



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΙΛΟΥΣ ΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ
ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ»

ΦΛΩΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΣ
Νοσηλεύτριας ΤΕ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2012
ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ
ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ »

ΦΛΩΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΣ
Νοσηλεύτριας ΤΕ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής
Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ: Αναστάσιος Ιωαννίδης, Λέκτορας
Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Μέλος: Φώτης Θεοφάνης, Λέκτορας (υπό διορισμό)

Μάρτιος 2012
ΣΠΑΡΤΗ

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Μαρία Τσιρώνη

Σοφία Ζυγά

Παναγιώτης Πρεζεράκος

Αναστάσιος Ιωαννίδης

Copyright © ΦΛΩΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ, 2012

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Έγινε σύγκριση μεταξύ της ραχιαίας και της γενικής αναισθησίας που χρησιμοποιούνται στους ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση βουβωνοκήλης όσον αφορά στην επίδραση που έχουν στον ασθενή, τόσο κατά τη διάρκεια της επέμβασης, όσο και μετά το πέρας αυτής.

Υλικό και μέθοδος: Για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας χορηγήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο σε 54 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χρονικό διάστημα πέντε (5) μηνών σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση βουβωνοκήλης στο ΓΝ Σπάρτης με ραχιαία αναισθησία και γενική αναισθησία. Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική, ο έλεγχος χ^2 , καθώς και το t-test ανεξάρτητων δειγμάτων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας που επιλέχθηκε ήταν το $\alpha=0,05$.

Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς προτιμούν τη ραχιαία αναισθησία, ανεξάρτητα από το ότι στη γενική αναισθησία το σύμπτωμα του πόνου δεν είναι τόσο έντονο. Ενδεχομένως σε αυτό να συνηγορεί το γεγονός ότι η γενική αναισθησία συνοδεύεται από περισσότερα συμπτώματα μετά το πέρας της επέμβασης. Η πλειοψηφία των ασθενών δεν είχε κάποιο σημαντικό σύμπτωμα κατά τη διάρκεια της επέμβασης και η στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας, του φύλου, του βάρους και του ύψους των ασθενών με της ύπαρξης συγκεκριμένων συμπτωμάτων είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης είτε μετά το πέρας αυτής. Επίσης, κατέδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του είδους της αναισθησίας με την οποία θα προτιμούσαν να χειρουργηθούν οι ασθενείς και του αν αισθάνθηκαν πόνο κατά τη διάρκεια της επέμβασης και μετά από αυτήν (p -value=0,002 και στις δύο περιπτώσεις), καθώς και μεταξύ του είδους της αναισθησίας και του χρονικού διαστήματος μετά από το οποίο οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να σιτιστούν (p -value=0,011).

Συμπεράσματα: Το είδος της αναισθησίας δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικό όσον αφορά στα συμπτώματα των ασθενών κατά τη διάρκεια της επέμβασης και μετά από αυτήν, ενώ βρέθηκε μόνο στατιστικά σημαντικό στην περίπτωση του χρονικού διαστήματος μετά από το οποίο οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να κινητοποιηθούν μετά το πέρας της επέμβασης. Ο ασθενής που συμμετέχει στην διαδικασία λήψεων αποφάσεων περί του χειρουργείου βιώνει την χειρουργική εμπειρία με καλύτερο

τρόπο (ψυχοσυναισθηματικά ή βιολογικά). Έτσι καθίσταται επιτακτική ανάγκη το υγειονομική ομάδα (χειρουργός, αναισθησιολόγος, νοσηλεύτης) να μην παραβλέπει το κεφάλαιο που άπτεται της ενημέρωσης –επικοινωνίας με όλους τους ασθενείς.

Λέξεις κλειδιά: κήλη, βουβωνοκήλη, ραχιαία αναισθησία, γενική αναισθησία

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study is to compare two different methods of anesthesia used for patients in the case of inguinal hernia surgery, namely the spinal and the general, with regard to the impact they have on the patient, both during and after the surgery.

Material and Methods: A structured questionnaire was completed by 54 patients who had inguinal hernia surgery within a period of five (5) months at the Hospital in Sparta, with local spinal anesthesia combined with general anesthesia without tracheal intubation. For the statistical analysis the following were used: descriptive statistics, χ^2 and t-test of independent samples. The level of statistical significance was $\alpha = 0.05$.

Results: Most patients prefer spinal anesthesia, irrelevant of the fact that in general anesthesia there is not so much pain. Maybe this results are justified by the fact that general anesthesia is accompanied by more symptoms after the surgery. Also, the majority of patients had no significant symptoms during the surgery. The statistical analysis showed that there is no correlation between age, sex, weight and height of patients with the presence of specific symptoms either during surgery or after this.

It has been also indicated that there is a statistically significant correlation between the type of anesthesia that patients prefer whether they felt pain during surgery and afterwards, and between the type of anesthesia and if they felt pain during and after the surgery (p – value = 0.002 in both cases), as well as between the type of anesthesia and the time period after which patients were able to eat (p -value=0.011).

Conclusions: The type of anesthesia was not found to be statistically significant with regard to the symptoms of patients during surgery and afterwards, but it was found statistically significant only with regard to the time period after which patients were able to get out of bed after the surgery has taken place. The patient involved in the process of decision making on the surgery experience the surgical at the best way (psychological, emotional or biological). Consequently there is an imperative need for the health personnel (surgeon, anesthetist, nurse) not to ignore the process of information-communication with all patients.

Key words: hernia, inguinal hernia, spinal anesthesia, general anesthesia

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΗΛΕΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ	3
1.1 Ανατομικά στοιχεία της κήλης	3
1.2 Παθοφυσιολογία ανάπτυξης κηλών	4
1.3 Κλινική εικόνα και επιπλοκές	4
1.4 Είδη κηλών	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ	13
2. 1 Γενικά	13
2.2 Προεγχειρητική αξιολόγηση και επιλογή της Τεχνικής της Αναισθησίας	14
2.3. Τεχνικές αναισθησίας	16
2.3.1 Γενική αναισθησία	17
2.3.2 Περιοχική αναισθησία	20
2.4 Αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	29
3. 1 Σκοπός της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα	29
3. 2 Η ποσοτική έρευνα	29
3. 3 Το ερωτηματολόγιο ως το μεθοδολογικό εργαλείο της έρευνας	30
3. 4 Η ηθική στην έρευνα	32
3. 5 Το δείγμα της έρευνας	33
3.6 Παρουσίαση ερωτηματολογίου	34
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	38
1.1 Περιγραφική στατιστική	38
1. 2 Συσχετίσεις	61
1. 3 Σύγκριση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση σε σχέση με το είδος της αναισθησίας	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	76
2. 1 Συζήτηση έρευνας	76
2. 2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	80

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	86

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Διάγραμμα συχνοτήτων της ηλικίας των ερωτηθέντων	39
Γράφημα 2. Διάγραμμα συχνοτήτων του ύψους των ερωτηθέντων	39
Γράφημα 3. Διάγραμμα συχνοτήτων του βάρους των ερωτηθέντων	40
Γράφημα 4. Ηλικιακή κατανομή των ασθενών της μελέτης	41
Γράφημα 5. Ηλικιακή κατανομή ασθενών με κήλες κοιλίας στον γενικό πληθυσμό για το 2007 (πηγή ΕΛΣΤΑΤ).....	42
Γράφημα 6. Ποσοστό καπνιζόντων ασθενών	43
Γράφημα 7. Νοσήματα στο ιστορικό των ασθενών.....	45
Γράφημα 8. Ποσοστό ερωτηθέντων που πάσχουν από διαταραχές ύπνου.....	45
Γράφημα 9. Ποσοστό ερωτηθέντων που δηλώνει ότι έχει άγχος.....	46
Γράφημα 10. Ποσοστό ερωτηθέντων που αισθάνεται κούραση όταν ξυπνά το πρωί.....	47
Γράφημα 11. Συχνότητα κατά την οποία οι ερωτηθέντες αισθάνονται κούραση όταν ξυπνάνε το πρωί.....	47
Γράφημα 12. Ποσοστό ερωτηθέντων που έχει υποβληθεί σε επέμβαση στο παρελθόν ..	48
Γράφημα 13. Είδος αναισθησίας που προτιμούν οι ασθενείς.....	48
Γράφημα 14. Ποσοστό ερωτηθέντων που είχε ενημέρωση για το είδος της αναισθησίας που θα λάμβανε κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης	49
Γράφημα 15. Πηγή ενημέρωσης των ερωτηθέντων για το είδος της αναισθησίας που θα λάμβανε κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.....	50
Γράφημα 16. Ποσοστό ερωτηθέντων που είχε συμμετοχή στην επιλογή του είδους της αναισθησίας που θα λάμβανε.....	50

Γράφημα 17. Ποσοστό ερωτηθέντων που είχε κάποιο σύμπτωμα κατά τη διάρκεια της επέμβασης βάσει του είδους της αναισθησίας	51
Γράφημα 18. Ποσοστό ερωτηθέντων που είχε κάποιο σύμπτωμα μετά την επέμβαση βάσει του τύπου της αναισθησίας.....	53
Γράφημα 19. Χρονικό διάστημα μετά από το οποίο οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να σηκωθούν από το κρεβάτι βάσει του τύπου της αναισθησίας.....	54
Γράφημα 20. Χρονικό διάστημα μετά από το οποίο οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα για ούρηση βάσει του τύπου της αναισθησίας.....	55
Γράφημα 21. Χρονικό διάστημα μετά από το οποίο οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να σιτιστούν βάσει του τύπου της αναισθησίας	56
Γράφημα 22. Ποσοστό ερωτηθέντων που θα επέλεγε ξανά τον ίδιο τύπο αναισθησίας..	57
Γράφημα 23. Συγκριτικά οι λόγοι για τους οποίους οι ερωτηθέντες δεν θα επέλεγαν τον ίδιο τύπο αναισθησίας	58
Γράφημα 24. Κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων βάσει του τύπου της αναισθησίας	60
Γράφημα 25. Κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων βάσει τύπου αναισθησίας.....	60

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Περιγραφικά μέτρα των δημογραφικών στοιχείων των ερωτηθέντων	38
Πίνακας 2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των τσιγάρων που καπνίζουν οι ερωτηθέντες ημερησίως.....	44
Πίνακας 3. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των ετών που καπνίζουν οι ερωτηθέντες.....	44
Πίνακας 4. Περιγραφικά μέτρα της βαθμολόγησης που δόθηκε από τους ασθενείς για την παροχή των υπηρεσιών.....	59
Πίνακας 5. Σύγκριση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της επέμβασης στη γενική και ραχιαία αναισθησία.....	67
Πίνακας 6. Σύγκριση του χρονικού διαστήματος κατά το οποίο οι ασθενείς ένιωσαν τα παρακάτω συμπτώματα στη γενική και ραχιαία αναισθησία.....	68
Πίνακας 7. Σύγκριση του χρονικού διαστήματος κατά το οποίο οι ασθενείς είχαν την δυνατότητα να κάνουν κάτι στη γενική και ραχιαία αναισθησία	68

Πίνακας 8. Επιλογή του ίδιου τύπου αναισθησίας συγκριτικά για τους δύο τύπους αναισθησίας	69
Πίνακας 9. Λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς δεν θα επέλεγαν τον ίδιο τύπο αναισθησίας συγκριτικά για τους δύο τύπους αναισθησίας	69
Πίνακας 10. Independent Samples Test: Συμπτώματα ασθενών κατά τη διάρκεια της επέμβασης.....	71
Πίνακας 11. Independent Samples Test: Συμπτώματα ασθενών μετά από την επέμβαση.....	73
Πίνακας 12. Independent Samples Test: Συμπτώματα ασθενών μετά από την επέμβαση.....	75

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η βουβωνοκήλη, είναι η συνηθέστερη μορφή κήλης, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες (Osifo και Amusan, 2010). Οι βουβωνοκήλες είναι από τις συχνότερες παθήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο γενικός χειρουργός. Πιο συγκεκριμένα, 5% του πληθυσμού θα εμφανίσει κάποια κήλη κατά την διάρκεια της ζωής του εκ των οποίων 80% αφορά την βουβωνική χώρα, ενώ είναι συχνότερη σε άνδρες παρά σε γυναίκες σε αναλογία 10:1 (Χριστοδούλου και συν. , 2010).

Με τον όρο κήλη (των κοιλιακών τοιχωμάτων) χαρακτηρίζουμε την έξοδο ή προβολή ενός ενδοκοιλιακού οργάνου από μια ευένοτη θέση ή χάσμα του κοιλιακού τοιχώματος. Οι διάφορες μορφές κήλης κατηγοριοποιούνται ανάλογα με τη θέση εντόπισης αλλά και το μηχανισμό δημιουργίας τους σε επιγαστρικές κήλες ή κήλες της λευκής γραμμής, που εμφανίζονται στην περιοχή ανάμεσα στο στέρνο και τον ομφαλό, ομφαλοκήλες και παρομφαλοκήλες, που εμφανίζονται στην περιοχή του ομφαλού, βουβωνοκήλες και μηροκήλες, που εμφανίζονται αντίστοιχα στη βουβωνική περιοχή και στην έξοδο των κεντρικών αγγείων του κάτω σκέλους από των κορμό προς το μηρό, μετεγχειρητικές κήλες, που δημιουργούνται μετά από μια χειρουργική επέμβαση.

Η βουβωνοκήλη είναι μια απλή διόγκωση στις βουβωνικές περιοχές της κοιλίας (πάνω από τον μηρό και κάτω από τον ομφαλό), η οποία εμφανίζεται στα αρχικά στάδια μετά από χρόνιο βήχα, χρόνια δυσκοιλιότητα και γενικά όταν αυξάνεται η ενδοκοιλιακή πίεση. Οφείλεται στην εξασθένηση του τοιχώματος της κοιλίας στις εν λόγω περιοχές σε θέσεις όπου υπάρχουν ήδη φυσιολογικές οπές και αντιμετωπίζεται μόνο με χειρουργική επέμβαση (Χλόπτσιος, 2010).

Μετά την προεγχειρητική αξιολόγηση ο αναισθησιολόγος θα επιλέξει μια από τις τεχνικές αναισθησίας, όπως η γενική αναισθησία ή η περιοχική αναισθησία. Η τεχνική της αναισθησίας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως: Συνυπάρχουσα πάθηση που μπορεί ή δεν μπορεί να έχει σχέση με τη χειρουργική επέμβαση, θέση της χειρουργικής επέμβασης, η θέση του αρρώστου κατά την επέμβαση, τακτικό ή έκτακτο χειρουργείο, πιθανότητα αυξημένης ποσότητας γαστρικού περιεχομένου, ηλικία του αρρώστου, προτίμηση του αρρώστου(Stoelting R.-Miller R.,1991).

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να συγκρίνει μεθόδους αναισθησίας που χρησιμοποιούνται στους ασθενείς στην περίπτωση της χειρουργικής επέμβασης βουβωνοκήλης. Πιο αναλυτικά, σκοπός ήταν να διαπιστωθεί αν υπήρχε διαφορά μεταξύ

των ειδών αναισθησίας που χρησιμοποιούνται, όσον αφορά στην επίδραση που έχει στον ασθενή, τόσο κατά τη διάρκεια της επέμβασης, όσο και μετά το πέρας αυτής. Τα ερευνητικά ερωτήματα που προσπαθήσαμε να απαντήσουμε είναι τα εξής:

1. Υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας, του φύλου, του βάρους και του ύψους των ασθενών με της ύπαρξης συγκεκριμένων συμπτωμάτων είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης είτε μετά το πέρας αυτής;
2. Υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της αναισθησίας με την οποία θα ήθελαν να χειρουργηθούν οι ασθενείς και της ύπαρξης συγκεκριμένων συμπτωμάτων είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης είτε μετά το πέρας αυτής;

Το ενδιαφέρον γύρω από τη διεξαγωγή αυτής της μελέτης εγείρεται από το γεγονός ότι ενώ υπάρχουν πολλές έρευνες σχετικά με τις χειρουργικές μεθόδους αντιμετώπισης της βουβωνοκήλης, απουσιάζουν, τουλάχιστον στον ελλαδικό χώρο μελέτες που να εστιάζουν στη σχέση του είδους της αναισθησίας και των συμπτωμάτων κατά την χειρουργική επέμβαση βουβωνοκήλης. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης προέρχονται από την πρωτογενή έρευνα που διεξήχθη σε ασθενείς που εγχειρίστηκαν για βουβωνοκήλη.

Για την εκπόνηση της έρευνας επιλέχθηκε η ποσοτική έρευνα με τη μέθοδο των ερωτηματολογίων. Στην έρευνα πήραν μέρος 54 ασθενείς που σε διάστημα πέντε (5) μηνών υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη εγχείρηση βουβωνοκήλης στο Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΗΛΕΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Οι κήλες του κοιλιακού τοιχώματος αποτελούν μια από τις συνηθέστερες παθήσεις (5% περίπου στους ενήλικες), ενώ η αποκατάστασή τους αποτελεί μια από τις συχνότερες χειρουργικές επεμβάσεις.

Ο όρος κήλη περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους αρχαίους Έλληνες. Η θεραπεία που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά από τη σχολή της Αλεξάνδρειας ήταν η σφιχτή επίδεση της περιοχής. Ο Κέλσιος το 25 π.Χ. στην ιατρική εγκυκλοπαίδεια που εξέδωσε, περιγράφει την εμπειρία της Ιπποκράτειου Σχολής, η οποία αποτέλεσε τη βάση της γνώσης για τους Ρωμαίους και τους μεταγενέστερους. Στα χρόνια που ακολούθησαν καμιά σημαντική εξέλιξη δεν παρατηρήθηκε, μέχρι τα τέλη του περασμένου αιώνα. Πιο συγκεκριμένα από τότε που ο Eduardo Bassini περιέγραψε για πρώτη φορά την επιτυχημένη χειρουργική τεχνική για την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης το 1887, οι γνώσεις όσον αφορά την ανατομία και τη θεραπεία έχουν διευρυνθεί, ενώ νέες χειρουργικές τεχνικές έχουν περιγραφεί και περιγράφονται ακόμη και σήμερα, με αποτέλεσμα το θέμα αυτό να διατηρείται συνεχώς στο προσκήνιο (Κουράκλης Γ.,1996).

1.1 Ανατομικά στοιχεία της κήλης

Η προβολή ενδοκοιλιακού σπλάχνου, εκτός της περιτοναϊκής κοιλότητας, διαμέσου κάποιου προϋπάρχοντος ή επίκτητου ανοίγματος του κοιλιακού τοιχώματος, ονομάζεται κήλη. Το χάσμα- άνοιγμα του κοιλιακού τοιχώματος μέσα από το οποίο προπίπτουν τα σπλάχνα ονομάζεται κηλικό στόμιο. Κηλικά στόμια αναπτύσσονται σε διάφορα προϋπάρχοντα ευένδοτα σημεία του τοιχώματος (π.χ. ομφαλικός δακτύλιος, μηριαίος δακτύλιος κ.λ.π.) τα οποία διευρύνθηκαν παθολογικά, ή σε περιοχές εγχειρητικών τομών που απέτυχαν να επουλωθούν φυσιολογικά με αποτέλεσμα τη δημιουργία χάσματος (μετεγχειρητικές κήλες). Αναλόγως δε της θέσεως που βρίσκεται το κηλικό στόμιο στο κοιλιακό τοίχωμα, παίρνει και το όνομά της η κήλη (π.χ. “βουβωνοκήλη” για κήλες της βουβωνικής χώρας, “ομφαλοκήλη” για κήλες στην περιοχή του ομφαλού, “επιγαστρική” για κήλες της λευκής γραμμής στο επιγάστριο κ. λ. π.)

Τα σπλάχνα που προβάλλουν από το κηλικό στόμιο αποτελούν το περιεχόμενο της κήλης. Τμήμα του επιπλόου ή έλικες του λεπτού εντέρου είναι το περιεχόμενο στην πλειονότητα των κηλών.

Το τοιχωματικό περιτόναιο που συμπαρασύρεται μέσα από το στόμιο της κήλης που περιβάλλει τα σπλάχνα που προπίπτουν ονομάζεται σάκος της κήλης. Ο σάκος είναι βασικό ανατομικό στοιχείο της κήλης και σε αντίθεση με το περιεχόμενό της, που μπορεί να μπεινοβγαίνει μέσα από το κηλικό στόμιο, βρίσκεται σε μόνιμη πρόπτωση και συμφύεται με τους ιστούς που τον περιβάλλουν (υποδόριος ιστός, πλάγιοι κοιλιακοί μύες κ. λ. π. αναλόγως της θέσεως) (Ντουράκης Ν., 2006).

1.2 Παθοφυσιολογία ανάπτυξης κηλών

Ανάλογα με το χρόνο εμφάνισής τους οι κήλες χωρίζονται σε συγγενείς και επίκτητες.

Οι συγγενείς κήλες εμφανίζονται αμέσως μετά τη γέννηση και δημιουργούνται λόγω κάποιας ατέλειας στην ανάπτυξη του κοιλιακού τοιχώματος κατά την εμβρυική ζωή. Κύρια αφορούν τη βουβωνική χώρα όπου βλέπουμε να παραμένει ανοιχτός ο ελυτροπεριτοναϊκός πόρος, ή στην περιοχή του ομφαλού όπου έχουμε ατελή σύγκλειση του ομφαλικού δακτυλίου.

Οι επίκτητες εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής και για την ανάπτυξή τους απαιτείται η συνέργεια πολλών παραγόντων, χωρίς και πάλι να έχει διερευνηθεί απόλυτα ο μηχανισμός ανάπτυξης.

Η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση ενοχοποιείται σαν ο κύριος μηχανικός παράγων ανάπτυξης κηλών. Ο βήχας της χρόνιας βρογχίτιδας, η δυσουρία στην υπερτροφία του προστάτη, η χρόνια δυσκοιλιότητα, η ασκτικές συλλογές είναι από τις πιο συνηθισμένες παθήσεις που αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση. Η ατροφία των κοιλιακών μυών είτε λόγω της μεγάλης ηλικίας, είτε λόγω κάκωσης νεύρων σε εγχειρητικές τομές ενοχοποιείται επίσης. Η έλλειψη βιταμινών ή ιχνοστοιχείων στη διατροφή, διαταραχές του ανοσοποιητικού, συστηματικές νόσοι (ηπατική-νεφρική ανεπάρκεια) είναι μερικές από τις καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές στη δομή και σύνθεση του κολλαγόνου καθώς και το ρυθμό σύνθεσης-απορρόφησης αυτού, με αποτέλεσμα την ελάττωση της αντοχής των περιτονιών ή των εγχειρητικών ουλών και τη δημιουργία κηλών (Ντουράκης Ν., 2006).

1.3 Κλινική εικόνα και επιπλοκές

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει μια προοδευτική διόγκωση που δεν υποχωρεί άμεσα. Με το πέρασμα του χρόνου αυξάνεται η πιθανότητα μιας απειλητικής για τη ζωή επιπλοκής. Οι κήλες μπορεί να είναι ανατασσόμενες, μη ανατασσόμενες, να προκαλούν εντερική απόφραξη, περισφιγμένες ή να εμφανίζουν φλεγμονή.

Ανατασσόμενη κήλη. Σ' αυτόν τον τύπο κήλης, το περιεχόμενο μπορεί να επιστρέψει στην κοιλότητα από όπου προέρχεται αλλά ο σάκος παραμένει. Το περιεχόμενο δεν

επανεμφανίζεται άμεσα αλλά λόγω της βαρύτητας ή μετά από αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης.

Μη ανατασόμενη κήλη. Σ' αυτόν τον τύπο κήλης, το περιεχόμενο δεν μπορεί να επιστρέψει στην κοιλότητα από την οποία προέρχεται. Τα αίτια είναι τα εξής:

- στενός αυχέννας με σταθερά όρια συχνά σε συνδυασμό με ευρύχωρο σάκο (π. χ. μηροκήλη, ομφαλοκήλη)
- συμφύσεις που δημιουργούνται ανάμεσα στο περιεχόμενο και στο σάκο (συνήθως σε κήλες που υπάρχουν για μεγάλο χρονικό διάστημα).

Οι μη ανατασόμενες κήλες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προκαλέσουν εντερική απόφραξη από τις ανατασόμενες κήλες (Henry M.-Thompson J.,2003).

Περισφιγμένη κήλη. Η περίσφιξη είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος σε κάθε κήλη. Σε απότομη αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης (π.χ. έντονος βήχας) προπίπτει μεγαλύτερη ποσότητα σπλάχνων απ' ότι συνήθως με αποτέλεσμα να είναι αδύνατη η επαναφορά τους στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Το οίδημα που προκύπτει αυξάνει την πίεση μέσα στο σάκο παρακωλύοντας έτσι τη φλεβική και αρτηριακή κυκλοφορία των σπλάχνων, με αποτέλεσμα την ισχαιμία. Αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα , η ισχαιμία οδηγεί σε νέκρωση του περιεχομένου και συνεπώς περιτονίτιδα. Στην περίσφιξη, η συνήθως μαλακή και ανώδυνη διόγκωση της κήλης μετατρέπεται σε εξαιρετικά επώδυνη και σκληρή στην ψηλάφηση, που δεν μεταβάλλεται με το βήχα.

Αν το περιεχόμενο της περισφιγμένης κήλης είναι έντερο, τότε η εικόνα που κυριαρχεί είναι αυτή του αποφρακτικού ειλεού με το χαρακτηριστικό κωλικοειδές κοιλιακό άλγος, τους εμέτους και την αναστολή αποβολής αερίων και κοπράνων (Ντουράκης Ν., 2006).

Η θεραπεία της περισφιγμένης κήλης είναι χειρουργική και μάλιστα χωρίς καθυστέρηση. Σύμφωνα με αυτή αφού παρασκευαστεί ο κηλικός σάκος, διανοίγεται και συλλαμβάνεται το περιεχόμενο. Στη συνέχεια διευρύνεται ο αυχέννας του σάκου ο οποίος συνήθως προκαλεί τη διακοπή της αιμάτωσης του περιεχομένου. Εφ' όσον η διακοπή της αιμάτωσης δεν έχει προκαλέσει μόνιμες βλάβες στο περιεχόμενο του κηλικού σάκου, αυτό επαναφέρεται πάλι στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Άλλως εκτελείται εκτομή του νεκρωμένου οργάνου (Σέχας Μ.,1996).

1.4 Είδη κηλών

Ομφαλοκήλες

Κηλικό στόμιο αυτών των κηλών είναι ο παθολογικά διευρυμένος ομφαλικός δακτύλιος. Αναλόγως του χρόνου εμφάνισης χωρίζονται σε νεογνικές και σε ομφαλοκήλες των ενηλίκων.

Οι νεογνικές είναι συγγενείς κήλες και οφείλονται στην ατελή σύγκλειση του ομφαλικού δακτυλίου. Είναι αρκετά συχνές με μεγαλύτερη επίπτωση στα πρόωρα και λιποβαρή νεογνά. Κλινικά εκδηλώνονται σαν μαλακή στρογγυλή διόγκωση στη θέση του ομφαλού που επιδεινώνεται με το κλάμα. Χαρακτηριστικό αυτών των κηλών είναι η αυτόματη ίαση με την πάροδο του χρόνου λόγω της σταδιακής σύγκλεισης του ινώδους δακτυλίου του ομφαλού.

Οι ομφαλοκήλες των ενηλίκων είναι επίκτητες και εμφανίζονται στο μεγαλύτερο ποσοστό σε παχύσαρκες, πολύτοκες γυναίκες. Επίσης είναι αρκετά συχνές σε άτομα με ασκίτη ή ενδοκοιλιακή κακοήθεια. Ο πόνος και η δυσμορφία στην περιοχή του ομφαλού είναι οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις. Προβάλλουν κάτω από το δέρμα του ομφαλού, το οποίο λεπτύνεται όταν η κήλη μεγαλώσει αρκετά. Συνήθως αναπτύσσονται συμφύσεις μεταξύ σάκου και περιεχομένου που κάνουν την κήλη μη ανατάξιμη. Οι συμφύσεις σε συνδυασμό με το μικρό, ανελαστικό κηλικό στόμιο, αυξάνουν την πιθανότητα περίσφιξης, πράγμα που επιβάλλει τη χειρουργική αντιμετώπιση (Ντουράκης Ν., 2006).

Επιγαστρικές κήλες

Είναι η κήλη που εμφανίζεται δια μέσου χάσματος της λευκής γραμμής. Όπως δείχνει και η ονομασία της, εντοπίζεται κυρίως στο τμήμα μεταξύ ξιφοειδούς απόφυσης και ομφαλού. Η παχυσαρκία, η κύηση και η αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης είναι προδιαθεσικοί παράγοντες. Συνήθως στερούνται περιεχομένου και δεν είναι παρά προβολές του προπεριτοναϊκού λίπους μαζί με τμήμα του περιτοναίου ή σπανιότερα περιέχουν επίπλουν. Η διάγνωσή τους είναι μερικές φορές δύσκολη, ιδιαίτερα οι μικρού μεγέθους επιγαστρικές κήλες σε παχύσαρκα άτομα, ενώ το προκαλούμενο επιγαστρικό άλγος μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένη διάγνωση χολολιθίασης, παγκρεατίτιδας ή έλκους. Η αντιμετώπισή τους είναι χειρουργική και συνίσταται σε απλή σύγκλιση του χάσματος της λευκής γραμμής (Σέχας Μ., 1996)

Μετεγχειρητικές κήλες

Οι μετεγχειρητικές κήλες είναι κήλες που δημιουργούνται στην περιοχή εγχειρητικών τομών ή σε θέσεις τοποθέτησης τροκάρ στη λαπαροσκοπική χειρουργική. Είναι αρκετά

συχνή μορφή κήλης και υπολογίζεται ότι ποσοστό πάνω από 5% των χειρουργικών τραυμάτων είναι εστίες κηλών. Η πλειοψηφία αυτών των κηλών αναπτύσσονται πρώιμα, αμέσως μετά την επέμβαση ή τα πρώτα χρόνια που ακολουθούν, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (1/3) έχουν όψιμη εμφάνιση 5-10 χρόνια μετά την επέμβαση. Η διαφορά στο χρόνο εμφάνισης σχετίζεται με τους αιτιολογικούς παράγοντες.

Οι πρώιμες κήλες είναι το αποτέλεσμα αποτυχίας φυσιολογικής επούλωσης του χειρουργικού τραύματος. Παράγοντες που σχετίζονται με τη χειρουργική τεχνική όπως:

- τομές που καταστρέφουν την αγγείωση και τη νεύρωση των κοιλιακών μυών
- η κακοποίηση των ιστών και η δημιουργία αιματωμάτων
- η τεχνική συρραφής του τραύματος
- η χρήση ακατάλληλων ραμμάτων
- παροχετεύσεις μέσα από το τραύμα

ή παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή όπως:

- μεγάλη ηλικία
- παχυσαρκία
- υποθρεψία –κακή διατροφή
- συστηματικές νόσοι (π. χ. ηπατική –νεφρική ανεπάρκεια, ανοσοκαταστολή)
- λήψη φαρμάκων (στεροειδή, ανοσοκατασταλτικά, χημειοθεραπευτικά)
- μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές (Ντουράκης Ν., 2006) .
- σακχαρώδης διαβήτης (προδιαθέτει στη φλεγμονή του χειρουργικού τραύματος) (Henry M.-Thompson J.,2003).

και βέβαια η λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος, επηρεάζουν τη φυσιολογική επούλωση και ευθύνονται για την ανάπτυξη κηλών. Οι όψιμες κήλες αναπτύσσονται σε χειρουργικά τραύματα τα οποία για χρόνια είχαν φυσιολογική επούλωση. Σ'αυτή την περίπτωση, η διαταραχή στη σύνθεση του κολλαγόνου και η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση (βήχας, δυσκοιλιότητα, ασκίτης) θεωρούνται οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες (Ντουράκης Ν., 2006) .

Μηροκήλη

Οι μηροκήλες αποτελούν περίπου το 5% των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος. Είναι συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες, 1/4, με ιδιαίτερη προτίμηση στις ηλικιωμένες όπου η συχνότητά τους είναι ίδια με αυτή της βουβωνοκήλης. Στους άνδρες συχνή είναι η εμφάνισή της μετά από πλαστική για την αποκατάσταση βουβωνοκήλης

στην οποία εφαρμόστηκε τεχνική με τάση. Θεωρείται επίκτητος κήλη, της οποίας ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας είναι η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση. Για να γίνει κλινικά εμφανής η μηροκήλη θα πρέπει ο σάκκος της να περάσει το μικρό μήκος του μηριαίου πόρου και να προβάλλει κάτω από το βουβωνικό σύνδεσμο. Συνήθως είναι μη ανατάξιμη και ψηλαφάται σαν μικρή στρογγυλή, ελαστική μάζα που δεν αυξομειώνεται το μέγεθός της με το βήχα. Οι μηροκήλες είναι επιρρεπείς σε περίσφιξη και στραγγαλισμό του περιεχομένου τους και πολλές φορές αυτή είναι η πρώτη κλινική εκδήλωσή τους. Η θεραπεία είναι καθαρά χειρουργική και στοχεύει στην απόφραξη του μηριαίου δακτυλίου. (Ντουράκης Ν., 2006).

Βουβωνοκήλη

Αποτελεί το 80% όλων των εξωτερικών κηλών του κοιλιακού τοιχώματος. Εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες, αλλά είναι πιο συχνή στα βρέφη και στους ηλικιωμένους. Είναι είκοσι φορές πιο συχνή στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες και εμφανίζεται πιο συχνά στη δεξιά πλευρά.

Ο βουβωνικός πόρος πορεύεται σε μια πρόσθια κατεύθυνση από το έσω προς το έξω βουβωνικό στόμιο. Στους άνδρες είναι η διαδρομή που ακολουθεί ο όρχις για την κάθοδό του στο όσχεο και περιέχει τα σπερματικά αγγεία και το σπερματικό πόρο και στις γυναίκες το στρογγύλο σύνδεσμο. Η βουβωνική χώρα και ο πόρος, είναι ιδίως για τους άνδρες, μια τρωτή περιοχή για το σχηματισμό κήλης (Henry M.-Thompson J.,2003).

Επί βουβωνοκήλης το σημείο πρόπτωσης μπορεί να είναι άλλοτε το έσω βουβωνικό στόμιο, οπότε η μορφή αυτή καλείται λοξή βουβωνοκήλη, άλλοτε μπορεί να είναι το οπίσθιο τοίχωμα του βουβωνικού πόρου οπότε η μορφή αυτή καλείται ευθεία βουβωνοκήλη. (Σέχας Μ.,1996)

Στη λοξή βουβωνοκήλη υπάρχει συγγενής σάκος ή εν δυνάμει σάκος ο οποίος είναι υπόλειμμα της ελυτροειδούς απόφυσης. Εάν η απόφυση δεν κλείσει, σχηματίζεται μια λοξή βουβωνοκήλη σε μικρή ηλικία, αλλά διάφοροι παράγοντες ίσως οδηγήσουν σε επαναδημιουργία της σε οποιαδήποτε ηλικία. Η λοξή βουβωνοκήλη εμφανίζεται 20 φορές πιο συχνά στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες. Σε ποσοστό 60% εμφανίζεται δεξιά (πιθανώς να σχετίζεται με καταστροφή των κινητικών νεύρων των κοιλιακών μυών στην ανοιχτή σκωληκοειδεκτομή), 40% αριστερά και 20% είναι αμφοτερόπλευρη (Henry M.-Thompson J.,2003).

Περιεχόμενο του κηλικού σάκου μπορεί να είναι το λεπτό ή το παχύ έντερο, το επίπλου, η σκωληκοειδής απόφυση, η μεκέλειος απόφυση, η σάλπιγγα, η ωοθήκη κλπ. Μερικές

φορές, το τυφλό, το σιγμοειδές ή η ουροδόχος κύστη μπορούν να προπίπτουν χωρίς να καλύπτονται από τοιχωματικό περιτόναιο, οπότε η κήλη αυτή καλείται κατ'επολίσηση.

Η περίπτωση μεγάλης βουβωνοκήλης που κατέρχεται μέχρι το όσχεο, καλείται οσχεοκήλη (Σέχας Μ., 1996).

Η ευθεία κήλη είναι μια επίκτητη βλάβη, για άγνωστους λόγους, αν και σχετίζονται με επιβαρυντικούς παράγοντες όπως η φυσιολογική φθορά του χρόνου, η επαναλαμβανόμενη τάση κατά την προσπάθεια και η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση, προκαλείται εξασθένηση του οπίσθιου τοιχώματος του πόρου. Επομένως η ευθεία βουβωνοκήλη είναι νόσος της μέσης ηλικίας και σπάνια εμφανίζεται σε ηλικία κάτω των 40 ετών (Henry M.-Thompson J., 2003).

Ακολούθως παρατίθενται οι προδιαθεσικοί παράγοντες για τη δημιουργία κήλης (<http://www.hariskonstantinidis.gr>):

- ❖ Ιστορικό κήλης στην οικογένεια ή ο ίδιος ο ασθενής είχε κήλη
- ❖ Παχυσαρκία
- ❖ Επίμονος χρόνιος βήχας
- ❖ Χρόνια δυσκοιλιότητα
- ❖ Βαριά εργασία
- ❖ Αθλητικές δραστηριότητες χωρίς κατάλληλη προετοιμασία
- ❖ Η ατελής διάπλαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, που προκαλεί κήλες στα νεογνά και τα βρέφη
- ❖ Η εκφύλιση των κοιλιακών τοιχωμάτων λόγω προχωρημένης ηλικίας, υποσιτισμού ή κακής διατροφής
- ❖ Οι ανοικτές χειρουργικές επεμβάσεις
- ❖ Οτιδήποτε αυξάνει την ενδοκοιλιακή πίεση

Το πιο συχνό κλινικό σημείο των βουβωνοκηλών είναι η εμφάνιση διόγκωσης στην περιοχή της βουβωνικής χώρας, η οποία εμφανίζεται και εξαφανίζεται περιοδικά. Η περιοδικότητα αυτή σχετίζεται με καταστάσεις που προκαλούν αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης όπως είναι η αφόδευση, το κλάμα και ο βήχας. Γενικά η εμφάνιση των βουβωνοκηλών σχετίζεται με δυσφορία και αίσθημα βάρους στην περιοχή της σύστοιχης βουβωνικής χώρας (Μουραβάς, 2008). Συνήθως η εμφάνιση της βουβωνοκήλης είναι ασυμπτωματική, σαν προβάλλουσα διόγκωση στην περιοχή που εκδηλώνεται μετά από απότομη αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης ή σαν αίσθημα βάρους, ενώ σπανιότερα εμφανίζεται με την έντονη κλινική συμπτωματολογία κάποιας επιπλοκής της (περίσφιγξη, φλεγμονή ή εντερική απόφραξη) (Χριστοδούλου και συν. 2010, σελ. 12).

Οι περισσότερες βουβωνοκήλες στους ενήλικες διορθώνονται με ανοιχτή χειρουργική επέμβαση με περιοχική ή γενική αναισθησία, υπό μορφήν ημερήσιας νοσηλείας. Ηλικιωμένοι ασθενείς και ασθενείς με σοβαρά προβλήματα απαιτούν εσωτερική νοσηλεία. Η ανοιχτή χειρουργική επέμβαση συνήθως σημαίνει πλαστική αποκατάσταση κατά στρώματα με μεμονωμένες ραφές(Shouldice) ή τοποθέτηση πλέγματος(Lichtenstein) (Henry M.-Thompson J.,2003).

Σκοπός είναι η ανάταξη της κήλης και αφού παρασκευαστεί ο κηλικός σάκος να ενισχυθούν τα κοιλιακά τοιχώματα ώστε να μην υποτροπιάσει (Σέχας Μ.,1996). Εναλλακτικά, η αποκατάσταση δια της τοποθέτησεως πλέγματος μπορεί να γίνει ενδοσκοπικά-λαπαροσκοπικά ή ενδοσκοπικά προπεριτοναϊκά. Αυτές οι νεότερες και λιγότερο επεμβατικές μέθοδοι, είναι υπό διερεύνηση αλλά βραχυπρόθεσμα φαίνεται να δίνουν ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Επιπλοκές

- Επίσχεση ούρων: Λόγω της εγγύτητας μεταξύ της βουβωνικής χώρας και της αποχετευτικής ουροφόρου οδού στους άνδρες, ίσως εμφανιστούν προσωρινά προβλήματα, αλλά με τις σύγχρονες τεχνικές εμφανίζεται σπανίως, εκτός εάν η καλοήθεις υπερτροφία έχει παραλειφθεί κατά την προεγχειρητική εκτίμηση.
- Αιμάτωμα οσχέου ίσως εμφανιστεί μετά από εκτεταμένους χειρισμούς
- Καταστροφή στο λαγονοβουβωνικό νεύρο προκαλεί απώλεια αισθητικότητας στην ηβική ακρολοφία, στο όσχεο ή στα μεγάλα χείλη.

Ακόμη και όταν εφαρμόζεται η καλύτερη χειρουργική τεχνική, οι κήλες υποτροπιάζουν. (Henry M.-Thompson J.,2003).

Η υποτροπή της κήλης μετά χειρουργική διόρθωση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που έχουν να κάνουν τόσο με το χειρουργό και την τεχνική που ακολούθησε όσο και με την ισχύ των ανατομικών στοιχείων που αποκαταστάθηκαν. Σημαντικό ρόλο παίζει η και η ύπαρξη συνοδών νόσων στον ασθενή (π.χ. διαβήτη) (Παπαδημητρίου Ι.,2001).

Στους παράγοντες που ενοχοποιούνται για την υποτροπή περιλαμβάνονται :

- Η ανεπαρκής προεγχειρητική επιλογή – ασθενείς με αδιόρθωτους παράγοντες ή σε θεραπεία με υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών, που επηρεάζουν την επούλωση.
- Ο τύπος της κήλης- οι λοξές βουβωνοκήλες εμφανίζουν ποσοστό υποτροπής 1-7 % ενώ οι ευθείες ποσοστό 4-10 %.
- Ο τύπος της επέμβασης –αποκατάσταση υπό τάση δεν παρέχει επούλωση με επαρκή προστασία στην εμφάνιση υποτροπής.

- Η μετεγχειρητική φλεγμονή του τραύματος.

Η υποτροπή βουβωνοκήλης πρέπει διορθώνεται για την αποφυγή επιπλοκών όπως και στην πρωτοπαθή κήλη, οι οποίες μάλιστα είναι πιο συχνές. Λόγω των συμφύσεων η παρασκευή των στοιχείων είναι δύσκολη και μερικές φορές σε άνδρες πραγματοποιείται ορχεκτομή. Οι υποτροπές μπορούν να αντιμετωπιστούν ευκολότερα με λαπαροσκοπική τοποθέτηση πλέγματος. (Henry M.-Thompson J.,2003).

Η λαπαροσκοπική μέθοδος προσφέρει επίσης πολλά πλεονεκτήματα, όπως:

- ❖ Απόλυτη εφαρμογή της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής.
 - ❖ Πολύ μικρές τομές οι οποίες με τις οποίες υπο-δεκαπλασιάζουμε ουσιαστικά το χειρουργικό τραύμα.
 - ❖ Ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου.
 - ❖ Άριστο αισθητικό αποτέλεσμα, αφού πρακτικά δεν απομένουν ουλές μετά από τις επεμβάσεις.
 - ❖ Ταχύτερη ανάρρωση και γρηγορότερη έξοδος από το νοσοκομείο.
 - ❖ Μικρότερο κόστος νοσηλείας και ταχεία επάνοδο στην εργασία.
 - ❖ Μεγέθυνση εικόνας κατά 10-15 φορές, πετυχαίνοντας έτσι τον ελάχιστο δυνατό τραυματισμό των ιστών και μηδαμινή απώλεια αίματος.
 - ❖ Σχεδόν εξάλειψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών που έχουν σχέση με το τραύμα, όπως η διαπύση, η διάσπαση, ο χρόνιος πόνος κ. λ.π.
 - ❖ Κατακόρυφη μείωση των πιθανοτήτων για δημιουργία μετεγχειρητικών συμφύσεων.
 - ❖ Ο ασθενής προφυλάσσεται από τη μετάδοση λοιμώξεων (πχ ηπατίτιδα, AIDS), αφού χρησιμοποιούνται εργαλεία μιας χρήσης, και δεν υπάρχει εκτεθειμένο στο περιβάλλον μολυσματικό υλικό (π. χ. σπλάχνα).
 - ❖ Αποκαθίστανται αμφοτερόπλευρες βουβωνοκήλες με τις ίδιες τομές.
 - ❖ Αποτελεί την ιδανική επέμβαση για αποκατάσταση υποτροπής βουβωνοκήλης μετά από προηγηθείσα «ανοιχτή» εγχείρηση.
 - ❖ Είναι ιδανική για την ενίσχυση του κοιλιακού τοιχώματος σε αθλητές (αντιμετώπιση του συνδρόμου «κοιλιακών προσαγωγών – κήλη των αθλητών»).
- (<http://www.hariskonstantinidis.gr>)

Η λαπαροσκοπική επέμβαση πραγματοποιείται υπό γενική αναισθησία και συνήθως απαιτεί παραμονή, μερικών μόνο ωρών, στο νοσοκομείο, η γνωστή νοσηλεία μίας ημέρας.

Εξαιρέση αποτελούν τα νεογνά και τα μικρά βρέφη με ηλικία μικρότερη των 60 εβδομάδων, καθώς και όσοι μικροί ασθενείς εμφανίζουν συνοδές παθήσεις, για τους οποίους απαιτείται η παραμονή στο νοσοκομείο μία ημέρα.

Το 60% των προγραμματισμένων επεμβάσεων στη Βόρειο Αμερική γίνονται σε εξωτερικούς ασθενείς. Ο ασθενής ωφελείται από τη χειρουργική νοσηλείας μιας ημέρας διότι περιορίζεται ο αποχωρισμός από το οικογενειακό περιβάλλον, ελαττώνεται η πιθανότητα των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Επίσης δεν εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα των κλινών και επιτρέπει στον άρρωστο μεγαλύτερη ευελιξία να επιλέξει το χρόνο της επέμβασής του.

Συγκριτικά με τις παραδοσιακές εισαγωγές στο νοσοκομείο, οι προεγχειρητικές εργαστηριακές εξετάσεις είναι λιγότερες, όπως και η μετεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον η χρήση των χειρουργείων και των αιθουσών ανάνηψης είναι αποδοτικότερη συμβάλλοντας στην ελάττωση του κόστους. (White 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

2.1 Γενικά

Σύμφωνα με τις ελάχιστες προδιαγραφές χορήγησης ασφαλούς αναισθησίας, όπως προβλέπεται στην εφημερίδα της κυβερνήσεως, τεύχος δεύτερο Αρ. Φύλλου 1044 25 Νοεμβρίου 1997. Καθορισμός (ελαχίστων) ορίων προδιαγραφών για Ασφαλή Χορήγηση Αναισθησίας (σελ. 4). Αριθ. Υ40/3592/96 (4). Άρθρο 1

Η χορήγηση αναισθησίας είναι ιατρική πράξη, την τελική ευθύνη της οποίας έχει ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος και στην οποία προβαίνει αφού προηγουμένως:

1. υποχρεωτικά και με προσοχή συνεκτιμήσει τη γενική κατάσταση του ασθενούς, το συνολικό ιστορικό, την κλινική εξέταση και τον παρακλινικό έλεγχο.
2. υποβάλλει τον ασθενή στην κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία για μείωση του περιεγχειρητικού κινδύνου.
3. συνεργαστεί συμβουλευτικά με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων πάνω σε ειδικά προβλήματα.
4. εκτιμήσει τον περιεγχειρητικό κίνδυνο, διαμορφώσει σχέδιο αναισθησιολογικής τεχνικής, ενημερώσει τον ασθενή και επιβεβαιώσει τη συγκατάθεση του.

Η περιεγχειρητική αναισθησιολογική ευθύνη αφορά την προεγχειρητική, την διεγχειρητική καθώς και τη μετεγχειρητική περίοδο.

Προεγχειρητικά: αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης, εκτίμηση ανατομικών δεδομένων, ενημέρωση για το είδος και το μέγεθος της επικείμενης χειρουργικής επέμβασης καθώς και της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υποβάλλεται ο ασθενής αποτελούν απαραίτητα στοιχεία πληροφόρησης, στα οποία στηρίζεται η κατάλληλη εργαστηριακή, φαρμακευτική και ψυχολογική προετοιμασία, καθώς και η επιλογή του είδους της αναισθησίας που θα χορηγηθεί. Παράλληλα απαιτείται ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς για τις περιεγχειρητικές ιατρικές πράξεις και διαβεβαίωσή του για αδιάλειπτη παρακολούθηση και εξασφάλιση μετεγχειρητικής αναλγησίας.

Διεγχειρητικά: επιλογή και χορήγηση αναισθησίας αναλγησίας μυοχάλασης, υποστήριξη της αναπνοής ή εφαρμογή τεχνητού αερισμού των πνευμόνων, παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών και εξασφάλιση της ομοιοστασίας του οργανισμού, αποτελούν το πρώτο μέρος, ενώ η αντιστροφή της αναισθησίας και η αποκατάσταση της συνείδησης και

της φυσιολογικής αναπνοής αποτελούν το δεύτερο και εξίσου σημαντικό μέρος της αναισθησιολογικής φροντίδας κατά την περίοδο αυτή.

Μετεγχειρητικά: ανάνηψη και αποκατάσταση των νοητικών και ψυχικών λειτουργιών, επαναφορά του μυϊκού τόνου για εξασφάλιση ικανοποιητικής αναπνοής, διατήρηση της ομοιοστασίας του οργανισμού και συνεχούς αναλγησίας, αποτελούν τους στόχους ενδιαφέροντος κατά την περίοδο αυτή.

Η χορήγηση αναισθησίας έχει σκοπό να απαλείψει την αντίληψη/αίσθηση του τραυματικού ή χειρουργικού ερεθίσματος-αναισθησία, τον πόνο που αυτό προκαλεί-αναλγησία και τον μυϊκό τόνο-μυϊκή χάλαση. Ανάλογα με το αν καταργείται ή διατηρείται η συνείδηση, η αναισθησία χαρακτηρίζεται ως Γενική ή Περιοχική/Τοπική (Γκιάλα Μ.,1998).

2.2 Προεγχειρητική αξιολόγηση και επιλογή της Τεχνικής της Αναισθησίας

Η προεγχειρητική αξιολόγηση και η προετοιμασία για την αναισθησία αρχίζει με την επίσκεψη του αρρώστου την παραμονή της εγχείρησης. Σημασία για την προεγχειρητική αξιολόγηση έχει η λήψη του ιστορικού, πληροφορίες για τα φάρμακα που παίρνει και η κλινική εξέταση του αρρώστου. Μια άλλη σημαντική πλευρά της προεγχειρητικής επίσκεψης είναι η πληροφόρηση του αρρώστου και των συγγενών του σχετικά με το τι πρόκειται να συμβεί την ημέρα της επέμβασης.

Διάφορα θέματα που πρέπει να συζητηθούν με τον άρρωστο πριν από την εγχείρηση
Προεγχειρητική αϋπνία και φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπισή της.

Ο χρόνος, η οδός χορήγησης και οι αναμενόμενες επιδράσεις από την προνάρκωση.

Ο χρόνος μεταφοράς στο χειρουργείο.

Η αναμενόμενη διάρκεια της εγχείρησης

Η αφύπνιση μετά την εγχείρηση στην αίθουσα ανάνηψης.

Η περίπτωση να υπάρχουν καθετήρες μετά την εγχείρηση (ενδοτραχειακός, γαστρικός ουροδόχου κύστεως, φλεβικός).

Ο αναμενόμενος χρόνος της επιστροφής στο θάλαμο.

Ο μετεγχειρητικός πόνος και ο τρόπος που θα αντιμετωπιστεί.

Η πιθανότητα ναυτίας και εμέτου μετά την χειρουργική επέμβαση. Η λεπτομερής περιγραφή της αναισθησίας και των γεγονότων που πρόκειται να συμβούν κατά τη περιεγχειρητική περίοδο χρησιμεύει ως αντίδοτο του άγχους. Έχει βρεθεί ότι οι άρρωστοι τους οποίους επισκέφτηκε ο αναισθησιολόγος ήταν πιο ήρεμοι από αυτούς που πήραν μόνο φαρμακευτική αγωγή αλλά δεν συναντήθηκαν μαζί του(Stoelting R.-Miller R.,1991).

Λίγοι ασθενείς βλέπουν με ηρεμία την πιθανότητα μιας εγχειρητικής επέμβασης, έστω και μικρής. Κατά την προεγχειρητική περίοδο, ο ασθενής σκέφτεται ότι θα περάσει από μια κατάσταση απώλειας της συνείδησης δια της αναισθησίας και διάστασης των ορίων του σώματος με εισβολή σε αυτό δια της χειρουργικής επέμβασης. Η αναισθησία βιώνεται ως απειλή ελέγχου του εαυτού και επέλευσης θανάτου, ενώ η διατομή βιώνεται ως παράγοντας άλγους και καταστροφής της εικόνας του σώματος. Το άγχος της αναισθησίας, ο φόβος του τέμνεσθε, η προσδοκία του πόνου και το αίσθημα απειλής της ακεραιότητας του σώματος, μαζί με το είδος της νόσου και το βαθμό απειλής κατά της ζωής αποτελούν συστατικά στοιχεία της χειρουργικής εμπειρίας. Η αντίδραση στην εμπειρία αυτή εξαρτάται από τη δομή της προσωπικότητας του ασθενούς τους μηχανισμούς άμυνας που διαθέτει και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Θα πρέπει να τονιστεί ότι το άγχος και τα συνοδά βιώματα ίσως αντανακλούν και φόβους του ασθενούς ότι δεν έχει πραγματική βοήθεια, ιδιαιτέρως από τους θεράποντες ιατρούς του. Ασθενείς με μεγάλο άγχος και αισθήματα αβεβαιότητας παρουσιάζουν σημαντικά μετεγχειρητικά προβλήματα. Χρειάζονται περισσότερα αναλγητικά, είναι επιρρεπέστεροι σε λοιμώξεις και παραμένουν περισσότερο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο. Επομένως έχει μεγάλη σημασία να περάσει ο ασθενείς αυτή την εμπειρία σε συνθήκες που δεν θα επιτρέψουν τη διολίσθησή του σε ψυχοσυναισθηματική καταπόνηση. Είναι απαραίτητες οι συνεδρίες κατά τις οποίες ο ασθενής στηρίζεται ψυχολογικά από το χειρουργό και τον αναισθησιολόγο, ενημερώνεται για την κατάστασή του, το είδος της χειρουργικής επέμβασης, της αναισθησίας και οτιδήποτε αυτός θα αντιμετωπίσει. Ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης από συγγενείς, συνεργάτες φίλους, είναι επίσης σημαντικός στην ανακούφιση από το προεγχειρητικό άγχος. Η φαρμακευτική αγχόλυση είναι επίσης βασικής σημασίας και επιτυγχάνεται εύκολα (Αγγελόπουλος Ν. Β. , 2001).

Κατά τη λήψη του ιστορικού αναζητούνται λεπτομέρειες που έχουν σχέση με προηγούμενες αναισθητικές εμπειρίες του αρρώστου και ή των συγγενών του και τη λειτουργία των οργανικών συστημάτων που μπορεί να έχει διαταραχθεί από διάφορες παθήσεις, αλλεργικές αντιδράσεις, παράταση αναισθησίας, ναυτία έμετος, πονοκέφαλος μετά από ραχιαία αναισθησία, ίκτερος, βράγχος φωνής, κατανάλωση τσιγάρων, σακχαρώδης διαβήτης, πηκτικότητα, κατανάλωση οιοπνεύματος κ. ά. Συνυπάρχουσες παθήσεις που επηρεάζουν τη χορήγηση αναισθησίας μπορεί να έχουν σχέση με την αιτία που ο άρρωστος χειρουργείται. Ερωτήσεις σχετικές με τη λειτουργία των κυρίων

οργανικών συστημάτων χρησιμεύουν για να αποκαλυφθεί η παρουσία και η επίδραση μιας συνυπάρχουσας νόσου.

Η πρόσφατη φαρμακευτική αγωγή χρειάζεται να ερευνηθεί κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο, επειδή υπάρχουν ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων αυτών με τους αναισθητικούς παράγοντες. Π.χ. τα φάρμακα που παίρνει ο άρρωστος μπορεί να μεταβάλλουν τις αναισθητικές ανάγκες των πτητικών αναισθητικών, να ενισχύσουν τα μυοχαλαρωτικά, να ελαττώσουν τη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, να επιτείνουν ή να διαταράξουν το μεταβολισμό των φαρμάκων. Η κλινική εξέταση βασικά κατευθύνεται στο καρδιαγγειακό σύστημα στους πνεύμονες και στην ανώτερη αναπνευστική οδό. Η διάπλαση του αρρώστου που μπορεί να παρουσιάσει δυσκολίες στο χειρισμό του αεραγωγού, όπως η παχυσαρκία, ο κοντός λαιμός, η περιορισμένη κινητικότητα της κροταφογναθικής άρθρωσης ή της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Επιπλέον δυσκαμψία λόγω αρθρίτιδας, ίσως περιορίσει τη θέση των χεριών ή των ποδιών κατά την εγχείρηση. Επίσης αν έχει προγραμματιστεί περιοχική αναισθησία, χρειάζεται να ελεγχθεί το μέρος που θα ενεθεί το τοπικό αναισθητικό για τυχόν ανατομικές ανωμαλίες ή σημεία φλεγμονής(Stoelting R.-Miller R.,1991).

Στα άτομα της 3^{ης} ηλικίας το αναπνευστικό έχει επηρεαστεί για 4 κυρίως λόγους. Μείωση της ελαστικότητας των κυψελίδων, δυσκινησία του σκελετού του θώρακα, ατροφία των αναπνευστικών μυών και μείωση της ικανότητας διαχύσεως των αερίων, λόγω πάχυνσης της κυψελοειδικής μεμβράνης (Παπαδημητρίου Ι.,2001).

2.3. Τεχνικές αναισθησίας

Μετά την προεγχειρητική αξιολόγηση ο αναισθησιολόγος θα επιλέξει μια από τις τεχνικές αναισθησίας, όπως η γενική αναισθησία ή η περιοχική αναισθησία. Η τεχνική της αναισθησίας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως:

- Συνυπάρχουσα πάθηση που μπορεί ή δεν μπορεί να έχει σχέση με την εγχείρηση
- Θέση της εγχείρησης
- Η θέση του αρρώστου κατά την εγχείρηση
- Τακτικό ή έκτακτο χειρουργείο
- Πιθανότητα αυξημένης ποσότητας γαστρικού περιεχομένου

- Ηλικία του αρρώστου
- Προτίμηση του αρρώστου

Σε πολλές περιπτώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν περισσότερες από μια τεχνική. Ο αναισθησιολόγος είναι υπεύθυνος για να αξιολογήσει τη γενική κατάσταση και τις ειδικές ανάγκες κάθε αρρώστου και να διαλέξει την πιο κατάλληλη τεχνική αναισθησίας. (Stoelting R.-Miller R.,1991) σελ124.

2.3.1 Γενική αναισθησία

Η γενική αναισθησία πραγματοποιείται με τη χορήγηση γενικών αναισθητικών, μυοχαλαρωτικών και ισχυρών αναλγητικών φαρμάκων (οπιοειδών), ο συνδυασμός των οποίων επιτρέπει τη χορήγηση δόσεων οι οποίες στερούνται ανεπιθύμητων ενεργειών. Έτσι εξασφαλίζονται απόλυτα ελεγχόμενες συνθήκες αναισθησίας, αναλγησίας και μυϊκής χάλασης (Γκιάλα Μ.,1998) σελ.17 .

Η εισαγωγή στη γενική αναισθησία γίνεται πολύ συχνά με την ενδοφλέβια χορήγηση ενός φαρμάκου που προκαλεί γρήγορη απώλεια της συνείδησης (θειοπεντάλη ή προποφόλη). Συνήθως ακολουθεί αμέσως η χορήγηση σουκκινυλχολίνης για να προκαλέσει χάλαση των σκελετικών μυών και να διευκολύνει τη λαρυγγοσκόπηση για τη διασωλήνωση της τραχείας. Η λαρυγγοσκόπηση γίνεται 60 δευτερόλεπτα μετά τη χορήγηση σουκκινυλχολίνης. Η προοξυγόνωση μειώνει την πιθανότητα υποξαιμίας που δημιουργείται από την περίοδο της άπνοιας που απαιτείται για να γίνει η διασωλήνωση(Stoelting R.-Miller R.,1991) σελ124.

Ενδοφλέβια αναισθητικά

Η κύρια φαρμακολογική δράση των ενδοφλέβιων αναισθητικών είναι η πρόκληση απώλειας της συνείδησης και αμνησία. Δεν προκαλούν μυϊκή χάλαση και με εξαίρεση την κεταμίνη, δεν προκαλούν αναλγησία. Τα ενδοφλέβια αναισθητικά είναι φάρμακα τα οποία προκαλούν ταχεία εισαγωγή στην αναισθησία, δηλαδή εντός ενός ή δύο χρόνων κυκλοφορίας του αίματος. Ύστερα από εφάπαξ δόση εισαγωγής, η προκαλούμενη αναισθησία είναι σχετικά βραχείας διάρκειας και σε λίγα λεπτά λόγω ανακατανομής του φαρμάκου, επέρχεται αφύπνιση. Για τη διατήρηση της αναισθησίας απαιτείται η χορήγηση ενός εισπνεόμενου αναισθητικού ή εναλλακτικά επαναλαμβανόμενες δόσεις ή συνεχής ενδοφλέβια έγχυση ενός κατάλληλου ενδοφλέβιου αναισθητικού μαζί με υποξείδιο του αζώτου, οπιοειδή ή και νευρομυικούς αποκλειστές.

Η θειοπεντάλη και η μεθοεξιτάλη είναι τα συχνότερα χορηγούμενα βαρβιτουρικά ως αναισθητικά . Η θειοπεντάλη είναι ένα ισχυρό, βραχείας διάρκειας δράσης ενδοφλέβιο αναισθητικό. Η δόση εισαγωγής στην αναισθησία κυμαίνεται από 3-5 mg/kg και χορηγείται εντός 30 έως 60 δευτερολέπτων. Μέσα σε λιγότερο από 30 δευτερόλεπτα αυτή η δόση προκαλεί αναισθησία, η οποία διαρκεί περί τα 5 με 10 λεπτά.

Η διάρκεια της αναισθησίας με μεθοεξιτάλη είναι τα 5 με 10 λεπτά αλλά λόγω της ταχύτερης ηπατικής κάθαρσης, συνοδεύεται από μικρότερη καταστολή της συνείδησης μετεγχειρητικά σε σχέση με τη θεοπεντάλη και ταχύτερη ανάνηψη.

Η κεταμίνη δρα με διαφορετικό τρόπο σε διάφορες θέσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (ευοδώνοντας μερικές και καταστέλλοντας άλλες), προκαλώντας έτσι “διαχωριστική αναισθησία”. Η διαχωριστική αναισθησία είναι μια κατατονική κατάσταση, κατά την οποία ο ασθενής φαίνεται να είναι σε εγρήγορση με ανοιχτούς οφθαλμούς και νυσταγμικό βλέμμα, αλλά δεν ανταποκρίνεται σε αισθητικά ερεθίσματα. Η κεταμίνη προκαλεί επίσης αναλγησία και αμνησία σε επίπεδα αναισθησίας τα οποία δεν είναι ιδιαίτερα βαθιά. Κατά την αφύπνιση από την αναισθησία με κεταμίνη μπορεί να παρουσιαστούν διέγερση και παραισθήσεις.

Οι βενζοδιαζεπίνες χορηγούνται ως αγχολυτικά κατά την προαναισθητική αγωγή, για την καταστολή του ασθενούς πριν από την αναισθησία και για την πρόκληση αμνησίας, όσον αφορά τα δυσάρεστα περιεγχειρητικά γεγονότα. Επίσης χορηγούνται ως κατασταλτικά – αγχολυτικά φάρμακα κατά τη διάρκεια τοπικής ή περιοχικής αναισθησίας ή για συμπλήρωμα της γενικής αναισθησίας. Οι βενζοδιαζεπίνες που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι η μιδαζολάμη, η διαζεπάμη, η λοραζεπάμη.

Η ετομιδάτη είναι ένα ενδοφλέβιο αναισθητικό με σχετικά βραχύ χρόνο αποβολής και ταχεία αφύπνιση, διάρκεια δράσης από 3 έως 10 λεπτά. Κατά την εισαγωγή στην αναισθησία με ετομιδάτη μπορεί να παρατηρηθούν διεγερτικές εκδηλώσεις, όπως λόξυγκας και λαρυγγόσπασμος.

Η προποφόλη είναι το ενδοφλέβιο αναισθητικό με τον ταχύτερο χρόνο ανακατανομής ,2 με 4 λεπτά και τον ταχύτερο ρυθμό αποβολής, 30 με 90 λεπτά. Επομένως έχει την ταχύτερη αποδρομή της αναισθητικής δράσης, με την ταχύτερη αφύπνιση χωρίς σημαντική καταστολή. (Σαραντόπουλος Κ.-Φασουλάκη Α.,2005)

Οπιοειδή όπως η μορφίνη και η φεντανύλη είναι τα κυριότερα οπιούχα που χρησιμοποιούνται στη γενική αναισθησία. Η κύρια δράση τους είναι η αναλγησία και χρησιμοποιούνται μαζί με άλλα αναισθητικά φάρμακα κατά την εισαγωγή ή στη διατήρηση της αναισθησίας. (Βασιλάκος Δ,1998)

Εισπνεόμενα αναισθητικά

Τα εισπνεόμενα αναισθητικά είναι αέρια ή ατμοί πτητικών υγρών που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται από την αναπνευστική επιφάνεια των πνευμόνων. Τα εισπνεόμενα αναισθητικά είναι φάρμακα εκλογής γιατί η χορήγησή τους δια της εισπνοής επιτρέπει την εκτίμηση και την παρακολούθηση της χορηγούμενης πυκνότητας ενώ με τη διακοπή τους η ανάνηψη του αρρώστου είναι ταχεία. Αυτά έχουν ,υπνωτική δράση, αναλγητική δράση, μυοχαλαρωτική δράση και περιορίζουν την εμφάνιση αντανακλαστικών του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από την πυκνότητα του αναισθητικού που εισπνέεται από τους πνεύμονες, απορροφάται από το αίμα και συγκεντρώνεται στον εγκέφαλο. Αύξηση της συγκέντρωσής τους στις κυψελίδες ακολουθείται από παράλληλη αύξηση της συγκέντρωσης στον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα την αύξηση του βάθους της αναισθησίας. Ελάττωση της συγκέντρωσης του αναισθητικού στις κυψελίδες προκαλεί ελάττωση του βάθους της αναισθησίας.

Αέριο αναισθητικό που χρησιμοποιείται είναι το πρωτοξείδιο του αζώτου. Κατά την αναισθησία χορηγείται σε συνδυασμό με οξυγόνο σε ποσοστό 60-70%. Εμφανίζει ασθενής αναισθητικές ιδιότητες αλλά αποτελεί ένα καλό συμπληρωματικό αναισθητικό παράγοντα. Σε συνδυασμό με ενδοφλεβίως χορηγούμενα ή πτητικά αναισθητικά, συμπληρώνει με την αναλγητική του ιδιότητα την αναισθησία.

Τα πτητικά αναισθητικά όπως αλοθάνιο, ισοφλουράνιο, δεσφλουράνιο, σεβοφλουράνιο, είναι τα συνηθέστερα αναισθητικά που χρησιμοποιούνται για τη διατήρηση διαφόρων τύπων και διάρκειας γενικής αναισθησίας. Για το σεβοφλουράνιο ο χαμηλός συντελεστής διαλυτότητας βελτιώνει σημαντικά την ταχύτητα και ποιότητα της ανάνηψης. Αυτή η ιδιότητα μαζί με την απουσία ερεθισμού των αεροφόρων οδών και την βρογχοδιαστολή έχει οδηγήσει στο εκ νέου ενδιαφέρον της εισαγωγής στην αναισθησία σε ενήλικες με πτητικό αναισθητικό (Φασουλάκη Α-Ebert T.,2005).

Αποκλειστές της νευρομυϊκής σύναψης (μυοχαλαρωτικά)

Στο χειρουργείο τα μυοχαλαρωτικά είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για την επίτευξη της μυϊκής χάλασης και τη διευκόλυνση επεμβάσεων σε κοιλότητες, όπως είναι οι επεμβάσεις κοιλίας και στοματικής κοιλότητας. Η χειρουργική παράλυση ακινητοποιεί τον ασθενή, ώστε να μπορούν να γίνουν δύσκολες επεμβάσεις χωρίς την παρεμβολή σκόπιμων ή αντανακλαστικών κινήσεων(Woehlck H-Woelfeil E.,2005).

2.3.2 Περιοχική αναισθησία

Η ιδεώδης αναισθησία για την μεγαλύτερη ασφάλεια του ασθενούς και αποτελεσματικότητα θα ήταν εκείνη που θα ακινητοποιούσε και θα αναισθητοποιούσε μόνο την περιοχή της επέμβασης και των γειτονικών ιστών . Με τον περιορισμό της αναισθησίας σε μια μόνο περιοχή του σώματος αποφεύγεται η διασωλήνωση της τραχείας, ο μηχανικός αερισμός, οι αποκλειστές της νευρομυκικής σύναψης, καθώς και τα φάρμακα που απαιτούνται για τον ανταγωνισμό τους. Έχει αναγνωριστεί εδώ και 100 χρόνια ότι στην περιοχική αναισθησία, αν και υπάρχει κινητικός αποκλεισμός, δεν προκαλούνται επιβλαβείς μεταβολές από άποψη φυσιολογίας ενώ προλαμβάνεται μερικώς η απάντηση στο χειρουργικό stress. Γι' αυτούς τους λόγους η περιοχική πλεονεκτεί της γενικής αναισθησίας (Q.H. Hogan,2005) σελ532.

Ενδείξεις για περιοχική αναισθησία

Ένας από τους σημαντικότερους κινδύνους της γενικής αναισθησίας είναι τα προβλήματα που έχουν σχέση με τον αεραγωγό. Η γενική αναισθησία προκαλεί χάλαση των φαρυγγικών μυών, οπότε η βατότητα του αεραγωγού μπορεί να είναι επισφαλής. Επίσης η γενική αναισθησία καταστέλλει την αναπνοή. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι η είσοδος γαστρικού περιεχομένου στους πνεύμονες καθώς η γενική αναισθησία προκαλεί χάλαση του κατώτερου οισοφαγικού σφικτήρα και ελαττώνει την επάρκεια των προστατευτικών αντανακλαστικών του αεραγωγού. Επιπλέον η διασωλήνωση της τραχείας έχει κινδύνους όπως η πρόκληση τραυματισμού.

Η περιοχική αναισθησία επηρεάζει ελάχιστα τον αεραγωγό. Οι φόβοι που έχουν σχέση με τον αερισμό είναι πολύ λιγότεροι, ειδικά σε ασθενείς με γεμάτο στομάχι ή με πιθανή δύσκολη διασωλήνωση. Όμως επιπλοκές όπως αναπνευστική ανεπάρκεια λόγω υπερβολικά υψηλού επιπέδου της υπαραχοειδούς αναισθησίας μπορεί να απαιτήσουν άμεσα διασωλήνωση της τραχείας. Επίσης ο πλέον στρεσογόνο χειρισμός κατά την αναισθησία και χειρουργική επέμβαση είναι η διασωλήνωση της τραχείας η οποία συνοδεύεται από μεγάλη διέγερση του συμπαθητικού παρά τις σημαντικές δόσεις των ενδοφλέβιων και πτητικών αναισθητικών κατά την εισαγωγή. Η χορήγηση οπιοειδών ελαττώνει αυτήν την απάντηση αλλά στο τέλος της επέμβασης μπορεί να χρειαστεί υποστήριξη της αναπνοής.

Εκτός από τη διασωλήνωση της τραχείας τα περισσότερα ερεθίσματα που προκαλούν stress διεγχειρητικά οφείλονται σε χειρουργικούς ερεθισμούς. Το χειρουργικό τραύμα

ακολουθείται από μια σειρά χημικών μεταβολικών ενεργοποιήσεων καθώς και ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Παρατηρείται διέγερση του κυκλοφορικού και αυξημένη παραγωγή κατεχολαμινών όχι μόνο από τις απολήξεις του συμπαθητικού (νορεπινεφρίνη) αλλά και από τα επινεφρίδια (επινεφρίνη). Επίσης αυξάνονται τα επίπεδα πολλών άλλων ορμονών. Αποτέλεσμα της απάντησης στο stress είναι ότι ο οργανισμός εισέρχεται σε φάση καταβολισμού. Παρατηρείται αύξηση της γλυκόζης και του μεταβολισμού των πρωτεϊνών. Κατά τις επεμβάσεις με περιοχική αναισθησία η μεταβολική απάντηση ελαττώνεται σημαντικά. Η περιεγχειρητική απάντηση στο stress χαρακτηρίζεται από μια υπερδυναμική κυκλοφορία με αύξηση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας. Η περιοχική αναισθησία σε σύγκριση με τη γενική προλαμβάνει την υπέρταση και την ταχυκαρδία, η εμφάνιση όμως υπότασης είναι μεγαλύτερη. Αντίθετα με την καταπληξία, η υπόταση που οφείλεται σε αποκλεισμό του συμπαθητικού είναι καλά ανεκτή. Η κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα και η αιματική ροή του εντέρου επηρεάζονται δυσμενώς από τον αυξημένο τόνο του συμπαθητικού κατά το χειρουργικό stress, όπως και από τη συστηματική χορήγηση οπιοειδών και τους χειρισμούς στην κοιλιά. Η περιοχική αναισθησία διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά επιταχύνει την επάνοδο της φυσιολογικής λειτουργίας του γαστρεντερικού. Η ατελεκτασία και η πνευμονία είναι συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές, ειδικότερα στους ηλικιωμένους, στους ασθενείς με προϋπάρχουσα πνευμονική πάθηση και μετά από εκτεταμένες επεμβάσεις θώρακα και άνω κοιλίας. Αυτό οφείλεται εν μέρει στην αναπνευστική καταστολή των οπιοειδών αναλγητικών που χορηγούνται μετεγχειρητικά και μπορούν να αποφευχθούν με τη χρήση περιοχικής αναισθησίας. Μετεγχειρητικά οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται πόνο μετά από ήπια ερεθίσματα. Μερικές επεμβάσεις όπως επεμβάσεις μαστού με λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης, πλαστική βουβωνοκήλης, θωρακοτομή συνοδεύονται από παρατεταμένη υπεραλγησία. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η μεταβολή του νευρικού σήματος πυροδοτείται μερικώς από γεγονότα τα οποία λαμβάνουν χώρα διεγχειρητικά. Σήματα υψηλής έντασης κατά τους χειρουργικούς χειρισμούς και τη διατομή νεύρων μεταδίδονται στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού, όπου ευοδώνουν τα αισθητικά ερεθίσματα. Ο νευρικός αποκλεισμός μπορεί να προλάβει αυτά τα σήματα από το να φτάσουν στο νωτιαίο μυελό και να αποφευχθεί η υπεραλγησία (Q.H. Hogan, 2005) σελ.532.

Αντενδείξεις για περιοχική αναισθησία

Ο ασθενής εκτιμάται προεγχειρητικά για να προσδιοριστούν τυχόν παράγοντες που αυξάνουν τους κινδύνους επιπλοκών από την περιοχική αναισθησία. Οι αντενδείξεις για περιοχική αναισθησία μπορεί να επιβάλλουν τη χορήγηση γενικής αναισθησίας ή την απόφαση να μη γίνει η επέμβαση (Q.H. Hogan,2005) σελ534. Σημεία φλεγμονής στη θέση της ένεσης αποτελούν αντένδειξη για περιοχική αναισθησία. Υπάρχει κίνδυνος εξάπλωσης της φλεγμονής κατά την έγχυση του διαλύματος. Οι ανατομικές ανωμαλίες στη θέση της ένεσης δυσκολεύουν την επιτυχία του νευρικού αποκλεισμού και αυξάνουν τις πιθανότητες επιπλοκών, εφόσον τα οδηγία σημεία μπορεί να μην είναι στις αναμενόμενες θέσεις σε σχέση με τα νεύρα στόχο. Ο κίνδυνος αιμορραγίας παίζει σημαντικό ρόλο στην απόφαση χορήγησης περιοχικής αναισθησίας. Πολλά νεύρα στόχοι βρίσκονται κοντά σε μεγάλα αγγεία, έτσι ώστε σε περίπτωση διαταραχής των μηχανισμών πήξης μπορεί να δημιουργηθεί σημαντικό αιμάτωμα.

Θεωρητικά οποιαδήποτε επέμβαση μπορεί να γίνει με περιοχική αναισθησία. Όμως υπάρχουν περιορισμοί για πρακτικούς λόγους, όπως η αναγκαιότητα ο ασθενής να παραμείνει τελείως ακίνητος κατά τη διάρκεια λεπτών χειρουργικών χειρισμών. Για ορισμένες επεμβάσεις είναι δυσάρεστο για τον άρρωστο να είναι ξύπνιος. Χειρισμοί στο θώρακα και στην άνω κοιλία μπορεί να προκαλέσουν ανώδυνες αλλά δυσάρεστες αισθήσεις, όπως η ναυτία. Μερικά από αυτά τα προβλήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη χορήγηση καταστολής. Αν και η επεξήγηση και η στήριξη υπερνικούν τη δυσφορία του ασθενούς που είναι ξύπνιος κατά την επέμβαση, η σωστή χρήση αγχολυτικών και κατασταλτικών βοηθάει. Μερικοί ασθενείς μπορεί να μην είναι από τη φύση τους ικανοί να αντιμετωπίσουν τη συγκινησιακή φόρτιση στο χειρουργείο. Εάν ο ασθενής αρνείται να του κάνουν ένεση, ιδιαίτερα στη ράχη, δεν είναι συνετό να επιμείνει ο αναισθησιολόγος εκτός εάν υπάρχουν ισχυροί λόγοι επιλογής της περιοχικής αναισθησίας. Η άρνηση του ασθενούς για περιοχική αναισθησία αποτελεί απόλυτη αντένδειξη (Q.H. Hogan,2005) σελ535.

Ενδοφλέβια περιοχική αναισθησία

Κατ' αυτήν το αναισθητικό χορηγείται ενδοφλεβίως από φλέβα του άνω ή κάτω άκρου που πρόκειται να χειρουργηθεί αφού προηγουμένως έχει εφαρμοστεί ίσχειμος περιίδεση του άκρου (Πουργιεζή-Λευκίδη Θ. Ι.,2001).

Η προσοχή κατά τη χορήγηση του τοπικού αναισθητικού είναι το κλειδί για τον επιτυχή αποκλεισμό και την αποφυγή επιπλοκών. Γνώση των ανατομικών στοιχείων που είναι σε άμεση γειτονία με τη βελόνη και μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα όπως αγγεία ή νεύρα άλλα από εκείνα που στοχεύει ο αποκλεισμός. Διήθηση του δέρματος και των υποκείμενων ιστών με τοπικό αναισθητικό βοηθάει στο να αποφευχθεί η δυσφορία του ασθενούς. Μετά την τοποθέτηση της βελόνης ή του καθετήρα πριν από κάθε ένεση πρέπει να γίνεται αναρρόφηση ώστε να αναγνωρίζεται τυχόν είσοδος του άκρου της βελόνης μέσα σε ένα αγγείο. Η παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών είναι υποχρεωτική κατά τη διάρκεια της επέμβασης (Q.H. Hogan,2005) σελ537.

Υποδόριος αναισθησία ή αναισθησία δι' εμποτίσεως. Εδώ το τοπικό αναισθητικό ενίεται στην περιοχή της επέμβασης όπου προσβάλλονται οι υποδόριες απολήξεις των νεύρων και τα μικρά νεύρα. Εφαρμόζεται επί μικροεπεμβάσεων, ή συρραφή τραυμάτων. Μπορεί να συνδυαστεί και με ενδοφλέβια καταστολή, με χορήγηση δηλαδή ενδοφλεβίως οπιούχων και μικρών δόσεων υπνωτικών (Πουργιεζή-Λευκίδη Θ,2001).

Νευραξονική αναισθησία

Ο νευροάξονας ο οποίος περιλαμβάνει το νωτιαίο μυελό και τις ρίζες των νεύρων μέσα στις μήνιγγες, μπορεί να αναισθητοποιηθεί από τοπικά αναισθητικά τα οποία χορηγούνται μέσα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) (υπαραχνοειδής αναισθησία) ή στον επισκληρίδιο χώρο έξω από τη σκληρά μήνιγγα (επισκληρίδιος αναισθησία) (Q.H. Hogan,2005) σελ538.

Ανατομία

Η σπονδυλική στήλη (ΣΣ) αποτελείται από από 33 σπονδύλους. Είναι 7 αυχενικοί, 12 θωρακικοί, 5 οσφυϊκοί, 5 ιεροί που είναι συνοστεομένοι και 4 κοκκυγικοί που έχουν ατροφήσει. Κάθε σπόνδυλος αποτελείται από το σώμα, που έχει περίπου κυλινδρικό σχήμα και το τόξο που αποτελείται από δύο συμμετρικά ημιμόρια που εκφύονται από το άνω μέρος του σώματος, φέρονται κυκλοτερώς προς τα πίσω και ενώνονται στη μέση γραμμή. Το αρχικό τμήμα είναι ο αυχέννας και το ακόλουθο το πέταλο. Ο αυχέννας φέρει την άνω και κάτω μεσοσπονδύλιο εντομή που με τις αντίστοιχες εντομές των υπερκείμενων και υποκείμενων σπονδύλων σχηματίζουν τα μεσοσπονδύλια τρήματα από τα οποία εξέρχονται τα νωτιαία νεύρα και τα αγγεία. Το σώμα ο αυχέννας, το πέταλο του σπονδύλου με τους συνδέσμους σχηματίζουν το σπονδυλικό τρήμα και τα σπονδυλικά τρήματα του νωτιαίου σωλήνα που αρχίζει από το ινιακό τρήμα και τελειώνει στο ιερό σχίσμα . Το

εύρος του σωλήνα διαφέρει στα διάφορα τμήματα της ΣΣ. Εντός του νωτιαίου σωλήνα ευρίσκεται ο νωτιαίος μυελός με τις μήνιγγες τα αγγεία και τα νεύρα. Οι μήνιγγες είναι η χοριοειδής, η αραχνοειδής και η σκληρά. Η χοριοειδής περιβάλλει το νωτιαίο μυελό ενώ η αραχνοειδής συμφύεται με τη σκληρά μήνιγγα δημιουργώντας ένα σχισμοειδή χώρο τον υποσκληρίδιο. Ο χώρος που είναι μεταξύ της χοριοειδούς και αραχνοειδούς μήνιγγας λέγεται υπαραχνοειδής. Τα νωτιαία νεύρα περιβάλλονται μόνο από την χοριοειδή μήνιγγα στον υπαραχνοειδή χώρο, ενώ μετά την έξοδό τους από τον υπαραχνοειδή περιβάλλονται και από τις τρεις μήνιγγες. Ο υπαραχνοειδής χώρος περιέχει το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY). Το ENY είναι διαυγές και άχρωμο. Ο όγκος του κυμαίνεται από 120-150ml (Μπαλαμούτσος Ν. Γ., 1998).

Μέθοδοι νευροαξονικής αναισθησίας

Υπαραχνοειδής αναισθησία

Η εισαγωγή της βελόνης στον υπαραχνοειδή χώρο μπορεί να γίνει με τον ασθενή σε καθιστή ή σε πλάγια θέση. Κλειδί για την επιτυχία της τεχνικής είναι η εξακρίβωση της θέσης της μέσης γραμμής που ιδιαίτερα στους εύρωστους ασθενείς επιτυγχάνεται ευκολότερα στην καθιστή θέση. Η πλάγια θέση είναι προτιμότερη και ανετότερη για τους ασθενείς. Ο καθαρισμός του δέρματος έχει μεγάλη σημασία με ιωδιούχο διάλυμα και αλκοόλη. Η θέση που επιλέγεται για την υπαραχνοειδή αναισθησία είναι συνήθως το σημείο στο οποίο η γραμμή που συνδέει τις ακρολοφίες των λαγονίων οστών διασταυρώνεται με τη μέση γραμμή της σπονδυλικής στήλης. Υπάρχουν διάφοροι τύποι βελονών για υπαραχνοειδή αναισθησία. Μια μεγάλη βελόνη είναι ευκολότερο να κατευθυνθεί και βοηθάει στην αντίληψη των εσωτερικών ανατομικών στοιχείων, αλλά η πιθανότητα κεφαλαλγίας μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία είναι μεγαλύτερη από τη χρήση βελόνης μικρότερης διαμέτρου. Βελόνες με το άκρο σε σχήμα αιχμής μολυβιού προκαλούν μικρότερη καταστροφή καθώς διέρχονται μέσω της σκληράς και υπαραχνοειδούς μήνιγγας και υποθετικά λιγότερο ENY εξέρχεται από την οπή που δημιουργείται (Q.H. Hogan, 2005) σελ 540.

Η είσοδος της βελόνης γίνεται από το μεσοδιάστημα O₂-O₃ που είναι το ευρύτερο και δεν υπάρχει ο κίνδυνος τρώσης του νωτιαίου μυελού. Η βελόνη περνάει κατά σειρά μέσω του δέρματος, του υποδόριου ιστού, του υπερακάνθιου και μεσακάνθιων συνδέσμων του ωχρού και τη σκληρά μήνιγγα. Όταν η βελόνη διαπεράσει τον ωχρό σύνδεσμο που γίνεται αντιληπτό από την απώλεια αντίστασης στην προώθηση, προωθείται η βελόνη 1 cm και

συνήθως υπάρχει αίσθηση τρυπήματος της σκληράς, αφαιρείται ο στυλεός της βελόνης και ελέγχεται για ελεύθερη ροή ENY. Ποτέ δεν πρέπει να χορηγείται το τοπικό αναισθητικό εάν δεν υπάρχει ελεύθερη ροή ENY. Μετά τη χορήγηση του φαρμάκου ο ασθενής τοποθετείται στην επιθυμητή θέση για την εγχείρηση (Μπαλαμούτσος Ν. Γ.,1998).

Η κατάσταση του ασθενούς πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς. Η υπαραχνοειδής αναισθησία μπορεί να συνεχίσει να ανέρχεται για περίπου 20 λεπτά . Η διάρκειά της ποικίλλει ανάλογα με το αναισθητικό και τη χρήση αγγειοσυσπαστικών. Η βουπιβακαΐνη και η τετρακαΐνη έχουν διάρκεια διπλάσια της λιδοκαΐνης η οποία διαρκεί μια ώρα. Η προσθήκη αγγειοσυσπαστικής ουσίας στο διάλυμα επιβραδύνει την απομάκρυνση του αναισθητικού από το νευρικό ιστό μέσω των αγγείων. Υπαραχνοειδής χορήγηση μικρών δόσεων οπιοειδών συμβάλλει στην επίτευξη χειρουργικής αναισθησίας και παρατείνει τη μετεγχειρητική αναλγησία. Για να επιτευχθεί αποκλεισμός των νευρικών ριζών απαιτείται μια κρίσιμη συγκέντρωση του τοπικού αναισθητικού μέσα στο ENY. Καθώς το αναισθητικό αραιώνεται σε προοδευτικά μεγαλύτερο όγκο ENY η αναισθητική δράση γίνεται εμφανής σε μεγαλύτερες αποστάσεις από το σημείο της έγχυσης. Η εξάπλωση του αναισθητικού γίνεται με παθητική διάχυση. Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την κατανομή του αναισθητικού αμέσως μετά την ένεση είναι το ειδικό βάρος του σε σχέση με το ειδικό βάρος του ENY. Τα περισσότερα διαλύματα τοπικών αναισθητικών έχουν το ίδιο ειδικό βάρος με το ENY (Q.H. Hogan,2005) σελ 545.

Επισκληρίδια αναισθησία

Η τεχνική για την τοποθέτηση βελόνης στον επισκληρίδιο χώρο στο ύψος της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης όσον αφορά το σημείο εισόδου, την προετοιμασία του δέρματος, την τοπική αναισθησία και την αρχική προώθηση της βελόνης είναι η ίδια που έχει περιγραφεί για την υπαραχνοειδή αναισθησία. Για την επισκληρίδια αναισθησία χρησιμοποιείται βελόνη 18ή 18Gμε έκκεντρη οπή και ελαφρώς κυρτή κορυφή για να μειώνεται η πιθανότητα τρώσης της σκληράς. Ο σκοπός είναι να προωθηθεί η βελόνη έως ότου η κορυφή περάσει μπροστά από τον ωχρό σύνδεσμο μέσα στον σπονδυλικό σωλήνα, αλλά όχι πέραν του σάκου της σκληράς μέσα στο ENY.

Η θέση δράσης των τοπικών αναισθητικών που ενίενται στον επισκληρίδιο χώρο είναι πιθανόν οι ρίζες των νεύρων, όπως και στην υπαραχνοειδή αναισθησία. Επειδή ο όγκος του διαλύματος δεν φτάνει άμεσα στον υπαραχνοειδή χώρο αλλά διαχέεται σε αυτόν , η εγκατάσταση της δράσης είναι βραδύτερη.

Επιπλοκές της νευραξονικής αναισθησίας

Η κεφαλαλγία είναι η συχνότερη επιπλοκή της ραχιαίας αναισθησίας. Κεφαλαλγία μπορεί να προκαλέσει τρώση της σκληράς και αραχνοειδούς μήνιγγας στη ραχιαία ή επισκληρίδιο αναισθησία, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιείται βελόνη μεγάλου μεγέθους. Οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο επιρρεπείς σε αυτή την επιπλοκή. Συνήθως ο επίμονος πονοκέφαλος οφείλεται σε διαρροή του ENY δια μέσου του πόρου της βελόνης μέσα στη σκληρή μήνιγγα με αποτέλεσμα την πίεση των ενδοκρανιακών αγγείων, των μηνίγγων και των νEURων. Ο πονοκέφαλος που οφείλεται πραγματικά στη ραχιαία αναισθησία χαρακτηριστικά εξαρτάται από τη στάση του αρρώστου. Δεν γίνεται αντιληπτός όταν ο άρρωστος βρίσκεται στην ύπτια θέση, αλλά είναι αισθητός όταν προσπαθεί να σηκωθεί. Ήπιες μορφές πονοκεφάλου αντιμετωπίζονται συντηρητικά με την υποχρεωτική κατάκλιση για 12-24 ώρες και τη χρήση αναλγητικών (Stoelting-Miller,1991) σελ193.

Μετά από νευραξονικό αποκλεισμό αναμένεται κάποιος βαθμός βραδυκαρδίας και υπότασης. Όμως καρδιακή συχνότητα χαμηλότερη από 45 σφύξεις ανά λεπτό και αρτηριακή πίεση χαμηλότερη από 90/50 mmHg ή ταχεία ελάττωση της αρτηριακής πίεσης πρέπει να θεραπεύονται. Αυτά τα ευρήματα είναι ένδειξη αυξημένου τόνου του παρασυμπαθητικού και απόσυρσης του συμπαθητικού και μπορεί να συνοδεύονται από κυκλοφορική κατάρριψη που οφείλεται σε ελαττωμένη πλήρωση της καρδιάς. Το πρωιμότερο σύμπτωμα μπορεί να είναι η ναυτία (Q.H. Hogan) σελ 550. Γι' αυτό η αντιμετώπιση της υπότασης έχει ευεργετική επίδραση στη ναυτία και στον εμετό. Αν όμως παρά την αντιμετώπιση της υπότασης τα συμπτώματα παραμένουν συνήθως βοηθάει η χορήγηση οξυγόνου (Stoelting-Miller,1991) σελ193.

Εκτεταμένος αποκλεισμός πέραν των επιθυμητών διαστημάτων. Επειδή η ραχιαία αναισθησία προκαλεί αποκλεισμό των νEURων της ουροδόχου κύστης, η ενδοφλέβια χορήγηση μεγάλων ποσοτήτων υγρών μπορεί να οδηγήσει σε διάταση της κύστης που θα απαιτήσει καθετηριασμό. Αυτό είναι συχνό πρόβλημα των αρρώστων που υποβάλλονται σε μικρές επεμβάσεις (π. χ. βουβωνοκήλη) κατά τις οποίες δεν κρίνεται απαραίτητος ο καθετηριασμός της κύστης. Η πιθανότητα αυτή μειώνεται με την προσεκτική χορήγηση των ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων (Stoelting-Miller,1991)σελ.193. Εάν επηρεαστεί η αναπνευστική ή καρδιακή λειτουργία τότε προκύπτει σοβαρό πρόβλημα. Μια δόση τοπικού αναισθητικού που προορίζεται για υπαραχνοειδή αναισθησία μπορεί να προκαλέσει εκτεταμένο αποκλεισμό εάν σύντομα μετά την ένεση ο ασθενής βήξει. Ένας

υψηλός αποκλεισμός μπορεί να αναγνωριστεί με τη δοκιμασία της αισθητικότητας , όταν διαπιστώνεται αισθητικός αποκλεισμός στο Θ_2 ή και υψηλότερα. Η πρώτη εκδήλωση μπορεί να είναι χαμηλή αρτηριακή πίεση ή δυσκολία στην αναπνοή. Τότε χρειάζεται βοήθεια της αναπνοής με χορήγηση οξυγόνου ή και διασωλήνωση της τραχείας.

Μόνιμη βλάβη των νεύρων μπορεί να προκληθεί από βλάβη που προκάλεσε η βελόνη ή από την τοξική δράση των διαλυμάτων που ενίενται. Κατά την εισαγωγή μπορεί να τραυματιστούν αγγεία . Το αίμα που αθροίζεται σπάνια αποτελεί πρόβλημα. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος εάν οι χρόνοι πήξης είναι παρατεταμένοι

Η αποτυχία του αποκλεισμού μπορεί να οφείλεται σε ανατομικούς παράγοντες αλλά και στην έλλειψη πείρας του αναισθησιολόγου. Ο σχεδιασμός της περιοχικής αναισθησίας πρέπει να συμπεριλαμβάνει την ενίοτε αναγκαία συμπληρωματική χορήγηση ενδοφλέβιας καταστολής ή τη χορήγηση γενικής αναισθησίας (Q.H. Hogan,2005) σελ 550.

Γενικά η υπαραχνοειδής αναισθησία είναι προτιμότερη από την επισκληρίδια, διότι γίνεται ευκολότερα και το αποτέλεσμα είναι ταχύτερο και πιο σταθερό, ελαττώνοντας έτσι το κόστος του χειρουργείου και την ανάγκη σε συμπληρωματικά φάρμακα. Αν και ο κίνδυνος της κεφαλαλγίας μετά την υπαραχνοειδή αναισθησία έχει κάνει την τεχνική λιγότερο δημοφιλή στους νεότερους ασθενείς, η χρήση λεπτών βελονών με αμβλύ άκρο έχει ελαττώσει σημαντικά τη συχνότητα κεφαλαλγίας. Ο κύριος περιοριστικός παράγοντας της ευρύτερης χρήσης του κεντρικού νευροαξονικού αποκλεισμού έχει σχέση με τις δευτερεύουσες δράσεις του υπολειπόμενου αποκλεισμού (π. χ. καθυστέρηση στην κινητοποίηση, ορθοστατική υπόταση, αδυναμία ούρησης) (White, 2005).

Αν και ο κεντρικός νευροαξονικός αποκλεισμός (η υπαραχνοειδής και η επισκληρίδια αναισθησία) μπορεί να επιβραδύνει την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, λόγω του υπολειπόμενου συμπαθητικού αποκλεισμού, οι αποκλεισμοί περιφερικών νεύρων μπορούν να επιταχύνουν τη διαδικασία ανάνηψης. Έτσι ένα αυξανόμενο ποσοστό περιπτώσεων γίνεται με συνδυασμό περιφερικού νευρικού αποκλεισμού και ενδοφλέβιας καταστολής.

Η χορήγηση ενδοφλέβιας καταστολής για τη συμπλήρωση τεχνικών τοπικής αναισθησίας ως μέρος της καλούμενης «καταστολής υπό παρακολούθηση» (Monitoring Anesthesia Care, MAC) αποκτά συνεχώς μεγαλύτερη σημασία. Τα κατασταλτικά, αναισθητικά αναλγητικά και μυοχαλαρωτικά φάρμακα με ταχεία έναρξη, βραχεία και προβλεπόμενη διάρκεια δράσης, τα οποία στερούνται ανεπιθύμητων ενεργειών, έχουν καταστήσει τις βραχείες επεμβάσεις για τους εξωτερικούς ασθενείς ασφαλέστερες και πιο ευχάριστες (White 2005).

2.4 Αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου

Ο οξύς πόνος χαρακτηρίζεται από πρόσφατη έναρξη, περιορισμένη διάρκεια, καθώς και χρονική και αιτιολογική συσχέτιση με κάποια τραυματική κατάσταση, χειρουργική επέμβαση ή νόσο που τον προκαλεί. Είναι σύμπτωμα το οποίο προκαλείται από εξελισσόμενη ή επικείμενη βλάβη των ιστών. Ο μετεγχειρητικός ή μετατραυματικός πόνος όμως μπορεί να μην οφείλεται αποκλειστικά στο τραύμα . Συνυπάρχουσες νόσοι ή καταστάσεις που έχουν σχέση με τη νόσο ή τη θεραπεία μπορεί να συμβάλλουν και πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά την αντιμετώπισή του.

Ο παρατεινόμενος μετεγχειρητικός πόνος οδηγεί σε μετεγχειρητικές επιπλοκές και αύξηση της νοσηρότητας, ενώ η επαρκής αντιμετώπισή του ελαττώνει αυτές τις επιπλοκές. Παρ' όλο που αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η αποτελεσματική αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου ελαττώνει τη μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα, εν τούτοις σε αρκετές περιπτώσεις αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς.

Η ενδομυϊκή χορήγηση αναλγητικών, συνήθως οπιοειδών, ανάλογα με τις απαιτήσεις κατά τη μετεγχειρητική περίοδο δεν επιτυγχάνει πάντοτε την επιτυχή καταστολή του πόνου. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς ή το ιατρικό –νοσηλευτικό προσωπικό έχουν αναγνωριστεί ως αιτίες ανεπαρκούς καταστολής του πόνου, όπως ανεπαρκείς δόσεις, μεγάλα διαστήματα μεταξύ των δόσεων ή μη κατάλληλες οδοί χορήγησης, παρερμηνεία ιατρικών οδηγιών, δυσχέρεια αντίληψης των πραγματικών αναγκών των ασθενών.

Η αποτελεσματική θεραπεία του οξέος πόνου αρχίζει από την προσεκτική εκτίμηση του ασθενούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Επειδή ο πόνος αποτελεί μια προσωπική υποκειμενική συναισθηματική εμπειρία, με σημαντικές διακυμάνσεις από ασθενή σε ασθενή, απαιτείται η κατάλληλη ενημέρωση και η ενεργός συμμετοχή του αρρώστου. Αξιολογούνται η εντόπιση η ένταση, ο χαρακτήρας του οξέος πόνου καθώς και οι παράγοντες που τον επιδεινώνουν, όπως οι διάφορες κινήσεις, οι αναπνευστικές προσπάθειες και ο βήχας. Ο πόνος πρέπει να εκτιμάται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, όπως π.χ. ανά δύο ώρες για 48 ώρες, ύστερα από μια μεγάλη χειρουργική επέμβαση και να καταγράφεται. Αύξηση της έντασης του πόνου μπορεί να οφείλεται σε ανεπαρκή αναλγησία ή σε κάποια μετεγχειρητική επιπλοκή (Σαραντόπουλος Κ.-Φασουλάκη Α,2005) σελ.604.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3. 1 Σκοπός της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να συγκρίνει μεθόδους αναισθησίας που χρησιμοποιούνται στους ασθενείς στην περίπτωση της εγχείρισης βουβωνοκήλης. Πιο αναλυτικά, σκοπός είναι να διαπιστωθεί αν υπάρχει διαφορά μεταξύ των ειδών αναισθησίας που χρησιμοποιούνται, όσον αφορά στην επίδραση που έχει στον ασθενή, τόσο κατά τη διάρκεια της επέμβασης, όσο και μετά το πέρας αυτής.

Για τη διαμόρφωση των ερευνητικών ερωτημάτων λήφθησαν υπόψιν τα ακόλουθα. Τα ερευνητικά ερωτήματα θα πρέπει να τεθούν με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να προκύπτουν σαφής απαντήσεις σε αυτά τα οποία αναζητά ο ερευνητής, ενώ επιπλέον θα πρέπει να είναι μετρήσιμα και εύκολα στην στατιστική επεξεργασία.

Με βάση τη θεωρητική ανασκόπηση που προηγήθηκε, αλλά και το σκοπό της έρευνας, η παρούσα μελέτη προσπάθησε να απαντήσει στα κάτωθι ερευνητικά ερωτήματα:

1. Υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας, του φύλου, του βάρους και του ύψους των ασθενών με της ύπαρξης συγκεκριμένων συμπτωμάτων είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης είτε μετά το πέρας αυτής;
2. Υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της αναισθησίας με την οποία θα ήθελαν να χειρουργηθούν οι ασθενείς και της ύπαρξης συγκεκριμένων συμπτωμάτων είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης είτε μετά το πέρας αυτής;

3. 2 Η ποσοτική έρευνα

Η μεθοδολογία είναι ουσιαστικά ο τρόπος με τον οποίον διεξήχθη η έρευνα (Jonker και Pennink, 2003). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι δύο μεθοδολογίες που υπάρχουν είναι η ποιοτική και η ποσοτική (Jonker και Pennink, 2003; Scanlon, 2001). Προκειμένου για τη διεξαγωγή της εν λόγω έρευνας επιλέχθηκε η ποσοτική ανάλυση.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος, καθώς κύριος στόχος της είναι ο έλεγχος συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων για το φαινόμενο που εξετάζεται (Hite, 2001). Οι αρχικές υποθέσεις μένουν σταθερές κατά τη διάρκεια της έρευνας, εκτίθενται στα στοιχεία και αναλόγως επιβεβαιώνονται ή απορρίπτονται.

Το βασικό γνώρισμα της ποσοτικής έρευνας είναι ότι επιτρέπει στον ερευνητή τη σύνδεση δύο ή περισσότερων χαρακτηριστικών για μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, αναδεικνύοντας με αυτόν τον τρόπο τις γενικές τάσεις που εμφανίζονται στο δείγμα (Κυριαζή, 2009). Όπως επισημαίνει η Κυριαζή «η ποσοτική έρευνα εκθέτει τα θετικιστικά της στοιχεία στην αναγκαιότητα μέτρησης και εμπειρικής υπόστασης των θεωρητικών εννοιών, στη σημασία ανεύρεσης αιτιωδών συνδέσεων των μεταβλητών, καθώς και στην έμφαση στις εμπειρικές γενικεύσεις και συνεπώς στις κανονικότητες των κοινωνικών φαινομένων» (Κυριαζή, 2009, σελ. 49).

Έτσι, η ποσοτική έρευνα έχει ως στόχο της τη διερεύνηση και την παραγωγή αποτελεσμάτων και θεωριών που μπορούν να γενικευθούν.

3. 3 Το ερωτηματολόγιο ως το μεθοδολογικό εργαλείο της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο είναι ένα ευρέως διαδεδομένο και εύχρηστο εργαλείο συλλογής δεδομένων, το οποίο παρέχει αριθμητικά δεδομένα, μπορεί να επιδοθεί χωρίς την παρουσία του ερευνητή, ενώ παράλληλα είναι εύληπτο και εύκολο στην ανάλυση (Wilson καιMclean, 1994). Τα ερωτηματολόγια επιλέχθηκαν ως ερευνητικό εργαλείο διότι είναι σχετικά εύκολο να διαμοιραστούν, καθώς είναι τυποποιημένα, αλλά και σχετικά απαλλαγμένα από διάφορους τύπους σφαλμάτων. Η συλλογή δεδομένων είναι συγκεκριμένη, καθώς οι τυποποιημένες ερωτήσεις παρέχουν ειδική εστίαση, ενώ υποβάλλονται μόνο εκείνες οι ερωτήσεις που έχουν συγκεκριμένο ενδιαφέρον ως προς το αντικείμενο της έρευνας.

Επίσης η ανωνυμία που διασφάλιζε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, κατά πάσα πιθανότητα έκανε πιο ενθαρρυντική τη συμμετοχή του κάθε ερωτώμενου, γεγονός που υποθέτουμε ότι εξασφάλισε μεγαλύτερο δείγμα για την έρευνά μας, αποτελώντας έτσι παράγοντα που λήφθηκε επίσης σοβαρά υπόψη για την προτίμηση του ερωτηματολογίου ως το ερευνητικό εργαλείο (U. S. Office of Personne Management, 2008).

Το ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας έχει ακολουθήσει τα στάδια και τις παρατηρήσεις που προέκυψαν από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας (Lewin, 2005; Oppenheim, 1992; Rejaetal. , 2003), προκειμένου αφενός να εξασφαλίζει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της έρευνας σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο επίπεδο γίνεται και αφετέρου να διευκολύνει τον ερωτηθέντα και τον ερευνητή, να το συμπληρώσει και να συλλέξει τις πληροφορίες που χρειάζεται αντίστοιχα. Έτσι, το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας, (παρατίθεται στο παράρτημα σελ79-84)

- έχει σαφή στόχο και αντικείμενο
- οι ερωτήσεις είναι σαφείς και ξεκάθαρες, χωρίς να χρησιμοποιείται εξεζητημένη γλώσσα που δεν μπορεί να γίνει κατανοητή από τους ερωτηθέντες
- οι ερωτήσεις δεν υπονοούν την απάντηση
- οι ερωτήσεις είναι απλές στη δομή τους
- οι ερωτήσεις δεν περιέχουν ευαίσθητα ή προσωπικά θέματα ώστε να φέρουν σε δύσκολη θέση τους ερωτηθέντες
- δεν είναι πολύ μεγάλο, ώστε να μην κουράζει τον ερωτώμενο και αποφύγει τη συμπλήρωσή του, χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει μείωση της ποιότητας που ζητά ο ερευνητής

Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι τριών ειδών.

- Δημογραφικές. Προσωπικά χαρακτηριστικά του συμμετέχοντος που πρέπει να ληφθούν υπόψιν στην ανάλυση, όπως φύλο, ηλικία, βάρος κ. λ. π. (King και Horrocks, 2010)
- Πολλαπλής επιλογής. Οι ερωτηθέντες μπορούν να επιλέξουν μεταξύ πολλών απαντήσεων (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη, 2002).
- Κλίμακας. Έχει χρησιμοποιηθεί η κλίμακα Likert (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη, 2002).

Τα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν μέσω της ποσοτικής έρευνας και των ερωτηματολογίων επεξεργάστηκαν με στατιστικές μεθόδους, μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS 17. 0. Προκειμένου για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική, ο έλεγχος chi square για την ύπαρξη συσχετίσεων ή μη, καθώς και το t-test ανεξάρτητων δειγμάτων προκειμένου να διαπιστωθεί αν το είδος της αναισθησίας διαδραματίζει στατιστικά σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των συμπτωμάτων

κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση, αλλά και στο χρονικό διάστημα έπειτα από το οποίο οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να κινητοποιηθούν, να ουρήσουν και να σιτιστούν.

3. 4 Η ηθική στην έρευνα

Οι ηθικές κατευθυντήριες γραμμές είναι αφηρημένες και δεν είναι πάντα εμφανής ο τρόπος με τον οποίο πώς μπορούν να εφαρμοστούν σε συγκριμένες περιπτώσεις. Ένα από τα μείζονα προβλήματα που προκύπτουν στο πλαίσιο της ηθικής στην έρευνα προκύπτει από τη σύγκρουση συμφερόντων μεταξύ των αρχών και των αναγκών της έρευνας. Η απόλυτη ηθική πρακτική είναι η ισορροπία μεταξύ αυτών των δύο εννοιών (House, 1993). Όπως επισημαίνει ο Sobrinho (2003) η διεξαγωγή μίας έρευνας οδηγεί στη γένεση ηθικών ερωτήσεων. Η ηθική δεν αφορά μόνο τον τρόπο με τον οποίο η ερευνήτρια φέρεται στους συμμετέχοντες στην έρευνα, αλλά και στον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιήθηκαν και παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα αυτής (Roth, 2005). Σύμφωνα με τους Hwang και Roth (2005) η ηθική στην έρευνα αφορά περισσότερο τη σχέση που διαμορφώνεται μεταξύ της ερευνήτριας και του εκάστοτε ερωτηθέντα, καθώς και το επίπεδο ειλικρίνειας και εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται. Ουσιαστικά, η ηθική είναι εκείνος ο τομέας της φιλοσοφίας που σχετίζεται σχετικά με τις σωστές και λανθασμένες ενέργειες.

Το ζήτημα της τήρησης των ηθικών κατευθυντήριων γραμμών κατά τη διεξαγωγή μίας έρευνας είναι πολύ σημαντικό, καθώς εμπλέκεται ο ανθρώπινος παράγοντας και τόσο κατά τη συλλογή όσο και κατά την καταγραφή στοιχείων από τα άτομα (Milne, 2005).

Η πρώτη κατευθυντήρια γραμμή στο πλαίσιο της ηθικής την οποία σεβάστηκε η ερευνήτρια είναι η ενήμερη συγκατάθεση των ερωτηθέντων (Simons, 2005). Αυτό σημαίνει ότι προχωρήσαμε στην έρευνα μόνο με την ενήμερη συγκατάθεση των συμμετεχόντων σε αυτήν. Προκειμένου να γίνει αυτό, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εκ των προτέρων για το στόχο της έρευνας και την σημαντικότητα της συμμετοχής τους σε αυτήν, καθώς και για τον εκτιμώμενο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δόθηκε στη μη απόκρυψη των σκοπών της έρευνας και την ταυτότητα του ερευνητή και του ενδιαφερόμενου πανεπιστημιακού ιδρύματος, καθώς ψευδείς πληροφορίες ενδέχεται να οδηγήσουν τους ερωτώμενους σε σοβαρά λάθη και ως εκ τούτου να μειώσουν την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας (Javeau, 2000).

Επιπλέον, διασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων, έτσι ώστε να μην υπάρξει ο κίνδυνος πρόκλησης ηθικής βλάβης.

Επίσης χορηγήθηκε άδεια για τη συλλογή στοιχείων από τους ασθενείς από το Νοσοκομείο Σπάρτης (Παράρτημα, σελ. 89).

Τέλος, προκειμένου να συλλεχθούν τα δεδομένα, η ερευνήτρια:

- i. Ενημέρωσε τους συμμετέχοντες σχετικά με τον σκοπό της έρευνας μέσω επιστολής που στάλθηκε ως συνοδευτικό έγγραφο του ερωτηματολογίου
- ii. Διαβεβαίωσε τους συμμετέχοντες ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των οποιονδήποτε προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με την αντίστοιχη ελληνική νομοθεσία και ποιο συγκεκριμένα το Νόμο περί τήρησης της εμπιστευτικότητας της έρευνας
- iii. Σεβάστηκε όσους δεν ήθελαν να συμμετέχουν στην έρευνα

Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι η ερευνήτρια δεν πίεσε κανέναν από τους ερωτηθέντες να συμμετέχουν στην έρευνα, αλλά αντίθετα όλοι οι ερωτηθέντες συμμετείχαν με τη θέλησή τους. Σύμφωνα με τους Schuman και Presser (1981, όπως παρατίθεται στους Mouton και Marais, 1996), ορισμένοι συμμετέχοντες τείνουν να μην είναι πρόθυμοι όσον αφορά στην παροχή ορισμένων στοιχείων στον ερευνητή, καθώς αισθάνονται ότι με αυτόν τον τρόπο παραβιάζονται τα προσωπικά τους δεδομένα και η ιδιωτικότητά τους. Στην προκειμένη περίπτωση δεν πείστηκαν όσοι δεν επιθυμούσαν να καταγράψουν τις απόψεις τους και να συμμετάσχουν στην ερευνητική διαδικασία.

3.5 Το δείγμα της έρευνας

Προκειμένου για την σωστή διεξαγωγή της έρευνας, θα πρέπει να επιλεγεί ένα δείγμα που να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι το δείγμα μας θα πρέπει να έχει τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού εκείνου που θέλουμε να εξετάσουμε.

Στο πλαίσιο της δειγματοληψίας της παρούσας έρευνας αναπτύχθηκαν οι κατωτέρω άξονες

- **Το μέγεθος του δείγματος.** Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, η ερευνήτρια έδωσε πολύ μεγάλη προσοχή στο θέμα και διασφάλισε ότι το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό των ευρύτερων χαρακτηριστικών του πληθυσμού μέσα από έναν

ελάχιστο αριθμό περιπτώσεων. Αναφορικά με το μέγεθος του δείγματος, ο Lewin (2005) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι στην περίπτωση της έρευνας με υποομάδες, όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση, τότε αρκεί το δείγμα να περιλαμβάνει 20 – 50 ερωτηθέντες.

- **Η αντιπροσωπευτικότητα και οι διάφορες παράμετροι του δείγματος.** Προκειμένου να διεξαχθεί μία έρευνα αρκεί να επιλεγεί ένα δείγμα αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού. Η αντιπροσωπευτικότητα σημαίνει ότι το δείγμα θα πρέπει να έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με τον πληθυσμό που επιθυμεί ο ερευνητής να εξετάσει. Τόσο στα ποιοτικά, όσο και στα ποσοτικά δεδομένα, το κύριο σημείο είναι το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού από τον οποίον προέρχεται. Αναφορικά με την αντιπροσωπευτικότητα, ορίστηκαν εξ' αρχής παράμετροι των χαρακτηριστικών του ευρύτερου πληθυσμού των ασθενών στο νοσοκομείο και επιλέχθηκαν όσοι είχαν υποβληθεί σε εγχείρηση βουβωνοκήλης.
- **Η πρόσβαση στο δείγμα.** Η παρούσα έρευνα διασφάλισε ότι η ερευνήτρια αφενός θα είχε πρόσβαση στο δείγμα και αφετέρου ότι η πρόσβαση αυτή θα είναι εφικτή και στην πράξη. (Cohenetal. , 2007).
- **Η τεχνική δειγματοληψίας.** Η μέθοδος δειγματοληψίας που επιλέχθηκε είναι η δειγματοληψία μικρών ομάδων πληθυσμών (Minority populations). Η μέθοδος αυτή επιλέχθηκε, καθώς το δείγμα δεν αφορά όλα τα μέλη ενός πληθυσμού, έτσι ώστε να εφαρμοστεί μία τυχαία δειγματοληψία, αλλά μία μικρότερη συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού με ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό (Ρόντος και Παπάνης, 2007).

Κατά συνέπεια, το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 54 ασθενείς, οι οποίοι σε χρονικό διάστημα πέντε (5) μηνών υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη εγχείρηση βουβωνοκήλης στο Νοσοκομείο Σπάρτης με ραχιαία αναισθησία και τοπική σε συνδυασμό με γενική αναισθησία.

3.6 Παρουσίαση ερωτηματολογίου

Ζητήθηκαν από τους ασθενείς τα σωματομετρικά τους στοιχεία όπως ηλικία, ύψος, βάρος σώματος. Σύμφωνα με τον Κ Παπίλα, οι παχύσαρκοι ασθενείς απαιτούν παρατεταμένη μετεγχειρητική ενδονοσοκομειακή φροντίδα και εμφανίζουν συχνότερα επιπλοκές. Η

ενδοτικότητα του θωρακικού τοιχώματος ελαττώνεται ενώ ο ρυθμός του μεταβολισμού και συνεπώς οι απαιτήσεις σε οξυγόνο αυξάνονται. Η φαρμακοκινητική ορισμένων φαρμάκων επηρεάζεται από την ύπαρξη αυξημένου λιπώδους ιστού. Η χειρουργική επέμβαση είναι τεχνικά δυσχερέστερη και μεγαλύτερης διάρκειας. Οι διάφορες τεχνικές της περιοχικής αναισθησίας παρουσιάζουν επίσης τεχνικές δυσκολίες.

Υπήρχαν ερωτήματα που αφορούσαν το ιατρικό ιστορικό τους, όπως αν είναι καπνιστές, αν προϋπάρχει κάποιο νόσημα όπως σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, καρδιοπάθεια καρκινικό νόσημα. Σύμφωνα με τον Κ. Σαραντόπουλο, ο πόνος αποτελεί ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα του καρκίνου. Με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά του πόνου και συνυπάρχοντα κλινικά σημεία, σε συσχετισμό και με την υποκείμενη κακοήθη νόσο, έχουν περιγραφεί ειδικά σύνδρομα πόνου κακοήθους αιτιολογίας στους καρκινοπαθείς. Αυτά περιλαμβάνουν σύνδρομα οξέος πόνου που εμφανίζεται μετά από διαγνωστικές επεμβάσεις, εγχειρήσεις κ. λ. π.

Όπως αναφέρει ο Κ Παπίλας, ο αναισθησιολόγος θα πρέπει να προσέξει τις χρόνιες επιπτώσεις του σακχαρώδους διαβήτη σε όλα τα συστήματα, καθώς και τις οξείες επιπλοκές περιεγχειρητικά (π. χ. υπογλυκαιμία). Οι διαβητικοί ασθενείς είναι επιρρεπείς σε μετεγχειρητικές λοιμώξεις και παρουσιάζουν καθυστερημένη επούλωση του χειρουργικού τραύματος. Το κάπνισμα επίσης αυξάνει την πιθανότητα διέγερσης των αεραγωγών, βρογχόσπασμου και βήχα. (Γιαννακόπουλος, 2008).

Τα περισσότερα αναισθητικά φάρμακα μειώνουν γενικά τη συσταλτικότητα του μυοκαρδίου, τη συμπαθητική δραστηριότητα και τον αγγειακό τόνο, με αποτέλεσμα την πρόκληση υπότασης και βραδυκαρδίας. Στους υπερήλικες τα φαινόμενα αυτά είναι εντονότερα, για αυτό δεν ανέχονται καλά καταστάσεις που επιδεινώνουν την υπόταση όπως η υπογλυκαιμία ή η οξεία απώλεια αίματος. Επιπλέον, είναι ευαίσθητοι κυρίως οι υπερτασικοί στην υπερφόρτωση με υγρά (Λαμπαδαρίου Αικ, και συν. 2004-6) [www.anaesthesiology. gr/. . . /GUIDELINES](http://www.anaesthesiology.gr/. . . /GUIDELINES)).

Υπήρχαν ερωτήματα για την ύπαρξη διαταραχών ύπνου, άγχους επειδή λίγοι ασθενείς βλέπουν με ηρεμία την πιθανότητα μιας εγχειρητικής επέμβασης, έστω και μικρής. Κατά την προεγχειρητική περίοδο, το άγχος της αναισθησίας, ο φόβος του τέμνεσθε, η προσδοκία του πόνου και το αίσθημα απειλής της ακεραιότητας του σώματος, μαζί με το είδος της νόσου και το βαθμό απειλής κατά της ζωής αποτελούν συστατικά στοιχεία της χειρουργικής εμπειρίας. (Αγγελόπουλος Ν. Β. , 2001)

Ορισμένα αντικαταθλιπτικά παρατείνουν τη διάρκεια δράσης των αναισθητικών φαρμάκων. Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνει τον αναισθησιολόγο και να διακόπτει τα φάρμακα λίγες ημέρες τουλάχιστον προ της επέμβασης. (Γιαννακόπουλος, 2008)

Υπήρχαν ερωτήματα για τον τρόπο ενημέρωσης για το είδος της αναισθησίας, την πιθανή προηγούμενη εμπειρία του από χειρουργική επέμβαση και αναισθησία. Σύμφωνα με τον Κ. Σαραντόπουλο Α. Φασουλάκη, η αποτελεσματική θεραπεία του οξέος πόνου αρχίζει από την προσεκτική εκτίμηση του ασθενούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Επειδή ο πόνος αποτελεί μια προσωπική υποκειμενική συναισθηματική εμπειρία, με σημαντικές διακυμάνσεις από ασθενή σε ασθενή, απαιτείται η κατάλληλη ενημέρωση και ενεργός συμμετοχή του αρρώστου.

Υπήρχαν ερωτήματα για την ύπαρξη συμπτωμάτων τόσο κατά τη διάρκεια της επέμβασης όπως και μετά, όπως πόνος, τάση για έμετο, κεφαλαλγία φαρυγγαλγία. Σύμφωνα με τον Κ. Σαραντόπουλο Α. Φασουλάκη, η επαρκής αναλγησία είναι βασική προϋπόθεση για την ταχεία αποκατάσταση μετά από χειρουργική επέμβαση ή τραύμα. Η καταστολή του πόνου επιτρέπει την ταχεία κινητοποίηση του ασθενούς και την έναρξη σίτισης από το στόμα. Επίσης η επαρκής αναλγησία καταστέλλει πολλές από τις δυσμενείς συστηματικές επιπτώσεις που συνοδεύουν τον οξύ πόνο (θρομβωτικές επιπλοκές, ισχαιμία καρδιακή ανεπάρκεια, δυσμενής επιδράσεις στο αναπνευστικό σύστημα) και συμβάλλει στην ταχεία αποθεραπεία και καλή μετεγχειρητική έκβαση.

Επίσης όπως αναφέρει ο Κ Παπίλας, η μετεγχειρητική ναυτία και έμετος αποτελούν σημαντική μετεγχειρητική επιπλοκή, καθυστερούν τη λήψη τροφής και την κινητοποίηση του ασθενούς. Ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των ασθενών την επέμβαση και την τεχνική αναισθησίας η συχνότητα μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου κυμαίνεται από 10 έως και 80% (Παπίλας Κ , 2005).

Ο μετεγχειρητικός έμετος παραμένει σαν πρόβλημα από τη γέννηση της αναισθησιολογίας πριν περίπου 150 χρόνια. Γενικά θεωρείται μικρό πρόβλημα, που μπορεί όμως να μετατραπεί σε σοβαρό πρόβλημα τόσο για τους θεράποντες γιατρούς όσο και για την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης. Σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς θεωρούν το ΜΕ σαν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα μετεγχειρητικά, ίσως η πιο δυσάρεστη εμπειρία μιας εγχείρησης, μεγαλύτερης σημασίας από τον μετεγχειρητικό πόνο. Μερικές από τις παρατηρούμενες επιπλοκές εξαιτίας του μετεγχειρητικού εμέτου είναι: Ο επηρεασμός του κυκλοφορικού εξαιτίας του stress με αποτέλεσμα να προκληθεί υπέρταση και φλεβική

στάση και επακόλουθο την αιμορραγία. Η τάση των ραμμάτων αυξάνεται και πιθανόν να επακολουθήσει διάσπαση και ρήξη του χειρουργικού τραύματος. Εάν τα επεισόδια του εμέτου είναι πολλαπλά και σε συνδυασμό με τυχόν μη κατάλληλη χορήγηση υγρών μετεγχειρητικά, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σοβαρές ηλεκτρολυτικές μεταβολές και αφυδάτωση. Η εισρόφηση είναι από τις καταστάσεις, που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών (Κανακούδης Φώτης, 2003).

Επίσης σε ορισμένες περιπτώσεις ο λαιμός παρουσιάζει ήπια ευαισθησία μετά την επέμβαση λόγω της παρουσίας του τραχειοσωλήνα. Το πρόβλημα αυτό σπάνια είναι σημαντικό και υποχωρεί σύντομα. (Γιαννακόπουλος, 2008)

Κεφαλαλγία μπορεί να προκαλέσει τρώση της σκληράς και αραχνοειδούς μήνιγγας στη ραχιαία ή επισκληρίδιο αναισθησία, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιείται βελόνη μεγάλου μεγέθους. Οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο επιρρεπείς σε αυτή την επιπλοκή(Hogan Q.H.,2005).

Υπήρχαν ερωτήματα για τη δυνατότητα που είχαν να σηκωθούν από το κρεβάτι να ουρήσουν και να σιτιστούν, προκειμένου να εξεταστεί η ικανότητα ταχύτερης κινητοποίησης του ασθενούς ανάλογα με το είδος της αναισθησίας.

Υπήρχε ερώτημα για την επιλογή που θα έκαναν στο μέλλον μετά την εμπειρία που είχαν από τη χειρουργική επέμβαση και αναισθησία σαν δείκτης του βαθμού ικανοποίησης.

Τέλος υπήρχαν ερωτήματα για βαθμολόγηση από τον ασθενή των υπηρεσιών που δέχτηκε από ιατρικό νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, όπως επίσης και της κατάστασης της υγείας του. Η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος(M. Καλογεροπούλου).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

1.1 Περιγραφική στατιστική

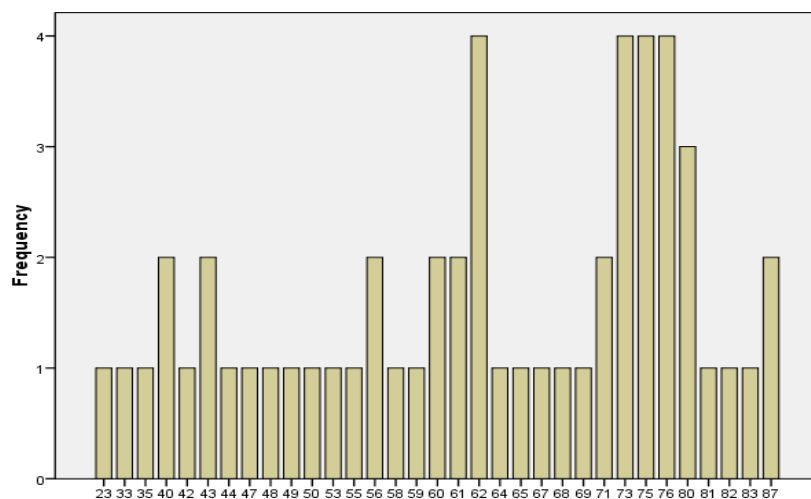
Το δείγμα

Όπως μπορούμε να δούμε από τον πίνακα 1, η ελάχιστη ηλικία των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι τα 23 έτη, ενώ η μέγιστη 87, έχοντας ένα εύρος 64 ετών. Ωστόσο, ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση βουβωνοκήλης είναι τα 63 έτη περίπου (62, 87). Το ελάχιστο ύψος που είχαν οι ασθενείς ήταν τα 155 εκ. , ενώ το μέγιστο τα 193 εκ. , έχοντας ένα εύρος 38 εκατοστών. Ο μέσος όρος του ύψους των ασθενών είναι τα 171 εκ. περίπου (171, 46). Το ελάχιστο βάρος είναι τα 50 κιλά, ενώ το μέγιστο βάρος τα 105 κιλά, έχοντας ένα εύρος 55 κιλών. Ο μέσος όρος του βάρους των ασθενών είναι περίπου τα 80 κιλά (79, 66). Ακολούθως υπάρχουν και η κατανομές για το κάθε χαρακτηριστικό που εξετάστηκε ξεχωριστά (Γραφήματα 1, 2 και 3)

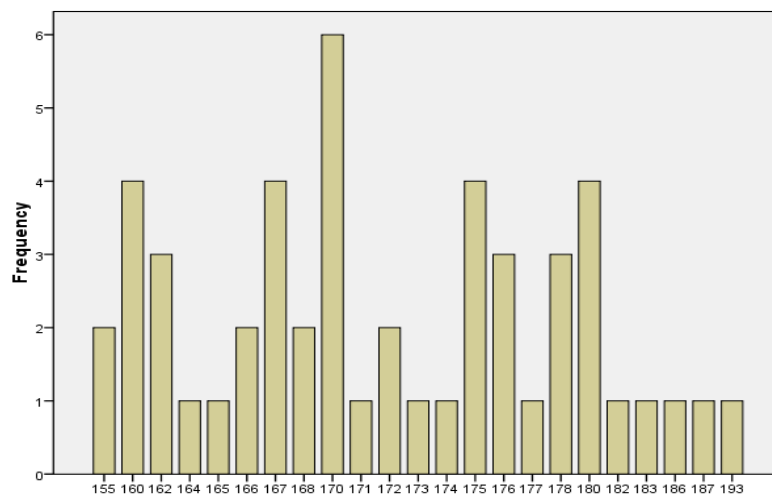
Πίνακας 1. Περιγραφικά μέτρα των δημογραφικών στοιχείων των ερωτηθέντων

	Συχνότητα	Εύρος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος	Τυπική απόκλιση
Ύψος	50	38	155	193	171, 46	8, 259
Ηλικία	54	64	23	87	62, 87	15, 102
Βάρος	50	55	50	105	79, 66	13, 251

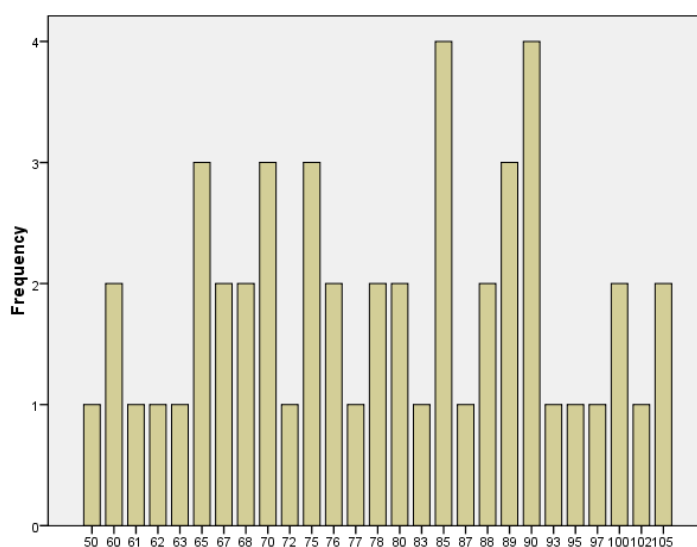
Γράφημα 1. Διάγραμμα συχνοτήτων της ηλικίας των ερωτηθέντων



Γράφημα 2. Διάγραμμα συχνοτήτων του ύψους των ερωτηθέντων



Γράφημα 3. Διάγραμμα συχνοτήτων του βάρους των ερωτηθέντων



Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι ένας αριθμός που μας δίνει μια αδρή εκτίμηση του κατά πόσο το σωματικό μας βάρος βρίσκεται ή όχι στα φυσιολογικά όρια. Ο μαθηματικός τύπος από τον οποίο προκύπτει ο ΔΜΣ, είναι το πηλίκο του βάρους μας (σε κιλά) προς το τετράγωνο του ύψους μας (σε μέτρα²). Δηλαδή:

$$\Delta\text{Μ}\Sigma = \frac{\text{Βάρος (σε κιλά)}}{\text{Ύψος}^2 \text{ (σε μέτρα}^2\text{)}}$$

Το αποτέλεσμα της πράξης αυτής αξιολογείται με βάση τον ακόλουθο πίνακα:

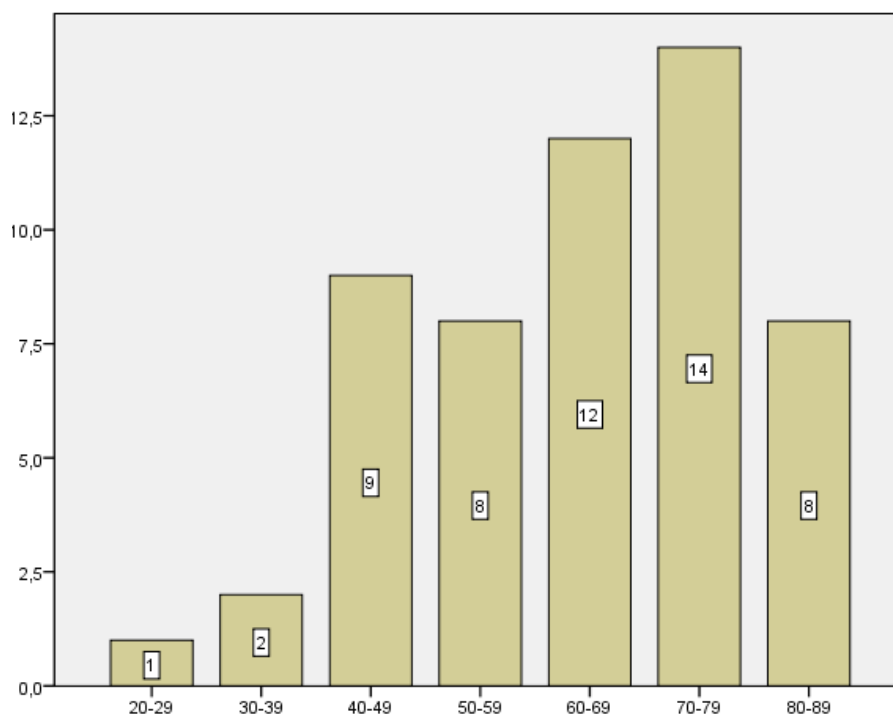
<u>Δ. Μ. Σ.</u>	<u>Κατάσταση</u>
<18, 5	<i>Ελλιποβαρές άτομο</i>
18, 5-25	<i>Φυσιολογικού βάρους άτομο (νορμοβαρής)</i>
25-30	<i>Υπέρβαρο άτομο</i>
30-35	<i>Παχύσαρκο άτομο (Α' βαθμός παχυσαρκίας)</i>
35-40	<i>Παχύσαρκο άτομο (Β' βαθμός παχυσαρκίας)</i>
>40	<i>Παχύσαρκο άτομο (Γ' βαθμός παχυσαρκίας ή νοσογόνο παχυσαρκία)</i>

Σύμφωνα με τα παραπάνω ο μέσος ΔΜΣ των ασθενών μας, είναι 27, 36 δηλαδή κατά μέσο όρο κατατάσσονται στους υπέρβαρους.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων που υποβλήθηκαν σε εγχείριση βουβωνοκήλης ήταν άντρες (96, 3%), ενώ οι γυναίκες ήταν μόνο 2 (3, 7%¹.)

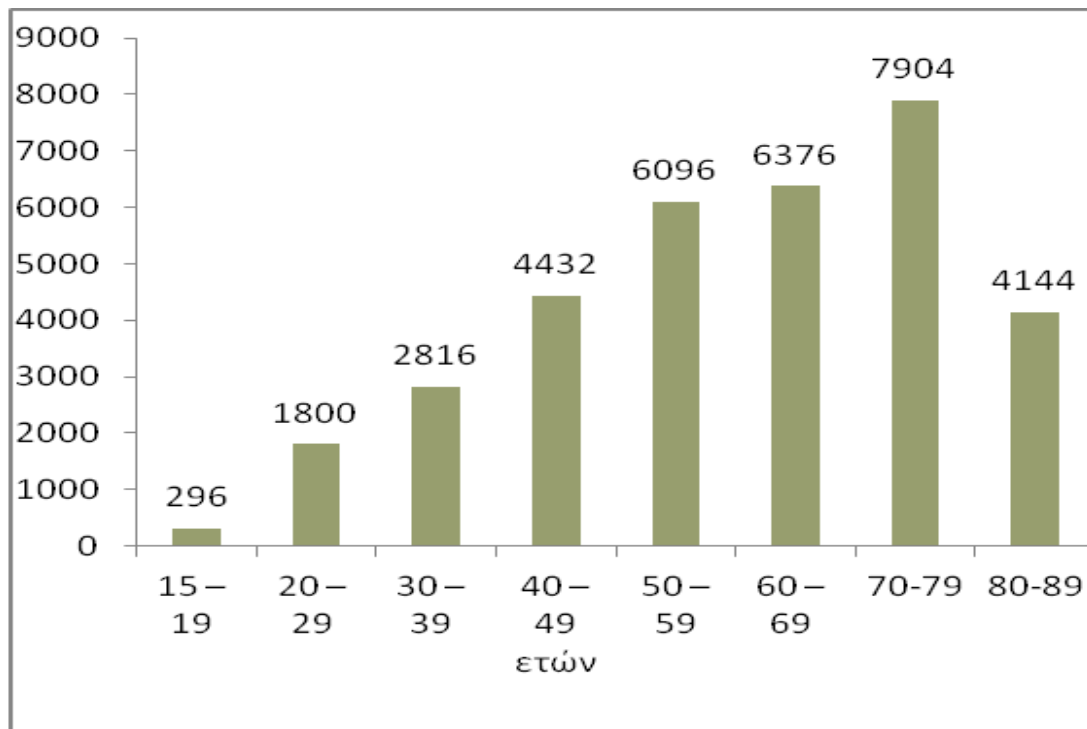
Αναφορικά με την ηλικία των ερωτηθέντων, παρατηρούμε από το γράφημα 4 ότι η πλειοψηφία όσων έκαναν επέμβαση βουβωνοκήλης ήταν μεταξύ 70 – 79 ετών κάτι το οποίο ήταν σύμφωνο και με τη γενική ζήτηση που παρουσιάζεται βάσει των στοιχείων της ΕΛ. ΣΤΑΤ. για το 2007. Επίσης παρατηρούμε ότι εκτός από την ηλικιακή και ή πληθυσμιακή κατανομή των δειγμάτων της παρούσας μελέτης είναι αντιπροσωπευτική σε σχέση με τα στοιχεία που δίνει η ΕΛ. ΣΤΑΤ. για το 2007 (Γράφημα 5) κάνοντας έτσι αυτό το μικρό δείγμα σημαντικό.

Γράφημα 4. Ηλικιακή κατανομή των ασθενών της μελέτης



¹ Στους περισσότερους πίνακες υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ των ποσοστών που αναγράφονται σε αυτούς και των ποσοστών που σχολιάζονται στο κείμενο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα ποσοστά που αναλύονται στο κείμενο προκύπτουν ως ποσοστό όσων έδωσαν τη συγκεκριμένη απάντηση, χωρίς να υπολογίζονται τα άτομα που δεν απάντησαν καθόλου στη συγκεκριμένη ερώτηση, ενώ το ποσοστό των πινάκων προκύπτει ως ποσοστό του συνόλου των συμμετεχόντων στην έρευνα, συμπεριλαμβανομένων και όσων δεν έχουν απαντήσει.

Γράφημα 5. Ηλικιακή κατανομή ασθενών με κήλες κοιλίας στον γενικό πληθυσμό για το 2007 (πηγή ΕΛΣΤΑΤ)



Σχέση βάρους και ύψους

Για να διαπιστωθεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ του βάρους και του ύψους των ερωτηθέντων, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Pearson. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Correlations

		HEIGHT	WEIGHT
Ύψος	PearsonCorrelation	1	,658**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	50	49
Βάρος	PearsonCorrelation	,658**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	49	50

Correlations

		HEIGHT	WEIGHT
Ύψος	PearsonCorrelation	1	, 658**
	Sig. (2-tailed)		, 000
	N	50	49
Βάρος	PearsonCorrelation	, 658**	1
	Sig. (2-tailed)	, 000	
	N	49	50

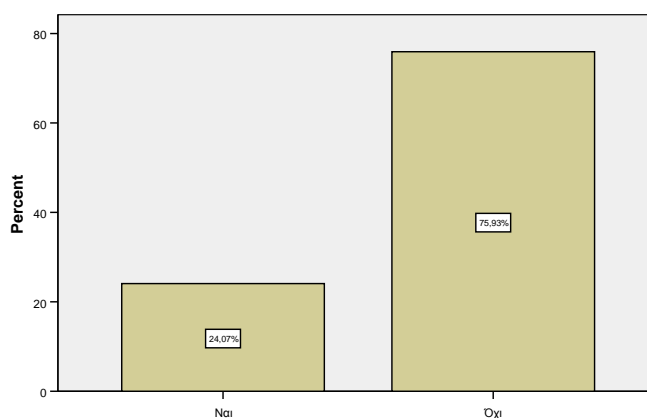
** . Correlation is significant at the 0. 01 level (2-tailed).

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει μία σημαντική θετική σχέση μεταξύ βάρους και ύψους ($r = 0. 658$, $p < 0. 001$).

Καπνίζοντες

Το παρακάτω γράφημα απεικονίζει το ποσοστό των καπνιζόντων ασθενών. Παρατηρούμε ότι από τα 54 άτομα καπνίζουν μόνο οι 13 (24, 1%), ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς δήλωσαν μη καπνίζοντες (75, 9%).

Γράφημα 6. Ποσοστό καπνιζόντων ασθενών



Από τα 13 άτομα που δήλωσαν ότι καπνίζουν, ο μέσος όρος των τσιγάρων που καπνίζουν είναι τα 16 τσιγάρα την ημέρα. Η ελάχιστη τιμή είναι το ένα τσιγάρο την ημέρα και η μέγιστη τα 30 τσιγάρα την ημέρα.

Πίνακας 2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των τσιγάρων που καπνίζουν οι ερωτηθέντες ημερησίως

	Συχνότητα	Εύρος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος	Τυπική απόκλιση
Τσιγάρα ανά ημέρα	13	29	1	30	16, 00	9, 318

Αναφορικά με τα έτη που καπνίζουν οι ερωτηθέντες, από τον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε ότι η ελάχιστη τιμή είναι τα 15 έτη, ενώ η μέγιστη τιμή των ετών που καπνίζουν οι ερωτηθέντες είναι τα 60 έτη, έχοντας ένα εύρος 45 ετών. Ο μέσος όρος των ετών που καπνίζουν οι ερωτηθέντες είναι τα 33 έτη περίπου (32, 83 έτη).

Πίνακας 3. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των ετών που καπνίζουν οι ερωτηθέντες

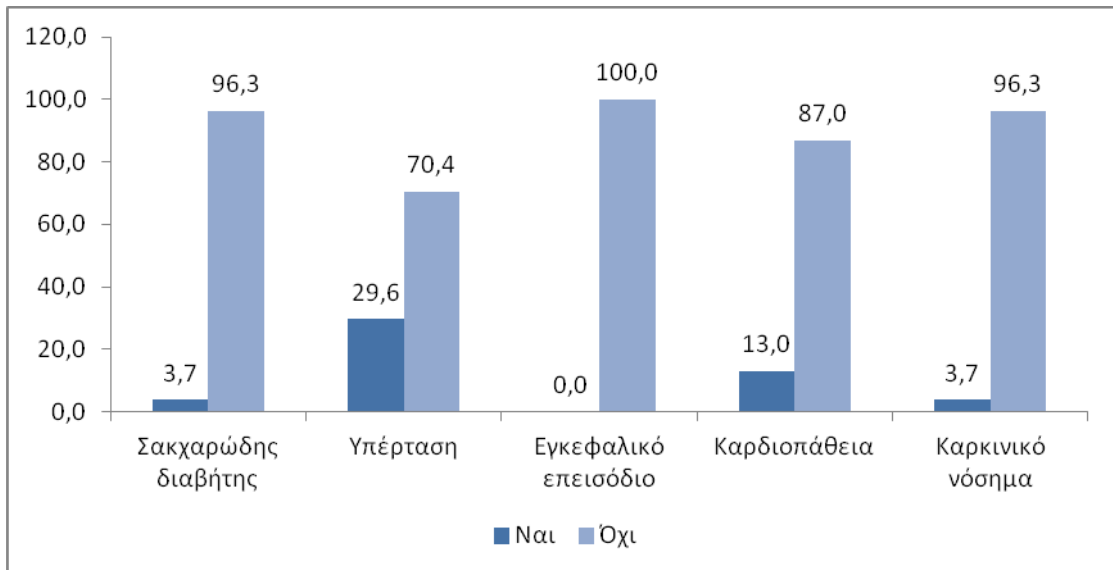
	Συχνότητα	Εύρος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος	Τυπική απόκλιση
Έτη που καπνίζουν οι ερωτηθέντες	12	45	15	60	32, 83	13, 723

Νοσήματα στο ιστορικό των ασθενών

Δύο άτομα μόνο (3, 7%) δήλωσαν ότι έχουν ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, ενώ το υπόλοιπο 96, 3% απάντησε αρνητικά. Το 29, 6% των ερωτηθέντων, ήτοι 16, άτομα, απάντησαν ότι έχουν ιστορικό υπέρτασης, ενώ το υπόλοιπο 70, 4% απάντησε αρνητικά. Κανένας από τους ερωτηθέντες δεν δήλωσε ότι έχει υποστεί κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο στο παρελθόν. Επτά άτομα (13%) δήλωσαν ότι έχουν ιστορικό καρδιοπάθειας, με το 87% των ασθενών να απαντούν αρνητικά. Τέλος, μόνο δύο από τα συνολικά 54 άτομα που

συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι έχουν ιστορικό σε κάποιο καρκινικό νόσημα (3, 7%), με τους υπόλοιπους ασθενείς (96, 3%) να απαντούν αρνητικά.

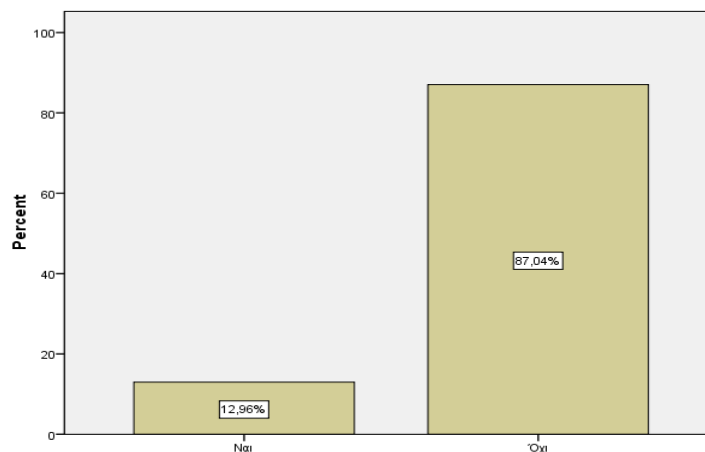
Γράφημα 7. Νοσήματα στο ιστορικό των ασθενών



Διαταραχές ύπνου

Το 13% των ασθενών δήλωσαν ότι πάσχουν από διαταραχές ύπνου, ενώ το 87% απάντησε ότι δεν πάσχει από κάποιο πρόβλημα κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Γράφημα 8. Ποσοστό ερωτηθέντων που πάσχουν από διαταραχές ύπνου

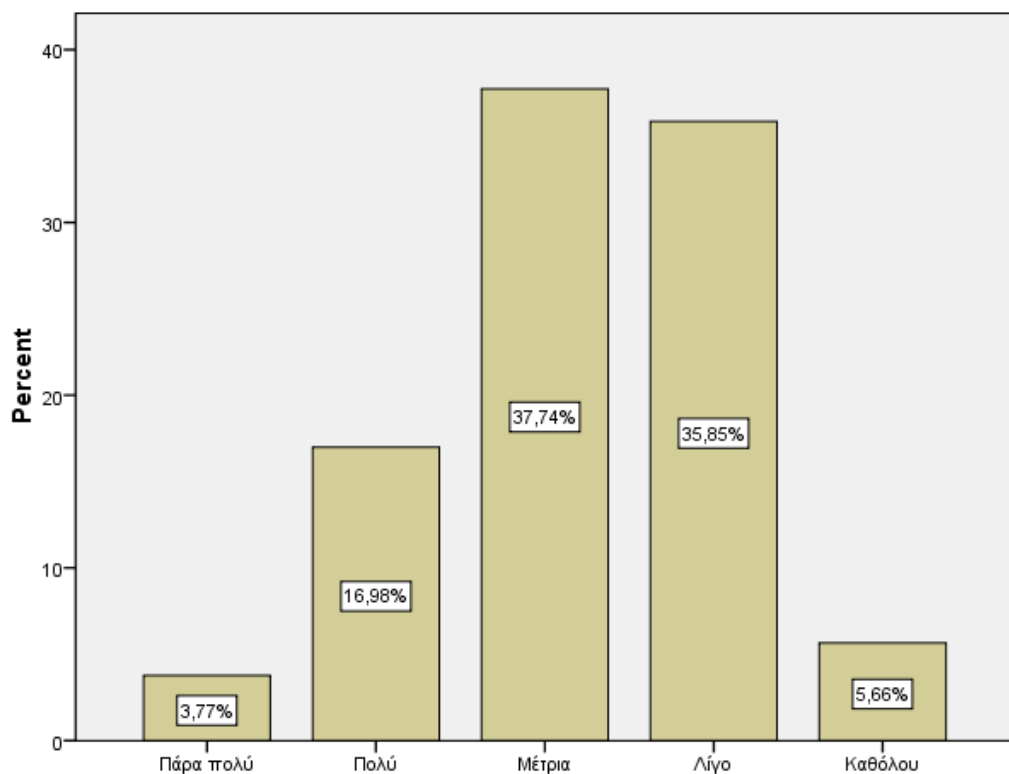


Αναφορικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που δήλωσαν ότι πάσχουν από διαταραχές στον ύπνο, τέσσερα άτομα δήλωσαν ότι πάσχουν από αϋπνίες, κανένα δεν πάσχει από έντονους και συχνούς εφιάλτες, ενώ μόνο πέντε δηλώνουν ότι ξυπνάνε συχνά κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Ύπαρξη άγχους

Από το παρακάτω γράφημα παρατηρούμε ότι στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς έχουν σε μέτριο βαθμό άγχος (37%) και σε μικρό βαθμό επίσης (35, 2%). Επίσης, το 16, 7% απάντησε ότι έχει σε πολύ μεγάλο βαθμό άγχος, το 3, 7% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, ενώ τέλος το 5, 6% δήλωσε ότι δεν έχει καθόλου άγχος.

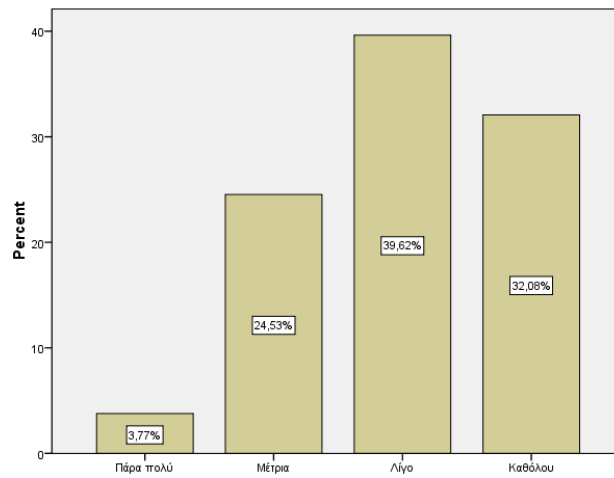
Γράφημα 9. Ποσοστό ερωτηθέντων που δηλώνει ότι έχει άγχος



Ύπαρξη κούρασης το πρωί

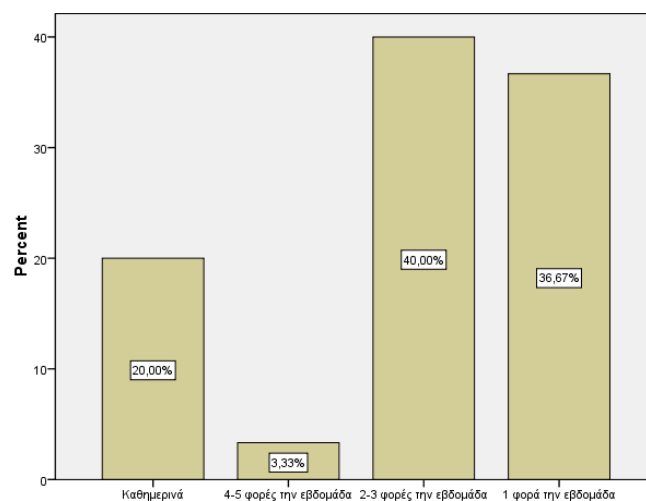
Σε μικρό βαθμό δήλωσε η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 38, 9% ότι αισθάνεται κούραση όταν ξυπνά το πρωί, ενώ το 31, 5% δήλωσε ότι δεν αισθάνεται καθόλου κούραση. Το 24, 1% νιώθει σε μέτριο βαθμό κούραση όταν ξυπνά το πρωί, ενώ μόνο δύο άτομα (3, 7%) απάντησε πάρα πολύ. Κανένας από τους ερωτηθέντες δεν απάντησε πολύ.

Γράφημα 10. Ποσοστό ερωτηθέντων που αισθάνεται κούραση όταν ξυπνά το πρωί



Από όσους δήλωσαν ότι αισθάνονται κούραση σε κάποιο βαθμό, και συγκεκριμένα από τα 30 άτομα που απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση, η πλειοψηφία (22, 2%) αισθάνεται αυτό το σύμπτωμα 2 – 3 φορές την εβδομάδα, το 20, 4% μία φορά την εβδομάδα, το 1, 9% 4 – 5 φορές την εβδομάδα και το 11, 1% καθημερινά.

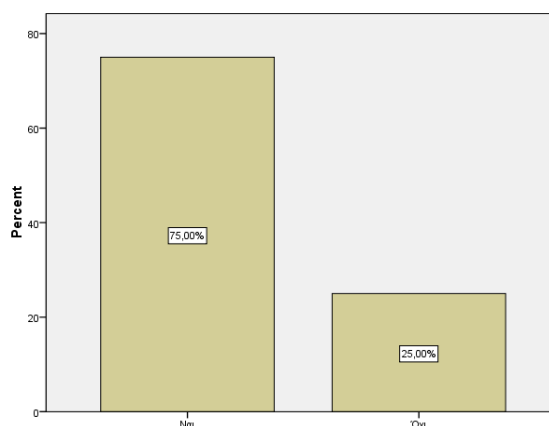
Γράφημα 11. Συχνότητα κατά την οποία οι ερωτηθέντες αισθάνονται κούραση όταν ξυπνάνε το πρωί



Επέμβαση στο παρελθόν

Το 72, 2% των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι έχουν υποβληθεί και στο παρελθόν σε επέμβαση κήλης ή άλλου είδους επέμβασης, ενώ το υπόλοιπο 24, 1% απάντησε αρνητικά.

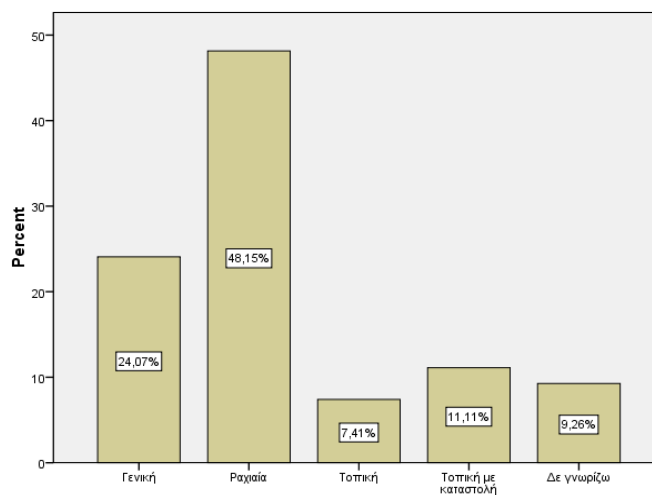
Γράφημα 12. Ποσοστό ερωτηθέντων που έχει υποβληθεί σε επέμβαση στο παρελθόν



Είδος αναισθησίας που προτιμούν οι ασθενείς

Το 48, 1% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε επέμβαση βουβωνοκήλης θα επέλεγε ραχιαία αναισθησία για να χειρουργηθεί. Το 24, 1% δήλωσε ότι θα προτιμούσε γενική αναισθησία. Το 11, 1% απάντησε ότι θα προτιμούσε να χειρουργηθεί με τοπική με καταστολή αναισθησία, το 7, 4% με τοπική αναισθησία και το υπόλοιπο 9, 3% δεν επέλεξε κάποια απάντηση, διότι δεν γνώριζε.

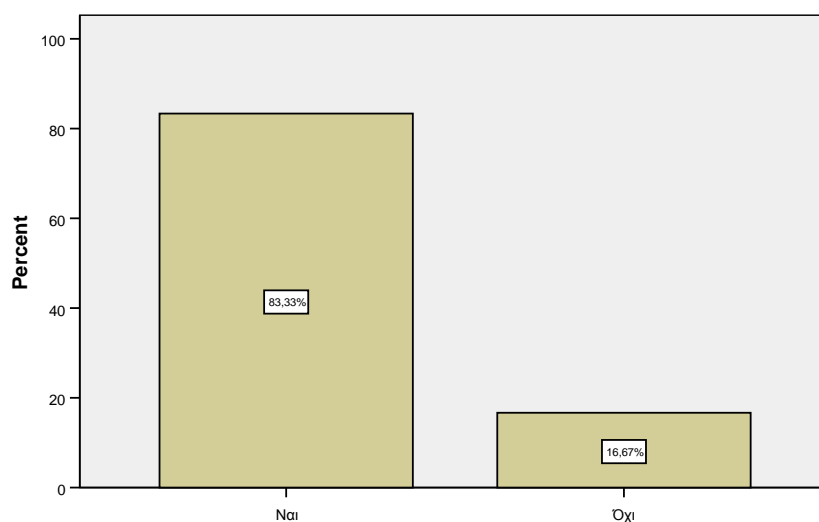
Γράφημα 13. Είδος αναισθησίας που προτιμούν οι ασθενείς



Ενημέρωση για το είδος της αναισθησίας που θα λάμβαναν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης

Η πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 83, 3% δήλωσε ότι είχε ενημέρωση για το είδος της αναισθησίας που θα λάμβανε κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Αντίθετα, το 16, 7% απάντησε ότι δεν έλαβε κάποια ενημέρωση σχετικά με το είδος της αναισθησίας που θα λάμβανε.

Γράφημα 14. Ποσοστό ερωτηθέντων που είχε ενημέρωση για το είδος της αναισθησίας που θα λάμβανε κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης

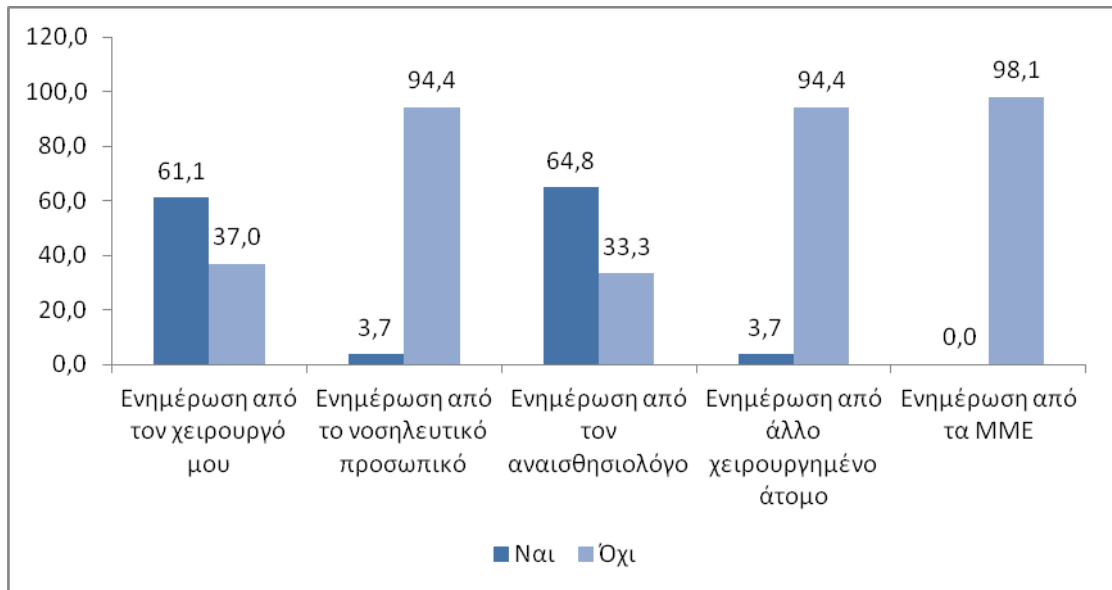


Αναφορικά με την πηγή της ενημέρωσής τους, οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι:

- Κατά 64, 8% είχαν ενημερωθεί από τον αναισθησιολόγο
- Κατά 61, 1% είχαν ενημερωθεί από τον χειρουργό τους
- Κατά 3, 7% είχαν ενημερωθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό
- Κατά 3, 7% είχαν ενημερωθεί από άλλο χειρουργημένο άτομο
- Κανένας δεν είχε ενημερωθεί από τα ΜΜΕ

Εδώ είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ερωτηθέντες είχαν την δυνατότητα να έχουν περισσότερες από μία επιλογές.

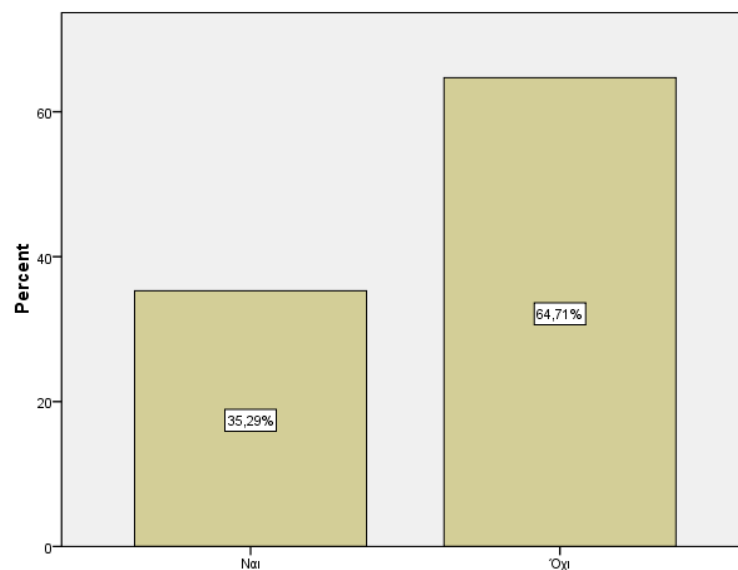
Γράφημα 15. Πηγή ενημέρωσης των ερωτηθέντων για το είδος της αναισθησίας που θα λάμβανε κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης



Συμμετοχή των ασθενών στην επιλογή του είδους της αναισθησίας

Η πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 61,1% ανέφερε ότι δεν είχαν συμμετοχή στην επιλογή του είδους της αναισθησίας. Αντίθετα, το 37,0% δήλωσε πως συμμετείχε στο είδος της αναισθησίας που θα λάμβανε κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Γράφημα 16. Ποσοστό ερωτηθέντων που είχε συμμετοχή στην επιλογή του είδους της αναισθησίας που θα λάμβανε



Συμπτώματα κατά τη διάρκεια της επέμβασης

Σε γενικές γραμμές οι ερωτηθέντες δεν είχαν ιδιαίτερα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Πιο αναλυτικά, οι απαντήσεις τους κατέδειξαν ότι:

- Το 16, 7% των ασθενών δήλωσε ότι είχε πόνο
- Το 3, 7% των ασθενών δήλωσε ότι είχε τάση προς εμετό
- Το 3, 7% των ασθενών δήλωσε είχε πονόλαιμο
- Κανένας από τους ασθενείς δεν αισθάνθηκε ναυτία
- Κανένας από τους ερωτηθέντες δεν αισθάνθηκε πονοκέφαλο

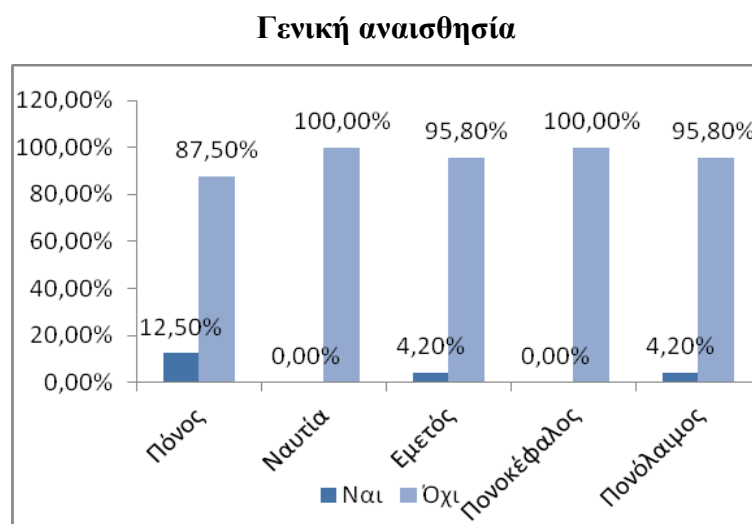
Αναφορικά με τα συμπτώματα βάσει του είδους της αναισθησίας, παρατηρούμε από τα παρακάτω δύο γραφήματα ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία δήλωσαν:

- Ότι αισθάνθηκαν πόνο σε ποσοστό 12, 5%
- Ότι είχαν τάση προς έμετο σε ποσοστό 4, 2%
- Ότι αισθάνθηκαν πονόλαιμο σε ποσοστό 4, 2%

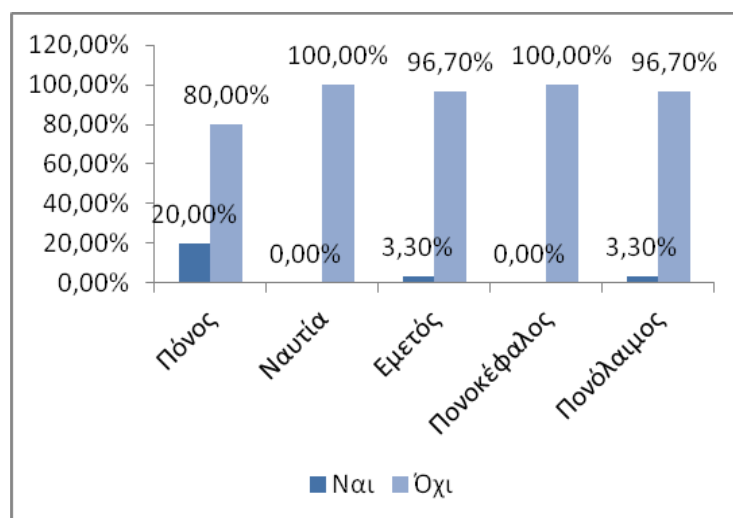
Ενώ οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ραχιαία αναισθησία δήλωσαν ότι:

- Ότι αισθάνθηκαν πόνο σε ποσοστό 20%
- Ότι είχαν τάση προς έμετο σε ποσοστό 3, 3%
- Ότι αισθάνθηκαν πονόλαιμο σε ποσοστό 3, 3%

Γράφημα 17. Ποσοστό ερωτηθέντων που είχε κάποιο σύμπτωμα κατά τη διάρκεια της επέμβασης βάσει του είδους της αναισθησίας



Ραχιαία αναισθησία



Συμπτώματα μετά την επέμβαση

Σε γενικές γραμμές, ελάχιστοι ήταν οι ασθενείς που δήλωσαν ότι είχαν κάποια συμπτώματα μετά από την επέμβαση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πιο αναλυτικά:

- Πόνος: Συνολικά 23 άτομα (42, 6%) δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν πόνο μετά από την επέμβαση. Τα 11 εξ αυτών (20, 4%) είχαν αυτό το σύμπτωμα 1 – 2 ώρες μετά την επέμβαση, τα 10 (18, 5%) μετά από 2 – 6 ώρες, ένα άτομο (1, 9%) μετά από 6 – 12 ώρες και ένα άτομο (1, 9%) μετά από 12 – 24 ώρες
- Ναυτία: Μόνο τρία άτομα (5, 6%) ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν ναυτία μετά το πέρας της επέμβασης και συγκεκριμένα μετά από 2 – 6 ώρες
- Εμετός: Δύο ασθενείς μόνο είχαν τάση προς εμετό μετά από την επέμβαση και συγκεκριμένα ο ένας μετά από 1 – 2 ώρες από το πέρας της επέμβασης και ο άλλος μετά από 2 – 6 ώρες
- Πονοκέφαλος: Μόνο τρία άτομα (5, 6%) δήλωσαν ότι είχαν πονοκέφαλο μετά από 2 – 6 ώρες μετά το πέρας της επέμβασης
- Πονόλαιμος: Μόνο δύο ασθενείς (3, 7%) δήλωσαν ότι είχαν πονόλαιμο μετά από την επέμβαση και πιο συγκεκριμένα μετά από 1 – 2 ώρες

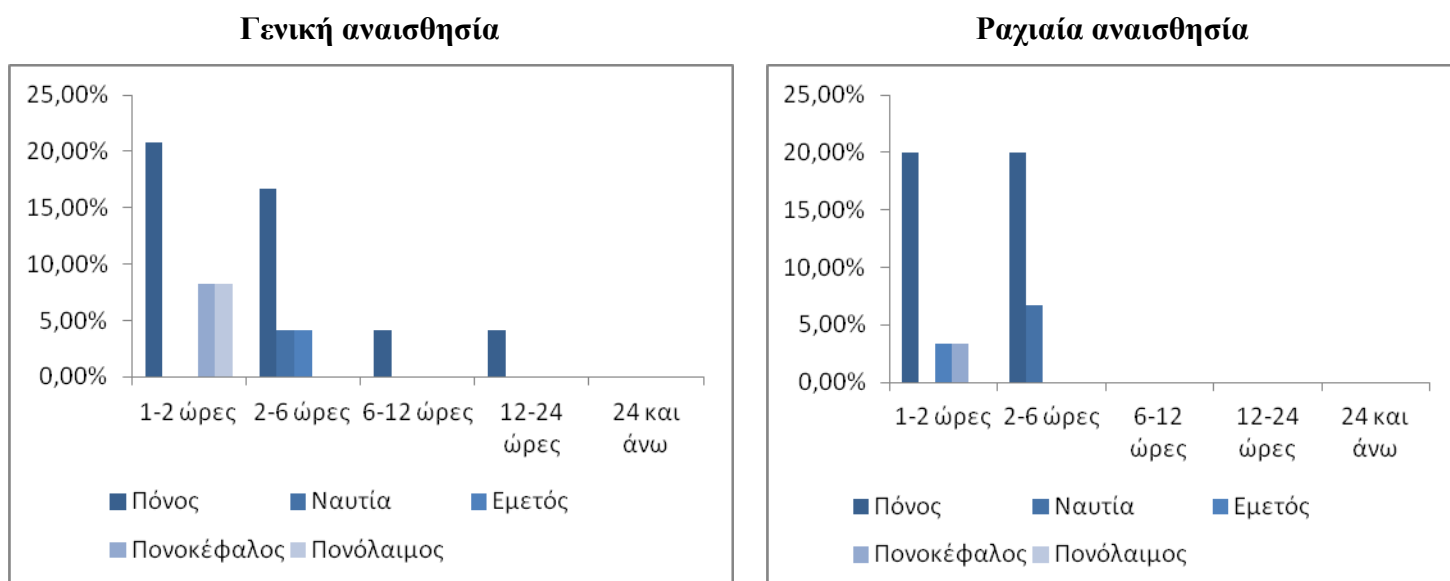
Αναφορικά με το είδος της αναισθησίας, τα αποτελέσματα όσων υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία έδειξαν ότι:

- Πόνος: συνολικά 11 άτομα (45, 8%) δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν πόνο μετά την επέμβαση. Τα 5 (20, 8%) 1 – 2 ώρες μετά την επέμβαση, τα 4 (16, 7%) μετά από 2 – 6 ώρες, ένα άτομο (4, 2%) μετά από 6 – 12 ώρες και ένα άτομο (4, 2%) μετά από 12 – 24 ώρες.
- Ναυτία: ένα άτομο (4, 2%) δήλωσε αυτό το σύμπτωμα μετά από 2 – 6 ώρες
- Εμετός: ένα άτομο (4, 2%) δήλωσε αυτό το σύμπτωμα μετά από 2 – 6 ώρες
- Πονοκέφαλος: δύο άτομα (8, 3%) δήλωσαν αυτό το σύμπτωμα μετά από 1 – 2 ώρες μετά από την επέμβαση
- Πονόλαιμος: δύο άτομα (8, 3%) δήλωσαν αυτό το σύμπτωμα μετά από 1 – 2 ώρες μετά από την επέμβαση

Ενώ για όσους υποβλήθηκαν σε ραχιαία αναισθησία τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Πόνος: συνολικά 12 άτομα (40%) δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν πόνο μετά την επέμβαση. Τα 6 (20%) 1 – 2 ώρες μετά την επέμβαση και το ίδιο ποσοστό δήλωσε μετά από 2 – 6 ώρες.
- Ναυτία: δύο άτομα (6, 7%) δήλωσαν αυτό το σύμπτωμα μετά από 2 – 6 ώρες
- Εμετός: ένα άτομο (3, 3%) δήλωσε αυτό το σύμπτωμα μετά από 1 – 2 ώρες
- Πονοκέφαλος: ένα άτομο (3, 3%) δήλωσε αυτό το σύμπτωμα μετά από 1 – 2 ώρες
- Πονόλαιμος: κανένα άτομο δεν δήλωσε αυτό το σύμπτωμα

**Γράφημα 18. Ποσοστό ερωτηθέντων που είχε κάποιο σύμπτωμα μετά την επέμβαση
βάση του τύπου της αναισθησίας**

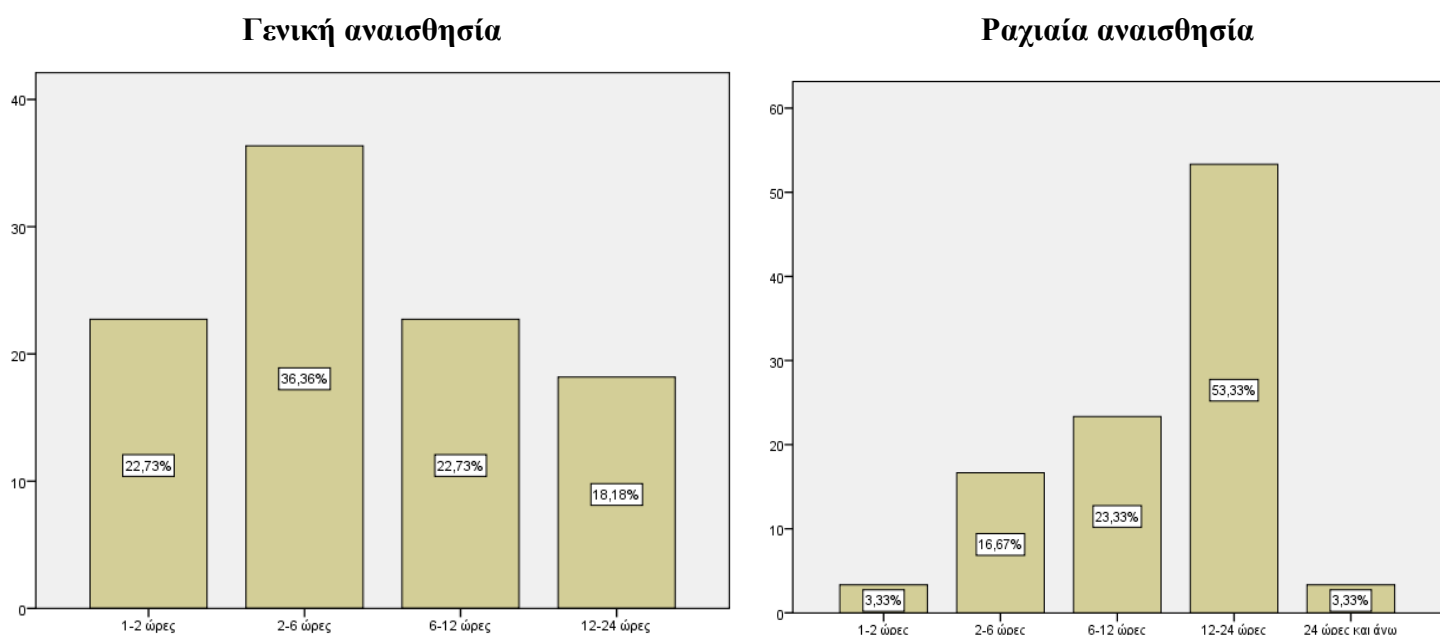


Χρονικό διάστημα μετά από το οποίο οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να σηκωθούν από το κρεβάτι

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 37% είχε τη δυνατότητα να σηκωθεί από το κρεβάτι έπειτα από 12 – 24 ώρες μετά την επέμβαση. Το 24, 1% είχε αυτή τη δυνατότητα μετά από 2 – 6 ώρες από την επέμβαση, το 22, 2% μετά από 6 – 12 ώρες, το 11, 1% μετά από 1 – 2 ώρες και τέλος ένας μόνο ασθενής (1, 9%) μπορούσε να σηκωθεί από το κρεβάτι μετά από 24 ώρες από την επέμβαση.

Αναλυτικά εκείνοι που υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία δήλωσαν ότι σε ποσοστό 33% είχαν τη δυνατότητα να σηκωθούν από το κρεβάτι μετά από 2 – 6 ώρες, το 20, 8% μετά από 1 – 2 ώρες και το ίδιο ποσοστό ασθενών μετά από 6 – 12 ώρες, ενώ το 16, 7% μετά από 12 – 24 ώρες. Ενώ εκείνοι που υποβλήθηκαν σε ραχιαία αναισθησία δήλωσαν ότι σε ποσοστό 53, 3% είχαν τη δυνατότητα να σηκωθούν από το κρεβάτι έπειτα από 12 – 24 ώρες, το 23, 3% έπειτα από 6 – 12 ώρες, το 16, 7% έπειτα από 2 – 6 ώρες και το 3, 3% έπειτα από 1 – 2 ώρες.

Γράφημα 19. Χρονικό διάστημα μετά από το οποίο οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να σηκωθούν από το κρεβάτι βάση του τύπου της αναισθησίας



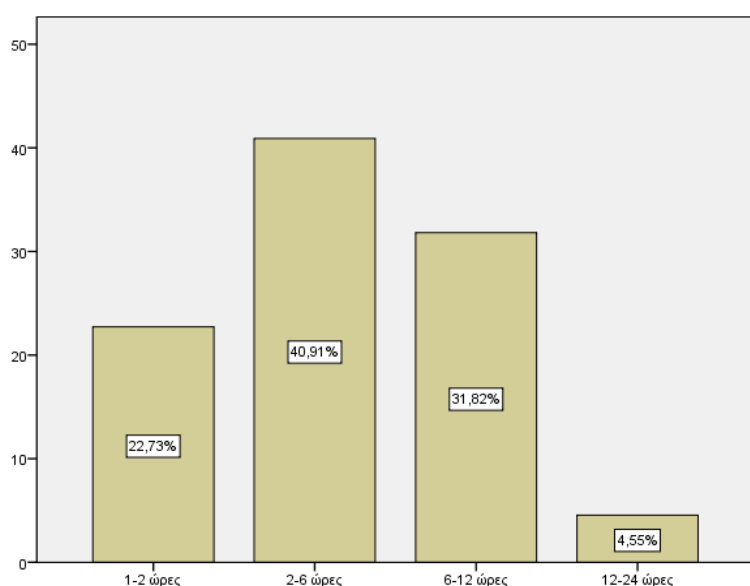
Χρονικό διάστημα μετά από το οποίο οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα για ούρηση

Οι περισσότεροι ασθενείς (40, 7%) ανέφεραν ότι είχαν τη δυνατότητα για ούρηση έπειτα από 2 – 6 ώρες μετά την επέμβαση, το 31, 5% έπειτα από 6 – 12 ώρες, το 20, 4% έπειτα από 1 – 2 ώρες και τέλος το 3, 7% έπειτα από 12 – 24 ώρες.

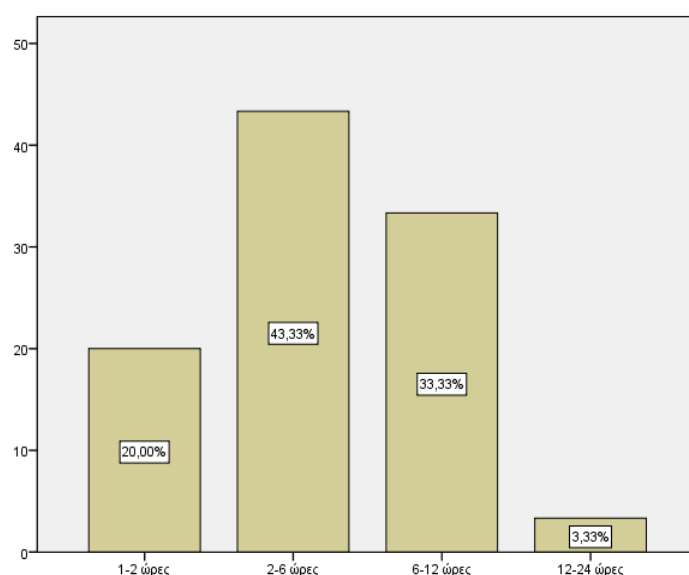
Αναλυτικά όσοι υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία δήλωσαν σε ποσοστό 37, 5% ότι είχαν τη δυνατότητα για ούρηση μετά από 2 – 6 ώρες μετά την επέμβαση, σε ποσοστό 29, 2% μετά από 6 – 12 ώρες, το 20, 8% μετά από 1 – 2 ώρες και το 4, 2% μετά από 12 – 24 ώρες. Ενώ εκείνοι που υποβλήθηκαν σε ραχιαία αναισθησία δήλωσαν ότι σε ποσοστό 43, 3% είχαν τη δυνατότητα για ούρηση έπειτα από 2 – 6 ώρες, το 33, 3% έπειτα από 6 – 12 ώρες και το 20% έπειτα από 1 – 2 ώρες.

Γράφημα 20. Χρονικό διάστημα μετά από το οποίο οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα για ούρηση βάσει του τύπου της αναισθησίας

Γενική αναισθησία



Ραχιαία αναισθησία



Χρονικό διάστημα μετά από το οποίο οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να σιτιστούν

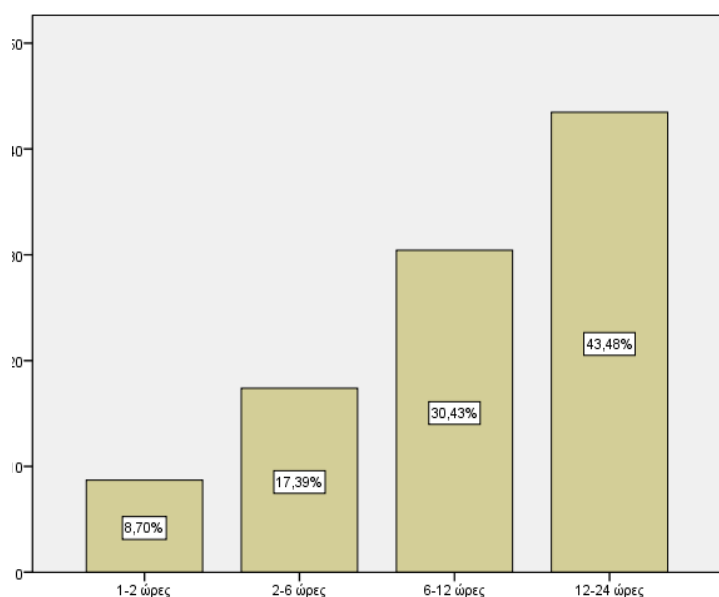
Η πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 48, 1% δήλωσε ότι είχε τη δυνατότητα να φάει μετά από 12 – 24 ώρες από την επέμβαση, ενώ το 31, 5% μετά από 6 – 12 ώρες από την επέμβαση. Πέντε άτομα (9, 3%) απάντησαν ότι μπορούσαν να φάνε μετά από 2 – 6 ώρες

από την επέμβαση, τρία άτομα (5, 6%) μετά από 1 – 2 ώρες, ενώ ένα άτομο (1, 9) μετά από 24 ώρες από το πέρας της επέμβασης.

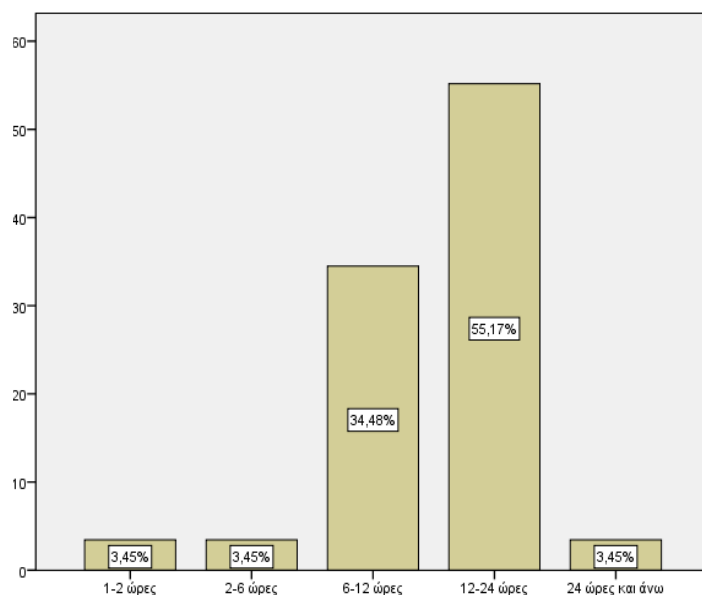
Αναλυτικά όσοι υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία δήλωσαν σε ποσοστό 41, 7% ότι είχαν τη δυνατότητα να φάνε μετά από 12 – 24 ώρες μετά την επέμβαση, το 29, 2% μετά από 6 – 12 ώρες, το 16, 7% μετά από 2 – 6 ώρες και το 8, 3% μετά από 1 – 2 ώρες. Ενώ εκείνοι που υποβλήθηκαν σε ραχιαία αναισθησία δήλωσαν ότι σε ποσοστό 53, 3% είχαν τη δυνατότητα να φάνε έπειτα από 12 – 24 ώρες και σε ποσοστό 33, 3% έπειτα από 6 – 12 ώρες.

Γράφημα 21. Χρονικό διάστημα μετά από το οποίο οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να σιτιστούν βάση του τύπου της αναισθησίας

Γενική αναισθησία



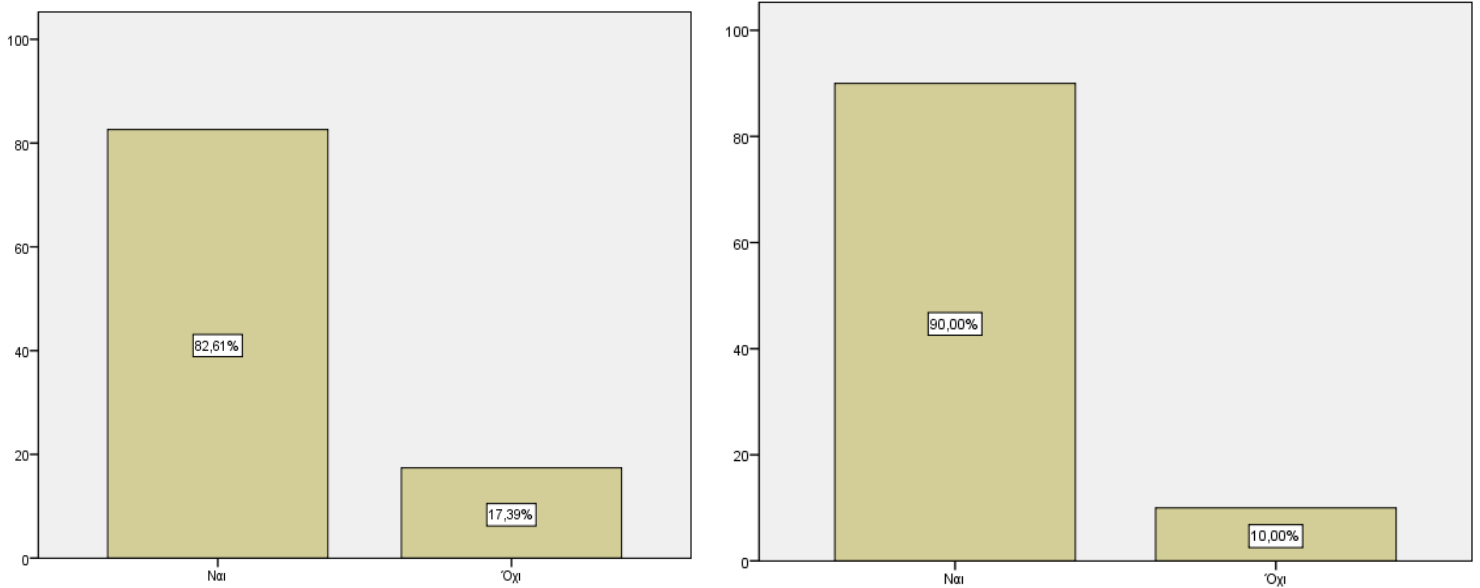
Ραχιαία αναισθησία



Επιλογή ξανά του ίδιου τύπου αναισθησίας

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 85, 2% δήλωσε πως θα επέλεγε ξανά τον ίδιο τύπο αναισθησίας, όπως μπορούμε να δούμε και από το παρακάτω γράφημα και πιο αναλυτικά από όσους υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία το 79, 2% απάντησε θετικά, ενώ από όσους υποβλήθηκαν σε ραχιαία το 90%. απάντησε θετικά

Γράφημα 22. Ποσοστό ερωτηθέντων που θα επέλεγε ξανά τον ίδιο τύπο αναισθησίας



Ωστόσο, το 13% του συνόλου των ασθενών απάντησε ότι δεν θα επέλεγε ξανά τον ίδιο τύπο αναισθησίας. Οι λόγοι ήταν οι εξής:

- Το 13, 7% (επτά ασθενείς) δήλωσαν ότι δεν θα τον επέλεγαν λόγω του πόνου που αισθάνθηκαν
- Το 1, 9% (ένας ασθενής) δήλωσε ότι δεν θα τον επέλεγε λόγω ναυτίας
- Το 3, 7% (δύο ασθενείς) δήλωσαν ότι δεν τον επέλεγαν λόγω της τάσης για εμετό
- Το 1, 9% (ένας ασθενής) δήλωσε ότι δεν θα το επέλεγε λόγω πονοκεφάλων
- Το 1, 9% (ένας ασθενής) δήλωσε ότι δεν θα τον επέλεγε λόγω πονόλαιμου

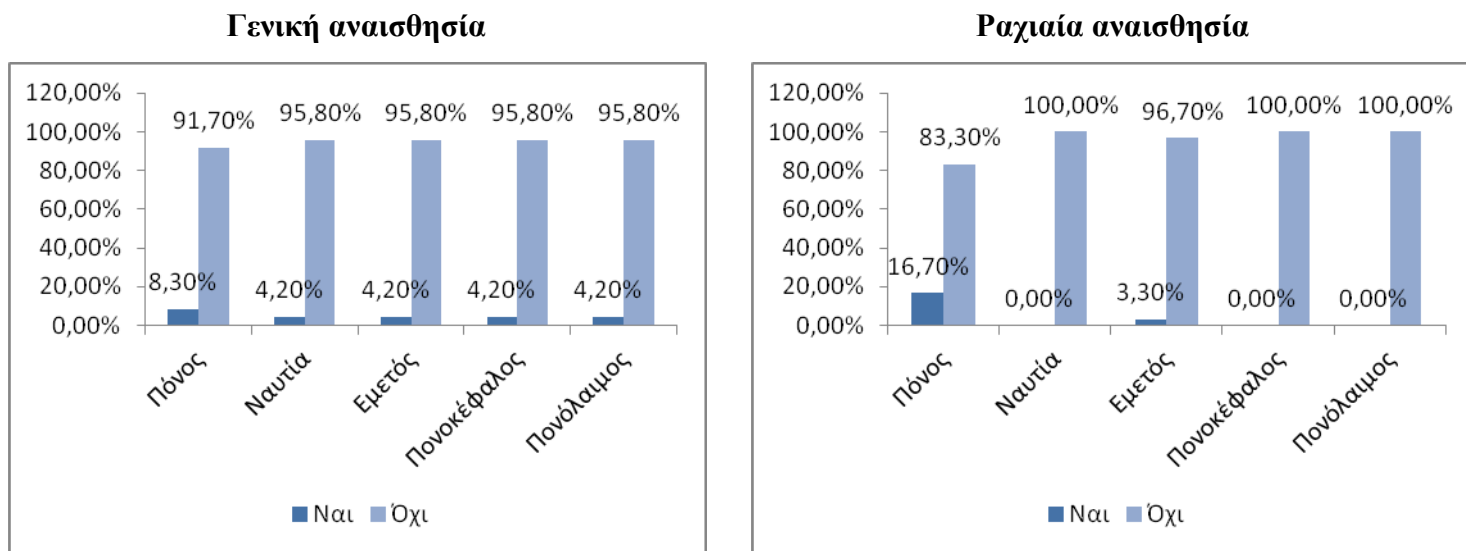
Αναλυτικά όσοι υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία απάντησαν ότι δεν θα επέλεγαν τον ίδιο τύπο αναισθησίας για τους εξής λόγους:

- Το 8, 3% δεν θα την επέλεγε λόγω πόνου
- Το 4, 2% λόγω της ναυτίας
- Το 4, 2% λόγω της τάσης προς εμετό
- Το 4, 2% λόγω του πονοκεφάλου
- Το 4, 2% λόγω του πονόλαιμου

Ενώ εκείνοι που υποβλήθηκαν σε ραχιαία αναισθησία απάντησαν ότι δεν θα επέλεγαν τον ίδιο τύπο αναισθησίας για τους εξής λόγους:

- Το 16, 7% δεν θα την επέλεγε λόγω πόνου
- Το 3, 3% λόγω της τάσης για εμετό

Γράφημα 23. Συγκριτικά οι λόγοι για τους οποίους οι ερωτηθέντες δεν θα επέλεγαν τον ίδιο τύπο αναισθησίας



Βαθμολόγηση της παροχής υπηρεσιών στον ασθενή από το προσωπικό του νοσοκομείου

Αναφορικά με τη βαθμολόγηση των υπηρεσιών που παρασχέθηκαν στους ασθενείς από το προσωπικό του νοσοκομείου, παρατηρούμε από τον παρακάτω πίνακα τα εξής:

- Ιατρικό προσωπικό:

Ο ελάχιστος βαθμός που δόθηκε ήταν το 50 και ο μέγιστος το 100, έχοντας ένα εύρος 50 βαθμών. Ο μέσος όρος βαθμολόγησης που έλαβε το ιατρικό προσωπικό από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία ήταν 95, 22, ενώ από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ραχιαία αναισθησία ήταν 95, 38.

- Νοσηλευτικό προσωπικό

Ο ελάχιστος βαθμός που δόθηκε ήταν το 70 και ο μέγιστος το 100, έχοντας ένα εύρος 30 βαθμών. Ο μέσος όρος βαθμολόγησης που έλαβε το νοσηλευτικό προσωπικό από τους

ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία ήταν 97, 83 ενώ από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ραχιαία αναισθησία ήταν 95, 69.

- Διοικητικό προσωπικό

Ο ελάχιστος βαθμός που δόθηκε ήταν το 10 και ο μέγιστος το 100, έχοντας ένα εύρος 90 βαθμών. Ο μέσος όρος βαθμολόγησης που έλαβε το διοικητικό προσωπικό από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία ήταν 91, 05 ενώ από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ραχιαία αναισθησία ήταν 94, 50.

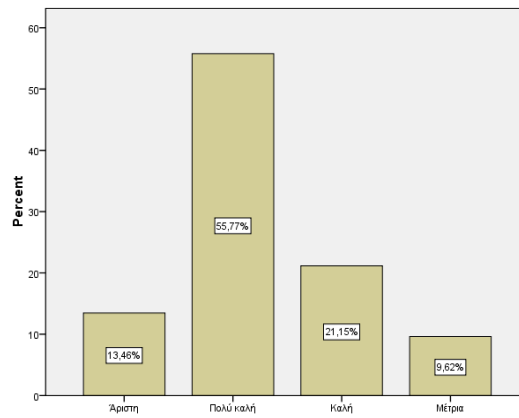
Πίνακας 4. Περιγραφικά μέτρα της βαθμολόγησης που δόθηκε από τους ασθενείς για την παροχή των υπηρεσιών

		Συχνότητα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος	Τυπική απόκλιση
Γενική αναισθησία	Ιατρικό προσωπικό	23	50	100	95, 22	11, 627
	Νοσηλευτικό προσωπικό	23	80	100	97, 83	5, 399
	Διοικητικό προσωπικό	19	10	100	91, 05	22, 887
Ραχιαία αναισθησία	Ιατρικό προσωπικό	26	65	100	95, 38	8, 709
	Νοσηλευτικό προσωπικό	29	70	100	95, 69	7, 162
	Διοικητικό προσωπικό	20	75	100	94, 50	7, 237

Κατάσταση της υγείας των ασθενών

Αναφορικά με την κατάσταση της υγείας των ασθενών, η πλειοψηφία σε ποσοστό 53, 7% δήλωσε ότι είναι πολύ καλή, ενώ το 20, 4% απάντησε πως είναι απλά καλή. Επίσης, το 13% δήλωσε ότι η κατάσταση της υγείας του είναι άριστη και μόνο το 9, 3%, δηλαδή πέντε ασθενείς, απάντησαν πως η υγεία τους είναι σε μέτρια επίπεδα. Τέλος, κανένας από τους ερωτηθέντες δεν απάντησε πως η κατάσταση της υγείας τους είναι κακή ή πολύ κακή.

Γράφημα 24. Κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων βάσει του τύπου της αναισθησίας

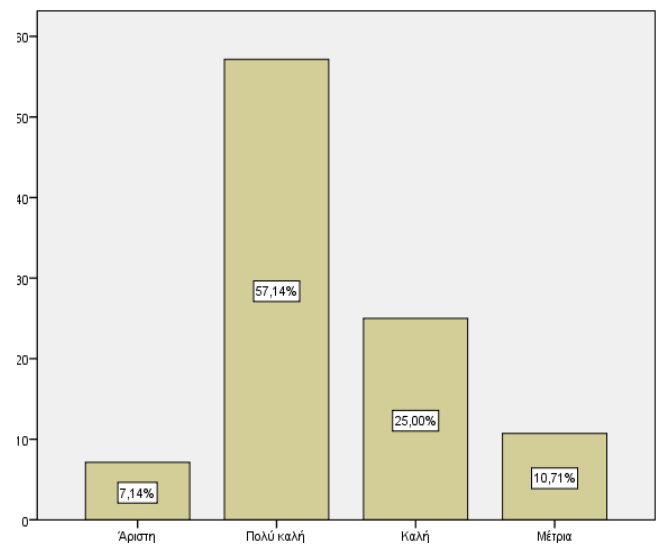
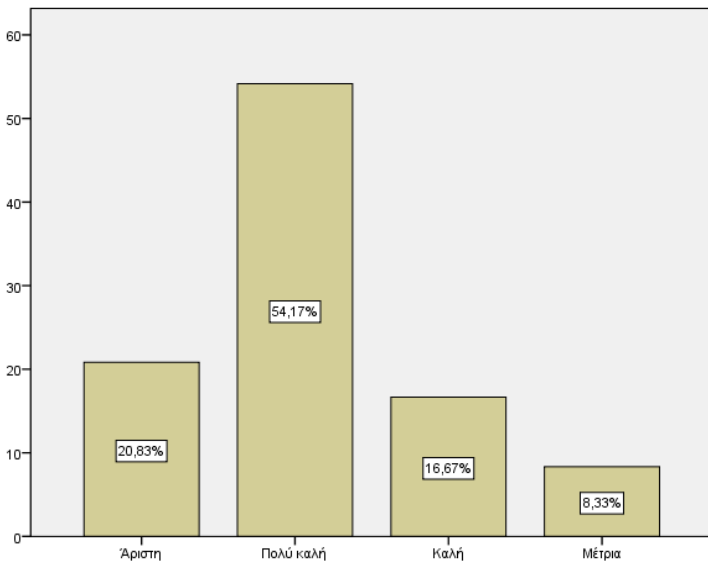


Όσοι υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ καλή σε ποσοστό 54, 2%. Όσοι υποβλήθηκαν σε ραχιαία αναισθησία απάντησαν πως η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ καλή σε ποσοστό 53, 3%.

Γράφημα 25. Κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων βάση τύπου αναισθησίας

Γενική αναισθησία

Ραχιαία αναισθησία



1. 2 Συσχετίσεις

Στην ενότητα αυτή σκοπός είναι το πώς διάφορες μεταβλητές επηρεάζουν κάποιες άλλες. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζεται το πώς κάποια δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων επηρεάζουν τις απόψεις που εκφράζουν σχετικά με το επιθυμητό είδος αναισθησίας που επιλέγουν, αλλά και με την ύπαρξη προβλημάτων, όπως διαταραχές κατά τη διάρκεια του ύπνου, κούραση το πρωί, ύπαρξη άγχους και ιστορικό νοσημάτων. Η μηδενική υπόθεση και η εναλλακτική της είναι οι εξής:

H_0 : Δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών

H_1 : Υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξετάσουμε τις συσχετίσεις αυτές χρησιμοποιήθηκε το Chi Square test. Αν το p – value (Sig.) είναι μεγαλύτερο του 0, 05, τότε δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, άρα η μία μεταβλητή δεν επηρεάζει την άλλη. Αντίθετα, αν το p – value είναι μικρότερο του 0, 05, τότε απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας που έχει επιλεγεί είναι το $\alpha = 5\%$.

Αναφορικά με τα φύλο, αρχικά βρέθηκε ότι η εν λόγω μεταβλητή επηρεάζει το αν οι ασθενείς έχουν διαταραχές ύπνου (p -value = 0, 000 < 0, 05), με τους άντρες να δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι πάσχουν από διαταραχές κατά τη διάρκεια του ύπνου.

		Διαταραχές ύπνου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Φύλο	Άντρας	5	47	52
	Γυναίκα	2	0	2
Total		7	47	54

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	ExactSig. (2-sided)	ExactSig. (1-sided)
PearsonChi-Square	13,945 ^a	1	,000		
ContinuityCorrection ^b	7,085	1	,008		
LikelihoodRatio	8,733	1	,003		
Fisher'sExactTest				,015	,015
Linear-by-LinearAssociation	13,687	1	,000		
N ofValidCases	54				

Αναφορικά με τα είδη των διαταραχών ύπνου, βρέθηκε ότι οι άντρες συνηθίζουν να ξυπνάνε περισσότερο από τις γυναίκες κατά τη διάρκεια του ύπνου, ενώ βρέθηκε και θετική συσχέτιση μεταξύ αυτής της διαταραχής και του φύλου ($p\text{-value} = 0,000 < 0,05$).

		Συχνό ξύπνημα		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Φύλο	Άντρας	3	48	51
	Γυναίκα	2	0	2
Total		5	48	53

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	ExactSig. (2-sided)	ExactSig. (1-sided)
PearsonChi-Square	19,953 ^a	1	,000		
ContinuityCorrection ^b	10,458	1	,001		
LikelihoodRatio	10,302	1	,001		
Fisher'sExactTest				,007	,007
Linear-by-LinearAssociation	19,576	1	,000		
N ofValidCases	53				

Ωστόσο, το φύλο δεν βρέθηκε να σχετίζεται με το αν υπάρχει κάποιο νόσημα στο ιστορικό των ασθενών, με το αν έχουν άγχος, καθώς και με το αν ξυπνάνε κουρασμένοι το πρωί. Επιπρόσθετα, το φύλο δεν σχετίζεται με την ύπαρξη συγκεκριμένων συμπτωμάτων είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης είτε μετά το πέρας αυτής.

Επίσης, το αν ένας ασθενής είναι καπνιστής ή μη δεν βρέθηκε να σχετίζεται με το αν έχει στο ιστορικό του κάποιο νόσημα, καθώς και αν είχε συμπτώματα είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης είτε μετά το πέρας αυτής.

Αναφορικά, με το ύψος των ασθενών, η στατιστική ανάλυση κατέδειξε τα εξής:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ύψους των ασθενών και του αν έχουν ιστορικό σε σακχαρώδη διαβήτη ($p\text{-value} = 0,01 < 0,05$).

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	50,000 ^a	22	,001
LikelihoodRatio	16,794	22	,775
Linear-by-LinearAssociation	2,227	1	,136
N ofValidCases	50		

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ύψους των ασθενών και του αν έχουν ιστορικό σε καρδιοπάθεια ($p\text{-value} = 0,01 < 0,05$).

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	38,234 ^a	22	,017
LikelihoodRatio	32,179	22	,074
Linear-by-LinearAssociation	,808	1	,369
N ofValidCases	50		

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ύψους των ασθενών και του αν νιώθουν κουρασμένοι κατά το πρωινό ξύπνημα ($p\text{-value} = 0,46 < 0,05$).

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	86, 551 ^a	66	, 046
LikelihoodRatio	59, 270	66	, 708
Linear-by-LinearAssociation	3, 100	1	, 078
N ofValidCases	49		

Αναφορικά με το βάρος των ασθενών, η στατιστική ανάλυση κατέδειξε τα εξής:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βάρους των ασθενών και του αν ένωσαν τάση για εμετό κατά τη διάρκεια της επέμβασης ($p\text{-value} = 0, 03 < 0, 05$).

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	50, 000 ^a	26	, 003
LikelihoodRatio	9, 804	26	, 998
Linear-by-LinearAssociation	1, 747	1	, 186
N ofValidCases	50		

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βάρους των ασθενών και του χρονικού διαστήματος μετά από το οποίο είχαν τη δυνατότητα να φάνε ($p\text{-value} = 0, 046 < 0, 05$).

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	124, 992 ^a	100	, 046
LikelihoodRatio	74, 038	100	, 976
Linear-by-LinearAssociation	1, 451	1	, 228
N ofValidCases	48		

Αναφορικά με το είδος της αναισθησίας και το κατά πόσο σχετίζεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της επέμβασης και μετά το πέρας αυτής, αλλά και το χρονικό διάστημα μετά από το οποίο οι ασθενείς μπορούσαν να εκτελέσουν συγκεκριμένες δραστηριότητες, η στατιστική ανάλυση κατέδειξε τα εξής:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του είδους της αναισθησίας με την οποία θα προτιμούσαν να χειρουργηθούν οι ασθενείς και του αν αισθάνθηκαν πόνο κατά τη διάρκεια της επέμβασης ($p\text{-value} = 0,002 < 0,05$).

Crosstab

	Πόνος		Σύνολο
	Ναι	Όχι	
Γενική	7	6	13
Ραχιαία	2	24	26
Τοπική	0	4	4
Τοπική με καταστολή	0	6	6
Δε γνωρίζω	0	5	5
Total	9	45	54

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	17,446 ^a	4	,002
LikelihoodRatio	16,614	4	,002
Linear-by-LinearAssociation	8,833	1	,003
N ofValidCases	54		

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του είδους της αναισθησίας με την οποία θα προτιμούσαν να χειρουργηθούν οι ασθενείς και του αν αισθάνθηκαν πόνο μετά το πέρας της επέμβασης ($p\text{-value} = 0,002 < 0,05$).

Crosstab

	Χρονικό διάστημα μετά από το οποίο οι ασθενείς αισθάνθηκαν πόνο (μετά το πέρας της επέμβασης)				Σύνολο
	1-2 ώρες	2-6 ώρες	6-12 ώρες	12-24 ώρες	
Γενική	3	4	0	0	7
Ραχιαία	8	4	0	0	12
Τοπική	0	1	1	0	2
Τοπική με καταστολή	0	0	0	1	1
Δε γνωρίζω	0	1	0	0	1
Total	11	10	1	1	23

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	37,114 ^a	12	,000
LikelihoodRatio	17,818	12	,121
Linear-by-LinearAssociation	4,842	1	,028
N ofValidCases	23		

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του είδους της αναισθησίας με την οποία θα προτιμούσαν να χειρουργηθούν οι ασθενείς και του χρονικού διαστήματος μετά από το οποίο οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να φάνε ($p\text{-value} = 0,011 < 0,05$).

Crosstab

	Χρονικό διάστημα μετά από το οποίο οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να φάνε (μετά το πέρας της επέμβασης)					Σύνολο
	1-2 ώρες	2-6 ώρες	6-12 ώρες	12-24 ώρες	24 ώρες και άνω	
Γενική	0	1	4	8	0	13
Ραχιαία	0	2	9	13	0	24
Τοπική	0	0	2	2	0	4
Τοπική με καταστολή	1	2	2	1	0	6
Δε γνωρίζω	2	0	0	2	1	5
Total	3	5	17	26	1	52

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	31,671 ^a	16	,011
LikelihoodRatio	24,580	16	,078
Linear-by-LinearAssociation	4,398	1	,036
N ofValidCases	52		

1.3 Σύγκριση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση σε σχέση με το είδος της αναισθησίας

Από τους συνολικά 54 ασθενείς, οι 24 έκαναν την επέμβαση με γενική αναισθησία, ενώ οι υπόλοιποι 30 με ραχιαία αναισθησία. Ο παρακάτω πίνακας συγκρίνει τα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της επέμβασης για κάθε τύπο αναισθησίας.

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε, το ποσοστό εκείνων που αισθάνονται πόνο είναι μεγαλύτερο στην περίπτωση της ραχιαίας αναισθησίας. Επίσης, στη γενική αναισθησία το ποσοστό εκείνων που ένωσαν τάση για εμετό ήταν ελάχιστα υψηλότερο από εκείνων που υποβλήθησαν σε ραχιαία αναισθησία, όπως και στην περίπτωση που αισθάνθηκαν πονόλαιμο. Τέλος, βλέπουμε ότι σε κανέναν τύπο αναισθησίας οι ασθενείς δεν ένωσαν ναυτία ή πονοκέφαλο.

Πίνακας 5. Σύγκριση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της επέμβασης στη γενική και ραχιαία αναισθησία

	Γενική αναισθησία		Ραχιαία αναισθησία	
	Ναι (%)	Όχι (%)	Ναι (%)	Όχι (%)
Πόνο	12, 5	87, 5	20, 0	80, 0
Ναυτία	0, 0	100, 0	0, 0	100, 0
Εμετό	4, 2	95, 8	3, 3	96, 7
Πονοκέφαλο	0, 0	100, 0	0, 0	100, 0
Πονόλαιμο	4, 2	95, 8	3, 3	96, 7

Ο επόμενος πίνακας απεικονίζει μετά από πόσο χρονικό διάστημα μετά την επέμβαση οι ασθενείς αισθάνθηκαν πόνο, ναυτία, έμετο, πονοκέφαλο και πονόλαιμο, σε σύγκριση με τους δύο τύπους αναισθησίας. Αρχικά παρατηρούμε ότι ενώ στην περίπτωση της ραχιαίας αναισθησίας οι ασθενείς παρόλο που μέχρι το διάστημα των 6 ωρών ένωσαν πόνο, μετά από τις από 6 ώρες δεν ένωσαν καθόλου πόνο, ενώ στη γενική αναισθησία αισθάνθηκαν πόνο και μετά τις 6 ώρες, σε ποσοστό (4, 2%). Το ποσοστό εκείνων που αισθάνθηκαν ναυτία μετά από 2 – 6 ώρες από την επέμβαση είναι υψηλότερο στην περίπτωση της ραχιαίας αναισθησίας. Τέλος, το ποσοστό εκείνων που αισθάνθηκαν πονοκέφαλο είναι υψηλότερο στην περίπτωση των ασθενών με γενική αναισθησία, ενώ παρατηρούμε ότι

στην περίπτωση της γενικής αναισθησίας παρατηρήθηκαν συμπτώματα πονόλαιμου (8, 3%), ενώ στην περίπτωση της ραχιαίας αναισθησίας παρατηρήθηκαν συμπτώματα εμέτου (3, 3%) μετά από 1 – 2 ώρες μετά την επέμβαση.

Πίνακας 6. Σύγκριση του χρονικού διαστήματος κατά το οποίο οι ασθενείς ένιωσαν τα παρακάτω συμπτώματα στη γενική και ραχιαία αναισθησία

	Γενική αναισθησία					Ραχιαία αναισθησία				
	1-2 ώρες	2-6 ώρες	6-12 ώρες	12-24 ώρες	24 ώρες και άνω	1-2 ώρες	2-6 ώρες	6-12 ώρες	12-24 ώρες	24 ώρες και άνω
Πόνο	20, 8	16, 7	4, 2	4, 2	0, 0	20, 0	20, 0	0, 0	0, 0	0, 0
Ναυτία	0, 0	4, 2	0, 0	0, 0	0, 0	0, 0	6, 7	0, 0	0, 0	0, 0
Εμετό	0, 0	4, 2	0, 0	0, 0	0, 0	3, 3	0, 0	0, 0	0, 0	0, 0
Πονοκέφαλο	8, 3	0, 0	0, 0	0, 0	0, 0	3, 3	0, 0	0, 0	0, 0	0, 0
Πονόλαιμο	8, 3	0, 0	0, 0	0, 0	0, 0	0, 0	0, 0	0, 0	0, 0	0, 0

Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία είχαν μεγαλύτερη δυνατότητα να σηκωθούν από το κρεβάτι μετά το πέρας της επέμβασης, όπως και την δυνατότητα να φάνε. Αντίθετα, όσοι υποβλήθηκαν σε ραχιαία αναισθησία είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό τη δυνατότητα για ούρηση. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ το 33, 3% των ασθενών με γενική αναισθησία είχε τη δυνατότητα να σηκωθεί από το κρεβάτι μετά από 2 – 6 ώρες, στην περίπτωση των ασθενών με ραχιαία αναισθησία το 53, 3% είχε τη δυνατότητα να σηκωθεί από το κρεβάτι έπειτα από 12 – 24 ώρες.

Πίνακας 7. Σύγκριση του χρονικού διαστήματος κατά το οποίο οι ασθενείς είχαν την δυνατότητα να κάνουν κάτι στη γενική και ραχιαία αναισθησία

	Γενική αναισθησία					Ραχιαία αναισθησία				
	1-2 ώρες	2-6 ώρες	6-12 ώρες	12-24 ώρες	24 ώρες και άνω	1-2 ώρες	2-6 ώρες	6-12 ώρες	12-24 ώρες	24 ώρες και άνω
Δυνατότητα να σηκωθούν οι ερωτηθέντες από το κρεβάτι	20, 8	33, 3	20, 8	16, 7	0, 0	3, 3	16, 7	23, 3	53, 3	0, 0
Δυνατότητα για ούρηση	20, 8	37, 5	29, 2	4, 2	0, 0	20	43, 3	33, 3	3, 3	0, 0
Δυνατότητα να σιτιστούν	8, 3	16, 7	29, 2	41, 7	0, 0	3, 3	3, 3	33, 3	53, 3	3, 3

Αναφορικά με το κατά πόσο οι ασθενείς θα επέλεγαν τον ίδιο τύπο αναισθησίας, το 90% όσων υποβλήθηκαν σε ραχιαία αναισθησία απάντησαν θετικά, σε σύγκριση με το 79, 2% των ασθενών που απάντησε θετικά στην περίπτωση της γενικής αναισθησίας.

Πίνακας 8. Επιλογή του ίδιου τύπου αναισθησίας συγκριτικά για τους δύο τύπους αναισθησίας

	Γενική αναισθησία		Ραχιαία αναισθησία	
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Επιλογή του ίδιου τύπου αναισθησίας	79, 2	16, 7	90, 0	10, 0

Αναφορικά με τους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς δεν θα επέλεγαν τον ίδιο τύπο αναισθησίας, παρατηρούμε από τον παρακάτω πίνακα ότι στην περίπτωση της ραχιαίας αναισθησίας το 16, 7% δεν θα επέλεγε αυτόν τον τύπο αναισθησίας λόγω του πόνου που αισθάνθηκε, και το 3, 3% λόγω της τάσης προς εμετό. Αντίθετα, στην περίπτωση της γενικής αναισθησίας το 4, 2% δεν θα επέλεγε αυτόν τον τύπο λόγω της ναυτίας, της τάσης για εμετό, του πονοκεφάλου και του πονόλαιμου.

Πίνακας 9. Λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς δεν θα επέλεγαν τον ίδιο τύπο αναισθησίας συγκριτικά για τους δύο τύπους αναισθησίας

	Γενική αναισθησία		Ραχιαία αναισθησία	
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Πόνος	8, 3	91, 7	16, 7	83, 3
Ναυτία	4, 2	95, 8	0, 0	100, 0
Εμετό	4, 2	95, 8	3, 3	96, 7
Πονοκέφαλο	4, 2	95, 8	0, 0	100, 0
Πονόλαιμο	4, 2	95, 8	0, 0	100, 0

Επίσης, σε αυτήν την ενότητα θα δούμε αν το είδος της αναισθησίας παίζει κάποιο ρόλο στα συμπτώματα των ασθενών κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση. Η μηδενική υπόθεση και η εναλλακτική της είναι οι εξής:

H_0 : Το είδος της αναισθησίας δεν είναι στατιστικά σημαντικό

H_1 : Το είδος της αναισθησίας είναι στατιστικά σημαντικό

Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας έχει επιλεγεί το $\alpha=0,05$ (5%). Αυτό σημαίνει ότι για τιμές $p - \text{value} > 0,05$ δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε ότι το είδος της αναισθησίας δεν είναι στατιστικά σημαντικό, που σημαίνει ότι δε διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όσον αφορά στα συμπτώματα κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση, ενώ αν $p - \text{value} < 0,05$, τότε απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε ότι το είδος της αναισθησίας που επιλέγεται, ήτοι ραχιαία ή γενική, επηρεάζει τα συμπτώματα των ασθενών κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση. Το τεστ που έχει επιλεγθεί είναι το $t - \text{test}$ ανεξάρτητων δειγμάτων.

Αρχικά εξετάζουμε αν το είδος της αναισθησίας επηρεάζει τα συμπτώματα των ασθενών κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Τα αποτελέσματα του τεστ παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Αυτό που θα πρέπει να τονίσουμε είναι ότι εμφανίζονται αποτελέσματα μόνο για τον πόνο, τον εμετό και τον πονοκέφαλο, δεδομένου ότι κανένας από τους ασθενείς δεν απάντησε ότι αισθάνθηκε ναυτία και πονοκέφαλο. Αρχικά από τον πίνακα παρατηρούμε τη στήλη σχετικά με το αποτέλεσμα του κριτηρίου Levene. Θα πρέπει το αποτέλεσμα αυτού του κριτηρίου να είναι στατιστικά μη σημαντικό. Πράγματι, το αποτέλεσμα είναι μεγαλύτερο του 0,05 σε όλες τις περιπτώσεις, που σημαίνει ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες. Επομένως, κοιτώντας τη στήλη Sig. βλέπουμε ότι σε όλες τις περιπτώσεις το αποτέλεσμα είναι μεγαλύτερο του 0,05. Αυτό σημαίνει ότι δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση. Επομένως, δεχόμαστε ότι το είδος της αναισθησίας δεν είναι στατιστικά σημαντικό και δεν επηρεάζει τα συμπτώματα των ασθενών κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Πίνακας 10. Independent Samples Test: Συμπτώματα ασθενών κατά τη διάρκεια της επέμβασης

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		t-test for Equality of Means			t-test for Equality of Means	
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Πόνο	Equal variances assumed	2,218	,142	,725	52	,472	,075	,103	-,133	,283
	Equal variances not assumed			,740	51,911	,463	,075	,101	-,128	,278
Εμετό	Equal variances assumed	,100	,753	-,158	52	,875	-,008	,053	-,114	,097
	Equal variances not assumed			-,156	46,692	,877	-,008	,053	-,116	,099
Πονόλαιμο	Equal variances assumed	,100	,753	-,158	52	,875	-,008	,053	-,114	,097
	Equal variances not assumed			-,156	46,692	,877	-,008	,053	-,116	,099

Έπειτα εξετάζουμε αν το είδος της αναισθησίας επηρεάζει τα συμπτώματα των ασθενών μετά από την επέμβαση. Τα αποτελέσματα του τεστ παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Αυτό που θα πρέπει να τονίσουμε είναι ότι εμφανίζονται αποτελέσματα μόνο για τον πόνο. Αρχικά από τον πίνακα παρατηρούμε τη στήλη σχετικά με το αποτέλεσμα του κριτηρίου Levene που είναι μεγαλύτερο του 0, 05. Επομένως, κοιτώντας τη στήλη Sig. Της ίδιας γραμμής βλέπουμε ότι p-value = 0. 337 > 0, 05. Αυτό σημαίνει ότι δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε ότι το είδος της αναισθησίας δεν είναι στατιστικά σημαντικό και δεν επηρεάζει τα συμπτώματα των ασθενών κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Πίνακας 11. Independent Samples Test: Συμπτώματα ασθενών μετά από την επέμβαση

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		t-test for Equality of Means			t-test for Equality of Means	
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Πόνο	Equal variances assumed	2,018	,170	,983	21	,337	,318	,324	-,355	,992
	Equal variances not assumed			,958	14,947	,353	,318	,332	-,390	1,026

Τέλος, εξετάζουμε πόση ώρα μετά από την επέμβαση οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να σηκωθούν από το κρεβάτι, να ουρήσουν και να σιτιστούν. Τα αποτελέσματα του τεστ παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Το αποτέλεσμα του κριτηρίου Levene είναι και πάλι μεγαλύτερο του 0, 05 σε όλες τις περιπτώσεις. Επομένως, κοιτώντας τη στήλη Sig. της ίδιας γραμμής βλέπουμε ότι το είδος της αναισθησίας επηρεάζει το χρονικό διάστημα έπειτα από το οποίο οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να σηκωθούν από το κρεβάτι ($p\text{-value}=0.001 < 0.05$). Ωστόσο, το είδος της αναισθησίας δεν είναι στατιστικά σημαντικό όσον αφορά στο χρονικό διάστημα έπειτα από το οποίο οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα για ούρηση ($p\text{-value}=0.938 > 0.05$) και τη δυνατότητα να σιτιστούν ($p\text{-value}=0.087 < 0.05$).

Πίνακας 12. Independent Samples Test: Συμπτώματα ασθενών μετά από την επέμβαση

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		t-test for Equality of Means			t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Πόνο	Equal variances assumed	2,218	,142	,725	52	,472	,075	,103	-,133	,283
	Equal variances not assumed			,740	51,911	,463	,075	,101	-,128	,278
Εμετό	Equal variances assumed	,100	,753	-,158	52	,875	-,008	,053	-,114	,097
	Equal variances not assumed			-,156	46,692	,877	-,008	,053	-,116	,099
Πονόλαιμο	Equal variances assumed	,100	,753	-,158	52	,875	-,008	,053	-,114	,097
	Equal variances not assumed			-,156	46,692	,877	-,008	,053	-,116	,099

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

2. 1 Συζήτηση έρευνας

Η πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν άντρες ηλικίας 63 ετών κατά μέσο όρο. Αυτό επιβεβαιώνει τη θεωρία, σύμφωνα με την οποία η βουβωνοκήλη προσβάλλει περισσότερο τον αντρικό πληθυσμό (Χριστοδούλου και συν., 2010). Επίσης η κατανομή των ασθενών τόσο για το φύλο όσο και για την ηλικία ήταν παρόμοια με αυτήν που κατέγραψε η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία για τα χειρουργεία κηλών κοιλίας το 2007 (Γράφημα 4 και 5 σελ 34,) Εδώ είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι αν και το δείγμα αυτής της μελέτης είναι φαινομενικά μικρό (54 ασθενείς) είναι αντιπροσωπευτικό της ζήτησης τέτοιων χειρουργείων όπως προκύπτει από την σύγκριση των στοιχείων που δίνει η ΕΛ. ΣΤΑΤ. για το 2007

Ο μέσος όρος του ύψους των ασθενών ήταν 171 εκ. και ο μέσος όρος του βάρους τους ήταν τα 80 κιλά. Υπολογίζοντας το μέσο ΔΜΣ (27,36 – υπέρβαροι) επιβεβαιώνεται για άλλη μια φορά ότι η παχυσαρκία αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση κήλης (Ντουράκης Ν., 2006).

Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν σχετικά υγιής όσον αφορά την παρουσία σακχαρώδους διαβήτη, υπέρτασης, καρδιοπάθειας ή καρκινικού νοσήματος (Γράφημα 7 σελ 37,). Αυτές οι παθήσεις όταν συνυπάρχουν δυσχεραίνουν την θέση του ασθενούς σε σχέση με αυτούς που δεν τις έχουν (Henry M.-Thompson J.,2003). Όσον αφορά την ψυχική τους κατάσταση και το πως βίωναν το στρες της χειρουργικής επέμβασης, οι ασθενείς της μελέτης όπως προέκυψε από τα γραφήματα 8, 9, 10 και 11 δεν είχαν μεγάλη ψυχοσυναισθηματική καταπόνηση. Έτσι η εκτίμηση της επίδρασης της επιλογής του είδους της αναισθησίας κατά την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης δεν επιβαρύνθηκε από τη συνοσηρότητα (ψυχοσυναισθηματική ή βιολογική)..

Η ραχιαία αναισθησία επικράτησε (48%) έναντι της γενικής αναισθησίας (24%) ως επιλογή που θα προτιμούσαν οι ασθενείς να χειρουργηθούν για βουβωνοκήλη (Γράφημα 13 σελ 40). Εδώ είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το 75% των ασθενών είχαν προηγούμενη εμπειρία χειρουργείου (Γράφημα 12 σελ 40) πράγμα το οποίο επηρέαζε σε ένα βαθμό την απάντησή τους για την επιλογή της αναισθησίας που θα

επιθυμούσαν να λάβουν. Επίσης η επιλογή αυτή αιτιολογήθηκε από το γεγονός ότι στην γενική αναισθησία παρατηρούνταν περισσότερα συμπτώματα (τάση προς έμετο, πονόλαιμος, ναυτία, πονοκέφαλος) μετά το πέρας της επέμβασης, άσχετα από το γεγονός ότι αυτή συνοδευόταν από χαμηλότερα ποσοστά πόνου (Γραφήματα 17 και 18 σελ 43 και 45 αντίστοιχα). Εδώ είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι από την ερώτηση περί του είδους της αναισθησίας που θα προτιμούσαν οι ασθενείς να χειρουργηθούν προέκυψε ένα ~ 10% ασθενών που δεν γνώριζε τίποτα για αυτή (Γράφημα 13 σελ 40). Σε επόμενη ερώτηση που αφορούσε την ενημέρωση που είχαν για το είδος της αναισθησίας που θα ελάμβαναν προέκυψε άλλο ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών της τάξης του 16% που δεν έλαβε κάποια ενημέρωση (Γράφημα 14 σελ 41). Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο τρόπος που βιώνει ένας ασθενής ένα χειρουργείο (ψυχοσυναισθηματικά ή βιολογικά) είναι άμεσα συνυφασμένος με την ενημέρωση που έχει έτσι καθίσταται επιτακτική ανάγκη το υγειονομικό προσωπικό (χειρουργός, αναισθησιολόγος, νοσηλεύτης) να ενημερώνει όλους τους ασθενείς για την κατάστασή τους, για το είδος της εγχείρησης, για το είδος της αναισθησίας και για οτιδήποτε αυτός θα αντιμετωπίσει μετά το χειρουργείο. Όπως αναφέρουν Στεργιοπούλου –Βλάχος 2010, σε ανασκόπηση, σε σχετική μελέτη βρέθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή και είχαν προεγχειρητική ενημέρωση, εμφάνισαν μικρότερο ποσοστό παραμονής στο νοσοκομείο, λιγότερο προεγχειρητικό άγχος από την ομάδα ελέγχου που δεν ενημερώθηκε. Στην ίδια μελέτη αναφέρθηκε ότι ασθενής που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση κήλης και είχαν ενημερωθεί προεγχειρητικά, παρουσίασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση, προεγχειρητική γνώση, αντοχή στο μετεγχειρητικό άλγος και εξέφραζαν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μετά το χειρουργείο σε σχέση με αυτούς που δεν ενημερώθηκαν.

Το βάρος της ενημέρωσης όπως προκύπτει από την ανάλυση των ερωτηματολογίων το επωμίζονται ως επί το πλείστον ο χειρουργός και ο αναισθησιολόγος (Γράφημα 15 σελ 42) Στην επαφή τους με τον ασθενή πριν το χειρουργείο, πιθανόν δεν αφήνουν περιθώρια για την συμμετοχή αυτού στην επιλογή της μεθόδου αναισθησίας (Γράφημα 16 σελ 42) Αυτή η στάση του υγειονομικού προσωπικού προκύπτει από τη μη ορθή τήρηση των οδηγιών της πολιτείας για τις ελάχιστες προδιαγραφές χορήγησης ασφαλούς αναισθησίας, όπως προβλέπονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, τεύχος δεύτερο Αρ. Φύλλου 1044 25 Νοεμβρίου 1997 με θέμα:

Καθορισμός (ελαχίστων) ορίων προδιαγραφών για Ασφαλή Χορήγηση Αναισθησίας που αναγράφει τα εξής:

Η χορήγηση αναισθησίας είναι ιατρική πράξη, την τελική ευθύνη της οποίας έχει ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος και στην οποία προβαίνει αφού προηγουμένως:

1. υποχρεωτικά και με προσοχή συνεκτιμήσει τη γενική κατάσταση του ασθενούς, το συνολικό ιστορικό, την κλινική εξέταση και τον παρακλινικό έλεγχο.
2. υποβάλλει τον ασθενή στην κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία για μείωση του περιεγχειρητικού κινδύνου.
3. συνεργαστεί συμβουλευτικά με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων πάνω σε ειδικά προβλήματα.
4. εκτιμήσει τον περιεγχειρητικό κίνδυνο, διαμορφώσει σχέδιο αναισθησιολογικής τεχνικής, ενημερώσει τον ασθενή και επιβεβαιώσει τη συγκατάθεση του.

Παρόλα αυτά, το 82,61% των ασθενών από όσους υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία και το 90% των ασθενών από όσους υποβλήθηκαν σε ραχιαία δήλωσε πως θα επέλεγε ξανά τον ίδιο τύπο αναισθησίας που χειρουργήθηκε (Γράφημα 22 σελ. 49) δηλώνοντας έτσι ότι έμειναν ευχαριστημένοι.

Όσον αφορά τις διάφορες δραστηριότητες των ασθενών μετά την επέμβαση όπως: την δυνατότητα να κινητοποιηθούν, τη δυνατότητα να σιτιστούν και την ικανότητα για ούρηση (Γραφήματα 19, 20, 21) φαίνεται ότι στη γενική αναισθησία επιτυγχάνεται πιο γρήγορα η κινητοποίηση και η σίτιση έναντι της ραχιαίας αναισθησίας και είναι περίπου η ίδια ως προς την δυνατότητα ούρησης. Όπως αναφέρει ο White (2005) ο κεντρικός νευροαξονικός αποκλεισμός (η υπαραχοειδής και η επισκληρίδια αναισθησία) μπορεί να επιβραδύνει την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, λόγω του υπολειπόμενου συμπαθητικού αποκλεισμού.

Το φύλο των ασθενών δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την ύπαρξη συγκεκριμένων συμπτωμάτων είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης είτε μετά το πέρας αυτής. Ωστόσο, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βάρους των ασθενών και του αν ένωσαν τάση για εμετό ($p\text{-value}=0,03 < 0,05$), καθώς και μεταξύ του βάρους των ασθενών και του χρονικού διαστήματος μετά από το οποίο είχαν τη δυνατότητα να σιτιστούν ($p\text{-value}=0,046 < 0,05$). Τα ευρήματα αυτά είναι ελάσσονος σημασίας αλλά θα μπορούσαν να βοηθήσουν το υγειονομικό προσωπικό να κάνει

διαλογή στους ασθενείς που θα ενημερώνει πιο επισταμένα για τα εν λόγω συμπτώματα που θα αναμένονται με μεγαλύτερη ένταση.

Όσον αφορά το σύμπτωμα του πόνου μετά την επέμβαση, τα αποτελέσματα όσων υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία έδειξαν ότι ποσοστό 45,8%, 11 άτομα αισθάνθηκαν πόνο, όπως επίσης και στη ραχιαία αναισθησία συνολικά 12 άτομα, ποσοστό 40%. Θα παρατηρούσαμε δηλαδή ότι εμφανίζεται σχετικά υψηλό το ποσοστό των ασθενών που πόνεσαν και στις δύο αναισθησίες. Η σωστή αντιμετώπιση του οξέος πόνου έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία διότι μπορεί να προλάβει την κεντρική ευαισθητοποίηση και την ανάπτυξη χρόνιου πόνου με όλες τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες για τον ασθενή όπως αλλαγή συμπεριφοράς και αδυναμία να εργαστεί. Ιδιαίτερα, η προσεκτική και ικανοποιητική αναλγησία μετεγχειρητικά συμβάλλει στην ελάττωση των περιεγχειρητικών επιπλοκών και στην ταχύτερη ανάρρωση του ασθενούς και έξοδό του από το νοσοκομείο (Σαραντόπουλος Κ.-Φασουλάκη Α., 2005).σελ616

Επίσης θα πρέπει να παρατηρήσουμε ότι το σύμπτωμα της κεφαλαλγίας βρέθηκε σε πολύ χαμηλό ποσοστό στη ραχιαία αναισθησία, μόλις ένας ασθενής, ποσοστό 3,3%, σαν δείκτης της ικανότητας των αναισθησιολόγων στην εφαρμογή της ραχιαίας αναισθησίας. Σύμφωνα με τον Hogan, κεφαλαλγία μπορεί να προκαλέσει η τρώση της σκληράς και αραχνοειδούς μήνιγγας στη ραχιαία ή επισκληρίδιο αναισθησία και απώλεια του ENY.

Από τη ανάλυση που διεξήχθη επίσης βρέθηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του είδους της αναισθησίας με την οποία θα προτιμούσαν να χειρουργηθούν οι ασθενείς και του αν: 1) αισθάνθηκαν πόνο κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή μετά το πέρας αυτής ($p\text{-value}=0,002 < 0,05$ ίδιο και για τα δύο) και 2) του χρονικού διαστήματος μετά από το οποίο οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να σιτιστούν ($p\text{-value}=0,011 < 0,05$). Όλα αυτά καταδεικνύουν ότι ο ασθενής που συμμετέχει στην διαδικασία λήψεων αποφάσεων περί του χειρουργείου βιώνει την χειρουργική εμπειρία με καλύτερο τρόπο και όπως αναφέρει ο Αγγελόπουλος έχει μεγάλη σημασία να περάσει ο ασθενής αυτή την εμπειρία σε συνθήκες που δεν θα επιτρέψουν τη διολίσθησή του σε ψυχοσυναισθηματική καταπόνηση. (Αγγελόπουλος Ν. Β. , 2001)

2. 2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Ανακεφαλαιώνοντας η παρούσα μελέτη εξετάζοντας την επίδραση της επιλογής του είδους της αναισθησίας κατά την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης στην παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα ανέδειξε δύο παράγοντες προς διερεύνηση:

1. ότι η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς στην λήψη των αποφάσεων για το χειρουργείο του απαλύνουν ψυχοσυναισθηματικά και βιολογικά τα βιώματα από αυτήν την εμπειρία
2. ότι παρόλο που το υγειονομικό προσωπικό φέρει το βάρος για την επικοινωνία και ενημέρωση του ασθενούς, μερικές φορές αυτή να αδρανεύει.

Τέλος επειδή το δείγμα των ασθενών ήταν σχετικά μικρό αλλά καθόλα αντιπροσωπευτικό και προερχόταν μόνο από ένα νοσοκομείο της Ελλάδας κρίνεται απαραίτητο να διεξαχθεί μίας παρόμοια έρευνα σε έναν μεγαλύτερο πληθυσμό ασθενών που να προέρχεται από τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

1. Βασιλάκος Δ,1998. *Ενδοφλέβια αναισθητικά*. Αναισθησιολογία. Γκιάλα Μ. University Studio Press 1998, σελ. 80
2. Γιαννόπουλος, Ν.2006. *Σύγκριση εξοιδηματικής αναισθησίας με τη γενική και περιοχική αναισθησία και την ενδοφλέβια καταστολή*. Ελληνική Δερματοχειρουργική, 3 (2), σελ. 93 – 68
3. Γκιάλα Μ.,1998. *Χορήγηση Αναισθησίας*. Αναισθησιολογία University Studio Press 1998, σελ17-18
4. Εφημερίδα της κυβερνήσεως, τεύχος δεύτερο Αρ. Φύλλου 1044 25 Νοεμβρίου 1997. . . *Καθορισμός (ελαχίστων) ορίων προδιαγραφών για Ασφαλή Χορήγηση Αναισθησίας* (ΦΕΚ σελ. 4). . . Αριθ. Υ40/3592/96 (4) Αρθρο 1
5. Κυριαζή, Ν. 2009. *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
6. Κουράκλης Γρ.1996. *Κήλες*. Χειρουργική, Σέχας Μιχαήλ. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 1996, σελ. 1251
7. Μουραβάς, Κ. Β. 2008. *Ιστολογική και ανοσοϊστοχημική μελέτη του κηλικού σάκου σε παιδιά με συγγενείς διαμαρτίες της ελυτροπεριτοναϊκής πτυχής*. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
8. Μπαλαμούτσος, Ν. Γ. 2010. *Ιστορία της τοποπεριοχικής αναισθησίας*. Θέματα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, 15 (3), σελ. 11 – 16.
9. Μπαλαμούτσος, Ν. Γ. 1998. *Περιοχική Αναισθησία*. Αναισθησιολογία. Γκιάλα Μ. University Studio Press 1998, σελ.128.
10. Ντουράκης Νικ. 2006. *Κήλες κοιλιακού τοιχώματος*. Χειρουργική παθολογία. Μπονάτσος Γ.- Κακλαμάνος Ι.-Γολεμάτης Β. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 2006, σελ.682-691
11. Παπαδημητρίου Ι.-Τσίφτσης Δ.,2001. *Κήλες*, σελ799. *Χειρουργική στην 3η ηλικία*,σελ.1514. Σύγχρονη γενική χειρουργική. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου 2001.
12. Παπίλας Κ. *Παθήσεις ενδοκρινών αδένων και αναισθησία*. Αναισθησιολογία. Αργυρώ Φασουλάκη. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 2005, σελ 518.

13. Πουργιεζή-Λευκίδη Θ. Ι.,2001.*Αναισθησία και χειρουργικός άρρωστος.* Σύγχρονη γενική χειρουργική. Παπαδημητρίου Ι. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου 2001, σελ.1319.
14. Σαραντόπουλος Κ., Φασουλάκη Α.,2005. *Θεραπεία οξέος πόνου*, σελ. 604-608,616. *Ενδοφλέβια αναισθητικά και ηρεμιστικά φάρμακα*, σελ.68-79. *Αναισθησιολογία*. Αργυρώ Φασουλάκη. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2005.
15. Στεργιοπούλου Α.-Βλάχος Γ. 2010. *Η επίδραση της προεγχειρητικής ενημέρωσης στη μείωση του άγχους των ασθενών*. *Νοσηλευτική* 2010, 49(1): 26-30.
16. Φασουλάκη Α-Ebert T.,2005. *Τοπικά αναισθητικά*. *Αναισθησιολογία*. Αργυρώ Φασουλάκη. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 2005, σελ.96.
17. Χριστοδούλου, Κ. , Ζαχαρούλη, Θ. , Χριστοδούλου, Ε. , Νεραντζούλης, Ι. , Κοτινάς, Γ. , Μπαλανίκας, Π. , Απέργης, Φ. , Χυτήρης, Π. , Καββαδίας, Α. , Χρίστου, Π. (2010). Συγκριτική Μελέτη: *Αποκατάσταση Βουβωνοκήλης με Πλέγμα Πολυπροπυλένιου (Phs) ή τροποποιημένη Shouldice με ράμμα Πολυπροπυλένιου*. *Ιατρικά Χρονικά Βορείου Ελλάδος*, Τόμος 6, σελ. 11 – 14
18. Hogan, Q .H.2005. *Περιοχική αναισθησία*. *Αναισθησιολογία*. Αργυρώ Φασουλάκη .Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ .Πασχαλίδης 2005,σελ 505,532,534-538,540-545,550.
19. Henry M.-Thompson J.,2003. *Κήλες*. *Κλινική χειρουργική* , Michael M.Henry, Jeremy N. Thompson .Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου 2003, σελ381-390.
20. Stoelting Robert-Miller Ronald (1991). *Προεγχειρητική αξιολόγηση και επιλογή της Τεχνικής της Αναισθησίας*,σελ119-122,124. *Προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή*, σελ.131.*Ραχιαία επισκληρίδιος και ιερά αναισθησία*, σελ. 193. *Βασικές αρχές αναισθησιολογίας*, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 1991
21. White P.F. *Αναισθησία σε εξωτερικούς ασθενείς*. *Αναισθησιολογία*. Αργυρώ Φασουλάκη. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 2005, σελ 522-526.
22. Woehlck H-Woelfeil E.,(2005).*Αποκλειστές της νευρομυϊκής σύναψης (μυοχαλαρωτικά)*. *Αναισθησιολογία*. Αργυρώ Φασουλάκη. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 2005,σελ.166

Μεταφρασμένα

23. Cohen, L. , Manion, L. , Morrion, K. (2007). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο
24. Javeau, C. (2000). *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο*. , Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός

Ξενόγλωσση

25. Hite, S. J. (2001). *Reviewing quantitative research to inform educational policy processes*. Paris: UNESCO
26. Ho, Y. H. , Alagaratnam, T. T. (1990). Inguinal Herniorrhaphy Under Local Anaesthesia in Hong Kong. *Journal of the Hong Kong Medical Association*, 42 (2), σελ. 83 -85
27. House, E. R. (1993). *Professional Evaluation: Social Impact and Political Consequences*. CA: Sage
28. Iohom G, Shorten G (2007). Outcome Studies Comparing Regional and General Anesthesia. Στο: Finucane, B. T. (Ed.), *Complications of Regional Anesthesia*. New York: Springer
29. Jonker, J. , Pennink, B. (2003). *The essence of research methodology: A concise guide for master and PhD students in management research*. Berlin: Springer – Verlag
30. Lewin, C. (2005). Elementary quantitative methods. Στο: Somekh, B. , Lewin, C. (2005). *Research methods in the social science*. London: Sage
31. Mouton, J. , Marais, H. C. (1996). *Basic concepts in the methodology of social sciences*. Pretoria: HSRC Publishers
32. Oppenheim, A. N. (1992). *Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement*. London: Continuum
33. Osifo, O. D. , Amusan, T. I. (2010). Outcomes of giant inguinoscrotal hernia repair with local lidocaine anesthesia. *Saudi Medical Journal*, 31 (1), σελ. 53 – 58
34. Scanlon, M. (2001). Issues in research. Στο: Wilkinson, D (2001). *The researcher's toolkit*. London: Taylor & Francis

35. Simons, H. (2005). Ethical responsibility in social research. Στο: Somekh, B. , Lewin, C. , *Research methods in the social science*. London: Sage
36. Wilson, N. , McLean S. (1994). *Questionnaire design: a practical introduction*. University of Ulster Press: Newtown Abbey
37. Wood, M. , Welch, C. (2010). Are ‘Qualitative’ and ‘Quantitative’ Useful Terms for Describing Research? *Methodological Innovations Online*, 5 (1), σελ. 56 – 71

Διαδίκτυο

38. Αγγελόπουλος Ν. Β. (2001). Ψυχιατρικά προβλήματα κατά την προεγχειρητική περίοδο-Βραχεία ανασκόπηση. Αρχεία ελληνικής ιατρικής 2001. 18 (5), 446-450 [www. mednet. gr](http://www.mednet.gr). (ανάκτηση 20. 03. 2012)
39. Καλογεροπούλου Μ. (2011) Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011, 28 (5):667-673. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα. [www. mednet. gr/archives/2011-5/pdf/667. pdf](http://www.mednet.gr/archives/2011-5/pdf/667.pdf) (ανάκτηση 23. 03. 2012).
40. Κανακούδης Φώτης, Παπαγιαννοπούλου Πηνελόπη. Το υπαρκτό πρόβλημα του Μετεγχειρητικού Εμέτου. Ελληνικό περιοδικό περιεγχειρητικής ιατρικής 2003: 1, 40-7. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www. anesthesia. gr/ejournal](http://www.anesthesia.gr/ejournal) (ανάκτηση 23. 03. 2012)
41. Λαμπαδαρίου Αικ, Παπαϊωάννου Ε. , Νασοπούλου Π. , Τανού Β. Κλινικές υποδείξεις περιεγχειρητικής αντιμετώπισης υπερηλίκων. 2004-6 Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα. [www. anaesthesiology. gr/](http://www.anaesthesiology.gr) . . /GUIDELINES. (ανάκτηση 23. 03. 2012)
42. Μητρόπαπας, Γ. (2010). Κήλες κοιλιακού τοιχώματος: Βουβωνοκήλη. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www. mitropapas. gr/surgery_details. php?id=48](http://www.mitropapas.gr/surgery_details.php?id=48) (ανάκτηση 02. 02. 2012)
43. Ρόντος, Κ. , Παπάνης, Ε. (2007). Τεχνικές δειγματοληψίας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://epapanis. blogspot. com/2007/09/blog-post_3247. html](http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_3247.html) (ανάκτηση 10. 02. 2012)

44. Χατζημιγάλη, Α. , Ζουμπρούλη, Α. , Αποστολάκης, Ι. , Δάρας, Τ., Ασκητοπούλου, Ε. (2009). Μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας και παράγοντες κινδύνου εμφάνισης σοβαρής βραδυκαρδίας κατά τη ραχιαία αναισθησία. Πρακτικά 22^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Στατιστικής, σελ. 259 – 268. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.esi-stat.gr/drastiriotites/TOMOS%20PRAKTIKON%20CHANION/pdf/259-268.pdf> (ανάκτηση 02. 02. 2012)
45. Χλόπτσιος, Χ. (2010). Βουβωνοκήλη. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.xn--mxadhoacdf9aabdeqj1cg.gr/arthra_gi.html (ανάκτηση 02. 02. 2012)
46. Milne, C. (2005). Overseeing Research: Ethics and the Institutional Review Board. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/531/1150> (ανάκτηση 10. 02. 2012)
47. Reja, U. , Manfreda, K. L. , Hlebec, V. , Vehovar, V. (2003). Open-ended vs. Close-ended Questions in Web Questionnaires. Metodološkizvezki, 19, σελ. 159 – 177. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://mrvar.fdv.uni-lj.si/pub/mz/mz19/reja.pdf> (ανάκτηση 10. 02. 2012)
48. Roth, W. M. (2005). Ethics as Social Practice: Introducing the Debate on Qualitative Research and Ethics. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/526/1140> (ανάκτηση 10. 02. 2012)
49. Sobrinho, M. V. (2003). Ethics in social research: Social researchers and their responsibilities in establishing ethical relationships with research respondents, research sponsors and co-researchers. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/217.pdf (ανάκτηση 10. 02. 2012)
50. U. S. Office of Personnel Management. (2008). Structured Interviews: A practical guide. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://apps.opm.gov/ADT/ContentFiles/SIGuide09.08.08.pdf> (ανάκτηση 10. 02. 2012)
51. Αντιμετώπιση κηλών. Διαθέσιμο στο <http://www.hariskonstantinidis.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

« ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ »

Ονομάζομαι Φλώρου Παναγιώτα. Είμαι προϊσταμένη Χειρουργείου στο Γ. Ν. Σπάρτης και Φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Εκπονώ τη μεταπτυχιακή μου εργασία που έχει ως κύριο σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης της επιλογής του είδους της αναισθησίας, στην παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα.

Τα αποτελέσματα φιλοδοξώ ότι θα χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, με στόχο την ικανοποίηση των ασθενών.

Θεωρώ τη βοήθειά σας εξαιρετικά σημαντική και γι' αυτό θα ήθελα να σας ζητήσω να λάβετε μέρος σε αυτή τη μελέτη συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο και δίνοντας την έγκρισή σας να ληφθούν στοιχεία από τον ιατρικό σας φάκελο.

Τα στοιχεία αυτά αφορούν

- Τις ημέρες νοσηλείας σας στο νοσοκομείο
 - Την ιατροφαρμακευτική σας περίθαλψη
- Η λήψη των στοιχείων θα γίνει από την ίδια την ερευνήτρια και δεν θα επηρεάσουν την πορεία της νόσου, η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι ανεξάρτητη από τις θεραπευτικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα λάβετε στην κλινική που νοσηλεύεστε.

Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική. Οι απαντήσεις σας θα είναι απόρρητες και ανώνυμες και δεν θα είναι δυνατό να αναγνωρισθεί η ταυτότητά σας από τις απαντήσεις.

Η ερευνητική αυτή μελέτη γίνεται με την έγκριση του Μεταπτυχιακού προγράμματος Σπουδών με τίτλο «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής.

Σας ευχαριστώ πολύ για τη βοήθειά σας,

Φλώρου Παναγιώτα

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου
Πελοποννήσου

Διεύθυνση: Λυκούργου 47 –Σπάρτη Email: giotaflorouspa@gmail.com

1. Ηλικία.....

2. Φύλο

Ανδρας

Γυναίκα

3. Ύψος σώματος

4. Βάρος σώματος

5. Είστε καπνιστής; Ναι Όχι

Εάν απαντήσετε ΝΑΙ

πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;

πόσα έτη καπνίζετε;

<input type="text"/>
<input type="text"/>

6. Στο ιατρικό ιστορικό σας υπάρχει κάποιο από τα παρακάτω νοσήματα;

Σακχαρώδης διαβήτης

Υπέρταση

Εγκεφαλικό επεισόδιο

Καρδιοπάθεια

Καρκινικό νόσημα

7. Έχετε διαταραχές ύπνου;

Ναι Όχι

Αν ναι, ποιες από τις παρακάτω;

Αϋπνίες

Έντονους και συχνούς εφιάλτες

Συχνό ξύπνημα

Άλλο

8. Έχετε άγχος;

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

9. Νιώθετε όταν ξυπνάτε το πρωί κουρασμένος/η;

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

Αν ναι, πόσο συχνά συμβαίνει;

Καθημερινά

4-5 φορές την εβδομάδα

2-3 φορές την εβδομάδα

1 φορά την εβδομάδα

10. Είχατε υποβληθεί στο παρελθόν σε επέμβαση κήλης ή άλλου είδους επέμβαση;

Ναι

Όχι

11. Τι είδους αναισθησία θα προτιμούσατε για να χειρουργηθείτε;

Γενική

Ραχιαία

Τοπική

Τοπική με καταστολή

Δεν γνωρίζω

12. Είχατε ενημερωθεί για το είδος της αναισθησίας που θα λαμβάνατε κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης;

Ναι

Όχι

13. Από πού προερχόταν η ενημέρωσή σας;

Ενημέρωση από τον χειρουργό μου

Ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό

Ενημέρωση από τον αναισθησιολόγο

Ενημέρωση από άλλο χειρουργημένο άτομο

Ενημέρωση από τα ΜΜΕ

Από αλλού

(γράψτε την πηγή σας).

[Μπορείτε να έχετε περισσότερες από μία επιλογές]

14. Είχατε συμμετοχή στην επιλογή του είδους της αναισθησίας;

Ναι

Όχι

15. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης είχατε κάποιο από τα κάτωθι συμπτώματα;

Πόνο

Ναυτία

Εμετό

Πονοκέφαλο

Πονόλαιμο

Άλλο..... γράψτε ποιό.

[Μπορείτε να έχετε περισσότερες από μία επιλογές]

16. Μετά την επέμβαση είχατε κάποιο από τα κάτωθι συμπτώματα; Μετά από πόσο χρονικό διάστημα

Πόνος 1-2 ώρες 2-6 ώρες 6-12 ώρες 12-24 ώρες 24-ανω

Ναυτία 1-2 ώρες 2-6 ώρες 6-12 ώρες 12-24 ώρες 24-ανω

Εμετός 1-2 ώρες 2-6 ώρες 6-12 ώρες 12-24 ώρες 24-ανω

Πονοκέφαλος 1-2 ώρες 2-6 ώρες 6-12 ώρες 12-24 ώρες 24-ανω

Πονόλαιμος 1-2 ώρες 2-6 ώρες 6-12 ώρες 12-24 ώρες 24-ανω

Άλλο. Γράψτε ποιο

..... 1-2 ώρες 2-6 ώρες 6-12 ώρες 12-24 ώρες 24-ανω

17. Πόση ώρα μετά την επέμβαση είχατε τη δυνατότητα να σηκωθείτε από το κρεβάτι

1-2 ώρες

2-6 ώρες

6-12 ώρες

12-24 ώρες

άνω από 24 ώρες

18. Πόση ώρα μετά την επέμβαση είχατε τη δυνατότητα για ούρηση;

1-2 ώρες

2-6 ώρες

6-12 ώρες

12-24 ώρες

άνω από 24 ώρες

19. Πόση ώρα μετά την επέμβαση είχατε τη δυνατότητα να φάτε;

1-2 ώρες

2-6 ώρες

6-12 ώρες

12-24 ώρες

άνω από 24 ώρες

20. Θα επιλέγατε ξανά την ίδια αναισθησία ;

Ναι

Όχι

21. Αν όχι, τι σας κάνει να μην θέλετε την ίδια αναισθησία ξανά.

Πόνος

Ναυτία

Εμετός

Πονοκέφαλος

Πονόλαιμος

Άλλο

22. Βαθμολογήστε από το μηδέν έως το εκατό την παροχή υπηρεσιών που λάβατε από το ακόλουθο προσωπικό του Νοσοκομείου (με 0 την χειρότερη και 100 την καλύτερη);

Ιατρικό προσωπικό

Νοσηλευτικό προσωπικό

Διοικητικό προσωπικό

23. Ποια είναι η κατάσταση της υγείας σας τώρα.

Αριστη

Πολύ καλή

Καλή

Μέτρια

Κακή

Πολύ κακή

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΙΠΠΙΣΤΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ
« ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΕΛΙΣ ΔΙΕΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ »

Ημερομηνία:

11/07/2011

Αρ. Πρωτ.:

Φ/Γ/2/10518

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Γραμματείας

Πληροφορίες: Ελ. Κωνσταντοπούλου, Τηλ. 2731093376, FAX: 2731029058 email: ekonsta@hosspa.gr

ΠΡΟΣ

κ. Φλώρου Παναγιώτα,
Προϊστ. Χειρουργείου
ΕΝΤΑΥΘΑ

ΘΕΜΑ : Έγκριση χορήγησης στοιχείων .

ΣΧΕΤΙΚΑ : α) Η από 16-06-2011 αίτησή σας.

β) Η υπ' αρ. πρωτ.15168 /07-07-2011 έγκριση της 6^{ης} Υ.ΠΕ.

Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με το σχετικό (β) εγκρίθηκε το αίτημά σας για την συλλογή στοιχείων από το Νοσοκομείο μας, για την διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης με τίτλο « Επίδραση της επιλογής του είδους της αναισθησίας κατά την αποκατάσταση βουβωνοκήλης στην παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα », με την υποχρέωση της τήρησης των διατάξεων περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και την κοινοποίηση των αποτελεσμάτων των ερευνών στην Διοίκηση της 6^{ης} Υ.ΠΕ.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

- 1.Γραφείο Εκπαίδευσης
2. Δ/ντες Υπηρεσιών
3. Τμήμα Προσωπικού
4. Τμήμα Γραμματείας



Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Δ.Υ

ΕΥΑΓΓ. ΤΡΟΥΓΚΑΚΟΣ