπνοια μετά από μέτρια προσπάθεια του αρρώστου και υποχώρησή της, αφού αυτός αναπαυθεί.
- ◆ Ορθόπνοια που συμβαίνει, όταν δυσκολεύεται ν' αναπνεύσει σε ύπτια θέση και διευκολύνεται η αναπνοή σε όρθια θέση.
- ◆ Παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια είναι η ξαφνική δυσφορία του ατόμου τη νύχτα, ενώ είναι ξαπλωμένο.
- ◆ Αναπνοή Cheyne-Stokes δηλ. περιοδική αναπνοή με βαθμιαία αύξηση του βάθους της αναπνοής και βαθμιαία μείωση μέχρι άπνοιας. Χρειάζεται προσοχή από το νοσηλευτικό προσωπικό να ενημερώσει το θεράποντα γιατρό και να καταγράψει ποιοι παράγοντες δυσκολεύουν τον αρρώστο, τότε έχει δύσπνοια, σε ποια θέση και τι χρώμα δέρματος έχει (π.χ. κυάνωση ή ωχρότητα).

2. Προκάρδιος πόνος (θωρακικός) παρατηρείται έντονος πόνος στην ισχαιμία και στο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Προσοχή στη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων (δίδεται συνήθως μορφίνη και παράγωγά της). Καταγράφονται οι χαρακτήρες του πόνου, δηλαδή πόση ώρα διαρκεί, πότε, πού και πώς εμφανίζεται, ποιοι παράγοντες τον βελτιώνουν. Το περιβάλλον ασκεί θεραπευτική επίδραση καθώς και η ηρεμία του ατόμου (μείωση επισκεπτηρίου).

3. Αίσθημα παλμών σημαίνει συνειδητοποίηση της καρδιακής συστολής, τις περισσότερες φορές λόγω άγχους, θυρεοειδοπαθειών, καρδιακών αρρυθμιών και καρδιακής ανεπάρκειας.

4. Οίδημα γενικευμένο ή τοπικό. Σε αυτούς τους αρρώστους μετράμε καθημερινά το βάρος του αρρώστου και γίνονται εξετάσεις αίματος Hb, λευκώματος κ.ά. Σε περιπατητικούς αρρώστους εξετάζουμε το οίδημα στις ποδοκνημικές αρθρώσεις και στους κλινήρεις ελέγχουμε αν έχουν οίδημα στην οσφυϊκή μοίρα. Γίνεται ιδιαίτερη φροντίδα για πρόληψη κατακλίσεων, αυστηρή μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και προσεκτική τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Η διαίτα του αρρώστου είναι άναλος.

5. Βήχας. Προσέχουμε αν είναι ξηρός ή παραγωγικός με παρουσία ροδόχρωων πτυέλων και τότε παρουσιάζεται.

6. Κυάνωση που οφείλεται στην κακή αιμάτωση των ιστών. Αν είναι κεντρική, όλο το δέρμα του ασθενούς είναι κυανό, σε περιφερική, τα άκρα είναι κυανά (χέρια, νύχια, χείλη, αυτιά, μύτη).

7. Ωχρότητα, στα άκρα σημαίνει ελαττωμένη καρδιακή παροχή.

8. Αίσθημα κόπωσης λόγω μειωμένης αιμάτωσης στους μυς που ασκούνται. Το άτομο με καρδιακή ανεπάρκεια προοδευτικά δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και κουράζεται εύκολα. Προσοχή σε αυτούς τους αρρώστους να μην παραμεληθούν ή παρεξηγηθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό.

9. Κοιλιακός πόνος (σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου).

10. Πυρετός (σε έμφραγμα μπορεί να είναι 38° C, σε φλεγμονές της καρδιάς είναι παρατεταμένος).

11. Διάταση φλεβών τραχήλου σε καθιστή θέση.

12. Πληκτροδακτυλία (κυρίως σε συγγενείς καρδιοπάθειες).

13. Ίκτερος (σε δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια).

14. Λιποθυμική κρίση ή απώλεια συνείδησης (σε κολποκοιλιακό αποκλεισμό). Ο άρρωστος αναήπτει συνήθως σε ύπτια θέση στο έδαφος.

Η ανωτέρω αναφορά σημείων και συμπτωμάτων εξατομικεύεται στους αρρώστους ανάλογα με το άτομο και το είδος της καρδιακής πάθησης.

4. Καρδιακή Ανεπάρκεια - Οξύ Πνευμονικό Οίδημα - Νοσηλευτική Φροντίδα

Όταν η καρδιά ανεπαρκεί, αδυνατεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις του οργανισμού, είτε στην προσπάθεια είτε στην ηρεμία. Αυτό συμβαίνει, διότι μειώνεται η συσταλτικότητα του μυοκαρδίου και χαλαρώνει.

Υπάρχουν δύο μορφές καρδιακής ανεπάρκειας: η αντιρροπούμενη και η μη αντιρροπούμενη.

Η αντιρρόπηση της καρδιακής λειτουργίας, για να ανταποκριθεί, μπορεί να γίνει με αύξηση της καρδιακής συχνότητας, αύξηση έντασης συστολής του μυοκαρδίου, διάταση και υπερτροφία της καρδιάς, περιφερική αγγειοσύσπαση, κατακράτηση νερού και νατρίου.

Η μη αντιρρόπηση της καρδιακής λειτουργίας παρά την επιστράτευση των αντιρροπούμενων μηχανισμών είναι η καρδιακή κάμψη ακόμη και σε συνηθισμένες δραστηριότητες ή ηρεμία.

Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να είναι αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια, δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια και ολική καρδιακή ανεπάρκεια.

Αίτια Κ.Α.

- ⇒ Συγγενείς καρδιοπάθειες.
- ⇒ Μυοκαρδιοπάθειες, βαλβιδοπάθειες, περικαρδίτιδες.
- ⇒ Καρδιακές αρρυθμίες.
- ⇒ Υπέρταση - στεφανιαία νόσος.
- ⇒ Παχυσαρκία.
- ⇒ Υπερθυρεοειδισμός.
- ⇒ Μείωση ή διακοπή φαρμάκων.
- ⇒ Υπερφόρτωση κυκλοφορίας (μεταγγίσεις, I.V. χορήγηση υγρών, κατακράτηση Na).
- ⇒ Αναιμίες.
- ⇒ Λοιμώξεις, stress.
- ⇒ Νοσήματα κολλαγόνου.

Αριστερή Καρδιακή Ανεπάρκεια

Στην αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια υπάρχει αιμοδυναμική διαταραχή της μικρής κυκλοφορίας, γιατί δεν επαρκεί η αριστερή κοιλία να εξωθήσει το αίμα στην περιφέρεια και κατ' επέκταση αυξάνεται η πίεση στον αριστερό κόλπο και πνευμονικές φλέβες.

Ο άρρωστος, ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης, μπορεί να έχει ταχυκαρδία, εύκολη κόπωση, ταχύπνοια και δύσπνοια. Η δύσπνοια οφείλεται στην πνευμονική συμφόρηση και μπορεί να εκδηλωθεί με τρεις μορφές: α) δύσπνοια προσπάθειας, β) νυκτερινή παροξυσμική δύσπνοια ή καρδιακό άσθμα και γ) πνευμονικό οίδημα.

Η α και β μορφή εμφανίζονται ανάλογα με την προσπάθεια και το βαθμό βαρύτητας της αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας.

Το καρδιακό άσθμα εμφανίζεται στον ύπνο. Ο άρρωστος ξυπνάει ανήσυχος, με ταχύπνοια και στέκεται στο κρεβάτι του επί μισή ώρα περίπου, για να διευκολυνθεί, διότι έτσι περιορίζεται η φλεβική επαναφορά. Συστήνεται στον άρρωστο να αποφεύγει το βαρύ νυκτερινό γεύμα.

Οξύ Πνευμονικό Οίδημα

Στο οξύ πνευμονικό οίδημα αδυνατεί η αριστερή κοιλία να εξωθήσει το αίμα στην περιφέρεια, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πίεση στα πνευμονικά τριχοειδή και να δημιουργείται εξίδρωση στις κυψελίδες. Αποτέλεσμα είναι η ορθόπνοια που συνοδεύεται με ταχύπνοια, ροζ αφρώδη πτύελα, ανησυχία, ωχρότητα και κυάνωση. Στην αρχή του πνευμονικού οιδήματος ο άρρωστος έχει υπέρταση. Στο τέλος μπορεί να παρουσιάσει shock λόγω πτώσης της Α.Π. Αυτή η κατάσταση απαιτεί επείγουσα μεταφορά στο νοσοκομείο και άμεση ιατρονοσηλευτική αντιμετώπιση.

Νοσηλευτική Φροντίδα

Ο άρρωστος τοποθετείται σε καθιστική θέση, για να διευκολυνθεί η αναπνοή του, με το ερεισίνωτο ή με μαξιλάρια, του χορηγούμε O_2 με ρινικό καθετήρα ή μάσκα Venturi σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Εξασφαλίζεται ανοικτή φλεβική οδός με καθετήρα και χορηγούνται τα κατάλληλα φάρμακα ενδοφλεβίως όπως διουρητικά, βρογχοδιασταλτικά, δακτυλίτιδα, μορφίνη, αγγειοδιασταλτικά και διττανθρακικό νάτριο. Δώστε προσοχή στη χορήγηση και καταμέτρηση των φαρμάκων, καταγράψτε με ακρίβεια αυτά. Γίνεται καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως, μετρώνται τα αποβαλλόμενα υγρά σε ειδικό δελτίο και ελέγχεται έμμεσα η νεφρική λειτουργία.

Γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων.

Για τη μείωση της φλεβικής επαναφοράς στην καρδιά και τη μείωση του καρδιακού έργου μπορεί να γίνει «λευκή αφαίμαξη», δηλαδή δένονται με ελαστικούς επιδέσμους τα τρία από τα τέσσερα άκρα, αρκετά σφιχτά, ώστε να εμποδίζεται η φλεβική αλλά όχι η αρτηριακή κυκλοφορία. Ανά 15 min απελευθερώνεται εκ περιτροπής ένα από τα δεμένα άκρα και γίνεται κυκλικά η στάση της κυκλοφορίας του αίματος. Μπορεί να εφαρμοστεί και αυτόματη συσκευή από το εμπόριο.

Σε επείγουσα κατάσταση, ο άρρωστος μεταφέρεται στην καρδιολογική μονάδα εντατικής θεραπείας με ενδοτραχειακή διασωλήνωση και συνδέεται με αναπνευστήρα. Στη μονάδα γίνονται αιμοληψίες για βιοχημικό έλεγχο και αέρια αρτηριακού αίματος. Κατά τη φροντίδα των αρρώστων πρωταρχικό μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η εξατομίκευση της νοσηλευτικής φροντίδας τους και η δημιουργία θεραπευτικού και ήρεμου περιβάλλοντος, με μείωση των εντάσεων που δημιουργούνται συνήθως στον άρρωστο, στους συγγενείς και στο προσωπικό της μονάδας.

Δεξιά Καρδιακή Ανεπάρκεια

Στη δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια αδυνατεί η δεξιά κοιλία να ανταποκριθεί στο έργο της, ώστε να προωθήσει προς τους πνεύμονες το αίμα που επιστρέφει από τη μεγάλη κυκλοφορία. Αποτέλεσμα είναι η υπερτροφία του δεξιού μυοκαρδίου, η αύξηση της πίεσης στους πνεύμονες, σπλάχνα, κάτω άκρα και στα περιφερικά αγγεία.

Ο ασθενής παρουσιάζει διάταση των φλεβών του τραχήλου, συμφορητική ηπατομεγαλία, ευαισθησία κατά την πίεση του διογκωμένου ήπατος, υποδόριο οίδημα που αρχίζει από τα σφυρά το απόγευμα και μειώνεται με την κατάκλιση. Το οίδημα στους κλινήρεις αρρώστους εμφανίζεται στην οσφυϊκή μοίρα. Η επιδείνωση προκαλεί ασκίτη (δηλαδή διίδρωση υγρού από το ήπαρ λόγω διογκωμένων ηπατικών φλεβών), εύκολη κόπωση, ψυχρά και ωχρά άκρα, ολιγουρία, κυάνωση και δύσπνοια με έντονο το αίσθημα του επικείμενου θανάτου.

Η σπλαχνική συμφόρηση προκαλεί ναυτία, εμέτους, δυσκοιλιότητα και ανορεξία. Μερικές φορές προκαλούνται ζάλη, σύγχυση, αϋπνία, ή υπνηλία, λόγω εγκεφαλικής ισχαιμίας και πιθανών θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

Η ολική καρδιακή ανεπάρκεια είναι το αποτέλεσμα της αριστερής και δεξιάς ανεπάρκειας και παρουσιάζει κλινική εικόνα και από τις δύο παθήσεις. Συνήθως ο άρρωστος πεθαίνει από οξύ πνευμονικό οίδημα, αρρυθμίες, εγκεφαλική αιμορραγία ή θρόμβωση.

Επιπλοκές

- ⇒ Εμβολές πνευμονικές ή αρτηριακές.
- ⇒ Πνευμονικές λοιμώξεις.
- ⇒ Ηλεκτρολυτικές διαταραχές.
- ⇒ Τοξικότητα από τα φάρμακα (π.χ. δακτυλίτιδα).
- ⇒ Ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια.

Θεραπεία - Νοσηλευτική Φροντίδα Κ.Α.

Η θεραπευτική αγωγή είναι φαρμακευτική. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ιδιαίτερα προσεκτικό στη χορήγηση αυτών και την παρακολούθηση του αρρώστου για παρενέργειες. π.χ. η δακτυλίτιδα παρουσιάζει εύκολα τοξικές ενέργειες. Οι ασθενείς είναι ευάλωτοι στην αυξημένη του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος και στις ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά την ίδια ώρα, με τα ίδια ρούχα. Μετράμε ζωτικά σημεία και προσλαμβανόμενα αποβαλλόμενα υγρά. Γίνεται καταγραφή αυτών. Δίνουμε προσοχή στη λήψη νιτρωδών και άλλων αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων, διότι προκαλούν ορθοστατική υπόταση ή αλλεργικές εκδηλώσεις.

Αν ο άρρωστος παρουσιάζει αύξηση υγρού στην περικαρδιακή, περιτοναϊκή ή υπεζωκοτική κοιλότητα, γίνεται ανακουφιστική παρακέντηση.

Η διαιτητική αγωγή του αρρώστου είναι άναλος δίαιτα με ελαφρά, μικρά και συχνά γεύματα.

Χειρουργικά αντιμετωπίζεται σπάνια με μεταμόσχευση καρδιάς ή καρδιομυοπλαστική με βηματοδότηση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, πέρα από τις άμεσες νοσηλευτικές ενέργειες, μπορεί να εκπαιδεύσει τον άρρωστο και την οικογένειά του στην αλλαγή τρόπου ζωής μετά από την ανάρρωση. Συγκεκριμένα:

- ⇒ Συστήνεται στον άρρωστο να ξεκουράζεται και να ηρεμεί κατά τη διάρκεια του 24ώρου.
- ⇒ Να αποφεύγει λιπαρές τροφές, κάπνισμα και καθιστική ζωή. Ν' ακολουθεί τις διαιτητικές οδηγίες (άναλο δίαιτα, χαμηλών θερμίδων, μικρά και συχνά γεύματα).
- ⇒ Να εφαρμόζει καθημερινό περίπατο, εφόσον του το επιτρέψει ο γιατρός.
- ⇒ Να ακολουθεί πιστά τη φαρμακευτική αγωγή.
- ⇒ Να απασχολείται δημιουργικά, για να αποσπάται η σκέψη του από τη νόσο.
- ⇒ Να αποφεύγει την έκθεσή του σε ακραίες θερμοκρασίες.

5. Στεφανιαία Νόσος

α. Στηθάγχη

β. Έμφραγμα του μυοκαρδίου

Η καρδιά απαιτεί περισσότερη αιμάτωση από τις στεφανιαίες αρτηρίες κατά την άσκηση, συναισθηματική ή πνευματική ένταση, φυσιολογικά λόγω αυξημένων απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε ενέργεια και οξυγόνο. Όταν όμως κάποιο τμήμα της στεφανιαίας αρτηρίας στενεύει, το αντίστοιχο τμήμα του μυοκαρδίου που αιματώνεται απ' αυτό αδυνατεί να ανταπεξέλθει σε συνθήκες αυξημένων απαιτήσεων ενέργειας και O_2 . Το τμήμα είναι ισχαιμικό και εκδηλώνει αυτή την ανεπάρκεια με πόνο στο στήθος που ονομάζεται στηθάγχη. Υπάρχουν δύο είδη στηθάγχης. Η *σταθερή* στηθάγχη όπου ο πόνος διαρκεί 3-5 min και η *ασταθής* που ο πόνος διαρκεί 3-30 min. Ο χαρακτήρας και η επέκταση του πόνου ποικίλλουν. Συνήθως είναι συσφιγκτικός, διαξιφιστικός, απλώνεται από το στέρνο στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, στους ώμους, στο λαιμό και στο αριστερό χέρι.

Ο στηθαγχικός πόνος φεύγει τελείως, όταν η καρδιά επανέλθει σε κατάσταση ηρεμίας και χορηγηθούν νιτρώδη φάρμακα.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής εμφανίζει στηθαγχικό πόνο που διαρκεί περισσότερο από 30 min, πιο έντονο και δεν υποχωρεί με την ανάπαυση ή τη λήψη υπογλώσσιων νιτρωδών φαρμάκων. Αυτό συμβαίνει, επειδή τμήμα των στεφανιαίων αγγείων αποφράσσεται τελείως, με αποτέλεσμα να μην αιματώνεται το αντίστοιχο τμήμα του μυοκαρδίου, να πάθει ισχαιμία και μετά νέκρωση. Συνέπεια αυτών είναι η πρόκληση σοβαρών αρρυθμιών που ενοχοποιούνται κατά 50% για τους θανάτους από έμφραγμα του μυοκαρδίου τις πρώτες 6 ώρες από την εμφάνιση του στηθαγχικού πόνου. Η αγγειοσύσπαση είναι μια άλλη αιτία ισχαιμικού επεισοδίου.

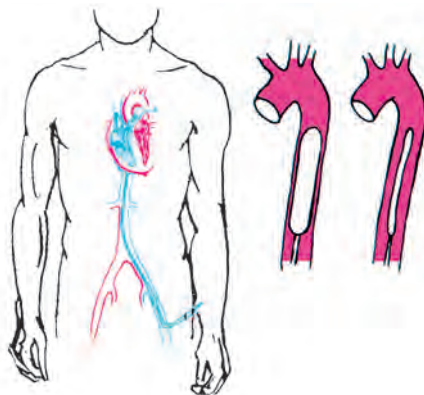
Πρόληψη στεφανιαίας νόσου

- > Αποφυγή καπνίσματος από τη μικρή ηλικία.
- > Ρύθμιση υπέρτασης κυρίως με υγιεινοδιαιτητική αγωγή.
- > Μείωση λιπαρών τροφών (κυρίως κεκορεσμένων λιπαρών οξέων).
- > Συστηματική σωματική άσκηση (περπάτημα - κολύμπι).

- Περιορισμένη χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων σε γυναίκες άνω των 35 ετών, καπνίστριες με ιστορικό στεφανιαίας νόσου.
- Θετική σκέψη και απαλλαγή άγχους.

Αντιμετώπιση στεφανιαίας νόσου

- Υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες.
- Φαρμακευτική αγωγή που περιλαμβάνει τα νιτρώδη, β αναστολείς, αναστολείς του Ca^{++} , ασπιρίνη, θρομβολυτικά.
- Αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αρτηριών ή ενδοστεφανιαία stents (παραμένουν στο αγγείο μετά την αγγειοπλαστική).
- Αορτοστεφανιαία παράκαμψη (by pass).



Σχήμα 6

Με την αγγειοπλαστική το στενωμένο αγγείο μπορεί να ανοίξει με ένα μικρό μπαλόνι το οποίο περνά ξεφουσκωμένο από τη στενωμένη αρτηρία (σχήμ. 6). Στη συνέχεια φουσκώνουν το μικρό μπαλόνι στο σημείο που η στεφανιαία αρτηρία έχει βλάβη και έτσι ανοίγει και αποκαθίσταται η ροή του αίματος.

Τις πρώτες 3-6 ώρες του εμφράγματος η αγγειοπλαστική συνδυάζεται με χορήγηση στρεπτοκινάσης που είναι θρομβολυτικό φάρμακο και προκαλείται επαναιμάτωση της θρομβωμένης αρτηρίας.

α) Νοσηλευτική Φροντίδα σε στηθαγχική κρίση Σε στηθαγχική κρίση:

- ⇒ Διακόπτεται κάθε δραστηριότητα την ώρα της κρίσης και τοποθετείται σε αναπαυτική θέση, με χαλαρωμένα ρούχα.
- ⇒ Χορηγούνται φάρμακα με ιατρική οδηγία (γραπτή).
- ⇒ Καταγραφή για το χαρακτήρα του πόνου.
- ⇒ Χορήγηση O_2 με γραπτή ιατρική οδηγία.
- ⇒ Λήψη ΗΚΓτος και σύνδεση με monitor για συνεχή παρακολούθηση (εικ. 44).
- ⇒ Καταγραφή ζωτικών σημείων.



Εικ. 44 Μόνιτορ συνεχούς καταγραφής ζωτικών σημείων.

- ⇒ Αποφυγή σίτισης του αρρώστου από το στόμα, όσο πονά.
- ⇒ Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος και εμπιστοσύνης στο έργο μας από τον άρρωστο και τους οικείους του.
- ⇒ Διδασκαλία του αρρώστου που περιλαμβάνει τις οδηγίες για τους στεφανιαίους αρρώστους.

β) Νοσηλευτική φροντίδα εμφραγματία σε Μ.Ε.Θ.

Η εντατική παρακολούθηση, η έγκαιρη αναγνώριση και η άμεση αντιμετώπιση των επιπλοκών είναι καθοριστικοί παράγοντες, για να ζήσει ο άρρωστος. Πρωταρχικό μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να είναι η ετοιμότητα και ο σεβασμός της προσωπικότητας του κάθε αρρώστου. Η μεγάλη προσοχή στην καλή συνεργασία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού έχει θετικά αποτελέσματα στην πορεία του αρρώστου. Συγκεκριμένα το νοσηλευτικό προσωπικό:

- ⇒ Εξασφαλίζει κλίμα εμπιστοσύνης στον άρρωστο και στους επισκέπτες, τους ενημερώνει για το περιορισμένο επισκεπτήριο.
- ⇒ Τοποθετεί τον άρρωστο σε ημικαθιστική θέση, αν έχει δύσπνοια και ύπτια θέση, αν έχει shock. Χαλαρώνει τα ρούχα του.
- ⇒ Χορηγεί O_2 σύμφωνα με τις γραπτές ιατρικές οδηγίες.
- ⇒ Φροντίζει για την ετοιμασία απαραίτητου υλικού για τον καθετηριασμό φλεβικής γραμμής (περιφερική-κεντρική).
- ⇒ Συνδέει τον άρρωστο με monitor για συνεχή ΗΚΓκό έλεγχο.
- ⇒ Προσέχει στη χορήγηση φαρμάκων. Συνήθως αποφεύγονται οι ενδομυϊκές ενέσεις, διότι αυξάνονται τα επίπεδα του ενζύμου CPK.
- ⇒ Μετρά τα ζωτικά σημεία, τα αξιολογεί και τα καταγράφει. Τις πρώτες τέσσερις (4) ώρες μετρώνται κάθε 30 min. Μετά επί 48ώρου ανά 2ωρο και στη συνέχεια ανά 4ωρο.
- ⇒ Όσον αφορά στη διατροφή του εμφραγματία: Τις πρώτες 4 ώρες ο ασθενής είναι νηστικός. Μετά η διαίτα είναι υδρική - χορηγούνται μέχρι 2000 cc/24 h. Τις πρώτες 2-3 ημέρες είναι υποθερμιδική. Ανάλογα με την εξέλιξη της νόσου από την τέταρτη ημέρα δίδεται ελαφρά διαίτα σε μικρές ποσότητες και θερμοκρασία δωματίου. Αποφεύγονται τσάι, καφές, ψυχρά ή ζεστά ροφήματα.
- ⇒ Αποφεύγει την ένταση, το θόρυβο και τα σχόλια για τον άρρωστο. Αφήνει τον άρρωστο να εκφράσει τις ανησυχίες του και τις απορίες του.

- ⇒ Μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.
- ⇒ Φροντίζει για τον παρακλινικό έλεγχο του αρρώστου και συνεργάζεται με τις άλλες υπηρεσίες του Νοσοκομείου.
- ⇒ Αν χρειαστεί, σε δυσκοιλιότητα χορηγείται υπακτικό. Σε δυσουρία (δυσκολία στην ούρηση) τοποθετείται ουροκαθετήρας.
- ⇒ Αρχίζει τη σταδιακή κινητοποίηση του αρρώστου, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Αυτό συμβαίνει, όταν σταματήσει ο πόνος.
- ⇒ Η εκπαίδευση του ασθενούς έχει ως σκοπό: α) να μάθει ένα καινούργιο τρόπο ζωής, β) να ενσωματώσει τις γνώσεις, τις συμβουλές και τα προγράμματα στο νέο καθημερινό τρόπο ζωής, σε πράξη.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

1. Η εργασία επιτρέπεται, εφόσον ο ασθενής ελέγχεται αντικειμενικά από το γιατρό του.
2. Να γίνεται προγραμματισμένη σωματική άσκηση (περπάτημα, κολύμπι).
3. Να οδηγεί αυτοκίνητο υπό προϋποθέσεις.
4. Η χρήση υπερβολικού αλκοόλ αποφεύγεται. Δύο ποτηράκια ημερησίως κόκκινου κρασιού θεωρείται ωφέλιμο.
5. Οι διακοπές και η χρήση επιβατικού αεροπλάνου επιτρέπονται, εφόσον δεν μεταφέρει βαριές αποσκευές και αναπαύεται, όταν χρειάζεται.
6. Ασθενής και οικογένεια γίνονται ενεργά μέλη της ομάδας αποκατάστασης.
7. Υπάρχει συνεχής αξιολόγηση του αρρώστου με ειδικές εξετάσεις.
8. Σχεδιάζονται ατομικά προγράμματα αποκατάστασης, όπου η ομάδα υγείας αξιολογεί και επαναπροσδιορίζει ανάλογα με την πορεία του αρρώστου και τις ανάγκες του.

6. Διαταραχές Καρδιακού Ρυθμού - Νοσηλευτική Φροντίδα

Καρδιακές αρρυθμίες είναι καταστάσεις που απορρυθμίζουν την καρδιακή λειτουργία και τον καρδιακό ρυθμό.

Οι διαταραχές του καρδιακού παλμού μπορεί να αφορούν τη συχνότητα ή το ρυθμό του ή και τα δύο.

Αυτές μπορεί να οφείλονται σε διαταραχές:

- Στο φλεβόκομβο.
- Στον κόλπο (π.χ. κολπικές έκτακτες συστολές, πτερυγισμός, μαρμαρυγή).
- Στον κολποκοιλιακό κόμβο.
- Στις κοιλίες (π.χ. έκτακτες κοιλιακές συστολές, κοιλιακή ταχυκαρδία, κοιλιακή μαρμαρυγή).

Αίτια Αρρυθμιών

- ⇒ Στεφανιαία νόσος και αρτηριοσκλήρυνση, υπόταση.
- ⇒ Συγγενείς καρδιοπάθειες.
- ⇒ Διαταραχές του Κεντρικού Νευρικού συστήματος.
- ⇒ Πνευμονικά νοσήματα.
- ⇒ Ενδοκρινικές παθήσεις, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρ και υποθυρεοειδισμός, υπογλυκαιμία κ.ά.).
- ⇒ Φάρμακα (δακτυλίτιδα, προκαϊναμίδη).
- ⇒ Αναιμίες, λοιμώξεις, υποξίες.

Τα σημεία και συμπτώματα των ταχυαρρυθμιών είναι: Αίσθημα παλμού, ζάλη και λιποθυμία, προκάρδιο άλγος, αγωνία, βράχυνση αναπνοής.

Τα σημεία και συμπτώματα των βραδυαρρυθμιών είναι: ζάλη και λιποθυμία, βράχυνση αναπνοής, κόπωση μετά από προσπάθεια.

Μερικές αρρυθμίες είναι αβλαβείς, άλλες προκαλούν σοβαρές επιπλοκές όπως καρδιακή ανακοπή, καρδιακή ανεπάρκεια και επεισόδια εγκεφαλικής ισχαιμίας.

Θεραπεία

Η θεραπεία της ταχυαρρυθμίας περιλαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή (δίνονται φάρμακα όπως η δακτυλίτιδα, κινιδίνη, ξυλοκαΐνη). Διεγείρεται το πνευμονογαστρικό νεύρο με

την πίεση του καρωτιδικού κόλπου ή των οφθαλμών, γίνεται απινίδωση και ηλεκτρικό προκάρδιο shock.

Η θεραπεία των βραδυαρρυθμιών περιλαμβάνει τη χορήγηση φαρμάκων (ατροπίνη και ισοπροτερενόλη) και τη βηματοδότηση (προσωρινή ή μόνιμη).

Νοσηλευτική Φροντίδα

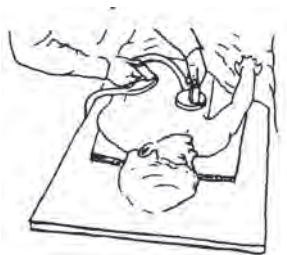
Για να αντιμετωπισθούν οι κλινικές εκδηλώσεις των αρρυθμιών, το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για την ανάπαυση του αρρώστου σε ημικαθιστική θέση, ώστε να διευκολυνθεί η αναπνοή. Χορηγείται O_2 και φάρμακα. Συγκεκριμένα:

Σε ταχυαρρυθμίες

- Η δακτυλίτιδα αυξάνει την ένταση της συστολής του μυοκαρδίου και τον όγκο παλμού, αλλά προκαλεί εύκολα τοξικότητα, γιατί έχει μικρό θεραπευτικό πλάτος. Ο νοσηλευτής/τρια ενημερώνουν τον άρρωστο για τις παρενέργειες αυτού του φαρμάκου (όπως ναυτία, διάρροια, κεφαλαλγία κ.λπ.) και τις καταγράφει (αφού ενημερώσει και το ιατρικό προσωπικό), κάνει λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος και αρτηριακής πίεσης. Στέλνει στο εργαστήριο πυρηνικής ιατρικής αίμα, για τη στάθμη της δακτυλίτιδας.

Σε βραδυαρρυθμίες

- Δίδονται σε ακριβείς δόσεις τα φάρμακα και παρακολουθείται ο άρρωστος για πιθανές παρενέργειες.
- Συνεργάζεται ο νοσηλευτής/τρια με το γιατρό για τη διεγερση του πνευμονογαστρικού, δηλαδή την ελαφρά πίεση -επί 20 sec- του καρωτιδικού κόλπου ή των οφθαλμικών κογχών. Ζητάμε τη συνεργασία του αρρώστου, αφού τον ενημερώσουμε για τη διαδικασία αυτή.
- Η απινίδωση, αν χρειαστεί, είναι μία μέθοδος όπου περνά ρεύμα σύντομης διάρκειας στην καρδιά με τον απινιδωτή και προκαλεί ηλεκτρική ανάταξη. Μετά από κάθε απινιδισμό ελέγχεται ο σφυγμός. Προσοχή χρειάζεται κατά την εφαρμογή υψηλής ηλεκτρικής ενέργειας, διότι μπορεί να γίνουν νεκρώσεις στο μυοκάρδιο. Η υπερβολική ποσότητα υγρού ηλεκτροδίων κατευθύνει το ηλεκτρικό ρεύμα προς το δέρμα αντί στο μυοκάρδιο και προκαλούνται εγκαύματα. Καθ' όλη τη διάρκεια της εφαρμογής αποφεύγεται κάθε επαφή με τον ασθενή, διότι υπάρχει κίνδυνος ηλεκτροπληξίας. Χρειάζεται ετοιμότητα και ψυχραιμία, αν χρειαστεί να γίνει και καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. (σχήμα 7)



Σχήμα 7. Απινίδωση.

ΠΡΟΣΟΧΗ:

Η Βηματοδότηση του Αρρώστου

Η τεχνολογία έδωσε λύση στα ηλεκτρικά προβλήματα της καρδιάς. Η ανάγκη για βηματοδότηση μπορεί να είναι **προσωρινή** ή **μόνιμη**. Η προσωρινή διαρκεί ώρες, ημέρες, εβδομάδες.

Δύο είναι τα είδη βηματοδοτών:

α) Ο ασύγχρονος ή σταθερής συχνότητας βηματοδότης. Σε αυτό το είδος, ο βηματοδότης εκπέμπει ηλεκτρικές συνεχείς ώσεις με προκαθορισμένη συχνότητα, ανεξάρτητη από τον καρδιακό ρυθμό του αρρώστου. Χρησιμοποιείται σπάνια σε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό.

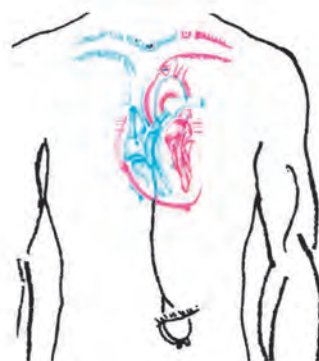
β) Ο κατ' επίκληση βηματοδότης χρησιμοποιείται συχνότερα. Δεν ανταγωνίζεται τον ενδογενή ρυθμό της καρδιάς. Επηρεάζεται όμως από εξωτερικά ηλεκτρικά πεδία (π.χ. κινητό τηλέφωνο). Εκτελεί ηλεκτρική εκκένωση, μόνο αν η καρδιακή συχνότητα πέσει κάτω από ένα προκαθορισμένο όριο. Όταν παύσει όμως η καρδιακή λειτουργία, βηματοδοτεί με σταθερή συχνότητα.

Αν η γεννήτρια του βηματοδότη είναι εμφυτευμένη στον ασθενή, πρόκειται για εσωτερική βηματοδότηση. Αν είναι εκτός, εξωτερική βηματοδότηση (τοποθετείται διαδερμικά, διαφλεβία, διαθωρακικά, επικάρδια). (σχήματα 8, 9)

Η τοποθέτηση γίνεται στο χώρο του χειρουργείου ή στο αιμοδυναμικό εργαστήριο και τηρούνται οι αρχές ασηψίας και αντισηψίας.



Σχήμα 8



Σχήμα 9

Νοσηλευτική Φροντίδα

Στην παροδική βηματοδότηση

- ⇒ Καταγράφεται το είδος βηματοδότησης και ο τρόπος λειτουργίας στο φύλλο νοσηλείας.
- ⇒ Παρακολουθείται η λειτουργία του.
- ⇒ Αν χρειαστεί, με γραπτές ιατρικές οδηγίες διακόπτεται βαθμιαία η λειτουργία του.
- ⇒ Γίνεται τοπική φροντίδα στην είσοδο του καθετήρα και έλεγχος καθημερινός για σημεία φλεγμονής.
- ⇒ Αν ο καθετήρας είναι στο βραχίονα, ακινητοποιείται το άνω άκρο.
- ⇒ Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη γείωση όλων των ηλεκτρικών συσκευών κοντά στον άρρωστο.
- ⇒ Υπάρχει ετοιμότητα επαναλειτουργίας του βηματοδότη σε καρδιακή ανακοπή και κλήση θεράποντος ή εφημερεύοντος γιατρού.

Στη μόνιμη βηματοδότηση

- ⇒ Περιλαμβάνεται η προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα.
- ⇒ Γίνεται σωστή ενημέρωση του αρρώστου και της οικογένειάς του. Υποστηρίζεται ψυχολογικά ο άρρωστος.
- ⇒ Μετεγχειρητικά θα χρειαστούν αλλαγές στη χειρουργημένη περιοχή και χορήγηση αντιβιοτικών για πρόληψη λοιμώξεων.
- ⇒ Παρακολουθείται για ασφαλές ηλεκτρικό περιβάλλον.
- ⇒ Περιορίζεται το άκρο και η πλευρά που έγινε η εμφύτευση με ακινησία για 1 - 3 ημέρες.
- ⇒ Προλαμβάνεται ο βήχας και οι έμετοι, ώστε να μην παρεκτοπισθούν τα ηλεκτρόδια.
- ⇒ Τοποθετείται ο άρρωστος σε ημικαθιστική θέση (περίπου 30°).
- ⇒ Γίνονται ασκήσεις κάτω άκρων για πρόληψη θρομβοεμβολικού επεισοδίου, αφού πρώτα επιδέσουμε με ελαστικό επίδεσμο τα κάτω άκρα.
- ⇒ Η εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειάς του είναι σε προτεραιότητα. Ο άρρωστος φορά ειδική ταυτότητα που ενημερώνει για την κατάστασή του. Μαθαίνει πώς λειτουργεί καλά ο βηματοδότης και ποιες επιπλοκές μπορεί να παρουσιάσουν.

7. Υπέρταση - Νοσηλευτική Φροντίδα

Ως υπέρταση ορίζεται η επίμονη αύξηση της αρτηριακής πίεσης σε επίπεδα άνω των 140/90 mmHg.

Είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας, γιατί 2 στους 10 ανθρώπους είναι υπερτασικοί και μόνο ο ένας από τους δύο το γνωρίζει, επειδή είναι ύπουλη και ασυμπτωματική. Παρά τις τεχνολογικές εξελίξεις για τις διαγνωστικές μεθόδους, το 90% των αιτιών της παραμένουν άγνωστα (ιδιοπαθούς αιτιολογίας - ιδιοπαθής υπέρταση). Το 5-10% οφείλεται σε παθήσεις των νεφρών, επινεφριδίων, παθήσεις μεγάλων αγγείων κ.ά.)

Στο στάδιο 1 (ήπια υπέρταση) η Α.Π. (αρτηριακή πίεση) κυμαίνεται από 140-159/90-99 mmHg, ενώ στο στάδιο 4 (πολύ βαριά) η Α.Π. υπερβαίνει τα 210 / 120 mmHg.

Η μέτρηση της Α.Π. γίνεται με το πιεσόμετρο υδραργυρικό ή ηλεκτρονικό. Αν σε κάποια μέτρηση βρεθεί αυξημένη Α.Π., θα πρέπει να γίνουν άλλες δύο μετρήσεις σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, αφού προηγηθεί κατάκλιση για 15 min. Σε οριακή άνοδο ο ασθενής κάνει 24ωρη καταγραφή με Holter πιέσεως.

Οι επιπλοκές που προκύπτουν λόγω υπέρτασης είναι:

- ⇒ Η στεφανιαία νόσος (στηθάγχη, έμφραγμα μυοκαρδίου, αιφνίδιος θάνατος).
- ⇒ Η καρδιακή ανεπάρκεια.
- ⇒ Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- ⇒ Η νεφρική ανεπάρκεια.
- ⇒ Το ανεύρυσμα αορτής.
- ⇒ Η αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων - διαλείπουσα χωλότητα (δηλ. πόνος κατά το βάδισμα που αναγκάζει τον ασθενή να σταματάει για λίγο).

Μέτρα για Πρόληψη και Θεραπεία της Υπέρτασης

- ⇒ Διακοπή καπνίσματος.
- ⇒ Αποφυγή παχυσαρκίας και απώλεια βάρους.
- ⇒ Συστηματική σωματική άσκηση, δηλαδή 3-5 φορές την εβδομάδα ζωηρό βάδισμα για 30 - 45 min.
- ⇒ Ελάττωση του αλκοόλ.
- ⇒ Περιορισμός στο αλάτι - κάτω των 6 gr. την ημέρα.

Ο καφές επιτρέπεται, εκτός αν προκαλεί σε ευαίσθητα άτομα ταχυκαρδία. Το κρεμμύδι και το σκόρδο ακόμη και σε μεγάλες ποσότητες δεν επηρεάζουν την πίεση. Το πορτοκάλι επίσης δεν την επηρεάζει. Αντιθέτως τα φρούτα και λαχανικά κάνουν καλό, γιατί περιέχουν κάλιο.

Όλες αυτές οι αλλαγές του τρόπου ζωής αποτελούν και την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης. Εάν αποτύχει η συντηρητική αγωγή, τότε δίδονται φάρμακα αντι-υπερτασικά, διουρητικά κ.τ.λ., ώστε να γίνει ικανοποιητικός έλεγχος της υπέρτασης με τις ελάχιστες δυνατές παρενέργειες.

Νοσηλευτική Φροντίδα Υπερτασικού Ατόμου

Ο άρρωστος που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο μπορεί να έχει συστολική υπέρταση, διαστολική ή να έχει και τις δύο μορφές υπέρτασης. Μπορεί επίσης να είναι **καλοήθης** υπέρταση, δηλαδή να εμφανίζεται βαθμιαία και μακροχρόνια ή να είναι **κακοήθης**, δηλαδή να έχει απότομη και σύντομη εμφάνιση. Υπάρχει περίπτωση να νοσηλεύεται με επιπλοκές υπέρτασης ή να έχει και άλλες συνοδές παθήσεις. Γι' αυτό παρέχουμε πάντα εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα προσαρμοσμένη στην προσωπικότητα του κάθε αρρώστου.

Η νοσηλευτική φροντίδα έχει ως σκοπό:

- ⇒ Την πρόληψη επιπλοκών.
- ⇒ Τη σωστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής.
- ⇒ Την εξασφάλιση ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος.
- ⇒ Την εκπαίδευση του υπερτασικού αρρώστου που περιλαμβάνει τη μείωση των παραγόντων κινδύνου μέχρι πλήρους αποφυγής τους, ώστε να αλλάξει τρόπο σκέψης και ζωής. Αυτό είναι δύσκολο. Πρέπει να πείσουμε τον άρρωστο να γνωρίσει τι είναι η υπέρταση, πώς παίρνει την Α.Π., γιατί μπορεί να μην έχει θορυβώδη συμπτώματα και σημεία και πως είναι δύσκολο να το καταλάβει ο άρρωστος και οι συγγενείς του. Πρέπει να πειστεί για τις διαιτητικές του συνήθειες και τη μείωση του άγχους.

8. Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστων με Εγχειρήσεις Καρδιάς και Αγγείων

α. Εγχειρήσεις καρδιάς

Η τεχνολογική πρόοδος, το μηχάνημα της εξωσωματικής κυκλοφορίας και η πρόοδος των επιστημών υγείας συνέβαλαν και στην πρόοδο της καρδιοχειρουργικής.

Σήμερα μπορούν να κάνουν τις εξής επεμβάσεις στην καρδιά:

1. Επαναιμάτωση μυοκαρδίου (στεφανιαίο by pass).
2. Μεταμόσχευση καρδιάς.
3. Τοποθέτηση τεχνητής καρδιάς.
4. Εγχειρήσεις σε βαλβιδοπάθειες.

Το μηχάνημα εξωσωματικής κυκλοφορίας εξασφαλίζει τη μεγάλη κυκλοφορία και τη στεφανιαία κυκλοφορία. Έτσι δίδεται ο χρόνος και η δυνατότητα στον καρδιοχειρουργό για διορθωτικές επεμβάσεις σε «ανοικτή καρδιά».

Νοσηλευτική Φροντίδα

Προεγχειρητική Ν.Φ.

Η νοσηλευτική φροντίδα αφορά τη γενική προεγχειρητική φροντίδα, διαιτητική προετοιμασία, ψυχολογική τόνωση του αρρώστου και τοπική προεγχειρητική φροντίδα.

Ειδικά σε καρδιοχειρουργικό άρρωστο καλό είναι, αφού ενημερωθεί από το γιατρό του για την επέμβαση, να επισκεφθεί τη μονάδα (Μ.Ε.Θ.) που θα νοσηλευτεί μετεγχειρητικά. Έτσι ενημερώνεται για τη χρησιμότητα της εντατικής φροντίδας, για τις παροχετεύσεις που θα έχει (θώρακος, ουροκαθετήρας, ρινογαστρικός καθετήρας), τους καθετήρες αρτηριακής και φλεβικής γραμμής. Πρέπει να πεισθεί ότι όλα αυτά υποστηρίζουν και άλλα συστήματα εκτός του κυκλοφορικού. Καλό είναι να γνωρίσει και το προσωπικό της ΜΕΘ.

Προεγχειρητικά προετοιμάζεται ο καρδιοχειρουργικός άρρωστος για το πώς θα βήχει αποτελεσματικά, για να αποφύγει αναπνευστικές λοιμώξεις και άλλες μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Την προηγούμενη ημέρα γίνεται ΗΚΓ, αιματολογικές εξετάσεις και καθαρτικός υποκλυσμός και ξύρισμα της περιοχής. Τελευταία γίνεται ξύρισμα λίγο πριν την επέμ-

βαση. Το βράδυ πριν την επέμβαση δίνεται υδρική δίαιτα. Μετά τις 12 τα μεσάνυχτα μένει νηστικός.

Αν χρειαστεί, του δίνει ο γιατρός και ηρεμιστικό.

Πριν την επέμβαση ξαναγίνεται ΗΚΓ, καθετηριασμός αριστερής καρδιάς και στεφανιογραφία, έγχρωμο υπερηχοκαρδιογράφημα, έλεγχος νεφρικής, αναπνευστικής και ηπατικής λειτουργίας.

Γίνεται μέτρηση σωματικού βάρους, λουτρό με Betadine Scrub. Τοποθετείται ειδική ταυτότητα, ποδονάρια, σκούφος, μπλούζα όπως έχει αναφερθεί στο ειδικό κεφάλαιο για προεγχειρητική προετοιμασία.

Μετεγχειρητική Ν.Φ.

Μετά την πολύωρη καρδιοχειρουργική επέμβαση, ο άρρωστος φτάνοντας στην ΜΕΘ συνδέεται για ένα 24ωρο με τον αναπνευστήρα. Μετρώνται ζωτικά σημεία. Γίνονται αναρροφήσεις των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων με άσηπτη τεχνική ανά 2ωρο. Συνδέεται με monitor για συνεχή καταγραφή ΗΚΓτος, Α.Π. σφύξεων. Μετράται η ΚΦΠ (Κεντρική Φλεβική Πίεση) κάθε 15 min.

Διατηρείται ο άρρωστος ζεστός. Φροντίζονται οι παροχετεύσεις του θώρακα (είναι δύο).

Δίνεται φαρμακευτική αγωγή.

Μετράται το ποσό των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων ούρων.

Γίνεται μέτρηση του σακχάρου ούρων με ταινίες dextrostick.

Γίνεται συνεχής παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου για ενδεχόμενες επιπλοκές (π.χ. αιμορραγία).

Μετά την αφαίρεση του ενδοτραχειακού σωλήνα, αρχίζει η σταδιακή σίτιση και κινητοποίηση του αρρώστου, ώστε να προετοιμαστεί η έξοδος του από τη ΜΕΘ.

Αν ο ασθενής φύγει από το Νοσοκομείο, ενημερώνεται από εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για οτιδήποτε του συμβεί (π.χ. πόνος, άσκηση, δίαιτα, χρήση καπνού, δραστηριότητες κ.ά.).

β. Εγχειρήσεις αγγείων

Τα αγγεία είναι οι αρτηρίες και οι φλέβες.

Οι αρτηρίες, όπως προαναφέραμε, εκφυλίζονται με την αρτηριοσκλήρυνση που αντιπροσωπεύει το 90% των αγγειοπαθειών. Η νόσος προσβάλλει το μέσο χιτώνα της αρτηρίας, προκαλεί στένωση του αυλού και απόφραξη της αρτηρίας από αθηρωματι-

κή πλάκα ή προκαλείται εξασθένηση του μέσου χιτώνα και δημιουργείται ανεύρυσμα λόγω διάτασης του τοιχώματος.

Οι αρτηρίες που προσβάλλονται συχνότερα είναι οι στεφανιαίες, η λαγόνιος, η μηριαία, η ιγνυακή και τα εγκεφαλικά αγγεία.

Η κλινική εικόνα είναι ανάλογη με την περιοχή και την έκταση του αθηρώματος καθώς και με το μέγεθος του αγγείου.

Αιμωδίες (μούδιασμα), διαλείπουσα χωλότητα, αίσθημα θερμού ή ψυχρού, κυάνωση είναι τα συνηθέστερα σημεία και συμπτώματα. Όταν υπάρχει πρόβλημα σε αρτηρία που αιματώνει τα κάτω άκρα, παρατηρείται επώδυνο βάδισμα, απουσία σφυγμού, ατροφικές αλλαγές στο δέρμα, ισχαιμικά έλκη και γάγγραινα.

Νοσηλευτική φροντίδα

Η Ν.Φ. αρχίζει από την προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου όπως και του καρδιοχειρουργικού ασθενούς.

Επίσης επικεντρώνεται και στη φροντίδα του αρρώστου, ώστε να γίνουν διαγνωστικές εξετάσεις π.χ. αρτηριογραφία.

Μετεγχειρητικά, το νοσηλευτικό προσωπικό παρακολουθεί τον άρρωστο όπως κάθε χειρουργημένο, π.χ. βλέπει αν αιμορραγεί το άκρο, αν έχει περιφερικό σφυγμό και αν είναι θερμό. Μετρά ζωτικά σημεία, κυρίως την Α.Π. κάθε 30 min, ώσπου να σταθεροποιηθεί. Απότομη αύξηση της Α.Π. μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικές βλάβες και μεγάλη πτώση Α.Π., απόφραξη μοσχεύματος.

Οι φλέβες μπορεί να παρουσιάσουν φλεβίτιδα, θρομβοφλεβίτιδα (επιπολής και εν τω βάθει), κίρσους των κάτω άκρων κ.τ.λ.

Φλεβίτιδα είναι η φλεγμονή των φλεβών. Το σημείο μόλυνσης παρουσιάζει οίδημα, ερυθρότητα, πόνο και η θεραπεία συνίσταται σε εφαρμογή θερμών και ψυχρών επιθεμάτων καθώς και χορήγηση φαρμάκων (αντιπηκτικών και αντιβιοτικών).

Θρομβοφλεβίτιδα είναι η φλεβίτιδα με ύπαρξη θρόμβου στο εσωτερικό της. Αν είναι μόνο θρόμβος χωρίς φλεγμονή, τότε ονομάζεται φλεβοθρόμβωση.

Αίτια θρομβοφλεβίτιδας είναι η αύξηση της πηκτικότητας του αίματος, η βλάβη του ενδοθηλίου της φλέβας και η μόλυνση και η παρατεταμένη κατάκλιση. Μπορεί να αφορά σε επιπολής ή εν τω βάθει φλέβες. Αν είναι επιπολής θρομβοφλεβίτιδα, ψηλαφάται εύκολα. Η εν τω βάθει όχι. Όμως υπάρχει κατά την πίεση τοπικά ευαισθησία. Μερικές φορές συνυπάρχει δεκαδική πυρετική κίνηση.

Η θεραπεία είναι συντηρητική ή χειρουργική.

Οι κιρσοί οφείλονται σε ανεπάρκεια των φλεβικών βαλβίδων στα κάτω άκρα με αποτέλεσμα την παλινδρόμηση και λίμναση του αίματος και τη διάταση και διόγκωση των φλεβών. Παρατηρείται δυσμορφία στα κάτω άκρα, οίδημα, αλλαγή χροιάς δέρματος στην κνήμη και εύκολη κόπωση. Τα συμπτώματα επιδεικνύονται με την ορθοστασία. Μερικές φορές, όταν πονά, εμφανίζονται κράμπες (επώδυνοι μυϊκοί σπασμοί).

Νοσηλευτική Φροντίδα

Κατά τη συντηρητική θεραπεία της θρομβοφλεβίτιδας, το πάσχον άκρο βρίσκεται σε ανάρροπη θέση. Απαγορεύεται το μασάζ (massage). Τηρείται με ακρίβεια η φαρμακευτική αγωγή (αντιφλεγμονώδη και αντιπηκτικά).

Γίνεται μέτρηση χρόνου πήξης και προθρομβίνης. Παρακολουθείται ο άρρωστος για αιμορραγίες. Τοπικά τοποθετούνται υγρές και θερμές κομπρέσες. Μετά από 10-15 ημέρες γίνεται σταδιακή έγερση με ελαστικές κάλτσες.

Τέλος, η νοσηλευτική φροντίδα και στις εγχειρήσεις φλεβών είναι η ίδια, όπως σε κάθε χειρουργικό άρρωστο.

Θυμηθείτε ότι...

- Το κυκλοφορικό σύστημα αποτελείται από την καρδιά και τα αγγεία (αρτηρίες, φλέβες, λεμφαγγεία). Με τη βοήθεια της μικρής και μεγάλης κυκλοφορίας προσλαμβάνουν όλα τα κύτταρα του οργανισμού O_2 και θρεπτικές ουσίες και αποβάλλουν CO_2 και άχρηστες μεταβολικές ουσίες.
- Υπάρχουν εξετάσεις αιματηρές και αναίμακτες που βοηθούν στην τελική διάγνωση του καρδιοπαθούς αρρώστου, μαζί με την καλή κλινική εξέταση. Σε αυτό βοηθά πολύ και η βιοϊατρική τεχνολογία. Η Νοσηλευτική φροντίδα είναι ουσιαστική στην προετοιμασία του αρρώστου και μετά από αυτές, για παρακολούθηση ενδεχόμενων επιπλοκών.
- Τα καρδιαγγειακά νοσήματα παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα ακόμη και σε νέους ανθρώπους στην εποχή μας. Υπάρχει μία σειρά συμπτωμάτων και σημείων που παρατηρούνται σε αυτά και εξατομικεύονται σε κάθε άρρωστο. Τη φροντίδα αυτών των αρρώστων το νοσηλευτικό προσωπικό τη σχεδιάζει με τη νοσηλευτική διεργασία καταγράφοντας και αξιολογώντας κάθε νοσηλεία.
- Η εκπαίδευση του αρρώστου σε πολλές παθολογικές καταστάσεις και η προσέγγισή του είναι καταλυτικά στο να αλλάξει τρόπο σκέψης και ζωής και να μπορέσει να αποκτήσει εμπιστοσύνη αυτός και η οικογένειά του στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- Η στεφανιαία νόσος είναι η συχνότερη από τις καρδιαγγειακές παθήσεις και η αιτία πολλών αιφνίδιων θανάτων στην εποχή μας. Ο εμφραγματίας χρειάζεται ειδική νοσηλευτική αντιμετώπιση σε μονάδες εντατικής θεραπείας και απαιτεί εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- Η βηματοδότηση είναι αποτελεσματική για την αντιμετώπιση των αρρυθμιών μαζί με τη φαρμακευτική αγωγή. Χρειάζεται συνεχής παρακολούθηση της λειτουργίας του βηματοδότη και εγχειρητική αγωγή για την τοποθέτησή του (μόνιμη ή προσωρινή).
- Οι εγχειρήσεις καρδιάς και αγγείων πρόσθεσαν περισσότερα χρόνια και ποιότητα ζωής στους ανθρώπους, η τεχνολογία σε συνδυασμό με ειδικές γνώσεις βοήθησαν σε αυτό.

Ερωτήσεις

1. Ποια η μικρή και μεγάλη κυκλοφορία; Ποιος ο σκοπός τους;
2. Περιγράψτε το όργανο της καρδιάς.
3. Τι γνωρίζετε για τη δοκιμασία κόπωσης; Ποια η νοσηλευτική φροντίδα αυτού του αρρώστου;
4. Σε τι διαφέρει ο αριστερός και δεξιός καθετηριασμός της καρδιάς;
5. Γιατί το οξύ πνευμονικό οίδημα είναι επείγουσα κατάσταση σε έναν άρρωστο; Να αναφέρετε τρεις βασικές νοσηλευτικές ενέργειες που θα κάνατε, για να αντιμετωπισθεί.
6. Νοσηλευτική φροντίδα στην καρδιακή ανεπάρκεια.
7. Ποια η αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου;
8. Να αναφέρετε δέκα βασικές νοσηλευτικές ενέργειες σε εμφραγματία άρρωστο που νοσηλεύεται σε ΜΕΘ.
9. Είδη βηματοδοτών - Ποιος ο σκοπός της βηματοδότησης;
10. Ν.Φ. σε ασθενή με μόνιμη βηματοδότηση.
11. Ποιοι οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας του υπερτασικού αρρώστου;
12. Ποια η προεγχειρητική Ν.Φ. αρρώστου με εγχείρηση καρδιάς;

Ν Τ Ο Κ Ο Υ Μ Ε Ν Τ Ο

Κλείνοντας το μάτι στο πεπρωμένο

...Στις 8 Δεκεμβρίου 1995, ο Ζαν-Ντομινίκ Μπομπί βρέθηκε στην κόψη του ξυραφιού. Στα σαράντα δύο του μόλις χρόνια, παράλυτος από την κορφή ως τα νύχια, έπαθε βαρύ εγκεφαλικό επεισόδιο, χωρίς να μπορεί ούτε να μιλήσει, ούτε να σαλέψει, σχεδόν ούτε καν να αναπνεύσει. Ακόμα και οι πιο απλές χαρές της ζωής, ν' απλώσεις το χέρι, να στείλεις ένα χαμόγελο, του ήταν απαγορευμένες.

Ήταν, όμως, ζωντανός. Κι αυτό που είχε απομείνει, η ψυχή του, κατάφερε να στείλει στον έξω κόσμο ένα σημαντικότερο μήνυμα. Με το αριστερό του βλέφαρο, το μόνο μέσον που διέθετε, αυτό που τον συνέδεε ακόμη με τον κόσμο και με τη ζωή, «έγραψε» αυτό το συγκλονιστικό βιβλίο. Γράμμα το γράμμα, λέξη τη λέξη, υπαγόρευε για τρεις μήνες όσα έκρυβε στη ψυχή του, την πεταλούδα που βρισκόταν φυλακισμένη μέσα σε μια ερμητικά κλειστή γυάλινη φυλακή.

Άλλοτε με χιούμορ οξύ, άλλοτε απελπισμένος, αλλά πάντοτε γεμάτος με σπάνια ευαισθησία, ο Ζαν-Ντομινίκ Μπομπί μας στέλνει με απaráμιλλο κουράγιο και δύναμη, ένα εξαιρετικά αισιόδοξο μήνυμα:

«Μη γίνεστε αιχμάλωτοι της αδυναμίας σας. Ο άνθρωπος είναι ικανός για άπειρα επιτεύγματα, με κλειδιά τη θέληση, την αγάπη για τη ζωή και τη διάθεση για προσφορά».

«Το σκάφανδρο και η πεταλούδα»
Ζαν-Ντομινίκ Μπομπί

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Βασική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη, θεωρία και πράξη, γι' αυτό η επιτυχημένη άσκησή της απαιτεί από τον/την Νοσηλευτή/τρια συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών δεξιοτήτων και καλλιεργημένης προσωπικότητας.

Η κύρια ευθύνη της νοσηλευτικής άσκησης αναπτύσσεται εξαιτίας δευτερογενών προβλημάτων, που προκαλούνται από την αδυναμία του αρρώστου να εκτελεί τη συνηθισμένη φροντίδα του και την ειδική νοσηλεία, που απαιτείται ανάλογα με την αρρώστια.

Το εργαστηριακό μέρος της Νοσηλευτικής είναι μια μηχανική εργασία, που βελτιώνεται συνεχώς με την άσκηση.

Το επίκεντρο είναι ο άρρωστος και οι ανάγκες του. Η φιλοσοφία της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ικανοποίηση των αναγκών του με όσο το δυνατόν ενεργητική συμμετοχή του αρρώστου.

1. Στρώσιμο κρεβατιού - Γενικές αρχές

Το στρώσιμο του κρεβατιού είναι μια νοσηλευτική διαδικασία, και έχει σκοπό να εξασφαλίσει στον άρρωστο άνεση, ασφάλεια και κατάλληλες προϋποθέσεις για πρόληψη κινδύνων (λοιμώξεις, κατακλίσεις, πτώσεις), ιδιαίτερα σε κλινήρεις αρρώστους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό εκτελεί γρήγορες, ακριβείς και ήπιες κινήσεις, ζητά τη συνεργασία του κλινήρη αρρώστου και προσέχει τη στάση του σώματός του (πρόληψη οσφυαλγίας).

Πριν το στρώσιμο, προηγείται η χορήγηση ουροδοχείου και σκωραμίδας, καθώς, επίσης, και το λουτρό καθαριότητας σε κλινήρεις αρρώστους.

Πρώτα στρώνουμε στους αρρώστους που είναι λερωμένοι με εκκρίματα (ιδρώτα, ούρα, κόπρανα), μετά τους βαριά αρρώστους, στη συνέχεια τους περιπατητικούς και, τελευταία, τους αρρώστους με λοιμώδη νοσήματα (σ' αυτή την περίπτωση φοράμε γάντια) και τοποθετούμε τα σεντόνια σε ειδικό σάκο (αυτοδιαλυόμενο). (εικ. 1)



Εικ. 1 Αυτοδιαλυόμενη σακούλα για ακάθαρτο ιματισμό.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Δε χρειάζεται τίναγμα των σεντονιών, για πρόληψη διασποράς των μικροοργανισμών. Καθαρίζουμε το λερωμένο στρώμα ή αδιάβροχο, με υγρό απολυμαντικό.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο για οποιαδήποτε νοσηλευτική παρέμβαση, ενώ ταυτόχρονα -με την παρατήρηση- αξιολογούμε τη γενική κατάστασή του και εντοπίζουμε προβλήματα αναθεωρώντας κάθε φορά τη νοσηλευτική μας φροντίδα.

Αερίζουμε το θάλαμο σε όλη τη διάρκεια του στρώσιματος του κρεβατιού, προστατεύοντας τον άρρωστο από ρεύματα του αέρα.

Τα γάντια που χρησιμοποιούμε σε κάθε νοσηλευτική πράξη είναι ελαστικά (τύπου Latex), αποστειρωμένα ή μη και γίνεται πλύσιμο χεριών πριν και μετά τη νοσηλεία.

α. Στρώσιμο απλού κρεβατιού με αλλαγή σεντονιών, από δύο άτομα

Υλικά που απαιτούνται: (εικ. 2+3)

Στο ειδικό τροχήλατο με το σάκο άπλυτων τοποθετούμε:

- Στρωματοθήκη.
- 2 σεντόνια (πανωσέντονο, κατωσέντονο).
- Αδιάβροχο και ημισέντονο (αν χρειάζεται, πολλαπλών χρήσεων ή μιας χρήσης).
- Κουβέρτα μάλλινη (1 ή 2).
- Κάλυμμα κρεβατιού (πικέ κουβέρτα).
- Μαξιλάρια (1-2).
- Μαξιλαροθήκες.
- Πετσέτα προσώπου.



Εικ. 2 Τροχήλατο με υλικό ιματισμού για στρώσιμο κρεβατιού.



Εικ. 3 Σάκος άπλυτων.

Πριν το στρώσιμο.

- Φέρνουμε το τροχήλατο στο θάλαμο.
- Καλημερίζουμε τον άρρωστο και αερίζουμε το θάλαμο.
- Τοποθετούμε το ερεσιώνωτο σε ευθεία γραμμή.
- Ανεβάζουμε το επίπεδο του κρεβατιού (αν υπάρχει ειδικός μηχανισμός).
- Μετακινούμε την καρέκλα στο κάτω μέρος του κρεβατιού (περίπου 30 cm).
- Ενημερώνουμε τον άρρωστο για τη διαδικασία.

Διαδικασία:

Τα δύο άτομα βρίσκονται εκατέρωθεν του κρεβατιού με βασική αρχή τις συντονισμένες κινήσεις από πάνω προς τα κάτω. Αν δεν υπάρχει αδιάβροχο στρώμα, τοποθετούμε τη στρωματοθήκη που είναι αδιάβροχη. (εικ. 4)

Παίρνουμε το κατωσέντονο, το ανοίγουμε με ήπιες κινήσεις, ώστε να απλωθεί συμμετρικά κατά μήκος του κρεβατιού, από την καλή του πλευρά με το φαρδύτερο στρίψωμα στην πάνω πλευρά και διπλώνουμε το σεντόνι 30 cm. (εικ. 5)

Στερεώνουμε το πάνω μέρος του σεντονιού κάτω από το στρώμα, σχηματίζουμε γωνία «τύπου φακέλου» και στερεώνουμε τα πλάγια του σεντονιού κάτω από το στρώμα, χωρίς πτυχές. (εικ. 6, 7, 8)

Προχωρώντας προς τα κάτω, τεντώνουμε συγχρόνως και τα δυο άτομα (με το πάνω χέρι τεντώνουμε και με το κάτω ριπιδώνουμε το σεντόνι), (εικ. 9) τοποθετώντας το σεντόνι κάτω από το στρώμα. Τέλος, στο κάτω μέρος βάζουμε το υπόλοιπο σεντόνι κάτω από το στρώμα, σχηματίζοντας φάκελο. (εικ. 10)

Τοποθετούμε το αδιάβροχο στο μέσο του κρεβατιού, συμμετρικά, απλώνουμε πάνω



Εικ. 4 Αδιάβροχη ενσωματωμένη στρωματοθήκη.



Εικ. 5



Εικ. 6



Εικ. 7



Εικ. 8



Εικ. 9



Εικ. 10

το ημισέντονο με το φαρδύτερο στρίφωμα προς το πάνω μέρος του κρεβατιού. (εικ. 11).

Το ένα από τα δύο άτομα τοποθετεί κάτω από το στρώμα τα ελεύθερα άκρα του αδιάβροχου και ημισέντονου. Μετά πιέζει πάνω από το κρεβάτι, ώστε το άλλο άτομο να τεντώσει και να περάσει κάτω από το στρώμα της άλλης πλευράς.

Παίρνουμε το πανωσέντονο και το ανοίγουμε συμμετρικά, όπως το κατωσέντονο, με τη διαφορά ότι πρέπει να είναι η ανάποδη πλευρά προς τα πάνω. Γυρίζουμε την πάνω πλευρά 30-40 cm και αφήνουμε απόσταση 20 cm από την πάνω άκρη του στρώματος. (εικ. 12) Στο κάτω μέρος κάνουμε μια πιέτα κατά μήκος του στρώματος (για ευρυχωρία στα πόδια του αρρώστου).

Τοποθετούμε τις κουβέρτες με τον ίδιο τρόπο, όπως το πανωσέντονο, χωρίς πτυχή και στερεώνουμε σεντόνι και κουβέρτες κάτω από το στρώμα, κάνοντας γωνίες (όπως στο κατωσέντονο). Τοποθετούμε και το κάλυμμα, δηλαδή «πικέ κουβέρτα», γυρίζουμε το πάνω μέρος του πανωσέντονου, κατεβαίνοντας προς τα κάτω, τακτοποιούμε την πικέ να μην υπάρχουν πτυχές και στο κάτω μέρος συγκρατούμε την πικέ κάτω από το στρώμα και κάνουμε γωνία, αφήνοντας το τελείωμα ελεύθερο να κρέμεται. (εικ. 13)

Η τοποθέτηση των μαξιλαριών γίνεται από ένα άτομο ή αν είναι δύο μαξιλάρια, εργάζονται συγχρόνως.

Βάζουμε το μαξιλάρι στη μαξιλαροθήκη στο κάτω μέρος του κρεβατιού. Απλώνουμε τη μαξιλαροθήκη πάνω στο μαξιλάρι, βάζουμε τα χέρια μας μέσα και με τον αντίχειρα και το δείκτη πιάνουμε τις ραφές και, γυρνώντας το μέσα μέρος προς τα έξω, τη διπλώνουμε στη μέση. Το σπρώχνουμε μέσα στη μαξιλαροθήκη, σκεπάζοντας το υπόλοιπο μαξιλάρι με το διπλωμένο μέρος. (εικ. 14)

Όταν η μαξιλαροθήκη έχει μεγαλύτερο μέγεθος, κάνουμε πιέτα στην άκρη του πάνω μέρους της θήκης και τοποθετούμε το ανοιχτό μέρος της θήκης αντίθετα από το άνοιγμα της πόρτας του δωματίου και την πετσέτα προσώπου δίπλα στον άρρωστο.



Εικ. 11



Εικ. 12



Εικ. 13



Εικ. 14

Κατά την υποδοχή του αρρώστου, ανοίγουμε ριπιδοειδώς σεντόνι, κουβέρτες και κάλυμμα, μέχρι τη μέση του κρεβατιού.

Απομακρύνουμε από το δωμάτιο και τοποθετούμε τα αντικείμενα του τροχήλατου στους βοηθητικούς χώρους του νοσηλευτικού τμήματος.

Το καθημερινό στρώσιμο του κρεβατιού του αρρώστου γίνεται με τον ίδιο τρόπο με τις εξής διαφορές:

- Τοποθετούμε τα μαξιλάρια στην καρέκλα.
- Χαλαρώνουμε τα κλινοσκεπάσματα πλάγια και κάτω και τα τοποθετούμε χωριστά στη ράχη της καρέκλας.
- Σε αλλαγή λευχημάτων, μαξιλαροθήκες και σεντόνια απορρίπτονται στο σάκο ακάθαρτου ιματισμού.

Επίσης, η αφαίρεση των λευχημάτων γίνεται ακριβώς αντίθετα με το στρώσιμό του. Τέλος, τοποθετούμε στην καρέκλα τα λευχήματα και τα μαξιλάρια.

β. Στρώσιμο απλού κρεβατιού από ένα άτομο

Υλικά που απαιτούνται:

Τα ίδια, όπως το στρώσιμο κρεβατιού με 2 άτομα.

Διαδικασία:

Αφαίρεση ιματισμού - Ξέστρωμα

Αφού τοποθετήσουμε το καρότσι ιματισμού στο θάλαμο, κατεβάσουμε το ερεισίνωτο, μετακινήσουμε την καρέκλα στο κάτω μέρος του κρεβατιού, αφαιρούμε τις μαξιλαροθήκες από τα μαξιλάρια, τις βάζουμε στο σάκο άπλυτων και τοποθετούμε τα μαξιλάρια στην καρέκλα. (βλέπε εικ. 3).

Το ένα άτομο πάντα εργάζεται από τη μία πλευρά από πάνω προς τα κάτω και από την κάτω αντίθετη πλευρά προς την πάνω πλευρά, χωρίς άσκοπες κινήσεις.

Χαλαρώνουμε τα επάνω λευχήματα από πάνω προς τα κάτω στην ίδια πλευρά και συνεχίζουμε αντίθετα, όπως προαναφέραμε. Διπλώνουμε το κάλυμμα και την κουβέρτα και τα τοποθετούμε με τη σειρά στην πλάτη της καρέκλας. Διπλώνουμε το πανωσέ-

ντονο κατά μήκος προς τα μέσα πρώτα από τη δική μας, μετά από την άλλη πλευρά, το διπλώνουμε ρολό και το ρίχνουμε στο σάκο άπλυτων.

Χαλαρώνουμε αδιάβροχο και ημισέντονο πρώτα από την πλευρά μας, μετά από την αντίθετη πλευρά, τυλίγοντας το ημισέντονο ρολό. Το διπλώνουμε και το ρίχνουμε στο σάκο απλύντων (αποφεύγουμε το τίναγμα).

Αν είναι λερωμένο το αδιάβροχο, το καθαρίζουμε με σφουγγάρι που περιέχει υγρό απολυμαντικό.

Αφαιρούμε το κατωσέντονο, όπως το πανωσέντονο και το ρίχνουμε στο σάκο απλύντων.

Τη στρωματοθήκη την καθαρίζουμε, όπως το αδιάβροχο ημισέντονο.

Στρώσιμο

Τοποθετούμε τη στρωματοθήκη, αν το στρώμα δεν έχει ενσωματωμένη αδιάβροχη επένδυση, προσέχοντας να μην έχει πτυχές. Ανοίγουμε το κατωσέντονο κατά μήκος του κρεβατιού και το τοποθετούμε κάτω από το στρώμα στη δική μας πλευρά κάνοντας την πάνω γωνία χωρίς τέντωμα. Τοποθετούμε με τον ίδιο τρόπο στη μέση του κρεβατιού αδιάβροχο και ημισέντονο χωρίς τέντωμα.

Ερχόμαστε απέναντι και εργαζόμαστε από πάνω προς τα κάτω, με σκοπό να τεντώσουμε το κατωσέντονο ριπιδώνοντας, για να το τοποθετήσουμε κάτω από το στρώμα. Κάνουμε το ίδιο με το αδιάβροχο και το ημισέντονο.

Τοποθετούμε το πανωσέντονο ανάποδα, φτιάχνοντας το πάνω μέρος και την πιέτα, βάζουμε την κουβέρτα και φτιάχνουμε την κάτω γωνία. Βάζουμε το κάλυμμα στην κάτω πλευρά του κρεβατιού, το ανοίγουμε, φτιάχνουμε τη γωνία όπως έχουμε προαναφέρει και ολοκληρώνουμε με τον ίδιο τρόπο από την άλλη πλευρά, γυρνώντας, τέλος, και το πανωσέντονο τοποθετούμε και τις μαξιλαροθήκες, όπως γνωρίζουμε.

γ. Στρώσιμο κρεβατιού με άρρωστο σε πλάγια θέση από δύο άτομα

Υλικά που απαιτούνται:

Τα ίδια, όπως προηγούμενα και επιπλέον υλικό για φροντίδα του δέρματος (πρόληψη κατακλίσεων) και υλικό για λουτρό καθαριότητας, συν πυτζάμα ή νυχτικό.

Διαδικασία:

Καλημερίζουμε τον άρρωστο και, αφού τον ενημερώσουμε για τη διαδικασία, τοποθετούμε παραβάν.

Προσέχουμε τις παροχετεύσεις, τις ενδοφλέβιες συσκευές ορού ή τυχόν μηχανήματα που συνοδεύουν τον άρρωστο.

Εργαζόμαστε συγχρονισμένα, αρχίζοντας από το κατέβασμα του ερεισίνωτου, αφαιρούμε το ένα από τα δύο μαξιλάρια, χαλαρώνουμε τα πάνω λευχήματα από πάνω προς τα κάτω και αφαιρούμε το κάλυμμα και τη μία κουβέρτα (αν έχει δύο), τοποθετώντας τα στην καρέκλα.

Αφού συνεννοηθούμε από ποια πλευρά θα γυρίσει ο άρρωστος, θα φτιάξουμε σαν πάπλωμα την αντίθετη πλευρά, όπου πανωσέντονο και κουβέρτα αναδιπλώνονται, ώστε με το γύρισμα του αρρώστου δε μένει εκτεθειμένο το σώμα του. (εικ. 15).

Για να γυρίσει ο άρρωστος σε πλάγια θέση, μετακινούμε το μαξιλάρι του στην άκρη του κρεβατιού, γυρίζοντας τον άρρωστο στο πλάι, συντονισμένα, ο ένας τραβά και ο άλλος σπρώχνει από τους ώμους και τα ισχία, ώστε να βρεθεί σε πλάγια θέση, ενώ το πάνω γόνατο και ο αγκώνας είναι λυγισμένα, για καλύτερη στήριξη. (εικ. 16). Όταν βρισκόμαστε από την πλευρά του αρρώστου, τον συγκρατούμε ή του ζητάμε, αν μπορεί, να συγκρατηθεί από τους προφυλακτήρες ή τις σιδερένιες γωνίες του κρεβατιού, ενώ το άλλο άτομο αρχίζει το χαλάρωμα του κατωσέντονου και αδιάβροχου.

Ριπιδώνει προς τα μέσα το ημισέντονο έως το σώμα του αρρώστου, καθαρίζει με απολυμαντικό το αδιάβροχο και το δίνει στο άλλο άτομο, που το συγκρατεί μαζί με τον άρρωστο. (εικ. 17).



Εικ. 15



Εικ. 16



Εικ. 17

Χαλαρώνουμε το κατωσέντονο από πάνω προς τα κάτω και το ριπιδώνουμε όπως το ημισέντονο κάτω από το σώμα του αρρώστου. Αν χρειαστεί, καθαρίζουμε τη στρωματοθήκη με υγρό απολυμαντικό και την τεντώνουμε.

Ανοίγουμε συμμετρικά το καθαρό κατωσέντονο και στρώνουμε το μισό κρεβάτι. Τοποθετούμε το αδιάβροχο από την ίδια πλευρά, χωρίς τέντωμα και τοποθετούμε, επίσης συμμετρικά, και το καθαρό ημισέντονο.

Ζητάμε τη συνεργασία του αρρώστου, αν μπορεί, ώστε να τον μεταφέρουμε με τον ίδιο τρόπο στην άλλη πλευρά του κρεβατιού, σύροντας και το μαξιλάρι του.

Με γρήγορες κινήσεις, το άλλο άτομο, αφαιρεί τα λευχήματα, χωρίς να έλθουν σε επαφή με τα καθαρά και τα ρίχνει στον κάδο άπλυτων. Καθαρίζει με τον ίδιο τρόπο τη στρωματοθήκη και τραβά το καθαρό κατωσέντονο, το στρώνει, προσέχει στο τέντωμα να μην δημιουργηθούν πτυχές και με τον ίδιο τρόπο φτιάχνει το αδιάβροχο και το ημισέντονο. Για καλύτερο τέντωμα και για προστασία της σπονδυλικής στήλης, χρησιμοποιούμε δύναμη, βάζοντας το δεξί γόνατο κόντρα στο κρεβάτι.

Φέρνουμε τον άρρωστο και το μαξιλάρι του στο κέντρο σε ύπτια θέση, αφού τεντώσουμε καλά την πυτζάμα ή το νυχτικό και ξεδιπλώνουμε το παπλωματάκι.

Αφαιρούμε την κουβέρτα, τη διπλώνουμε και τη βάζουμε στην καρέκλα. Ανοίγουμε το καθαρό πανωσέντονο, το απλώνουμε πάνω στο ακάθαρτο με γρήγορες κινήσεις, το ένα χέρι κρατά το καθαρό πανωσέντονο και το άλλο τραβά το ακάθαρτο πανωσέντονο, ώστε να μην εκτεθεί ο άρρωστος.

Στη συνέχεια στρώνουμε κατά το γνωστό τρόπο, χωρίς να κάνουμε πιέτα.

Αλλάζουμε στο ελεύθερο μαξιλάρι τη μαξιλαροθήκη. Κρατάμε το κεφάλι του αρρώστου στον αυχένα και προσεκτικά αντικαθιστούμε το καθαρό με το ακάθαρτο μαξιλάρι, όπου αλλάζουμε και σε αυτό τη μαξιλαροθήκη, ξανατοποθετώντας το στον άρρωστο, έτσι που να σχηματίζει σκάλα με το πρώτο.

Τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση, αερίζουμε το θάλαμο, απομακρύνουμε το τροχήλατο στο βοηθητικό χώρο, όπου γίνεται η τακτοποίησή του.

Σε λερωμένο άρρωστο προηγείται το λουτρό καθαριότητας, με γάντια και ακολουθεί το στρώσιμο του κρεβατιού.

Αλλαγή νυχτικού ή πυτζάμας.

Βάζουμε το νυχτικό πάνω στα λευχήματα με το μπροστινό μέρος προς τα κάτω. Μαζεύουμε αυτό και τα μανίκια στα χέρια μας και βοηθούμε τον άρρωστο να βάλει τα χέρια του στα μανίκια, μετά να περάσει το κεφάλι, το τραβάμε και το τακτοποιούμε

στο σώμα του, έτσι ώστε να μην έχει πτυχές. Παράλληλα, κρατάμε και τον άρρωστο, αν δεν μπορεί,

ενώ, **όταν έχει ορό,**

περνάμε πρώτα τον ορό μέσα στο μανίκι, μετά το χέρι, στη συνέχεια το άλλο χέρι και μετά το κεφάλι, τραβώντας το προς τον κορμό. Όταν αφαιρούμε το νυχτικό ή την πυτζάμα, ακολουθούμε την αντίστροφη διαδικασία, δηλαδή το βγάζουμε από τον κορμό και το κεφάλι, απελευθερώνουμε το ελεύθερο χέρι, μετά το χέρι με τον ορό και τέλος το περνάμε από τον ορό.

δ. Στρώσιμο κρεβατιού με άρρωστο σε ύπτια θέση από δύο άτομα

Υλικά που απαιτούνται:

Τα ίδια, όπως και στο στρώσιμο κρεβατιού με άρρωστο στην πλάγια θέση.

Διαδικασία:

Ενημερώνουμε τον άρρωστο και ανάλογα με τη νοητική και σωματική του κατάσταση, καθώς και με το είδος της αρρώστιας του ζητάμε τη συνεργασία του. Για τη μετακίνησή του πρέπει να υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του γιατρού και της προϊσταμένης.



Εικ. 18 Μηχανισμοί μεταφοράς και ανύψωσης του κλινήρους αρρώστου.

Μερικές φορές που ο άρρωστος αρνείται να μετακινηθεί ή οι κινήσεις του είναι αυστηρά περιορισμένες, ζητάμε βοήθεια και από τρίτο ή τέταρτο άτομο, προκειμένου να προφυλάξουμε τον άρρωστο και τη δική μας σωματική ακεραιότητα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις μάς βοηθά η τεχνολογία, με τα ειδικά κρεβάτια, τους προφυλακτήρες, τους γερανούς για ανύψωση του αρρώστου και τις τεχνικές που χρησιμοποιούμε. (εικ. 18).

Αν αποφασίσουμε, τελικά, το στρώσιμο του κρεβατιού να γίνει με τον άρρωστο σε ύπτια θέση, χωρίς να μετακινηθεί, τότε ενεργούμε ως εξής:

- Μετακινούμε την καρέκλα στο κάτω μέρος του κρεβατιού για τοποθέτηση των λευχημάτων, φέρνουμε το τροχήλατο κοντά μας και κλείνουμε τα παράθυρα.

- Χαμηλώνουμε το ερεισίνωτο και αφαιρούμε το ένα μαξιλάρι ή το αφήνουμε, αν εξυπηρετεί τον άρρωστο.
- Χαλαρώνουμε τα πάνω λευχήματα από πάνω προς τα κάτω, και οι δύο, συντονισμένα.
- Αφαιρούμε το κάλυμμα. Αν είναι ακάθαρμο, το βάζουμε στο σάκο απλύτων και το αντικαθιστούμε.
- Σχηματίζουμε εκατέρωθεν παπλωματάκι με το πανωσέντονο και την κουβέρτα, ώστε να μην εκθέτουμε το σώμα του αρρώστου. (εικ. 19).
- Φροντίζουμε τον άρρωστο με λουτρό καθαριότητας, τμηματικά το σώμα του, όπως αναφέρουμε στην καθημερινή φροντίδα του και αλλάζουμε το νυχτικό.



Εικ. 19

Στη συνέχεια:

- Χαλαρώνουμε το ημισέντονο και το αδιάβροχο και οι δύο ταυτόχρονα και σύρουμε το ημισέντονο προς τα κάτω, όσο γίνεται.
- Ανοίγουμε το καθαρό ημισέντονο πάνω από το σώμα του αρρώστου (όχι στο κεφάλι), το πιάνουμε από τις γωνίες και το σουρώνουμε ριπδοειδώς στην παλάμη μας.
- Το περνάμε συμμετρικά κάτω από το σώμα του αρρώστου, αφού ανασηκώσουμε με ήπιες κινήσεις το κεφάλι του, με το ένα χέρι κρατάμε τον άρρωστο και με το άλλο το περνάμε κάτω από το σώμα του.
- Με συντονισμένες και ήπιες κινήσεις, απλώνουμε το καθαρό και, ταυτόχρονα, σπρώχνουμε το ακάθαρμο προς τα πόδια του αρρώστου, όπου το βάζουμε στο σάκο απλύτων.
- Καθαρίζουμε το αδιάβροχο με υγρό απολυμαντικό και φτιάχνουμε ρολό (ταυτόχρονα και οι δύο) με ημισέντονο και αδιάβροχο και το φέρνουμε όσο γίνεται πιο κοντά στο σώμα του αρρώστου. Ο σκοπός των ρολών είναι να μας βοηθήσουν ν' ανασηκώσουμε έμμεσα τη λεκάνη του αρρώστου για το κατωσέντονο.
- Χαλαρώνουμε από πάνω προς τα κάτω το κατωσέντονο και το κατεβάζουμε μέχρι την αρχή των ρολών (ημισέντονο και αδιάβροχο).

- Ανοίγουμε το καθαρό κατωσέντονο συμμετρικά, το ριπιδώνουμε στην παλάμη μας από κάτω προς τα πάνω, αφήνοντας στο τέλος 40 cm στο πάνω άκρο του κατωσέντονου, για να το στερεώσουμε στο πάνω μέρος του στρώματος, ανασηκώνοντας μαλακά το κεφάλι του αρρώστου.
- Με τη βοήθεια των ρολών, ανασηκώνουμε τον άρρωστο και με το ένα χέρι τραβάμε το ακάθαρτο κατωσέντονο και μετά το καθαρό, μέχρι να φτάσουμε στο κάτω μέρος του κρεβατιού. Τα πόδια του αρρώστου συγκρατούνται από το ένα άτομο, ενώ το άλλο ρίχνει το ακάθαρτο κατωσέντονο στο σάκο άπλυτων και τραβά το καθαρό κατωσέντονο.
- Ξετυλίγουμε το ημισέντονο και το αδιάβροχο, τα φέρνουμε πάνω στο σώμα του αρρώστου, ριπιδώνουμε το κατωσέντονο κατά μήκος του αρρώστου, καθαρίζουμε με υγρό απολυμαντικό τη στρωματοθήκη. Στη συνέχεια την τεντώνουμε, αρχίζοντας το στρώσιμο με τη σειρά, κατωσέντονο, αδιάβροχο, ημισέντονο από τη μια πλευρά και μετά από την άλλη στρώνουμε με τέντωμα. Μπορεί όμως να κάνουμε το στρώσιμο αυτό ταυτόχρονα και συγχρονισμένα, τεντώνοντας και οι δύο. Η διαδικασία στρώσιματος του πανωσέντονου, των κουβερτών, του καλύμματος, των μαξιλαροθηκών είναι η ίδια με την πλάγια θέση, καθώς και η τακτοποίηση του υλικού και του θαλάμου.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Αν ο άρρωστος μετακινείται, τον μεταφέρουμε στη μία άκρη του κρεβατιού ύπτια, στρώνουμε την ελεύθερη πλευρά και, μετακινώντας τον, στρώνουμε και την αντίθετη πλευρά (βλέπε προηγούμενο μάθημα-Στρώσιμο αρρώστου στην πλάγια θέση).

Πώς βοηθάμε τον άρρωστο να μεταφερθεί στο πάνω μέρος του κρεβατιού

1ος τρόπος:

- Ενημερώνουμε τον άρρωστο να ακολουθεί ακριβώς τα στάδια της μεταφοράς του.
- Με τα δύο του χέρια πιάνει, πίσω από το κεφάλι του, το πάνω πλαίσιο του κρεβατιού.
- Λυγίζει τα πόδια και ακουμπά σταθερά τα πόδια στο στρώμα, βάζοντας δύναμη στα χέρια και, με τη βοήθειά μας, ανασηκώνεται, όσο μπορεί πιο πάνω.

2ος τρόπος:

- Ζητάμε από τον άρρωστο να περάσει τα χέρια του κάτω από τις μασχάλες μας και κρατώντας γερά τους ώμους μας να λυγίσει τα γόνατα, να ακουμπήσει σταθερά τα πέλματα στο στρώμα και, αφού του δώσουμε εμείς το σύνθημα, να σπρώξει, για να μεταφερθεί γρήγορα στο πάνω μέρος.

2. Λήψη Ζωτικών Σημείων και Ενημέρωση Θερμομετρικού Διαγράμματος

α. Θερμομέτρηση

Γενικές αρχές θερμομέτρησης.

- Εξασφαλίστε ατομικό θερμόμετρο στον άρρωστο. Ασφαλίζεται έτσι ο άρρωστος από πιθανή μόλυνση.
- Απολυμαίνετε το θερμόμετρο, πριν το χρησιμοποιήσετε σε άρρωστο και καθαρίστε το από τα υγρά του σώματος μετά τη χρήση του.
- Κατεβάζετε πάντα τον υδράργυρο του θερμομέτρου, πριν το βάλετε στη θέση του. Αν δεν κατεβεί, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άλλον άρρωστο, με αποτέλεσμα να καταγράψετε λανθασμένη θερμοκρασία.
- Έχετε ατομικό δίσκο θερμομέτρησης για αρρώστους που θερμομετρούνται από το ορθό.
- Μην αφήνετε τον άρρωστο να θερμομετρηθεί μόνος του από το ορθό, για την πρόληψη τραυματισμού.
- Τοποθετήστε το θερμόμετρο με ήπιες κινήσεις, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν αιμορροΐδες, για την πρόληψη τοπικού ερεθισμού, πόνου και αιμορραγίας.
- Το θερμόμετρο πλένεται και σαπουνίζεται με κρύο και όχι ζεστό νερό και απολυμαίνεται.
- Μη χρησιμοποιείτε ποτέ θερμόμετρο στόματος για θερμομέτρηση από το ορθό και αντιστρόφως.

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος θερμομέτρησης που θα περιέχει:
 - Θερμόμετρο σε δοχείο με αντισηπτική διάλυση και στον πυθμένα του μια γάζα για την προστασία του θερμομέτρου. Το θερμόμετρο να είναι ατομικό.
 - Τολύπια ή τεμάχια χαρτοβάμβακα.
 - Νεφροειδές.
 - Βαζελίνη και τετράγωνο νοσηλείας μιας χρήσης για θερμομέτρηση από το ορθό.
 - Διάγραμμα αρρώστου.
 - Μολύβι μπλε.

1. Θερμομέτρηση από το στόμα.

- ⇒ Ετοιμάστε τα υλικά και ακουμπήστε το δίσκο στο κομοδίνο του αρρώστου. Ένα ποτήρι νερό θα χρειαστείτε επιπλέον.
- ⇒ Εξηγήστε στον άρρωστο τι πρόκειται να κάνετε και ζητήστε τη συνεργασία του.
- ⇒ Ελέγχετε την ακεραιότητα του θερμομέτρου και βεβαιωθείτε ότι ο υδράργυρος είναι κατεβασμένος, κάτω από τους 35° C.
- ⇒ Ξεπλένετε το θερμόμετρο στο ποτήρι με το νερό. Σκουπίστε το με τεμάχιο χαρτοβάμβακα.
- ⇒ Κρατήστε το θερμόμετρο από το αντίθετο μέρος του υδραργύρου και **τοποθετήστε** το βολβό του υδραργύρου στο χαλινό, κάτω από τη γλώσσα.
- ⇒ Πείτε στον άρρωστο να κλείσει καλά τα χείλη του και να μη δαγκώσει το θερμόμετρο με τα δόντια του. Ακόμη να μη μετακινεί το θερμόμετρο με τη γλώσσα του, γιατί με την τριβή αυξάνεται η θερμότητα και ανεβαίνει η θερμοκρασία.
- ⇒ Αφήστε το θερμόμετρο στη θέση του για 3 λεπτά.
- ⇒ Αφαιρέστε το θερμόμετρο και καθαρίστε το από τις εκκρίσεις του στόματος.
- ⇒ Διαβάστε τη θερμοκρασία που δείχνει και αναγράψτε τη στο θερμομετρικό διάγραμμα με μπλε μολύβι.
- ⇒ Ξαναδιαβάστε τη θερμοκρασία και στη συνέχεια τινάζετε το θερμόμετρο και βάλτε το στη θέση του.

2. Θερμομέτρηση από τη μασχάλη. (εικ. 20)

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο τι πρόκειται να κάνετε.
- ⇒ Ετοιμάστε τα υλικά και ακουμπήστε τα πάνω στο κομοδίνο του.

- ⇒ Σκουπίστε το θερμόμετρο με ένα τολύπιο.
- ⇒ Ελέγχετε την ακεραιότητα του θερμομέτρου και βεβαιωθείτε ότι ο υδράργυρος είναι κατεβασμένος, κάτω από τους 35°C .
- ⇒ Στεγνώστε τη μασχάλη του αρρώστου, αν είναι ιδρωμένος, με χαρτοβάμβακα που έχετε στο δίσκο. Η υγρασία επηρεάζει τη θερμομέτρηση.



Εικ. 42 Δίσκος θερμομέτρησης από τη μασχάλη.

- ⇒ Τοποθετήστε το θερμόμετρο στη μασχάλη με το άκρο του υδραργύρου να εφάπτεται στο δέρμα του αρρώστου. Συστήστε στον άρρωστο να ακινητοποιήσει το χέρι του τοποθετώντας το στο θώρακα και βαστάζοντάς το με το άλλο χέρι. Αν ο άρρωστος δεν μπορεί μόνος του, βοηθήστε τον εσείς.
- ⇒ Αφήστε το θερμόμετρο 3-7 λεπτά περίπου, ανάλογα με το θερμόμετρο.
- ⇒ Αφαιρέστε το θερμόμετρο, διαβάστε και καταγράψτε με ακρίβεια τη θερμοκρασία στο θερμομετρικό διάγραμμα.
- ⇒ Καθαρίστε το θερμόμετρο, κατεβάστε τον υδράργυρο και τοποθετήστε τα υλικά στη θέση τους.

3. Θερμομέτρηση από το ορθό.

Εργαστείτε όπως στη διαδικασία 2.2 και συνεχίστε ως εξής:

- ⇒ Απομονώστε τον άρρωστο με παραβάν ή κουρτίνες.
- ⇒ Βοηθήστε τον να κατεβάσει την πυτζάμα και το εσώρουχο. Αναδιπλώστε τα κλινოსκεπάσματα.
- ⇒ Γυρίστε τον άρρωστο σε πλάγια θέση, με το επάνω πόδι σε ελαφριά κάμψη.
- ⇒ Τοποθετήστε το τετράγωνο νοσηλείας κάτω από τους γλουτούς του αρρώστου.
- ⇒ Επαλείψτε το θερμόμετρο με βαζελίνη για την ευκολότερη εισαγωγή του.
- ⇒ Ανασηκώστε τον επάνω γλουτό και τοποθετήστε το θερμόμετρο με ήπιες κινήσεις στο έντερο, σε βάθος 3-5 εκ. περίπου. Κρατήστε το στη θέση αυτή για 2-3 λεπτά.
- ⇒ Αφαιρέστε το θερμόμετρο, διαβάστε και σημειώστε τη θερμοκρασία στο θερμομετρικό διάγραμμα με ακρίβεια.

- ⇒ Αφήστε τον άρρωστο καθαρό και τοποθετήστε τον σε αναπαυτική θέση.
- ⇒ Τακτοποιήστε τα υλικά που χρησιμοποιήσατε. Το θερμόμετρο πλένεται με κρύο νερό, για να μη σπάσει και μένει για 20 λεπτά, τουλάχιστο, σε αντισηπτική διάλυση. Μετά ξεπλένεται με άφθονο νερό, σκουπίζεται και τοποθετείται στο βαζάκι με οινόπνευμα.

β. Μέτρηση Αρτηριακού σφυγμού

Κερκιδικός σφυγμός. (εικ. 21)

Υλικά που απαιτούνται:

- Διάγραμμα αρρώστου.
- Μολύβι κόκκινο.



Εικ. 21 Ψηλάφιση κερκιδικού σφυγμού.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία.
- ⇒ Δώστε στον άρρωστο καθιστή ή ύπτια αναπαυτική θέση, τοποθετώντας το χέρι του σε ελαφρά απαγωγή ή πάνω στο θώρακα ή πάνω στο τραπέζι.
- ⇒ Εξασφαλίστε ησυχία και ηρεμία για τον άρρωστο.
- ⇒ Τοποθετήστε τα τρία δάκτυλα -δείκτη, μέσο και παράμεσο- στην έσω επιφάνεια του καρπού και ψηλαφίστε το σφυγμό, πιέζοντας ελαφρά την κερκιδική αρτηρία. Η μεγάλη πίεση εξαφανίζει το σφυγμό, γιατί διακόπτει τη ροή του αίματος.
- ⇒ Μετρήστε το σφυγμό για ένα ολόκληρο λεπτό της ώρας. Ποτέ λιγότερο.
- ⇒ Σημειώστε στο διάγραμμα τον αριθμό των σφύξεων με κόκκινο μολύβι. (βλ. σελ. 275). Σε περίπτωση σημαντικής ανωμαλίας, ενημερώστε τον υπεύθυνο νοσηλευτή του τμήματος.
- ⇒ Ο άρρωστος αφήνεται σε αναπαυτική θέση.

γ. Μέτρηση αναπνοών

Υλικά που απαιτούνται:

- Διάγραμμα αρρώστου.
- Μολύβι πράσινο.

Διαδικασία:

- ⇒ Αφήστε τον άρρωστο να ηρεμήσει, αν έχει προηγηθεί κόπωση.
- ⇒ Δώστε στον άρρωστο αναπαιτική θέση.
- ⇒ Μετρήστε τις αναπνοές, χωρίς να ενημερώσετε τον άρρωστο, γιατί ο αριθμός των αναπνοών επηρεάζεται από τη θέληση του ατόμου. Γι' αυτό μετά από τη λήψη των σφύξεων, διατηρείτε τα δάκτυλά σας στην κερκιδική αρτηρία και μετράτε τις αναπνοές.
- ⇒ Παρακολουθήστε το ανέβασμα και το κατέβασμα του θώρακα σε 1 λεπτό.
- ⇒ Σημειώστε στο διάγραμμα με πράσινο μολύβι τον αριθμό των αναπνοών.

δ. Μέτρηση αρτηριακής πίεσης**Υλικά που απαιτούνται:** (εικ. 22)

- Μανόμετρο (πιεσόμετρο).
- Στηθοσκόπιο (ακουστικά).
- Διάγραμμα αρρώστου.
- Μολύβι μπλε.



Εικ. 22 Μέτρηση αρτηριακής πίεσης.

Περιγραφή υδραργυρικού πιεσόμετρου.

Το πιεσόμετρο αποτελείται από το μανόμετρο και την περιχειρίδα. Το μανόμετρο έχει στήλη αριθμημένη από το 0-30 mmHg. Στη βάση της στήλης του υδραργύρου βρίσκεται η δεξαμενή με τον υδράργυρο. Η περιχειρίδα είναι υφασμάτινη και μέσα της υπάρχει ο ελαστικός αεροθάλαμος. Ο αεροθάλαμος έχει δύο ελαστικούς σωλήνες. Ο ένας καταλήγει στο πουάρ (μπαλόνι) με τη βαλβίδα διαφυγής του αέρα. Ο άλλος συνδέεται με τη στήλη υδραργύρου του μανόμετρου.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο και ζητήστε τη συνεργασία του.
- ⇒ Έχετε ό,τι είναι απαραίτητο, κοντά στον άρρωστο.
- ⇒ Βεβαιωθείτε ότι ο άρρωστος είναι ήρεμος, δεν έχει φάει, καπνίσει, ασκηθεί αμέσως πριν, γιατί αυτά αυξάνουν την πίεση. Δώστε του αναπαιτική θέση καθιστή ή ύπτια.
- ⇒ Σηκώστε το μανίκι του αρρώστου προς τα πάνω. Αν το μανίκι είναι στενό, τότε βγάλτε το, γιατί κατά τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης δεν πρέπει να πιέζεται ο βραχίονας.

- ⇒ Υποστηρίξτε το χέρι του αρρώστου σε επίπεδη επιφάνεια και στο ύψος της καρδιάς.
- ⇒ Τοποθετήστε το υδραργυρικό πιεσόμετρο απέναντί σας και δίπλα από το κρεβάτι του αρρώστου. Για πιεσόμετρο χωρίς υδράργυρο φροντίστε το ρολόι ή ο πίνακας να είναι στραμμένα προς εσάς.
- ⇒ Τοποθετήστε την περιχειρίδα γύρω από το βραχίονα, λίγο πιο πάνω από την καμπυλική επιφάνεια του αγκώνα, με μέτρια πίεση και καλά στερεωμένη.
- ⇒ Ελέγξτε αν οι σωλήνες είναι συνδεδεμένοι και απομακρυσμένοι ο ένας από τον άλλο, γιατί η επαφή τους δημιουργεί θόρυβο και παρεμποδίζει την καλή ακρόαση των καρδιακών παλμών.
- ⇒ Πάρτε στο χέρι σας το πουάρ και κλείστε τη βαλβίδα διαφυγής αέρα.
- ⇒ Ψηλαφίστε τη βραχιόνια ή την κερκιδική αρτηρία, για να διαπιστώσετε το σφυγμό.
- ⇒ Φορέστε στα αυτιά σας τα ακουστικά του στηθοσκοπίου, έτσι ώστε να εφαρμόζουν καλά. Βάλτε το πλακέ ή κωνικό άκρο του στη βραχιόνια αρτηρία. Μην ασκείτε μεγάλη πίεση, γιατί παρεμποδίζεται η ροή του αίματος της βραχιόνιας αρτηρίας.
- ⇒ Πιέστε το πουάρ, μέχρι να γεμίσει ο αεροθάλαμος με αέρα και να ανέβει η στάθμη της στήλης υδραργύρου στο ύψος 25-30.
- ⇒ Αρχίστε να χαλαρώνετε τη βαλβίδα διαφυγής αέρα, ώστε να αρχίσει να καταβαίνει η στάθμη της στήλης υδραργύρου, μέχρι να διαπιστώσετε με ακρίβεια σε ποιο σημείο θα ακουστεί ο πρώτος ήχος (παλμός). Στο σημείο αυτό μετράμε τη συστολική ή μέγιστη αρτηριακή πίεση.
- ⇒ Συνεχίστε να κρατάτε ανοιχτή τη βαλβίδα διαφυγής αέρα, μέχρι να ακουστεί ο τελευταίος ήχος, πριν εξαφανιστεί τελείως. Στο σημείο αυτό μετράμε τη διαστολική ή ελάχιστη αρτηριακή πίεση.

Η τεχνική επαναλαμβάνεται άλλη μια φορά για την αποφυγή λάθους. Μεταξύ των μετρήσεων αφήνεται διάστημα 1-2 λεπτών, για την επόμενη μέτρηση, ώστε να δοθεί χρόνος στην επάνοδο της φυσιολογικής ροής του αίματος στην περιοχή του βραχίονα.

- ⇒ Αφαιρέστε τα ακουστικά και την περιχειρίδα από το χέρι του αρρώστου και τακτοποιήστε τα.
- ⇒ Σημειώστε την αρτηριακή πίεση σωστά στο διάγραμμα του αρρώστου. (βλ. σελ. 275). Αναφέρετε στον υπεύθυνο νοσηλευτή του τμήματος τυχόν σημαντική παρέκκλιση από το φυσιολογικό της αρτηριακής πίεσης.

Για να αποφύγουμε τη λανθασμένη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, πρέπει να αποφύγουμε τους αιτιολογικούς παράγοντες. Γι' αυτό κατά τη μέτρηση της Α.Π.:

1. Περιορίστε τους θορύβους στο χώρο. Κλείστε τα παράθυρα, την τηλεόραση, το ραδιόφωνο και απομακρύνετε τους επισκέπτες.
2. Αποφεύγετε τις ακραίες συνθήκες του περιβάλλοντος. Το πολύ κρύο ή πολύ ζεστό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει την Α.Π.
3. Χρησιμοποιήστε την ανάλογη περιχειρίδα. Η χρησιμοποίηση μικρού ή μεγάλου μεγέθους σάκου περιχειρίδος δίνει λανθασμένα αποτελέσματα.
4. Ελέγξτε την ακεραιότητα και την καλή λειτουργία του πιεσόμετρου, πριν πάρετε την πίεση. Πιεσόμετρο στο οποίο ο υδράργυρος δεν κατεβαίνει στο «0» θα δώσει λανθασμένο αποτέλεσμα. Περιχειρίδα σχισμένη, με ρωγμές στον αεροθάλαμο ή στους σωλήνες και με λανθασμένη σύνδεση σωλήνων, δυσκολεύει τη σωστή λήψη της Α.Π.
5. Διατηρήστε τα ακουστικά καθαρά και εφαρμοστά στα αυτιά σας. Τοποθετήστε τον κώδωνα πάνω στην αρτηρία και όχι με πολλή πίεση, χωρίς να παρεμβάλλονται αναδιπλωμένοι σωλήνες ή ρούχα του αρρώστου.
6. Η στήλη του υδραργύρου πρέπει να βρίσκεται στο ύψος των ματιών του νοσηλευτή, για να μπορεί να τη διαβάσει με ακρίβεια.
7. Η περιχειρίδα πρέπει να βρίσκεται 2,5 εκ. του μέτρου πάνω από τον αγκώνα ή πάνω από τον ιγνυακό βόθρο για την ιγνυακή αρτηρία ή πάνω από τον καρπό για την κερκιδική αρτηρία. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο μηρό γίνεται με τον άρρωστο σε πρινή θέση.
8. Χρησιμοποιήστε πάντα το ίδιο χέρι για κάθε μέτρηση.
9. Κατά την ενημέρωση του διαγράμματος του αρρώστου, μην παραλείπετε το χέρι από το οποίο μετρήσατε την αρτηριακή πίεση.

ε. Ενημέρωση διαγράμματος

Η ενημέρωση του διαγράμματος φαίνεται στην εικόνα 23.

Υλικά που απαιτούνται:

- Το διάγραμμα του αρρώστου.
- Μολύβια σε διάφορα χρώματα.
- Χάρακας τσέπης.

ΝΟΜ. ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Α.Μ. 25656 Ονοματεπώνυμο Τ.Τ. Αριθμός φύλλου 1
 Τμήμα 7 Ηλικία 66 Τόπος γεννήσεως Αθήνα Διεύθυνση κατοικίας Καραϊσκάκη 4 Επάγγελμα Συν/κας Ασφαλ. Οργαν. ΟΓΑ

Ημερομηνία	Θ	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24
70	140	40																							
60	120	30																							
50	100	38																							
40	80	37																							
30	60	36																							
20	40	35																							
Κενώσεις																									
Ποσότητα ούρων																									
Εμετοί	<u>Ουδέν</u>																								
Βάρος σώματος																									
ΘΕΡΑΠΕΙΑ																									
ΔΙΑΙΤΑ																									

Εικ. 23

Διαδικασία:

- ⇒ Καθίστε στο τραπέζι του θαλάμου. Η απεικόνιση της θερμοκρασίας είναι γραμμική και σημειώνεται με μια τελεία (.) στο σημείο που αντιστοιχεί. Στη συνέχεια ενώστε με ευθεία γραμμή το μπλε βέλος με την τελεία. Όταν θερμομετρήσετε ξανά, ενώνετε με ευθεία γραμμή τις τελείες. Αν ο άρρωστος σας κατά τη θερμομέτρηση έχει ρίγος, τότε δίπλα από την τελεία που μας δείχνει τη θερμοκρασία σημειώστε και μια ακτινωτή τελεία (*).
- ⇒ Για την απεικόνιση των σφύξεων, σημειώνετε μια τελεία στην ένδειξη και ενώστε το κόκκινο βέλος και την τελεία με μια ευθεία γραμμή. Σε επόμενη μέτρηση ενώστε τις τελείες μεταξύ τους.
- ⇒ Οι αναπνοές σημειώνονται με τελεία στην ένδειξη και ενώνεται το πράσινο βέλος με την τελεία.
- ⇒ Η αρτηριακή πίεση χρωματίζεται με μπλε μολύβι. Χρωματίστε μερικά τετραγωνάκια, ανάλογα με την τιμή της αρτηριακής πίεσης, σε κάθετες στήλες στην ημερομηνία και ώρα που μετρήσατε την αρτηριακή πίεση.

Άλλες απεικονίσεις στο διάγραμμα του αρρώστου μπορεί να είναι:

- Σήμα χειρουργείου: 
- Μετάγγιση ολικού αίματος: 
- Χορήγηση συμπυκνωμένων ερυθρών: 
- Χορήγηση πλάσματος: 
- Χορήγηση αιμοπεταλίων: 
- Κένωση: 0, I, II, III.
- Μέλαινα κένωση: I, II, III.

3. Ειδικές Θέσεις Αρρώστου

Ο σκοπός των θέσεων που τοποθετούνται οι άρρωστοι στο κρεβάτι είναι η διατήρηση της μυοσκελετικής λειτουργίας, η πρόληψη επιπλοκών από το μυοσκελετικό, αναπνευστικό, κυκλοφορικό σύστημα, η πρόληψη κατακλίσεων και η ανακούφιση του αρρώστου.

α. Ύπτια θέση

- ⇒ Ο ασθενής τοποθετείται σε σκληρό στρώμα.
- ⇒ Προσαρμόστε το μαξιλάρι και το κεφάλι στην ίδια ευθεία με τη σπονδυλική στήλη.
- ⇒ Τα χέρια ακουμπούν στην κοιλιά ή αν έχει ορούς, τοποθετήστε μαξιλαράκια κάτω από τα χέρια του.
- ⇒ Τα κάτω άκρα έχουν ελαφρά έσω στροφή. Μπορείτε να τοποθετήσετε προαιρετικά λεπτό μαξιλάρι κάτω από την οσφυϊκή και ιγνυακή χώρα (πίσω από τα γόνατα), για να ακουμπούν καλύτερα τα πόδια. Το άκρο πόδι σχηματίζει ορθή γωνία με την κνήμη, αν βάλουμε ένα μαξιλάρι τυλιγμένο ρολό και καλυμμένο με ημισέντονο ή αν βάλουμε ειδικά αφρολέξ.

β. Πλάγια θέση

- ⇒ Το κεφάλι του αρρώστου είναι στην ίδια ευθεία με τη σπονδυλική στήλη, γυρισμένο δεξιά ή αριστερά, πάνω σε ένα μαξιλάρι και πίσω από την πλάτη τοποθετημένα δυο μαξιλάρια, για να μη γυρίσει.
- ⇒ Το πάνω πόδι ακουμπά σε μαξιλάρι και είναι λυγισμένο σε απαγωγή.
- ⇒ Το κάτω πόδι είναι σε ευθεία.
- ⇒ Το πάνω χέρι ακουμπά σε μαξιλάρι και είναι λυγισμένο σε απαγωγή.
- ⇒ Το κάτω χέρι είναι μπροστά από το σώμα προσηκτικά, ώστε να μην πιέζεται.
- ⇒ Όταν ο άρρωστος είναι σε κώμα, ημιπληγικός ή παραπληγικός, τοποθετούμε μαξιλάρι ανάμεσα στα γόνατα και στις ποδοκνημικές.

γ. Πρηγής θέση

- ⇒ Το κεφάλι του αρρώστου είναι γυρισμένο δεξιά ή αριστερά πάνω στο μαξιλάρι.
- ⇒ Το σώμα του είναι μπρούμυτα και τα χέρια προς τα πάνω με κάμψη στους αγκώνες.
- ⇒ Τοποθετήστε μαλακά μαξιλάρια στο επιγάστριο, στη λεκάνη και στις κνήμες, έτσι που να μην ακουμπούν τα δάχτυλα στο στρώμα.
- ⇒ Μερικές φορές τα δάκτυλα των κάτω άκρων προεξέχουν από το κρεβάτι, για να μην πιέζονται, αφού αφαιρέσουμε το κάτω πλαίσιο του κρεβατιού.

δ. Καθιστική - Ημικαθιστική θέση

1. Θέση καθιστική (Fowler). Είναι παραλλαγή της ύπτιας. Βοηθά τους αναπνευστικούς, καρδιολογικούς και χειρουργημένους αρρώστους.

- ⇒ Σηκώστε το ερεισίνωτο σε 90° γωνία και ασφαλίστε το. Τοποθετήστε τον άρρωστο αναπαυτικά, βάζοντας τρία (3) μαξιλάρια (σαν σκάλα) που αρχίζουν από τη μέση και τελειώνουν στο κεφάλι. Μπορεί να τοποθετήσετε μαξιλάρια κάτω από τα χέρια του, μηρούς και κνήμες.
- ⇒ Δώστε προσοχή στα πέλματα, γιατί γλιστρά ο άρρωστος. Βάλτε μαξιλάρια ή το ενσωματωμένο εξάρτημα του κρεβατιού ή ξύλινο υποπόδιο, ώστε να είναι 90° τα πέλματα με τις κνήμες και να αποφεύγεται η υποποδία.
- ⇒ Όταν έχει ορθόπνοια, μετακινήστε το τραπέζιδιο φαγητού μπροστά του με ένα μαξιλάρι πάνω, για να ξεκουράζεται.

2. Θέση ημικαθιστική (ημι-Fowler).

- ⇒ Ανασηκώστε το ερεισίνωτο σε 45° γωνία και ασφαλίστε.
- ⇒ Τοποθετήστε δύο μαξιλάρια, σαν σκάλα, στη μέση και στο κεφάλι και προαιρετικά κάτω από τους γλουτούς, μηρούς, κνήμες.
- ⇒ Υποστηρίξουμε τα πόδια, όπως στη Fowler.
- ⇒ Βάλτε στεφάνι στις θέσεις Fowler και ημι-fowler, για να υποστηρίξετε τα κλινოსκεπάσματα, αν ο άρρωστος έχει εγκαύματα, τραύματα, κατάγματα, ακρωτηριασμό.

ε. Κατάρρευση θέση (Tredelenburg)

- ⇒ Βοηθά αρρώστους με σοκ, σε κατετηριασμό υποκλείδιας φλέβας, σε μερικές χειρουργικές επεμβάσεις, σε λιποθυμία και είναι θέση παροχέτευσης των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων.

Ο άρρωστος έχει τα πόδια ανυψωμένα, σε ύπτια θέση με το κεφάλι χαμηλότερα. Αν έχει μαξιλάρι στο κεφάλι, τοποθετείται σε σχήμα γάμα (Γ), όπου η μία πλευρά υποστηρίζει τους ώμους και η άλλη το κεφάλι. Αν δεν έχει το κρεβάτι μηχανισμό ανάκλισης, τοποθετήστε ξύλινους κύβους (τάκους) στα πόδια του κάτω μέρους του κρεβατιού.

4. Έγερση Αρρώστου από το Κρεβάτι

Η κινητοποίηση του κλινίηρη αρρώστου και η μετεγχειρητική του πορεία περιλαμβάνει και την έγερση του αρρώστου. Έτσι προλαμβάνονται επιπλοκές λόγω ακινησίας π.χ. θρομβοεμβολικά επεισόδια.

Υλικά που απαιτούνται:

- Πολυθρόνα με 2-3 μαξιλάρια.
- Ρόμπα.
- Ελαστικοί επίδεσμοι.
- Πιεσόμετρο ή στηθοσκόπιο.

Διαδικασία:

- ⇒ Διδάξτε στον άρρωστο το σκοπό της έγερσης, για να πετύχουμε καλύτερη συνεργασία μαζί του, αφού συνεννοηθούμε με το θεράποντα γιατρό.
- ⇒ Εκτιμήστε τη γενική κατάσταση του αρρώστου και πάρτε ζωτικά σημεία.
- ⇒ Τοποθετήστε την πολυθρόνα με τα μαξιλάρια σε βολική θέση για τον άρρωστο **κοντά** στο κρεβάτι. Απομακρύνετε τυχόν εμποδία.
- ⇒ Τοποθετήστε το στατό του ορού και ουροσυλλέκτη κοντά στην πολυθρόνα. Ελέγχουμε αν έχει παροχετεύσεις και ζητάμε βοήθεια από δεύτερο άτομο.
- ⇒ Σηκώνουμε το ερεισίνωτο σε 90° κλίση (Fowler).
- ⇒ Μετρήστε πάλι σφύξεις και Α.Π. Ρωτήστε πώς αισθάνεται.
- ⇒ Τοποθετήστε τους ελαστικούς επιδέσμους στα κάτω άκρα με φορά από την περιφέρεια προς την καρδιά.
- ⇒ Βάλτε το ένα σας χέρι στους ώμους του αρρώστου και με το άλλο σας χέρι μετακινήστε τα πόδια του έτσι ώστε ο άρρωστος να καθίσει στην άκρη του κρεβατιού με τα πόδια κατεβασμένα κάτω από το κρεβάτι. Τον αφήνουμε πάλι για 5 λεπτά. Μετράμε Α.Π. και σφύξεις. Αν ζαλίζεται, τον ξαπλώνουμε. Αν αισθάνεται καλά, φορέστε παντόφλες και βοηθήστε τον να σηκωθεί όρθιος. Ταυτόχρονα βάζουμε τα πόδια μας μπροστά από τα πόδια του, καθώς ακουμπούν στο πάτωμα, για να μη γλιστρήσει. Ρωτήστε τον πώς αισθάνεται. Βάλτε τη ρόμπα και βοηθήστε τον να καθίσει στην πολυθρόνα αναπαυτικά.
- ⇒ Τακτοποιήστε ορούς και παροχετεύσεις, ελέγχοντας τη λειτουργία τους. Πάρτε ζωτικά σημεία.
- ⇒ Φροντίστε να μην είναι σε ρεύματα αέρος. Εξασφαλίστε υποστήριγμα για τα πόδια. Δεν αφήνουμε μόνο του τον άρρωστο την πρώτη φορά έγερσης, μένουμε στο θάλαμο και τακτοποιούμε το κρεβάτι.
- ⇒ Υπάρχουν πολυθρόνες-κρεβάτια που έχουν υποδοχή για σκωραμίδα. Αυτές διευκολύνουν πολύ το νοσηλευτικό προσωπικό και τους αρρώστους.
- ⇒ Μετά από τις πρώτες εγέρσεις τον βοηθάμε να περπατήσει **σταδιακά** (ως προς το χρόνο παραμονής, έγερσης και απόστασης).
- ⇒ Ενημερώνουμε το δελτίο νοσηλείας.

Ασκήσεις στο κρεβάτι σε κλινήρη άρρωστο.

Για την καλή λειτουργία του μυοσκελετικού, κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος στους κλινήρεις αρρώστους για μεγάλο χρονικό διάστημα συστήνονται ασκή-

σεις (ενεργητικές και παθητικές). Αυτές οι ασκήσεις, εφόσον επιτρέπονται από το θεράποντα γιατρό, συνήθως γίνονται από φυσικοθεραπευτές και νοσηλευτές. Έτσι προλαμβάνονται οι δυσκαμψίες, οι κατακλίσεις και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια.

Οι παθητικές ασκήσεις γίνονται με τη βοήθεια του φυσικοθεραπευτή και οι ενεργητικές από τον ίδιο τον άρρωστο με σύσταση από το φυσικοθεραπευτή και νοσηλεύη/τρια.

Αρχές για σωστή μεταφορά ασθενών.

1. Διαλέξτε τον ιδανικό τρόπο μεταφοράς.
2. Αποφασίστε ποιος θα είναι αυτός που θα δίνει το σύνθημα για τη μεταφορά του αρρώστου.
3. Ενημερώστε τι ακριβώς πρόκειται να γίνει και πώς μπορεί να βοηθήσει.
4. Μετακινήστε οποιοδήποτε αντικείμενο ή έπιπλο εμποδίζει την προσπάθειά σας.
5. Να ελέγχετε πόσο περίπου βάρος θα σηκώσετε - ζητήστε βοήθεια, αν είναι αναγκαίο.
6. Με το σύνθημα όλοι κινούνται **ταυτόχρονα**.
7. Βεβαιωθείτε ότι μετά τη μεταφορά ο ασθενής αισθάνεται άνετα.
8. Τοποθετήστε πάλι τα αντικείμενα που μετακινήσατε στη θέση τους. (εικ. 24, 25, 26, 27, 28).



Εικ. 24



Εικ. 25



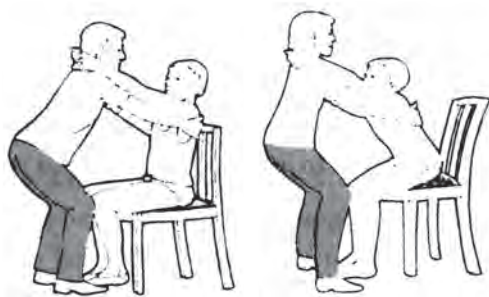
Εικ. 26



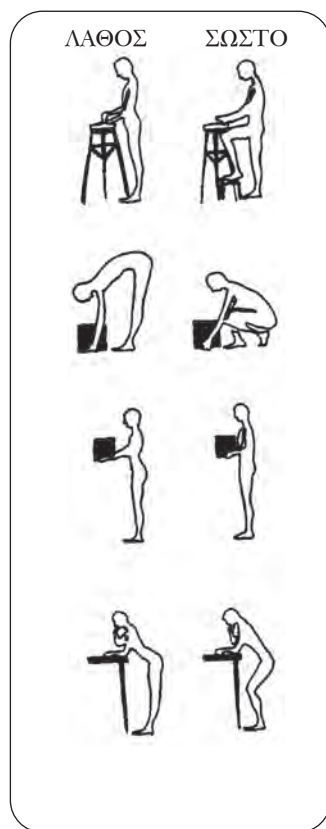
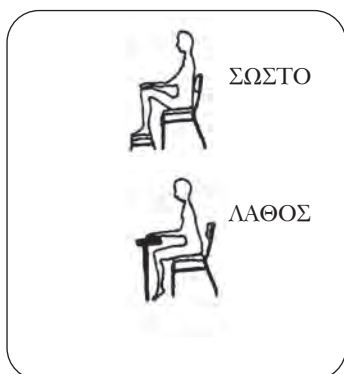
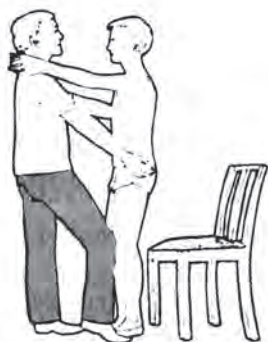
Εικ. 27

Συστάσεις για τη σωστή μηχανική του σώματος στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Κατά την εφαρμογή των νοσηλευτικών διαδικασιών το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να χρησιμοποιεί άριστα τις τεχνικές που διδάχθηκε, ώστε να προστατεύει τον άρρωστο και τον εαυτό του.



Εικ. 28



Εικ. 29

Η σπονδυλική στήλη συχνά καταπονείται στο νοσηλευτικό προσωπικό και δημιουργούνται μακροχρόνια φθορές (π.χ. κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου).

Στις φωτογραφίες που ακολουθούν συστήνονται οι σωστές κινήσεις του σώματος. (εικ. 29).

Να θυμάστε ότι η καλή φυσική κατάσταση του σώματος είναι βασικός παράγοντας για τη διατήρηση της υγείας.

5. Πλύσιμο και Εντριβή Ράχης και Γλουτών (Πρόληψη Κατακλίσεων)

Υλικά που απαιτούνται:

➤ Δίσκος που περιέχει:

- Λεκάνη.
- Μια κανάτα με ζεστό νερό.
- Δυο τετράγωνα ή δυο πετσέτες λουτρού.
- Αδιάβροχο.
- Σαπούνι υγρό ή πράσινο με σαπυνοθήκη.
- Τρίφτης.
- Ελαιώδη ουσία ή λοσιόν μαλακτική.
- Παραβάν.



Εικ. 30

Διαδικασία:

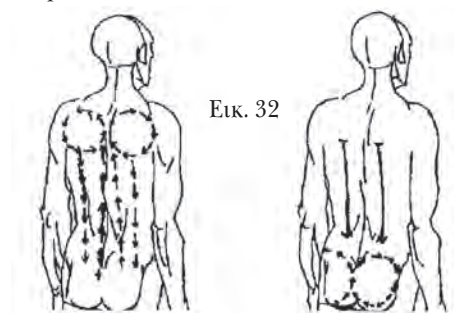
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο.
- ⇒ Τοποθετήστε το παραβάν.
- ⇒ Κλείστε τα παράθυρα, αν χρειάζεται.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε κατάλληλη θέση.
Αν μπορεί πλάγια ή πρηνή. Αν απαγορεύεται η μετακίνησή του, ο άρρωστος παραμένει σε ύπτια θέση και περνάμε ριπιδοειδώς πετσέτα με αδιάβροχο, όπως στην αλλαγή ημισθέντονου σε άρρωστο με ύπτια θέση.
- ⇒ Χαλαρώστε τα πάνω λευχήματα, όπως έχετε διαχθεί στην πλάγια θέση.
- ⇒ Ανασηκώστε την πυτζάμα, για να πλύνετε ράχη και γλουτούς.
- ⇒ Τοποθετήστε τετράγωνα ή πετσέτες, για να μη βραχούν τα λευχήματα του αρρώστου. (εικ. 30 και 31)
- ⇒ Σαπουνίστε καλά με σταθερές κυκλικές κινήσεις, επιμένοντας στα σημεία πίεσης.



Εικ. 31

⇒ Ξεπλύνετε και στεγνώστε με την άλλη πετσέτα.

⇒ Κάντε εντριβή με λοσιόν ή κρέμα. Καλό είναι ν' αποφεύγουμε τα σπρέι κυρίως αυτά που έχουν αντιβιοτικό, γιατί διαταράσσουν τη φυσιολογική χλωρίδα του δέρματος. (εικ. 32).



Εικ. 32

⇒ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΙΝΑΙ η καθαριότητα, η αποφυγή υγρασίας στο δέρμα, η αλλαγή θέσης ειδικά σε κλινήρεις αρρώστους, η τοποθέτηση ειδικών επιθεμάτων στα σημεία πίεσης, το καλό τέντωμα των σεντονιών (χωρίς πτυχές) και η χρήση στρωμάτων με αέρα ή νερό. (εικ. 33).

Σκοπός όλων όσων προαναφέραμε είναι η τόνωση της κυκλοφορίας του αίματος.

6. Καθαριότητα Αρρώστου στο Κρεβάτι

Η ατομική υγιεινή περιλαμβάνει νοσηλευτικές ενέργειες που έχουν σαν σκοπό να ανακουφίσουν τον κλινήρη άρρωστο, να αισθανθεί ευεξία και να διδαχθεί υγιεινές συνήθειες που ίσως δεν τηρεί ή δε γνωρίζει.



Εικ. 33 Κρεβάτι σε Μ.Ε.Θ. με στρώμα αέρα ρυθμιζόμενο ηλεκτρονικά σε ποιο σημείο θα γίνει massage στον άρρωστο.

Επίσης είναι μια ευκαιρία να εκτιμήσουμε τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε αρρώστου και να προσαρμόσουμε τη νοσηλευτική του φροντίδα.

Η πρωινή φροντίδα του αρρώστου μπορεί να περιλαμβάνει το λουτρό καθαριότητας, τη φροντίδα στοματικής κοιλότητας, προσώπου, λαιμού, χεριών, ποδιών, τοπική καθαριότητα, πλύσιμο ράχης και γλουτών και λούσιμο κεφαλής.

Όλα αυτά εξετομικεύονται με τις ανάγκες του κάθε αρρώστου και ο σκοπός μας είναι η κινητοποίηση του αρρώστου για αυτοφροντίδα.

α. Καθαριότητα στοματικής κοιλότητας

Περιλαμβάνει τους αρρώστους που συνεργάζονται και αυτούς που δεν συνεργάζονται.

Για αρρώστους που συνεργάζονται.

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος με νεφροειδές (μιας χρήσης αν υπάρχει).
- Χαρτοσακούλα.
- Οδοντόβουρτσα.
- Οδοντόκρεμα και στοματικό διάλυμα.
- Χαρτοβάμβako ή πετσέτα.
- Ποτήρι με νερό.
- Κάψα με τολύπια βάμβaka και τεμάχια χαρτοβάμβaka.
- Γάντια μιας χρήσης.
- Γλυκερίνη ή βαζελίνη.

Διαδικασία:

- ⇒ Χαιρετήστε τον άρρωστο με χαμόγελο.
- ⇒ Ενημερώστε τον για τη νοσηλεία και ζητήστε τη συνεργασία του, τοποθετήστε τον σε πλάγια ή καθιστή θέση και φέρετε το δίσκο στο κομοδίνο του αρρώστου.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας και φορέστε γάντια.
- ⇒ Τοποθετήστε χαρτοβάμβako ή πετσέτα στο λαιμό του αρρώστου.
- ⇒ Βάλτε το νεφροειδές κοντά του.
- ⇒ Δώστε οδοντόβουρτσα με οδοντόκρεμα στον άρρωστο, να βουρτσίσει τα δόντια του και συγχρόνως διδάξτε τον τη σωστή τεχνική βουρτσίσματος, εφόσον δεν τη γνωρίζει.
- ⇒ Ο άρρωστος ξεπλένει το στόμα του με νερό και κατόπιν με στοματικό διάλυμα (Hexalen, Betadine κ.τ.λ.).
- ⇒ Στεγνώστε τα χείλη και επαλείψτε τα με γλυκερίνη ή βαζελίνη, αν υπάρχει ξηρότητα.
- ⇒ Ενημερώστε την προϊσταμένη και το γιατρό, αν παρατηρήσετε ή σας παραπονεθεί ο άρρωστος για πρόβλημα στη στοματική κοιλότητα.

- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.
- ⇒ Τακτοποιήστε το υλικό και το κομοδίνο.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.

Για αρρώστους που δεν συνεργάζονται.

Είναι απαραίτητη η περιποίηση ανά 2 ώρες σε βαριά αρρώστους έως και τρεις φορές την ημέρα στους υπόλοιπους.

Υλικά που απαιτούνται:

- Ο ίδιος δίσκος όπως και στην α' περίπτωση. Επιπλέον περιέχει γλωσσοπίεστρα μιας χρήσης (σπάτουλα) και κάψα.

Διαδικασία:

- ⇒ Ακολουθήστε την ίδια διαδικασία, μη χρησιμοποιείτε όμως οδοντόβουρτσα και οδοντόκρεμα, αλλά γλωσσοπίεστρα με γάζα εμβαπτισμένη σε αντισηπτικό διάλυμα στόματος.
- ⇒ Αφαιρέστε τις μασέλες, αν έχει και καθαρίστε με τη σειρά χείλη, ούλα, δόντια, υπερώα και γλώσσα.
- ⇒ Επαναλάβετε την ίδια διαδικασία με δροσερό νερό ή αντισηπτικό διάλυμα, μέχρι να καθαρίσει καλά η στοματική κοιλότητα, αλλάζοντας κάθε φορά τη γάζα.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Σε αρρώστους αφυδατωμένους, με συνεχείς εμετούς, διαβητικούς, καρκινοπαθείς, αρρώστους που λαμβάνουν αντιβιοτικά κ.τ.λ.

Φροντίδα οδοντοστοιχίας.

- ⇒ Πλύνετε την οδοντοστοιχία με γάντια, κάτω από τη βρύση με ζεστό νερό, χρησιμοποιώντας οδοντόβουρτσα και οδοντόκρεμα ή ειδικές ταμπλέτες, εφόσον έχει ο άρρωστος.
- ⇒ Τοποθετήστε την οδοντοστοιχία σε δοχείο με καθαρό νερό ή σε ειδικό κουτί για οδοντοστοιχίες. Το δοχείο πρέπει να έχει καπάκι και ετικέτα με το ονοματεπώνυμό του.
- ⇒ Επανατοποθετήστε το στο κομοδίνο.

β. Λούσιμο κεφαλής σε κλινήρη άρρωστο (2 άτομα)

Υλικά που απαιτούνται:

- Λουτήρας μεταφερόμενος με κάδο για το νερό (εφόσον υπάρχει στο τμήμα).
- Τροχήλατο που περιλαμβάνει:
 - 2 πετσέτες.
 - Αδιάβροχο με τετράγωνο κυκλικά τυλιγμένο και από τις δύο πλευρές.
 - Σαμπουάν.
 - Κουβάς ή μεγάλη λεκάνη.
 - Θερμόμετρο νερού.
 - Χτένα ή βούρτσα μαλλιών.
 - Νεφροειδές, τολύπια βαμβάκια, βαζελίνη.
 - Τρεις κανάτες με ζεστό και κρύο νερό (η μια χρησιμεύει για την ανάμειξη του νερού).
 - Σεσουάρ, αν υπάρχει.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο.
- ⇒ Τοποθετήστε παραβάν.
- ⇒ Προφυλάξτε τον από ρεύματα αέρα.
- ⇒ Φέρτε το τροχήλατο με το υλικό δίπλα στο κρεβάτι.
- ⇒ Αφαιρέστε το κάλυμμα και μια κουβέρτα.
- ⇒ Χαλαρώστε το νυχτικό ή πυτζάμα ή αφαιρέστε το.
- ⇒ Κατεβάστε σε ευθεία θέση το ερεισίνωτο και μεταφέρετε τον άρρωστο με το μαξιλάρι σε επικλινή θέση στην άκρη του κρεβατιού.
- ⇒ Τοποθετήστε πετσέτες πάνω στο μαξιλάρι και στο θώρακα και βάλτε κάτω από τον αυχένα το αυτοσχέδιο αδιάβροχο, τοποθετήστε το κεφάλι του αρρώστου ύπτια και ελαφρά πλάγια, ώστε να μπαίνει στον κουβά ή στη λεκάνη το νερό που θα χρησιμοποιήσουμε. (εικ. 34)
- ⇒ Βάλετε βαμβάκι με βαζελίνη στα αυτιά του



Εικ. 34

αρρώστου.

- ⇒ Αναμείξτε στην άδεια κανάτα ζεστό και κρύο νερό σε θερμοκρασία ανεκτή στον άρρωστο (όχι πάνω από 40° - 43° C).
- ⇒ Πλύνετε τα μαλλιά του αρρώστου με σαμπουάν προστατεύοντας με το χέρι σας το πρόσωπό του.
- ⇒ Δώστε προσοχή στις περιοχές πίσω από τα αυτιά και στο κάτω μέρος του κεφαλιού.
- ⇒ Ξεπλύνετε και επαναλάβετε τη διαδικασία 1-2 φορές. Κατόπιν στραγγίξτε τα μαλλιά, ανασηκώστε το κεφάλι στην πετσέτα του μαξιλαριού.
- ⇒ Αφαιρέστε το τολύπιο από τα αυτιά, βάλτε τα στο νεφροειδές.
- ⇒ Στεγνώστε τα μαλλιά, πρώτα με την πετσέτα του μαξιλαριού και μετά τυλίξτε τα με τη στεγνή πετσέτα του θώρακα γύρω από το κεφάλι.
- ⇒ Στεγνώστε με το σεσουάρ και χτενίστε τον.
- ⇒ Φορέστε την πυτζάμα ή νυχτικό στον άρρωστο.
- ⇒ Τοποθετήστε τον σε αναπαυτική θέση.
- ⇒ Απομακρύνετε το υλικό που χρησιμοποιήσατε και τακτοποιήστε το καθώς επίσης και το παραβάν.

Άρρωστοι με ψείρες, πριν το λούσιμο ακολουθούν αντιφθειρική αγωγή με σκόνη ή λουσιόν και το σαμπουάν είναι αντιφθειρικό.

Καλό είναι ο βρεγμένος ιματισμός να στέλνεται όσο το δυνατό πιο γρήγορα στα πλυντήρια.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Όταν φτιάχνετε τον αυτοσχέδιο λουτήρα, τυλίξτε κατά μήκος το αδιάβροχο και κατά πλάτος το τετράγωνο, ώστε να μην φθάνει μέχρι τον κάδο.

- ⇒ Τοποθετήστε το κεφάλι του αρρώστου όλο μέσα στο αδιάβροχο, έτσι ώστε το ένα ρολό να υποστηρίζει τον αυχένα.

Οι αυτοσχέδιοι λουτήρες αντικαθίστανται με ειδικούς τροχήλατους λουτήρες με κάδο, για την τοποθέτηση των οποίων αφαιρείται το επάνω πλαίσιο του κρεβατιού με τράβηγμα του κρεβατιού πιο κάτω, ώστε να προσαρμόζεται το κεφάλι του αρρώστου.

- ◆ Σε ορισμένα Νοσοκομεία υπάρχουν κουρέις και κομμώτριες που ασχολούνται αποκλειστικά με το λούσιμο και ξύρισμα του αρρώστου.

- ◆ Άρρωστοι που πέφτουν τα μαλλιά τους, ιδιαίτερα αυτοί που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, θέλουν συχνή αλλαγή μαξιλαροθήκης και χτένες με αραιά και φαρδιά δόντια, όχι ψιλές χτένες.

Επίσης άρρωστοι με πολύ λιπαρά μαλλιά θέλουν πολύ συχνή φροντίδα, τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα και μπορεί να χρησιμοποιηθούν και ειδικά σαμπουάν για τη λιπαρότητα.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις τη λύση δίνουν, επίσης, τα ξηρά σαμπουάν τα οποία απαιτούν λιγότερο ή καθόλου νερό και απομακρύνουν τη λιπαρότητα και τη ρυπαρότητα. Αυτά χρησιμοποιούνται μετά από σύσταση του γιατρού.

γ. Φροντίδα προσώπου - λαιμού σε κλινήρη άρρωστο

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκο με:
 - Λεκάνη και κανάτα με χλιαρό ή κρύο νερό.
 - 2 πετσέτες προσώπου.
 - Μπατονέτες για τ' αυτιά (ωτίπες).
 - Νεφροειδές μιας χρήσης.
 - Υγρό σαπούνι (προτιμότερο).
 - Ατομικό τρίφτη προσώπου ή γάζες.

(εικ. 35).



Εικ. 35

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο και φέρετε τα υλικά κοντά στο κρεβάτι. Η θέση μπορεί να είναι ύπτια, ημικαθιστή ή καθιστή.
- ⇒ Χαλαρώστε το πάνω μέρος της πυτζάμας και τοποθετήστε τη μία πετσέτα πάνω στο μαξιλάρι, δηλαδή κάτω από τους ώμους και τον αυχένα και την άλλη στο θώρακα. Αν μπορεί ο άρρωστος να πλυθεί μόνος του, βοηθήστε τον.
- ⇒ Αν δεν μπορεί, γεμίστε τη λεκάνη με νερό, βρέξτε και στραγγίξτε τον τρίφτη αρχίζοντας το καθάρισμα από το εσωτερικό των ματιών προς τον έξω κανθό, χωρίς επιστροφή, αλλάζοντας την πλευρά του τρίφτη για το άλλο μάτι.
- ⇒ Συνεχίστε στο υπόλοιπο πρόσωπο, μέτωπο, μάγουλα, πηγούνι, αυτιά, αυχένα, λαιμό.
- ⇒ Αλλάζετε νερό, όταν χρειάζεται.

- ⇒ Σκουπίζετε με την πετσέτα που έχει στο θώρακα με ήπιες κινήσεις.
 - ⇒ Καθαρίστε τα αυτιά με τις μπατονέτες προσεκτικά και ρίξτε τις στο νεφροειδές.
 - ⇒ Κουμπώστε το νυχτικό ή πυτζάμα και αφήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.
- Ακολουθεί ή προηγείται η φροντίδα στόματος, όπως αναφέρεται πιο πάνω.

δ. Τοπική καθαριότητα γεννητικών οργάνων

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκο με:
 - 1 λεκάνη.
 - Κανάτα με ζεστό νερό 38° - 40° C.
 - Ατομικό τρίφτη μιας χρήσης.
 - Τετράγωνο με αδιάβροχο ή ενσωματωμένο αδιάβροχο μιας χρήσης.
 - Μεγάλο τετράγωνο και κουβέρτα νοσηλείας για κάλυψη των γεννητικών οργάνων.
 - Υγρό σαπουνι.
 - Χαρτοσακούλα ή νεφροειδές μιας χρήσης (για τα άχρηστα).
 - Γάντια.
 - Σκωραμίδα με χαρτοβάμβακο.
 - Παραβάν.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη νοσηλεία, φέρτε κοντά στο κρεβάτι τα υλικά και βάλτε παραβάν.
 - ⇒ Αφαιρέστε το εσώρουχο και την πυτζάμα του αρρώστου.
 - ⇒ Τοποθετήστε τα κλινοσκεπάσματα ριπιδειδώς προς το κάτω μέρος του κρεβατιού και αντικαταστήστε το με κουβέρτα νοσηλείας.
 - ⇒ Βάλετε κάτω από τη λεκάνη το τετράγωνο και το αδιάβροχο.
 - ⇒ Καλύψτε με το μεγάλο τετράγωνο τη γεννητική περιοχή και τα πόδια.
 - ⇒ Τοποθετήστε τη σκωραμίδα και πείτε στον άρρωστο να λυγίσει τα πόδια του.
 - ⇒ Ανεβάστε ριπιδειδώς την κουβέρτα νοσηλείας προς την κοιλιακή χώρα καλύπτοντας το σώμα του αρρώστου.
 - ⇒ Φορέστε τα γάντια μιας χρήσης.
 - ⇒ Αρχίστε το σαπουνίσμα του αρρώστου, αφού ελέγξετε τη θερμοκρασία του νερού.
- Η σειρά είναι: εφήβαιο, έσω επιφάνεια μηρών, έξω γεννητικά όργανα, περίνεο.

Στον άνδρα η σειρά είναι: εφήβαιο, μηροβουβωνικές πτυχές, έσω επιφάνεια μηρών, έλξη της πόσθης, καθαρισμός βάλανου και πέους, περίνεο, όρχεις, πρωκτός.

Οι κινήσεις που κάνετε με τον τρίφτη είναι με φορά από πάνω προς τα κάτω.

Ποτέ αντίθετα.

⇒ Ξεπλύνετε με άφθονο νερό, αφού ελέγξετε τη θερμοκρασία στην εσωτερική πλευρά του μηρού, ρωτώντας τον άρρωστο αν το ανέχεται.

Για να μη βραχεί ο άρρωστος, βάλτε τον τρίφτη σταθερά στη μηροβουβωνική πτυχή και κατόπιν ρίξτε νερό απευθείας στα γεννητικά όργανα.

⇒ Στεγνώστε την ηβική χώρα του αρρώστου με το τετράγωνο, αφαιρέστε τη σκωραμίδα υποβαστώντας με την παλάμη τη μέση του αρρώστου και ζητήστε, αν χρειαστεί, τη βοήθειά του.

⇒ Στεγνώστε τους γλουτούς και αφαιρέστε το τετράγωνο και το αδιάβροχο.

⇒ Ευθείαστε τα γόνατα του αρρώστου, κατεβάστε την κουβέρτα νοσηλείας, φορέστε το εσώρουχο και την πυτζάμα και αφαιρώντας την κουβέρτα νοσηλείας ταυτόχρονα ανεβάζετε τα κλινοσκεπάσματα από το κάτω μέρος του κρεβατιού, για να μην εκτεθεί ο άρρωστος.

⇒ Αφήστε τον σε αναπαυτική θέση, τακτοποιήστε τα αντικείμενα στο βοηθητικό χώρο, φροντίστε για την απολύμανση της σκωραμίδας. Αν υπάρχει πλυντήριο, βάλτε την για πλύσιμο.

Συνήθως τη φροντίδα του άνδρα την πραγματοποιεί ο νοσοκόμος.

Αν έχει ουροκαθετήρα ο άρρωστος κάνετε πιο συχνή φροντίδα (τουλάχιστον 3 φορές την ημέρα) και πιο επιμελημένη, στο σημείο εξόδου του καθετήρα.

ε. Λουτρό καθαριότητας σε κλινήρη άρρωστο

Υλικά που απαιτούνται:

➤ Τροχήλατο με:

- 2 μεγάλες πετσέτες ή 1 πετσέτα και 1 κουβέρτα νοσηλείας, να σκεπάζεται ο άρρωστος.
- 1 τετράγωνο αδιάβροχο (υπάρχουν μιας χρήσης).
- 1-2 πετσέτες προσώπου.
- Υγρό σαπούνι.
- Μία κανάτα με ζεστό νερό, μία με κρύο και μία για ανάμιξη και ξέπλυμα.
- Μία λεκάνη για σαπούνισμα και μία για ποδόλουτρο.
- 2 τρίφτες (προσώπου και σώματος).
- Γάντια μιας χρήσης.

- Θερμόμετρο νερού.
- Κάψα με τολύπια βάμβακος και ωτίπς (μπατονέτες αυτιού).
- Ψαλίδι για τα νύχια.
- Οινόπνευμα.
- 1 νεφροειδές μιας χρήσης.
- Δίσκοι φροντίδας στόματος.
- Υλικό για χορήγηση ουροδοχείου ή σκωραμίδας.
- Υλικό για τοπική καθαριότητα.
- Υλικό για λούσιμο κεφαλής, χτένα, βούρτσα.
- Υλικό ιματισμού - πυτζάμα ή νυχτικό.
- Παραβάν ή κουρτίνες.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο.
- ⇒ Φέρετε το τροχήλατο κοντά του και τοποθετήστε στο κομοδίνο του αρρώστου τα αντικείμενα.
- ⇒ Προφυλάξτε τον από ρεύματα αέρος.
- ⇒ Βάλτε κουρτίνα ή παραβάν.
- ⇒ Ζητήστε, όσο το δυνατόν γίνεται, τη συνεργασία του.
- ⇒ Μετρήστε Ζωτικά σημεία (ΑΠ, σφύξεις, αναπνοές).
- ⇒ Αν μπορεί, βάλτε τον σε ημικαθιστική θέση, να περιποιηθεί πρόσωπο, λαιμό, αυτιά, χέρια.
- ⇒ Αν δεν μπορεί, κατεβάστε το ερεισίνωτο σε ύπτια θέση μ' ένα μαξιλάρι.
- ⇒ Φορέστε γάντια.
- ⇒ Αντικαταστήστε τα κλινοσκεπάσματα με κουβέρτα νοσηλείας.
- ⇒ Κάντε τοπική καθαριότητα (όπως έχει αναφερθεί).
- ⇒ Βγάλτε γάντια - Πλύνετε τα χέρια σας επιμελώς.
- ⇒ Φορέστε άλλα γάντια.
- ⇒ Αφαιρέστε την πυτζάμα του αρρώστου ή το νυχτικό με προσοχή, να μην εκθέσετε τον άρρωστο.
- ⇒ Αναμίξτε στην άδεια κανάτα ζεστό και κρύο νερό, ελέγξτε με θερμόμετρο νερού και ρωτήστε τον άρρωστο αν είναι ανεκτό.
- ⇒ Τοποθετήστε πετσέτα προσώπου στον τράχηλο.
- ⇒ Πλένετε με τη σειρά πρόσωπο, τράχηλο, αυτιά, όπως έχει προαναφερθεί.

- ⇒ Πετάξτε την πετσέτα στον κάδο άπλυτων, αφού στεγνώσετε τον άρρωστο.
- ⇒ Τοποθετήστε το μπουρνούζι κάτω από τον ώμο και γύρω από τη μασχάλη για το λουτρό καθαριότητας χεριών. Αρχίστε το σαπούνισμα του χεριού που βρίσκεται κοντά σας, ξεπλύνετε, σκουπίστε, επιμένοντας στη μασχάλη και στις πτυχές. Το ίδιο κάνετε και στο άλλο χέρι. (εικ. 36).

- ⇒ Φροντίστε τα νύχια (βλέπε επόμενο κεφάλαιο).

- ⇒ Βάλτε το μπουρνούζι στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα και κοιλιάς, αφού πρώτα κατεβάσουμε την κουβέρτα νοσηλείας μέχρι την ηβική χώρα. (εικ. 37).



Εικ. 36

- ⇒ Ανανεώνετε το νερό, όποτε χρειάζεται και σαπουνίστε με τον τρίπτυη το δέρμα. Τοποθετήστε το χέρι σας κάτω από το μπουρνούζι, ώστε να μην εκτεθεί ο άρρωστος, επιμένοντας ιδιαίτερα κάτω από τους μαστούς στις γυναίκες και στην περιοχή του ομφαλού.



Εικ. 37

- ⇒ Ξεπλένετε και σκουπίζετε ταμπονάροντας.
- ⇒ Αν χρειαστεί, καθαρίστε τον ομφαλό με τολύπιο και οινόπνευμα.
- ⇒ Αν μετακινείται εύκολα ο άρρωστος, βάλτε τον πλάγια και συνεχίστε τη φροντίδα ράχης. Το μπουρνούζι το τοποθετούμε κατά μήκος της ράχης και τον σκεπάζουμε μετά το σαπούνισμα.
- ⇒ Ξεπλένετε και στεγνώνετε καλά.
- ⇒ Φέρετε πάλι σε ύπτια θέση για τη φροντίδα των ποδιών. Αν ο άρρωστος δε μετακινείται, η φροντίδα των ποδιών ακολουθεί μετά τη φροντίδα θώρακα και κοιλιάς.

⇒ Αναδιπλώστε την κουβέρτα νοσηλείας λοξά από το ένα πόδι (αυτό που βρίσκεται απέναντι σας). (εικ. 38 και 39).

Εικ. 38



Εικ. 39



- ⇒ Τοποθετήστε κάτω από το γλουτό, κατά μήκος του ποδιού, το μπουρνούζι της ράχης (αν έχει γίνει φροντίδα ποδιών, αλλάξτε το μπουρνούζι).
- ⇒ Σαπουνίστε, ξεπλένετε και στεγνώστε από το μηρό προς το άκρο πόδι.
- ⇒ Περιποιηθείτε ιδιαίτερα το κάτω πόδι και μεσοδακτύλια διαστήματα καθώς και τα νύχια, όπως θα αναφέρουμε παρακάτω. Προσέξτε ιδιαίτερα το διαβητικό πόδι, να αποφύγετε τραυματισμούς.
- ⇒ Αν τα πόδια είναι πολύ λερωμένα, κάνουμε ποδόλουτρο.
- ⇒ Συνεχίστε με φροντίδα ράχης και αλλάξτε μπουρνούζι, όπως προαναφέραμε, και νερό, αν ο άρρωστος δεν γυρίζει πλάγια.
- ⇒ Φορέστε του καθαρό νυχτικό ή πυτζάμα, αφού απομακρύνετε μπουρνούζια και ακάθαρτο ιματισμό.
- ⇒ Στρώστε το κρεβάτι και τοποθετήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση. Χτενίστε τον και δώστε του το πρωινό.
- ⇒ Μετά το πρωινό, βοηθήστε τον, αν μπορεί να κάνει περιποίηση στοματικής κοιλότητας.
- ⇒ Φροντίστε το περιβάλλον του αρρώστου.
- ⇒ Αερίστε το θάλαμο, βάλτε το κουδούνι μπροστά του, απομακρύνετε το τροχήλατο στους βοηθητικούς χώρους για τακτοποίηση.
- ⇒ Αναφέρετε γραπτώς παρατηρήσεις για τον άρρωστο στο φύλλο νοσηλείας και τσεκάρτε τη νοσηλεία.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Τον ψυχικά άρρωστο οφείλουμε να τον κινητοποιούμε να αυτοεξυπηρετείται.

Περιποίηση νυχιών.

Με το υλικό που προαναφέραμε τα νύχια τα κόβουμε με ειδικό ψαλιδάκι μέσα στο νεφροειδές, σε ευθεία γραμμή, χωρίς στρογγύλεμα, για να αποφύγουμε την εισχώρηση του νυχιού στο δέρμα και την ανάπτυξη φλεγμονής.

Αν υπάρχει τέτοιος κίνδυνος, βάζουμε ένα πολύ μικρό κυλινδρικό τολύπιο βάμβακος στη γωνία κάτω από το νύχι.

Τα άτομα με κυκλοφορικά προβλήματα θέλουν ιδιαίτερη περιποίηση, όπως οι διαβητικοί. Ο παραμικρός τραυματισμός μπορεί να επιδεινώσει τη γενικότερη κατάσταση του αρρώστου και να δημιουργήσει λοίμωξη.

Ιδιαίτερη προσέγγιση χρειάζονται και τα άτομα που αρνούνται να τους κόψουμε τα νύχια. Σκοπός μας είναι να τους πείσουμε να συνεργαστούν, γιατί υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού.

στ) Χορήγηση σκωραμίδα και ουροδοχείου σε κλινήρη άρρωστο**Υλικά που απαιτούνται:**

- Δοχείο (σκωραμίδα ή ουροδοχείο) με κάλυμμα.
- Χαρτί υγείας.
- Υλικό τοπικής καθαριότητας, αν χρειαστεί.
- Γάντια.
- Παραβάν.

Διαδικασία:

- ⇒ Τοποθετήστε το παραβάν.
- ⇒ Φέρετε το δοχείο στην καρέκλα.
- ⇒ Ζητήστε τη συνεργασία του αρρώστου.
- ⇒ Αναδιπλώστε τα κλινσοσκεπάσματα από την πλευρά που θα δώσετε το δοχείο.
- ⇒ Αφαιρέστε το κάλυμμα του δοχείου και τοποθετήστε το κοντά στο κάτω μέρος του κρεβατιού.
- ⇒ Ζητήστε του να λυγίσει τα γόνατά του και να ανασηκώσει τα ισχία του στηριζόμενος στα πέλματα και ωμοπλάτες του. Αν δεν μπορεί, τον βοηθάμε στηρίζοντας τον

αγκώνα μας στο κρεβάτι και υποβαστάζουμε τη μέση του αρρώστου με την παλάμη μας. Τοποθετούμε καλά το δοχείο κάτω από τους γλουτούς με το άλλο μας χέρι, εκτός αν πρόκειται για ουροδοχείο στον άνδρα ασθενή, οπότε δεν χρειάζεται.

⇒ Κατεβάστε τα κλινοσκεπάσματα και τοποθετήστε το κουδούνι και το χαρτί υγιείας κοντά στον άρρωστο. Αν δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, τον βοηθάμε.

⇒ Απομακρύνετε το δοχείο με το κάλυμμα. Αν χρειαστεί, κάντε τοπική καθαριότητα και πλύσιμο χεριών.



Εικ. 40 Πλυντήριο σκωραμίδων και ουροδοχείων.

⇒ Τακτοποιήστε τον άρρωστο και αερίστε το θάλαμο.

⇒ Φέρετε το ουροδοχείο ή σκωραμίδα στο βοηθητικό χώρο και τακτοποιήστε τα στο πλυντήριο, αφού πετάξετε το κάλυμμα στον κάδο ακρήστων. (εικ. 40).

⇒ Αν έχει μέτρηση ούρων, τα μετράμε σε ειδικό ογκομετρικό δοχείο και καταγράφουμε το ποσό, τη σύσταση, το χρώμα (το ίδιο και στις κενώσεις), εφόσον ζητηθεί. Ειδικά τις μέλαινες κενώσεις, τις βλέπει και ο γιατρός.

⇒ Αφαιρέστε γάντια - πλύνετε τα χέρια σας.

Προσέξτε τον άρρωστο με λοιμώδεις νόσημα! Έχει ατομική σκωραμίδα και ουροδοχείο με δικό του όνομα.

7. Εφαρμογή Σωλήνα Αερίων

Η εφαρμογή σωλήνα αερίων ενδείκνυται για την κινητοποίηση του εντέρου και την έξοδο αερίων που δεν μπορούν να αποβληθούν φυσιολογικά και προκαλούν μετεωρισμό της κοιλιάς.

Ο σωλήνας αερίων είναι κατασκευασμένος από συνθετική ύλη, έχει ελαστικότητα που δεν επιτρέπει την αλλαγή του σχήματός του και τοποθετείται στο ορθό, σε μήκος 5-10 cm. Δεν πρέπει να παραμένει παραπάνω από 20 λεπτά στο ορθό, λόγω πρόκλησης χαλάρωσης των σφιγκτήρων του πρωκτού. Η διαδικασία μπορεί να επαναληφθεί μετά από 2-3 ώρες.

Υλικά που απαιτούνται: (εικ. 41)

- Δίσκος νοσηλείας.
- Δύο σωλήνες αερίων μιας χρήσης, σε μέγεθος ανάλογο με την ηλικία και τη σωματική διάπλαση του ατόμου.
- Νεφροειδές μιας χρήσης.
- Γάντια μιας χρήσης (τύπου Latex).
- Χαρτοβάμβακο και τετράγωνο με αδιάβροχο ή μιας χρήσης.
- Βαζελίνη.
- Ουροδοχείο ή άλλο ειδικό δοχείο, με ευρύ στόμιο, για το ελεύθερο άκρο του σωλήνα αερίων.
- Παραβάν.



Εικ. 41 Υλικά για εφαρμογή σωλήνα αερίων.

Διαδικασία:

- ⇒ Ελέγξτε την ιατρική οδηγία.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για το είδος και το σκοπό της νοσηλείας. Τοποθετήστε το παραβάν, απομακρύνετε διακριτικά τους επισκέπτες και έχετε όλα τα απαραίτητα υλικά στο δίσκο νοσηλείας, δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου.
- ⇒ Φορέστε γάντια μιας χρήσης.
- ⇒ Χαλαρώστε τα κλινოსκεπάσματα από τη μια πλευρά του κρεβατιού, χωρίς να εκθέσετε τον άρρωστο και βοηθήστε τον να απομακρύνει την πυτζάμα και το εσώρουχό του.
- ⇒ Τοποθετήστε πάνω στο κρεβάτι και κάτω από τους γλουτούς του αρρώστου το τετράγωνο με το αδιάβροχο και ζητήστε από τον άρρωστο να γυρίσει σε δεξιά πλάγια θέση, με τα γόνατα λυγισμένα προς το στήθος (εμβρυϊκή στάση). Αν δεν επιτρέπεται η πλάγια θέση, ο άρρωστος παραμένει σε ύπτια θέση.
- ⇒ Τοποθετήστε το ουροδοχείο σε απόσταση 15 cm από τους γλουτούς του αρρώστου, για συλλογή πιθανής αποβολής υγρών από το ορθό.
- ⇒ Ανοίξτε τη συσκευασία του σωλήνα αερίων και φυλάξτε την.
- ⇒ Επαλείψτε το άκρο του σωλήνα αερίων με βαζελίνη, προσεκτικά, χωρίς να φράξετε τις οπές που υπάρχουν. Ανασηκώστε τον πάνω γλουτό του αρρώστου με τεμάχιο χαρτοβάμβακα, εισάγετε τον καθετήρα στο ορθό σε μήκος 8-10 cm, ενώ ενθαρρύνετε τον άρρωστο να είναι χαλαρός και να αναπνέει ήρεμα. Τοποθετήστε

το ελεύθερο άκρο του σωλήνα στο ειδικό δοχείο, με το ευρύ στόμιο, στο οποίο μπορείτε να βάλετε χλιαρό νερό και αντισηπτικό, για να ελέγξετε τη λειτουργία του σωλήνα. Με την έξοδο αερίων, θα σχηματιστούν φυσαλίδες. Σκεπάστε με χαρτοβάμβακο το στόμιο του δοχείου και το τμήμα του σωλήνα που προεξέχει και τακτοποιήστε τα σκεπάσματα, ώστε ο άρρωστος να μείνει σκεπασμένος.

- ⇒ Αφήστε το σωλήνα στη θέση αυτή για 10-20 λεπτά και όχι περισσότερο. Καλό είναι να μην απομακρυνθείτε από τον άρρωστο και μετά την παρέλευση του χρόνου, αφαιρέστε το σωλήνα, με ήπιες κινήσεις, σκουπίζοντας τον πρωκτό με χαρτοβάμβακο.
- ⇒ Ο σωλήνας πρέπει να τοποθετηθεί στη θήκη του και μαζί με τα χρησιμοποιηθέντα άχρηστα υλικά στο νεφροειδές μιας χρήσης για απόρριψη.
- ⇒ Αφαιρέστε το τετράγωνο νοσηλείας και συγκεντρώστε τα υλικά στο δίσκο νοσηλείας, ξεχωρίζοντας τα άχρηστα.
- ⇒ Αν χρειαστεί, πλύνετε τον άρρωστο και αλλάξτε ιματισμό.
- ⇒ Αφαιρέστε τα γάντια μιας χρήσης, απομακρύνετε το παραβάν, αερίστε το δωμάτιο, αφού προηγουμένως τοποθετήσετε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση, με τα ρούχα του.
- ⇒ Απομακρύνετε το υλικό από το χώρο, απορρίψτε τα άχρηστα και απολυμάνετε ό,τι θα ξαναχρησιμοποιηθεί.
- ⇒ Αναφέρετε στην προϊσταμένη του τμήματος το τέλος των εργασιών σας και το αποτέλεσμα τους. Πλύνετε τα χέρια σας.

8. Χορήγηση Υπόθετου σε Άρρωστο

Το υπόθετο είναι μορφή φαρμάκου, ειδικά κατασκευασμένη, για να χορηγείται από το ορθό. Είναι στερεό, μικρού μεγέθους, σχήματος κυλινδρικού και έχει την ιδιότητα, λόγω της ουσίας κατασκευής του (γλυκερίνη, βούτυρο κακάο), να διαλύεται εύκολα με την επίδραση της θερμοκρασίας του σώματος και να απορροφάται από το βλεννογόνο του εντέρου.

Οι περισσότερες κατηγορίες φαρμάκων βρίσκονται και σε μορφή υπόθετου (αναλγητικά, σπασμολυτικά, αντιφλεγμονώδη, καθαρτικά) και χορηγούνται στον άρρωστο, όταν υπάρχει αδυναμία λήψης του φαρμάκου από άλλη οδό (από το στόμα, ενδοφλέβια,

ενδομυϊκά). Διατηρούνται σε ψυχρό περιβάλλον, γιατί διαλύονται εύκολα.

Τα καθαρτικά που χορηγούνται με τη μορφή υπόθετου βοηθούν στη δημιουργία κένωσης, ως εξής:

- α) «μαλακώνουν» το περιεχόμενο του εντέρου και διευκολύνουν την αποβολή κοπράνων.
- β) αυξάνουν τις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου.
- γ) προκαλούν διάταση του εντέρου και κένωση.

Στους άνδρες, το υπόθετο χορηγείται από το νοσοκόμο. Ασθενείς που μπορούν να εφαρμόσουν μόνοι τους το υπόθετο αφήνονται να το κάνουν, εφόσον γνωρίζουν τη διαδικασία.

Υλικά που απαιτούνται: (εικ. 42)

- Δίσκος νοσηλείας.
- Το υπόθετο, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Βαζελίνη ή νερό.
- Χαρτοβάμβακο.
- Γάντια μιας χρήσης.
- Τετράγωνο με αδιάβροχο ή μιας χρήσης.
- Παραβάν.



Εικ. 42 Υλικά για χορήγηση υπόθετου σε άρρωστο.

Διαδικασία:

- ⇒ Εφόσον πρόκειται για χορήγηση φάρμακου, θα πρέπει ν' ακολουθήσετε τις βασικές αρχές χορήγησης, που αφορούν τον έλεγχο της ιατρικής οδηγίας, την ώρα, το όνομα του αρρώστου, το δωμάτιο και το κρεβάτι του. Ρωτήστε το όνομα του ασθενούς, ελέγξτε το διάγραμμά του και, αν έχει ταινία στο χέρι του, ελέγξτε την, επίσης.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο, απομακρύνετε τους επισκέπτες και έχετε δίπλα στο κρεβάτι το δίσκο νοσηλείας, με τα υλικά που απαιτούνται.
- ⇒ Τοποθετήστε το παραβάν.

- ⇒ Ζητήστε από τον άρρωστο ή βοηθήστε τον να γυρίσει σε πλάγια θέση, με τα γόνατα λυγισμένα προς το στήθος, αφού κατεβάσει την πυτζάμα και το εσώρουχο προς τους μηρούς. Χαλαρώστε τα σκεπάσματα από τη μια πλευρά του κρεβατιού, χωρίς να εκθέσετε τον άρρωστο.
- ⇒ Τοποθετήστε το τετράγωνο νοσηλείας κάτω από τους γλουτούς, φορέστε τα γάντια, ανοίξτε το περιτύλιγμα του υπόθετου, αφού διαβάσετε για τελευταία φορά την ονομασία του και επαλείψτε την άκρη του με βαζελίνη.
- ⇒ Ανασηκώστε το γλουτό, κρατώντας χαρτοβάμβακο και εισάγετε το υπόθετο από την κορυφή του στο ορθό έως τον έσω σφιγκτήρα (εισαγωγή του δείκτη σας ως τη δεύτερη φάλαγγα περίπου).
- ⇒ Καθαρίστε τον άρρωστο και αφαιρέστε τα γάντια.
- ⇒ Επαναφέρετε τον άρρωστο σε ύπια θέση, τακτοποιήστε τα σεντόνια και ενθαρρύνετε να κρατήσει, όσο χρόνο περισσότερο μπορεί, το υπόθετο. Προσφέρετε το κουδούνι κλήσης, για να μπορέσει να σας καλέσει, στην περίπτωση που το υπόθετο έχει δοθεί, για να προκαλέσει κένωση.
- ⇒ Αφαιρέστε το παραβάν, απομακρύνετε το άχρηστο υλικό, τακτοποιήστε τα υπόλοιπα υλικά, πλύνετε τα χέρια σας και ενημερώστε την προϊσταμένη.
- ⇒ Στο διάστημα που περιμένετε για την κλήση, αν το υπόθετο είναι καθαρικό, ετοιμάζετε το υλικό για τη χορήγηση σκωραμίδας, αν ο άρρωστος είναι κλινήρης και δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί στην τουαλέτα. Το υπόθετο γλυκερίνης δίνεται συνήθως ως υποβοηθητικό κένωσης και δε χρειάζεται λιπαντικό κατά τη χορήγησή του, παρά μόνο νερό.

9. Υποκλυσμός

Υποκλυσμός είναι η τεχνική διαδικασία, κατά την οποία γίνεται εισαγωγή υγρού στο ορθό ή σε υψηλότερα από το ορθό τμήματα του εντέρου.

Ανάλογα με την ποσότητα του υγρού που εισάγεται, οι υποκλυσμοί διακρίνονται σε μικρούς και μεγάλους και, ανάλογα με το είδος του υγρού και το σκοπό για τον οποίο γίνονται, διακρίνονται σε καθαρτικούς, φαρμακευτικούς, υπερτονικούς και διαγνωστικούς υποκλυσμούς.

Οι καθαρτικοί υποκλυσμοί γίνονται, είτε με συσκευή μιας χρήσης (Fleet-enema), είτε με συσκευή πολλαπλής χρήσης.

α. Καθαρτικός υποκλυσμός με συσκευή μιας χρήσης (Fleet-enema)

Υλικά που απαιτούνται: (εικ. 43)

- Δίσκος νοσηλείας.
- Τη συσκευασία του εμπορίου μιας χρήσης (Fleet-enema), σε θερμοκρασία 37°C - 39°C.
- Τετράγωνο νοσηλείας με αδιάβροχο ή μιας χρήσης.
- Γάντια μιας χρήσης.
- Βαζελίνη ή ξυλοκαΐνη, για λιπαντικό.
- Χαρτοβάμβακο.
- Νεφροειδές μιας χρήσης (2).
- Παραβάν.
- Επιπλέον, υλικό για χορήγηση σκωραμίδας, υλικό τοπικής καθαριότητας γεννητικής περιοχής και υλικό για πλύσιμο χεριών.



Εικ. 43 Υλικά για υποκλεισμό με συσκευή μιας χρήσης.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο και ζητήστε τη συνεργασία του.
- ⇒ Απομακρύνετε επισκέπτες, τοποθετήστε παραβάν και έχετε κοντά σας τα υλικά που θα χρησιμοποιήσετε.
- ⇒ Κατεβάστε το ερεισίνωτο, αφήστε ένα μαξιλάρι για τον άρρωστο, χαλαρώστε τα σκεπάσματα και αναδιπλώστε τα από τη μια πλευρά, χωρίς να εκθέσετε τον άρρωστο.
- ⇒ Φορέστε γάντια.
- ⇒ Ζητήστε του ή βοηθήστε τον να γυρίσει σε αριστερή πλάγια θέση, με λυγισμένα τα γόνατα προς το στήθος και κατεβάστε πυτζάμα και εσώρουχο.
- ⇒ Τοποθετήστε το τετράγωνο με το αδιάβροχο κάτω από τους γλουτούς και σε επαφή με τον άρρωστο ένα νεφροειδές μιας χρήσης.
- ⇒ Πάρτε το Fleet-enema, αφαιρέστε το κάλυμμα από το ρύγχος και, αν υπάρχει στη βάση του ρύγχους ένα είδος βαλβίδας, αφαιρέστε το, γιατί, διαφορετικά, δεν

- θα προκληθεί έξοδος του υγρού. Τοποθετήστε βαζελίνη ή ξυλοκαΐνη στο ρύγχος και πιέστε τα τοιχώματα της συσκευής, ώστε να βγει αργά ο αέρας.
- ⇒ Κρατώντας ένα κομμάτι χαρτοβάμβακο, ανασηκώστε τον επάνω γλουτό και εισάγετε το ρυγχος του fleet-enema στο ορθό, ενώ ενθαρρύνετε τον άρρωστο να αναπνέει ήρεμα σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας και να είναι χαλαρός.
 - ⇒ Πιέστε τα τοιχώματα και ολοκληρώστε την έγχυση του υγρού μέσα σε 5 λεπτά. Καλό είναι όλο το υγρό να εισαχθεί στο ορθό και αυτό επιτυγχάνεται, αν ο άρρωστος είναι χαλαρός. Διαφορετικά, κάποια ποσότητα θα εξέλθει, γι' αυτό και πρέπει να υπάρχει το νεφροειδές κοντά στους γλουτούς του αρρώστου. Σε έντονο πόνο, αντίσταση ή αιμορραγία, σταματήστε τη διαδικασία και ενημερώστε την προϊσταμένη ή το γιατρό.
 - ⇒ Μόλις αδειάσει το περιεχόμενο, αφαιρέστε το ρύγχος αργά και σκουπίστε τον άρρωστο με το χαρτοβάμβακο που έχετε στο χέρι σας.
 - ⇒ Απομακρύνετε τα άχρηστα υλικά και τα γάντια στο άλλο νεφροειδές που έχετε και ζητήστε από τον άρρωστο να κρατήσει το διάλυμα όσο περισσότερο χρόνο μπορεί, επαναφέροντάς τον στην ύπτια θέση, τοποθετώντας δίπλα του το κουδούνι κλήσης, αν δεν σηκώνεται, για να σας ειδοποιήσει να του χορηγήσετε σκωραμίδα.
 - ⇒ Εφόσον έχετε ήδη ετοιμάσει το υλικό για χορήγηση σκωραμίδας και έχετε δεχτεί κλήση, προχωρείτε στη νέα διαδικασία, φορώντας γάντια και ολοκληρώνετε με τοπική καθαριότητα και πλύσιμο χεριών του αρρώστου.
 - ⇒ Αν ο άρρωστος δε μπορεί να γυρίσει στο πλάι, ο υποκλυσμός γίνεται σε ύπτια θέση, τοποθετώντας τη σκωραμίδα από την αρχή της διαδικασίας.
 - ⇒ Αν ο άρρωστος σηκώνεται, δε χρειάζεται να χορηγηθεί σκωραμίδα, ούτε τοπική καθαριότητα. Μπορεί να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα.
 - ⇒ Μετά το τέλος της διαδικασίας, ελέγξτε τον ιματισμό και, αν χρειάζεται, αλλάξτε σεντόνια, αερίστε το δωμάτιο και απομακρύνετε το υλικό σας. Πλύνετε τα χέρια σας, αφού απορρίψετε τα άχρηστα υλικά.
 - ⇒ Ενημερώστε την προϊσταμένη και σημειώστε την κένωση στο διάγραμμα του αρρώστου.

β. Καθαρτικός υποκλυσμός με συσκευή πολλαπλής χρήσης (ιριγκατέρ)

Υλικά που απαιτούνται: (εικ. 44)

- Δίσκος νοσηλείας.
- Διάλυμα υποκλυσμού, που έχετε ήδη ετοιμάσει (500 ml - 600 ml) και τοποθετήσει σε συλλέκτη μιας χρήσης με ενσωματωμένη στρόφιγγα.
- Σωλήνες εντέρου (2), σε μέγεθος ανάλογο με τον άρρωστο.
- Τετράγωνο νοσηλείας με αδιάβροχο ή μιας χρήσης.
- Χαρτοβάμβακο.
- Βαζελίνη.
- Γάντια μιας χρήσης.
- Νεφροειδές μιας χρήσης (2).
- Παραβάν και στατό.
- Υλικό για χορήγηση σκωραμίδας, τοπικής καθαριότητας, πλυσίματος χειρών.



Εικ. 44 Υλικά για υποκλεισμό με συσκευή πολλαπλής χρήσης.

Πώς ετοιμάζεται το διάλυμα.

Στο δωμάτιο αλλαγής ή προετοιμασίας υλικών νοσηλείας, έχετε ένα ογκομετρικό δοχείο, μέσα στο οποίο τοποθετείτε νερό σε θερμοκρασία σώματος (200 ml), χαμομήλι στην ίδια θερμοκρασία (300 ml) και μικρή ποσότητα παραφινέλαιου.

Αδειάζετε το διάλυμα στη συσκευή πολλαπλής χρήσης, που ονομάζεται καταιονιστήρας ή ιριγκατέρ. Η συσκευή αυτή μπορεί να είναι ανοξείδωτη, εμαγιέ ή πλαστική και έχει στο πλάι της βάσης της σωλήνα με στρόφιγγα, με την οποία ρυθμίζεται η δίοδος ή όχι του υγρού.

Αφαιρείτε το κάλυμμα και εφαρμόζετε το ελεύθερο του συλλέκτη στο σωλήνα της συσκευής, ανοίγοντας τη στρόφιγγα, ώστε όλο το διάλυμα να ρέει προς το συλλέκτη. Το υλικό για τον υψηλό υποκλυσμό είναι πλέον έτοιμο για χρήση. Κλείστε το συλλέκτη και κατευθυνθείτε, με όλα τα υλικά, στο δωμάτιο του ασθενούς.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί.
- ⇒ Τοποθετήστε παραβάν, απομακρύνετε τους επισκέπτες, χαλαρώστε τα σκεπά-

- σματα και τοποθετήστε τον άρρωστο στη σωστή θέση: πλάγια, με τα γόνατα λυγισμένα προς το στήθος στην αριστερή πλευρά, εκτός και αν δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα, οπότε επιλέγεται η ύπτια θέση, με τοποθέτηση σκωραμίδας κάτω από τους γλουτούς του ασθενή, από την αρχή της διαδικασίας.
- ⇒ Κατεβάστε την πυτζάμα και το εσώρουχο του ασθενή, τοποθετήστε το τετράγωνο με το αδιάβροχο κάτω από τους γλουτούς και ένα νεφροειδές σε επαφή με το σώμα του, χωρίς να τον εκθέσετε.
 - ⇒ Φορέστε γάντια και συνδέστε το ελεύθερο άκρο του συλλέκτη με τη στρόφιγγα με έναν από τους σωλήνες εντέρου που έχετε. Επαλείψτε την άκρη του σωλήνα με βαζελίνη και αφαιρέστε τον αέρα, αφήνοντας να κυλήσει ελάχιστη ποσότητα υγρού στο νεφροειδές. Κλείστε τη στρόφιγγα.
 - ⇒ Κρατώντας ένα τεμάχιο χαρτοβάμβακο, απομακρύνετε τους γλουτούς μεταξύ τους και εισάγετε το σωλήνα εντέρου στο ορθό, σε μήκος 10 cm.
 - ⇒ Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να είναι ήρεμος και χαλαρός, ανοίξτε τη στρόφιγγα, για να εισχωρήσει μικρή ποσότητα από το διάλυμα και, αν δεν παρατηρήσετε αντίδραση, ανυψώστε το συλλέκτη με το διάλυμα 45-50 cm από το κρεβάτι και κρεμάστε τον από το στατό. Με τη στρόφιγγα ρυθμίζετε την ποσότητα εισερχόμενου υγρού και ολοκληρώστε την έγχυση, αφήνοντας να μείνει μικρή ποσότητα στο σωλήνα. Κλείστε τη στρόφιγγα. Αν στο σωλήνα δεν υπάρχει στρόφιγγα, χρησιμοποιήστε λαβίδα.
 - ⇒ Αφαιρέστε τον καθετήρα (σωλήνα) από το ορθό, σκουπίστε την περιοχή και συγκεντρώστε τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν, στο άλλο νεφροειδές, προς απόρριψη.
 - ⇒ Ζητήστε από τον άρρωστο να κρατήσει όσο χρόνο περισσότερο μπορεί το διάλυμα, αλλά, επειδή, συνήθως, αυτό δεν συμβαίνει και ο άρρωστος αισθάνεται πίεση και έντονη τάση για κένωση, καλό είναι να υπάρχει έτοιμο δίπλα μας το υλικό για χορήγηση σκωραμίδας.
 - ⇒ Χορηγήστε σκωραμίδα και μόλις τελειώσει η κένωση, σκουπίστε τον άρρωστο και σε νέα σκωραμίδα κάνετε τοπική καθαριότητα της περιοχής, αλλάζοντας γάντια μιας χρήσης.
 - ⇒ Αφού ολοκληρώσετε όλες τις διαδικασίες, αλλάξτε τον ιματισμό, αν χρειάζεται, ετοιμάστε τον άρρωστο και τακτοποιήστε τον σε αναπαυτική θέση. Μετακινήστε το παραβάν, αερίστε το δωμάτιο και απομακρυνθείτε, αφαιρώντας τα γάντια, ενώ απορρίπτετε όλα τα υλικά μιας χρήσης, έξω, βέβαια, από το δωμάτιο.

⇒ Ενημερώστε την προϊσταμένη για την επιτυχία και το τέλος των εργασιών σας.
Πλύνετε τα χέρια σας.

10. Αποστείρωση

α. Προετοιμασία υλικών για αποστείρωση

Η προετοιμασία υλικών για αποστείρωση είναι αρμοδιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού των τμημάτων και εργαστηρίων του νοσοκομείου, σε εκείνες τις περιπτώσεις των νοσοκομείων που δεν διαθέτουν τμήμα Κεντρικής Αποστείρωσης.

Τα νοσοκομεία που διαθέτουν τμήμα Κεντρικής Αποστείρωσης προμηθεύουν τα τμήματά τους με αποστειρωμένο υλικό, που ετοιμάζεται στο ειδικό αυτό τμήμα και το οποίο, όταν χρησιμοποιείται, επιστρέφεται πρόχειρα συσκευασμένο και καταμετρημένο. Στην αντίθετη περίπτωση, το υλικό προς αποστείρωση ετοιμάζεται στα τμήματα και αποστέλλεται στο τμήμα αποστείρωσης του Χειρουργείου. (εικ. 45)



Εικ. 45 Τμήμα Αποστείρωσης Χειρουργείου.

Ο τρόπος συσκευασίας και χρήσης αποστειρωμένων ειδών του Νοσηλευτικού τμήματος, τα τελευταία χρόνια, έχει διαφοροποιηθεί αρκετά, αλλά υπάρχουν ακόμη τμήματα που ακολουθούν τις παλιές μεθόδους, όχι τόσο για εργαλεία, όσο για γάζες και τολύπια.

Σε ένα μεγάλο μεταλλικό κουτί, τοποθετούνταν γάζες και τολύπια, το κουτί έκλεινε «ερμητικά» και στέλνονταν για αποστείρωση. Για να χρησιμοποιηθούν οι γάζες και τα τολύπια, έπρεπε να υπάρχει μια μεγάλη λαβίδα, η «πολυπάγρα», που επίσης αποστειρωνόταν, αλλά στη συνέχεια έμενε σε ένα αποστειρωμένο μεταλλικό δοχείο, γεμάτο με αντισηπτικό. Το κουτί άνοιγε τόσες φορές, όσες ήταν και τα υλικά που είχε και άλλες τόσες φορές η πολυπάγρα έβγαινε και τοποθετούνταν πάλι στο μεταλλικό δοχείο.

Η διαδικασία αυτή δεν ήταν ασφαλής και έχει εγκαταλειφθεί στα περισσότερα νοσηλευτικά τμήματα, όπου, πλέον, χρησιμοποιούνται ατομικά set, που έχουν όλο το απαραίτητο υλικό για έναν άρρωστο ή μια αλλαγή ή και συμπληρωματικά set, με μεμονωμένα υλικά.



Εικ. 46 Σάκος αποστείρωσης με αποστειρωμένα υλικά και αποστειρωμένα set αλλαγής.

Στα ατομικά set τοποθετούνται μια λαβίδα, ένα ψαλίδι, 3-4 τολύπια, 4-5 γάζες και στα μεμονωμένα set γάζες, τολύπια, εργαλεία, και κατ' αυτόν τον τρόπο στέλνονται για αποστείρωση. Για την κατασκευή των set χρησιμοποιείται ειδικό απορροφητικό χαρτί αποστείρωσης ή τετράγωνο νοσηλείας ή έτοιμα σακουλάκια αποστείρωσης, που κλείνουν με αυτοκόλλητη ενσωματωμένη ταινία. (εικ. 46)

Η προετοιμασία υλικού για αποστείρωση έχει δύο στάδια: στο πρώτο στάδιο γίνεται ο καθαρισμός των αντικειμένων και στο δεύτερο στάδιο ακολουθεί η συσκευασία τους σε set αποστείρωσης.

Πρώτο στάδιο.

Υλικά που απαιτούνται:

- Δοχεία για πλύσιμο (λεκανάκια).
- Βούρτσα τρίχνη απλή.
- Βούρτσα τρίχνη, μακριά, για πλύσιμο σωλήνων.
- Απολυμαντική διάλυση (π.χ. cetavlon 1%).
- Αντισηπτική διάλυση (π.χ. Betadine).
- Διάλυμα οξυζενέ.
- Γάζες, τολύπια γάζας.
- Γάντια μιας χρήσης.
- Απορροφητικό χαρτί ή τετράγωνο νοσηλείας.

Διαδικασία:

- ⇒ Φορέστε γάντια μιας χρήσης και τοποθετήστε τα μεταλλικά αντικείμενα σε μια λεκάνη και τα γυάλινα σε άλλη λεκάνη. Τα υλικά μιας χρήσης απορρίπτονται.

- ⇒ Προσθέστε κρύο νερό και ξεπλύνετε τα, για να φύγουν αίμα και άλλες ουσίες (π.χ. εκκρίματα παροχετεύσεων). Αδειάστε το νερό.
- ⇒ Προσθέστε ζεστό νερό και απολυμαντικό ή αντισηπτικό. Για ελαστικά ή πλαστικά είδη, δε χρησιμοποιείται αντισηπτικό που αφήνει χρώμα στα τοιχώματα. Για κυλινδρικά είδη, χρησιμοποιείτε οξυζενέ. Αφήστε τα υλικά βυθισμένα για 30-60 λεπτά. Βγάλτε τα γάντια και περιμένετε. Στο χρόνο αυτό μπορείτε να ετοιμάσετε τα υλικά που απαιτούνται για το δεύτερο στάδιο, ώστε να κερδίσετε χρόνο.
- ⇒ Φορέστε γάντια και, με τη χρήση βούρτσας, καθαρίστε τις εγχοπές, τις εσοχές και, με τη χρήση της μακριάς βούρτσας, καθαρίστε κυλινδρικά είδη. Μεταλλικά είδη δεν πρέπει να τρίβονται σε σύρμα. Για να γυαλίσουν, χρησιμοποιήστε σόδα φαγητού.
- ⇒ Αδειάστε τη διάλυση και ξεπλύνετε τα υλικά, με άφθονο κρύο νερό υπό πίεση.
- ⇒ Αφήστε τα να στραγγίσουν σε τετράγωνο απορροφητικό χαρτί ή τετράγωνο νοσηλείας. Σκουπίστε τα με γάζες. Τα κυλινδρικά είδη στεγνώνονται με γάζες και τη βοήθεια λαβίδας.
- ⇒ Για τη συντήρηση των εργαλείων, υπάρχουν ειδικά spray. Αν το τμήμα έχει διαθέσιμο τέτοιο είδος, περάστε τα εργαλεία μ' αυτό.
- ⇒ Ελέγξτε την αρτιότητα και την καταλληλότητα των εργαλείων, καταμετρήστε τα και προχωρήστε στο δεύτερο στάδιο. Εργαλεία που βρίσκονται ακατάλληλα, είτε στέλνονται για επισκευή, είτε αντικαθίστανται με νέες παραλαβές.

Δεύτερο στάδιο.

Υλικά που απαιτούνται:

- Χαρτί αποστείρωσης.
- Χάρτινες ταινίες συγκόλλησης.
- Ταινίες - Δείκτες αποστείρωσης.
- Νεφροειδή - δίσκος.
- Παραμάνες.
- Γάζες απλές.
- Τολύπια βαμβακιού και γαζών.
- Τετράγωνα διαφόρων μεγεθών (ύφασμα).
- Χάρτινες σακούλες (μικρές-μεγάλες).

- Σάκοι αποστείρωσης (για οξείδιο του αιθυλενίου).
- Τα εργαλεία που έχουν καθαριστεί στο πρώτο στάδιο.

Διαδικασία:

1. Ετοιμασία δίσκου εργαλείων προς αποστείρωση.

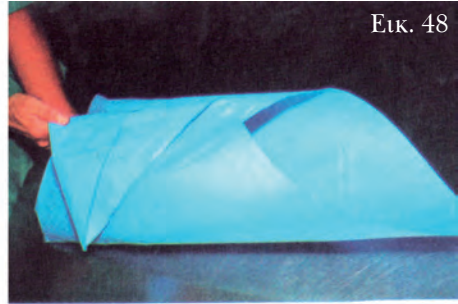
- ⇒ Τοποθετήστε τετράγωνο νοσηλείας μέσα σε καθαρό δίσκο, καλύπτοντας το δάπεδο της εσωτερικής του επιφάνειας και στη συνέχεια ταξινομήστε πάνω σ' αυτό τα εργαλεία, ανά είδος, και μερικές παραμάνες με ένα μικρό κομμάτι χαρτιού αποστείρωσης μεταξύ τους.
- ⇒ Τοποθετήστε από πάνω τετράγωνο νοσηλείας ή σχιστό διπλωμένο και βάλτε ειδικό δείκτη αποστείρωσης (steam ατμού).
- ⇒ Σε σταθερή επίπεδη επιφάνεια, ανοίξτε δύο τετράγωνα, λοξά, σε σχήμα ρόμβου. Τοποθετήστε το δίσκο στο κέντρο και τυλίξτε τον σε πακέτο, ως εξής: Αναδιπλώστε τη γωνία του πρώτου τετραγώνου που είναι προς το σώμα σας πάνω στο υλικό, ώστε να καλύπτεται όλη η επιφάνεια και κάνετε στην άκρη της μια μικρή γωνία προς τα έξω. Αναδιπλώστε τη δεξιά γωνία, κάνοντας πτυχή στα πλάγια και διπλώστε την άκρη της προς τα έξω, όπως και προηγούμενα. Επαναλάβετε το ίδιο και για την αριστερή γωνία. Αναδιπλώστε την απέναντι γωνία, πάνω στο πακέτο, ανάμεσα στις δύο γωνίες που σχηματίζονται πλάγια, αφήνοντας ένα μικρό τμήμα της άκρης της να προεξέχει ελεύθερο, για να μπορέσει ν' ανοίξει το πακέτο, χωρίς να μολυνθεί το περιεχόμενό του. Τυλίξτε κατά τον ίδιο τρόπο το πακέτο στο δεύτερο τετράγωνο, ξεκινώντας από την αντίθετη από εσάς πλευρά ή αντιστρέψετε το ήδη τυλιγμένο πακέτο κατά 180°.
- ⇒ Τοποθετήστε δύο χάρτινες ταινίες για τη συγκράτηση των τετραγώνων και σε μια γωνία τοποθετήστε ένα κομμάτι ταινίας αποστείρωσης, που αλλάζει χρώμα δείχνοντας ότι το πακέτο είναι αποστειρωμένο.
- ⇒ Σε οριζόντια ταινία, γράψτε το περιεχόμενο του πακέτου, την ημερομηνία αποστολής, το τμήμα του Νοσοκομείου και την υπογραφή σας ή το όνομά σας. Η ίδια διαδικασία μπορεί να ακολουθηθεί, χρησιμοποιώντας χαρτί αποστείρωσης, αντί για τετράγωνα. Η διαδικασία τυλίγματος του πακέτου φαίνεται στις παρακάτω εικόνες (47, 48, 49, 50, 51, 52):

2. Ετοιμασία set αλλαγών.

- ⇒ Τοποθετήστε σε καθαρό νεφροειδές γάζες και τολύπια και από πάνω βάλτε ένα μικρό κομμάτι χαρτιού αποστείρωσης.



Εικ. 47



Εικ. 48



Εικ. 49



Εικ. 50



Εικ. 51



Εικ. 52

- ⇒ Τοποθετήστε ένα-ένα τα εργαλεία (μια λαβίδα, ένα ψαλίδι) πάνω στο χαρτί με την εξής σειρά: εργαλείο-μικρό κομμάτι χαρτιού αποστείρωσης-εργαλείο-δείκτης αποστείρωσης.
- ⇒ Τυλίξτε το νεφροειδές σε πακέτο, όπως προηγουμένως, βάλτε χάρτινες ταινίες για τη συγκράτηση, ταινία αποστείρωσης και γράψτε τα απαραίτητα στοιχεία.
- ⇒ Αν υπάρχουν οι ειδικοί σάκοι αποστείρωσης για αποστείρωση σε αέριο, τοποθετήστε μέσα σε αυτούς 3-4 τολύπια, 4-5 γάζες, 1 λαβίδα, ένα ψαλίδι με τις λαβές

προς τα κάτω, από την πλευρά που ανοίγει ο φάκελος για χρήση και κλείστε το σάκο με την ειδική ενσωματωμένη αυτοκόλλητη ταινία. Στο σάκο υπάρχει δείκτης αποστείρωσης και χώρος για αναγραφή των απαραίτητων στοιχείων. Είναι η πιο απλή μέθοδος, που προτιμάται ιδιαίτερα, δεδομένου ότι υπάρχουν διάφορα μεγέθη σάκων, κατάλληλα για κάθε χρήση, ακόμη και για ετοιμασία υλικών (εργαλείων και ιματισμού) σε ατομική συσκευασία (είδη σε ξεχωριστούς σάκους και όλα μαζί σε μεγαλύτερο σάκο).

- ⇒ Φροντίστε να σταλούν τα υλικά έγκαιρα για αποστείρωση, αφού ενημερώσετε το βιβλίο παράδοσης-παραλαβής.
- ⇒ Φυλάξτε τα αποστειρωμένα, σε ειδικό χώρο αποθήκευσης και ελέγχετε καθημερινά μήπως έχει περάσει η ημερομηνία λήξης της αποστείρωσης (συνήθως 1 μήνας). Κριτήριο αποστείρωσης είναι να υπάρχει ο ίδιος τόνος χρώματος σε όλες τις γραμμές των ταινιών ή σε κάθε σάκο.

β. Τρόπος χρήσης αποστειρωμένου υλικού

Αποστειρωμένο πακέτο:

1. Τοποθετήστε το πακέτο σε σταθερή, ελεύθερη επιφάνεια, με το άνοιγμα προς το μέρος σας. Ελέγξτε το δείκτη αποστείρωσης και αφαιρέστε τις ταινίες.
2. Ξεδιπλώνετε τις γωνίες, χωρίς να έρθει το χέρι σας σε επαφή με το εσωτερικό των γωνιών. Επαναλάβετε το ίδιο και για το δεύτερο τετράγωνο, χρησιμοποιώντας την εσωτερική του επιφάνεια για αποστειρωμένο πεδίο.
3. Η ίδια διαδικασία μπορεί να γίνει, κρατώντας το πακέτο από κάτω, στην ανοιχτή σας παλάμη, είτε προσφέροντας υλικά σε προσωπικό που φορά γάντια αποστειρωμένα, είτε αφήνοντας να πέσει το υλικό σε αποστειρωμένο πεδίο, χωρίς να ακουμπήσετε το τετράγωνο της συσκευασίας του πακέτου με το πεδίο.

Αποστειρωμένα υλικά σε σάκο:

1. Ανοίξτε το σάκο, από το σημείο με τα ανοιχτά χείλη, ώστε να εμφανιστεί η λαβή των εργαλείων που περιέχουν, χωρίς να ακουμπήσετε το εσωτερικό του.
2. Προσφέρετε το υλικό σε προσωπικό που φορά αποστειρωμένα γάντια ή ρίξτε το σε αποστειρωμένο πεδίο χωρίς να το αγγίξετε ή πιάσετε το με αποστειρωμένη λαβίδα, χωρίς να ακουμπήσετε στην εσωτερική επιφάνεια της συσκευασίας.

Αποστειρωμένο δοχείο ή δίσκος: (εικ. 53)

1. Αν πρόκειται για δίσκο σε πακέτο, ανοίξτε το πακέτο, όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως και με αποστειρωμένη λαβίδα (πολυπάγρα) πάρτε το υλικό που σας χρειάζεται ή φορέστε αποστειρωμένα γάντια και χειριστείτε το υλικό.



Εικ. 53 Ανοιχτό αποστειρωμένο set αλλαγής.

2. Αν πρόκειται για δοχείο με γάζες, ανοίξτε με προσοχή, με την εσωτερική επιφάνεια προς τα πάνω και με την πολυπάγρα πάρτε ό,τι υλικό χρειάζεστε και κλείστε το δοχείο. Επαναλάβετε όσες φορές χρειαστεί.

Χειρισμός πολυπάγρας.

1. Η πολυπάγρα, καθώς και το δοχείο υποδοχής της, πρέπει να αποστειρώνονται καθημερινά.
2. Στο δοχείο δεν πρέπει να τοποθετείται αντισηπτικό διάλυμα.
3. Κατά τη χρήση της πολυπάγρας, τα σκέλη πρέπει να παραμένουν κλειστά και προς τα κάτω (ποτέ πλάγια ή αιωρούμενη ή με ανοιχτά τα σκέλη). Τα σκέλη πρέπει να ανοίγουν κατά τη λήψη υλικού από αποστειρωμένο δοχείο ή δίσκο.
4. Η πολυπάγρα κρατείται μόνο από τις λαβές της και τα δάκτυλα του χειριστή δεν πρέπει να έρχονται σε επαφή με το αποστειρωμένο μέρος του δοχείου, το οποίο, θεωρητικά, είναι αυτό που καλύπτεται με το αντισηπτικό.
5. Αν για οποιοδήποτε λόγο η πολυπάγρα έρθει σε επαφή με άλλο αντικείμενο μη αποστειρωμένο ή το δοχείο γείρει, πρέπει να σταματά η χρήση τους και να θεωρούνται μη αποστειρωμένα. Για το λόγο αυτό, στο κάθε τμήμα πρέπει να υπάρχουν δύο set, ώστε το ένα να αντικαθιστά το άλλο.
6. Βέβαια σήμερα η χρήση της πολυπάγρας απαγορεύεται και αντενδείκνυται. Έχει καταργηθεί πρακτικά στα περισσότερα νοσοκομεία και θα πρέπει να καταργηθεί και σ' αυτά που επιμένουν στη χρήση της.

γ. Πλύσιμο χεριών

Ένα βασικό μέτρο στην πρόληψη και τον περιορισμό των ενδοноσοκομειακών ή μη μολύνσεων είναι το πλύσιμο των χεριών, γιατί, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο συχνό-

τερος τρόπος μετάδοσης μικροβίων γίνεται με τα χέρια.

Τα χέρια μπορεί να μολυνθούν από τραύματα, πύον, αίμα, εκκρίματα και το δέρμα των αρρώστων, από το πρόσωπο, τα χέρια, σώμα, τα ρούχα και τα αντικείμενα των γιατρών, του νοσηλευτικού και του υπόλοιπου προσωπικού και, τέλος, από τον ιματισμό, τις υγρές πετσέτες, τους νιπτήρες και γενικά από τα είδη τουαλέτας.

Τα χέρια μας μπορεί να μολύνουν χειρουργικά ή μη τραύματα, χρόνιους αρρώστους, ανοσοκατεσταλμένους, ηλικιωμένους, προσωπικό του νοσοκομείου, εργαλεία, καθαρό ιματισμό, είδη τουαλέτας, πόμολα, είδη κουζίνας.

Γίνεται φανερό ότι ένας απλός, συνηθής και πρακτικός τρόπος, όπως είναι το πλύσιμο των χεριών, μπορεί να μειώσει την πιθανότητα μεταφοράς μικροβίων σε άτομα ή αντικείμενα και επιβάλλεται να γίνεται:

- Όταν τα χέρια μας δεν είναι καθαρά και κατά την είσοδο στο νοσοκομείο.
- Πριν και μετά από κάθε ατομική φροντίδα.
- Πριν και μετά από κάθε νοσηλευτική παρέμβαση.
- Πριν την έξοδο από το χώρο του νοσοκομείου.

Πώς πρέπει να πλένονται τα χέρια.

Ο πιο συνηθισμένος και απλός τρόπος πλυσίματος των χεριών είναι με σαπούνι ή αντισηπτικό διάλυμα ειδικό για τα χέρια. Συγκεκριμένα:

- * Αφαιρείτε κοσμήματα (δακτυλίδια, βραχιόλια κ.ά.), αν και είναι καλύτερα να μην φοράτε, γιατί μολύνονται, δεν απολυμαίνονται εύκολα ή καταστρέφονται κατά την απολύμανση και μπορεί να τραυματίσουν τον άρρωστο. Επίσης, αποφεύγετε το βάψιμο των νυχιών, γιατί κάτω από το χρώμα μπορεί να παραμείνει ρυπαρότητα.
- * Βρέχετε τα χέρια σας κάτω από το νερό της βρύσης και σαπουνίζετε καλά με σαπούνι ή αντισηπτικό διάλυμα όλες τις επιφάνειες των χεριών, τρίβοντας αυτά μεταξύ τους, κυρίως τις πτυχές, τα μεσοδακτύλια διαστήματα, τις πλάγιες και υπονύχιες επιφάνειες, όπου συγκεντρώνονται και αναπτύσσονται μικρόβια. Στο χειρουργείο, ο χρόνος που απαιτείται για αυτή τη διαδικασία είναι 10 λεπτά. Στο τμήμα, ο χρόνος αυτός μπορεί να είναι λιγότερος, αλλά ο τρόπος πρέπει να είναι το ίδιο προσεκτικός και σοβαρός.
- * Κρατάτε τα χέρια σας κάθετα στο δάπεδο και με κυκλικές κινήσεις σαπουνίζετε μέχρι τον αγκώνα. Στη συνέχεια, με τον αγκώνα σε κάμψη και τα χέρια προς τα πάνω, ξεπλένετε κάτω από την ανοιχτή βρύση, αφήνοντας να τρέξει το νερό από τα

χέρια προς τους αγκώνες, ώστε να φύγει όλη η σαπουνάδα. Αν μείνουν υπολείμματα, το δέρμα μπορεί να ερεθιστεί.

- * Προσπαθήστε να μην βρέχετε το δάπεδο και τα ρούχα σας, γιατί η υγρασία ευνοεί την ανάπτυξη των μικροβίων και υπάρχει κίνδυνος πτώσης στο υγρό δάπεδο.
- * Μην «τινάζετε» τα χέρια σας μετά το πλύσιμο. Στην ίδια θέση των χεριών, σκουπίστε, με καθαρή χειροπετσέτα χρησιμοποιώντας την εσωτερική της επιφάνεια, το ένα χέρι από τις άκρες των δακτύλων ως τον αγκώνα, χωρίς να τρίβετε, «ταμπονάρετε» την περιοχή, ώστε η χειροπετσέτα ν' απορροφήσει το νερό. Με το καθαρό χέρι και παίρνοντας νέα χειροπετσέτα στεγνώστε το άλλο χέρι με τον ίδιο τρόπο. Κλείστε τη βρύση με την εξωτερική επιφάνεια της χειροπετσέτας, αν δεν υπάρχει μηχανισμός ποδιού ή αγκώνα.

Η εξάσκηση του σωστού τρόπου πλυσίματος των χεριών μειώνει τη δυσκολία που τυχόν θα συναντήσετε στην αρχή, αλλά είναι απαραίτητη, γιατί, με οποιοδήποτε άλλο τρόπο και αν πλύνετε τα χέρια σας, το αποτέλεσμα δεν θα είναι το ίδιο: απλώς θα τα «βρέξετε». Η διαδικασία απεικονίζεται στις εικόνες που ακολουθούν. (εικ. 54, 55, 56, 57, 58, 59)



Εικ. 54



Εικ. 55



Εικ. 56



Εικ. 57



δ. Τρόπος χρήσης μάσκας, μπλούζας, γαντιών

Μάσκα:

- Πλύνετε τα χέρια σας, πριν φορέσετε τη μάσκα.
- Φορέστε τη μάσκα, πριν από τη μπλούζα ή το χειρουργικό πλύσιμο των χεριών στο χειρουργείο.
- Τοποθετήστε τη μάσκα πάνω από το στόμα και τη μύτη και δέστε τα δύο κορδονάκια πίσω και πάνω από τα αυτιά και τα άλλα δύο πίσω και κάτω από το λαιμό σας. Αν φοράτε γυαλιά, στερεώστε την κάτω από τα γυαλιά σας.
- Μη μετακινείτε τη μάσκα και αλλάξτε την, όταν υγρανθεί.
- Απομακρύνετε τη μάσκα, αφού πρώτα πλύνετε τα χέρια σας ή βγάλετε τα γάντια σας, αν φοράτε, χαλαρώνοντας πρώτα τα πάνω κορδονάκια και μετά τα κάτω. Κρατώντας τη μάσκα από τα κορδόνια, πετάξτε την στο καλάθι των ακρήστων, έξω από το δωμάτιο του ασθενούς.
- Πλύνετε ξανά τα χέρια σας.

Μπλούζα:

- Αν η μπλούζα είναι σε αποστειρωμένο πακέτο, ο τρόπος με τον οποίο διπλώνεται διευκολύνει, ώστε να πιάσετε τη μπλούζα από την εσωτερική επιφάνεια και να τη μετακινήσετε ελαφρά, για να την ξεδιπλώσετε.
- Κρατήστε τη από το επάνω και μέσα μέρος της. Φορέστε και τα δύο μανίκια συγχρόνως, χωρίς να ακουμπήσετε την εξωτερική επιφάνειά τους και εφαρμόστε την στους ώμους.
- Στερεώστε τη, δένοντας τα κορδόνια στον αυχένα και στη μέση σας. (εικ. 60)
- Αφαιρέστε τη μπλούζα μετά την εργασία σας, έχοντας υπόψη ότι η εξωτερική της

επιφάνεια είναι μολυσμένη, χαλαρώνοντας τα κορδόνια και αφαιρώντας τα μανίκια από την εσωτερική τους επιφάνεια.

- Αναδιπλώστε τη, με την εσωτερική επιφάνεια προς τα έξω και απορρίψτε την, είτε στον κάδο ακρήστων, είτε σε κάδο για αποστείρωση, αν είναι πολλαπλής χρήσης.



Εικ. 60

Γάντια:

- Πάρτε το κατάλληλο μέγεθος γαντιών για τα χέρια σας. Ελέγξτε την ημερομηνία λήξης, πριν τα χρησιμοποιήσετε.
- Πλένετε τα χέρια σας. Τα γάντια προστατεύουν, αλλά δεν αντικαθιστούν το πλύσιμο των χεριών.
- Ανοίξτε το set μιας χρήσης, σε καθαρό, στεγνό και ασφαλές μέρος στα πλαίσια του οπτικού σας πεδίου.
- Κρατήστε το ένα γάντι από το ρεβέρ του χωρίς να αγγίξετε την εξωτερική του επιφάνεια, γιατί θα τη μολύνετε όπως φαίνεται στην εικόνα 61. Η εσωτερική επιφάνεια θα έρθει σ' επαφή με το δέρμα.
- Φορέστε το γάντι, με ήπιες κινήσεις. (εικ. 62)
- Με το χέρι που ήδη έχετε φορέσει το γάντι, πάρτε το άλλο γάντι, κρατώντας το με τα 4 δάκτυλα, κάτω από το ρεβέρ. (εικ. 63)
- Φορέστε το, προσπαθώντας να μη μολυνθείτε, εφαρμόστε τα γάντια στα δάκτυλά σας καλά και μπορείτε να εργαστείτε.



Εικ. 61



Εικ. 62



Εικ. 63

Αν φοράτε μπλούζα με μανσέτα, καλύψτε την, γυρίζοντας τα ρεβέρ των γαντιών.

- Αφαιρέστε τα γάντια μετά την εργασία σας, κρατώντας το ένα γάντι από το ρεβέρ και τραβώντας το προς τα κάτω με σταθερή και γρήγορη κίνηση. Το γάντι, έτσι, αφαιρείται ανάποδα και η πιθανότητα διασποράς μικροβίων είναι μικρότερη. Απορρίψτε το σε κάδο αχρήστων.
- Με το γυμνό χέρι αφαιρέστε και το άλλο γάντι, ανάποδα, χωρίς να έλθετε σε επαφή με την εξωτερική του επιφάνεια και απορρίψτε το.
- Πλύνετε τα χέρια σας καλά μετά την αφαίρεση των γαντιών.

Αν τα γάντια που θα χρησιμοποιήσετε δεν είναι αποστειρωμένα και είναι μιας χρήσης, φορέστε τα, αφού έχετε πλύνει και στεγνώσει τα χέρια σας. Διεκπεραιώστε την εργασία σας και απορρίψτε τα άμεσα. Μην πιάνετε αντικείμενα, πόμολα, έπιπλα, χαρτιά με τα γάντια, γιατί θα τα μολύνετε. Αλλάξτε γάντια για κάθε νέα εργασία και πλένετε τα χέρια σας.

11. Εφαρμογή στον Άρρωστο Θερμών ή Ψυχρών Επιθεμάτων

Θερμά ή ψυχρά επιθέματα ονομάζονται τα μέσα τα οποία τοποθετούνται σε κάποιο σημείο του σώματος, για τη διαστολή των αγγείων και, κατά συνέπεια, την υπεραιμία και την αύξηση της κυκλοφορίας του αίματος, στο σημείο επαφής και για τη σύσπαση των αγγείων και, επομένως, την ισχαιμία και τη μείωση της κυκλοφορίας του αίματος στο σημείο τοποθέτησης, αντίστοιχα.

Θερμά επιθέματα δεν τοποθετούνται σε περιπτώσεις, που ο άρρωστος είναι σε κώμα, έχει έλλειψη αισθητικότητας ή περιφερική αγγειοπάθεια.

α. Προετοιμασία και εφαρμογή θερμοφόρας

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος νοσηλείας.
- Ελαστική θερμοφόρα με ειδική υφασμάτινη θήκη από βαμβάκι.
- Ζεστό νερό θερμοκρασίας 50°C ως 60°C.

- Θερμόμετρο νερού.
- Πετσέτα για το σκούπισμα της θερμοφόρας.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο και εξηγήστε του το σκοπό της εφαρμογής της θερμοφόρας.
- ⇒ Ελέγξτε αν η θερμοφόρα είναι σε καλή κατάσταση και μπορεί να χρησιμοποιηθεί.
- ⇒ Ελέγξτε τη θερμοφόρα νερού, τοποθετώντας το θερμόμετρο μέσα στο δοχείο με το ζεστό νερό.
- ⇒ Αδειάστε το νερό στη θερμοφόρα, ώστε αυτό να καλύπτει τα 2/3 αυτής.
- ⇒ Αφαιρέστε τον αέρα και τοποθετήστε το πώμα, κλείνοντας με ασφάλεια τη θερμοφόρα. Δεν πρέπει να υπάρχει διαρροή.
- ⇒ Σκουπίστε τη θερμοφόρα και τοποθετήστε την στην ειδική θήκη.
- ⇒ Τοποθετήστε τη θερμοφόρα στο δίσκο νοσηλείας.
- ⇒ Πηγαίνετε στο δωμάτιο του ασθενούς και ακουμπήστε το δίσκο στο κομοδίνο του.
- ⇒ Φροντίστε, ώστε ο άρρωστος να βρίσκεται σε αναπαυτική θέση και εφαρμόστε τη θερμοφόρα στο σημείο που έχει καθοριστεί, με το πώμα αντίθετα προς το σώμα του αρρώστου. Αν ο άρρωστος παραπονεθεί για τη θερμοκρασία, τοποθετήστε τη θερμοφόρα πάνω από το νυχτικό του ή τα σεντόνια.
- ⇒ Ελέγχετε το δέρμα του αρρώστου κατά διαστήματα και μετά από 2 ώρες αντικαταστήστε το νερό.
- ⇒ Εφαρμόστε τη θερμοφόρα όσες φορές απαιτείται, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- ⇒ Όταν πλέον δεν απαιτείται η χρήση της, απομακρύνετε τη θερμοφόρα από τον άρρωστο, αφαιρέστε τη θήκη της, για να σταλεί στο πλυντήριο, αδειάστε το νερό, ξεπλύνετε την και αφήστε τη να στεγνώσει, αφού την κρεμάσετε με το πώμα ανοιχτό και προς τα κάτω.
- ⇒ Στεγνή όπως είναι, αφήστε να μπει αέρας, για να μη συμπίτουν τα τοιχώματά της, κλείστε το πώμα και αποθηκεύστε την σε ειδικό χώρο του τμήματος.

β. Προετοιμασία και εφαρμογή ζεστής κομπρέσας

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος νοσηλείας.
- Θερμόμετρο νερού.

- Δοχείο για το υγρό, με καπάκι, ώστε να μη χάνει τη θερμοκρασία του, η οποία πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 40° C και 45° C.
- Κομπρέσα (κομμάτι από πετσέτα ή άλλο βαμβακερό ύφασμα) σε μέγεθος ανάλογο της χρήσης.
- Αδιάβροχο και τετράγωνο νοσηλείας, για την περιτύλιξη της κομπρέσας.
- Το υγρό που θα χρησιμοποιηθεί (ζεστό νερό ή διάλυμα οиноπνεύματος-νερού 1:2 ή διάλυμα αλουμινίου 8%).
- Βαζελίνη.
- Παραμάνες ή επίδεσμος, για το στερέωμα της κομπρέσας.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για το είδος της νοσηλείας και το σκοπό της.
- ⇒ Τοποθετήστε τα υλικά που απαιτούνται. Στο δίσκο νοσηλείας, ελέγξτε τη θερμοκρασία του υγρού που έχετε ετοιμάσει σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και βυθίστε σε αυτό την κομπρέσα.
- ⇒ Με το δίσκο νοσηλείας και το δοχείο κλειστό, πηγαίνετε στο δωμάτιο του ασθενούς, τοποθετήστε το δίσκο στο κομοδίνο, απομονώστε τον άρρωστο και δώστε του την κατάλληλη θέση.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.
- ⇒ Κάτω από το σημείο που θα τοποθετηθεί η κομπρέσα, απλώστε το τετράγωνο νοσηλείας και το αδιάβροχο.
- ⇒ Γυμνώστε την περιοχή και κάντε επάλειψη με βαζελίνη, εκτός και αν εφαρμόσετε κομπρέσα με διάλυμα αλουμινίου.
- ⇒ Στύψτε την κομπρέσα με τις δύο παλάμες σας και τοποθετήστε τη στη γυμνή περιοχή.
- ⇒ Τυλίξτε την κομπρέσα με το αδιάβροχο πρώτα και με το τετράγωνο νοσηλείας στη συνέχεια και στερεώστε με παραμάνες ή επίδεσμο.
- ⇒ Επαναλάβετε τη διαδικασία, όσες φορές απαιτείται, με την ίδια θερμοκρασία διαλύματος.
- ⇒ Όταν δοθεί εντολή να διακοπεί η εφαρμογή ζεστής κομπρέσας, σε ένα δίσκο νοσηλείας τοποθετείτε μια στεγνή πετσέτα και πηγαίνετε στο δωμάτιο του ασθενούς.
- ⇒ Αφαιρέστε τον επίδεσμο ή τις παραμάνες, ώστε να ξετυλίξετε το τετράγωνο νοσηλείας και το αδιάβροχο και να αφαιρέσετε την κομπρέσα. Τοποθετήστε τα όλα

στο δίσκο, αφού πριν έχετε πάρει την πετσέτα, για να σκουπίσετε την περιοχή, όπου ήταν η κομπρέσα.

- ⇒ Βεβαιωθείτε ότι ο άρρωστος βρίσκεται σε καλή κατάσταση, έχει στεγνά σεντόνια και απομακρυνθείτε από το δωμάτιο, με το δίσκο νοσηλείας και όλα τα υλικά που χρησιμοποιήσατε.
- ⇒ Στεγνώστε την κομπρέσα και τα τετράγωνα νοσηλείας, απολυμάνετε το αδιάβροχο και τοποθετήστε τα πρώτα στον κάδο για τα άπλυτα και φυλάξτε το αδιάβροχο.
- ⇒ Καθαρίστε και απολυμάνετε το δίσκο νοσηλείας και τις παραμάνες, αχρηστεύστε τον επίδεσμο, αν τον χρησιμοποιήσατε.
- ⇒ Ο υπεύθυνος νοσηλευτής ή η Προϊσταμένη πρέπει να ενημερωθούν για τη διαδικασία που ακολουθήθηκε, καθώς και για την κατάσταση του ασθενούς.

γ. Προετοιμασία και εφαρμογή παγοκύστης

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος νοσηλείας.
- Ελαστική παγοκύστη.
- Θήκη παγοκύστης.
- Δοχείο για παγάκια.
- Πετσέτα για το σκούπισμα της παγοκύστης.
- Ταλκ, αν η παγοκύστη τοποθετηθεί σε λείο και όχι τριχωτό δέρμα.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για το είδος της νοσηλείας, το σκοπό της και τους πιθανούς κινδύνους, από την πολύωρη επίθεση της παγοκύστης (ισχαιμία δέρματος).
- ⇒ Ετοιμάστε την παγοκύστη, αφού ελέγξετε την κατάστασή της, βάζοντας μέσα παγάκια. Γεμίστε τη κατά το 1/3, αφαιρέστε τον αέρα και κλείστε τη με το πώμα.
- ⇒ Σκουπίστε τη και ελέγξτε για διαρροή νερού. Τοποθετήστε την ειδική θήκη και με το δίσκο νοσηλείας πηγαίνετε στο δωμάτιο του ασθενούς.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο στην κατάλληλη θέση, αν χρειαστεί, χρησιμοποιήστε το ταλκ και εφαρμόστε την παγοκύστη.
- ⇒ Μην αφήνετε την παγοκύστη για χρόνο περισσότερο από μισή έως μία ώρα. Ελέγχετε το δέρμα στην περιοχή.

- ⇒ Αντικαταστήστε τη θήκη, αν έχει υγρανθεί ή τα παγάκια, αν έχουν λιώσει.
- ⇒ Επαναλάβετε τη διαδικασία, όσες φορές απαιτείται.
- ⇒ Στο τέλος της νοσηλείας, απομακρύνετε την παγοκύστη, τακτοποιήστε τον άρρωστο, ώστε να είναι καθαρός και στεγνός.
- ⇒ Αφαιρέστε τη θήκη της παγοκύστης και στείλτε τη για πλύσιμο.
- ⇒ Αδειάστε το νερό από τα παγάκια που έχουν λιώσει, καθαρίστε, απολυμάνετε την παγοκύστη και την αφήνετε ανάποδα να στεγνώσει.
- ⇒ Στεγνή, καθώς πρέπει να είναι, αφήστε τον αέρα να μπει στο εσωτερικό της, κλείστε τη με το πώμα και φυλάξτε τη για την επόμενη χρήση.
- ⇒ Ενημερώστε τον υπεύθυνο νοσηλείας ή την Προϊσταμένη, για τη νοσηλεία που έγινε και για την κατάσταση του ασθενούς.
- ⇒ Σήμερα χρησιμοποιούνται ειδικές παγοκύστεις, οι οποίες αποτελούνται από δύο μέρη, το ένα είναι το δοχείο υποδοχής του πάγου και το άλλο είναι αυτό που εφαρμόζεται στον άρρωστο ως ασκός-περίδεση και στο οποίο κυκλοφορεί νερό που διατηρείται κρύο από τον πάγο, που αλλάζει κάθε 6 ώρες. Έτσι, στον άρρωστο εφαρμόζει το υλικό της περίδεσης και το παγωμένο νερό του εσωτερικού αυτής και όχι «τα παγάκια». Επιπλέον, υπάρχουν παγοκύστεις, με την ονομασία «Cold Hot» σε πλαστική ανθεκτική συσκευασία, με ζελέ στο εσωτερικό τους, που μπορεί να χρησιμοποιηθούν, είτε ως ψυχρό, είτε ως θερμό επίθεμα.

12. Περιποίηση Κατακλίσεων

Η περιποίηση κατακλίσεων έχει ως σκοπό την πρόληψη της επιδείνωσής τους και της μόλυνσης των ιστών. Χρησιμοποιούμε τις αρχές ασηψίας και αντισηψίας.

Σε άρρωστο με κατακλίσεις:

- ⇒ Αλλάξτε θέση ανά 2ωρο/24h για καλύτερη κυκλοφορία του αίματος στους ιστούς που πιέζονται.
- ⇒ Μη σέρνετε τον κλινήρη άρρωστο, όταν τον φροντίζετε, αποφεύγοντας τις τριβές. Ανασηκώστε τον με σωστές τεχνικές και γυρίστε με σεντόνι ή ημισέντονο ή με ειδική ζώνη.
- ⇒ Παρατηρήστε προσεκτικά το δέρμα του.

- ⇒ Τοποθετήστε μαξιλάρια στα σημεία πίεσης ανάμεσα στα πόδια του και στην ωμοπλάτη.
- ⇒ Αποφύγετε στους κλινήρεις αρρώστους τη fowler ή ημι-fowler θέση. Αν χρειάζεται, υποστηρίξτε τα πόδια του.
- ⇒ Τεντώστε σε κάθε βάρδια τα σεντόνια και αλλάξτε τα, αν είναι βρώμικα και υγρά. Τακτοποιήστε καλά την πυζάμα του χωρίς πτυχές. Απομακρύνετε τα ψίχουλα.
- ⇒ Πλύνετε τις ύποπτες περιοχές με ουδέτερο σαπούνι μια φορά κάθε 8 ώρες, για να βελτιωθεί τοπικά η κυκλοφορία.
- ⇒ Βάλετε λοσιόν και ενυδατώστε το δέρμα, ώστε να διατηρείται λείο, καθαρό και στεγνό (4 φορές το 24ωρο).
- ⇒ Φροντίστε να είναι ο άρρωστος σε ειδικά στρώματα αέρος ή νερού.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

- ⇒ Δεν συνιστάται η εντριβή με οινόπνευμα, γιατί ξηραίνει το δέρμα.
- ⇒ Απαγορεύονται οι μαλάξεις γύρω από την κατάκλιση.
- ⇒ Περιορίστε τις ενδομυϊκές ενέσεις στην πάσχουσα περιοχή.
- ⇒ Φροντίστε τον άρρωστο με κομμένα και καθαρά νύχια, χωρίς κοσμήματα στα χέρια. Μπορεί να τον τραυματίσουν.

Περιποίηση πάσχουσας περιοχής.

Περιλαμβάνει το πλύσιμο και την αλλαγή του έλκους.

Υλικά που απαιτούνται:

- Λεκάνη.
- Σφουγγάρι.
- Σαπούνι ουδέτερο.
- Κανάτα με χλιαρό νερό.
- 2 τετράγωνα.
- Κρέμα ενυδατική.
- Set αλλαγής τραυμάτων.
- Νεφροειδές.
- Χαρτοβάμβακο ή απορροφητικό χαρτί.

- Λευκοπλάστ αντιαλλεργικό - ψαλίδι.
- Φυσιολογικός ορός.
- Αντισηπτικό (Betadine solution) ή αλοιφή ή γάζα με αντιβιοτική αλοιφή.

Διαδικασία:

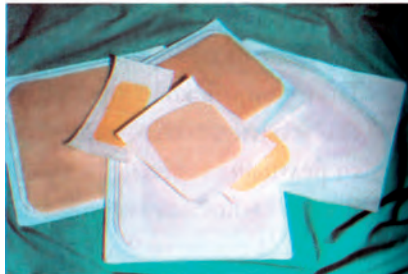
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο.
- ⇒ Τοποθετήστε παραβάν.
- ⇒ Τακτοποιήστε τον σε πλάγια, πριηνή ή ύπτια θέση ανάλογα με το σημείο της κατάκλισης.
- ⇒ Βάλετε τετράγωνα στην περιοχή αυτή (πάνω και κάτω).
- ⇒ Σαπουνίστε καλά με σταθερές κυκλικές κινήσεις και στεγνώνουμε το δέρμα (σε ευρύτερη περιοχή από ό,τι η κατάκλιση).
- ⇒ Φορέστε αποστειρωμένα γάντια.
- ⇒ Ξεπλένετε το έλκος με φυσιολογικό ορό.
- ⇒ Βάλτε Betadine solution ή αλοιφή. Αν υπάρχουν νεκρά κύτταρα, τα αφαιρείτε με τη λαβίδα.
- ⇒ Βάζετε αποστειρωμένη γάζα με λευκοπλάστ ή ειδικά επιθέματα.

Τα επιθέματα έχουν διάφορα μεγέθη ανάλογα με την έκταση της βλάβης. Η αλλαγή του γίνεται συνήθως κάθε 3-5 ημέρες, εκτός αν διαφεύγουν υγρά και ξεκολλήσει. (εικ. 64) (εικ. 65 και 66).

Στα τελευταία στάδια μπορεί να χρειαστεί χειρουργικός καθαρισμός και ειδικές αντιμικροβιακές κρέμες, αφού προηγηθεί καλλιέργεια.

Αφού τελειώσει η περιποίηση, απομακρύνετε το υλικό και τακτοποιείτε τα κλινοσκεπάσματα του αρρώστου. Βάλτε τα αντικείμενα και έπιπλα στη θέση τους.

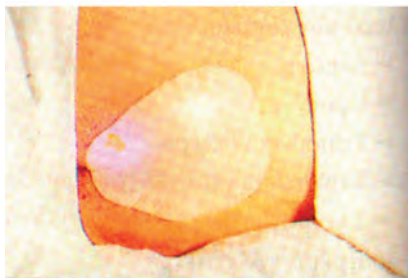
Καταγράψτε τη νοσηλεία.



Εικ. 64 Επιθέματα κατακλίσεων.



Εικ. 65



Εικ. 66

13. Τεχνητή Διατροφή Αρρώστου

Η τεχνητή διατροφή του αρρώστου διακρίνεται σε *εντερική τεχνητή διατροφή*, που γίνεται μέσω ρινογαστρικού σωλήνα και στομίας (οισοφαγοστομία, γαστροστομία, νηστιδοστομία), και σε *ολική παρεντερική διατροφή* μέσω κεντρικής φλεβικής γραμμής.

α. Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα (levin)

Η εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα γίνεται από το γιατρό. Απαιτείται, προηγουμένως, η προετοιμασία κατάλληλου υλικού και η προετοιμασία του αρρώστου, που είναι αρμοδιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως, επίσης, και η συνεργασία τους κατά την ώρα της εφαρμογής.

Η εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα ή ρινογαστρική διασωλήνωση είναι η εισαγωγή καθετήρα από τη μύτη του αρρώστου, στο στομάχι και εξυπηρετεί τους παρακάτω σκοπούς:

- Αφαίρεση υγρών και αέρα για τη μείωση της διάτασης, η οποία εμποδίζει την απορρόφηση υγρών.
- Πλύση στομάχου σε επείγουσες καταστάσεις.
- Τεχνητή διατροφή, όταν η λήψη τροφής από το στόμα δεν είναι δυνατή ή δεν ενδείκνυται.
- Εφαρμογή εσωτερικής πίεσης σε αιμορραγία κιρσών οισοφάγου.

Υλικά που απαιτούνται: (εικ. 67)

- Δίσκος νοσηλείας.
- Ρινογαστρικοί σωλήνες τύπου Levin (2) σε μέγεθος ανάλογο με την ηλικία και τη σωματική διάπλαση του αρρώστου.
- Γάντια μιας χρήσης (2 ζευγάρια).
- Χαρτοβάμβακο και γάζες.
- Ξυλοκαΐνη σε μορφή jel (Jelly Xylocaine 2%).



Εικ. 67 Υλικά για τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα.

- Νεφροειδή μιας χρήσης (2).
- Σύριγγα μιας χρήσης 60 ml με μεγάλο μπεκ, για εφαρμογή στο άκρο του σωλήνα.
- Ποτήρι με νερό και καλαμάκι.
- Τετράγωνο νοσηλείας, μιας χρήσης.
- Λευκοπλάστ υποαλλεργικό και ψαλίδι.
- Σάκο συλλογής υγρών (ουροσυλλέκτης) και στατό.
- Σφηνοειδές πώμα, για το κλείσιμο του καθετήρα.
- Παραβάν.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για το είδος και το σκοπό της παρέμβασης και ζητήστε του να είναι ήρεμος και να συνεργαστεί.
- ⇒ Ετοιμάστε τα υλικά που απαιτούνται και κατευθυνθείτε στο δωμάτιο του ασθενούς. Απομακρύνετε τους επισκέπτες και τοποθετήστε το παραβάν.
- ⇒ Δώστε στον άρρωστο καθιστή ή ημικαθιστή θέση, σηκώνοντας το ερεισίνωτο του κρεβατιού και, αν αυτό δεν γίνεται, τοποθετήστε τον σε ύπτια ή πλάγια δεξιά θέση.
- ⇒ Καθαρίστε τη μύτη με χαρτοβάμβακο, ώστε να είναι δυνατή η δίοδος του σωλήνα.
- ⇒ Τοποθετήστε το τετράγωνο νοσηλείας μπροστά στον άρρωστο.
- ⇒ Ειδοποιήστε το γιατρό και πλύνετε τα χέρια σας.
- ⇒ Φορέστε γάντια μιας χρήσης και δώστε το άλλο ζευγάρι στο γιατρό.
- ⇒ Ανοίξτε τη συσκευασία του σωλήνα και προσφέρετε το σωλήνα στο γιατρό.
- ⇒ Δώστε στον άρρωστο να κρατά ένα νεφροειδές, αν ο ίδιος μπορεί, και, αν όχι, έχετε το νεφροειδές κοντά του για την περίπτωση εμετού.
- ⇒ Καθώς ο γιατρός κρατά το σωλήνα, προσφέρετε jelly Xylocaine 2% για επάλειψη του άκρου του καθετήρα, ώστε η εισαγωγή του να γίνει πιο εύκολα.
- ⇒ Το μήκος του σωλήνα που θα πρέπει να εισαχθεί εξαρτάται από τη σωματική διάπλαση του αρρώστου και, συνήθως, αντιστοιχεί στην απόσταση μύτης-αυτιού-στομαχού (40-45 cm). Επιπλέον, υπάρχουν κυκλικές γραμμώσεις στο σωλήνα, που αποτελούν ένδειξη μέτρου.
- ⇒ Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να είναι ήρεμος και ο γιατρός, με ήπιες κινήσεις, τοποθετεί το σωλήνα, θυμίζετε στον άρρωστο ότι πρέπει να αναπνέει με το στόμα και να καταπίνει. Δώστε του νερό με το καλαμάκι και συστήστε του να καταπίνει μικρές ποσότητες. Σημεία που πρέπει να σας ανησυχήσουν είναι ο βήχας, που σημαίνει ότι ο καθετήρας κατευθύνεται προς το λάρυγγα, η δύσπνοια και η κύα-

- νωση, που παραπέμπουν στην έξοδο του σωλήνα και στην επανατοποθέτησή του.
- ⇒ Αν δεν υπάρξει κανένα πρόβλημα, η επιβεβαίωση ότι ο σωλήνας βρίσκεται στο στομάχι γίνεται: α) με αναρρόφηση περιεχομένου του στομάχου, δίνοντας τη σύριγγα των 60 ml στο γιατρό, β) με την εισαγωγή αέρα με τη σύριγγα και την παράλληλη ακρόαση με το στηθοσκόπιο.
 - ⇒ Στερεώστε το σωλήνα με λευκοπλάστ, στη μύτη του αρρώστου. Κόβετε το λευκοπλάστ οριζόντια σε δύο ταινίες ενωμένες στο ένα άκρο τους, το οποίο τοποθετείται στη μύτη και χιάζετε τις δύο ταινίες κάτω από το σωλήνα, κολλώντας τα ελεύθερα άκρα τους επάνω στα τοιχώματα της μύτης.
 - ⇒ Κλείστε το άκρο του σωλήνα με το σφιγνοειδές πώμα ή, αν ο σωλήνας έχει τοποθετηθεί για την αφαίρεση υγρών και αέρα, συνδέστε το συλλέκτη και στερεώστε τον στο στατό, στο πλάι του κρεβατιού.
 - ⇒ Συγκεντρώστε τα υλικά που χρησιμοποιήσατε, τακτοποιήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση, θυμίστε του ότι δεν πρέπει να αφαιρέσει τον καθετήρα, αφαιρέστε το παραβάν και τα γάντια.
 - ⇒ Απομακρυνθείτε από το δωμάτιο και απορρίψτε τα υλικά μιας χρήσης, που έχετε διαχωρίσει, πλύνετε και τακτοποιήστε το υπόλοιπο υλικό.
 - ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.

β. Σίτιση αρρώστου μέσω ρινογαστρικού σωλήνα (levin)

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος φαγητού.
- Ογκομετρικό δοχείο με ρευστή ή ημίρρευστη τροφή, σε θερμοκρασία 38°C, που έχει παραγγελθεί προηγουμένως στο μαγειρείο, ποσότητας 200 ml ή η ίδια ποσότητα σε βαθύ πιάτο, για ψυχολογικούς κυρίως λόγους.
- Χαρτοβάμβακο.
- Ποτήρι με νερό.
- Σύριγγα των 60 ml με μεγάλο μπεκ.
- Κουταλάκι τυλιγμένο σε χαρτοπετσέτα.
- Τετράγωνο νοσηλείας μιας χρήσης.

Διαδικασία:

- ⇒ Φροντίστε, ώστε το περιβάλλον του δωματίου να είναι ευχάριστο και καθαρό και να μη συμπίπτει η ώρα του φαγητού με άλλες τυχόν δυσάρεστες νοσηλείες.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη χορήγηση γεύματος.
- ⇒ Δώστε στον άρρωστο ημικαθιστή θέση και έχετε δίπλα σας τα υλικά που θα χρησιμοποιήσετε.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας και τοποθετήστε το τετράγωνο νοσηλείας μπροστά στον άρρωστο, για να μη λερωθεί.
- ⇒ Καθίστε δίπλα στον άρρωστο, μη δίνετε την εντύπωση ότι βιάζεστε και ελέγξτε τη λειτουργία του καθετήρα, εισάγοντας μικρή ποσότητα νερού, με τη σύριγγα. Αν στο σωλήνα υπάρχει γαστρικό υγρό, κάνετε απλή αναρρόφηση. Όταν αφαιρείτε το πόμα, αναδιπλώστε το σωλήνα στο άκρο του, κρατήστε τον χαμηλά και εφαρμόστε τη σύριγγα με αναδιπλωμένο το άκρο, για να μην εισέλθει αέρας ή να μη βγει προς τα έξω το περιεχόμενο του στομάχου.
- ⇒ Διατηρείτε καθαρό τον άρρωστο και αναρροφήστε με τη σύριγγα ποσότητα τροφής από το δοχείο και εφαρμόστε την στο στόμιο του σωλήνα. Εισάγετε την ποσότητα αργά και χωρίς να ασκείτε πίεση. Επαναλάβετε τη διαδικασία, ώστε να τελειώσει όλο το μίγμα τροφής. Ποσότητα 200 ml χορηγείται σε 10 λεπτά. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται κάθε 2 ή 3 ή 4 ώρες, ώστε ο συνολικός όγκος να κυμαίνεται στα 1500 ml - 2000 ml στο 24ωρο. Αν κατά τη διάρκεια της σίτισης ο άρρωστος παραπονεθεί για δυσφορία, σταματήστε και ενημερώστε την προϊσταμένη ή τον υπεύθυνο νοσηλεύτη.
- ⇒ Στο τέλος της ομαλής σίτισης, δώστε νερό στον άρρωστο κατά τον ίδιο τρόπο και κλείστε το άκρο του σωλήνα με το πόμα.
- ⇒ Αν ο άρρωστος επικοινωνεί, μπορείτε να του δώσετε στην αρχή ποσότητα φαγητού με το κουταλάκι, την οποία πρέπει να κρατήσει στο στόμα του, για να έχει τη γεύση, χωρίς να την καταπιεί, αλλά να την αποβάλλει στο νεφροειδές. Συνήθως, η σίτιση μέσω Levin γίνεται σε ασθενείς που αδυνατούν να συνεργαστούν, γι' αυτό καλό είναι να το αποφεύγετε. Υπάρχει κίνδυνος εισρόφησης κατά την κατάποση.
- ⇒ Τακτοποιήστε τον άρρωστο. Απομακρύνετε τα υλικά που χρησιμοποιήσατε, επιστρέψτε καθαρά τα υλικά της κουζίνας, απορρίψτε τα άχρηστα. Πλύνετε τα χέρια σας.
- ⇒ Επισκεφθείτε τον άρρωστο μετά 1/2 ώρα, βεβαιωθείτε ότι είναι καλά, μετρώντας τα ζωτικά του σημεία.

⇒ Αναφέρετε στην προϊσταμένη το τέλος των εργασιών σας, με την ώρα και την ποσότητα φαγητού που χορηγήσατε, καθώς και τυχόν ανωμαλίες που προέκυψαν.

γ. Νοσηλευτική φροντίδα παραμονής ρινογαστρικού σωλήνα (levin)

Στην περίπτωση κατά την οποία ο άρρωστος πρέπει να σιτίζεται μέσω levin για αρκετό χρονικό διάστημα, ο σωλήνας θα πρέπει να αλλάζει συχνά, κάθε 10 ημέρες. Επιπλέον, απαιτείται φροντίδα και στην περίπτωση των ρουθουνιών της μύτης, με βαμβάκοφορέα εμποτισμένο σε φυσιολογικό ορό, αλλαγή του λευκοπλάστ καθημερινά, έλεγχος της λειτουργίας του σωλήνα με νερό, αλλαγή πώματος.

Μη χρησιμοποιείτε τη σύριγγα για πώμα, γιατί υπάρχει κίνδυνος μετακίνησης ή αποσύνδεσης του καθετήρα, λόγω βάρους ή νέκρωσης σε κάποιο σημείο στο ρουθούνι, λόγω πίεσης.

Μην ξεχνάτε να κάνετε περιποίηση στοματικής κοιλότητας.

Θα πρέπει να έχετε υπόψη σας τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν κατά την τεχνητή διατροφή μέσω levin, όπως: εισρόφηση τροφής (είσοδος τροφής στον αναπνευστικό σωλήνα), ερεθισμός μύτης, φάρυγγα, οισοφάγου λόγω μόλυνσης από παρατεταμένη παραμονή του σωλήνα, απόφραξη σωλήνα, ναυτία, έμετος, διάταση εντέρου, διάρροια, δυσκοιλιότητα.

δ. Αφαίρεση ρινογαστρικού σωλήνα (levin)

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος νοσηλείας.
- Νεφροειδές.
- Χαρτοβάμβακο.
- Σύριγγα των 60 ml με μεγάλο μπεκ.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο και τοποθετήστε τον σε ημικαθιστή θέση ή γυρίστε τον στο δεξιό πλάγιο.
- ⇒ Αφαιρέστε το σάκο συλλογής υγρών, αν υπάρχει, ή το πώμα, αν είναι κλειστός με αυτό.

- ⇒ Εφαρμόστε τη σύριγγα και αφαιρέστε το λευκοπλάστ.
- ⇒ Φορέστε γάντια και με σταθερή κίνηση προς τα έξω αφαιρέστε τον καθετήρα με το ένα χέρι, ενώ με το άλλο, κρατώντας χαρτοβάμβακο, συγκρατήστε την άκρη του καθετήρα.
- ⇒ Πετάξτε το υλικό στο νεφροειδές, δώστε χαρτοβάμβακο στον άρρωστο να φυσήξει τη μύτη του.
- ⇒ Απομακρύνετε το υλικό, αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε τα.
- ⇒ Ενημερώστε την προϊσταμένη ή τον υπεύθυνο νοσηλεύτη για την εκτέλεση της παρέμβασης.

Παρατηρήσεις.

Εντερική διατροφή μέσω ρινογαστρικού σωλήνα μπορεί να γίνει και με την τοποθέτηση ενός άλλου είδους ρινογαστρικού σωλήνα, που ονομάζεται feeding tube (σωλήνας σίτισης). Είναι πιο εύκαμπτος, λεπτότερος και χρησιμοποιείται για τη χορήγηση διαλυμάτων εντερικής διατροφής σε συνεχή έγχυση.

Η τοποθέτησή του γίνεται κατά τον ίδιο τρόπο, ελέγχεται ακτινολογικά και η παραμονή του απαιτεί την ίδια νοσηλευτική φροντίδα. Στο άκρο του δεν εφαρμόζει σύριγγα με μεγάλο μπεκ, αλλά απαιτείται η χρήση ειδικών συσκευών έγχυσης, που συνδέουν το σωλήνα με τα χορηγούμενα, σε γυάλινα δοχεία, έτοιμα διαλύματα του εμπορίου, εντερικής διατροφής. (εικ. 68).



Εικ. 68 Διαλύματα διεντερικής διατροφής.

Η έγχυσή τους γίνεται σε σταγόνες, γι' αυτό και η ροή τους πρέπει να ρυθμίζεται, ανάλογα με την ποσότητα του διαλύματος που ορίζουν οι ιατρικές οδηγίες, για το 24ωρο. (εικ. 69)

Τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν είναι παρόμοια με αυτά που αφορούν και τον κοινό ρινογαστρικό σωλήνα τύπου Levin.

ε. Σίτιση αρρώστου με οισοφαγοστομία, γαστροστομία, νηστιδοστομία

Στις παραπάνω περιπτώσεις, ο άρρωστος σιτίζεται μέσω ενός σωλήνα, ο οποίος έχει τοποθετηθεί σε στόμιο που έχει γίνει με χειρουργική επέμβαση στον οισοφάγο, στο στομάχι και στο λεπτό έντερο (νήστιδα).

Τα υλικά που απαιτούνται, καθώς και η διαδικασία που ακολουθείται είναι η ίδια, όπως και κατά τη χρήση ρινογαστρικού σωλήνα Levin. Επιπλέον, σημειώνεται στη φροντίδα παραμονής του σωλήνα η καθημερινή αλλαγή της γάζας που υπάρχει στη βάση του σωλήνα, ώστε να διατηρείται καθαρός ο άρρωστος και να μην αισθάνεται άσχημα. Ο σωλήνας πρέπει να στερεώνεται με λευκοπλάστ στο σώμα του αρρώστου και να διατηρείται κλειστός με πόμα που αλλάζεται κάθε μέρα.



Εικ. 69 Χορήγηση διεντερικής διατροφής.

14. Πλύση στομάχου

Ο ρινογαστρικός σωλήνας τύπου Levin χρησιμοποιείται και στην πλύση στομάχου, η οποία γίνεται σε περιπτώσεις φαρμακευτικής δηλητηρίασης, γαστροπληγίας.

Η πλύση γίνεται με τη χρήση σύριγγας 60 ml με μεγάλο μπεκ και την εισαγωγή φυσιολογικού ορού, που προηγουμένως έχει αναρροφηθεί στη σύριγγα και την έξοδο του ορού, πάλι με αναρρόφηση με τη σύριγγα και την απόρριψή του σε νεφροειδές. Χαρτοβάμβακο και τετράγωνο νοσηλείας είναι απαραίτητα, όπως, επίσης, ο άρρωστος να βρίσκεται σε ημικαθιστή θέση.

Η διαδικασία αυτή έχει απλοποιηθεί και γίνεται μόνο σε εξαιρετικά επείγουσες περιπτώσεις, όπου υπάρχει ήδη τοποθετημένος ο απλός σωλήνας τύπου Levin. Όταν δεν υπάρχει τέτοιος σωλήνας και απαιτείται να γίνει πλύση στομάχου, επιλέγεται ρινογαστρικός σωλήνας με δύο αυλούς. Ο ένας αυλός χρησιμοποιείται για την εφαρμογή του σάκου συλλογής υγρών και ο άλλος για την εφαρμογή συσκευής διαλύματος φυσιολογικού ορού, ώστε η έγχυση να είναι συνεχής. Το κλειστό αυτό σύστημα δίνει

τη δυνατότητα να εισέρχεται φυσιολογικός ορός στο στομάχι και να εξέρχεται, μαζί με τα υγρά του στομάχου, στο σάκο συλλογής υγρών.

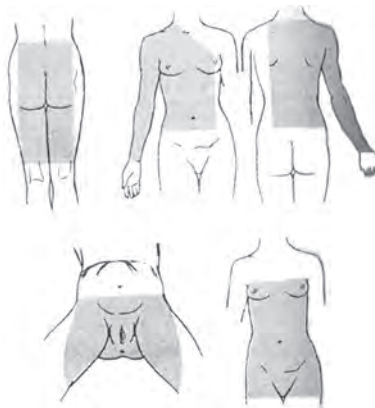
Η διαδικασία και τα υλικά που απαιτούνται κατά την εφαρμογή είναι ίδια με τον απλό ρινογαστρικό σωλήνα τύπου Levin. Απαιτείται, όμως, στενή παρακολούθηση του αρρώστου, με συχνή λήψη ζωτικών σημείων, έλεγχο και μέτρηση εισερχόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

15. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά την Προεγχειρητική και Μετεγχειρητική Φροντίδα

α. Τεχνική ετοιμασία χειρουργικού πεδίου (εικ. 70)

Υλικά που απαιτούνται:

- Μέσα στο δίσκο τοποθετούνται:
 - Τετράγωνο νοσηλείας με αδιάβροχο ή μιας χρήσης.
 - Γάντια μιας χρήσης.
 - Ποδονάρια.
 - Μπολ με σαπουνάδα και χλιαρό νερό.
 - Νεφροειδές ή χάρτινη σακούλα.
 - Ξυριστική μηχανή μιας χρήσης.
 - Γάζες μετρίου μεγέθους και τολύπια.
 - Μπουκαλάκια με οινόπνευμα και βενζίνη.
 - Κουβέρτα νοσηλείας.
 - Ψαλίδι.
 - Λαβίδα αιμοστατική κυρτή.
 - 2 μπολ με χλιαρό νερό.



Εικ. 70 Χειρουργικά πεδία.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία. Τοποθετήστε παραβάν ή κλείστε τις κουρτίνες και απομακρύνετε τους επισκέπτες.
- ⇒ Μεταφέρετε κοντά στο κρεβάτι του αρρώστου τα υλικά που θα χρησιμοποιήσετε, αν είναι τοποθετημένα σε τρόλεϊ. Αν τα έχετε σε δίσκο, ακουμπήστε τα στο κομοδίνο.
- ⇒ Αφήστε ένα μόνο μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι του αρρώστου.
- ⇒ Κατεβάστε το ερεισίνωτο, αν είναι ανασηκωμένο και αν δεν δημιουργεί πρόβλημα στον άρρωστο.
- ⇒ Κατεβάστε ριπιδοειδώς τα κλινოსκεπάσματα και τοποθετήστε την κουβέρτα νοσηλείας ή αφήστε το σεντόνι.
- ⇒ Αφαιρέστε το κάτω μέρος ή και το πάνω της πυτζάμας, ανάλογα με την περίπτωση.
- ⇒ Φορέστε τα ποδονάρια, αν πρόκειται για ετοιμασία της ηβικής χώρας.
- ⇒ Τοποθετήστε το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το σώμα του αρρώστου στο ύψος του εγχειρητικού πεδίου, για να προφυλάξετε τα σεντόνια.
- ⇒ Δώστε στον άρρωστο την κατάλληλη θέση.
- ⇒ Φορέστε τα γάντια.
- ⇒ Αν στην περιοχή υπάρχουν μεγάλες τρίχες, προσπαθήστε να τις κοντύνετε και να τις απομακρύνετε με μια γάζα. Τοποθετήστε τη γάζα με τις τρίχες στο νεφροειδές.
- ⇒ Πάρτε τη λαβίδα και πιάστε μια γάζα. Βυθίστε στο μπουλ με τη σαπουνάδα τη γάζα, στύψτε την στο εσωτερικό του μπουλ και σαπουνίστε με κυκλικές κινήσεις την περιοχή του εγχειρητικού πεδίου πολύ καλά.
- ⇒ Ξυρίστε την περιοχή, τεντώνοντας με το ένα χέρι το δέρμα, για να μην τραυματιστεί. Ξυρίζετε πάντα προς τη φορά των τριχών και όχι αντίθετα. Όταν το ξύρισμα γίνεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, αρχίστε πρώτα από το εφηβαίο, συνεχίστε στις μηροβουβωνικές πτυχές και στην περιοχή του αιδοίου, όταν πρόκειται για γυναίκα άρρωστη. Καλό είναι η νοσηλεία αυτή να γίνεται από νοσηλεύτρια σε γυναίκα και από νοσηλευτή σε άνδρα.
- ⇒ Ξεπλένετε τη μηχανή στο μπουλ με το χλιαρό νερό.
- ⇒ Ξεπλύνετε το δέρμα και στεγνώστε το με το τετράγωνο νοσηλείας.
- ⇒ Καθαρίστε τον ομφαλό με τολύπιο και βενζίνη, αν το εγχειρητικό πεδίο βρίσκεται στην περιοχή της κοιλιάς.
- ⇒ Ελέγξτε για τυχόν τραυματισμό την περιοχή που ξυρίσατε.
- ⇒ Βοηθήστε τον άρρωστο να τακτοποιηθεί στο κρεβάτι του.
- ⇒ Αφαιρέστε τα γάντια σας.

- ⇒ Ανοίγεται τις κουρτίνες ή απομακρύνετε το παραβάν.
- ⇒ Απομακρύνετε από το θάλαμο όλα τα υλικά της νοσηλείας. Πλύνετε τα και τακτοποιήστε τα.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας και ενημερώστε το δελτίο νοσηλείας.

β. Ετοιμασία φορείου

Υλικά που απαιτούνται:

- Φορείο μεταφοράς αρρώστου.
- Κουβέρτα.
- Δύο σεντόνια.
- Καρφίτσες ασφαλείας μέσα σε μπουλάκι.
- Μαξιλάρι.
- Μαξιλαροθήκη.

Διαδικασία:

- ⇒ Βάλτε τα υλικά που θα χρειαστείτε πάνω σε τροχήλατο.
- ⇒ Ακινητοποιήστε το φορείο και στρώστε το σεντόνι στο στρώμα.
- ⇒ Πάρτε το άλλο σεντόνι και ανοίξτε το ανάποδα επάνω στο στρώμα, με το φαρδύτερο στρίψωμα προς την πλευρά του κεφαλιού του αρρώστου.
- ⇒ Πάνω στο σεντόνι τοποθετήστε την κουβέρτα διπλωμένη κατά μήκος στα δύο. Υπολογίστε να μπορέσει να σκεπασθεί καλά ο άρρωστος. Διπλώστε το περίσσιο σεντόνι πάνω στην κουβέρτα, πρώτα κατά μήκος και μετά κατά πλάτος.
- ⇒ Φροντίστε να σχηματισθούν γωνίες στις τέσσερις άκρες του σεντονιού, για να φαίνεται καλύτερο το πάπλωμα, χωρίς περισσεύματα από σεντόνι.
- ⇒ Στερεώστε το σεντόνι στην κουβέρτα με καρφίτσες ασφαλείας και φροντίστε να κλείσουν καλά, για να μην τραυματίσουν τον άρρωστο.
- ⇒ Διπλώστε το πάπλωμα στο κάτω μέρος του φορείου.
- ⇒ Όταν ο καιρός είναι ζεστός, το πάπλωμα αντικαθίσταται από σεντόνι.
- ⇒ Τοποθετήστε, τέλος, το μαξιλάρι ντυμένο με τη μαξιλαροθήκη στο επάνω μέρος του φορείου.

γ. Ετοιμασία αρρώστου για χειρουργείο

Υλικά που απαιτούνται:

- Μέσα σε δίσκο νοσηλείας:
 - Χειρουργικό πουκάμισο.
 - Ποδονάρια.
 - Κάλυμμα κεφαλής μιας χρήσης.
 - Ασετόν και τολύπια από βαμβάκι.
 - Νεφροειδές.

Διαδικασία:

- ⇒ Απομακρύνετε τους επισκέπτες από το θάλαμο και τοποθετήστε παραβάν ή τραβήξτε τις κουρτίνες.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία. Πριν πάει στο χειρουργείο ο άρρωστος, πρέπει να ουρήσει.
- ⇒ Δακτυλίδια και άλλα μικροκοσμήματα πρέπει να αφαιρεθούν. Παραδίνονται στους οικείους του ή στον προϊστάμενο του τμήματος. Ο λόγος που αφαιρούνται είναι για να μη χαθούν και να μην πάθει ο άρρωστος έγκαυμα από τη διαθερμία κατά την εγχείρηση, αν αυτά έλθουν σε επαφή με μεταλλική επιφάνεια. Φουρκέτες και τοιμπιδάκια αφαιρούνται για την πρόληψη τραυματισμού.
- ⇒ Αφαιρέστε τυχόν οδοντοστοιχίες ή πρόσθετα δόντια. Αυτά αφαιρούνται, γιατί κατά την αναισθησία οι μυς χαλώνονται και είναι δυνατόν να μετακινηθούν και να φράξουν την αναπνευστική οδό με σοβαρές συνέπειες. Τοποθετούνται σε ένα ποτήρι με νερό ατομικό και φυλάσσονται στο κομοδίνο του αρρώστου. Φακοί επαφής και γυαλιά αφαιρούνται.
- ⇒ Ελέγξτε τα νύχια των χεριών και των ποδιών και, αν είναι βαμμένα, ξεβάψτε τα με ασετόν. Τα χρησιμοποιημένα τολύπια βάλτε τα στο νεφροειδές.
- ⇒ Αν ο άρρωστος φοράει δακτυλίδια που δεν βγαίνουν, τότε καλύψτε τα με λευκοπλάστ.
- ⇒ Χαμηλώστε το ερεισίνωτο και χαλαρώστε τα σκεπάσματα του αρρώστου. Στη συνέχεια, κατεβάζετε τα σκεπάσματα στο κάτω μέρος του κρεβατιού.
- ⇒ Βοηθήστε τον άρρωστο να αφαιρέσει τα ενδύματά του.
- ⇒ Φορέστε στον άρρωστο το χειρουργικό πουκάμισο, τα ποδονάρια και το κάλυμμα κεφαλής.

- ⇒ Τοποθετήστε ταυτότητα χεριού με το ονοματεπώνυμο του αρρώστου και την κλινική στην οποία βρίσκεται.
- ⇒ Αν υπάρχει επιλογή για προνάρκωση από τον αναισθησιολόγο, αυτή γίνεται μισή με μία ώρα, πριν ξεκινήσει ο άρρωστος για το χειρουργείο.
- ⇒ Συμπληρώστε το προεγχειρητικό δελτίο (έντυπο). Με τη συμπλήρωση του προεγχειρητικού δελτίου γίνεται και έλεγχος της προεγχειρητικής ετοιμασίας. Τον άρρωστο συνοδεύουν στο χειρουργείο ο φάκελος του ιστορικού του, το βιβλιάριο, το προεγχειρητικό δελτίο και τα φάρμακά του, αν έχει.

δ. Ετοιμασία χειρουργικού κρεβατιού

Υλικά που απαιτούνται:

- Χειρουργικό πουκάμισο.
- Πετσέτα προσώπου.
- Μαξιλαροθήκες.
- Κάλυμμα κρεβατιού.
- Σεντόνια για απλό κρεβάτι, αδιάβροχο και ημισέντονο.
- Αδιάβροχο και τετράγωνο κεφαλής.
- Νεφροειδές, κατά προτίμηση πλαστικό.
- Χαρτοβάμβακο ή χαρτομάντηλα.
- Χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα. Κολητική ταινία.
- Ουροσυλλέκτες για άρρωστο με καθετήρα.
- Στήριγμα ουροσυλλέκτη.

Διαδικασία:

- ⇒ Στρώστε το κρεβάτι, όπως το απλό.
- ⇒ Τοποθετήστε το αδιάβροχο κεφαλής και το τετράγωνο στο επάνω μέρος του κρεβατιού και στερεώστε τα κατάλληλα.
- ⇒ Απλώστε το σεντόνι πάνω στο κρεβάτι, χωρίς να το στερεώσετε. Απλώνετε, στη συνέχεια, την κουβέρτα και το κάλυμμα. Αφού γυρίσετε το επάνω μέρος του σεντονιού που περισσεύει στο κάλυμμα, αναδιπλώστε ριπιδοειδώς τα σκεπάσματα προς το πλάγιο ή το κάτω μέρος του κρεβατιού, έτσι ώστε να εξυπηρετήσει την τοποθέτηση του αρρώστου μετά το χειρουργείο.
- ⇒ Τοποθετήστε το μαξιλάρι και ανασηκώστε το ερεισίνωτο, ανάλογα με την περί-

πτωση και εφόσον ο άρρωστος έχει συνέλθει από την αναισθησία και δεν κάνει εμετούς. Σε περίπτωση επισκληρίδιας ή ενδοραχιαίας αναισθησίας, ο άρρωστος τοποθετείται σε ύπτια θέση.

- ⇒ Φροντίστε το δωμάτιο του αρρώστου να είναι καθαρό, ήσυχο και ζεστό.
- ⇒ Ετοιμάστε το κομοδίνο του αρρώστου. Τοποθετήστε την πετσέτα, το χαρτοβάμβako ή τα χαρτομάντιλα, το νεφροειδές και κολλήστε τη χαρτοσακούλα στο πλάι του κομοδίνου.
- ⇒ Απομακρύνετε οτιδήποτε άλλο υπάρχει πάνω στο κομοδίνο.
- ⇒ Εξασφαλίστε κοντά στο κρεβάτι του αρρώστου, ανάλογα με το είδος της επέμβασης, στατό ορό, συσκευή οξυγόνου, αναρροφητήρα και στερεώστε στο κρεβάτι τον ουροσυλλέκτη με το στήριγμά του.

ε. Παραλαβή χειρουργημένου αρρώστου (εικ. 71)

Διαδικασία:

Επιστρέφοντας ο άρρωστος από το χειρουργείο, ο νοσηλευτής του τμήματος φροντίζει τα εξής:

- ⇒ Βοηθά στη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι, με ήπιες και συγχρονισμένες κινήσεις. Χρειάζονται τρία άτομα, απαραίτητα, και τα δύο από αυτά να έχουν μεγάλη μυϊκή δύναμη.
- ⇒ Τακτοποιεί τον άρρωστο στην κατάλληλη θέση, ανάλογα με την επέμβαση που έχει κάνει. Συνήθεις θέσεις που δίνονται στον άρρωστο επιστρέφοντας από το χειρουργείο είναι ύπτια με το κεφάλι γυρισμένο στο πλάι για πρόληψη πνιγμού από εισρόφιση εμεσμάτων. Μένει σε αυτή τη θέση για λίγες ώρες, μέχρι να ανανήψει.
- ⇒ Σκεπάζει καλά τον άρρωστο και ταυτόχρονα απομακρύνει το πάπλωμα του φορείου με το οποίο ήταν σκεπασμένος ο άρρωστος.
- ⇒ Τοποθετεί στο στατό του κρεβατιού τον ορό, τακτοποιεί τις παροχετεύσεις και ελέγχει την κανονική τους ροή.



Εικ. 71 Χειρουργικό κρεβάτι.

- ⇒ Συνδέει τη συσκευή οξυγόνου με τον άρρωστο, αν έχει δοθεί ιατρική εντολή.
- ⇒ Ελέγχει τα ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης.
- ⇒ Ελέγχει το τραύμα για αιμορραγία. Αν αιμορραγεί, βάζονται κόκκινες οι εξωτερικές γάζες.
- ⇒ Φροντίζει να μην κρυώσει ο άρρωστος από ρεύματα αέρα.
- ⇒ Παρακολουθεί τον άρρωστο μήπως παρουσιάσει μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- ⇒ Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να κινεί τα κάτω άκρα.
- ⇒ Τον ανακουφίζει από τον πόνο και ακούει τις ανησυχίες του.
- ⇒ Τοποθετεί κοντά τα χαρτομάντιλα και το κουδούνι.
- ⇒ Διεκπεραιώνει τις ιατρικές οδηγίες.

[illegible]

- ⇒ Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας (εικ. 72) σημειώνοντας:
 - Τα ζωτικά σημεία του αρρώστου.
 - Την ώρα επιστροφής από το χειρουργείο.
 - Τη γενική κατάσταση του αρρώστου.
 - Τον πόνο που παίρνει.
 - Τις παρεχόμενες υπηρεσίες που έχει, καθώς επίσης και αν παίρνει οξυγόνο ή όχι, άλλο σχετικό.
- ⇒ Φροντίζει για την κινητοποίηση του αρρώστου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες που αφορούν στο χρόνο και σύμφωνα με την τεχνική έγερσης του αρρώστου από το κρεβάτι.

Euk. 72

16. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά τη Χορήγηση Φαρμάκων στον Άρρωστο

α. Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος φαρμάκων που περιέχει:
 - Ποτηράκια φαρμάκων ογκομετρημένα.
 - Ποτηράκια μιας χρήσης.
 - Καρτάκια χρωματιστά. (εικ. 73, 74)
 - Φάρμακα των αρρώστων. (εικ. 75)

Διαδικασία:

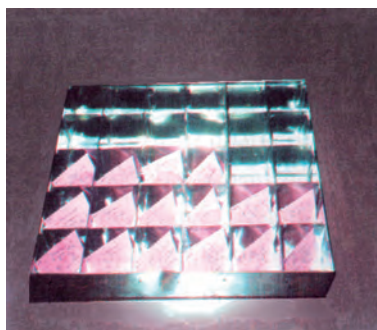
- ⇒ Ετοιμάστε τα φάρμακα του κάθε αρρώστου στο χώρο του τμήματος, όπου βρίσκεται το φαρμακείο. Τοποθετήστε τα στο δίσκο φαρμάκων.
- ⇒ Φροντίστε να μη σας διακόψει κανείς κατά την ετοιμασία των φαρμάκων, για να αποφύγετε τα λάθη.
- ⇒ Πάρτε τα ντοσιέ με τα φύλλα νοσηλείας των αρρώστων και ελέγξτε τα φάρμακα συγκρίνοντας τις κάρτες με τις ιατρικές οδηγίες.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.
- ⇒ Τοποθετήστε τις κάρτες φαρμάκων με τη σειρά των αρρώστων του κάθε θαλάμου. Αν οι κάρτες κάθε αρρώστου είναι περισσότερες από μία, τις διατηρείτε μαζί.
- ⇒ Διαβάστε το κάθε φάρμακο τρεις φορές:
 - Όταν το παίρνετε από το φαρμακείο.
 - Πριν το βάλετε στο ποτηράκι.
 - Πριν το επιστρέψετε στο φαρμακείο.

ΚΑΡΤΑΚΙ ΥΠΟΘΕΤΩΝ	
ΟΝΟΜΑ	.....
ΦΑΡΜ.	.....
ΔΟΣΗ	.....
ΩΡΑ	.....
ΗΜΕΡΟΜ.	.....

Εικ. 73 Καρτάκι υποθέτων.

ΚΑΡΤΑΚΙ ΕΝΕΣΙΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
ΟΝΟΜΑ	.....
ΦΑΡΜ.	.....
ΔΟΣΗ	.....
ΩΡΑ	.....
ΗΜΕΡΟΜ.	.....

Εικ. 74 Καρτάκι ενέσιμων φαρμάκων.



Εικ. 75 Δίσκος φαρμάκων από το στόμα.

⇒ Μην πιάνετε με τα χέρια σας το φάρμακο, αν είναι ταμπλέτα ή κάψουλα. Βάζετε την καθορισμένη δόση κατευθείαν στο ποτηράκι. (εικ. 76).

⇒ Μετρήστε τις σταγόνες σωστά. Τις βάζετε σε ποτηράκι φαρμάκων με λίγο νερό.



Εικ. 76

⇒ Αν το φάρμακο είναι εναιώρημα, ανακινήστε το μπουκάλι, πριν το βάλετε στο ποτηράκι φαρμάκων. Τα μπουκάλια πρέπει να διατηρούνται καθαρά. Φροντίστε να μην λερώσετε τις ετικέτες, να καθαρίζετε καλά τα χείλη του μπουκαλιού και, στο τέλος, να εφαρμόζετε καλά το πώμα.

⇒ Αφού τελειώσετε την ετοιμασία των φαρμάκων, ελέγξτε την ώρα και αρχίστε τη χορήγησή τους στους αρρώστους σας.

⇒ Απομακρύνετε τους επισκέπτες από το θάλαμο.

⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για το είδος, τη δόση και τα αποτελέσματα που θα έχει το φάρμακο που του χορηγείτε.

⇒ Βάλτε στο κομοδίνο του αρρώστου ένα ποτήρι νερό.

⇒ Βεβαιωθείτε για την ταυτότητα του κάθε αρρώστου. Ελέγξτε το όνομά του στην ταυτότητα, που πρέπει να φέρει στο χέρι του, στο διάγραμμά του, αν είναι μέσα στο θάλαμο και, τέλος, καλέστε τον με το όνομά του, για να κάνετε επαλήθευση.

⇒ Κατά τη χορήγηση φαρμάκων σε έναν άρρωστο μην αφήνετε το δίσκο στο τραπέζι του θαλάμου, αλλά σε μέρος όπου μπορείτε να τον ελέγχετε. Υπάρχει κίνδυνος άλλος άρρωστος να πάρει λάθος φάρμακα.

⇒ Τα φάρμακά του ο άρρωστος πρέπει να τα παίρνει μπροστά σας, πριν απομακρυνθείτε από αυτόν. Ο άρρωστος μπορεί να τα συγκεντρώσει και να τα πάρει όλα μαζί ή να τα πετάξει ή να τα δώσει σε άλλον άρρωστο.

⇒ Μην αφήνετε ποτέ φάρμακα στο κομοδίνο του αρρώστου.

⇒ Βοηθήστε τον κλινήρη άρρωστο να πάρει θέση καθιστή ή ημικαθιστή, για να πάρει το φάρμακό του. Έτσι προλαμβάνεται η εισρόφηση και ο πνιγμός.

⇒ Όταν χορηγείτε υπογλώσσια φάρμακα, εξηγήστε στον άρρωστο ότι πρέπει να το τοποθετήσει κάτω από τη γλώσσα. Δεν πρέπει να πει νερό, ούτε να το καταπιεί.

⇒ Αν ο άρρωστος έχει ρινογαστρικό σωλήνα και το φάρμακο είναι ταμπλέτα, θρυμματίστε τη, διαλύστε τη με νερό στο ποτηράκι φαρμάκων και χορηγήστε

τη με σύριγγα, μέσα από το ρινογαστρικό σωλήνα. Με σύριγγα χορηγείτε και τα φάρμακα που είναι σε υγρή μορφή κατευθείαν στο ρινογαστρικό σωλήνα.

- ⇒ Επιστρέψτε το δίσκο φαρμάκων στη θέση του και αφήστε τον καθαρό και τακτοποιημένο. Πλύνετε τα ποτηράκια φαρμάκων.
- ⇒ Αν κάποιο φάρμακο δεν δόθηκε στον άρρωστο, για οποιονδήποτε λόγο, και πρέπει να δοθεί αργότερα, το αφήνετε στο δίσκο.
- ⇒ Ενημερώνετε το φύλλο νοσηλείας ως εξής:
 - Τσεκάρετε τα φάρμακα που χορηγήσατε.
 - Γράφετε γιατί ο άρρωστος δεν πήρε το φάρμακο (ήταν νηστικός για εξέταση, απουσίαζε, αρνήθηκε να το πάρει κ.ά.).
 - Σημειώστε την έναρξη νέων φαρμάκων και ανοίξτε και καρτάκια.
 - Σημειώστε τη διακοπή φαρμάκων.

Η χορήγηση φαρμάκων μπορεί να γίνει και με κινητό φαρμακείο. Αυτό αποτελείται από ένα ντουλάπι που κλειδώνει στο πάνω μέρος. Μέσα στο ντουλάπι υπάρχουν θήκες, όπου τοποθετούνται τα φάρμακα με τη συσκευασία τους και με αλφαβητική σειρά. Υπάρχουν, επίσης, ποτηράκια φαρμάκων ογκομετρημένα και κουταλάκια μιας χρήσης. Στο κάτω μέρος του φαρμακείου τοποθετείται κανάτα με νερό, ποτηράκια μιας χρήσης και χαρτοβάμβακο ή χαρτομάντιλα.

Η χορήγηση φαρμάκων με κινητό φαρμακείο προϋποθέτει να έχετε μαζί σας τα φύλλα νοσηλείας των αρρώστων.

Η ετοιμασία και χορήγηση των φαρμάκων γίνεται μέσα στο θάλαμο του αρρώστου.

β. Τοπική εφαρμογή φαρμάκων

Ενστάλαξη φαρμάκων στο μάτι.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία παθολογικών καταστάσεων του ματιού βρίσκονται σε μορφή κολλυρίων και αλοιφών και χορηγούνται τοπικά. Ο άρρωστος πρέπει όμως να παρακολουθείται για τοπικές αλλά και γενικές αντιδράσεις, γιατί τα φάρμακα αυτά, όπως γνωρίζετε, απορροφούνται και περνούν στη γενική κυκλοφορία του αίματος.

Υλικά που απαιτούνται:



Εικ. 77 Δίσκος ενστάλαξης κολλυρίου.

➤ Δίσκος που περιέχει:

- Κάρτα νοσηλείας.
- Κολλύριο.
- Τολύπια ή γάζες αποστειρωμένες.
- Νεφροειδές.
- Ροδέλες. (εικ. 77)

Διαδικασία:

⇒ Ετοιμάστε το δίσκο και απομακρύνετε τους επισκέπτες από το θάλαμο.

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τον τρόπο χορήγησης του φαρμάκου και ζητήστε τη συνεργασία του.
- ⇒ Δίνετε στον άρρωστο την κατάλληλη θέση (ύπτια ή καθιστή, με το κεφάλι του προς τα πίσω).
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας πριν και μετά τη νοσηλεία.
- ⇒ Καθαρίστε το μάτι, αν υπάρχουν εκκρίσεις, με αποστειρωμένη γάζα ή τολύπιο, ξεχωριστό για κάθε μάτι και για μια μόνο χρήση. Προλαβαίνετε έτσι τη μόλυνση του υγιούς ματιού.
- ⇒ Αν ο άρρωστος έχει χειρουργηθεί και έχει καλυμμένα τα μάτια του, τον πλησιάζουμε ήρεμα και του μιλάμε με το όνομά του. Κατόπιν τον βοηθάμε να ξαπλώσει.
- ⇒ Βεβαιωθείτε ότι είναι ο σωστός άρρωστος. Κάντε τον έλεγχο της ταυτότητάς του και τον έλεγχο του φαρμάκου, όπως γνωρίσατε στην προηγούμενη νοσηλεία (χορήγηση φαρμάκων από το στόμα).
- ⇒ Προσέξτε στις οδηγίες αν το κολλύριο πρέπει να μπει σε ένα από τα δύο μάτια.
- ⇒ Πάρτε με το ένα σας χέρι το κολλύριο, αφού το ανοίξετε και με το άλλο ένα τολύπιο. Κρατήστε το τολύπιο στο κάτω βλέφαρο, για να απορροφήσει το φάρμακο, που πιθανόν θα πέσει έξω και με το δείκτη τραβήξτε το ελαφρά προς τα κάτω για τη σωστή τοποθέτηση του κολλυρίου. Κατά την ώρα της εφαρμογής του κολλυρίου, λέμε στον άρρωστο να κοιτάζει προς τα πάνω.
- ⇒ Κρατήστε το μπουκαλάκι σε απόσταση 2-5 εκ. από τον επιπεφυκότα και ακουμπήστε το χέρι σας, για να είναι πιο σταθερό, στο μέτωπο του αρρώστου. Προσέξτε να μην ακουμπήσει η άκρη του σταγονόμετρου στο μάτι, γιατί θα μολυνθεί. Κάντε

την ενστάλαξη. Προσοχή, μην ενσταλάξετε το φάρμακο στον κερατοειδή, γιατί ερεθίζεται εύκολα.

- ⇒ Εξηγήστε στον άρρωστο να μείνει για λίγα λεπτά στη θέση του και να ανοιγοκλείνει το μάτι του και στη συνέχεια να το κλείσει απαλά.
- ⇒ Ασκείτε πίεση στο κάτω μέρος του έσω κανθού, για να παρεμποδίσετε την είσοδο του φαρμάκου από τον δακρυϊκό πόρο στη μύτη και, κατά συνέπεια, την απορρόφησή του από τον οργανισμό.
- ⇒ Στη συνέχεια σκουπίστε με τολύπιο απαλά, από τον έσω προς τον έξω κανθό, το φάρμακο που τυχόν έτρεξε έξω.
- ⇒ Σε μετεγχειρητικό άρρωστο καλύψτε πάλι το μάτι με ροδέλα και υποαλλεργικό λευκοπλάστ.
- ⇒ Καλύψτε το κολλύριο.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση και βεβαιωθείτε ότι δεν χρειάζεται τίποτε άλλο.
- ⇒ Φροντίστε το δίσκο ενσταλάξεων, ώστε να μείνει καθαρός.
- ⇒ Ενημερώστε το δελτίο νοσηλείας.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

- α) Δεν γίνεται ενστάλαξη κολλυρίου σε άρρωστο που έχει φακούς επαφής.
- β) Τα κολλύρια και οι αλοιφές των ματιών πρέπει να είναι ατομικά του κάθε αρρώστου, για να προληφθεί η περίπτωση μόλυνσης.
- γ) Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται κατά τη χορήγηση μυδριατικών και μυωτικών φαρμάκων, επειδή η απροσεξία έχει σοβαρές επιπτώσεις στην όραση.

Τοποθέτηση αλοιφής στο μάτι.

Διαδικασία:

Η διαδικασία είναι περίπου η ίδια με την ενστάλαξη κολλυρίου στο μάτι.

- ⇒ Τοποθετήστε την αλοιφή κατά μήκος της εσωτερικής επιφάνειας του κάτω βλεφάρου, πιέζοντας το σωληνάριο με περιστροφική κίνηση και αρχίζοντας από τον έσω προς τον έξω κανθό. Αποφύγετε την επαφή του σωληναρίου με το μάτι.
- ⇒ Πείτε στον άρρωστο να ανοιγοκλείσει μερικές φορές το μάτι, για να απλωθεί η αλοιφή ομοιόμορφα.
- ⇒ Η αλοιφή προκαλεί προσωρινό θάμπωμα στο μάτι. Ενημερώστε γι' αυτό τον άρρωστο, ώστε να μην ανησυχήσει.

Ενστάλαξη φαρμάκου στη μύτη.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τοπική εφαρμογή στη μύτη είναι σε μορφή σταγόνων, αλοιφών και αεροζόλης.

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος νοσηλείας που περιέχει:
 - Φάρμακο σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
 - Τολύπα ή γάζες αποστειρωμένες.
 - Νεφροειδές.
 - Κάρτα νοσηλείας.

Διαδικασία:

- ⇒ Ετοιμάστε το δίσκο με όλα τα απαραίτητα και απομακρύνετε το επισκεπτήριο από το θάλαμο.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία. Η ενστάλαξη του φαρμάκου στη μύτη κάνει τον άρρωστο να αισθανθεί τη δυσάρεστη γεύση του φαρμάκου. Αυτό συμβαίνει, γιατί το φάρμακο περνάει, μέσα από το ρινοφάρυγγα, στο στόμα.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε ύπτια θέση με ένα μαξιλάρι στον αυχένα και την ωμοπλάτη ή καθιστή με το κεφάλι προς τα πίσω.
- ⇒ Βεβαιωθείτε ότι είναι ο σωστός άρρωστος.
- ⇒ Κάντε τον έλεγχο του φαρμάκου.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας πριν και μετά τη νοσηλεία.
- ⇒ Πιέζετε το άκρο της μύτης προς τα πίσω, με τον άρρωστο σε καθιστή θέση, για τη διευκόλυνση της εισαγωγής του φαρμάκου.
- ⇒ Κρατήστε το μπουκαλάκι στο χέρι, αφού το ανοίξετε, και σε μικρή απόσταση από το ρουθούνι. Πιέστε το μπουκαλάκι, για να κάνετε την ενστάλαξη.
- ⇒ Πείτε στον άρρωστο κατά την ενστάλαξη να αναπνέει από το στόμα και να παραμείνει στη θέση αυτή για λίγα λεπτά.
- ⇒ Σκουπίστε τυχόν σταγόνες που έπεσαν έξω με μια γάζα ή ένα τολύπιο.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.
- ⇒ Απομακρύνετε και τακτοποιήστε τα υλικά που χρησιμοποιήσατε.
- ⇒ Ενημερώστε το δελτίο νοσηλείας.

Ενστάλαξη φαρμάκων στο αυτί.**Υλικά που απαιτούνται:**

- Δίσκος νοσηλείας που περιέχει:
 - Φάρμακο σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
 - Τολύπια ή γάζες αποστειρωμένες.
 - Νεφροειδές.
 - Κάρτα νοσηλείας.

Διαδικασία:

- ⇒ Ετοιμάστε τα υλικά στο δίσκο νοσηλείας και απομακρύνετε τους επισκέπτες από το θάλαμο του αρρώστου.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τον τρόπο και το σκοπό της νοσηλείας.
- ⇒ Βεβαιωθείτε ότι είναι ο σωστός άρρωστος.
- ⇒ Ελέγξτε το φάρμακο αν συμφωνεί με τις ιατρικές οδηγίες.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε πλάγια θέση.
- ⇒ Φροντίστε το διάλυμα να έχει τη θερμοκρασία του σώματος. Η μεγάλη διαφορά θερμοκρασίας προκαλεί ερεθισμό.
- ⇒ Το φάρμακο θερμαίνεται περιστρέφοντας το φιαλίδιο ανάμεσα στις δύο παλάμες.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας πριν και μετά τη νοσηλεία.
- ⇒ Τραβήξτε το περύγιο του αυτιού προς τα έξω και πάνω, για να ευθείασετε τον έξω ακουστικό πόρο και κάντε την ενστάλαξη του φαρμάκου. Προσοχή, η ενστάλαξη να γίνει στο σωστό αυτί.
- ⇒ Πείτε στον άρρωστο να μείνει στη θέση αυτή για λίγα λεπτά. Απορροφάται καλύτερα το φάρμακο.
- ⇒ Σκουπίστε με ένα τολύπιο ή γάζα τυχόν σταγόνες που έπεσαν έξω, για να προλάβετε ερεθισμό του δέρματος.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.
- ⇒ Τακτοποιήστε το δίσκο νοσηλείας με το οποίο χορηγήσατε το φάρμακο.
- ⇒ Ενημερώστε το φύλλο νοσηλείας.

γ. Χορήγηση φαρμάκου με εισπνοές

Φάρμακα που χορηγούνται με εισπνοές είναι τα βρογχοδιασταλτικά, τα αντιβιοτικά, τα σπασμολυτικά και φάρμακα για τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων.

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος που περιέχει:
 - Φάρμακο σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
 - Φυσιολογικό ορό σε σύριγγα.
 - Ειδική μάσκα αεροζόλ με ομιχλοποιητή.
 - Παροχή οξυγόνου.
 - Κάρτα νοσηλείας.

Διαδικασία:

- ⇒ Ετοιμάστε το δίσκο και απομακρύνετε τους επισκέπτες από το θάλαμο του αρρώστου.
- ⇒ Βεβαιωθείτε ότι είναι ο σωστός άρρωστος.
- ⇒ Ελέγξτε το φάρμακο αν συμφωνεί με την ιατρική οδηγία.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία της νοσηλείας και για το αποτέλεσμα της χρήσης του φαρμάκου.
- ⇒ Βάλτε στον ομιχλοποιητή το φάρμακο με το φυσιολογικό ορό.
- ⇒ Συνδέστε τη μάσκα με την παροχή οξυγόνου.
- ⇒ Ανοίξτε το ροόμετρο στα 5 lit.
- ⇒ Εφαρμόστε καλά τη μάσκα στο πρόσωπο του αρρώστου. Η μάσκα πρέπει να καλύπτει τη μύτη και το στόμα και λέμε στον άρρωστο να αναπνέει από το στόμα.
- ⇒ Όταν τελειώσει η χορήγηση του φαρμάκου με ομιχλοποίηση, κλείστε την παροχή οξυγόνου, βγάλτε τη μάσκα από το πρόσωπο του αρρώστου και κρεμάστε την.
- ⇒ Σκουπίστε το πρόσωπο του αρρώστου με την πετσέτα του.
- ⇒ Αν η μάσκα είναι λερωμένη, καθαρίζετε.
- ⇒ Φροντίστε πάντα την καθαριότητα της μύτης και του στόματος.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση και βεβαιωθείτε ότι δεν χρειάζεται κάτι άλλο.
- ⇒ Τακτοποιήστε τα υλικά που χρησιμοποιήσατε και φροντίστε το δίσκο νοσηλείας.
- ⇒ Ενημερώστε το φύλλο νοσηλείας του αρρώστου.

δ. Τοποθέτηση φαρμάκου στο δέρμα

Στο δέρμα τοποθετούνται φάρμακα αντιβιοτικά, κορτιζονούχα, αγγειοδιασταλτικά,

τοπικά αναισθητικά κ.ά., σε μορφή αλοιφών, διαλυμάτων, σκονών και αυτοκόλλητων δισκίων.

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος νοσηλείας που περιέχει:
 - Φάρμακο σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
 - Γάντια μιας χρήσης.
 - Γάζες ή σπάτουλες μιας χρήσης.

Διαδικασία:

- ⇒ Ετοιμάστε το δίσκο με όλα τα απαραίτητα υλικά και απομακρύνετε το επισκεπτήριο από το θάλαμο.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία.
- ⇒ Βεβαιωθείτε ότι είναι ο σωστός άρρωστος.
- ⇒ Ελέγξτε αν το φάρμακο είναι αυτό που πρέπει να χορηγήσετε στον άρρωστο.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο στην κατάλληλη θέση, ανάλογα με την περιοχή που θα εφαρμόσετε το φάρμακο.
- ⇒ Φορέστε γάντια, αν η αλοιφή ή το διάλυμα είναι ερεθιστικό.
- ⇒ Τοποθετήστε την αλοιφή ή το διάλυμα, με γάζα ή σπάτουλα, σε στεγνό και καθαρό δέρμα.
- ⇒ Προστατέψτε τα ρούχα του αρρώστου, γιατί ορισμένα φάρμακα αφήνουν λεκέδες.
- ⇒ Αν η αλοιφή ή το διάλυμα πρέπει να τοποθετηθεί σε τραύμα, τότε εφαρμόστε άσηπτη τεχνική.
- ⇒ Αφήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση που επιθυμεί.
- ⇒ Τακτοποιήστε τα υλικά που χρησιμοποιήσατε.
- ⇒ Ενημερώστε το δελτίο νοσηλείας.

ε. Χορήγηση υπόθετου από τον κόλπο

Τα υπόθετα από τον κόλπο χορηγούνται για αντισηψία, σε φλεγμονώδεις καταστάσεις του κόλπου κ.ά.

Υλικά που απαιτούνται:



Εικ. 78 Χορήγηση υποθέτου από τον κόλπο.

➤ Δίσκος νοσηλείας που περιέχει:

- Υπόθετο σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
- Κάρτα νοσηλείας.
- Νεφροειδές.
- Γάντια μιας χρήσης.
- Τολύπια.
- Βαζελίνη.
- Τετράγωνο μιας χρήσης.
- Χαρτοβάμβακο. (εικ. 78)

Διαδικασία:

- ⇒ Ετοιμάστε τα υλικά που θα χρειαστείτε, απομακρύνετε το επισκεπτήριο και απομονώστε την άρρωση με παραβάν.
- ⇒ Ενημερώστε την άρρωση για το είδος αυτής της νοσηλείας και το αποτέλεσμα της.
- ⇒ Βεβαιωθείτε ότι είναι η σωστή άρρωση.
- ⇒ Κάνετε έλεγχο του φαρμάκου, για να είστε πιο ασφαλής.
- ⇒ Ζητήστε από την άρρωση να κατεβάσει την πυζάμα της.
- ⇒ Αν υπάρχουν εκκρίσεις από τον κόλπο, πρέπει να προηγηθεί τοπική καθαριότητα.
- ⇒ Συστήστε στην άρρωση να ουρήσει πρώτα.
- ⇒ Τοποθετήστε κάτω από τους γλουτούς και πάνω στο κρεβάτι το τετράγωνο μιας χρήσης.
- ⇒ Για τη χορήγηση κολπικού υπόθετου, χρησιμοποιείται η γυναικολογική θέση.
- ⇒ Φορέστε τα γάντια σας.
- ⇒ Ανοίξτε τη ζελατίνη του υπόθετου και επαλείψτε με βαζελίνη το άκρο. Έτσι γλιστράει πιο εύκολα το υπόθετο και αποφεύγεται ο τραυματισμός του βλεννογόνου του κόλπου.
- ⇒ Συστήνετε στην άρρωση να παίρνει βαθιές αναπνοές και να μη σφίγγεται. Με ήπιες κινήσεις σπρώχνετε το υπόθετο με το δείκτη του χεριού σας βαθιά κατά μήκος του κόλπου.
- ⇒ Βγάλτε τα γάντια και αφήστε τα στο νεφροειδές.

- ⇒ Αφαιρέστε το τετράγωνο μιας χρήσης.
- ⇒ Αφήστε την άρρωστη καθαρή και σε αναπαυτική θέση, με το διακόπτη του κουδουνιού κοντά της, για να μας καλέσει σε περίπτωση που θα μας χρειαστεί.
- ⇒ Απομακρύνετε το παραβάν.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.
- ⇒ Ενημερώστε το δελτίο νοσηλείας.
- ⇒ Φροντίστε τα αντικείμενα που χρησιμοποιήσατε.

στ. Παρεντερική χορήγηση φαρμάκων και υγρών

Διάλυση φαρμάκων για ένεση.

Υλικά που απαιτούνται:

- Ο δίσκος ενέσεων περιλαμβάνει: (εικ. 79)
 - Σύριγγες μιας χρήσης σε διάφορα μεγέθη.
 - Βελόνες μιας χρήσης.
 - Τολύπα σε βαζάκι.
 - Οινόπνευμα.
 - Νεφροειδές ή χάρτινη σακούλα.
 - Μαχαιρίδια σε ποτηράκι για το κόψιμο αμπούλας.
 - Ειδικό δοχείο για την απόρριψη των χρησιμοποιηθεισών βελονών.
 - Το φάρμακο, σε αμπούλα ή φιαλίδιο (φλακόν).
 - Το φυσιολογικό ορό ή τον ειδικό διαλύτη.



Εικ. 79 Δίσκος ενέσιμων φαρμάκων.

Διαδικασία:

- Ακολουθήστε τις βασικές αρχές χορήγησης φαρμάκων.
- ⇒ Τοποθετήστε τις κάρτες των φαρμάκων κατά θάλαμο και αριθμό κρεβατιού. Αν οι κάρτες του αρρώστου είναι περισσότερες από μία, τις βάζετε μαζί.
- ⇒ Ελέγξτε τα φάρμακα με το γνωστό τρόπο.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για την τεχνική της ένεσης. Έτσι θα συνεργαστεί καλύτερα μαζί σας.
- ⇒ Δώστε στον άρρωστο την κατάλληλη θέση.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.

- ⇒ Ετοιμάστε αποστειρωμένη σύριγγα με βελόνα. Ανοίξτε το σακουλάκι που περιέχει τη σύριγγα από την άκρη που έχει διακεκομμένη γραμμή, πιάστε το έμβολο με προσοχή και εφαρμόστε στο μπεκ τη βελόνα. Ελέγξτε τη δυνατότητα της σύριγγας, μετακινώντας το έμβολο εμπρός-πίσω.
- ⇒ Πάρτε την αμπούλα με το δείκτη και τον αντίχειρα, κρατώντας την από το επάνω μέρος και, αν το τμήμα πάνω από τον αυχένα της έχει φάρμακο, χτυπήστε το με το δάκτυλό σας, έτσι ώστε να χορηγηθεί η ακριβής δόση του φαρμάκου.
- ⇒ Κάντε αντισηψία στον αυχένα της αμπούλας και στο μαχαιρίδιο, με τολύπιο βρεγμένο με οινόπνευμα. Το τολύπιο με οινόπνευμα, εκτός από το ότι προστατεύει το φάρμακο από μόλυνση, προστατεύει και τα χέρια σας από το γυαλί της αμπούλας.
- ⇒ Πάρτε στη συνέχεια στεγνό τολύπιο και κρατήστε την αμπούλα.
- ⇒ Χαρακώστε τον αυχένα της αμπούλας με το μαχαιρίδιο και σπάστε το επάνω μέρος της, προσέχοντας να μην πέσουν γυαλιά στο περιεχόμενο της αμπούλας. Αν ο αυχένας της φύσιγγας έχει ασπροδακτύλιο, τότε δεν χρειάζεται το μαχαιρίδιο για το άνοιγμα.
- ⇒ Πετάζετε την αμπούλα, αν διαπιστώσετε ότι έπεσαν μέσα γυαλιά.
- ⇒ Πιάστε με το ένα χέρι την αμπούλα, ανάμεσα στο δείκτη και το μέσο δάκτυλο και με το άλλο σας χέρι κρατάτε τη σύριγγα. Στηρίζοντας τη βελόνα στο σημείο της ένεσης με το μπεκ, με το δείκτη σας, βάλτε τη βελόνα μέσα στην αμπούλα χωρίς να ακουμπήσετε τα τοιχώματά της. Στη συνέχεια, στηρίζετε τη βελόνα στο σημείο του μπεκ με το δείκτη και το μέσο δάκτυλο του ενός χεριού, ενώ εξακολουθείτε να κρατάτε την αμπούλα και με τον αντίχειρα και το μέσο δάκτυλο του άλλου χεριού πιάνετε το έμβολο της σύριγγας και πιέζοντας με το δείκτη του χεριού εξωτερικά της σύριγγας αναρροφάτε το περιεχόμενο της αμπούλας, τραβώντας το έμβολο προς τα έξω, χωρίς να το αγγίζετε.
- ⇒ Μην αναρροφάτε αέρα και μην βγάξετε τη βελόνα από την αμπούλα, πριν πάρετε όλο το περιεχόμενο.
- ⇒ Προσοχή, όταν απομακρύνετε τη βελόνα από την αμπούλα, φροντίστε να μην ακουμπήσει στα τοιχώματά της.
- ⇒ Αν έχει μπει αέρας στη σύριγγα, πρέπει να τον αφαιρέσετε με τον εξής τρόπο: Κρατήστε τη σύριγγα κάθετα, με τη βελόνα προς τα πάνω. Με το ένα σας χέρι κρατάτε το σώμα της σύριγγας εξωτερικά, ενώ στηρίζετε με το δείκτη του ίδιου χεριού το μπεκ της βελόνας. Με το άλλο σας χέρι κάντε αναρρόφηση και στη

συνέχεια σπρώχνετε το έμβολο προς τα έξω, για να βγει όλος ο αέρας, χωρίς να χαθεί καθόλου υγρό.

- ⇒ Αν θελήσετε να διαλύσετε φάρμακο που είναι σε αμπούλα, ενίετε το διαλύτη που αναρροφήσατε στην αμπούλα με το φάρμακο και ξαναπαίρνετε όλο το περιεχόμενο στη σύριγγα, ακολουθώντας τη διαδικασία που αναφέραμε παραπάνω.
- ⇒ Καλύψτε τη βελόνα με το πλαστικό κάλυμμα πλησιάζοντας σε γωνία και όχι στην ίδια ευθεία, για να μην τρυπηθείτε. Το φάρμακο είναι έτοιμο, για να ενεθεί στον άρρωστο.
- ⇒ Αν το προς διάλυση φάρμακο είναι σε φλακόν, τότε αφαιρέστε το προστατευτικό κάλυμμα του πώματος και κάντε καλή αντισηψία με τολύπιο και οινόπνευμα.
- ⇒ Αναρροφήστε την ποσότητα του διαλυτικού μέσου που χρειάζεται, με τον εξής τρόπο:
- ⇒ Τρυπήστε με τη βελόνα το ελαστικό πώμα στο κέντρο και πιέστε το έμβολο της σύριγγας, για να αδειάστε το υγρό μέσα στο φλακόν.
- ⇒ Αφού αδειάσετε το περιεχόμενο της σύριγγας, αφαιρέστε την μαζί με τη βελόνα από το φιαλίδιο και καλύψτε τη βελόνα με το κάλυμμά της.
- ⇒ Ανακινήστε το φιαλίδιο, μέχρι να διαλυθεί τελείως το φάρμακο. Η διάλυση του φαρμάκου πρέπει να είναι πλήρης.
- ⇒ Αφαιρέστε στη συνέχεια το κάλυμμα της βελόνας, αναρροφήστε μέσα στη σύριγγα τόση ποσότητα αέρα όσο είναι και η ποσότητα του διαλυμένου φαρμάκου.
- ⇒ Βάζετε τη βελόνα της σύριγγας στο φιαλίδιο και σπρώχνετε τον αέρα μέσα σ' αυτό. Αναστρέφεται το φιαλίδιο, με τον τρόπο που αναφέραμε και στην αναρρόφηση από αμπούλα, αφού προηγουμένως φέρετε την άκρη της βελόνας στην εσωτερική επιφάνεια του πώματος του φιαλιδίου.
- ⇒ Βεβαιωθείτε ότι αναρροφήσατε όλο το φάρμακο.
- ⇒ Μόλις αφαιρέσετε τη βελόνα από το φιαλίδιο, αφαιρέστε τυχόν αέρα από τη σύριγγα και καλύψτε τη βελόνα με το κάλυμμά της.
- ⇒ Αλλάξτε τη βελόνα πριν κάνετε την ένεση στον άρρωστο. Το φάρμακο είναι έτοιμο, για να ενεθεί.

(εικ. 80)



(εικ. 80)

Ενδομυϊκή ένεση.

Διαδικασία:

- ⇒ Όσα φάρμακα είναι μέσα σε φλακόν, μπορείτε να τα διαλύσετε, πριν πάτε στον άρρωστο, αλλά ποτέ δεν θα τα αναρροφήσετε έξω από το θάλαμο του αρρώστου.
- ⇒ Βεβαιωθείτε ότι είναι ο σωστός άρρωστος και θα πάρει το σωστό φάρμακο.
- ⇒ Ψηλαφίστε τον μυ στο σημείο που καθορίσατε να γίνει η ένεση με το δείκτη και τον παράμεσο του χεριού σας. Ελέγχετε να μην υπάρχουν σκληρίες. Η εφαρμογή της ένεσης σε περιοχή με σκληρίες δεν απορροφάται σωστά και, επιπλέον, ο άρρωστος πονάει.
- ⇒ Η κατάλληλη θέση, όταν η ένεση γίνεται στους γλουτούς, είναι η πριηνής ή η πλάγια.
- ⇒ Κάντε καλή αντισηψία της περιοχής για την πρόληψη της μόλυνσης.
- ⇒ Πιάνετε τον μυ με το χέρι και τεντώνετε το δέρμα στο σημείο της ένεσης, με τον αντίχειρα, το δείκτη και τον παράμεσο. Πείτε στον άρρωστο να πάρει βαθιές αναπνοές και να χαλαρώσει. Εισάγετε τη βελόνα κάθετα (σε γωνία 90°) και βαθιά, με σταθερή και γρήγορη κίνηση.
- ⇒ Αφήνεται τμήμα της βελόνας έξω από το σώμα του αρρώστου, έτσι ώστε, αν συμβεί ατύχημα, π.χ. σπάσιμο της βελόνας, να υπάρχει η δυνατότητα αφαίρεσής της εύκολα.
- ⇒ Τραβώντας το έμβολο προς τα έξω αναρροφάτε, για να ελέγξετε τη θέση της βελόνας, μήπως τρυπήσατε κάποιο αιμοφόρο αγγείο. Αν διαπιστώσετε παρουσία αίματος στη σύριγγα, τότε τη μετακινείτε ή την αφαιρείτε και της αλλάζετε θέση. Επαναλαμβάνετε την αναρρόφηση και, αφού σιγουρευτείτε, τότε ενίετε το φάρμακο.
- ⇒ Ενέστε το φάρμακο με αργό ρυθμό, μέχρι να αδειάσει η σύριγγα. Κατόπιν ασκείτε μικρή πίεση στο δέρμα κοντά στη σύριγγα, με το τολύπιο, και αφαιρείτε τη βελόνα με γρήγορη κίνηση. Συνεχίστε να πιέζετε για λίγο το σημείο της ένεσης με το τολύπιο για τυχόν αιμορραγία. Με την πίεση και μια ελαφρά μάλαξη, τοπικά, διευκολύνετε την απορρόφηση του φαρμάκου και προλαμβάνετε το αιμάτωμα.
- ⇒ Μη βάζετε τη βελόνα πάλι μέσα στη θήκη της μετά τη χρήση, αλλά πετάζετε την στο ειδικό δοχείο. Έτσι αποφεύγετε την πιθανότητα να τρυπηθείτε, με κίνδυνο να μολυνθείτε.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.

- ⇒ Φροντίστε για την ασφάλεια και την άνεση του αρρώστου, την ενημέρωση του δελτίου νοσηλείας και την τακτοποίηση των υλικών που χρησιμοποιήσατε, όπως και στη χορήγηση φαρμάκων από το στόμα.
- ⇒ Αν ο άρρωστος χρειάζεται παρακολούθηση, το τηρείτε.

Υποδόρια ένεση.

Με υποδόρια ένεση χορηγούνται μικρές ποσότητες φαρμάκων, 1-2 cc συνήθως, γι' αυτό και οι σύριγγες που χρησιμοποιούνται είναι μικρότερες. Η συνήθης ανατομική θέση είναι ο δελτοειδής μυς. Προσφέρονται, επίσης, ο μηρός και οι κοιλιακοί μύες. Οι περιοχές αυτές χρησιμοποιούνται περισσότερο από ινσουλινοεξαρτώμενους αρρώστους με κυκλικό τρόπο, για την πρόληψη λιποδυστροφίας.

Διαδικασία:

- ⇒ Ξεκινήστε να εργάζεσθε, όπως στην ενδομυϊκή ένεση.
- ⇒ Αν η ένεση γίνει στο δελτοειδή μυ, η θέση που θα έχει ο άρρωστος είναι η καθιστή ή η ημικαθιστή ή η ύπτια.
- ⇒ Αποκαλύψτε την περιοχή στην οποία πρόκειται να ενέσετε το φάρμακο και ψηλαφίστε την. Εφαρμόστε αντισηψία και συνεχίστε όπως στην ενδομυϊκή ένεση.
- ⇒ Πιάνετε με τον αντίχειρα και το δείκτη του ενός χεριού το δέρμα με το υποδόριο και το ανασηκώνετε λίγο. Με το άλλο σας χέρι κρατάτε τη σύριγγα και στηρίζοντας ταυτόχρονα τη βελόνα με το δείκτη, πλησιάζετε και πιέζετε με γρήγορη κίνηση τη βελόνα στον υποδόριο ιστό, σε γωνία 45°, φροντίζοντας να μείνει λίγο τμήμα της βελόνας έξω, για τυχόν ατυχήματα.
- ⇒ Συνεχίστε τη διαδικασία, όπως στην ενδομυϊκή ένεση.

Η τακτοποίηση των υλικών που χρησιμοποιήθηκαν, η ασφάλεια του αρρώστου και η ενημέρωση του δελτίου νοσηλείας ισχύουν, όπως και κατά τη χορήγηση φαρμάκων από το στόμα.

Ενδοδερμική ένεση.

Οι πιο συνηθισμένες θέσεις είναι η έσω επιφάνεια του αντιβραχίου και η πάνω περιοχή της ράχης.

- ⇒ Ετοιμάστε όλα τα απαιτούμενα υλικά.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία.

- ⇒ Ακολουθήστε τις βασικές αρχές χορήγησης φαρμάκων.
- ⇒ Στην ενδοδερμική ένεση ενίεται μικρή ποσότητα φαρμάκου, η οποία σχηματίζει μικρό, λευκό έπαρμα στο δέρμα, στο σημείο της ένεσης. Ενδοδερμικά γίνονται συνήθως διάφορα διαγνωστικά tests. Χρησιμοποιήστε σύριγγα mantoux ή σύριγγα ινσουλίνης και λεπτή, μικρή βελόνα, μήκους 1 εκ. Η ενδοδερμική ένεση γίνεται με γωνία 10-15°, παράλληλα σχεδόν με το δέρμα. Οι ενδοδερμικές ενέσεις γίνονται από γιατρό ή από ειδικευμένους νοσηλευτές.
- ⇒ Συνεχίστε τη διαδικασία, όπως και στην ενδομυϊκή ένεση.

Ενδοφλέβια ένεση φαρμάκου ή ορού.



Εικ. 81 Φλεβοκαθετήρες.



Εικ. 82 Συσκευές ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών.



Εικ. 83

Υλικά που απαιτούνται:

- Ο δίσκος νοσηλείας με τα εξής:
 - Αντισηπτική διάλυση.
 - Λαστιχάκι περίδεσης ή ελαστική ταινία (tourniquet).
 - Αποστειρωμένες γάζες.
 - Φλεβοκαθετήρες, πεταλούδες. (εικ. 81)
 - Σύριγγες των 10 ή 20 ml, ανάλογα με το σκοπό που θα χρησιμοποιηθούν.
 - Συσκευές ορού 3 way. (εικ. 82, 83)
 - Ορός ή φάρμακα, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
 - Λευκοπλάστ, ψαλίδι, νεφροειδές.
 - Τολύπια.
 - Τετράγωνο αδιάβροχο μιας χρήσης.
 - Νάρθηκας, αν χρειασθεί.
 - Στατό. Τροχήλατο νοσηλείας (εικ. 84)

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία και το σκοπό αυτής.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε αναπauτική θέση και αφαιρέστε το μανίκι της πυτζάμας.
- ⇒ Τοποθετείτε το άκρο του αρρώστου σε

επίπεδη επιφάνεια και σε έκταση.

- ⇒ Βάζετε το αδιάβροχο κάτω από το σημείο που πρόκειται να γίνει η φλεβοκέντηση.
- ⇒ Επιλέξτε τη φλέβα που θα παρακεντηθεί και ελέγξτε την καταλληλότητά της.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.
- ⇒ Δέστε το λαστιχάκι περιδέσης πιο πάνω από το σημείο της φλεβοκέντησης, ώστε να μη δεθεί κόμπος. (εικ. 85). Με αυτόν τον τρόπο εμποδίζεται η επιστροφή του αίματος στην καρδιά και διογκώνεται η φλέβα. Αν ο καθορισμός της φλέβας καθυστερεί, λύστε το λαστιχάκι και ξαναδέστε το.
- ⇒ Πείτε στον άρρωστο να ανοιγοκλείσει μερικές φορές το χέρι του και στη συνέχεια να το κρατήσει κλειστό.
- ⇒ Ψηλαφίστε τη φλέβα με το δείκτη. Αν δεν ψηλαφιέται, τότε χτυπήστε ελαφρά στο σημείο της φλέβας με την παλάμη σας.
- ⇒ Καθαρίστε το δέρμα καλά με αντισηπτική διάλυση και αφήστε το να στεγνώσει ή το στεγνώνετε με μια αποστειρωμένη γάζα.
- ⇒ Με το ένα σας χέρι ακινητοποιήστε το χέρι του αρρώστου περιφερικά από το σημείο της φλεβοκέντησης. Συγχρόνως τεντώστε το δέρμα προς τα κάτω, για να εξασφαλίσετε λεία επιφάνεια και να είναι εύκολη η εισαγωγή του φλεβοκαθετήρα.
- ⇒ Με το άλλο σας χέρι κρατήστε το φλεβοκαθετήρα σε γωνία 45° κατά μήκος του τοιχώματος της φλέβας που θέλετε να παρακεντήσετε.
- ⇒ Μόλις τρυπήσετε τη φλέβα, μειώστε τη γωνία του φλεβοκαθετήρα, έτσι ώστε να είναι παράλληλη με το δέρμα. Σπρώξτε το φλεβοκαθετήρα στη φλέβα προχωρώντας σιγά-σιγά. Το λοξό αιχμηρό σημείο του φλεβοκαθετήρα πρέπει να είναι προς τα επάνω, γιατί έτσι διευκολύνεται η είσοδός του.
- ⇒ Αμέσως μετά την εισαγωγή του φλεβοκαθετήρα στη φλέβα, εμφανίζεται αίμα στο άκρο του φλεβοκαθετήρα.
- ⇒ Βγάλτε το λαστιχάκι περιδέσης. (εικ. 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92)



Εικ. 84 Τροχήλατο νοσηλείας.



Εικ. 85 Περιδέση για φλεβοκέντηση.



Εικ. 86



- ⇒ Ελέγξτε την ετικέτα της φιάλης του ορού, αν είναι το κατάλληλο διάλυμα.
- ⇒ Βεβαιωθείτε ότι έχετε το σωστό διάλυμα, για το σωστό άρρωστο.
- ⇒ Ελέγξτε το υγρό της φιάλης, για ύπαρξη κρυστάλλων, αλλοίωση χρώματος ή διαρροή υγρού.
- ⇒ Κάντε καλή αντισηψία στο πώμα της φιάλης και εφαρμόστε την με άσηπτη τεχνική. Έτσι, μειώνεται η πιθανότητα μόλυνσης του ορού.
- ⇒ Αν ο ορός πρέπει να εμπλουτισθεί με φάρμακα, τότε ακολουθείται η εξής τακτική:
 - Κάντε προσεκτικό έλεγχο στα φάρμακα και στις ιατρικές οδηγίες.
 - Βεβαιωθείτε ότι τα φάρμακα γίνονται ενδοφλέβια και ότι ο άρρωστος δεν είναι αλλεργικός σε αυτά.
 - Τηρείτε άσηπτη τεχνική κατά την αναρρόφηση και την εισαγωγή του φαρμάκου στη φιάλη του ορού.
 - Κάντε αντισηψία στο πώμα της φιάλης και φροντίστε να μη χάνετε φάρμακο κατά την αναρρόφηση.
 - Ανακινήστε τη φιάλη, πριν την εφαρμόσετε στον άρρωστο.
 - Τελευταία, εμπλουτίστε τον ορό με φάρμακα που χρωματίζουν το διάλυμα.
 - Εμπλουτίζετε τον ορό, λίγο πριν τον χορηγήσετε.
 - Στο εξωτερικό της φιάλης αναγράψετε: το ονοματεπώνυμο του αρρώστου, τον αριθμό του θαλάμου και του κρεβατιού, την ονομασία και τη δόση του φαρμάκου που έχετε προσθέσει στον ορό.

- Αν δεν χωράει η φιάλη του ορού την ποσότητα των φαρμάκων που πρέπει να τοποθετήσουμε, τότε αφαιρούμε μικρή ποσότητα ορού.

⇒ Εφαρμόστε τη συσκευή του ορού στη φιάλη του διαλύματος με άσηπτη τεχνική.

⇒ Κρεμάστε τη φιάλη στο στατό ορού με κλειστό το πίεστρο της συσκευής. Πιέζετε το ευρύτερο τμήμα της συσκευής, ώστε να γεμίσει μέχρι τη μέση με διάλυμα και, στη συνέχεια, ανοίγετε το πίεστρο. Αδειάζετε τον αέρα από τη συσκευή αφήνοντας να τρέξει 20-30 ml διαλύματος στο νεφροειδές και αμέσως κλείνετε το πίεστρο. (Εικ. 93)



Εικ. 93

⇒ Συνδέστε τη συσκευή με το φλεβοκαθετήρα ή πεταλούδα, που έχει τοποθετηθεί στη φλέβα και ανοίγετε το πίεστρο.

⇒ Στερεώστε καλά το φλεβοκαθετήρα στη θέση του, με λευκοπλάστ ή διάφανα αυτοκόλλητα. Ακινητοποιήστε το άκρο με νάρθηκα, αν αυτό κρίνεται αναγκαίο.

⇒ Ρυθμίστε τη ροή του διαλύματος. Ο τύπος για τον υπολογισμό των σταγόνων είναι ο εξής:

$$\text{Σταγόνα/λεπτό} = \frac{\text{Συνολικό Ποσό Υγρού (ml) x Σταγόνες / ml}}{\text{Συνολικός χρόνος έγχυσης x αριθμός λεπτών}}$$

⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.

⇒ Ακινητοποιήστε το άκρο, αν χρειάζεται.

⇒ Ενημερώστε το δελτίο νοσηλείας.

⇒ Παρακολουθήστε τον άρρωστο για εμφάνιση παρενεργειών.

⇒ Ελέγξτε τη στάθμη του ορού, έτσι ώστε να τον αλλάξετε εγκαίρως.

⇒ Ελέγχετε το ρυθμό ροής του υγρού.

⇒ Φροντίστε καθημερινά το σημείο της φλεβοκέντησης.

⇒ Βοηθήστε τον άρρωστο σε οτιδήποτε χρειασθεί (φαγητό, ατομική υγιεινή κ.ά.).

⇒ Αν ο άρρωστος παρουσιάσει οποιαδήποτε αντίδραση, τότε ενημερώνεται ο γιατρός.

Ενδοαρτηριακή χορήγηση φαρμάκων.

Κατά την ενδοαρτηριακή έγχυση φαρμάκων, το φάρμακο ενίεται μέσα στην αρτηρία.

Οι ενδοαρτηριακές ενέσεις γίνονται κυρίως για διαγνωστικό σκοπό. Τα υλικά που χρησιμοποιούνται είναι ίδια με εκείνα που χρησιμοποιούνται και στην ενδοφλέβια έγχυση.

Οι ενδοαρτηριακές εγχύσεις φαρμάκων γίνονται από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό.

17. Μετάγγιση Αίματος σε Άρρωστο

Υλικά που απαιτούνται:

- Βελόνες για τη φλεβοκέντηση, διαμέτρου 18-19.
- Σύριγγες των 5 ή 10 ml.
- Η φιάλη αίματος που θα χορηγηθεί.
- Λαστιχάκι περίδεσης ή ελαστική ταινία.
- Νεφροειδές.
- Ψαλίδι, λευκοπλάστ, τετράγωνο αδιάβροχο μιας χρήσης.
- Τολύπια και γάζες αποστειρωμένες.
- Αντισηπτική διάλυση.
- Συσκευές μετάγγισης αίματος.
- Στατό.
- Νάρθηκας και επίδεσμος για ακινητοποίηση του άκρου, αν χρειάζεται.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία και εξηγήστε του το σκοπό της μετάγγισης.
 - ⇒ Ετοιμάστε τα υλικά που θα χρειαστούν.
 - ⇒ Απομακρύνετε τους επισκέπτες.
 - ⇒ Βεβαιωθείτε ότι είναι ο σωστός άρρωστος.
 - ⇒ Βεβαιωθείτε ότι έχει γίνει καθορισμός της ομάδας αίματος και η διασταύρωση.
- Η διασταύρωση ελέγχεται για τη συμβατότητα του αίματος του δότη και ο κα-

θορισμός της ομάδας γίνεται για τις ομάδες A, B, AB ή O και του παράγοντα Rh. (εικ. 94)

⇒ Κάντε έλεγχο των στοιχείων στις ετικέτες της φιάλης, συγκρίνοντάς τα με τα στοιχεία του αρρώστου, για να βεβαιωθείτε για την ομάδα αίματος, την ομάδα Rhesus, το γονότυπο, τον αριθμό συμβατότητας, την ημερομηνία λήξης του αίματος, το ονοματεπώνυμο του αρρώστου και αν ταιριάζει με αυτό της φιάλης, την υπογραφή του τμήματος αιμοδοσίας, την κλινική που νοσηλεύεται ο άρρωστος.

⇒ Ελέγξτε τη φιάλη για φυσαλίδες, για θολερότητα και για ρωγμές.

⇒ Ετοιμάστε τον άρρωστο για φλεβοκέντηση.

⇒ Ο γιατρός που θα αναλάβει τη φλεβοκέντηση θα κάνει και εκείνος προσεκτικό έλεγχο των παραπάνω στοιχείων και θα υπογράψει στην ετικέτα της φιάλης, βεβαιώνοντας ότι όλα είναι σωστά.

⇒ Ακολουθήστε τη σειρά εργασίας της φλεβοκέντησης.

⇒ Πάρτε τα ζωτικά σημεία του αρρώστου (θερμοκρασία, αναπνοές, σφύξεις και αρτηριακή πίεση).

⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.

⇒ Εφαρμόστε τη συσκευή μετάγγισης στη φιάλη, με άσηπτη τεχνική. (εικ. 95)

⇒ Κρεμάστε τη φιάλη στο στατό, με κλειστό το πίεστρο, περίπου ένα μέτρο πάνω από το επίπεδο της καρδιάς.

⇒ Πιέστε το φαρδύ μέρος της συσκευής, για να γεμίσει κατά το 1/3.

⇒ Αφαιρέστε τον αέρα από τη συσκευή, ανοίγοντας το πίεστρο, προσέχοντας να μη χάσετε αίμα και εφαρμόστε το μπεκ στη βελόνα της φλεβοκέντησης.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΧΕΔΙΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΚΑΤΑΡΤΙΣΤΗΣ: ΚΑΝΟΝΙΣΤΗΣ:
ΗΜΕΡΑ: ΩΡΑ: Π.Μ. / Π.Μ.

ΠΡΟΣ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
Καθορισμός ομάδας αίματος ABO, Rh και εξέταση συμβατότητας

Όνομα ασθενή: Επώνυμο: Ονόμα:
Όνομα πατέρα ή πατέρα (εποχρηστικό): Ηλικία:
Διεύθυνση: Τηλεφ. εισόδου:

Εάν προβλεπεται μετάγγιση να συμπληρωθούν τα παρακάτω:
Προηγούμενες άλλες μεταγγίσεις: Πότε:
Παρατηρήθηκαν αντιδράσεις: Η:
Επ. γυναικών: Αριθμός τοκετών: Αναφέρονται στο αναμνηστικό γέννηση νεογνού εμβρύου, ταύτωσης ασθενούς, αρτηριακή νόσος του νεογνού:

Σημειώστε τη περίπτωση

☐ Μείζονος ελαττώσις πλύνου: ☐ Μείζονος κατά την εξέταση που θα γίνει στις:
☐ Μείζονος μόλις νυν οι εξετάσεις: ☐ Εξέταση συμβατότητας πρόκληση συμβατότητας:
☐ Μείζονος υπ. ελαττώσις: ☐ Καθορισμός ομάδας ABO Rh

ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΖΗΤΑΙΕ

Ολικό αίμα, μονάδες: Πλάσμα κοινό, μονάδες:
Συμπληρωματ. Ερυθρ. μονάδες: Πλάσμα φρεσκά κατεψυγμένο, μονάδες:
Πλάσμα Ερυθρ. μονάδες:
Αιμοπεταλικά, μονάδες:
Ονοματεπώνυμο, γιατρού:
Υπογραφή γιατρού (αλογράφως):

Τα παραπάνω συμπληρώνονται από το Εργαστήριο της Αιματολογίας:

Ομάδα ABO: [] Rh: [] Συμβατότητα Rh: []

Αιμοπεταλικά: [] ΜΟ: [] Η: [] Η υπ. υπ. [] Το κοινό: [] Συμβατό: []

Καθ. 1544

Ημερομηνία: Υπογραφή:

Εικ. 94



Εικ. 95

- ⇒ Ενεργήστε όπως και στην ενδοφλέβια έγχυση.
- ⇒ Ρυθμίστε τη ροή του αίματος, αρχικά σε 15-20 σταγόνες στο λεπτό. Μείνετε κοντά στον αρρώστο τουλάχιστον για 15-30 λεπτά από την έναρξη της μετάγγισης. Αν δεν παρακολουθήσετε σημεία αντίδρασης, ο ρυθμός ροής μπορεί να αυξηθεί σε 60-80 σταγόνες στο λεπτό, ανάλογα με την περίπτωση.
- ⇒ Πάρτε ζωτικά σημεία 15-20 λεπτά μετά την έναρξη χορήγησης του αίματος. Στη συνέχεια, κάθε ώρα ή πιο συχνά, αν χρειάζεται, και τα αναγράφετε.
- ⇒ Σε περίπτωση χορήγησης και άλλης μονάδας αίματος, αλλάξτε τη συσκευή μετάγγισης αίματος, γιατί το φίλτρο μπορεί να αποφραχθεί μετά τη χορήγηση της μιας μονάδας αίματος.
- ⇒ Χορηγήστε το αίμα 20 λεπτά μετά την παραλαβή του από την τράπεζα αίματος.
- ⇒ Μη βάζετε φάρμακα μέσα στη φιάλη αίματος και μη χορηγείτε ταυτόχρονα Dextrose 5%, καθώς, επίσης, και Ringer's Lactated. Η προσθήκη φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει ασυμβατότητα με το αίμα, η δεξτρώζη πήξη του αίματος στο σωλήνα έγχυσης και το διάλυμα Ringer's να δημιουργήσει πύγματα.
- ⇒ Σημειώστε στο διάγραμμα του αρρώστου τη μετάγγιση του αίματος.
- ⇒ Φροντίστε για την άνεση του αρρώστου.
- ⇒ Ενημερώστε στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου: χρόνο χορήγησης, ποσότητα, ρυθμό ροής, ζωτικά σημεία πριν και μετά τη μετάγγιση αίματος, αντιδράσεις του αρρώστου.

18. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά τη Διενέργεια Παρακεντήσεων

Οι παρακεντήσεις (μυελού των οστών, ήπατος, οσφυονωτιαία, κοιλιάς, θώρακα) πραγματοποιούνται από το γιατρό και το Νοσηλευτικό προσωπικό που βοηθά το γιατρό και τον άρρωστο.

Θα πρέπει να είναι σε ετοιμότητα το καρότσι εκτάκτου ανάγκης, για αντιμετώπιση ανεπιθύμητης κατάστασης.

α. Παρακέντηση των οστών (στερνική) και οστεομυελική βιοψία

Αναρρόφηση μυελού των οστών και βιοψία γίνεται, για να εξασφαλιστούν δείγματα και να σταλούν για εξέταση.

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος στερνικής παρακέντησης που να περιέχει:
 - Αποστειρωμένη ειδική βελόνα-τροκάρ με ανασταλτικό δακτύλιο και στείλεό. (εικ. 96)
 - Σύριγγα τύπου record των 5 cc αποστειρωμένη.
 - Τετράγωνο σχιστό αποστειρωμένο.
 - Λαβή μαχαιριδίου.
 - Αποστειρωμένα τολύπια και τετράγωνα, γάζες.
- Τροχήλατο νοσηλείας που να περιέχει:
 - Αντικειμενοφόρες πλάκες και καλυπτρίδες.
 - Σύριγγες των 5, 10, 20 ml και βελόνες Νο 25, Νο 22.
 - Αντισηπτικό δέρματος (Betadine Solution, οινόπνευμα).
 - Τοπικό αναισθητικό (xylocaine, προκαΐνη 1%).
 - Σπρέι (orsite).
 - Γάντια αποστειρωμένα μιας χρήσης.
 - Λευκοπλάστ και ψαλίδι.
 - Σωληνάρια για λήψη αίματος.
 - Φιαλίδιο με διάλυμα φορμόλης 10%.
 - Λάστιχο αιμοληψίας.
 - Σφυγμομανόμετρο και ακουστικά.
 - Χαρτοβάμβακο, νεφροειδές δοχείο για τα χρησιμοποιημένα αιχμηρά αντικείμενα.
 - Λάμες μαχαιριδίου.
 - Υλικό για ξύρισμα (αν χρειάζεται).
 - Παραβάν.



Εικ. 96 Βελόνα στερνικής παρακέντησης.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία, για να μπορεί να συνεργασθεί μαζί σας και για να μην παρερμηνεύει την αίσθηση πίεσης, καθώς και τον οξύ πόνο που θα νιώσει κατά τη διάρκεια της αναρρόφησης.
- ⇒ Τοποθετήστε το παραβάν.
- ⇒ Μετρήστε τα ζωτικά σημεία.
- ⇒ Κατεβάστε τα κλινοσκεπάσματα και βάλτε τον άρρωστο σε ύπτια θέση, χωρίς μαξιλάρι στο κεφάλι.
- ⇒ Αποκαλύψτε το θώρακα του αρρώστου.
- ⇒ Αν η περιοχή χρειάζεται ξύρισμα, κάντε το ίδιο, όπως στην τοπική προεγχειρητική φροντίδα.
- ⇒ Ο γιατρός, αφού καθορίσει το σημείο παρακέντησης, φορά τα γάντια, κάνει αντισηψία του δέρματος και τοποθετεί το αποστειρωμένο σχιστό στο θώρακα.
- ⇒ Αφού αναρροφήσει ανάλογη ποσότητα αναισθητικού (xylocaine ή procaine), συνήθως 4-5 ml, το ενίει, εκτός από το δέρμα και στα μαλακά μέρη και στο περιόστεο.
- ⇒ Γίνεται μια μικρή τομή (όχι πάντοτε) με το μαχαιρίδιο πριν την εισαγωγή της βελόνας, για να εμποδίσει την είσοδο δέρματος στο μυελό των οστών.
- ⇒ Η βελόνα του μυελού μαζί με το στειλεό της εισάγεται από το γιατρό στη μέση στερνική γραμμή στο ύψος του 2ου μεσοπλεύριου διαστήματος με ελαφρά περιστροφική κίνηση.
- ⇒ Εσείς υποστηρίζετε τον άρρωστο όση ώρα ο γιατρός εισάγει τη βελόνα παρακέντησης.



Εικ. 97 Επίστρωση ερυθρού μυελού των οστών σε αντικειμενοφόρες πλάκες.

- ⇒ Αφαιρείται ο στειλεός, συνδέεται η σύριγγα στη βελόνα και γίνεται αναρρόφηση αργά, ώσπου να εμφανιστεί στη σύριγγα μυελός του οστού.
- ⇒ Αφαιρούνται στη συνέχεια η βελόνα και η σύριγγα, ακολουθεί η επίστρωση του υλικού γρήγορα (για να μην πήξει) (εικ. 97) στις αντικειμενοφόρες πλάκες από το γιατρό.

- ⇒ Εσείς εφαρμόστε πίεση πάνω στο σημείο παρακέντησης με αποστειρωμένη γάζα, η οποία αφαιρείται μετά από 48 ώρες (στο σημείο παρακέντησης τοποθετήστε ειδικό spray ή Betadine για πρόληψη οστεομυελίτιδας).
- ⇒ Αφαιρέστε το σχιστό τετράγωνο, απομακρύνετε τα υλικά, τακτοποιήστε σε ύπτια και αναπνευστική θέση τον άρρωστο και μετρήστε τα ζωτικά σημεία.
- ⇒ Φροντίστε να σταλεί το υλικό έγκαιρα στα εργαστήρια, καταγράφοντας στην ετικέτα τα στοιχεία του αρρώστου και την κλινική.
- ⇒ Τακτοποιήστε το υλικό που βρίσκεται στο καρότσι και την ειδική βελόνα, φροντίζοντας ιδιαίτερα τη βατότητα του αυλού της βελόνας, πριν σταλεί το set στην αποστείρωση.
- ⇒ Καταγράψτε τη νοσηλεία στη λογοδοσία (ημερομηνία, ώρα, γιατρός, ζωτικά σημεία).
- ⇒ Ελέγχετε ανά τέταρτο για 2 ώρες τα Ζ.Σ. και τη γενική κατάσταση του αρρώστου.
- ⇒ Παρακολουθήστε για αιμορραγία στο σημείο παρακέντησης.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Μερικές φορές η βιοψία μυελού των οστών γίνεται στην πρόσθια λαγόνια ακρολοφία (λαγόνιο οστό), όπου ο άρρωστος τοποθετείται σε πλάγια θέση και το γόνατο είναι σε κάμψη. Όταν γίνεται στην οπίσθια λαγόνια ακρολοφία, ο άρρωστος τοποθετείται σε πρηνή θέση. (εικ. 98)

Η διαδικασία είναι η ίδια που προαναφέραμε. Όταν όμως γίνει **βιοψία οστού**, αλλάζει ο τύπος της βελόνας και πάντα προηγείται τομή με μαχαίριδιο, γιατί η βελόνα είναι μεγάλη και έτσι διευκολύνεται η είσοδός της. (εικ. 99)

Αφού προωθηθεί η βελόνα γύρω στο 1 εκ. μέσα στο οστό με περιστροφική κίνηση, αφαιρεί ο γιατρός ένα κυλινδρικό τεμάχιο οστού, το οποίο τοποθετείται στο φιαλίδιο με τη φορμολή 10%.

Στη συνέχεια ακολουθεί η ίδια νοσηλευτική φροντίδα και σ' αυτή τη διαδικασία.

Προφύλαξη: Για αποφυγή τοπικού αιματώματος, εκτός από την πίεση για 10α χρειάζεται ελαστική επίδεση και κατάκλιση στην πλευρά της βιοψίας τις πρώτες ώρες.



Εικ. 98 Λήψη μυελού από το λαγόνιο οστό.



Εικ. 99 Βελόνα οστεομυελικής βιοψίας.

β. Παρακέντηση θώρακα

Παρακέντηση θώρακα είναι η εισαγωγή βελόνας στην υπεζωκοτική κοιλότητα για αναρρόφηση πλευρικού υγρού για διαγνωστικό ή ανακουφιστικό (εκκενωτική παρακέντηση) ή θεραπευτικό σκοπό (έγχυση φαρμάκου).

Υλικά που απαιτούνται:

- Αποστειρωμένος δίσκος (set), ο οποίος να περιέχει:
 - Βελόνες παρακέντησης με στειλεό (σε παχύσαρκους ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιηθούν μεγάλοι μήκους βελόνες, όπως της οσφυονωτιαίας παρακέντησης).
 - Στρόφιγγα τριών κατευθύνσεων (three-way) με παροχετευτικό σωλήνα.
 - Ογκομετρικό δοχείο ή φιάλη συλλογής υγρού.
 - Σύριγγες 10 ml, 20 ml, και 60 ml.
 - Γάζες και τολύπια.
 - Σωληνάρια
 - Τετράγωνο σχιστό.
- Τροχήλατο νοσηλείας που να περιέχει:
 - Σύριγγες και βελόνες.
 - Τοπικό αναισθητικό (Xylocaine)
 - Αντισηπτικό διάλυμα (Betadine).
 - Στατό, παραπεμπτικά, ετικέτες.
 - Νεφροειδές ή σακούλα για τα άχρηστα.
 - Λευκοπλάστ και ψαλίδι ή αυτοκόλλητη γάζα.

- Σφυγμομανόμετρο, ακουστικά.
- Φάρμακα (αν πρόκειται να γίνει έγχυση).
- Παραβάν.
- Μαξιλάρια.

Διαδικασία:

- ⇒ Εξηγήστε τη διαδικασία στον άρρωστο και συστήστε του να μην κινείται ή βήχει κατά τη διάρκεια της παρακέντησης.
- ⇒ Φέρτε το τροχήλατο με το υλικό σας κοντά στον άρρωστο που θα κάνει την παρακέντηση.
- ⇒ Ο γιατρός φροντίζει να έχει μαζί του πρόσφατη ακτινογραφία. Σημείο παρακέντησης είναι συνήθως το 7ο ή 8ο μεσοπλεύριο διάστημα στην οπίσθια μασχαλιαία γραμμή.
- ⇒ Τοποθετήστε το παραβάν.
- ⇒ Μετρήστε τα ζωτικά σημεία.
- ⇒ Δώστε στον άρρωστο κατάλληλη θέση, αφού συμβουλευθείτε το γιατρό. Η θέση του αρρώστου εξαρτάται από την κατάστασή του και τη δυνατότητα να συνεργασθεί. (εικ. 100)

• 1η θέση: Ο άρρωστος κάθεται στην καρέκλα ανάποδα και υποστηρίζεται στην πλάτη της.

• 2η θέση: Καθιστή θέση του αρρώστου στην άκρη του κρεβατιού με το κεφάλι και τα χέρια υποστηριγμένα σε τραπέζιο ψαγίου με ένα μαξιλάρι για υποστήριξη και τα πόδια του να ακουμπάνε σε σκαμπό.

• 3η θέση: Καθιστή θέση του αρρώστου στο κρεβάτι με ανυψωμένο το ερεισίνωτο και τα χέρια σε ανάταση, υποστηριζόμενα στο κεφάλι.

- ⇒ Αφαιρέστε το επάνω μέρος της πυζάμας ή νυχτικού του/της αρρώστου.
- ⇒ Ανοίξτε με προσοχή το αποστειρωμένο set.
- ⇒ Δώστε στο γιατρό τα υλικά, για να κάνει αντισηψία δέρματος και τοπικό αναισθητικό (αν ζητηθεί).
- ⇒ Ο γιατρός φορά τα αποστειρωμένα γάντια και τοποθετεί το τετράγωνο σχιστό στην περιοχή που θα κάνει την παρακέντηση.



Εικ 100 Θέση αρρώστου μετά την παρακέντηση θώρακα.

- ⇒ Βοηθήστε τον άρρωστο να παραμείνει ακίνητος κατά τη διάρκεια της παρακέντησης υποστηρίζοντας το θώρακα και ανασηκώστε το χέρι, για ν' ανοίξουν τα μεσοπλεύρια διαστήματα.
- ⇒ Αφού εισαγάγει ο γιατρός τη βελόνα στο κατάλληλο σημείο και βγάλει τον οδηγό, προσαρμόζει το three-way, τον παροχετευτικό σωλήνα και τη φιάλη συλλογής υγρού. Με κατάλληλη στροφή του three-way:
 - Αναρροφά υγρό στη σύριγγα από την κοιλότητα και το τοποθετεί στα σωληνάρια (αποκλείοντας τον παροχετευτικό σωλήνα).
 - Αλλάζοντας θέση στο three-way απομονώνει τη σύριγγα και αφήνει να τρέχει το υγρό προς τη φιάλη συλλογής.
- ⇒ Κατά τη διάρκεια της ροής του υγρού προς το σάκο, παρακολουθήστε τον άρρωστο για ενδεχόμενες επιπλοκές.
- ⇒ Όταν βγάλει ο γιατρός τη βελόνα, τοποθετήστε αποστειρωμένη γάζα, την οποία στερεώνετε με λευκοπλάστ ή αυτοκόλλητη γάζα.
- ⇒ Μετρήστε τα ζωτικά σημεία.
- ⇒ Τοποθετήστε σε κατάλληλη θέση τον άρρωστο (πλάγια προς το υγιές ημιθώρακιο).
- ⇒ Απομακρύνετε το τροχήλατο και τακτοποιήστε τα αντικείμενα.
- ⇒ Αποστείλτε τα δείγματα υγρού στα κατάλληλα εργαστήρια, αφού τοποθετήσετε τις ετικέτες με τα στοιχεία του αρρώστου.
- ⇒ Φροντίστε να πραγματοποιηθεί η ακτινογραφία θώρακος μετά την παρακέντηση (έλεγχος για πνευμοθώρακα).
- ⇒ Καταγράψτε στη λογοδοσία (είδος παρακέντησης διαγνωστική ή θεραπευτική, ημερομηνία, ώρα πραγματοποίησης, ποσό υγρού που αφαιρέθηκε, ζωτικά σημεία).

γ. Βιοψία υπεζωκότα



Εικ 101 Βελόνα Abram's

Κατά τη βιοψία υπεζωκότα εισάγεται από το γιατρό ειδική βελόνα βιοψίας τύπου Abram's (εικ. 101) (σπανιότερα χρησιμοποιείται η τύπου Core) και αφαιρείται μικρό τεμαχίδιο τοιχωματικού υπεζωκότα για καλλιέργεια ή ιστολογική εξέταση.

Το σημείο παρακέντησης, η θέση του αρρώστου, τα υλικά και η διαδικασία είναι τα ίδια που αναφέρονται στην παρακέντηση, με τη διαφορά ότι στα υλικά περιλαμβάνονται η ειδική βελόνα (Abram's), χειρουργικά μαχαιρίδια, για να γίνει τομή για εύκολη είσοδο της βελόνας και αποστειρωμένα δοχεία με φορμόλη για τοποθέτηση του τεμαχιδίου. Το υλικό αποστέλλεται στο παθολογοανατομικό εργαστήριο.

δ. Ετοιμασία υλικών για τοποθέτηση και εφαρμογή κλειστής παροχέτευσης θώρακα (Billaü)

Υλικά που απαιτούνται:

- Set αποστειρωμένο παροχέτευσης θώρακα.
 - 2 λαβίδες χειρουργικές, 2 μεγάλες λαβίδες Kocher.
 - 1 βελονοκάτοχο, 2 λαβίδες μαχαιριδίων (μικρή και μεγάλη).
 - 2 ανατομικές λαβίδες, 2 μοσχίτος, 1 κυρτή.
 - 2 άγκιστρα φαραμπέφ μικρά, 3 ρουχολαβίδες.
 - 2 χειρουργικά ψαλίδια.
 - Ράμματα, γάζες, τετράγωνα απλά τέσσερα και ένα τετράγωνο σχιστό.
 - Ειδικό τροκάρ (μιας χρήσης) και μιας χρήσης σωλήνα (καθετήρας) για σύνδεση με τη συσκευή.
- Φιάλη γυάλινη αποστειρωμένη ή έτοιμο σύστημα μιας χρήσης. (εικ. 102)
- Συνδετικό σωληνάκι (μιας χρήσης).
- Απεσταγμένο νερό ή φυσιολογικός ορός για το Billaü.
- Προστατευτική θήκη (αν η φιάλη είναι γυάλινη).
- Γάντια αποστειρωμένα και ρουχισμό αποστειρωμένο.
- Μαχαιρίδια αποστειρωμένα.
- Βελόνες, σύριγγες τοπικό αναισθητικό, φυσιολογικός ορός.
- Λευκοπλάστ και ψαλίδι.

Η συσκευή συνήθως τοποθετείται στο χώρο του χειρουργείου και μόνο σε έκτακτες περιπτώσεις γίνεται η τοποθέτηση στη ΜΕΘ, στα ΤΕΠ ή στη Νοσηλευτική μονάδα.



Εικ. 102 Παροχέτευση θώρακος υπό συνεχή αναρρόφηση.

Η νοσηλευτική φροντίδα και η βοήθεια στο γιατρό ακολουθεί τις βασικές αρχές ασηψίας και αντισηψίας και η μετέπειτα φροντίδα αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος.

ε. Αλλαγή φιάλης Billaü

Υλικά που απαιτούνται:

- Set με φιάλη παροχέτευσης μιας ή πολλαπλών χρήσεων.
- Αποστειρωμένο σωλήνα παροχέτευσης (που συνδέει το θωρακικό σωλήνα και τη συσκευή Billaü και έχει ως σκοπό κυρίως την επιμήκυνση της παροχέτευσης).
- Συνδετικό μιας χρήσης.
- Φιάλη με φυσιολογικό ορό ή απεσταγμένο νερό.
- Λευκοπλάστ και ψαλίδι.
- 2 λαβίδες kocher (υπάρχουν πάντα στο κομοδίνο).
- Γάντια μιας χρήσης.
- Αντισηπτικό διάλυμα (Betadine).
- Τολύπια βάμβακα, γάζες αποστειρωμένες.
- Καρφίτσες ασφαλείας, λαστιχάκια.

Διαδικασία:

- ⇒ Στο κέντρο νοσηλείας, εφαρμόζοντας τις αρχές ασηψίας και αντισηψίας, ετοιμάστε το υλικό.
- ⇒ Βάλτε το φυσιολογικό ορό ή απεσταγμένο νερό στη φιάλη με άσηπτη τεχνική, ανάλογα με τη συσκευή που θα χρησιμοποιηθεί (300-500 cc στη γυάλινη - 15 cc στο μιας χρήσης σύστημα 3 αγκυλών).
- ⇒ Στερεώστε καλά το πώμα και, αν είναι γυάλινη η φιάλη, κολλήστε λευκοπλάστ στο επίπεδο της πάνω επιφάνειας του νερού. Αυτό χρησιμεύει, για να ελέγχονται τα υγρά που αποβάλλει ο άρρωστος.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία και τοποθετήστε τον σε ημικαθιστή θέση.
- ⇒ Κάνετε αντισηψία με τολύπιο που περιέχει αντισηπτικό στο σημείο σύνδεσης των δύο σωλήνων (ενδοθωρακικού και παροχευτικού).
- ⇒ Κλείστε τον ενδοθωρακικό σωλήνα με δύο λαβίδες kocher κοντά στο θώρακα.

- ⇒ Αποσυνδέστε τον παροχετευτικό σωλήνα μαζί με το συνδετικό του και εφαρμόστε γρήγορα το νέο παροχετευτικό σωλήνα με το νέο συνδετικό στη μια άκρη του, μαζί με τη συσκευή Billaü.
 - ⇒ Αφαιρέστε τις λαβίδες και βάλτε αυτές στο κομοδίνο του αρρώστου.
 - ⇒ Ελέγξτε για σημεία διαρροής.
 - ⇒ Ασφαλίστε με λευκοπλάστ όλες τις συνδέσεις.
- Στη συνέχεια ισχύουν τα γενικά μέτρα νοσηλευτικής φροντίδας που προαναφέρθηκαν.

στ. Ετοιμασία συσκευής πολλαπλών χρήσεων Billaü για αποστείρωση

Όπως προαναφέρθηκε, μπορεί η συσκευή Billaü να είναι πολλαπλών χρήσεων ή μιας χρήσης.

Στη συσκευή πολλαπλών χρήσεων το πώμα, τα γυάλινα σωληνάκια και η φιάλη είναι πολλαπλών χρήσεων, δηλαδή αποστειρώνονται, ενώ ο σωλήνας και το συνδετικό σωληνάκι είναι συνήθως μιας χρήσης.

Αν η φιάλη είναι μιας χρήσης, μετρήστε τα υγρά, καταγράψτε τα και στη συνέχεια ρίξτε την στο ειδικό δοχείο καταστροφής (αν υπάρχει).

Αν είναι γυάλινη (πολλαπλών χρήσεων), μεταφέρετέ τη στους βοηθητικούς χώρους, φορέστε γάντια και, αφού αφαιρέσετε το πώμα, αδειάστε το περιεχόμενο (αφού πρώτα μετρήσετε τα υγρά) και στη συνέχεια ξεπλύνετε την.

Αν ο ελαστικός σωλήνας και το συνδετικό είναι μιας χρήσης, απορρίψτε τα. Διαφορετικά, ξεπλύνετε τα όλα πολύ καλά, τοποθετήστε τα σε αντισηπτική διάλυση (όσο χρόνο αναφέρουν οι οδηγίες), ξεπλύνετε με άφθονο νερό υπό πίεση και στη συνέχεια στεγνώστε και προετοιμάστε τα για την αποστείρωση.

Στο ειδικό χαρτί αποστείρωσης, τοποθετήστε ξεχωριστά το γυάλινο δοχείο και ξεχωριστά το πώμα με τα σωληνάκια. Σε διαφορετικό χαρτί, το σωλήνα και το συνδετικό (μπαίνουν σε κλίβανο αερίου) και, πριν τα αποστείλετε στην αποστείρωση, τοποθετήστε τις ειδικές ταινίες και γράψτε τα στοιχεία (τι υλικό είναι, το τμήμα, την ημερομηνία).

ζ. Αφαίρεση κλειστής παροχέτευσης θώρακα (Billaü)

Υλικά που απαιτούνται:

➤ Τροχήλατο χειρουργικών αλλαγών πάνω στο οποίο τοποθετούνται:

- Αποστειρωμένο set αλλαγών που περιέχει:

f Λαβίδες.

f Ψαλίδι ραμμάτων.

f Νεφροειδές.

f Τολύπα και γάζες διαφόρων μεγεθών.

f Λαβή μαχαιριδίου.

- Λάμες αποστειρωμένες.
- Αντισηπτικό (Betadine solution), οινόπνευμα.
- Δύο λαβίδες kocher.
- Γάζες Fucidine.
- Λευκοπλάστ ή αυτοκόλλητο ελαστικό επίδεσμο (Tensoplast).
- Χαρτοσακούλα για τα άχρηστα.
- Τετράγωνο με αδιάβροχο.
- Παραβάν.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο, για να μπορεί να συνεργαστεί καλύτερα.
- ⇒ Εξηγήστε του πώς να αναπνεύσει και να κρατήσει την αναπνοή του, κατά την αφαίρεση του σωλήνα.
- ⇒ Χορηγήστε πανοίπονο, αν σας πει ο γιατρός.
- ⇒ Μεταφέρετε τα υλικά στο θάλαμο.
- ⇒ Τοποθετήστε το παραβάν κοντά στο κρεβάτι του αρρώστου και το καρότσι χειρουργικών αλλαγών.
- ⇒ Μετρήστε τα ζωτικά σημεία.
- ⇒ Ανασηκώστε το νυχτικό ή την πυτζάμα και τοποθετήστε το αδιάβροχο και τετράγωνο νοσηλείας κάτω από το θώρακα, στην πλευρά που βρίσκεται ο σωλήνας.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.
- ⇒ Δώστε στο γιατρό να φορέσει αποστειρωμένα γάντια, το ίδιο κάνετε και εσείς.
- ⇒ Κλείστε τον ενδοθωρακικό σωλήνα με δύο λαβίδες kocher, συνεργασθείτε με το γιατρό και σερβίρετε τα υλικά που χρειάζεται.

- ⇒ Βγάλετε την παλιά επίδεση με προσεκτικό τρόπο, ανοίξτε το αποστειρωμένο set αλλαγής και δώστε στο γιατρό την αποστειρωμένη λάμα, την οποία τοποθετεί στη λαβή του μαχαιριδίου.
- ⇒ Ο γιατρός κόβει τα ράμματα και εσείς δίνετε βαζελινούχα γάζα (Fucidine), την οποία τοποθετεί με τις λαβίδες πάνω στην αποστειρωμένη γάζα. Στη συνέχεια με το ένα χέρι αφαιρεί τον ενδοθωρακικό σωλήνα, ενώ ταυτόχρονα με το άλλο τοποθετεί τις γάζες και τις Fucidine πάνω στο τραύμα.
- ⇒ Στερεώστε τις γάζες πιεστικά με Tensoplast ή Sanipore (αυτοκόλλητο οθώνιο).
- ⇒ Αφαιρέστε αδιάβροχο και τετράγωνο, τακτοποιήστε την πυζάμα ή το νυχτικό και βάλτε τον/την άρρωστο/στη σε αναπνευστική θέση.
- ⇒ Μετρήστε πάλι τα ζωτικά σημεία.
- ⇒ Απομακρύνετε το παραβάν, το χρησιμοποιημένο υλικό και το Billaü.
- ⇒ Τακτοποιήστε το καρότσι, αφού πετάξετε στα άχρηστα τα χρησιμοποιημένα υλικά. Αν το Billaü είναι πολλαπλών χρήσεων, ετοιμάστε το για αποστείρωση (βλέπε προηγούμενο μάθημα). Διαφορετικά, το πετάτε.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.
- ⇒ Παρακολουθήστε τον άρρωστο και ενημερώστε το γιατρό αν εμφανίσει κάποια συμπτώματα, όπως δύσπνοια, αιμορραγία στο σημείο αφαίρεσης της παροχέτευσης κ.τ.λ.
- ⇒ Καταγράψτε στη λογοδοσία την ημερομηνία και ώρα αφαίρεσης της παροχέτευσης, το ποσό του υγρού που περιείχε, τα ζωτικά σημεία.

η. Βιοψία ήπατος

Γίνεται για λήψη ηπατικού ιστού με ειδική βελόνα.

Υλικά που απαιτούνται:

- Αποστειρωμένο set που περιέχει:
 - Τετράγωνο σχιστό.
 - Γάζες, τολύπια.
 - Λαβή μαχαιριδίου.
 - Ειδική βελόνα και σύριγγα βιοψίας (τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται μιας χρήσης ειδική βελόνα παρακέντησης, η οποία είναι στο set). (εικ. 103)
- Τροχήλατο νοσηλείας που να περιέχει:



Εικ. 103 Set βιοψίας ήπατος.

- Σύριγγες 5 ml, 10 ml, βελόνες.
- Τοπικό αναισθητικό (xylocaine).
- Αντισηπτικό διάλυμα (Betadine), οινό-πνευμα.
- Αποστειρωμένα γάντια.
- Αποστειρωμένες λεπίδες αιχμηρές.
- Αμπούλες φυσιολογικού ορού.
- Φιαλίδιο με διάλυμα φορμόλης 5%.
- Παραπεμπτικό και ετικέτες.
- Λευκοπλάστ.
- Ορός N Saline 0,9% 1000 cc, συσκευή ορού, φλεβοκαθετήρας.
- Σφυγμομανόμετρο, ακουστικά.
- Χαρτοβάμβακο, νεφροειδές.
- Δοχείο για χρησιμοποιημένα αιχμηρά αντικείμενα.
- Ειδικό spray (orsite) ή κρέμα Betadine.
- Γάζα αυτοκόλλητη.
- Σάκος άμμου ή μαξιλάρι με αδιάβροχη θήκη.
- Τετράγωνο και αδιάβροχο ή μιας χρήσης.

Διαδικασία.

Γίνεται έλεγχος από το γιατρό αν υπάρχουν οι εξετάσεις αίματος που ελέγχουν την πηκτικότητα, όπως χρόνος προθρομβίνης, χρόνος ροής πήξεως, διασταύρωση και γενική αίματος.

- ⇒ Επιβεβαιώστε ότι υπάρχει διαθέσιμο συμβατό αίμα, επικοινωνώντας με την Αιμοδοσία.
- ⇒ Δεν χορηγούνται υγρά ή τροφή στον άρρωστο για 4-8 ώρες πριν την εξέταση.
- ⇒ Επεξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή και τι πρέπει να κάνει, ώστε να μειωθεί ο φόβος του και να συνεργασθεί.
- ⇒ Μετρήστε τα ζωτικά σημεία.
- ⇒ Τοποθετείτε τον άρρωστο σε ύπια θέση στο δεξιό άκρο του κρεβατιού με το δεξί άνω άκρο κάτω από το κεφάλι και το πρόσωπο στραμμένο αριστερά.
- ⇒ Κατεβάστε τα κλινოსκεπάσματα, αποκαλύψτε το πάνω μέρος της κοιλιάς και τοποθετήστε ένα μαξιλάρι και το τετράγωνο νοσηλείας με το αδιάβροχο κάτω από το στρώμα του αρρώστου.

- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας, καθώς και ο γιατρός, ο οποίος φορά αποστειρωμένα γάντια, ανοίξτε το set και βοηθήστε τον να κάνει αντισηψία της περιοχής με αποστειρωμένες γάζες, οινόπνευμα και Betadine, αφού πρώτα κάνει προσδιορισμό των ορίων του ήπατος.
- ⇒ Μόλις ο γιατρός τοποθετήσει το αποστειρωμένο σχιστό τετράγωνο, χορηγήστε του σύριγγα 5 ml ή 10 ml, για να αναρροφήσει τοπικό αναισθητικό (xylocaine). Αφού αλλαχθεί η βελόνα στη σύριγγα, κάνει τοπική αναισθησία δέρματος των μεσοπλευρίων ιστών και της ηπατικής κάψας.
- ⇒ Αφού ελέγξει ο γιατρός την αναισθησία της περιοχής, ανοίξτε προσεκτικά τη λεπίδα, την οποία προσαρμόζει ο γιατρός στη λαβή του μαχαιριδίου, για να κάνει την τομή του δέρματος στο σημείο εισόδου της βελόνας παρακέντησης.
- ⇒ Αν η βελόνα παρακέντησης είναι μιας χρήσης, ανοίξτε τη σ' αυτή τη χρονική στιγμή και δώστε τη στο γιατρό, ο οποίος την εισάγει σε 2 χρόνους, πρώτα στο θωρακικό τοίχωμα από το μεσοπλευριο διάστημα και στη συνέχεια ζητά από τον άρρωστο να εισπνεύσει και να εκπνεύσει βαθιά και να κρατήσει την αναπνοή του τη στιγμή που μπαίνει η βελόνα μέσα στο ήπαρ σε βάθος 3-4 cm. Αναρροφά ιστό και την αποσύρει, ενώ με το άλλο χέρι τοποθετεί γάζα αποστειρωμένη, πιέζει το σημείο εισαγωγής της βελόνας και πληροφορεί τον άρρωστο ότι μπορεί να αναπνεύσει.
- ⇒ Μέχρι να βάλει ο γιατρός το υλικό βιοψίας στο φιαλίδιο με τη φορμόλη, εσείς συνεχίστε να πιέζετε τη γάζα.
- ⇒ Στη συνέχεια βάλτε ειδικό σπρέι ή κρέμα Betadine σε αποστειρωμένη γάζα και καλύψτε το σημείο εισαγωγής της βελόνας.
- ⇒ Στερεώστε πιεστικά τη γάζα με λευκοπλάστ ή αυτοκόλλητη γάζα.
- ⇒ Μετά τη βιοψία απομακρύνετε το σχιστό και το τετράγωνο με το αδιάβροχο, βοηθήστε τον άρρωστο να γυρίσει προς τα δεξιά, ώστε να πιέζεται το σημείο της παρακέντησης, πάνω στο μαξιλάρι ή στο σάκο με άμμο, για να προλάβετε ενδεχόμενη αιμορραγία. Ο άρρωστος μένει σ' αυτή τη θέση 2-4 ώρες.
- ⇒ Πάρτε τα ζωτικά σημεία κάθε 15-30 λεπτά τις δύο πρώτες ώρες και, αν σταθεροποιηθούν σε ικανοποιητικό επίπεδο, κάθε μία ώρα για τις επόμενες έξι ώρες.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο να παραμείνει στο κρεβάτι για 24 ώρες. Μπορεί να φάει ελαφρά μετά από 4 ώρες, αν αισθάνεται καλά.
- ⇒ Φροντίστε για ασφαλή και έγκαιρη μεταφορά του δείγματος στο παθολογοανατομικό εργαστήριο.

- ⇒ Τακτοποιήστε το καρότσι νοσηλείας και ρίξτε το χρησιμοποιημένο υλικό στα άχρηστα, προσέχοντας τις χρησιμοποιημένες βελόνες και τα αιχμηρά υλικά.
- ⇒ Ενημερώστε το ατομικό δελτίο του αρρώστου για τη διαδικασία, τα ζωτικά σημεία και για τη γενική του κατάσταση.

θ. Οσφυονωτιαία παρακέντηση

Οσφυονωτιαία παρακέντηση είναι η είσοδος της βελόνας διαμέσου του 3^{ου} και 4^{ου} ή 5^{ου} και 6^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου στον υπαραχνοειδή χώρο του νωτιαίου σωλήνα.

Υλικά που απαιτούνται:



Εικ. 104 Βελόνες οσφυονωτιαίας παρακέντησης
- Διάφορα μεγέθη.

- Δίσκος (set) αποστειρωμένος που να περιέχει:
 - Βελόνες Νο 22 ή 23 οσφυονωτιαίας παρακέντησης με στείλεο (τελευταία χρησιμοποιούνται μιας χρήσης αποστειρωμένες). (εικ. 104)
 - Μανόμετρο μέτρησης της πίεσης εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY).
 - Σχιστό τετράγωνο.
 - Τρία σωληνάρια για λήψη δείγματος με πόμα.

- Λαβίδα ανατομική.
- Γάζες και τολύπια.
- Τροχήλατο νοσηλείας που να περιέχει:
 - Τετράγωνο και αδιάβροχο ή μιας χρήσης.
 - Σύριγγες 5 ml, 10 ml, για τοπική αναισθησία και βελόνες.
 - Αντισηπτικό διάλυμα (Betadine solution).
 - Τοπικό αναισθητικό (xylocaine).
 - Γάντια αποστειρωμένα μιας χρήσης.
 - Λευκοπλάστ, ψαλίδι ή αυτοκόλλητη γάζα.
 - Ειδικό σπρέι ή κρέμα Betadine.
 - Παραπεμπτικό και ετικέτες, στατό.
 - Νεφροειδές.

- Στροφή γα τριών κατευθύνσεων (three-way).
- Σφυγμομανόμετρο, ακουστικά.
- Παραβάν.

Διαδικασία:

- ⇒ Εξηγήστε στον άρρωστο τη διαδικασία, ενθαρρύνοντάς τον να συνεργασθεί μαζί σας.
- ⇒ Κατεβάστε τα κλινοσκεπάσματα προς το κάτω μέρος του κρεβατιού και τοποθετήστε τον άρρωστο σε κατάλληλη θέση και το τετράγωνο και το αδιάβροχο κάτω από το σώμα του αρρώστου. (Στην παρακέντηση συμμετέχουν 2 άτομα. Το ένα βοηθάει να παραμείνει ο άρρωστος στη θέση του και το άλλο άτομο βοηθάει το γιατρό).

Σε πλάγια θέση ή καθιστή.

- ⇒ Όταν η θέση είναι πλάγια, τοποθετήστε τον με τη ράχη στο χείλος του κρεβατιού με το κεφάλι λυγισμένο προς το στήθος και τα γόνατα προς την κοιλιά υποστηρίζοντάς το. (σχήμα 105)
- ⇒ Όταν είναι σε καθιστή θέση, στηρίζει τα πόδια του σ' ένα σκαμπό, έχοντας λυγισμένα τα γόνατά του λυγίζει το κεφάλι προς αυτά και αγκαλιάζει με τα χέρια του τα πόδια του κάτω από τα γόνατα.
- ⇒ Ο γιατρός, αφού προσδιορίσει την περιοχή που θα παρακεντήσει, πλένει τα χέρια του, φορά τα αποστειρωμένα γάντια.
- ⇒ Ανοίξτε το set και, αφού πάρει ο γιατρός το τετράγωνο σχιστό, το τοποθετεί στον άρρωστο και κάνει τοπική αναισθησία.
- ⇒ Παίρνει τη βελόνα από το set (ή ανοίξτε του μιας χρήσης βελόνα), την εισάγει στον 3° και 4° ή 5° και 6° οσφυϊκό σπόνδυλο. Η βελόνα προχωρεί ως το σημείο που ο γιατρός θα έχει την αίσθηση κατάργησης της αντίστασης, που σημαίνει ότι βρίσκεται στον υπαραχνοειδή χώρο.
- ⇒ Μετά την είσοδο της βελόνας και εφόσον ο γιατρός θέλει να μετρήσει την ενδοκράνια πίεση, αφαιρεί το στείλεο και εφαρμόζει στη βελόνη το three-way και το μανόμετρο μέτρησης.



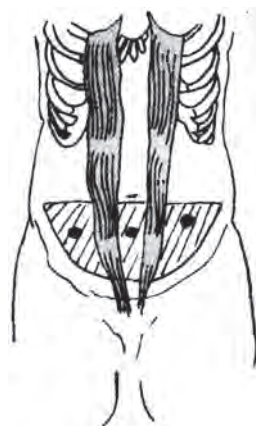
Σχήμα 105 Θέση αρρώστου κατά την οσφυονωτιαία παρακέντηση.

- ⇒ Το δεύτερο άτομο συγκρατεί και συμβουλεύει τον άρρωστο να είναι χαλαρός και ν' αναπνέει ήρεμα.
- ⇒ Αφού μετρηθεί η ενδοκράνια πίεση, αφαιρεί ο γιατρός το μανόμετρο και εσείς που βοηθάτε το γιατρό δώστε τα υλικά, πλησιάζοντας προσεκτικά τα αποστειρωμένα σωληνάρια βγάζοντας το πώμα τους, για να τρέξει το ΕΝΥ στάγδην απευθείας μέσα στα σωληνάρια. Λαμβάνονται τρία δείγματα από 0,1 ml σε κάθε σωληνάριο.
- ⇒ Στη συνέχεια τοποθετεί πάλι ο γιατρός το μανόμετρο για μέτρηση της πίεσης και φράζοντας με το στελεό τη βελόνα την αφαιρεί πιέζοντας συγχρόνως με αποστειρωμένη γάζα το σημείο παρακέντησης.
- ⇒ Στο σημείο αυτό βάλτε ειδικό σπρέι ή αποστειρωμένη γάζα, αφού πρώτα έχετε τοποθετήσει κρέμα Betadine και καλύψτε το πιεστικά με λευκοπλάστ ή με αυτοκόλλητη γάζα.
- ⇒ Αφαιρέστε το τετράγωνο και το αδιάβροχο, τοποθετήστε τον άρρωστο σε οριζόντια πριηνή ή ύπτια πλάγια θέση προσέχοντας να μην είναι το κεφάλι σε ψηλότερο σημείο από το υπόλοιπο σώμα για 6-12 ώρες.
- ⇒ Μετρήστε τα ζωτικά σημεία, απομακρύνετε το τροχήλατο με το υλικό και τακτοποιήστε το.
- ⇒ Φροντίστε να αποσταλούν έγκαιρα τα δείγματα του ΕΝΥ στο κατάλληλο εργαστήριο, αφού αναγράψετε στις ετικέτες τα πλήρη στοιχεία του αρρώστου.
- ⇒ Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να παίρνει ελεύθερα υγρά και ελαφρά τροφή, αν αισθάνεται καλά.
- ⇒ Καταγράψετε στη λογοδοσία τη διαδικασία και περιγράψτε τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

ι. Παρακέντηση κοιλίας

Παρακέντηση κοιλίας είναι η είσοδος βελόνας στην κοιλιακή χώρα για αφαίρεση υγρού. (Εικ. 106)

- Αποστειρωμένος δίσκος (set) που να περιέχει:
 - Τετράγωνο σχιστό και ειδικές βελόνες (κοντές και αιχμηρές με μεγάλο εύρος).
 - Γάζες τετράγωνες και τολύπια.



Εικ. 106 Θέσεις για παρακέντηση κοιλίας.

- Λαβίδες (ανατομική και kocher).
- Ογκομετρικό δοχείο.
- 2-3 δοκιμαστικά σωληνάρια.
- Ελαστικός σωλήνας μεγάλου μήκους.
- Τροχήλατο νοσηλείας που να περιέχει:
 - Στρόφιγγες τριών κατευθύνσεων (three-way).
 - Αντισηπτικό δέρματος (Betadine solution) και οινόπνευμα.
 - Τοπικό αναισθητικό (xylocaine 2%, procaine 1%).
 - Γάντια αποστειρωμένα μιας χρήσης.
 - Λευκοπλάστ και ψαλίδι, αυτοκόλλητες γάζες.
 - Ζώνη κοιλίας.
 - Λάστιχο, ετικέτες, παραπεμπτικά, στατό.
 - Χαρτοβάμβακο, νεφροειδές δοχείο για χρησιμοποιούμενα αιχμηρά αντικείμενα.
 - Ζυγαριά.
 - Παραβάν.
- Φάρμακα (αν πρέπει να γίνει έγχυση στην κοιλιακή χώρα).

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο, εφόσον επικοινωνεί, για να εξασφαλίσετε τη συνεργασία του.
- ⇒ Ζυγίστε τον και αναγράψτε το βάρος του σώματος σαν μέτρο σύγκρισης με το βάρος στο τέλος της διαδικασίας.
- ⇒ Πείτε στον άρρωστο να ουρήσει πριν την παρακέντηση για μείωση του κινδύνου τρώσης της κύστης.
- ⇒ Μετρήστε τα ζωτικά σημεία.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε θέση Fowler με υποστηριγμένη την πλάτη, τους βραχίονες και τα πόδια. Μπορεί να τοποθετηθεί και σε καθιστή θέση στο χέιλος του κρεβατιού.
- ⇒ Φέρετε το τροχήλατο στο θάλαμο, τοποθετήστε το παραβάν, κατεβάστε τα κλινοσκεπάσματα ριπδοειδώς προς τα κάτω μέχρι το μέσον των μηρών, προστατέψτε το θώρακα με κουβέρτα και αποκαλύψτε την κοιλιακή χώρα.
- ⇒ Ο γιατρός πλένει τα χέρια του, φορά τα γάντια του και, αφού ανοίξετε εσείς το αποστειρωμένο set, κάνει αντισηψία του δέρματος. Έπειτα τοποθετεί το τετράγωνο σχιστό στην περιοχή που θα παρακεντήσει.

- ⇒ Αφού αναρροφήσει αναισθητικό, κάνει τοπική αναισθησία, εισάγει τη σύριγγα με τη βελόνα στο σημείο παρακέντησης. Το σημείο καθορίζεται 3 ή 4 δάχτυλα κάτω από τον ομφαλό αριστερά ή δεξιά της λευκής γραμμής.
- ⇒ Αναρροφά 15-20 ml υγρό, αφαιρεί τη σύριγγα με τη βελόνα και κλείνει με αποστειρωμένη γάζα (αν η παρακέντηση είναι μόνο διαγνωστική).
- ⇒ Αν είναι εκκενωτική, αφαιρώντας τη σύριγγα προσαρμόζει το three-way και στη συνέχεια εφαρμόζει τον ελαστικό σωλήνα, το άλλο άκρο του οποίου καταλήγει στο ογκομετρικό δοχείο.
- ⇒ Στερεώνει τη βελόνα στο κοιλιακό τοίχωμα, αφού τοποθετήσει με λαβίδα γάζα κομμένη σε σχήμα Υ.
- ⇒ Το υγρό που έχει αναρροφήσει στη σύριγγα τοποθετήστε το στα δοκιμαστικά σωληνάρια.
- ⇒ Μην απομακρυνθείτε από τον άρρωστο σε όλη τη διάρκεια της παρακέντησης και παρακολουθήστε τον άρρωστο για ενδεχόμενες εκδηλώσεις συμπτωμάτων (ωχρότητα, λιποθυμία κ.τ.λ.).
- ⇒ Αφού ο γιατρός αφαιρέσει την καθορισμένη ποσότητα υγρού, βγάζει τη βελόνα και τοποθετεί αποστειρωμένη γάζα, την οποία στερεώνει πιεστικά με λευκοπλάστ ή τοποθετεί αυτοκόλλητη γάζα.
- ⇒ Εφαρμόστε τη ζώνη κοιλίας, η οποία ασκεί πίεση στα κοιλιακά τοιχώματα.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση (ύπτια ή ημικαθιστή, στην αντίθετη πλάγια αριστερά ή δεξιά πλευρά, ανάλογα με το σημείο παρακέντησης).
- ⇒ Παρακολουθήστε τα ζωτικά σημεία (ΑΠ, σφ. θερμ.) για 24 ώρες και το σημείο παρακέντησης.
- ⇒ Ζυγίστε τον άρρωστο και καταγράψτε το βάρος του.
- ⇒ Τακτοποιήστε το καρότσι νοσηλείας και φροντίστε για άμεση αποστολή των δειγμάτων στα εργαστήρια.
- ⇒ Ενημερώστε τη λογοδοσία για τη διαδικασία, τα ζωτικά σημεία, το βάρος σώματος, την ποσότητα του υγρού που αφαιρέθηκε κ.τ.λ.

19. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά τη Χορήγηση Οξυγόνου και Φαρμάκων μετά από Ομιχλοποίηση

Οξυγονοθεραπεία.

Στο θεωρητικό μέρος αναφέρθηκαν πολλοί τρόποι χορήγησης οξυγόνου. Στο εργαστηριακό μέρος θα περιγραφούν οι πιο συνηθισμένοι τρόποι χορήγησης οξυγόνου που είναι α) Η χορήγηση O_2 με ρινική κάνουλα (γυαλιά O_2) και β) Η χορήγηση οξυγόνου με μάσκα Venturi, καθώς και η χορήγηση εισπνεομένων φαρμάκων με μάσκα αερολύματος (Αεροζόλ).

α. Χορήγηση οξυγόνου (O_2) με ρινική κάνουλα

Υλικά που απαιτούνται:

- > Πηγή O_2 (επιτοίχια παροχή ή οβίδα).
- > Υγραντήρας με απεσταγμένο νερό, ως το επίπεδο ένδειξης.
- > Ροόμετρο.
- > Πλαστική ρινική κάνουλα (γυαλιά O_2).
- > Κάρτα με ένδειξη «Μην καπνίζετε».
- > Μικρός δίσκος που περιέχει:
 - Νεφροειδές.
 - Μπολ με τολύπα και χαρτοβάμβακο.
 - Λευκοπλάστ, ψαλίδι
 - Βαζελίνη.

Διαδικασία:

- ⇒ Ελέγξτε την ιατρική οδηγία.
- ⇒ Τοποθετήστε την κάρτα «Μην καπνίζετε» στην πόρτα του θαλάμου.
- ⇒ Εξηγήστε στον άρρωστο τη νοσηλεία που πρόκειται να του παρασχεθεί.
- ⇒ Ελέγξτε αν λειτουργεί καλά το σύστημα παροχής O_2 .
- ⇒ Βάλετε τον άρρωστο σε κατάλληλη θέση (ημι-fowler).
- ⇒ Ελέγξτε τη βατότητα των ρουθουνιών. Καθαρίστε τις εκκρίσεις, αν υπάρχουν.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.
- ⇒ Συνδέστε το σωλήνα της ρινικής κάνουλας με το σημείο εξόδου του υγραντήρα.

- ⇒ Ανοίξετε τη βαλβίδα του ροόμετρου και ελέγξτε αν το οξυγόνο περνά μέσα από την κάνουλα και στη συνέχεια κλείστε την.
- ⇒ Εφαρμόστε τη ρινική κάνουλα στα ρουθούνια του αρρώστου σε βάθος τουλάχιστον 2,5 cm, φέρνοντας τις ειδικές λαβές γύρω από τα αυτιά του αρρώστου και στερεώστε την πίσω από το κεφάλι με το ειδικό πλαστικό που υπάρχει στη συσκευή ή κάτω από το πηγούνι. (εικ. 107)



Εικ. 107

- ⇒ Ρυθμίστε τη ροή του οξυγόνου σύμφωνα με την ιατρική οδηγία (συνήθως 2 lit O₂ / 1 λεπτό και πυκνότητα 24-30%. Σπανιότερα δίδεται με τη ρινική κάνουλα πάνω από 3 lit / 1 λεπτό, γιατί φεύγει από τη μύτη και το στόμα λόγω της ανατομικής κατασκευής του ανωτέρου αναπνευστικού και δεν μπαίνει μεγάλη ποσότητα O₂).
- ⇒ Στερεώστε με λευκοπλάστ το σωλήνα στο μαξιλάρι, αφήνοντας κατάλληλο μήκος, για να κινεί άνετα το κεφάλι του ο άρρωστος.
- ⇒ Ελέγχετε τη λειτουργία της συσκευής σε τακτά χρονικά διαστήματα για ενδεχόμενη μετακίνηση, αναδίπλωση, απόφραξη από βλέννες κ.τ.λ.
- ⇒ Ελέγξτε τη γενική κατάσταση του αρρώστου (χρώμα δέρματος, ζωτικά σημεία κ.τ.λ.).
- ⇒ Φροντίστε το στόμα και τα ρουθούνια καθημερινά για πρόληψη ξηρότητας βλεννογόνων. Χρησιμοποιήστε βαζελίνη στα ρουθούνια, αν υπάρχει ξηρότητα.
- ⇒ Αλλάζετε τη ρινική κάνουλα και το νερό του υγραντήρα καθημερινά.
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο και τους συγγενείς ότι δεν πρέπει να αφαιρείται η ρινική κάνουλα και να διακόπτεται η οξυγονοθεραπεία, καθώς και η αυξομείωση της ροής του O₂.
- ⇒ Καταγράψτε στη λογοδοσία ημερομηνία και ώρα έναρξης της οξυγονοθεραπείας, μέθοδο χορήγησης, ρυθμό ροής και πυκνότητα παροχής του O₂.

β. Χορήγηση οξυγόνου (O₂) με μάσκα Venturi

Υπάρχουν διάφοροι τύποι μάσκας Venturi. Χρησιμοποιούνται ευρέως, είναι εύκολες στη χρήση τους και εφαρμόζουν εκτός από τη μύτη και το στόμα και σε τραχειοσωλήνα ή ενδοτραχειακό σωλήνα.

Η μάσκα Venturi είναι έτσι κατασκευασμένη, ώστε να χορηγεί με ακρίβεια ρυθμισμένη συγκέντρωση O_2 . Κάνει ανάμειξη του ατμοσφαιρικού αέρα με το οξυγόνο που χορηγείται με το ροόμετρο και έτσι δίνει σταθερή συγκέντρωση O_2 ανεξάρτητα από το ρυθμό της αναπνοής του αρρώστου. Το περίσσειμα του αέρα φεύγει από τη μάσκα μέσα από το διάτρητο Cuff παίρνοντας μαζί του και το εκπνεόμενο διοξείδιο του άνθρακα.

Το σύστημα αποτελείται:

1. Από μια πλαστική μάσκα με δύο μικρές οπές, ένα μεταλλικό έλασμα που βοηθά να εφαρμόσει καλά στη μύτη του αρρώστου και μια ελαστική ταινία, η οποία σταθεροποιεί τη μάσκα στο πρόσωπο.
2. Από έναν πλαστικό σωλήνα μικρού μήκους.
3. Από κωδικοποιημένες βαλβίδες σε διάφορα χρώματα, οι οποίες προσαρμόζονται στον ελαστικό σωλήνα και δίνουν την επιθυμητή συγκέντρωση του O_2 .

Π.χ. 24% στα 4 λίτρα.

28% στα 4 λίτρα.

31% στα 6 λίτρα.

35% στα 8 λίτρα.

40% στα 8 λίτρα.

50% στα 8 λίτρα.

60% στα 12 λίτρα.

Αυτά τα νούμερα αναγράφονται και στο κάτω μέρος της κάθε βαλβίδας. (εικ. 108)

Υπάρχει και ένας άλλος τύπος μάσκας στον οποίο δεν αλλάζει κάθε φορά η κωδικοποιημένη βαλβίδα, αλλά ρυθμίζεται η επιθυμητή συγκέντρωση του O_2 με ένα βελάκι που υπάρχει στο κάτω μέρος της μάσκας. Μ' αυτό τον τύπο της μάσκας δεν μπορεί να χορηγηθεί O_2 με πυκνότητα 60%.

Υλικά που απαιτούνται:

Τα υλικά είναι τα ίδια, όπως και στη χορήγηση O_2 με ρινική κάνουλα, με τη διαφορά ότι αντικαθίσταται από μια μάσκα Venturi με την κωδικοποιημένη βαλβίδα, ανάλογα με την ιατρική εντολή.



Εικ. 108 Μάσκα οξυγόνου Venturi, βαλβίδες, συνδετικό.

Διαδικασία:

Η διαδικασία είναι η ίδια, όπως αναφέρεται στη χορήγηση οξυγόνου με ρινική κάνουλα και στο μόνο σημείο που διαφοροποιείται είναι στην τοποθέτηση της μάσκας.

- ⇒ Βγάλετε από τη συσκευασία τη μάσκα.
- ⇒ Προσαρμόστε τον κοντό σωλήνα και στη συνέχεια την κατάλληλη κωδικοποιημένη βαλβίδα, ανάλογα με την ιατρική οδηγία. Π.χ. για βαλβίδα 31% ρυθμίστε το O₂ στα 6 λίτρα.
- ⇒ Στο κάτω μέρος της βαλβίδας προσαρμόστε το ένα άκρο του συνδετικού σωλήνα και το άλλο άκρο στην παροχή O₂.
- ⇒ Τοποθετήστε τη μάσκα πάνω στη μύτη και το στόμα του αρρώστου και κάτω από το πηγούνι.
- ⇒ Εφαρμόστε την καλά στο πρόσωπο, πιέζοντας το μεταλλικό έλασμα στη μύτη και περάστε την ελαστική ταινία πίσω από το κεφάλι του αρρώστου, ώστε να μην υπάρχουν διαρροές.
- ⇒ Ανοίξετε την παροχή του οξυγόνου.
- ⇒ Κάθε φορά που αλλάζει η ιατρική οδηγία ως προς την πυκνότητα, αλλάζετε την κωδικοποιημένη βαλβίδα και ρυθμίζετε το οξυγόνο στα αντίστοιχα λίτρα.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Κατά τη διάρκεια του φαγητού αντικαθίσταται η μάσκα Venturi, με γυαλιά οξυγόνου, έτσι ώστε να μην μένει ο άρρωστος χωρίς οξυγόνο.

γ. Χορήγηση εισπνεομένων φαρμάκων με μάσκα αερολύματος (Αεροζόλ)

Με αυτή τη μάσκα χορηγείται οξυγόνο σε πυκνότητα 35% και πάνω, με μεγάλη υγρασία που παρέχει ομίχλη αερολύματος θερμαινόμενη ή όχι ή γίνεται θεραπεία με υψηλής υγρασίας συμπιεσμένο αέρα.

Υλικά που απαιτούνται:

- Πηγή O₂ (επιτοίχια ή οβίδα).
- Ροόμετρο.
- Πλαστική μάσκα Αερολύματος (Αεροζόλ).
- Κάρτα με την ένδειξη «Μην καπνίζετε».
- Κάρτα φαρμάκων.

➤ Φάρμακο που αναφέρεται στην κάρτα (Aerolin, Atrovent, Berovent κ.τ.λ.) και φυσιολογικός ορός ανάλογα με την ιατρική οδηγία. Π.χ. 1 cc Aerolin + 4 cc φυσιολογικό ορό.

Διαδικασία:

- ⇒ Δείτε προσεκτικά την ιατρική οδηγία.
- ⇒ Συγκεντρώστε τα απαραίτητα υλικά (μάσκα, φάρμακο κ.τ.λ.).
- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία.
- ⇒ Τοποθετήστε την κάρτα «Μην καπνίζετε» στην πόρτα του θαλάμου.
- ⇒ Ελέγξτε το σύστημα παροχής O_2 αν λειτουργεί καλά.
- ⇒ Βάλετε στο βαρελάκι της μάσκας το φάρμακο, όπως αναγράφεται στην ιατρική οδηγία. (εικ. 109)
- ⇒ Συνδέστε τη μάσκα και τον ελαστικό σωλήνα στην παροχή O_2 .
- ⇒ Εφαρμόστε τη μάσκα στο πρόσωπο του αρρώστου και ρυθμίστε τη ροή, ώσπου να παραχθεί το επιθυμητό νέφος (συνήθως 8-10 lit. O_2 / lα).
- ⇒ Πείτε στον άρρωστο να αναπνέει από το στόμα. Η διαδικασία κρατάει 2-3α.
- ⇒ Τσεκάρτε στην κάρτα φαρμάκων.
- ⇒ Όταν τελειώσει η χορήγηση φαρμάκου με ομιχλοποίηση, κλείστε την παροχή του O_2 .
- ⇒ Αν παίρνει O_2 , αλλάξτε τη συσκευή με τη ρινική κάνουλα ή τη μάσκα Venturi.
- ⇒ Η μάσκα αερολύματος (Αεροζόλ) πρέπει να αλλάζει, γιατί ο κίνδυνος λοιμώξεων είναι μεγάλος λόγω της αυξημένης υγρασίας.
- ⇒ Επίσης πρέπει να γίνεται συχνή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και της μύτης.



Εικ. 109 Τοποθέτηση βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου στη μάσκα αερολύματος.

20. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά τη Νοσηλεία Αρρώστου με Τραχειοστομία

α. Αποστειρωμένο set τραχειοτομής

Είναι απαραίτητο σε όλα τα Νοσηλευτικά Τμήματα και στο Χειρουργείο ΜΕΘ, Επείγοντα Εξωτερικά Ιατρεία και πρέπει να υπάρχουν περισσότερα από ένα. Εναλλακτικά υπάρχουν έτοιμα set τραχειοτομής, αλλά έχουν μεγαλύτερο κόστος.

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος που περιέχει:
 - Λαβή χειρουργικού μαχαιριδίου.
 - 2 χειρουργικές λαβίδες.
 - 1 ανατομική λαβίδα.
 - 1 ψαλίδι ραμμάτων.
 - 2 ψαλίδια ιστών.
 - 1 rean.
 - 3 μοσχίτος μεσαίου μεγέθους.
 - 2 μοσχίτος μικρές.
 - 1 μοσχίτος κυρτή.
 - 1 kocher.
 - 2 βελονοκάτοχα Alison.
 - 4 ρουχολαβίδες.
 - 1 διαστολέας τραχείας.
 - 2 άγκιστρα.
 - Τετράγωνο σχιστό και απλό.
 - Γάζες 3^{ου} βαθμού.
 - Μπωλ, φακαρόλα.
- Υλικά αποστειρωμένα μιας χρήσης, όπως είναι:
 - Τραχειοσωλήνες σε διάφορα νούμερα.
 - Γάζες τραχειοστομίας.
 - Λάμες Νο 10 ή 15.
 - Ράμματα.

β. Περιποίηση τραχειοστομίας

Υλικά που απαιτούνται:

- Τροχήλατο χειρουργικών αλλαγών που περιέχει:
 - Αποστειρωμένο set αλλαγής (νεφροειδές μέσα στο οποίο υπάρχουν γάζες και τολύπια, 3 λαβίδες, ψαλίδι και 2 μπολ).
 - Γάντια αποστειρωμένα μιας χρήσης.
 - Αντισηπτικό (Betadine solution), φυσιολογικός ορός.
 - Τραχειοσωλήνες μιας χρήσης σε διάφορα νούμερα (αν είναι μεταλλικός, είναι εξωτερικός και εσωτερικός).
 - Φακαρόλα.
 - Χαρτοσακούλα για τα άχρηστα.
 - Συσκευή αναρρόφησης.
 - Καθετήρες αναρρόφησης μιας χρήσης.
 - Συσκευή οξυγόνου.
 - Παραβάν.

Διαδικασία: (καλό είναι να προηγείται αναρρόφηση) (εικ. 110)

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο.
- ⇒ Οδηγήστε το τροχήλατο με το υλικό κοντά στον άρρωστο.
- ⇒ Απομονώστε με παραβάν.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε κατάλληλη θέση (ύπια ή ημικαθιστή, αλλά με το κεφάλι σε έκταση βάζοντας μαξιλάρι στους ώμους).
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια και ανοίξτε το set μέσα στο οποίο προσθέσετε την ειδική σχιστή γάζα τραχειοστομίας με άσηπτη τεχνική.
- ⇒ Αφού βγάλετε τα δύο μπωλ από το set, τοποθετήστε στο ένα την απαραίτητη ποσότητα αντισηπτικού και στο άλλο φυσιολογικό ορό.
- ⇒ Φορέστε τα αποστειρωμένα γάντια, πάρτε μια λαβίδα από το set και αφαιρέστε μ' αυτή τη χρησιμοποιημένη γάζα και βάλτε τη στη χαρτοσακούλα.



Εικ. 110 Καθαρισμός του σωλήνα αναρρόφησης με φυσιολογικό ορό - απαραίτητα υλικά στο κομοδίνο του αρρώστου.

- ⇒ Πάρτε από το set τις άλλες δύο βαλβίδες και με τολύπια και φυσιολογικό ορό καθαρίστε πολύ καλά την περιοχή του τραχειοστομίου από το κέντρο προς την περιφέρεια. Κάνετε αντισηψία στη γύρω περιοχή με αντισηπτικό (Betadine solution).
- ⇒ Πιάστε με τις δύο λαβίδες την αποστειρωμένη σχιστή γάζα και τοποθετήστε τη σωστά γύρω από το στόμιο της τραχείας. Αν δεν έχετε ειδική σχιστή γάζα, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε μια σχιστή γάζα αποστειρωμένη, αφού την κόψετε κατάλληλα με ένα ψαλίδι.
- ⇒ Βάλετε καθαρή φακαρόλα.
- ⇒ Η περιποίηση αυτή επαναλαμβάνεται τρεις ή περισσότερες φορές ημερησίως, με σκοπό την πρόληψη της μόλυνσης.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο αναπαυτικά.
- ⇒ Απομακρύνετε το παραβάν, φροντίστε το θάλαμο και τακτοποιήστε το υλικό σας.
- ⇒ Καταγράψτε τη διαδικασία στη λογοδοσία.

γ. Αλλαγή τραχειοσωλήνα

Τα υλικά είναι τα ίδια με τα προηγούμενα που αναφέρθηκαν για την περιποίηση τραχειοστομίας.

Επιπλέον χρειάζεται αποστειρωμένος διαστολέας τραχείας και ζελέ ξυλοκαΐνης για την επάλειψη του τραχειοσωλήνα.

Η αλλαγή γίνεται κυρίως από το γιατρό και ιδιαίτερα το πρώτο χρονικό διάστημα.

- ⇒ Βοηθήστε το γιατρό στην αλλαγή, δίνοντας στο γιατρό τα απαραίτητα υλικά.
- ⇒ Χρησιμοποιήστε αρχές ασηψίας και αντισηψίας, όπως έχετε διδαχθεί σε κάθε αλλαγή χειρουργημένου αρρώστου.
- ⇒ Όπως σε κάθε νοσηλεία του αρρώστου, απομακρύνετε τους επισκέπτες και τοποθετήστε το παραβάν.

δ. Ετοιμασία μεταλλικού τραχειοσωλήνα για αποστείρωση

Ο μεταλλικός τραχειοσωλήνας έχει δύο τμήματα: το εσωτερικό και το εξωτερικό. Η ετοιμασία περιλαμβάνει δύο φάσεις:

1. Πλύσιμο ή καθάρισμα, και
2. Αποστείρωση.

Υλικά που απαιτούνται:

- Νεφροειδές ή λεκάνη.
- Βουρτσάκι τρίχινο κυρτό για καθάρισμα του σωλήνα.
- Λαβίδα ανατομική κυρτή και ψαλίδι.
- Γάζες, απολυμαντικό διάλυμα.

Διαδικασία:

- ⇒ Φορέστε γάντια.
- ⇒ Αφαιρέστε τη φακαρόλα του χρησιμοποιούμενου τραχειοσωλήνα και ρίξτε τη στο δοχείο άχρηστων.
- ⇒ Ανοίξτε την ασφαλιστική βαλβίδα, βγάλετε τον εσωτερικό από τον εξωτερικό τραχειοσωλήνα.
- ⇒ Ξεπλύνετε καλά κάτω από τη βρύση με τρεχούμενο νερό.
- ⇒ Βυθίστε σε νεφροειδές με διάλυμα, νερό + οξυζενέ (αραίωση 1:1).
- ⇒ Αφήστε τα, μέχρι να μαλακώσουν οι εκκρίσεις.
- ⇒ Ξεπλύνετε τους τραχειοσωλήνες και αρχίσετε καλό καθαρισμό των αυλών με μια γάζα διπλωμένη σαν ταινία με λαβίδα.
- ⇒ Καθαρίστε καλά με το βουρτσάκι. Επιμένετε στα δύσκολα σημεία.
- ⇒ Μετά βυθίστε πάλι σε νεφροειδές με απολυμαντικό διάλυμα και αφήστε τα ανάλογο χρόνο, σύμφωνα με τις οδηγίες του απολυμαντικού.
- ⇒ Ξεπλύντε καλά, σκουπίστε τους τραχειοσωλήνες πολύ καλά με γάζες.
- ⇒ Αφαιρέστε τα γάντια και πλύνετε τα χέρια σας.
- ⇒ Ετοιμάστε το set για αποστείρωση, όπως έχετε διδαχθεί.

ε. Απαραίτητα υλικά που πρέπει να υπάρχουν κοντά στον άρρωστο με τραχειοστομία**Υλικά που απαιτούνται:** (δες εικ. 110)

- Συσκευή αναρρόφησης τροχήλατη ή εντοιχισμένη.
- Καθετήρες αναρρόφησης μιας χρήσης (No 12, 14, 16).
- Σωλήνες και συνδετικό για τη συσκευή αναρρόφησης.
- Φιάλη με φυσιολογικό ορό (για εμφύσηση του καθετήρα μετά από κάθε αναρρόφηση).
- Γάντια αποστειρωμένα μιας χρήσης.

- Παροχή οξυγόνου (συνήθως επιτοίχια).
- Δίσκος με υλικό αλλαγής που προαναφέρθηκε.

21. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά τη Νοσηλεία Αρρώστων με Προβλήματα Ουροποιητικού Συστήματος.

α. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης σε γυναίκα



Εικ. 111 *Είδη καθετήρων*
(Folley 2 way-three way, σιλικόνης, Nelaton, Tieman, εξωτερικός καθετήρας).

Είδη καθετήρων: (εικ. 111)

Εσωτερικοί.

1. Folley 2 way και 3 way.
2. Folley σιλικόνης 2 way και 3 way.
3. Nelaton.
3. Tieman.
3. Pezzer.
3. Malecot.

Εξωτερικός.

Καθετήρας είναι ειδική συσκευή για τη συλλογή ούρων, που εφαρμόζεται εξωτερικά στους άνδρες.

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκος (set) καθετηριασμού που περιέχει:

- 2 ανατομικές λαβίδες.
- Γάζες και τολύπια.
- Μπολ.
- Τετράγωνο και σχιστό.

(Στο εμπόριο κυκλοφορούν έτοιμα αποστειρωμένα set καθετηριασμών ουροδόχου κύστης, μιας χρήσης).

- Τροχήλατο νοσηλείας που τοποθετούμε:

- Καθετήρες αποστειρωμένους (2-3).

- Αντισηπτικό διάλυμα (Betadine).
- Υδροδιαλυτό γλισχραντικό jelly.
- Γάντια αποστειρωμένα μιας χρήσης.
- Νεφροειδές, ψαλίδι, λευκοπλάστ.
- Σύριγγες.
- Φυσιολογικό ορό για το φούσκωμα του μπαλονιού.
- Αποστειρωμένο δοχείο, ετικέτες (για συλλογή ούρων).
- Ποδονάρια, κουβέρτα νοσηλείας, παραβάν.
- Αδιάβροχο με τετράγωνο.
- Ουροσυλλέκτη με βρυσάκι και πλαίσιο συγκράτησής του.
- Υλικό για τοπική καθαριότητα.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Από τον καθετηριασμό ουροδόχου κύστης προηγείται τοπική καθαριότητα των έξω γεννητικών οργάνων.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία.
- ⇒ Ετοιμάστε όλα τα απαραίτητα υλικά και μεταφέρετε το τροχήλατο στο θάλαμο του αρρώστου.
- ⇒ Τοποθετήστε το παραβάν.
- ⇒ Αντικαταστήσετε τα κλινοσκεπάσματα με την κουβέρτα νοσηλείας.
- ⇒ Αφαιρέστε το εσώρουχο και τοποθετήστε τα ποδονάρια και το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από την άρρωση.
- ⇒ Τοποθετήστε το πλαίσιο με τον ουροσυλλέκτη στο μεταλλικό πλαίσιο του κρεβατιού προς το κάτω μέρος του.
- ⇒ Αναδιπλώστε την κουβέρτα νοσηλείας ριπιδοειδώς προς το πάνω μέρος του σώματος. Η άρρωση βρίσκεται σε ύπτια θέση με γόνατα λυγισμένα και τους μηρούς σε απαγωγή.
- ⇒ Κάνετε τοπική καθαριότητα και στη συνέχεια πλύνετε τα χέρια σας.
- ⇒ Τοποθετήστε το set καθετηριασμού στο κομοδίνο ή στο κάτω μέρος του κρεβατιού και ανοίξτε με άσηπτη τεχνική.
- ⇒ Βάλετε αντισηπτική διάλυση στο μπωλ.
- ⇒ Τοποθετήστε το νεφροειδές σε σημείο που προσεγγίζετε εύκολα.

- ⇒ Ανοίξτε το εξωτερικό κάλυμμα του καθετήρα και βάλτε τον καθετήρα στο δίσκο (set).
- ⇒ Ετοιμάστε σύριγγα με φυσιολογικό ορό.
- ⇒ Φορέστε αποστειρωμένα γάντια.
- ⇒ Καλύψτε την άρρωστη με τα αποστειρωμένα οθόνια (τετράγωνο και σχιστό).
- ⇒ Αποχωρίστε τα χείλη με τα δύο σας δάκτυλα, δείκτη και αντίχειρα του αριστερού χεριού, για να βρείτε την ουρήθρα.
- ⇒ Διατηρήστε το χέρι σας σε αυτή τη θέση μέχρι το τέλος του καθετηριασμού και εργασθείτε με το άλλο.
- ⇒ Καθαρίστε καλά με την αποστειρωμένη λαβίδα και τολύπιο με αντισηπτικό διάλυμα κατά σειρά μικρά και μεγάλα χείλη και το στόμιο της ουρήθρας καθαρίζοντας με μια κίνηση από πάνω προς τα κάτω, δηλαδή από την κλειτορίδα προς τον πρωκτό. Χρησιμοποιείτε κάθε τολύπιο μια φορά και το απορρίπτετε.
- ⇒ Απομακρύνετε τη λαβίδα και το νεφροειδές.
- ⇒ Πιάστε τον καθετήρα και τη δεύτερη αποστειρωμένη λαβίδα σε απόσταση 7-8 cm από την κεφαλή, επαλείψτε με το γλισχραντικό jelly και εισαγάγετέ τον στην ουρήθρα με γρήγορες και ήπιες κινήσεις, περίπου 5-6 εκ. Αφήστε να τρέξουν ούρα. (Η εισαγωγή του καθετήρα μπορεί να γίνει και με το χέρι, εφόσον έχει διατηρηθεί η ασηψία του γαντιού).
- ⇒ Φουσκώστε το μπαλόνι με φυσιολογικό ορό που έχετε ήδη ετοιμάσει στη σύριγγα, σε ποσότητα όση αναγράφεται στον καθετήρα.
- ⇒ Τραβήξτε ελαφρά τον καθετήρα, για να βεβαιωθείτε ότι το μπαλόνι έχει φουσκώσει και δεν υπάρχει κίνδυνος να έχει βγει ο καθετήρας.
- ⇒ Συνδέστε τον καθετήρα με τον ουροσυλλέκτη με άσηπτη τεχνική.
- ⇒ Ελέγξτε τη ροή των ούρων μέσα στον ουροσυλλέκτη.
- ⇒ Στερεώστε τον καθετήρα στην εσωτερική επιφάνεια του μηρού.
- ⇒ Αν χρειάζεται να γίνει λήψη ούρων για καλλιέργεια, ακολουθείται η τεχνική που θα περιγραφεί παρακάτω:
- ⇒ Στεγνώστε το περίνεο.
- ⇒ Απομακρύνετε το σχιστό, αδιάβροχο και τετράγωνο, τα ποδονάρια και την κουβέρτα νοσηλείας και σκεπάστε την άρρωστη.
- ⇒ Απομακρύνετε τα χρησιμοποιημένα υλικά.
- ⇒ Απορρίψτε το υλικό μιας χρήσης.
- ⇒ Ετοιμάστε το set για την αποστείρωση.

⇒ Καταγράψετε στη λογοδοσία την ώρα του καθετηριασμού, το ποσό ούρων, το χρώμα κ.τ.λ.

β. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης σε άνδρα

Το υλικό και η διαδικασία είναι η ίδια. Οι διαφορές είναι οι παρακάτω:

- ⇒ Δώστε στον άρρωστο ύπτια θέση με τα κάτω άκρα σε έκταση.
- ⇒ Καθαρίστε τη βάλανο με κυκλικές κινήσεις από το στόμιο προς το δέρμα.
- ⇒ Κρατήστε με γάντι το πέος σχεδόν κατακόρυφα και διατηρήστε τη θέση αυτή μέχρι το τέλος του καθετηριασμού.
- ⇒ Βάλετε τον καθετήρα στην ουρήθρα 15-20 cm και μετακινήστε τον ελαφρά μέχρι να βγουν ούρα.
- ⇒ Όταν αρχίσει η ροή των ούρων, προχωρήστε τον καθετήρα άλλα 2,5 cm.
- ⇒ Στη συνέχεια ενεργήστε όπως και στον καθετηριασμό της γυναίκας.

Φροντίδα ουροκαθετήρα και συστήματος παροχέτευσης ούρων (ουροσυλλέκτη) για πρόληψη ουρολοιμώξεων.

- Ο καθετηριασμός ουροδόχου κύστης γίνεται μόνο όταν είναι αναγκαίος και μετά από εντολή του γιατρού.
- Χαλαρή στερέωση του καθετήρα στην έσω επιφάνεια του μηρού για πρόληψη τραυματισμού της ουρήθρας.
- Χρήση κλειστού αποστειρωμένου συστήματος παροχέτευσης ούρων (με κάνουλα) και αφαίρεση αυτού κάθε φορά που αλλάζει ο καθετήρας ή υπάρχει διαρροή ή κακοσμία. (εικ. 112)
- Τοποθέτηση του ουροσυλλέκτη χαμηλότερα από το επίπεδο της κύστης, για να μην παλινδρομούν τα ούρα στην κύστη.
- Απαγορεύεται η επαφή του σάκου παροχέτευσης με το δάπεδο.
- Ο σάκος παροχέτευσης αδειάζει από την κάνουλα κάθε 8 ώρες ή όταν είναι γεμάτος κατά τα 2/3.
- Καθημερινή τοπική καθαριότητα της περιοχής της ουρήθρας και του περινέου και τοποθέτηση αντιμικροβιακής αλοιφής στην περιοχή της ουρήθρας και ιδιαίτερα στις γυναίκες.
- Πλύσιμο των χεριών πριν και μετά την επαφή με τον ουροκαθετήρα και τον ουροσυλλέκτη.



Εικ. 112 Ουροσυλλέκτης με κάνουλα.

γ. Αφαίρεση καθετήρα ουροδόχου κύστης

Υλικά που απαιτούνται:

- Δίσκο νοσηλείας ο οποίος να περιέχει:
 - 1 μεγάλο νεφροειδές.
 - Γάζες.
 - Τετράγωνο με αδιάβροχο.
 - Γάντια.
 - Αντισηπτικό διάλυμα.
 - Σύριγγα 10 και 20 ml, χωρίς βελόνα.
 - Παραβάν.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο και τοποθετήστε παραβάν, καθώς επίσης το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από τους γλουτούς του αρρώστου.
- ⇒ Φορέστε τα γάντια.
- ⇒ Τοποθετήστε το νεφροειδές κοντά στον/στην άρρωστο/η.
- ⇒ Καθαρίστε το στόμιο του καθετήρα με αντισηπτικό διάλυμα.
- ⇒ Πάρτε τη σύριγγα, προσαρμόστε το μπεκ στο ειδικό στόμιο του καθετήρα που επικοινωνεί με το μπαλονάκι και αναρροφήστε όλη την ποσότητα του φυσιολογικού ορού.
- ⇒ Πάρτε στο ένα σας χέρι γάζα, κρατήστε με αυτή τον καθετήρα κοντά στο στόμιο της ουρήθρας και τραβήξτε τον με ήπιες κινήσεις και, μόλις τον αφαιρέσετε, ακουμπήστε τον μέσα στο νεφροειδές μαζί με τη γάζα.
- ⇒ Πάρτε καθαρή γάζα και σκουπίστε τον/την άρρωστο/η.
- ⇒ Απομακρύνετε το νεφροειδές με τα χρησιμοποιημένα υλικά, καθώς και το αδιάβροχο, τετράγωνο και τον ουροσυλλέκτη και πετάξτε ό,τι είναι άχρηστο.
- ⇒ Τακτοποιήστε τον/την άρρωστο/η και απομακρύνετε το παραβάν.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.
- ⇒ Ελέγξτε πότε θα ουρήσει ο/η άρρωστος/η μετά την αφαίρεση του καθετήρα.
- ⇒ Ενημερώστε τη λογοδοσία.

δ. Τεχνική για λήψη ούρων για γενική εξέταση ούρων ή ουροκαλλιέργεια

(Στους άνδρες δεν είναι απαραίτητος ο σχολαστικός καθαρισμός. Στις γυναίκες ο καθαρισμός της περιουρηθρικής περιοχής είναι βασικός για τη λήψη αξιόπιστου δείγματος για ουροκαλλιέργεια).

Υλικά που απαιτούνται:

- Αποστειρωμένο δοχείο για ουροκαλλιέργεια.
- Καθαρό ποτηράκι με καπάκι για τη γενική ούρων.
- Ετικέτες.
- Γάντια.
- Διάλυμα πράσινου σαπουνιού.
- Απεσταγμένο νερό.
- Αποστειρωμένες γάζες 8 cm x 8.
- Νεφροειδές.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε και επεξηγήστε τη διαδικασία στην άρρωστη.
- ⇒ Φορέστε τα γάντια.
- ⇒ Καθαρίστε την περιοχή με τρεις αποστειρωμένες γάζες 8x8 βουτηγμένες σε διάλυμα πράσινου σαπουνιού (αντισηπτικά που περιέχουν μικροβιοκτόνα, όπως Phisohex, Betadine δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται).
- ⇒ Χρησιμοποιώντας κάθε φορά μια γάζα καθαρίστε την περιοχή με φορά από εμπρός προς τα πίσω.
- ⇒ Επαναλάβετε το ίδιο με τρεις γάζες εμβαπτισμένες σε απεσταγμένο νερό.
- ⇒ Ενώ η άρρωστη θα κρατά τα μεγάλα χείλη ανοιχτά, πείτε της να ουρήσει με δύναμη.
- ⇒ Αφήστε τα αρχικά ούρα να πέσουν έξω (στη λεκάνη ή στο δοχείο) και κατόπιν συλλέξτε τα επόμενα στο αποστειρωμένο δοχείο, το οποίο δεν πρέπει να ακουμπά πάνω στα γεννητικά όργανα. Το δοχείο απομακρύνεται, ενώ ακόμη ουρεί η άρρωστη.
- ⇒ Κλείστε το με άσηπτη τεχνική, επικολλήστε την ετικέτα με τα στοιχεία της αρρώστου και αποστείλετε τα στο εργαστήριο σε διάστημα όχι περισσότερο από 1 ώρα.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Εναλλακτικά, μπορεί να καθίσει ανάποδα στη λεκάνη της τουαλέτας ή πάνω σε δοχείο με το ευρύ της μέρος προς τα εμπρός, γιατί έτσι ανοίγουν τα μεγάλα χείλη καλά για καθαρισμό. Στη συνέχεια ακολουθεί η διαδικασία που περιγράφηκε πιο πάνω, αφού πρώτα εξηγήσετε με λεπτομέρεια τα στάδια της προετοιμασίας και της λήψης των ούρων.

Για τη λήψη των ούρων για γενική εξέταση δεν χρειάζεται ιδιαίτερη προετοιμασία και διαδικασία.

ε. Τεχνική για λήψη ούρων από ουροκαθετήρα για ουροκαλλιέργεια

(Σε αρρώστους που φέρουν μόνιμο καθετήρα η λήψη των ούρων δεν πρέπει να γίνεται με αποσύνδεση του συστήματος συλλογής των ούρων ή από τον ουροσυλλέκτη).

Υλικά που απαιτούνται:

- Αποστειρωμένο δοχείο.
- Αντισηπτικό διάλυμα (Betadine solution).
- Βαμβάκι.
- Γάντια.
- Ετικέτες.
- Σύριγγες και βελόνες.
- Ειδική λαβίδα (κλάπα) ή kocher για κλείσιμο του καθετήρα.
- Νεφροειδές.

Διαδικασία:

- ⇒ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη διαδικασία.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας, φορέστε τα γάντια.
- ⇒ Κλείστε με τη λαβίδα τη ροή των ούρων σε απόσταση 5 εκ. από το στόμιο της ουρήθρας.
- ⇒ Κάνετε καλή αντισηψία του σημείου παρακέντησης (κατάλληλο σημείο είναι μετά το διχασμό του ουροκαθετήρα εκεί που ενώνεται με τον ουροσυλλέκτη, ενώ στην ειδική υποδοχή που φέρει ο ουροσυλλέκτης μπορεί να γίνει η λήψη μόνο την πρώτη φορά).
- ⇒ Παρακεντήστε με τη σύριγγα και τη βελόνα και αναρροφήστε ούρα 10 ml και

τοποθετήστε τα με άσηπτη τεχνική στο αποστειρωμένο δοχείο, αφού πρώτα έχετε βγάλει τη βελόνα από τη σύριγγα.

- ⇒ Αφαιρέστε τη λαβίδα και απομακρύνετε τα υλικά από το θάλαμο.
- ⇒ Επικολλήστε την ετικέτα στο δοχείο με τα στοιχεία του αρρώστου και στείλτε το στο μικροβιολογικό εργαστήριο.
- ⇒ Αφαιρέστε τα γάντια, πλύνετε τα χέρια σας, ενημερώστε τη λογοδοσία για τη διαδικασία.

22. Τεχνική Νοσηλευτικών Διαδικασιών κατά τη Νοσηλεία Αρρώστων με Προβλήματα του Πεπτικού Συστήματος

α. Τεχνική νοσηλευτικής φροντίδας ειλεοστομίας - κολοστομίας

Υλικά που απαιτούνται:

Σε τροχήλατο αλλαγής ή σε δίσκο νοσηλείας, πρέπει να είναι συγκεντρωμένα όλα τα παρακάτω υλικά, που θα χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια της τοπικής φροντίδας της στομίας:

- Σάκος και βάση της στομίας, κατάλληλου μεγέθους και τύπου. Οι σάκοι ειλεοστομίας διαφέρουν από αυτούς της κολοστομίας. (εικ. 113)
- Set αλλαγής (λαβίδες, γάζες, τολύπια).
- Γάντια.
- Νεφροειδές μιας χρήσης.
- Χαρτοβάμβακο.
- Χαρτοσακούλα για τα άχρηστα.
- Πλαστική σακούλα για το σάκο που αφαιρείται.
- Τετράγωνο με αδιάβροχο.
- Ειδικό σαπούνι, για την καθαριότητα του δέρματος ή αν δεν υπάρχει, σαπούνι ουδέτερο (γλυκερίνης).
- Ειδική κρέμα για περιποίηση δέρματος.



Εικ. 113 Σάκοι κολοστομίας-ειλεοστομίας.

- Ειδική σκόνη για εξουδετέρωση κακοσμίας, που τοποθετείται στο νέο σάκο πριν την εφαρμογή.
- Φυσιολογικός ορός.
- Αντισηπτικό (διάλυμα ιωδίου).
- Δοχείο με χλιαρό νερό.
- Παραβάν.

Βασική αρχή σε κάθε είδος παρέμβασης είναι η εξασφάλιση συνεργασίας με τον άρρωστο, σ' ένα κλίμα εμπιστοσύνης και αποδοχής. Η συνεργασία επιτυγχάνεται, αν ληφθούν υπόψη τα εξής τρία στοιχεία:

- α) Ο χρόνος, που δεν πρέπει να συμπίπτει με το χρόνο νοσηλείας, ύπνου ή φαγητού. Η καλύτερη χρονική στιγμή για τη φροντίδα της στομίας είναι 1 έως 1/2 ώρα πριν το φαγητό.
- β) Η ενημέρωση του αρρώστου για τη σειρά των εργασιών και το είδος της νοσηλείας.
- γ) Η διακριτική απομάκρυνση συνοδών και η διαφύλαξη της αξιοπρέπειας του αρρώστου. Αν δεν υπάρχουν κουρτίνες, είναι καλό να τοποθετείται παραβάν.

Διαδικασία:

Εφόσον έχετε λάβει υπόψη τα παραπάνω, μπορείτε να προχωρήσετε στο καθαυτό τεχνικό στάδιο, όπως προτείνεται στη συνέχεια:

- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση, ύπτια, με μικρή κλίση στο πλάγιο του στομίου ή ημικαθιστή.
- ⇒ Αναδιπλώστε τα κλινοσκεπάσματα ως την ηβική περιοχή.
- ⇒ Αποκαλύψτε την περιοχή του στομίου, απομακρύνοντας τις πυζάμες.
- ⇒ Τοποθετήστε το τετράγωνο αδιάβροχο κάτω από την περιοχή της στομίας, για να μη λερώσετε τα σεντόνια ή τις πυζάμες.
- ⇒ Η χαρτοσακούλα για τη συλλογή των άχρηστων πρέπει να είναι δίπλα σας, ανοιχτή στο κάτω μέρος του κρεβατιού.
- ⇒ Τοποθετήστε το νεφροειδές, με φύλλα χαρτοβάμβακα στο εσωτερικό του, κάτω από το στόμιο και σε επαφή με τα κοιλιακά τοιχώματα.
- ⇒ Αν ο άρρωστος φορά ζώνη, χαλαρώστε τη.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας και μετακινήστε το τροχήλατο δίπλα στο κρεβάτι.
- ⇒ Φορέστε γάντια.

- ⇒ Ενισχύστε τον άρρωστο να παρακολουθεί τις κινήσεις σας, για να μαθαίνει τη διαδικασία.
- ⇒ Αφαιρέστε το σάκο και απορρίψτε τον στην πλαστική σακούλα. Καλό είναι ν' απομακρυνθεί αμέσως από το θάλαμο. Σημειώστε τον όγκο και το χαρακτήρα του περιεχομένου.
- ⇒ Αν υπάρχει βάση, ξεκολλήστε την προσεκτικά.
- ⇒ Καλύψτε το στόμιο με γάζα, για απορρόφηση απεκκριμάτων, όση ώρα εργάζεστε.
- ⇒ Καθαρίστε με ουδέτερο σαπούνι και νερό, το δέρμα γύρω από το στόμιο, χωρίς εντριβή και στεγνώστε το. Ελέγξτε το χρώμα και την κατάστασή του.
- ⇒ Αν υπάρχουν υπολείμματα κόλλας, αφαιρέστε τα με στεγνή γάζα και, αν δεν αφαιρούνται, χρησιμοποιήστε το ειδικό σαπούνι για τον καθαρισμό του δέρματος.
- ⇒ Καθαρίστε την περιοχή του στομίου, χρησιμοποιώντας λαβίδα με τολύπιο εμποτισμένο σε φυσιολογικό ορό.
- ⇒ Επαναλάβετε τον καθαρισμό του στομίου, όσες φορές χρειαστεί, με κινήσεις κυκλικές από το κέντρο προς την περιφέρεια.
- ⇒ Ελέγξτε το στόμιο, το δέρμα γύρω από αυτό και ετοιμάστε τη νέα βάση με τον κατάλληλο τύπο σάκου. Η διάμετρος της βάσης και του σάκου πρέπει να είναι μεγαλύτερη απ' αυτή του στομίου.
- ⇒ Εφόσον όλη η περιοχή είναι στεγνή, επικολλήστε τη βάση και εφαρμόστε σ' αυτή το σάκο. Η βάση πρέπει να τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μη δημιουργούνται πτυχές στο δέρμα και υπάρχει κίνδυνος διαρροής. Αν υπάρχει ζώνη, την τοποθετείτε όπως ήταν πριν.
- ⇒ Αφήστε τον άρρωστο καθαρό σε αναπαυτική θέση.
- ⇒ Συγκεντρώστε και απομακρύνετε όλα τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα. Υλικά μιας χρήσης απορρίπτονται, υλικά πολλαπλής χρήσης πλένονται, απολυμαίνονται και στέλνονται για αποστείρωση.
- ⇒ Αφαιρέστε τα γάντια που χρησιμοποιήσατε και απομακρύνετε το τροχήλατο από το δωμάτιο. Αερίστε το δωμάτιο.
- ⇒ Αναφέρετε στην προϊσταμένη του τμήματος το τέλος των εργασιών, όπως και τις παρατηρήσεις σας για την εμφάνιση αίματος, πύου, δερματίτιδας.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας.

Παρατηρήσεις.

1. Αν χρησιμοποιείται αυτοκόλλητος σάκος χωρίς βάση, ακολουθείται η ίδια διαδικασία σε μία φάση. Αφού έχετε επιλέξει την κατάλληλη διάμετρο, κολλήστε το σάκο από το κάτω μέρος αρχικά, στη συνέχεια από τα δύο πλάγια και τέλος στο επάνω μέρος, τεντώνοντας ταυτόχρονα το δέρμα.
2. Εφαρμόστε το σάκο κατακόρυφα, σε άρρωστο που περπατά, και ελαφρά πλάγια, σε κλινήρη άρρωστο.

β. Πλύση - Υποκλυσμός κολοστομίας

Υλικά που απαιτούνται:

Τροχήλατο αλλαγής ή δίσκος νοσηλείας, πάνω στον οποίο τοποθετούνται:

- Διάλυμα πλύσης, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία (φυσιολογικός ορός, χαμομήλι, παραφινέλαιο θ: 37-38° C, όγκος: 250-500 cc).
- Ιριγκατέρ ή fleet-enema ή set πλύσης κολοστομίας.
- Καθετήρες ορθού απλοί ή με ενσωματωμένο κώνο.
- Γάντια, νεφροειδή, χαρτοβάμβακο, χαρτοσακούλα, πλαστική σακούλα.
- Βαζελίνη.
- Τετράγωνο με αδιάβροχο.
- Set αλλαγής (λαβίδα, γάζες, τολύπια).
- Σάκος κολοστομίας και τα υπόλοιπα υλικά περιποίησης της στομίας.
- Παραβάν, στατό ορού.

Διαδικασία:

- ⇒ Εξασφαλίστε τη συνεργασία του αρρώστου, έχοντας υπόψη τα τρία στοιχεία: χρόνος, ενημέρωση, απομάκρυνση επισκεπτών, όπως έχει ήδη αναφερθεί και προχωρήστε στην τεχνική.
- ⇒ Τοποθετήστε τον άρρωστο στην κατάλληλη θέση: ελαφρά πλάγια προς την πλευρά που θα γίνει η πλύση, με υποστηριγμένη την πλάτη σε μαξιλάρι ή καθιστική θέση.
- ⇒ Αναδιπλώστε τα κλινοσκεπάσματα και αποκαλύψτε την περιοχή του στομίου, με απομάκρυνση της πυτζάμας. Αφαιρέστε τη ζώνη, αν υπάρχει.
- ⇒ Τοποθετήστε το τετράγωνο με το αδιάβροχο, κάτω από την περιοχή του στομίου.

- ⇒ Τοποθετήστε νεφροειδές με φύλλα χαρτοβάμβακα στο εσωτερικό του, σ' επαφή με τα κοιλιακά τοιχώματα, κάτω από το στόμιο. Έχετε δίπλα σας τη χαρτοσακούλα και την πλαστική σακούλα.
- ⇒ Πλύνετε τα χέρια σας και μετακινήστε το τροχήλατο δίπλα σας.
- ⇒ Φορέστε γάντια, αφαιρέστε το σάκο, αν είναι αυτοκόλλητος, και, αν όχι, αφαιρέστε το σάκο, απορρίψτε τον στην πλαστική σακούλα και απομακρύνετε τον από το δωμάτιο. Αφαιρέστε και τη βάση.
- ⇒ Κάνετε καθαριότητα δέρματος και στομίου, όταν έχει αφαιρεθεί.
- ⇒ Αλλάξτε γάντια, αν χρειάζεται.
- ⇒ Τοποθετήστε το διάλυμα πλύσης στο δοχείο πλύσης ή ετοιμάστε το fleet-enema.
- ⇒ Κρεμάστε το δοχείο στο στατό, σε ύψος 40 cm από το επίπεδο της στομίας, για να εξασφαλίσετε χαμηλή πίεση ροής του διαλύματός σας. Έχετε κλειστή τη στρόφιγγα.
- ⇒ Ανοίξτε τη συσκευασία του καθετήρα από το πάνω μέρος, για να συνδέσετε το μπεκ του καθετήρα με τη στρόφιγγα της συσκευής πλύσης.
- ⇒ Επαλείψτε το άκρο του καθετήρα με βαζελίνη, ανοίξτε τη στρόφιγγα και αφήστε να πέσει ποσότητα υγρού στο νεφροειδές, αφαιρώντας τον αέρα από τον καθετήρα. Αν τοποθετηθεί κώνος, επαλείψτε το άκρο του με βαζελίνη.
- ⇒ Εισάγετε τον καθετήρα ή τον κώνο στο έντερο από το στόμιο, με ήπιες κινήσεις. Αν αισθανθείτε αντίσταση, μην πιέζετε, αφήστε να τρέξει το διάλυμα και ωθήστε ήπια τον καθετήρα προς τα μέσα. Στο fleet-enema πιέστε ήπια το σάκο. Υπάρχει πιθανότητα, λόγω ταχείας εισαγωγής του διαλύματος στο έντερο, ο άρρωστος να παρουσιάσει πόνο. Σταματήστε τη ροή για λίγο και συνεχίστε, μέχρι να πέσει όλο το διάλυμα.
- ⇒ Αφαιρέστε τον καθετήρα ή τον κώνο και αποχωρήστε τον από τη συσκευή πλύσης.
- ⇒ Καλύψτε το στόμιο με χαρτοβάμβακα για προστασία δική σας και του ιματισμού, γιατί υπάρχει περίπτωση απότομης εξόδου του περιεχομένου του εντέρου.
- ⇒ Αφήστε ελεύθερο το στόμιο, για να παροχετευτεί όλο το περιεχόμενο. Περιμένετε τουλάχιστον 15 λεπτά. Αν χρειάζεται, επαναλάβετε την πλύση ή το fleet-enema.
- ⇒ Καθαρίστε το στόμιο και το δέρμα γύρω από αυτό.
- ⇒ Τοποθετήστε νέα βάση και σάκο ή αυτοκόλλητο σάκο.
- ⇒ Απομακρύνετε άχρηστα χρησιμοποιημένα αντικείμενα. Αφαιρέστε τα γάντια. Πλύνετε τα χέρια σας, τακτοποιήστε το κρεβάτι και τον άρρωστο σε αναπauτική θέση.

- ⇒ Υλικά πολλαπλής χρήσης πρέπει να πλένονται, να απολυμαίνονται και να αποστέλλονται για αποστείρωση.
- ⇒ Ενθαρρύνετε τον άρρωστο, αφού ηρεμήσει, να μετακινηθεί ή να ανασηκωθεί, για καλύτερη διέγερση του περισταλτισμού του εντέρου. Παραμείνετε δίπλα του, για να τον βοηθήσετε στην έγερση και στην κατάκλιση.
- ⇒ Ενημερώστε την προϊστάμενη για το τέλος των εργασιών σας, τις παρατηρήσεις σας και συμπληρώστε στο διάγραμμα το χαρακτήρα και τον αριθμό των κενώσεων.

Παρατηρήσεις.

1. Αν ο άρρωστος είναι περιπατητικός, η πλύση μπορεί να γίνει στην τουαλέτα, σε καθιστική θέση. Στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιείται ειδικός μακρόστενος σάκος, που εφαρμόζει στον πλαστικό δακτύλιο της βάσης της κολοστομίας, όπως ο σάκος, και υποστηρίζεται με την ειδική ζώνη. Μέσω του σάκου αυτού, αποβάλλεται το εντερικό περιεχόμενο, χωρίς ο άρρωστος ή εσείς να λερώνεστε, αφού η αποβολή γίνεται απευθείας στην τουαλέτα.
2. Σε αποτυχία της πλύσης, και εφόσον αναφερθεί, μπορεί να δοθεί οδηγία να τοποθετηθεί σωλήνας αερίων στον άρρωστο από το στόμιο. Η διαδικασία είναι η ίδια, με ήπιους χειρισμούς, για αποφυγή διάτρησης του εντέρου.

Διδασκαλία αρρώστου - οικογένειας.

Όσο χρονικό διάστημα ο άρρωστος παραμένει στο νοσοκομείο, η φροντίδα της ειλεοστομίας-κολοστομίας είναι αρμοδιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού και, επιπλέον, απαιτείται και από τον ίδιο. Εντούτοις, είναι απαραίτητο, ο ίδιος ή ένα μέλος της οικογένειας, να διδαχθεί τη διαδικασία, ώστε κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο να μην υπάρξει πρόβλημα ή άγνοια φροντίδας.

Διδάξτε στον άρρωστο ή σε ένα μέλος της οικογένειας τα παρακάτω:

- Την τεχνική της φροντίδας, το υλικό και τον τρόπο χρήσης του.
- Εξηγήστε του ότι η λήψη φαρμάκων και το διαιτολόγιο θα πρέπει να είναι υπό την επίβλεψη του γιατρού ή της προϊσταμένης. Πληροφορήστε τον ότι, φορώντας την ειδική ζώνη, δεν θα έχει πρόβλημα στην ένδυση ή στην άσκηση και, με την πάροδο του χρόνου, το οίδημα και ο ερεθισμός του στομίου υποχωρούν και δεν απαιτείται η χρήση αποστειρωμένων υλικών, παρά μόνο καθαρών. Αν πρόκειται για έγκυο γυναίκα, επιβάλλεται η ιατρική παρακολούθηση, όπως, επίσης, και η προσαρμογή των κατάλληλων υλικών.

Ολοκληρώστε τον κύκλο των εργασιών που έχετε αναλάβει, με υπευθυνότητα και συνειδητά απευθυνθείτε στον άρρωστο, λέγοντας πολύ απλά:

«Για ό,τι χρειαστείτε, θα είμαστε στο πλευρό σας».

Αν είναι αληθινή η έκφρασή σας και όχι τυπική, ο άρρωστος θα το καταλάβει και θα νιώσει πολύ καλύτερα. Μια φράση μπορεί να μειώσει κατά πολύ την ένταση και το άγχος μιας δυσάρεστης διαδικασίας. Οφείλετε να συμβάλλετε και σε αυτό.

23. Νοσηλευτική Φροντίδα Νεκρού

Υλικά που απαιτούνται:

- Τρόλεϊ με:
 - Προστατευτικές μπλούζες (συνήθως 2).
 - Γάντια μιας χρήσης (τύπου Latex).
 - Δύο πετσέτες μπάνιου.
 - Μία πετσέτα προσώπου.
 - Λεκάνες (2 για σαπούνισμα και ξέβγαλμα).
 - Κανάτα με ζεστό νερό.
 - Κάδο για το χρησιμοποιούμενο νερό.
 - Τρίφτη μιας χρήσης.
 - Αντισηπτικό και σαπούνι.
 - Χτένα.
 - Νεφροειδές.
 - Κοινό επίδεσμο.
 - Γάζες.
 - Λευκοπλάστ.
 - Μεγάλα τολύπια βάμβακος.
 - Λαβίδα.
 - Ψαλίδα.
 - Σεντόνι (όχι λευκό, συνήθως γκρι).
 - Βραχιόλι νεκρού - Ειδικές κάρτες.
 - Σάκο άπλυτων.

Διαδικασία:

- ⇒ Καλέστε γιατρό.
- ⇒ Κάντε ΗΚΓ για διαπίστωση του θανάτου του αρρώστου.
- ⇒ Χρησιμοποιήστε παραβάν ή κουρτίνες ή μεταφέρετε το νεκρό σε άλλο ειδικό θάλαμο (ειδικά αν υπάρχει σαβανωτής).
- ⇒ Αφαιρέστε κουβέρτες ή πανωσέντονα.
- ⇒ Φέρτε το τρόλεϊ με τα υλικά.
- ⇒ Φορέστε προστατευτικές μπλούζες και γάντια.
- ⇒ Τοποθετήστε το σώμα του νεκρού σε ύπτια θέση μ' ένα μαξιλάρι.
- ⇒ Κλείστε τα μάτια του.
- ⇒ Αφαιρέστε όλες τις παροχετεύσεις, καθετήρες και αποσυνδέστε από τα μηχανήματα, με σεβασμό στο σώμα του.
- ⇒ Αφαιρέστε όλα τα προσωπικά του αντικείμενα (ρολόι, δακτυλίδια κ.τ.λ.).
- ⇒ Καθαρίστε τα τραύματα με αντισηπτικό και καλύψτε με γάζες και λευκοπλάστ.
- ⇒ Καθαρίστε το σώμα του νεκρού, όπως στο λουτρό καθαριότητας.
- ⇒ Πωματίστε με βαμβάκι το ορθό και άλλα σημεία που μπορεί να έχει έκκριση υγρών.
- ⇒ Τοποθετήστε το βραχιόλι στο χέρι με το ονοματεπώνυμο, ημερομηνία και τμήμα.
- ⇒ Κρατήστε το δεξί χέρι του νεκρού, κάντε τρεις φορές το σταυρό του, εφόσον είναι Χριστιανός Ορθόδοξος. Σταυρώστε τα χέρια, ακουμπήστε τα στην κοιλιά του, αφού τα δέσετε με επίδεσμο. Τοποθετήστε και την ειδική κάρτα μαζί με τη γάζα.
- ⇒ Ευθείαστε τα πόδια και δέστε τα μαζί στις ποδοκνημικές αρθρώσεις, με επίδεσμο.
- ⇒ Κρατήστε τη σιαγόνα (κάτω γνάθο) και δέστε με επίδεσμο προς το κεφάλι.
- ⇒ Τυλίξτε όλο το σώμα και το κεφάλι του νεκρού με καθαρό σεντόνι (όχι λευκό). Στερεώστε πάνω στο σεντόνι ειδική κάρτα με τα στοιχεία του νεκρού.
- ⇒ Απομακρύνετε διακριτικά και αθόρυβα το νεκρό, αφαιρέστε το ρουχισμό του κρεβατιού, προστατευτικές μπλούζες και γάντια - αερίστε το θάλαμο.
- ⇒ Ο νεκρός μεταφέρεται στο νεκροθάλαμο και υπογράφετε σε ειδικό τετράδιο. Στο ίδιο τετράδιο υπογράφεται και η παραλαβή του από το γραφείο τελετών.
- ⇒ Παραδώστε όλα τα είδη του νεκρού στους συγγενείς (και τα χρήματα), ενυπόγραφα σε ειδικό τετράδιο, στο νοσηλευτικό τμήμα.
- ⇒ Αν δεν υπάρχουν συγγενείς, παραδώστε τα με τον ίδιο τρόπο στην προϊσταμένη του τμήματος.

⇒ Δώστε προσοχή στον τρόπο ενημέρωσης των συγγενών για το θάνατο του αρρώστου. Να είστε διακριτικοί και σοβαροί. Οι συγγενείς πρέπει να πάρουν το πιστοποιητικό θανάτου από το γιατρό, ένα ειδικό έντυπο υπογεγραμμένο από τη νοσηλευτική διεύθυνση (εικ. 114) και το βιβλιάριο νοσηλείας που θα προσκομίσουν στο λογιστήριο. Αν ο νεκρός είχε νοσηλευτεί λιγότερο από 24 ώρες στο νοσοκομείο, από την πιστοποίηση θανάτου, οι συγγενείς συμπληρώνουν τριπλότυπο έντυπο για τη νεκροτομή.

ΑΠΟ: ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΘΑΝΟΝΤΩΝ

Η Νοσηλευτική Διεύθυνση του Νοσοκομείου μας, για να σας διευκολύνει στις δύσκολες αυτές στιγμές σας, παρακαλεί να διαβάσετε προσεκτικά τις πιο κάτω οδηγίες :

1. Το Προσωπικό του Νοσοκομείου έχει υποχρέωση να περιποιηθεί το νεκρό σας
2. Στο Νοσοκομείο υπάρχει ψυκτικός θάλαμος για ΔΩΡΕΑΝ σύντομη παραμονή των νεκρών
3. Το Προσωπικό του Νοσοκομείου δεν έχει υποχρέωση να γνωρίζει Γραφεία Τελετών.
Απαγορεύεται αυστηρά η υπόδειξη τέτοιου Γραφείου από τους Υπαλλήλους του Νοσοκομείου.
Αν οποιοσδήποτε επιχειρήσει να το κάνει, παρακαλούμε να μας ενημερώσετε.
4. Η παρακάτω Δήλωση να προσκομισθεί συμπληρωμένη στον αρμόδιο Υπάλληλο του Νοσοκομείου μας κατά την παραλαβή του νεκρού

ΔΗΛΩΣΗ

Ο υπογεγραμμένος
βαθμός συγγενείας
δηλώνω ότι έδωσα εντολή στον Κ.
τηλέφωνο να παραλάβει.....
.....

Μαρούσι.....

Ο/Η ΔΗΛΩΝ /ΟΥΣΑ

Εικ. 114

Φροντίδα νεκρού με AIDS.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε χώρους με οροθετικούς ασθενείς θα πρέπει να είναι ενημερωμένο ενυπόγραφα για τα τηρούμενα μέτρα προστασίας. Ο νεκρός θα πρέπει να χαρακτηριστεί HIV(+) μολυσμένος ή σηπτικός. Το προσωπικό που θα φροντίσει το νεκρό θα φορά μπλουζα προστατευτική, αδιάβροχη μιας χρήσης,

διπλά γάντια, ποδονάρια. Αν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης από αίμα και υγρά, φορά επιπλέον μάσκα, κάλυμμα κεφαλής και προστατευτικά γυαλιά. Η διαδικασία φροντίδας του νεκρού είναι η ίδια, όπως προαναφέραμε. Επισημαίνονται τα παρακάτω:

- ⇒ Χρησιμοποιήστε αδιάβροχο λευκοπλάστ, κατά τον πωματισμό, λαβίδα μιας χρήσης και εμποτίστε το τολύπιο βάμβακος με διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου (χλωρίνη) 10%.
 - ⇒ Περιτυλίξτε το νεκρό με σεντόνι-σάβανο. Ο ΝΕΚΡΟΣ ΔΕΝ ΝΤΥΝΕΤΑΙ.
 - ⇒ Όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται για την ετοιμασία του νεκρού (ξυριστικές μηχανές κ.τ.λ.) είναι μιας χρήσης.
 - ⇒ Το φορείο που θα ετοιμαστεί για τη μεταφορά του στρώνεται με σεντόνι.
 - ⇒ Ο σάκος τοποθετείται ανοικτός πάνω στο φορείο και ο νεκρός με μεγάλη προσοχή μεταφέρεται στον ειδικό σάκο, ώστε να μην ακουμπήσουμε και λερώσουμε την εξωτερική επιφάνειά του. Κλείστε το σάκο και τοποθετήστε κάρτα νεκρού.
 - ⇒ Ο νεκρός μεταφέρεται στο νεκροθάλαμο και παραμένει στο ψυγείο.
 - ⇒ Τοποθετείται σε φέρετρο που εσωτερικά βάζουν απορροφητικό υλικό, αφού αφαιρεθεί ο πλαστικός σάκος και σφραγίζουν το φέρετρο.
 - ⇒ Η παράδοσή του γίνεται παρουσία της εφημερεύουσας προϊσταμένης, για να ελέγχεται η τήρηση των μέτρων ασφαλείας.
 - ⇒ Οι χώροι νοσηλείας χαρακτηρίζονται υψηλής μολυσματικότητας και λαμβάνονται αυστηρά προφυλακτικά μέτρα.
 - ⇒ Τα απορρίμματα συλλέγονται ανά είδος σε ειδικούς σάκους. Γίνεται διαχωρισμός, συλλογή, διακομιδή ιματισμού και απολύμανση. Τα υπόλοιπα τα στέλνετε για αποστείρωση.
 - ⇒ Τα υλικά των παροχετεύσεων, αναρροφήσεων και ουροσυλλέκτες τα απομακρύνετε, αφού αδρανοποιήσετε το περιεχόμενό τους με διάλυμα χλωρίνης.
 - ⇒ Ακολουθεί καλός καθαρισμός και απολύμανση στρώματος, μαξιλαριών και κρεβατιού.
 - ⇒ Φροντίστε για τον καθαρισμό και απολύμανση των επιφανειών (δάπεδα, τοίχοι, πάγκοι, κομοδίνα).
 - ⇒ Οι στολές που χρησιμοποιήθηκαν τοποθετούνται σε ειδικούς σάκους.
- Αφού αεριστεί και στεγνώσει καλά το δωμάτιο, μπορείτε να το χρησιμοποιήσετε.

24. Απαραίτητα Υλικά και Όργανα Εκτάκτου Ανάγκης

α. Τρόλεϊ καρδιακής ανακοπής

β. Set διασωλήνωσης θώρακα

γ. Κλειστή παροχέτευση θώρακα με συσκευή Billow

Το τροχήλατο έκτακτης ανάγκης χρησιμοποιείται μόνο σε επείγουσες καταστάσεις, όχι σε καθημερινές νοσηλείες. Βρίσκεται σε κάθε τμήμα σε κατάλληλο μέρος, ώστε, όταν χρειαστεί, να μεταφέρεται εύκολα και γρήγορα. Το υλικό ελέγχεται και παραλαμβάνεται ενυπόγραφα σε κάθε βάρδια. Ελέγχεται η λειτουργία του απινιδωτή.

Αν κάτι αναλωθεί ή λήξει κάτι από το υλικό, αντικαθίσταται. Είναι χρήσιμο και διευκολύνει το προσωπικό των νοσηλευτικών τμημάτων να υπάρχει ο ίδιος τύπος τρόλεϊ παντού και το ταξινομημένο υλικό να είναι τοποθετημένο παρόμοια. Αυτό περιλαμβάνει:

1. Μηχανήματα - Όλα έτοιμα για χρήση.

- Απινιδωτής. (εικ. 115)
- ΗΚΓφος (ειδικό ζελέ για τα ηλεκτρόδια και αυτοκόλλητα).
- Πιεσόμετρο.
- Στηθοσκόπιο.
- AMBU.
- Αναρρόφηση
- Λαρυγγοσκόπιο (με μικρή, μεσαία και μεγάλη λάμα. Θυμηθείτε να ελέγχεται το φωτάκι αν λειτουργεί).
- Οβίδα O_2 .
- Σανίδα για μάλαξη καρδιάς (συνήθως είναι προσαρμοσμένη στο τρόλεϊ).



Εικ. 115 Απινιδωτής.

2. Τρόλεϊ εκτάκτων αναγκών. (εικ. 116 και 117)



Εικ. 116 Τροχήλατο έκτακτης ανάγκης.



Εικ. 117 Τροχήλατο έκτακτης ανάγκης.

α. Υλικό.

- Set κεντρικής φλεβικής πίεσης.
- Set αποκάλυψης φλέβας.
- Set τραχειοστομίας.
- Υποκλείδιοι καθετήρες.
- Ενδοτραχειακοί σωλήνες (σε διάφορα μεγέθη).
- Αποστειρωμένο βελονοκάτοχο και λαβίδα.
- Λαβίδα για σύλληψη γλώσσας.
- Καθετήρες αναρρόφησης (διάφορα νούμερα).
- Γάντια αποστειρωμένα (νούμερα 7, 8).
- Ράμματα ETHILON (3/0, 4/0 ή άλλα).
- Ρινογαστρικοί καθετήρες (14, 16, 18, 20 νούμερα).
- Ουροκαθετήρες
- Βελόνες ενδοκαρδιακής έγχυσης φαρμάκων.
- Βελόνες απλές.
- Σύριγγες των 2,5-5-10-15-20-60 cc.
- Σύριγγες ινσουλίνης.
- Νεφροειδή μιας χρήσης.
- Αποστειρωμένες γάζες, τολύπια βάμβακος.
- Κάδος αχρήστων.
- Σανίδα (για καρδιαναπνευστική αναζωογόνηση, αν χρειαστεί).

β. Φάρμακα σε ενέσιμη μορφή.

- Adrenaline amp 1 mg.
- Atropine amp 1 mg.
- Aminophylline amp.
- Bicarbonate 4% amp.
- Calcium de Glyconate amp.

- Dopamine amp 50 mg.
- Dormicum amp 25 mg, 50 mg.
- Digoxin amp 0,5 mg.
- Effortil amp 10 mg.
- Isoptin amp 5 mg.
- Isuprel amp.
- Inotrex fl 250 mg.
- Heperine fl.
- Lasix amp 20 mg.
- Nitrolingual amp 25 mg.
- Solu-cortef fl 100 mg, 250mg, 500 mg.
- Solu-medrol fl 25 mg, 40 mg.
- Stedon amp 10 mg.
- Sodium chloride 15% amp.
- Xylocaine 2% fl.
- Potassium chloride 10% amp.
- Primperan amp 10 mg.

γ. Οροί.

- Dextrose (D/W) 5% 1000 cc, 500 cc, 250 cc, 100 cc.
- Dextrose (D/W) 10% 1000 cc, 500 cc.
- Dextrose (D/W) 20% 1000 cc.
- Dextrose (D/W) 35% 1000 cc.
- Sodium Chloride (N/S) 0,9% 1000 cc, 500 cc, 250 cc.
- Ringer's 1000 cc.
- Mannitol 1000 cc.
- Haemacel.
- Bicarbonate 4% 250 cc.

Καλό είναι να υπάρχουν κάρτες χορήγησης φαρμάκων έκτακτης ανάγκης. Αν εκείνη τη στιγμή δεν προλαβαίνετε να καταγράψετε τα φάρμακα που χορηγούνται, βάζετε σε νεφροειδές τα άχρηστα χρησιμοποιούμενα (fl) φλακόν και (amp) αμπούλες, ώστε να μετρηθούν μετά. Π.χ.

ΚΑΡΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ					
Α/Α	ΟΝΟΜ/ΜΟ	ΦΑΡΜΑΚΑ	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΟΔΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ	ΩΡΑ
Υπογραφή Ιατρού:			Ημερομηνία:		
Υπογραφή Νοσηλεύτριας/ού:			Ώρα:		

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Πολλές φορές η προϊσταμένη του τμήματος παραγγέλλει και έτοιμα set μιας χρήσης (κεντρικής φλεβικής πίεσης, αποκάλυψης φλέβας, τραχειοστομίας κ.τ.λ.). Άλλες φορές λόγω αυξημένου κόστους, τα ετοιμάζει το προσωπικό του νοσηλευτικού τμήματος.

Γλωσσάρι

HDL: υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες.

LDL: χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες.

Levin: ρινογαστρικός σωλήνας.

ph: αρνητικός δεκαδικός λογάριθμος της συγκέντρωσης των ιόντων υδρογόνου (H^+) στο αίμα και στα υγρά του σώματος - δείκτης της οξεοβασικής ισορροπίας.

Shock: καταπληξία.

Valetudinaria: οργανωμένα νοσοκομεία στη Ρωμαϊκή κοινωνία για πολεμιστές.

Valetudo: καλή υγεία, από το valerius (υγιαίνω, είμαι ικανός, ισχυρός).

Άγω: φέρω.

Αιματέμεση: η αποβολή αίματος από το στόμα με τη μορφή εμετού, εκδηλωτική αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού.

Αιμοπνευμοθώρακας: παρουσία αίματος και αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα.

Ακρωτηριασμός: κόψιμο μέλους σώματος.

Ακτινογραφία: απεικόνιση, «φωτογράφιση» διαφόρων μερών του σώματος με τη βοήθεια ειδικών μηχανημάτων.

Άλγος: πόνος.

Άναλος δίαιτα: δίαιτα που δεν περιέχει αλάτι στα τρόφιμα.

Ανάνηψη: η επαναφορά των βασικών λειτουργιών (π.χ. αναπνοές, Α.Π, σφύξεις κ.τ.λ.) σε φυσιολογική κατάσταση.

Απάγω: διώχνω.

Απομύζηση: αναρρόφηση / απορρόφηση των προϊόντων της πέψης από το αίμα.

Απόχρεμψη: αποβολή φλέγματος, συνήθως μετά από βήχα.

Αρτηριοσκλήρυνση: χρόνια πάθηση των αρτηριών που χαρακτηρίζονται από παθολογική πάχυνση και σκλήρυνση των τοιχωμάτων των αρτηριών.

Αυτοφροντίδα: αυτοεξυπηρέτηση, μόνος του φροντίζει.

Αφυδατωμένος: στεγνός από υγρά.

Βαγοτομή: εκτομή των νεύρων του παρασυμπαθητικού, που ευθύνονται για τη γαστρική έκκριση.

Βακτηριαμία: η παρουσία βακτηρίων στο αίμα.

Βαμβάκοφορέας: μπατονέτα (cotton stick ή cotton bads).

Βηματοδότης: η ηλεκτρονική συσκευή που εμφυτεύεται στο θώρακα των καρδιοπαθών και διεγείρει το μυοκάρδιο με ηλεκτρική παραγωγή ηλεκτρικών διεγέρσεων.

Φυσιολογία: μηχανισμός της καρδιάς που προκαλεί τους καρδιακούς παλμούς.

Βλεννογόνος: επιθηλικός ιστός, συνήθως καλύπτει το εσωτερικό τοίχωμα των κοίλων οργάνων και παράγει βλέννα.

Βλεννοσκοπική κάθαρση: καθάρισμα εκκριμάτων από το τραχειοβρογχικό δέντρο.

Στην τραχεία εσωτερικά υπάρχουν κροσσοί που μοιάζουν με σκούπα και με τις κινήσεις τους αποβάλλουν μέσω του βήχα εκκρίσεις του τραχειοβρογχικού δέντρου.

Βορβορυγμός: ήχος που ακούγεται κατά τον περισταλτισμό του εντέρου (γουργουρίσμα, γουργουρητό).

Γάντια τύπου Latex: ελαστικά γάντια.

Γαστρεκτομή: η μερική ή ολική αφαίρεση του στομάχου.

Γονότυπος: το σύνολο των κληρονομικών καταβολών του οργανισμού.

Δάγγειος πυρετός: μεταδοτική νόσος με υψηλό πυρετό και εξανθήματα.

Διάγνωση: διαδικασία αναγνώρισης της ασθένειας και διάκρισης από άλλη.

Διαδικασία: τρόπος εκτέλεσης.

Διασταύρωση αίματος: ελέγχεται η συμβατότητα (τα πλήρη αντισώματα).

Δοκιμασία Coombs: ελέγχονται τα ατελή αντισώματα.

Δυσκαμψία: δυσκολία στην κίνηση (κυρίως αρθρώσεων).

Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Έγερση: σήκωμα ατόμου από ένα μέρος.

Ειδικότητα: η αναλογία των ορθώς αρνητικών ευρημάτων στο σύνολο εκείνων που δεν πάσχουν από τη νόσο.

Εισιτήριο: μικρό δελτίο, που αποδεικνύει την είσοδο στο νοσοκομείο (μπορεί να συνοδεύεται από καταβολή χρημάτων σε ιδιωτικά ιδρύματα).

Εισρόφηση εμεσμάτων: περιεχόμενο εμετού εισέρχεται στο βρογχικό δέντρο.

Ενδοσκόπηση / ενδοσκοπικός έλεγχος: η εξέταση εσωτερικών κοιλιοτήτων του σώματος με τη χρησιμοποίηση ιατρικών οργάνων (π.χ. ουρητηροσκόπηση, γαστροσκόπηση, κυστεοσκόπηση, κολονοσκόπηση, βρογχοσκόπηση κ.τ.λ.).

Ενυδατωμένος: έχει πάρει ικανοποιητική ποσότητα υγρών.

Εξκουβίτορας: νυχτερινός φύλακας του Ξενώνα (Βυζ).

Επιπλοκές: μη αναμενόμενες επιπτώσεις από μια πάθηση ή ενέργεια.

Επίσχεση ούρων: αδυναμία της κύστης να αποβάλλει τα ούρα που υπάρχουν μέσα σε αυτή.

Ερεισίνωτο: το μέρος του κρεβατιού (καρέκλας ή καναπέ), που χρησιμεύει για τη στήριξη της πλάτης.

Ερυθρότητα: υπεραιμία, κοκκίνισμα.

Ευαισθησία: η αναλογία των ορθώς θετικών ευρημάτων προς το σύνολο εκείνων που πάσχουν από τη νόσο.

Ζακώρος ή νακώρος: πρακτικός νοσηλευτής στα χρόνια της Κλασσικής Ελλάδας.

Ημιπληγικός: παράλυση της αριστερής ή δεξιάς πλευράς του σώματος.

Ημισέντονο: μισό σεντόνι.

Θεραπευτικό πλάτος: είναι η απόσταση μεταξύ μέσης θεραπευτικής και μέσης θανατηφόρου δόσης ενός φαρμάκου. Όσο πιο μικρό είναι, τόσο πλησιάζει η μέση θεραπευτική τη μέση θανατηφόρο δόση και φυσικά είναι πιο επικίνδυνο.

Θνησιμότητα: το ποσοστό των ανθρώπων που πεθαίνουν σε δεδομένο τόπο και χρόνο.

Θρόμβος: πήγμα του αίματος.

Θρομβοφλεβίτιδα: φλεγμονή του εσωτερικού χιτώνα των φλεβών με σχηματισμό θρόμβου, κίρσοι.

Ίαμα: το μέσο θεραπείας, το φάρμακο, το γιατρικό.

Ίαματικός: αυτός που συντελεί στη θεραπεία, την ίαση.

Ισχαιμία: μειωμένη αιμάτωση.

Καθετήρες: σωλήνες διαφόρων υλικών (σιλικόνης, latex, συνθετικά κ.τ.λ.).

Κηλοτόμος: ο γιατρός που θεραπεύει τις κήλες.

Κλινήρης: αυτός που είναι άρρωστος και αναγκάζεται να μείνει ξαπλωμένος στο κρεβάτι (*αντίθετο:* περιπατητικός).

Κλινική εικόνα: σύνολο σημείων και συμπτωμάτων του αρρώστου.

Κλινική εξέταση: τρόπος ανεύρεσης των σημείων και συμπτωμάτων με την ακρόαση (ακοή), ψηλάφηση, επίκρουση (χτύπημα με δάκτυλα και άκουσμα ήχου) και επισκόπηση (καλή παρατήρηση).

Κλινοσκεπάσματα: σκεπάσματα αρρώστου στο κρεβάτι.

Κλισίη: πρόχειρο χειρουργείο (αρχ).

Κυτταροστατικά φάρμακα: συνδυασμός φαρμάκων, που αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων (κυρίως καρκινικών).

Κ.Φ.Π. (Κεντρική Φλεβική Πίεση): είναι μια διαδικασία όπου μετράται η πίεση του

κυκλοφορούμενου όγκου αίματος. Είναι η υδροστατική πίεση των μεγάλων φλεβών κοντά στην καρδιά.

Λάμες: αιχμηρά αποστειρωμένα μαχαίριδια.

Λεμφογάγγλια: λεμφαδενικός ιστός.

Μικροβαιμία: η παρουσία μικροβίων στο αίμα.

Μικροβιολογικές εξετάσεις: είναι εξετάσεις διαφόρων εκκρινμάτων (υγρών σώματος) του ανθρώπου, π.χ. πτύελα, ούρα, αίμα, που γίνονται σε ειδικά εργαστήρια με τη βοήθεια ειδικών συσκευών. Ο σκοπός τους είναι διαγνωστικός.

MBN: Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας.

Νεφροειδές: σκεύος σε σχήμα νεφρού, μεταλλικό, πλαστικό ή χάρτινο, για διάφορες χρήσεις στη νοσηλευτική πρακτική.

Νοσηρότητα: η συχνότητα προσβολής πληθυσμιακής ομάδας από ασθένειες ή συγκεκριμένο νόσημα σε δεδομένο χρονικό διάστημα.

Νόσος Crohn: καλοήθης φλεγμονή του παχέος εντέρου με παρουσία κοκκιωμάτων και οζιδίων στο βλεννογόνο, υπεραιμία, οίδημα και πάχυνση του ινώδους χιτώνα. Χαρακτηρίζεται από χρόνια διάρροια, κολικοειδή κοιλιακά άλγη, πυρετό και απώλεια βάρους. Αντιμετωπίζεται συντηρητικά και χειρουργικά.

Οίδημα: πρήξιμο.

Οξεοβασική ισορροπία: η διατήρηση σταθερού pH στο αίμα του ανθρώπου, ώστε να μη φθάσει ο οργανισμός σε κατάσταση οξέωσης (όπου το pH είναι μικρότερο από 7,35) ή αλκάλωση (όπου το pH είναι μεγαλύτερο από 7,45).

Όρδινος: νοσηλευτικό τμήμα, στην εποχή του Βυζαντίου.

Οροθετικός: αυτός που στον ορό του αίματός του έχουν εντοπισθεί αντισώματα έναντι συγκεκριμένων ιών, ο φορέας.

Ουροδοχείο: δοχείο συλλογής ούρων, για άνδρες ασθενείς.

Πάθηση: ασθένεια, νόσος.

Παθολογοανατομικό εργαστήριο: εκεί που εξετάζουν τεμάχια ιστών και γίνονται οι βιοψίες.

Παιδοκομία: η ανατροφή και η περιποίηση μικρών παιδιών.

Πανώλη: λοιμώδης νόσος, αιτία θανατηφόρων επιδημιών κατά την αρχαιότητα και το Μεσαίωνα, που οφείλεται στο βάκιλο του Γερσέν και προσβάλλει λεμφαδένες προκαλώντας υψηλό πυρετό, δύσπνοια, αιμόπτυση, θόλωση διανοίας, παραλήρημα.

Παραβολανείς/παραβαλανείς: άνδρες νοσοκόμοι (Βυζ).

Παραπληγία: παράλυση των κάτω άκρων.

Παροχέτευση: η διεξοδος υγρών του σώματος μέσω ειδικού καθετήρα ή χειρισμών ή αλλαγής θέσης αρρώστου.

Περιτομή: αφαίρεση της ακροποσθίας, της πτυχής του δέρματος που καλύπτει τη βάλανο του πέους.

Πημέντο: φαρμακείο.

Πολυπάγρα: ειδικό εργαλείο, που μοιάζει με λαβίδα, με μακρά σκέλη για τη λήψη αποστειρωμένων υλικών από αποστειρωμένο δοχείο.

Πριμικήριος: διευθυντής (Βυζ).

Προπέτεια: η προβολή προς τα εμπρός ενός οργάνου ή τμήματος αυτού.

Πρωθιερέας: πρώτος μεταξύ των ιερέων.

Ρυπδοειδώς: σούρωμα, μάζεμα.

Σημείο: αντικειμενικό εύρημα του αρρώστου (το βλέπεις, το ψηλαφάς, το ακούς, π.χ. πυρετός).

Σκωραμίδα: δοχείο συλλογής ούρων ή κοπράνων για τις κλινήρεις γυναίκες ασθενείς. Χρησιμοποιείται και για άνδρες για τη συλλογή κοπράνων.

Σταδιοποίηση: κατάταξη σε στάδια.

Σύμπτωμα: υποκειμενικό εύρημα (παραπονείται ο άρρωστος χωρίς να το βλέπουμε, ακούμε ή αντιλαμβανόμαστε, π.χ. πόνος).

Σύμφυση: συγκόλληση μερών γειτονικών οργάνων.

Σύνδρομο: σύνολο συμπτωμάτων και σημείων που χαρακτηρίζουν μια πάθηση.

Συστροφή εντέρου: συστροφή τμήματος του εντέρου γύρω από το μεσεντέριο, με αποτέλεσμα τη μερική ή ολική απόφραξη του αυλού.

Τεινεσμός: τάση για κένωση.

Τ.Ε.Π.: τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Τολύπιο βάμβακος: τούφα, κομμάτι από βαμβάκι.

Τροχήλατο: τρόλεϊ με ρόδες - ειδικό καρότσι για νοσηλείες.

Υδραερικό επίπεδο: το επίπεδο που απεικονίζεται στην α/α κοιλίας με τα υγρά του εντερικού σωλήνα κάτω και τον αέρα από πάνω.

Υπαραχνοειδής έγχυση: έγχυση φαρμάκου στο σχισμοειδή χώρο που σχηματίζεται ανάμεσα στη χοριοειδή και αραχνοειδή μήνιγγα και περιέχει εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Υπερθερμιακή διατροφή: διατροφή που υπερβαίνει τη συνηθισμένη ποσότητα σε θερμίδες.

Υποξαιμία: χαμηλή πίεση O_2 στο αίμα.

Υποξία: χαμηλή πίεση O_2 στους ιστούς.

Υποπρωτεϊναιμία: ελάττωση των πρωτεϊνών του πλάσματος.

Υψηλός υποκλυσμός: ιριγκατέρ (υποκλυσμός με συσκευή πολλαπλής χρήσης).

Φοράδαν: επίρρημα, δηλωτικό μεταφοράς ασθενών με φορείο (αρχ).

Φορμόλη: απολυμαντικό για ιστοτεμάχια σε βιοψίες.

Χαμηλός υποκλυσμός: fleet-enema.

Ψευδώς θετικά: τα άτομα που δεν πάσχουν, αλλά βρίσκονται θετικά με διαγνωστική μέθοδο που χρησιμοποιείται.

Βιβλιογραφία

Α. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αγραφιώτης Δ., «ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΙΑ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ», Ιατρικές εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1988.
2. Αθανάτου Ε., «ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ», έκδοση ΣΤ', Αθήνα 1996.
3. Αποστολοπούλου Ε., «ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ», Ιατρ. Εκδ. Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1996.
4. Α' Παθολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Διευθ. Καθ. Δ. Λουκόπουλος «Αξιολόγηση εργαστηριακών εξετάσεων», Ιατρ. εκδ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1994.
5. Α' Χειρ. Κλιν. Πανεπ. Αθηνών., Π. Μπάλας, «Χειρουργική», 2η Έκδοση, τόμος Β'. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1990.
6. ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ - ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ, «ΠΡΟΛΗΨΗ Η ΜΕΓΑΛΗ ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ», ΑΘΗΝΑ 1995.
7. ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε., «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ», ΑΘΗΝΑ 1995.
8. Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., «ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ», εκδόσεις «Φλόγα», Αθήνα 1986.
9. Ανδρουλάκη Γ., «Ανάνηψη των βαριά πασχόντων», εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1980.
10. ΑΤΛΑΝΤΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ, ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΑΘΗΝΑΣ.
11. Αργύρης Ι. κ.ά., «ΒΙΟΛΟΓΙΑ» Γ' Λυκείου, Β' Δέσμη, Μέρος Α', Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1991.
12. Βασιλειάδου Α., «Η ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ» κατά την άσκηση της Νοσηλευτικής, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1996.
13. Βότση Ε., «Ιστορία της Νοσηλευτικής για τις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.», Αθήνα 1996.
14. Βαργεμέλη Ε., «Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με κολοστομία και αποκατάσταση», πρακτικά εισηγήσεων ημερίδας Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, «νεότερες εξελίξεις στην ογκολογική νοσηλευτική», σελ. 35-52, Αθήνα 1994.

15. Βώρος Κ. Διονύσης, «Χειρουργικές λοιμώξεις», επιστημ. εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.
16. Γκουργκούλη Ε., Διδ. διατριβή «Η συμβολή της νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση του πόνου από κακοήθεις νεοπλασίες σε αρρώστους που νοσηλεύονται στο σπίτι». Αθήνα 1993.
17. Δρυλλεράκη Ειρήνη - Δημάκη Μηλίτσα, «Μαθήματα νοσηλευτικής τέχνης για τις νοσηλευτικές σχολές», τεύχος Α΄ και Β΄, εκδ. «Βιβλιοσυνεργατική Συν. Π.Ε.», Αθήνα 1988.
18. Δρ. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, «ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ», Αθήνα 1995.
19. Ενημερωτικό Φυλλάδιο Παθολογικού Τομέα 251 ΓΝΑ, Αθήνα 1998.
20. Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών «ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ», Πρακτικά Σεμιναρίου 24-25/2/1995.
21. Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, «Διαγνωστικές Επεμβατικές Τεχνικές» - πρακτικά σεμιναρίου, Αθήνα 15-16/11/1991.
22. Έντυπες οδηγίες Α΄ Καρδιολογικής κλινικής Θεραπευτηρίου «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» «ΕΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΣΑΣ».
23. Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας «Η ΚΑΡΔΙΑ ΣΟΥ» ΟΕΔΒ, Αθήνα 1991.
24. Έντυπο Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ Χ Α Π.».
25. Έντυπο Εξωτερικού Ιατρείου Βρογχικού Άσθματος ΣΓΠΝΑ Β΄ Πνευμ/κή Κλινική «ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΡΩ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΘΜΑ».
26. Ελληνική Ένωση κατά της Φυματίωσης και των Νόσων του Αναπνευστικού συστήματος, «ΘΕΣΕΙΣ ΟΜΟΦΩΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ», Αθήνα 1990.
27. Έντυπα Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης του Ήπατος «ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C».
28. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών «ΟΙ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ», 25ο Ιατρικό Συνέδριο Αθήνα 1996.
29. ΙΟΡΔΑΝΟΓΛΟΥ Ι., «ΘΕΜΑΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ», Ιατρικές εκδ. «Πασχαλίδης» Αθήνα 1995.
30. Κουρκούτα Λαμπρινή, «Η Νοσηλευτική στο Βυζάντιο», διδ. διατριβή 1993.
31. Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη Σ., Τσίκος Ν., «ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Ι», εκδ. «Έλλην», Αθήνα 1997.

32. Σπυριδούλα Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη, Νικόλαος Τσίκος, «ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ II», εκδ. «Έλλην», Αθήνα 1997.
33. Κισσούδη Α. «ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ - ΝΟΣ/ΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ», Νοσηλευτικά Χρονικά, Αθήνα 1993.
34. ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ Α., «ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» Δ' ΕΚΔΟΣΗ, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996.
35. Καραγιαννίδου Σ. - Ανδρουλή-Ντομπρίδου Σ. - Κ.Ν. Παπαδόπουλος «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.», β' έκδοση 1996, Ιατρικές εκδόσεις Α. Σώκης.
36. Κανέλλος Ευάγγελος - Λυμπέρη Μαρία, «Φυσιολογία Ι και ΙΙ», εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1992.
37. Κατρίτσης Ε., Κελέκης Δ., «ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ», Ίδρυμα Ευγενίδου, τεύχος Α', Αθήνα 1995.
38. Κάλου Κ. - Κωστάρα Α., «ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗ ΗΠΑΤΟΣ» Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Ιωαννίνων - Τμ. Νοσ/κής, 1989.
39. Κούβελα Η., «ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ» Τόμος Β', Ίδρυμα Ευγενίδου, Αθήνα 1995.
40. Λανάρα Βασιλική, «Τα εκατό χρόνια της Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων του Ευαγγελισμού», Εθνικό Τυπογραφείο, 1978.
-Λανάρα Βασιλική, «ΗΡΩΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» Β' Έκδοση, Αθήνα 1996.
-Λανάρα Βασιλική, περιοδικό Νοσηλευτική, «Η συμβολή του ΕΣΔΝΕ στην Ανάπτυξη της Σύγχρονης Ελληνικής Νοσηλευτικής», τ. 2, τόμ. 33., σελ. 66-73, Απρίλιος-Ιούνιος 1994.
41. Λιαρόπουλος Λυκούργος, «Οργάνωση υπηρεσιών υγείας» - σημειώσεις, Αθήνα, 1991.
42. Λεμονίδου Χρ., «Εκπαίδευση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη», Νοσηλευτική, τόμος 36, τεύχος 1, σελ. 14-20, Ιαν.-Απρίλ. 1997.
43. Λυρίτσης Γ., «ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ», Αθήνα 1986.
44. Μπενάκη Β., «Εισαγωγή στην Ακτινοδιαγνωστική», γραφ. τέχνες Αργυρού, Αθήνα 1989.
45. Μπομπί Ζαν-Ντομινίκ, «ΤΟ ΣΚΑΦΑΝΔΡΟ ΚΑΙ Η ΠΕΤΑΛΟΥΔΑ», Εκδ. Ψυχογιός, Ιούλιος 1997.

46. Μίχου Τ., «ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. ΤΟΥ Υ.Υ.Π. & Κ.Α.», Αθήνα 1989.
47. Μαργαριτίδου-Τυρπαλέξη Β., «ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - AIDS / ΗΘΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ», Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1983.
48. Μαλαρινού Μ., Κωσταντινίδου Σ., «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ», Τόμος Α΄ & Β΄, Εκδόσεις «ΤΑΒΙΘΑ», 14^η, Αθήνα 1991.
49. Μυλωνάκης Μ., «Ο ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ» Α΄ τάξη Ενιαίου Πολυκλαδικού Λυκείου ΟΕΔΒ, Αθήνα 1996.
50. Μπαλτζή-Οικονομοπούλου ΕΛ., «ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ», Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Παν/μιο Αθηνών - Τμ. Νοσ/κης, Αθήνα 1997.
51. Μπάλας Π., Χειρουργική, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1987.
52. Μαθιουλάκη Μ., «ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ» Πτυχιακή εργασία ΤΕΙ Β΄ Αθήνας, 1996.
53. Ντουράκης Σπ., Χατζηγιάννης Σ., «ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ», Ιατρ. Εκδόσεις Πασχαλίδη «Αθήνα 1994».
54. Πλατή Δ. Χ., «Νοσηλευτικές εφαρμογές» - σημειώσεις, Αθήνα 1989.
55. Πάγκαλης Α., «ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ» για τις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ., Ιατρ. Εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1992.
56. Παπαδαντωνάκη Α, «Τμήμα Επειγόντων και Ατυχημάτων - Επιπτώσεις της Διαμόρφωσης του Χώρου στην Αντιμετώπιση των Ασθενών», Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1989.
57. Παπαδάτου Δ. - Αναγνωστόπουλος Φ., «Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ», εκδόσεις «ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ», Αθήνα 1995.
58. Πρακτικά Εταιρείας Νοσηλευτικών σπουδών «ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ», Αθήνα 1998.
59. ΠΟΛΥΖΩΓΟΠΟΥΛΟΥ Δ. - ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ Β., «ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ», Τόμος Α΄, Αθήνα 1991, Τόμος Β΄, Αθήνα 1993.
60. Ραγιά Α, «Νοσηλευτικές Θεωρίες» - σημειώσεις, Αθήνα 1987.
- Ραγιά Α., «Βασική Νοσηλευτική», Αθήνα 1987.
- Ραγιά Α., «Βασική Νοσηλευτική - Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές», Αθήνα 1995.
61. ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ-ΚΡΕΠΙΑ Δ. «ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣ/ΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ», εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», ΑΘΗΝΑ 1998.

62. Σαμαρά Ασπ., Καραγιαννίδου Σ., Ντομπρίδου Σ., «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΕΧΝΗ - ΕΠΙΔΕΙΞΕΙΣ-ΤΕΧΝΙΚΕΣ-ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ» Τόμος Ι & ΙΙ, επιμέλ. εκδ. «ΚΑΡΟΛΟΣ», Θεσσαλονίκη 1996.
63. Σουμίλας Α., «Χειρουργική νοσηλευτική» - σημειώσεις, τεύχη Α, Β, Γ, Αθήνα 1990.
64. Σουμίλας Α. - Θεοδοσοπούλου Ε. - Παπαδαντωνάκη Α., «Τεχνική Χειρουργείου» - σημειώσεις, Αθήνα 1990.
65. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΝΟΣ/ΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ» εκδ. Β', Τόμος 1ος, 2ος, 3ος, εκδ. «ΒΗΤΑ», Αθήνα 1997.
66. Στέφα Μ., «ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» Γ' έκδοση, Αθήνα 1998.
67. Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία», εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1994.
68. Τζουμερκιώτης Σ., «Τελική φροντίδα αρρώστου με Aids», 10^ο Πανελλήνιο συνέδριο AIDS, Αθήνα 1998.
69. Χατζημηνά Ι., «Επίτομος Φυσιολογία», εκδ. Γρ. Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1972.
70. Bussy C., RN, I. Hirsch, RN, «Είναι απαραίτητο ν' απομονώσουμε τους ουδετεροπενικούς ασθενείς;», Oncology Nurses, τόμος 1, Αρ 1, 1996.
71. Campdell W., Frisse M., «MANUAL ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ» 24^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986
72. Gittrust K., Paola D. Brabec, «Νοσηλευτική Διαγνωστική και Κλινική Πρακτική», εκ. «Έλλην», Αθήνα 1997.
73. Gustav Heinz Engelhardt, «ΕΓΚΟΛΠΙΟ-ΑΤΛΑΣ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ», Επιστημ. Εκδ. «ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ», Αθήνα 1995.
74. Gittrust K., Paola D. Brabec, «Νοσηλευτική Διαγνωστική και Κλινική Πρακτική» εκ. «Έλλην», Αθήνα 1997.
75. Heinz - E. Kohnlein, Siegfried Weller, et. al., «ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ», Επιστημ. Εκδόσεις Μ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1992.
76. Helmut Leonazdt, «Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου», τόμος 2, Ιατρ. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.
77. Kubler-Ross E., «ΑΥΤΟΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ», εκδ. «ΤΑΜΑΣΟΣ», Αθήνα 1979.
78. Krup M., M.S. Chatton, LM Tierney, «ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ» Τόμος Α' Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1987.
79. Krup M., M.S. Chatton, LM Tierney, «ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ» Τόμος Α' Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1987.

80. Read E. Alan, Barrit W. D., Hener R. Laugton, «Σύγχρονη Παθολογία», Ιατρ. εκδ. Λίτσας, 1984.
81. Ulrich, Canale, Wendell, «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ» 3η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις «Π. Δ. Λαγός».
82. Vandeveld G., RN, «Η αντιμετώπιση των δερματικών αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία» Ongology Nursing, τόμος 3, Αρ 3, 1998.

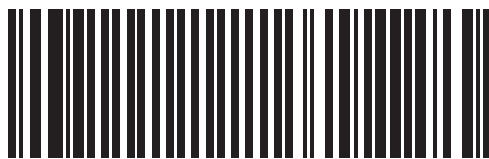
B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Joy Ufema RN, MS “INSIGHTS ON DEATH & DYING” Nursing 97, FEBRUARY, pages 30-31.
2. Mary E. Scholes RGN, Jane L. Wilson RSCN, Sheila Macrae RGN “HANDBOOK OF NURSING PROCEDURES” Blackwell Scientific Publications, 1983.
3. Marguerites S. Ambrose, Heyward Michael Dreher “PANCREATITIS - MANAGING A FLARE UP” Nursing, April 1996, pages 33-40.
4. KIM CRELLIN, RN staff Nurse “11 EASY WAYS TO BUILT RAPPORT” Nursing 98, November, pages 48-49.
5. Norma Dison, RN, BA, MA “CLINICAL NURSING TECHNIQUES” Fourth Edition, The C.V. Mosby Company, London 1979.
6. Jeanie Holt, RN, C “10 TIPS FOR KEEPING HOPE ALIVE” Nursing 97, February, pages 32h-32.
7. Inge Gurevich RN, MA “Hepatitis Precautions” American Journal of Nursing, April 1983, pages 578-579.
8. Andrea Quinn, RN, CCRN “THORA-DRAIN III” Nursing 86, September, pages 46-51.

Βάσει του ν. 3966/2011 τα διδακτικά βιβλία του Δημοτικού, του Γυμνασίου, του Λυκείου, των ΕΠΑ.Λ. και των ΕΠΑ.Σ. τυπώνονται από το ΙΤΥΕ - ΔΙΟΦΑΝΤΟΣ και διανέμονται δωρεάν στα Δημόσια Σχολεία. Τα βιβλία μπορεί να διατίθενται προς πώληση, όταν φέρουν στη δεξιά κάτω γωνία του εμπροσθόφυλλου ένδειξη «ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΜΕ ΤΙΜΗ ΠΩΛΗΣΗΣ». Κάθε αντίτυπο που διατίθεται προς πώληση και δεν φέρει την παραπάνω ένδειξη θεωρείται κλεψίτυπο και ο παραβάτης διώκεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 7 του νόμου 1129 της 15/21 Μαρτίου 1946 (ΦΕΚ 1946,108, Α').

Απαγορεύεται η αναπαραγωγή οποιουδήποτε τμήματος αυτού του βιβλίου, που καλύπτεται από δικαιώματα (copyright), ή η χρήση του σε οποιαδήποτε μορφή, χωρίς τη γραπτή άδεια του Υπουργείου Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού / ΙΤΥΕ - ΔΙΟΦΑΝΤΟΣ.

Κωδικός βιβλίου: 0-24-0225
ISBN 978-960-06-2996-5



(01) 000000 0 24 0225 3