

**Διερεύνηση των Γνώσεων των Νοσηλευτών σχετικά με τις Καλές Πρακτικές
Φροντίδας Χειρουργικών Τραυμάτων**

Σωτηρίου Κυριάκος – RN, BSc, MSc, Νοσηλευτικός Λειτουργός, Τμήμα
Επειγόντων, Mediterranean Hospital of Cyprus

Δημητρακόπουλος Ιωάννης – RN, BSc, MSc, Ειδικό Διδακτικό Προσωπικό,
Συντονιστής Κλινικής Εκπαίδευσης και Εργαστηρίων, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Frederick

Βασιλόπουλος Γεώργιος – RN, MSc, Med, PhD, Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα
Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Εισαγωγή

Η ανεπάρκεια στην επούλωση του τραύματος μετά από μια χειρουργική επέμβαση είναι ένα κοινό πρόβλημα στον τομέα της υγείας. Οι επιπλοκές που σχετίζονται με τις χειρουργικές τομές μπορούν να αποβούν απειλητικές για την ζωή του ασθενή και συχνά μπορούν να είναι και πιο σοβαρές σε σχέση με τη προ εγχειρητική κατάσταση του ασθενή. Αυτές οι επιπλοκές περιλαμβάνουν διαταραχές στη επούλωση του τραύματος οι οποίες προκαλούνται από παράγοντες που οφείλονται στην ίδια την χειρουργική διαδικασία ή και από τον ίδιο τον ασθενή. Οι παράγοντες αυτοί συνήθως είναι αλληλένδετοι, πολύπλοκης φύσης και συχνά είναι δύσκολο να προληφθούν ή να αντιμετωπιστούν με επιτυχία (Seideletal.2013).

2. Λοίμωξη Χειρουργικού Τραύματος

Χειρουργικές λοιμώξεις ορίζονται οι λοιμώξεις που παρουσιάζονται ως επιπλοκή χειρουργικών επεμβάσεων οπότε ονομάζονται και λοιμώξεις εγχειρητικού πεδίου. Οι χειρουργικές λοιμώξεις είναι οι τρίτες σε συχνότητα νοσοκομειακές λοιμώξεις και είναι υπεύθυνες για το 14-17% του αριθμού των νοσηλευόμενων με νοσοκομειακές λοιμώξεις σε ένα γενικό νοσοκομείο. Ειδικότερα όμως οι λοιμώξεις του εγχειρητικού πεδίου αποτελούν τις συχνότερες ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις σε ποσοστό περίπου 38% όλων των άλλων επιπλοκών. Τα δύο τρίτα αυτών των λοιμώξεων σχετίζονται με τη χειρουργική τομή και το υπόλοιπο ποσοστό αφορά όργανα ή χώρους που έγιναν προσιτά κατά την εγχείρηση. Το ποσοστό το οποία αφορά όργανα είναι υπεύθυνο για το 77% της θνησιμότητας των χειρουργικών

ασθενών (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ 2007). Οι χειρουργικές λοιμώξεις συμβαίνουν έως και 30 ημέρες μετά την επέμβαση (ή μέχρι ένα έτος μετά την επέμβαση σε περιπτώσεις ασθενών που λαμβάνουν μοσχεύματα) και επηρεάζουν είτε την τομή ή τους βαθύτερους ιστούς στο σημείο της εγχείρησης. Παρά τις βελτιώσεις στον τομέα της πρόληψης, οι λοιμώξεις χειρουργικών τραυμάτων (ΛΧΤ) παραμένουν ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα. Σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα και επιβάλλουν αυστηρές απαιτήσεις ως προς τους πόρους της υγειονομικής περίθαλψης (Owens&Stoessel, 2008).

2.1. Ταξινόμηση Χειρουργικών Τραυμάτων ανάλογα με το Βαθμό Μολυνσης

Με βάση το National Research Council, τα χειρουργικά τραύματα ταξινομούνται ανάλογα με τον βαθμό μόλυνσης σε τέσσερις χειρουργικές ταξινομήσεις καθαρό, καθαρό-μολυσμένο, μολυσμένο και ρυπαρό τραύμα. Τα τραύματα μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με την αιτιολογία, την κατάσταση και τη διάρκεια σε οξέα, χρόνια, επιπολής, εν τω βάθει, επιμολυσμένα και καθαρά. Στις πιο πολλές περιπτώσεις τα οξέα τραύματα είναι συνέπεια ακούσιων τραυματισμών ή μίας χειρουργικής επέμβασης που διακόπτει την συνέχεια του δέρματος. Ένα επιφανειακό τραύμα εκτείνεται κατά μέγιστο στις δερματικές στιβάδες, ενώ ένα εν τω βάθει τραύμα μπορεί να διαπερνά την επιδερμίδα, τον υποκείμενο δερματικό ιστό, τη μυϊκή στιβάδα, επεκτείνεται μέχρι το οστό ή την σωματική κοιλότητα και επιπρόσθετα προκαλεί σοβαρό τραυματισμό στα εσωτερικά όργανα (Gotttrup et al.2005).

3. Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την επούλωση του χειρουργικού τραύματος είναι αρκετοί, το επίπεδο του βακτηριακού φορτίου είναι ωστόσο ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες. Πριν από τη συνήθη χρήση των

αντιβιοτικών τα ποσοστά λοίμωξης ήταν 1-2% ή λιγότερο για καθαρά τραύματα, 6-9% για τα καθαρά-μολυσμένα τραύματα, 13-20% για μολυσμένα τραύματα και περίπου 40% για τα ρυπαρά τραύματα. Από την εισαγωγή της αντιβιοτικής χρήσης ως μέτρο προφύλαξης, τα ποσοστά λοίμωξης στις πιο μολυσμένες ομάδες έχουν μειωθεί δραστικά. Υπάρχει, ωστόσο, σημαντική μεταβολή σε κάθε κατηγορία ανάλογα με τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης(Mangrametal.1999).

Η μετεγχειρητική λοίμωξη του χειρουργικού πεδίου πιστεύεται ότι συμβαίνει μέσω του βακτηριακού φορτίου κατά το χρόνο της χειρουργικής επέμβασης ή ως αποτέλεσμα της βακτηριακής μόλυνσης της πληγής. Η πιθανότητα λοιμώξεων του αντανάκλαται από παράγοντες που σχετίζονται με την ικανότητα των βακτηρίων να προκαλέσουν μόλυνση και περιλαμβάνουν το αρχικό φορτίο και γενετικά καθορισμένους ιογενείς παράγοντες που απαιτούνται για τη συμμόρφωση και την αναπαραγωγή βακτηρίων. Επίσης καθοριστικοί παράγοντες είναι οι περιβαλλοντικοί, όπως το μέγεθος, ο χρόνος, και η θέση του χειρουργικού τραύματος που μπορεί να παρέχει μια ευκαιρία για τα βακτήρια να εισέλθουν στο χειρουργικό τραύμα, και ξεπεράσουν το τοπικό αμυντικό σύστημα, να διατηρήσουν την παρουσία τους, να αναπαραχθούν και προκαλέσουν τοπικές καθώς και συστηματικές φλεγμονώδεις αντιδράσεις. Η χρήση του ιωδίου παρουσιάζει μείωση του πλήθους των βακτηρίων του δέρματος (Llinas A. et al.2014).

Ορισμένοι παράγοντες μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών του τραύματος. Αυτοί περιλαμβάνουν τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης και το τμήμα του σώματος που εμπλέκεται, ορισμένα φάρμακα, ανοσοκατασταλτικές διαταραχές, ανεπαρκώς ελεγχόμενο διαβήτη, περιφερική αγγειακή νόσος, το κάπνισμα και τον υποσιτισμό. Ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες, όπως πρεδνιζολόνη και μεθοτρεξάτη, και ανοσοκατασταλτικές διαταραχές

καταστέλλουν τη φλεγμονώδη διαδικασία και την καθυστέρηση της επούλωσης τραύματος. Η αρχική φλεγμονώδης απόκριση είναι μειωμένη σε ανεπαρκώς ελεγχόμενο διαβήτη ενώ μειώνει την υπεργλυκαιμία των ουδετερόφιλων και την λειτουργία των φαγοκυττάρων , η οποία με τη σειρά της επιβραδύνει τη διαδικασία επούλωσης του τραύματος. Σε ασθενείς με περιφερική αγγειακή νόσο, η απόδοση οξυγόνου στους ιστούς είναι σε κίνδυνο. Παρομοίως, το κάπνισμα μειώνει τη παροχή οξυγόνου, ως αποτέλεσμα του αρτηριακού αγγειοσπασμού. Η κακή διατροφή οδηγεί σε αργή μεταβολική διεργασία, η οποία μειώνει τη σύνθεση του κολλαγόνου. Συνεπώς, είναι σημαντικό να εξασφαλιστούν αυτοί οι παράγοντες για την πρόληψη των επιπλοκών του τραύματος (Kaihan etal. 2013).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΣΚΟΠΟΣ

Αυτή η εργασία, έχει σκοπό τη διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με τις καλές πρακτικές φροντίδας των χειρουργικών τραυμάτων

4.1 Επιμέρους στόχοι

α. Διερεύνηση αν και σε πιο βαθμό, οι νοσηλευτές εφαρμόζουν σχετικές με τη φροντίδα χειρουργικών τραυμάτων κατευθυντήριες οδηγίες/πρωτόκολλα εργασίας.

β. Αναγνώριση και καταγραφή συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου πρόκλησης χειρουργικών λοιμώξεων.

γ. Ύπαρξη ή όχι επαρκούς και συνεχούς εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού.

δ. Διερεύνηση αν εφαρμόζεται σύστημα ελέγχου για πιστή εφαρμογή των κανονισμών που διέπουν το νοσηλευτικό προσωπικό

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1. Υποθέσεις της έρευνας

Μέσα από την ολοκλήρωση της αναφερόμενης έρευνας οι υποθέσεις οι οποίες υπόκεινται σε δοκιμή, είναι ότι οι νοσηλευτές δεν λαμβάνουν επαρκή εκπαίδευση για τις καλές πρακτικές φροντίδας των χειρουργικών τραυμάτων και παράλληλα η συλλογή γνώσεων από τους νοσηλευτές προέρχεται δια της εμπειρίας. Εξαιτίας της μη εφαρμογής καλών πρακτικών θεωρείται ως τελική υπόθεση ότι οι γνώσεις των

νοσηλευτών απέναντι στις καλές πρακτικές φροντίδας των χειρουργικών τραυμάτων δεν είναι επαρκείς.

5.2 Πληθυσμός έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές άντρες και γυναίκες με σκοπό να διερευνηθούν και να αξιολογηθούν οι γνώσεις των νοσηλευτών απέναντι στις καλές πρακτικές φροντίδας των χειρουργικών τραυμάτων. Η επιλογή των νοσηλευτών ως δείγμα της έρευνας, στηρίχθηκε στο γεγονός ότι η εφαρμογή των καλών πρακτικών φροντίδας των χειρουργικών τραυμάτων, απασχολεί σε μεγαλύτερο ποσοστό τους νοσηλευτές που εργάζονται στο χειρουργείο και στο χειρουργικό τμήμα των νοσοκομείων.

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 100 νοσηλευτές άντρες και γυναίκες διαφόρων τμημάτων του ιδιωτικού νοσοκομείου της Κύπρου, ανεξάρτητα της ηλικίας και των ετών προϋπηρεσίας. Ακολουθεί αναλυτικά ο αριθμός του πληθυσμού κατά τμήμα και κατά έτη προϋπηρεσίας στους πίνακες 1. Το δείγμα αποτελείται από 100 νοσηλευτές προερχόμενους από το υπό αναφορά πληθυσμό και η επιλογή του, έγινε με την μέθοδο της εύκολης δειγματοληψίας.

Πληθυσμός έρευνας				
Έτη προϋπηρεσίας	1-5	6-15	<15	Σύνολο
	53	35	12	100
Τμήμα Εργασίας	Νοσηλευτές			
ΤΕΠ	52			
ΜΕΘ	15			
Χ/Ο	7			
ΠΑΘ	19			
ΧΕΙΡ	7			
Σύνολο	100			

Πίνακας 1: Αναλυτική καταγραφή προέλευσης πληθυσμού

Οι πληροφορίες και τα δεδομένα, είχαν συλλεγεί μέσα από ειδικά διαμορφωμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου ερωτήσεων το οποίο είχε δομηθεί από τον

ίδιο τον ερευνητή μετά από μελέτη μέσα από την σχετική βιβλιογραφία παρόμοιου τύπου ερωτηματολογίων για να χρησιμοποιηθεί στη σχετική έρευνα.

Αρχικά, το ερωτηματολόγιο αυτό δόθηκε σε 10 νοσηλευτές του υπό μελέτη πληθυσμού ως πιλοτική έρευνα με σκοπό την διαπίστωση των όποιων προβλημάτων υπήρχαν όσον αφορά την ευκολία ή δυσκολία κατανόησης και συμπλήρωσης του. Το υπό αναφορά δείγμα αφού συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο κατέγραψε και τις δυσκολίες που είχε όσον αφορά την όλη συμπλήρωση του. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια δεν χρησιμοποιήθηκαν στη σχετική έρευνα.

Στη συνέχεια, ο ερευνητής αφού μελέτησε τα σχόλια του δείγματος και έκανε τις απαραίτητες διορθώσεις η τελική μορφή του ερωτηματολογίου δόθηκε στον υπό μελέτη πληθυσμό για συμπλήρωση.

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, έγινε με την βοήθεια του ηλεκτρονικού προγράμματος στατιστικής ανάλυσης (StatisticalPackageforSciences) «SPSSv.20» ενώ η ανάλυση των στοιχείων έγινε με την μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής.

5.3. Διαδικασία και χαρακτηριστικά δειγματοληψίας

Στην παρούσα δειγματοληψία, έχει επιλεγεί η ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση με δείγμα ευκολίας μίας πιλοτικής έρευνας. Η καταγραφή και συλλογή των δεδομένων έχει γίνει μέσα από αυτόδηλη ανώνυμη από το ίδιο το δείγμα συμπλήρωση σχετικού ερωτηματολογίου το οποίο δόθηκε στο πανεπιστήμιο από τους ερευνητές. Ο υπό αναφορά πληθυσμός με σκοπό να πληρεί τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα, θα έπρεπε να εργάζεται ως νοσηλευτής για πάνω από ένα χρόνο, σε νοσοκομείο

ανεξαρτήτου τμήματος, ηλικίας, φύλου ή φυλής και να γνωρίζει την ελληνική γλώσσα με σκοπό την κατανόηση του ερωτηματολογίου.

5.4. Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Με σκοπό την καταγραφή και συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο 11 ερωτήσεων κλειστού τύπου το οποίο αναπτύχθηκε για το σκοπό της έρευνας. Μέσα σε αυτό, κατεγράφησαν τα δημογραφικά δεδομένα του δείγματος όπως είναι η ηλικία, φύλο, έτη υπηρεσίας και τμήμα εργασίας του υπό μελέτη πληθυσμού. Σε αυτό επίσης, περιλαμβάνονταν και ερωτήσεις που αφορούν γενικότερα τις γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με τις καλές πρακτικές φροντίδας των χειρουργικών τραυμάτων.

Στη συνέχεια, κατεγράφησαν οι γνώσεις των νοσηλευτών για θέματα που αφορούσαν στις καλές πρακτικές φροντίδας των χειρουργικών τραυμάτων.

Η συλλογή των δεδομένων, διήρκησε μία εβδομάδα τον Οκτώβριο του 2015 και έγινε εφικτή με τη βοήθεια ερωτηματολογίου. Η καταγραφή και συλλογή των δεδομένων έχει γίνει μέσα από αυτόδηλη ανώνυμη από το ίδιο το δείγμα συμπλήρωση σχετικού ερωτηματολογίου το οποίο δόθηκε από τον ερευνητή στο Mediterranean Hospital of Cyprus όπου εργάζονται οι νοσηλευτές.

Ο ερευνητής, επισκέφθηκε τα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου όπου εργάζονταν οι νοσηλευτές κατά την διάρκεια του διαλείμματος τους και έτσι το υποψήφιο δείγμα ήταν πιο εύκολο να αφιερώσει χρόνο για τη συμμετοχή του στην έρευνα. Όσοι από αυτούς επιθυμούσαν να συμμετάσχουν, ενημερώθηκαν για το σχετικό ερωτηματολόγιο, τη διασφάλιση της προστασίας του απαραβίαστου των προσωπικών τους δεδομένων και του δικαιώματος διακοπής της συμμετοχής τους

ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία επίπτωση. Ο ερευνητής καθ' όλη τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, απαντούσε σε τυχόν απορίες των συμμετεχόντων.

5.5. Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων διεξήχθη με το ηλεκτρονικό στατιστικό πακέτο ανάλυσης δεδομένων «SPSSv.20» το οποίο συνήθως χρησιμοποιείται σε τέτοιες περιπτώσεις. Η συλλογή των δεδομένων, προήλθε αποκλειστικά από το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Το επίπεδο σημαντικότητας για όλες τις αναλύσεις ορίστηκε στο 0,05.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 62% των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα, ήταν γυναίκες και το 38% άντρες. Τα έτη προϋπηρεσίας του δείγματος όπως φαίνεται και στον πίνακα 1 ήταν κατά πλειοψηφία μεταξύ 1-5 έτη (53%), από 6-15 έτη (35%) και άνω των 15 ετών (12%).

ΕΤΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό
1-5	53	53.0
6-15	35	35.0
>15	12	12.0
Σύνολο	100	100.0

Πίνακας 2: Έτη προϋπηρεσίας

Τα δε τμήματα εργασίας του δείγματος όπως φαίνεται και στον πίνακα 3, ήταν κατά το 52% (n=52) εργαζόμενοι στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, το 15% (n=15) σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, 19% (n=19) στο Παθολογικό τμήμα, μόνο 7% (n=7) εργάζονταν στο χειρουργείο και το υπόλοιπο 7% (n=7) στο χειρουργικό τμήμα αντίστοιχα.

ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΤΕΠ	52	52.0
ΜΕΘ	15	15.0
Χ/Ο	7	7.0
ΠΑΘ	19	19.0
ΧΕΙΡ	7	7.0
Σύνολο	100	100.0

Πίνακας 3: Τμήμα Εργασίας

Από το δείγμα, το 95% των συμμετεχόντων εργαζόταν σε τμήματα με ανώτερο αριθμό τις 25 κλίνες, το 4% εργαζόταν σε τμήμα με 26-40 κλίνες και το 1% σε τμήματα με κλίνες 56-70, πίνακας 3.

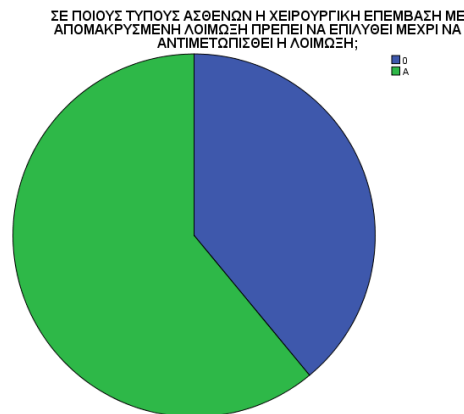
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό
<25	95	95.0
26-40	4	4.0
56-70	1	1.0
Σύνολο	100	100.0

Πίνακας 4: Αριθμός κλινών

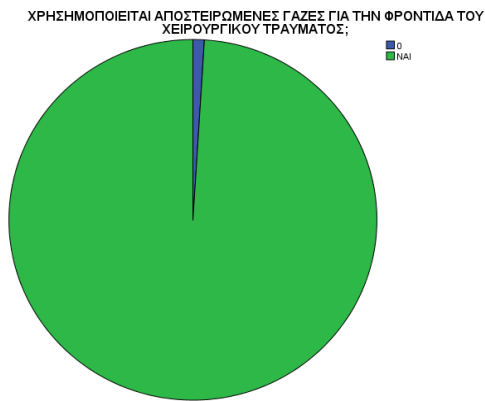
6.2. Γνώσεις νοσηλευτών

Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου όπου διερευνήθηκαν οι γνώσεις των νοσηλευτών για τις πρακτικές φροντίδας των χειρουργικών τραυμάτων σύμφωνα με τις απαντήσεις που έχουν δώσει όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 4, σχετικά με τους τύπους των ασθενών εάν η χειρουργική επέμβαση με απομακρυσμένη λοίμωξη πρέπει να αναβάλλεται μέχρι να αντιμετωπιστεί η λοίμωξη, το 61% απάντησε σωστά και το 39% λανθασμένα.

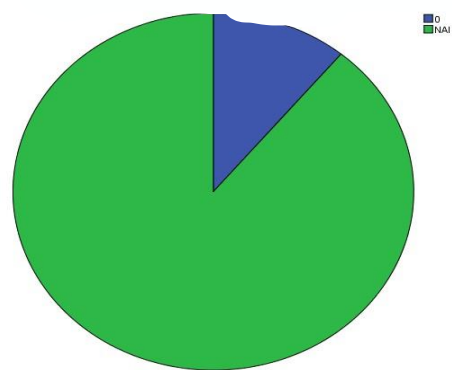


Διάγραμμα 1: Τύποι ασθενών αναβάλλεται το χειρουργείο μέχρι να αντιμετωπιστεί απομακρυσμένη λοίμωξη

Στην ερώτηση αν φοράνε πάντα αποστειρωμένα γάντια για την περιποίηση χειρουργικού τραύματος 89% από τους συμμετέχοντες απάντησε ορθά και 11% λανθασμένα. Στην ερώτηση αν χρησιμοποιούν αποστειρωμένες γάζες για την περιποίηση χειρουργικού τραύματος το 99% απάντησε ναι ορθά και 1% απάντησε όχι λανθασμένα.

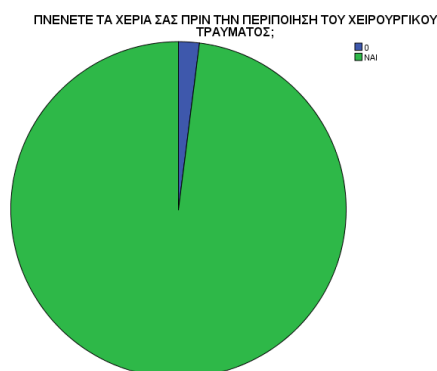


Διάγραμμα 2: Χρήση αποστειρωμένων γαζών



Διάγραμμα 3: Χρήση αποστειρωμένων γαντιών

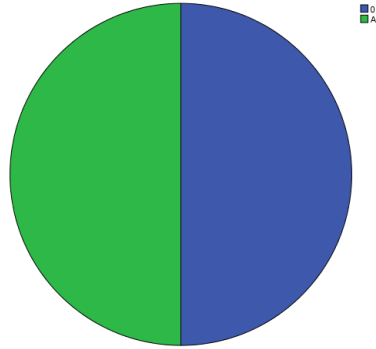
Στην ερώτηση αν πλένουν τα χέρια τους πριν την περιποίηση χειρουργικού τραύματος το 98% απάντησε ναι ορθά και το 2% απάντησε όχι λανθασμένα.



Διάγραμμα 4: Πλύσιμο χεριών πριν την περιποίηση του χειρουργικού τραύματος

Στην ερώτηση ποιος είναι ο χρόνος που συνίσταται για την κάλυψη μιας τομής που επουλώνεται κατά πρώτο σκοπό το 50% του δείγματος απάντησε ορθά και το 50% λανθασμένα.

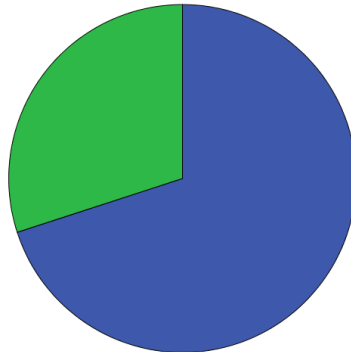
ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΜΙΑΣ ΤΟΜΗΣ ΠΟΥ ΕΠΟΥΛΩΝΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΠΡΩΤΟ ΣΚΟΠΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ;



Διάγραμμα 5: Πόσος χρόνος συνίσταται για τη κάλυψη μιας τομής που επουλώνεται

Στην ερώτηση αν οι λοιμώξεις του χειρουργικού τραύματος ταξινομούνται το δείγμα απάντησε 70% λανθασμένα και 30% ορθά.

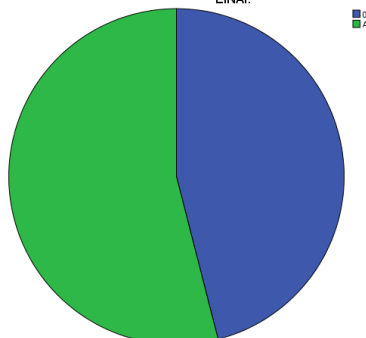
ΟΙ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΤΑΞΙΝΟΜΟΥΝΤΑΙ ΩΣ:



Διάγραμμα 6: Οι λοιμώξεις του χειρουργικού τραύματος ταξινομούνται ως:

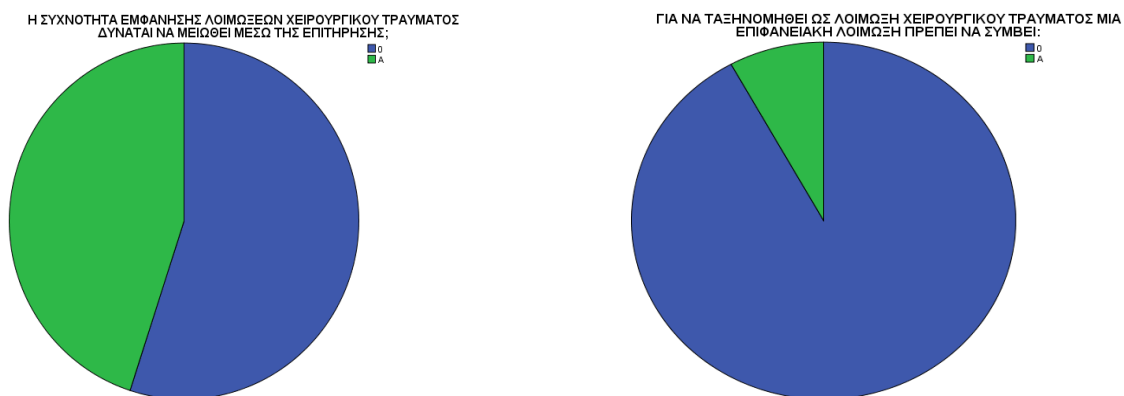
Στην ερώτηση αν ο κατάλληλος χρόνος για να κάνει ένας χειρουργημένος μπάνιο το 46% απάντησε λανθασμένα και το 54% απάντησε ορθά.

Ο ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΕΝΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΣ ΜΠΑΝΙΟ ΕΙΝΑΙ:



Διάγραμμα 7: Κατάλληλος χρόνος για μπάνιο

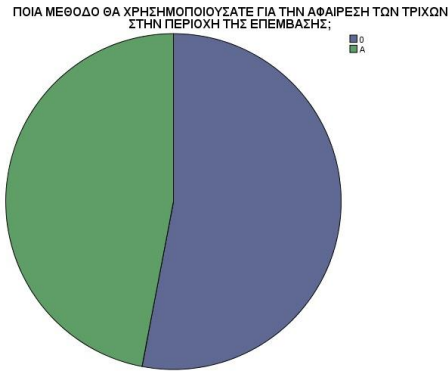
Σε σχέση με τις λοιμώξεις του χειρουργικού τραύματος, στην ερώτηση αν η συχνότητα εμφάνισης λοιμώξεων χειρουργικού τραύματος δύναται να μειωθεί μέσω της επιτήρησης, το 55% απάντησε λανθασμένα και το 45% ορθά. Όταν το δείγμα ερωτήθηκε κατά πόσον πρέπει να προηγηθεί μια επιφανειακή λοίμωξη για να ταξινομηθεί μια λοίμωξη χειρουργικού τραύματος, το δείγμα το συμμετεχόντων απάντησε 92% λανθασμένα και 8% ορθά.



Διάγραμμα 8: Συχνότητα εμφάνισης λοιμώξεων ΧΤ Διάγραμμα 9: Ταξινόμηση ΧΤ

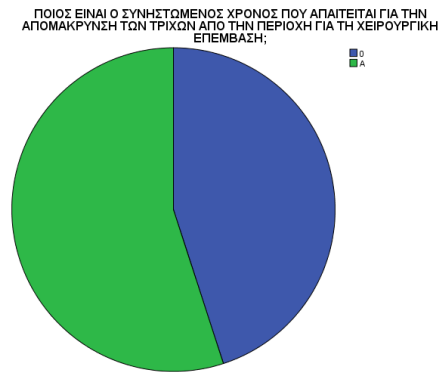
δύναται να μειωθεί μέσω επιτήρησης

Στην ερώτηση ποια μέθοδο χρησιμοποιούν για την απομάκρυνση των τριχών το 53% του δείγματος απάντησε λανθασμένα και το 47% ορθά.



Διάγραμμα 10: Μέθοδος αφαίρεσης τριχών

Τέλος στην ερώτηση ποιος είναι ο συνιστώμενος χρόνος για την απομάκρυνση των τριχών από την περιοχή για την χειρουργική επέμβαση το 55% απάντησε ορθά και το 45% του δείγματος λανθασμένα.



Διάγραμμα 11: Συνιστώμενος χρόνος για την απομάκρυνση των τριχών

6.3. Επαγωγικά αποτελέσματα

Επιλέχθηκε ως στατιστικό κριτήριο το t-τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων καθώς συγκρίνονταν δύο ομάδες μετρήσεων από διαφορετικά άτομα (δείγματα) ως προς μια εξαρτημένη μεταβλητή. Από την στατιστική ανάλυση (t-test ανεξάρτητων δειγμάτων) το κριτήριο Levene ήταν στατιστικά μη σημαντικό (υποδηλώνοντας με αυτό τον τρόπο ότι οι δύο διακυμάνσεις είναι ίσες) (Ρούσσοσ & Ευσταθίου, 2008). Προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των σωστών απαντήσεων που έδωσαν οι γυναίκες (Μ. Τιμή=6.48sd=1.37) σε σχέση με του άνδρες (Μ. Τιμή=6.26SD=1.51) και η ομάδα 2 με τις πρώτες (γυναίκες να έχουν μέσο όρο σωστών απαντήσεων μεγαλύτερο αλλά σε στατιστικά μη σημαντικό επίπεδο $T(97)=-0.497p<0.621$. **Συνεπώς το φύλο δεν επηρεάζει τις γνώσεις.**

ΦΥΛΟ	N	Μ. Τιμή	Σταθ. Αποκλ.	Σταθ. Σφάλμα Μ. Τιμή
ΑΝΔΡΕΣ	38	6.2632	1.51896	.24641
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	61	6.4098	1.37085	.17552

Πίνακας 5

Προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των σωστών απαντήσεων που έδωσαν η ομάδα των νοσηλευτών με προϋπηρεσία μεγαλύτερη από τα 5 έτη (Μ. Τιμή=6.667SD=6.68) και η ομάδες των νοσηλευτών με προϋπηρεσία <5ετών (Μ. Τιμή=6.0755SD=1.5) με τους πρώτους να έχουν μέσο όρο σωστών απαντήσεων μεγαλύτερο και μάλιστα στατιστικά σημαντικό επίπεδο $T(98)=-2.170p<0,032$. **Συνεπώς η προϋπηρεσία επηρεάζει τις γνώσεις των νοσηλευτών στις καλές πρακτικές φροντίδας των χειρουργικών τραυμάτων.**

Test Ανεξάρτητων Δειγμάτων

	Levene test ισότητας μεταβλητών		T test						
	F	Sig.	t	df	ρ	Μ. Τιμή Διαφορά	Σταθ. Σφάλμα Διαφορά	95% Confidence Interval of the Διαφορά	
								Χαμηλότερο	Υψηλότερο
score	.252	.617	- .497	97	.621	-.14668	.29535	-.73287	.43952
Equal variances assumed									
	.252	.617	- .485	72.554	.629	-.14668	.30253	-.74968	.45633
Equal variances not assumed									

Πίνακας 6

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν προϋπηρεσία λιγότερη των 5 ετών με ποσοστό 53%. Έχοντας περισσότερους νέους νοσηλευτές θα μπορούσε ενδεχομένως να προκύψει από τα στατιστικά αποτελέσματα ότι θα έδιναν περισσότερες ορθές απαντήσεις στα ερωτήματα της έρευνας λόγω και της πιο πρόσφατης ακαδημαϊκής τους εκπαίδευσης. Ωστόσο, από τα στατιστικά αποτελέσματα προέκυψε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των σωστών απαντήσεων που έδωσε η ομάδα των νοσηλευτών με προϋπηρεσία μεγαλύτερη από τα 5 έτη και οι ομάδες των νοσηλευτών με προϋπηρεσία λιγότερη των 5ετών. Προκύπτει επομένως ότι η προϋπηρεσία και η εμπειρία επηρεάζει τις γνώσεις των νοσηλευτών στις καλές πρακτικές φροντίδας των χειρουργικών τραυμάτων.

Στην ερώτηση αν χρησιμοποιούν αποστειρωμένες γάζες για την περιποίηση χειρουργικού τραύματος το 99% των συμμετεχόντων απάντησε ορθά και 1% απάντησε λανθασμένα. Η χρήση της γάζας, είναι παραδοσιακά η πιο συνηθισμένη καθημερινή φροντίδα του χειρουργικού τραύματος, που συμβάλλει στην επούλωση, ωστόσο στη σχετική βιβλιογραφία η έρευνα των Chang et al (1998) αναφέρει ότι οι ασθενείς βρίσκουν συνήθως άβολη αυτή την εφαρμογή ειδικότερα όταν πρόκειται για την στιγμή της αλλαγής του επιδεσμικού υλικού. Επίσης με βάση τους Kaihan et al.(2013), οι γάζες όπως είναι προσκολλημένες στο δέρμα, η αφαίρεση τους είναι πολλές φορές τραυματική.

Η βασική απάντηση των νοσηλευτών σε σχέση με το αν πλένουν τα χέρια τους πριν την περιποίηση χειρουργικού τραύματος ήταν θετική κατά ένα ποσοστό 98%. Με βάση της οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας μέσω της έρευνας των (Pittet D et al. 2006), η αντισηψία των χεριών προσφέρει προστασία όχι μόνο στον ασθενή αλλά και στον εργαζόμενο νοσηλευτή.

Στην ερώτηση ποιος είναι ο χρόνος που συνίσταται για την κάλυψη μιας τομής που επουλώνεται κατά πρώτο σκοπό το 50% του δείγματος απάντησε ορθά και το 50%

λανθασμένα. Η έρευνα των Gottrup et al.(2005) αναφέρει ότι χειρουργικές τεχνικές, όπως η προετοιμασία του δέρματος, η χρονική στιγμή και η μέθοδος κλεισίματος του τραύματος είναι σημαντικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη συχνότητα εμφάνισης της μετέπειτα λοίμωξης.

Στην ερώτηση αν ταξινομούνται οι λοιμώξεις του χειρουργικού τραύματος, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές είναι απληροφόρητοι για το συγκεκριμένο θέμα και δεν συμφωνούν με την σχετική βιβλιογραφία. Με βάση το National Research Council, τα χειρουργικά τραύματα ταξινομούνται ανάλογα με τον βαθμό μόλυνσης σε τέσσερις χειρουργικές ταξινομήσεις καθαρό, καθαρό-μολυσμένο, μολυσμένο και ρυπαρό τραύμα (Gottrup et al., 2005).

Οι απόψεις των νοσηλευτών δίστανται σχετικά με την συχνότητα επιτήρησης χειρουργικού τραύματος. Στην ερώτηση αν η συχνότητα εμφάνισης λοιμώξεων χειρουργικού τραύματος δύναται να μειωθεί μέσω της επιτήρησης το 55% απάντησε λανθασμένα και το 45% ορθά. Στην έρευνα των Charalambous et al, 2009, η πλειοψηφία των νοσηλευτών χειρουργείου (98.1%) συμφώνησε ότι η εκτίμηση τραυμάτων είναι ένα μέρος της καθημερινής αξιολόγησης των νοσηλευτών που προηγείται την φροντίδα τραύματος. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι τα πιο πάνω συμπεράσματα δεν συμφωνούν με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, όπου ένα ποσοστό 45% διαφώνησε με την άποψη ότι η εκτίμηση του τραύματος είναι ένα μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής αξιολόγησης τους. Το ίδιο υποστηρίζει και η έρευνα των Kaihan et al. (2013), ότι δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρακολουθούν τη διαδικασία της επούλωσης των πληγών, την πρόληψη των επιπλοκών του τραύματος και της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, αν προκύψουν επιπλοκές.

Έκπληξη προκαλεί επίσης η απάντηση του δείγματος, όταν ερωτήθηκε κατά πόσον πρέπει να προηγηθεί μια επιφανειακή λοίμωξη για να ταξινομηθεί μια λοίμωξη χειρουργικού τραύματος, το δείγμα το συμμετεχόντων απάντησε 92% λανθασμένα και 8% ορθά. Με βάση τους (Owens & Stoessel, 2008), οι χειρουργικές λοιμώξεις συμβαίνουν έως και 30 ημέρες

μετά την επέμβαση και αρχικά επηρεάζουν την τομή και εν συνέχεια τους βαθύτερους ιστούς στο σημείο της εγχείρησης.

Στην ερώτηση ποια μέθοδο χρησιμοποιούν για την απομάκρυνση των τριχών το 53% του δείγματος απάντησε λανθασμένα και το 47% ορθά. Τέλος στην ερώτηση ποιος είναι ο συνιστώμενος χρόνος για την απομάκρυνση των τριχών από την περιοχή για την χειρουργική επέμβαση το 55% απάντησε ορθά και το 45% του δείγματος λανθασμένα.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παραδοσιακά, οι χειρουργικές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων των χειρουργικών τραυμάτων, είναι μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου και αναπηρίας σε παγκόσμιο επίπεδο και η επακόλουθη οικονομική επιβάρυνση είναι σημαντική, στο να βαρύνει δυσανάλογα τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. Το μέλλον της παγκόσμιας υγείας σε αυτές τις περιοχές εξαρτάται από τον αναπροσανατολισμό της προσοχής στις ασθένειες στον τομέα της χειρουργικής, την αναισθησίας και των ειδικοτήτων έκτακτης ανάγκης. Η αύξηση της ευαισθητοποίησης, είναι ζωτικής σημασίας. Ενώ τα εμπόδια για την παροχή ποιοτικής φροντίδας των τραυμάτων δεν είναι ανυπέρβλητα, πρέπει να εργαστούν από κοινού οι διάφοροι κλάδοι προκειμένου να διαπραγματευθεί αλλαγή και μείωση της παγκόσμιας επιβάρυνσης της χειρουργικής νόσου (Sakranetal. 2012).

Επιπρόσθετα της τυπικής συμβατικής θεραπείας τραυμάτων θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν καινοτόμες και εκτός συμβατικού πεδίου μέθοδοι, οι οποίες παραμένουν ακόμα άγνωστες για τα κυπριακά δεδομένα, όπως η ηλεκτρική υποβοήθηση VAC® για το κλείσιμο του τραύματος (Seideletal, 2013), καθώς και η μαγνητοφωτοθεραπεία – magnetoleadtherapy (Paseketal, 2014). Η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι αυτές οι θεραπείες οδήγησαν σε πλήρη επούλωση χειρουργικών τραυμάτων.

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διεθνή

Owens CD, Stoessel K. (2008). Surgical site infections: epidemiology, microbiology and prevention. *J. Hosp. Infect.*; 2: 3-10.

NHS. Prevention and treatment of surgical site infection: summary of NICE Guidance, 2008, BMJ 2008;337:a1924.

Pasek P., Pasek T., Sieron A. (2014). Magnetoledtherapy in the treatment of wounds after surgical procedures of the knee joint. *Therapeutics and Clinical Risk Management*; 10: 717-720.

Mangram A., H., Horan T., Pearson M.L., Silver L.C., Jarvis W. (1999) *Guideline for prevention of Surgical site infection*, 199;20(4): 247-279.

Gottrup F., Melling A., Hollander D., (2005) *An overview of sutgical site infection:aetiology, incident and risk factors*.

Culver DH, Horan TC, Gaynes RP et al.(2005).*Surgical Wound Infection Rates by wound class, operative procedure and patient risk index*; 91 (3B0):152S-157S

Seidel D., Lefering R., Neugebauer E. AM., (2013). Treatment of subcutaneous abdominal wound healing impairment after surgery without fascial dehiscence by vacuum assisted closure™ (SAWHI-V.A.C.®-study) versus standard conventional wound therapy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials Journal*, 14:394.

Walker, M., Metcalf, D., Parsons, D., & Bowler, P. (2015). A real-life clinical evaluation of an next-generation antimicrobial dressing on acute and chronic wounds. *Journal of Wound Care*; 24(1): 11-22.

Hsu V., (2014). Prevention of Health Care-Associated Infections. *American Family Physician*, 90:6.

Sakran J., Green S.E., Werlin E., McCunn M., (2012). Care of the injured worldwide: trauma still the neglected disease of modern society. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20:64.

Kaihan Y., Bae L., Wei Ping Y. (2013). Post-Operative Wound Management. *Clinical*; 42:12.

Llinas A, Kelly G.V.,Zalavras C. (2014). OperativeEnvironment, *Journal of Orthopaedic Research*; 32:1.

Pittet D, Allegranzi B, Sax H, et al. (2006). Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infect Dis* 6:641–652.

Chang KW, Alsagoff S, Ong KT, Sim PH. (1998) Pressure ulcers- randomized control trial comparing hydrocolloid and Saline Gauze Dressings. *MedJMalaysia*;53:4.

Ελληνική

ΧαραλάμπουςΜ. &ΧαραλάμπουςΑ. (2009). Μια Κριτική Διερεύνηση των Αντιλήψεων των Νοσηλευτών Χειρουργικής Ογκολογίας για τους Παράγοντες που Περιλαμβάνονται στη Λήψη Αποφάσεων στη ΜετεγχειρητικήΔιαχείρισηΤραύματος: μια Περιγραφική Μελέτη; *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*;3:1.

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, Επιστημονική Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων «Κατευθυντήριες οδηγίες για τη Διάγνωση και την Εμπειρική Θεραπεία των Λοιμώξεων» Εκδ. FocusonHealth, Αθήνα 2007.