



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ζητήματα προ-εγχειρητικού και μετεγχειρητικού
άγχους και νοσηλευτική διεργασία.**



Λαμπρινή Βλάχου ΑΜ: 16840

Όλγα Δήμου ΑΜ:16819

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος του 2019

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτρια κα. Γκούβα Μαίρη κυρίως για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, και την υπομονή που έκανε κατά τη διάρκεια υλοποίησης της πτυχιακής μας εργασίας. Όπως επίσης και για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση της, για την επίλυση διάφορων θεμάτων. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές που ήταν δίπλα μας στην διάρκεια των σπουδών μας. Καθώς επίσης να απευθύνουμε τις ευχαριστίες μας στην οικογένεια μας , οι οποίοι στήριζαν τις σπουδές μας με διάφορους τρόπους, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωση μας.

«Δηλώνουμε υπεύθυνα ότι το παρόν κείμενο αποτελεί προϊόν προσωπικής μελέτης και εργασίας και πως όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για τη συγγραφή της δηλώνονται σαφώς είτε στις παραπομπές είτε στη βιβλιογραφία.

Γνωρίζουμε πως η λογοκλοπή αποτελεί σοβαρότατο παράπτωμα και είμαστε ενήμερες για την επέλευση των νομίμων συνεπειών»

Πίνακας Περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	ΣΕΛ 2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ΣΕΛ 6
ABSTRACT.....	ΣΕΛ 7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	ΣΕΛ 8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΣΕΛ 8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	ΣΕΛ10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	ΣΕΛ11
1.1 Ορισμός υγείας.....	ΣΕΛ11
1.2 Ασθένεια	ΣΕΛ13
1.3 Κατηγορίες χειρουργείων	ΣΕΛ15
1.3.1 Υψηλού κινδύνου	ΣΕΛ16
1.3.2 Ενδιάμεσου κινδύνου.....	ΣΕΛ17
1.3.3 Χαμηλού κινδύνου.....	ΣΕΛ17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΠΡΟ-ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	ΣΕΛ18
2.1 Εισαγωγή του Ασθενή	ΣΕΛ18
2.1.1 Λήψη Ιστορικού.....	ΣΕΛ20
2.1.2 Εξετάσεις.....	ΣΕΛ21
2.1.3 Ιατρική εκτίμηση	ΣΕΛ23
2.1.4 Αποτελέσματα –Λήψη αποφάσεων	ΣΕΛ23
2.2 Ψυχολογία ασθενή.....	ΣΕΛ25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΆΓΧΟΣ	ΣΕΛ27
3.1 Έννοια Άγχους	ΣΕΛ27
3.1.1 Επίπεδα άγχους.....	ΣΕΛ32
3.1.2 Επιπτώσεις.....	ΣΕΛ34
3.2 Αντιμετώπιση νοσηλευτικού προσωπικού.....	ΣΕΛ35
3.2.1 Ηθική νοσηλευτών απέναντι στους ασθενής.....	ΣΕΛ37
3.2.2 Σχέση ασθενή – νοσηλευτή	ΣΕΛ42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	ΣΕΛ47
4.1 Κατηγορίες ασθενών	ΣΕΛ47
4.1.1 Παιδιά.....	ΣΕΛ48

4.1.2	Ενήλικες	ΣΕΛ51
4.1.3	Ηλικιωμένοι.....	ΣΕΛ53
4.2	Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση του άγχους των ασθενών	ΣΕΛ55
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΣΕΛ59
5.1	Εισαγωγή στη μονάδα Μετά-Αναισθητικής φροντίδας	ΣΕΛ59
5.2	Έξοδος από την μονάδα.....	ΣΕΛ61
5.2.1	Μεταφορά ασθενή στο θάλαμο	ΣΕΛ62
5.2.2	Μετεγχειρητικός έλεγχος ασθενή	ΣΕΛ63
5.2.3	Ψυχολογία ασθενή	ΣΕΛ65
5.2.4	Νοσηλευτική αντιμετώπιση.....	ΣΕΛ66
5.3	Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	ΣΕΛ68
5.3.1	Ψυχολογία ασθενή.....	ΣΕΛ69
5.3.2	Νοσηλευτική αντιμετώπιση	ΣΕΛ70
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	ΣΕΛ72
	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	ΣΕΛ75
	ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ	ΣΕΛ76
1.	Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης	ΣΕΛ77
2.	Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος.....	ΣΕΛ77
2.1.	Παρουσίαση του Ιστορικού των συμπτωμάτων	ΣΕΛ77
2.2.	Παρουσίαση του Κοινωνικού Ιστορικού	ΣΕΛ78
2.3.	Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου	ΣΕΛ79
2.4.	Στόχοι φροντίδας.....	ΣΕΛ80
2.5.	Συμπεράσματα – Προτάσεις	ΣΕΛ83
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	ΣΕΛ85

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό την διαχείριση του άγχους των ασθενών πριν και μετά από μία χειρουργική επέμβαση. Το άγχος τα τελευταία χρόνια επηρεάζει σημαντικά τη ζωή και την καθημερινότητά μας, είναι μια κατάσταση που τη βιώνουμε όλοι σε διαφορετικό βαθμό. Αντιπροσωπεύει ένα από το πιο σοβαρό πρόβλημα στον κλινικό χώρο του χειρουργείου. Συχνά το άγχος των ασθενών που προγραμματίζονται για μια χειρουργική επέμβαση, προέρχεται από λανθασμένες αντιλήψεις για το τι, πρόκειται να συμβεί κατά την επέμβαση και για το ποιές θα είναι μετέπειτα συνέπειες αυτού. Η επίδραση του άγχους μπορεί να επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις, τόσο στην ψυχική, όσο και σωματική υγεία του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, η προετοιμασία του ασθενή για το χειρουργείο, και η προ-εγχειρητική εκτίμηση, αποτελούν σημαντικό στοιχείο για την σωστή μετεγχειρητική ανάρρωση. Η κατάλληλη προ-εγχειρητική φροντίδα αποτελεί ένα μέσο για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων του χειρουργικού ασθενή, που συμβάλλει στην μείωση του μετεγχειρητικού πόνου, στην βελτίωση της ποιότητας ζωής, στην μετεγχειρητική τους ευημερία και ανάκαμψη και στην πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η σωστή ενημέρωση και η επικοινωνία, αποτελούν βασικό τμήμα μιας καλής επαγγελματικής συμπεριφοράς στην νοσηλευτική και η βάση για την δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης, που θα βοηθήσει στην βελτίωση της φροντίδας, με στόχο την ομαλή εξέλιξη και την μείωση του άγχους. Η ανάλυση των στρεσογόνων παραγόντων και η διερεύνηση πηγών άγχους και βιολογικών αιτιών, με στόχο την εξάλειψη έντονων συναισθημάτων, που συνοδεύουν τον ασθενή στο χώρο του χειρουργείου. Πρέπει πριν το χειρουργείο να προετοιμάζονται όσο καλύτερα γίνεται οι ασθενείς και να μειωθεί όσο το δυνατόν περισσότερο το άγχος. Τέλος, ο πιο σημαντικός παράγοντας είναι η ανάδειξη του ρόλου του νοσηλευτή, τόσο στην διαχείριση του άγχους και των ψυχολογικών παραγόντων, όσο και στην συνολική φροντίδα και αποκατάσταση του χειρουργικού ασθενή. Γενικά μια εισαγωγή στο νοσοκομείο επιφέρει διάφορες επιπτώσεις στη κατάσταση του ασθενή διότι είναι μια άσχημη ψυχολογική εμπειρία ,αλλά από την πλευρά του ο νοσηλευτής έχει υποχρέωση να συμβάλει σε αυτό.

Λέξεις - Κλειδιά: Άγχος, υγεία, ασθένεια, προεγχειρητικό, μετεγχειρητικό, ψυχολογία ασθενή, νοσηλευτική αντιμετώπιση.

ABSTRACT

The purpose of this study is to manage patients' anxiety before and after surgery. Stress in recent years has significantly affected our lives and our daily lives, a situation we all experience to varying degrees. It represents one of the most serious problems in the clinical area of surgery. Often the anxiety of patients who are scheduled for surgery comes from misunderstandings about what is going to happen during surgery and what its consequences will be. The effect of stress can have a significant impact on both the mental and physical health of the patient. In particular, patient preparation for surgery, and pre-operative evaluation, are important elements for proper postoperative recovery. Proper pre-operative care is a means of addressing the psychological impact of the surgical patient, helping to reduce post-operative pain, improve quality of life, their post-operative well-being and recovery, and prevent post-operative complications.

Proper information and communication are an essential part of good nursing professional behavior and the foundation for building a trusting relationship that will help improve care, with the aim of smooth development and reducing stress. The analysis of stressors and the investigation of sources of stress and biological causes in order to eliminate the intense emotions that accompany the patient in the operating room.

Before surgery, patients should be well prepared and stress reduced as much as possible. Finally, the most important factor is highlighting the role of the nurse, both in managing stress and psychological factors, as well as in the overall care and rehabilitation of the surgical patient. Generally a hospital admission has several implications for the patient's condition because it is a bad psychological experience, but the nurse is obliged to contribute to it.

Key words: Anxiety, Health, Illness, Preoperative, Postoperative, Patient Psychology, Nursing.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ολοκλήρωση των σπουδών μας στο ΤΕΙ Ηπείρου, και αποτελεί εργασία έρευνας και καταγραφής. Το θέμα της πτυχιακής εργασίας είναι ζητήματα προ-εγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους και νοσηλευτική διεργασία. Η επιλογή μας στο συγκεκριμένο θέμα έγινε λόγω επαγγελματικής εμπειρίας και ενδιαφέρον στο συγκεκριμένο θέμα που πλήττει πολλούς ασθενείς κατά εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα για την αυξημένη εμφάνιση άγχους. Το άγχος, θεωρείται ότι είναι μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, και αποτελεί μέρος της χειρουργικής διαδικασίας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αβεβαιότητα για την έκβαση του χειρουργείου, στην ανασφάλεια, στον φόβο μπροστά στον μετεγχειρητικό πόνο και στις πιθανές επιπλοκές, στο φόβο του αποχωρισμού από την οικογένεια, στο φόβο της αναισθησίας καθώς και στην απώλεια της αυτονομίας και του ελέγχου. Οι χειρουργικές επεμβάσεις συμπεριλαμβάνουν επεμβατικές τεχνικές και χειρουργικές διαδικασίες που επιβαρύνουν τον ασθενή σε σωματικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο και προκαλούν άγχος τόσο στον ίδιο όσο και στους οικείους του. Η χειρουργική επέμβαση, αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση του προ-εγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους.

Το ψυχολογικό άγχος των ασθενών, μπορεί ακόμη να οφείλεται στην πρόβλεψη του μετεγχειρητικού πόνου, στον διαχωρισμό από την οικογένεια, τα παθολογικά ευρήματα, τον φόβο της χειρουργικής επέμβαση, της αναισθησίας και του θανάτου. Η χειρουργική διαδικασία εκλαμβάνεται ως απειλή για την υγεία του ασθενούς, και αποτελεί ένα στρεσογόνο γεγονός που μπορεί να πυροδοτήσει συναισθηματικές, γνωσιακές και

φυσιολογικές αντιδράσεις. Η ποιότητα ζωής, καταλαμβάνει την μεγαλύτερη σημασία στην προσαρμογή των ασθενών μετά την χειρουργική επέμβαση. Η ένταση και ο βαθμός που κάθε ασθενής βιώνει άγχος, εξαρτάται από τις εμπειρίες, την ηλικία, το φύλο, το είδος και την έκταση της χειρουργικής επέμβασης, επίσης λαμβάνει υπόψη την προηγούμενη χειρουργική εμπειρία, την προσωπικότητα, καθώς και την αντιμετώπιση του κάθε ασθενή σε αγχωτικές καταστάσεις.

Η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται σήμερα περισσότερο στην ψυχολογική φροντίδα και τη διαχείριση του άγχους, οι οποίες έχουν γίνει κύριο στήριγμα της νοσηλευτικής περίθαλψης, σε ασθενείς που προγραμματίζονται για χειρουργική επέμβαση . Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός για την προετοιμασία του ασθενούς κατά την προ-εγχειρητική περίοδο, την υποστήριξή του κατά το χειρουργείο και την διασφάλιση της σωστής παρακολούθησης και φροντίδας μετά το χειρουργείο. Επίσης, ιδιαίτερα σημαντική είναι η ενημέρωση, η παροχή πληροφοριών σχετικά με τις διαδικασίες διάγνωσης και θεραπείας, τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες και τις πιθανές επιπλοκές. Καθώς και τις εναλλακτικές λύσεις, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορέσει να επιλέξει σωστά και να πάρει τις αποφάσεις που απαιτούνται, αλλά και να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή συνεργασία του στις διαδικασίες αυτές. Με βάση τα παραπάνω φαίνεται πως η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί ένα σημαντικό θέμα που απασχολεί τους νοσηλευτές και επηρεάζει τον τρόπο επικοινωνίας την παροχή κλινικής φροντίδας αλλά και την πορεία του ασθενούς.

Στα επόμενα κεφάλαια θα αναλύσουμε όλα αυτά τα θέματα που αναφέραμε για τον προ-εγχειρητικό και τον μετεγχειρητικό έλεγχο, το άγχος των ασθενών στην διαδικασία του χειρουργείου και ποιος ο ρόλος του νοσηλευτή σε όλες αυτές τις διαδικασίες.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

1.1 Ορισμός υγείας

Ο ορισμός της υγείας που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Ορισμού υγείας (WHO) το 1946, είναι ο παράγοντας που μετράει την φυσική ,ψυχολογική ακόμη και την πνευματική κατάσταση ενός ζωντανού οργανισμού. Με άλλα λόγια η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρης σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας(DeWit, 2019).

Ο τεράστιος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την κοινωνική αναπαράσταση που έχει ο πληθυσμός για την υγεία του. Στην σύγχρονη εποχή κυριαρχούν δύο βασικές προσεγγίσεις , η μια είναι το βιοιατρικό μοντέλο υγείας και το άλλο το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας. Το πρώτο στηρίζεται στο σύγχρονο τρόπο παροχής υγείας και το δεύτερο αποτελεί μια νέα μορφή προσέγγισης(Παπαδάτου & Αναγνωστόπούλος, 2012).

Η υγεία είναι το ανθρώπινο δικαίωμα και η προσωπική ευθύνη κάθε ενήλικα για την ανάπτυξη και την πρόοδο του ατόμου και της κοινωνίας. Η υγεία του κάθε ατόμου εξαρτάται από γενετικούς παράγοντες, περιβαλλοντολογικούς (τρόπος διαβίωσης, κατοικία, εργασία, συνθήκες εργασίας ρύπανση περιβάλλοντος) παράγοντες συνθηκών ζωής (διατροφή, κάπνισμα, άσκηση, χρήση εθιστικών ουσιών, συμπεριφορά), παράγοντες σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας και παράγοντες εκπαίδευσης υγείας, επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του δίπολου υγείας-ασθένειας(Ραγιά, 2009).



Ο όρος υγείας όμως δεν αποδίδεται μόνο στην ιατρική αλλά σε πολλούς άλλους παράγοντες, η οποία διαχωρίζεται στις ακόλουθες τρεις κατηγορίες:

- **Ψυχική υγεία:**

Η ψυχική υγεία αναφέρεται σε μια ανθρώπινη κατάσταση, την συναισθηματική και την ψυχολογική ευεξία. Η ψυχική υγεία είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα επίπεδο γνωστικής και συναισθηματικής ευεξίας, ακόμη και την απουσία μιας ψυχικής διαταραχής.

Η ψυχική υγεία και ψυχική ασθένεια δεν είναι αντιφατικοί όροι. Με άλλα λόγια, η απουσία μιας αναγνωρισμένης ψυχικής διαταραχής δεν είναι κατ' ανάγκην ένας δείκτης της ψυχικής υγείας.

- **Δημόσια υγεία:**

Η δημόσια υγεία είναι η μελέτη και η πρακτική στην αντιμετώπιση των απειλών για την υγεία ενός πληθυσμού μιας κοινωνίας.

Δίνει ιδιαίτερη προσοχή στο κοινωνικό πλαίσιο της νόσου και τη δυστυχία, και εστιάζει στη βελτίωση της υγείας σε όλη την κοινωνία, μέσω μέτρων όπως οι εμβολιασμοί και η φθορίωση του πόσιμου νερού.

Η επίτευξη του στόχου της δημόσιας υγείας είναι να βελτιώσει την ζωή μέσα από την πρόληψη ή τη θεραπεία της νόσου.

Η δημόσια υγεία μπορεί να εφαρμοστεί σε ένα πληθυσμό μόλις μια χούφτα ανθρώπων ή στο σύνολο του ανθρώπινου πληθυσμού.

- **Υγειονομική περίθαλψη:**

Η υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει την πρόληψη, τη θεραπεία καθώς και την διαχείριση των ασθενειών, καθώς και την προστασία της ψυχικής και σωματικής ευεξίας.

Η υγειονομική περίθαλψη αγκαλιάζει το σύνολο των αγαθών και των υπηρεσιών που αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, της θεραπευτικής και της παρηγορητικής παρέμβασης, είτε απευθύνονται σε άτομα ή σε πληθυσμούς. Η οργανωμένη παροχή των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να αποτελέσει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Οι υπηρεσίες προσφέρονται από το ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και γενικότερα από τους επαγγελματίες υγείας (Osborn, Wraa, Watson, Holleran, 2014).

1.2 Ασθένεια

Με τον ορισμό της ασθένειας αναφερόμαστε στη μη φυσιολογική κατάσταση ενός ζωντανού οργανισμού, δηλαδή στη μια διατήρηση της ομοιόστασης, η οποία είναι η φυσιολογική κατάσταση αυτού. Η ασθένεια παρουσιάζεται σαν διαταραχή ή παθολογοανατομική αλλοίωση σωματικού οργάνου, που επηρεάζει τις περισσότερες ή και όλες τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Διαταράσσεται όλος σχεδόν ο οργανισμός με την εμφάνιση κάποιας ασθένειας, διότι κατά τη σύγχρονη άποψη, κάθε όργανο δεν λειτουργεί ανεξάρτητα από τα άλλα. Υπάρχει «ενιαία οργανική δυσλειτουργία, διεπόμενη από τον ψυχικό παράγοντα». Επίσης η ασθένεια περιγράφεται σαν αποτυχία ή διαταραχή στην ανάπτυξη, τις λειτουργίες και τις προσαρμογές του ψυχοσωματικού οργανισμού του ανθρώπου ως συνόλου ή ενός από τα συστήματα του με επηρεασμό ολόκληρου του ατόμου. Είναι πράγματι στενές και αλληλένδετες οι σχέσεις μεταξύ των διαφόρων οργάνων και συστημάτων του οργανισμού, μεταξύ σώματος και ψυχής και μεταξύ του όλου ανθρώπου και του περιβάλλοντός του. Πολλές φορές μια ψυχική κατανόηση, διαπροσωπική σύγκρουση ή παρατεταμένο άγχος κάμπτουν τη

φυσιολογική αντίσταση, υποβαθμίζουν την άμυνα του οργανισμού, προκαλούν ευαισθησία και επιταχύνουν την εκδήλωση της αρρώστιας.(Ράγια, 2009)

Μια ασθένεια μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες οι οποίοι είναι:

- Παθογόνοι οργανισμοί.
- Γενετικές ανωμαλίες.
- Περιβάλλον και τρόπος ζωής.
- Ψυχολογικές διαταραχές.
- Κληρονομικές δυσλειτουργίες.

Ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή διακρίνονται στις ελαφριές ασθένειες η οποία μπορεί να είναι ένα κρυολόγημα, τις μέτριες ασθένειες η οποίες μπορεί να είναι μια ανεμοβλογιά και τέλος τις σοβαρές ασθένειες οι οποίες μπορεί να είναι ένας καρκίνος σε διάφορες μορφές. Όμως ο κάθε οργανισμός έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και ανταπεξέρχεται με διαφορετικό τρόπο στις διάφορες παθήσεις, η οποία μπορεί να επαναληφτεί αρκετές φορές στον ίδιο τον οργανισμό .Η ασθένεια είναι προσωπική οδυνηρή εμπειρία και ψυχολογική κρίση. Ιδιαίτερα όταν χρονίζει, επηρεάζει όχι μόνο το ίδιο το άτομο αλλά και την οικογένειά του(DeWit, 2009).

Το είδος και η έκταση του επηρεασμού εξαρτάται κυρίως από τρεις παράγοντες:

1. Ποιο μέλος της οικογένειας είναι άρρωστο.
2. Πόσο σοβαρή και παρατεταμένη είναι η αρρώστια.
3. Ποιες είναι οι κοινωνικές συνήθειες της οικογένειας.

Οι αλλαγές που μπορούν να συμβούν συνήθως στην οικογένεια είναι:

- Αλλαγές στους προσωπικούς ρόλους.
- Ανακατανομή έργων .
- Αυξημένο στρες για την έκβαση της αρρώστιας.
- Οικονομικά προβλήματα.
- Αισθήματα μόνωσης ως αποτέλεσμα χωρισμού και επικείμενης απώλειας του αρρώστου.
- Αλλαγή στις κοινωνικές συνήθειες(Ράγια, 2009).

1.3 Κατηγορίες χειρουργείων

Οι χειρουργικές επεμβάσεις κατηγοριοποιούνται με πολλούς τρόπους , η κάθε κατηγοριοποίηση μιας χειρουργικής επεμβάσεις δίνει την δυνατότητα στον ασθενή να του παρέχονται κάποιες πληροφορίες σχετικά με την συγκεκριμένη επέμβαση. Επίσης επιτρέπει στο νοσηλευτή, την διαμόρφωση της προ-εγχειρητικής εκπαίδευσης του ασθενή.

Μία χειρουργική επέμβαση κατηγοριοποιείται σύμφωνα με την κατάσταση της, η οποία είναι :

- Ανατομική θέση χειρουργείου.
- Τη συγκεκριμένη επέμβαση που θα πραγματοποιηθεί.
- Το σκοπό.
- Την επείγουσα κατάσταση.
- Και το βαθμό κινδύνου όπου θα αναλύσουμε και στην συνέχεια.



Ένα χειρουργείο μπορεί να πραγματοποιηθεί για λόγους διαγνωστικούς, θεραπευτικούς, αποκατάστασης, παρηγορητικούς ακόμη και αισθητικούς. Για να πραγματοποιηθεί ένα χειρουργείο θα πρέπει να γίνουν και κάποιες διαγνωστικές εξετάσεις για να επιβεβαιωθεί μια ιατρική διάγνωση, ώστε ο χειρουργός να αποφασίσει τις περαιτέρω επεμβάσεις ή θεραπείες που χρειάζεται ο ασθενής, η διαδικασία αυτή καλείται ως διερευνητικό χειρουργείο. Στην συνέχεια θα αναπτύξουμε όλους τους λόγους πραγματοποίησής ενός

χειρουργείου. Για παράδειγμα οι θεραπευτικές επεμβάσεις πραγματοποιούνται με σκοπό την αποκατάσταση μιας ασθένειας ή κατάστασης. Σε αντίθεση με το χειρουργείο αποκατάστασης το οποίο πραγματοποιείται για την επίτευξη μιας φυσιολογικής λειτουργίας και εμφάνισης(Osborn,Wraa,Watson,Holleran,2014).

Επίσης οι παρηγορητικές επεμβάσεις πραγματοποιούνται για να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματα που προκαλούνται από κάποια ασθένεια ή κατάσταση και για τον λόγο αυτό δεν απαιτείται θεραπεία. Ενώ οι αισθητικές επεμβάσεις πραγματοποιούνται για την βελτίωση της φυσικής εμφάνισης. Μια χειρουργική επέμβαση ταξινομείται και με το πόσο επείγον είναι να πραγματοποιηθεί , και γι αυτό χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες:

- Εκλεκτικές επεμβάσεις οι οποίες είναι αυτές που προγραμματίζονται εκ των προτέρων και επιτρέπει την ψυχολογική και σωματική προετοιμασία του ασθενούς.
- Επείγουσες επεμβάσεις οι χειρουργικές επεμβάσεις που θα πρέπει να πραγματοποιηθούν μέσα στις επόμενες 48 ώρες αλλά δεν απειλείται άμεσα η ζωή του ασθενή.
- Κατεπείγον χειρουργείο είναι το χειρουργείο που πρέπει να πραγματοποιηθεί άμεσα γιατί ο ασθενής μπορεί να μείνει ανάπηρος ή να καταλήξει σε θάνατο(Osborn,Wraa,Watson,Holleran, 2014).

1.3.1 Υψηλού κινδύνου

Τα χειρουργεία υψηλού κινδύνου είναι τα χειρουργεία που παρουσιάζουν μεγαλύτερο αριθμό επεμβάσεων και σοβαρότερες επιπλοκές. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι κατεπείγουσες επεμβάσεις :

- Χειρουργεία σε αγγεία.
- Παρατεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις.
- Καρδιολογικές επεμβάσεις κ.α (Osborn,Wraa,Watson,Holleran, 2014).

1.3.2 Ενδιάμεσου κινδύνου

Οι χειρουργικές επεμβάσεις ενδιάμεσου κινδύνου χαρακτηρίζονται ως μέσου κινδύνου οι οποίες και αυτές παρουσιάζονται σε μεγάλο βαθμό αλλά δεν μπορούν να προκαλέσουν πολύ σοβαρές επιπλοκές και είναι:

- Ενδαρτηρεκτομή καρωτίδας.
- Χειρουργεία στο κεφάλι.
- Ορθοπεδικά.
- Προστάτη κ.α (Osborn,Wraa,Watson,Holleran, 2014).

1.3.3 Χαμηλού κινδύνου

Χαμηλού κινδύνου χειρουργικές επεμβάσεις είναι οι επεμβάσεις που παρουσιάζουν ελάχιστες επιπλοκές και όταν αυτές εμφανιστούν δεν είναι τόσο σοβαρές για τον ασθενή και δεν απαιτούν κάποια σοβαρή θεραπεία. Τέτοια χειρουργεία είναι :

- Ενδοσκοπικές επεμβάσεις.
- Επιφανειακές επεμβάσεις.
- Χειρουργεία καταρράκτη.
- Χειρουργεία για αισθητικούς λόγους κ.α(Osborn,Wraa,Watson,Holleran, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΠΡΟ-ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

2.1 Εισαγωγή του Ασθενή

Όταν ο άνθρωπος έρθει αντιμέτωπος με μία απειλή, όπως στην περίπτωση μίας χειρουργικής επέμβασης, είναι αναμενόμενο να διακατέχεται από έντονη ανησυχία και stress. Στην αίσθηση του φόβου για το άγνωστο που θα ακολουθήσει, ο οργανισμός μας παράγει την αδρεναλίνη, μία ορμόνη, που μας προετοιμάζει να αντιμετωπίσουμε τους επικείμενους κινδύνους. Η υπερέκκριση της αδρεναλίνης, είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση μίας σειράς κλινικών σημείων όπως ταχυκαρδία, κάνοντας την καρδιά μας να λειτουργεί ταχύτερα, για να οξυγονωθούν μέσω του αίματος οι μύες και ο εγκέφαλος. Οι πνεύμονες ανοίγουν για να πάρουν περισσότερο οξυγόνο και επομένως ο ασθενής που διακατέχεται από έντονο άγχος, έχει το αίσθημα της ασφυξίας, ή της ταχύπνοιας. Ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να ελέγχει όλους τους στρεσογόνους παράγοντες που επηρεάζουν το νοσηλευόμενο. Ο νοσηλευόμενος κυριεύεται από ανησυχία ανεξαρτήτως του λόγου που βρίσκεται στο νοσοκομείο, ειδικά όταν το πρόβλημα υγείας δεν έχει ακόμα διαγνωστεί, όταν αυτά διαγνωστούν ο ασθενής ανησυχεί για τα προβλήματα υγείας και πως αυτά θα επηρεάσουν την ζωή του (Rana & Urton, 2009).

Επιπλέον στις περιπτώσεις έντονου stress, ο ασθενής είναι δυνατό να παρουσιάζει διαταραχές στο γαστρεντερολογικό του σύστημα, όπως ναυτία, εμετός, κράμπες στο στομάχι κ.α. Σύνηθες σύμπτωμα, πως ο ασθενής είναι αγχωμένος αποτελούν και οι διαταραχές ύπνου (ανήσυχος ύπνος, αϋπνία κ.α.) (Αναστασίου, 2014). Άλλα κλινικά σημεία, στην περίπτωση προ-εγχειρητικού άγχους, που σχετίζονται με το συναισθηματικό υπόβαθρο του ασθενή είναι τα αισθήματα αμφιθυμίας, μελαγχολίας, απελπισίας και φόβου που τον διακατέχουν για την επικείμενη επέμβαση (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2014).



Ο προ-εγχειρητικός έλεγχος στοχεύει στον σχεδιασμό ενός σταθερά επαναλαμβανόμενου συστήματος μελέτης του αρρώστου που πρόκειται να υποστεί χειρουργική επέμβαση.

Το αυστηρά αυτό επαναλαμβανόμενο σύστημα περιορίζει την πιθανότητα σφάλματος ή παραλείψεων με τρόπο ώστε όλοι οι ασθενείς να επιστώνται προ-εγχειρητικό έλεγχο που σκοπό έχει:

- Την αποκάλυψη διάφορων παθήσεων διαφόρων συστημάτων.
- Εάν διαπιστωθούν παθήσεις οργάνων ή συστημάτων από το βασικό έλεγχο, να απαιτηθεί ευρύτερος έλεγχος με περισσότερες εξετάσεις .
- Τη βελτίωση ή ίαση των προϋπαρχόντων νοσημάτων(Rana & Urton, 2009).

Ο σκοπός όλων αυτών είναι η εκτέλεση της επέμβασης με τις καλύτερες δυνατές προοπτικές, με αποτέλεσμα την κατά το δυνατόν καλύτερη δι-εγχειρητική πορεία.

Σε μια τακτική εισαγωγή ο ασθενής έχει προγραμματίσει την εισαγωγή του , η οποία ξεκινάει από το Τμήμα Κίνησης Ασθενών, αφού πρώτα πραγματοποιηθούν και οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις. Ο ασθενής θα πρέπει να έχει μαζί του το βιβλιάριο του, αποδεικτικό ασφαλιστικής ικανότητας και τον αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης ΑΜΚΑ. Ενώ αντίθετα στην επείγουσα εισαγωγή γίνεται από το τμήμα επαγόντων περιστατικών σε ημέρες εφημερίας των νοσοκομείων. Ωστόσο η εισαγωγή ενός ασθενή πέρα του γραφειοκρατικού , επιφέρει και κάποιες αρνητικές συνέπειες στον ασθενή η οποίες μπορεί να είναι ψυχολογικές , κοινωνικές ακόμη και σωματικές , οι οποίες μπορεί

να οφείλονται σε εμπειρίες που είναι εξαιρετικά στρεσογόνες. Σημαντική επίδραση στον ασθενή έχει το προσωπικό του νοσοκομείου το οποίο έχει και την ευθύνη για την βελτίωση των επιπτώσεων αυτών. Για τους νοσηλευτές είναι ένας χώρος εργασίας στο οποίο έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με αρκετούς ασθενείς και διάφορες παθήσεις. Ενώ για τους ασθενείς είναι ένας χώρος οι οποίοι χάνονται στην δομή και την γλώσσα του νοσηλευτικού προσωπικού και γενικότερα την διαδικασία της νοσηλείας. Ο ασθενής κυριεύεται από αγωνία ανεξαρτήτως του λόγου που βρίσκετε στο νοσοκομείο , ανησυχεί για τα αποτελέσματα της διάγνωσης , τον τρόπο θεραπείας και τα τυχόν προβλήματα που θα προκύψουν στην πορεία. (Rana & Upton, 2009).

Υπάρχει συσχέτιση του προ-εγχειρητικού άγχους με την εμφάνιση του πόνου, μετά από μία χειρουργική επέμβαση. Σε μελέτη που έγινε σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική ορθοπεδική επέμβαση, των οποίων αξιολογήθηκε η προ-εγχειρητική συναισθηματική κατάσταση, προκύπτει ότι ένας στους τρεις ασθενείς έχει πόνο κατά την διάρκεια της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου, και ότι οι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς, έχουν μέτριο έως έντονο άλγος, εντός των πρώτων 24ώρων. Αυτό δείχνει πως υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στο προ-εγχειρητικό άγχος και τον μετεγχειρητικό πόνο(Robleda, Sillero-Sillero, Puig , Gich, Baños, 2014).

2.1.1 Λήψη Ιστορικού

Το ιστορικό και η φυσική εξέταση είναι ο καλύτερος τρόπος για τη διαπίστωση παθήσεων που σχετίζονται με την αναισθησία και την εγχείρηση. Κατά την είσοδο ενός ασθενή στο νοσοκομείο ο νοσηλευτής θα πρέπει να συλλέξει κάποιες πληροφορίες για τον ασθενή ώστε να δημιουργήσει ένα ιατρικό φάκελο για αυτόν. Πρώτον θα πρέπει να γνωρίζει τα στοιχεία ταυτότητας του, την αιτία εισόδου στο νοσοκομείο και έπειτα να ασχοληθεί με την παρούσα νόσο. Επίσης το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει για την γενική υγεία του νοσηλευόμενου, δηλαδή τα οξέα ή χρόνια νοσήματα του και για τυχόν επεμβάσεις ή τραυματισμούς του οποίους έχει υποστεί στο παρελθόν, για προηγούμενες νοσηλείες και για το λόγο αυτών. Έπειτα ο ασθενής θα πρέπει να αναφέρει και να αναδειξει τυχόν φαρμακευτική αγωγή που πραγματοποιεί , και τυχόν αλλεργίες που έχουν διαγνωστεί , τον τρόπο αντιμετώπισης , τον τρόπο διάγνωσης και τις αντιδράσεις που είχε.(Τούντα, 1975)

Πρέπει να υποβάλλονται άμεσες ερωτήσεις σχετικά με τα ακόλουθα τα οποία έχουν άμεση αναισθησιολογική επίπτωση:

1. Οικογενειακό ιστορικό κληρονομικών νόσων. Με τον όρο οικογενειακό ιστορικό εννοούμε την κατάσταση υγείας και την αιτία θανάτου όλων των άμεσων συγγενών όπως: πορφυρία, κακοήθης υπερθερμία, υπερχοληστεριναιμία, αιμοφιλία, ανωμαλίες της χολινεστεράσης, μυοτονική δυστροφία.

2. Νόσοι του καρδιαγγειακού και αναπνευστικού συστήματος. Ειδικές ερωτήσεις πρέπει να υποβάλλονται για να διαπιστωθεί αν υπάρχει δύσπνοια, κόπωση, παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια, ορθόπνοια, στηθάγχη κατά την κόπωση, κλπ. .. Είναι δύσκολο να εκμαιεύσεις ένα ιστορικό δύσπνοιας κατά την κόπωση αν η άσκηση περιορίζεται από αρθρίτιδα, διαλείπουσα χολότητα κλπ. ..

3. Πρέπει πάντοτε να ερωτάται το ενδεχόμενο πιθανής κήσης. Η παρουσία κήσης αποτελεί αντένδειξη για εκλεκτική επέμβαση. Στα πρώιμα στάδια της κήσης τα αναισθητικά έχουν τερατογενείς ιδιότητες (τουλάχιστο θεωρητικά), αλλά το πιο πιθανό πρόβλημα είναι η πρόκληση αυτόματης αποβολής. Στα τελικά στάδια της κήσης υπάρχει ο κίνδυνος της αναγωγής και της εισρόφησης.

4. Αν υπάρχει ιστορικό προηγούμενης αναισθησίας υποβάλλουμε ειδικές ερωτήσεις όσον αφορά την αλλεργία σε φάρμακα, τη μετεγχειρητική ναυτία ,τον έμετο και την φλεβική θρόμβωση ή αναπνευστικά προβλήματα.(Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2011)

2.1.2 Εξετάσεις

Κατά την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο και μετά την λήψη του ιστορικού φακέλου ο ασθενής θα πρέπει να προβεί στις απαραίτητες εξετάσεις. Οι ειδικευμένοι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτοί που θα κρίνουν ποιες εξετάσεις πρέπει να πραγματοποιηθούν σύμφωνα με το λόγο εισαγωγής. Ο ασθενής πέρα των αιματολογικών και ουρολογικών εξετάσεων θα πρέπει να προβεί και σε πιο εξιδανικευμένες εξετάσεις λόγω χειρουργείου. Πρώτον θα πρέπει να αξιολογηθεί και να εξεταστεί για τυχόν καρδιαγγειακές διαταραχές. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει την αρχική κατάσταση των σφίξεων και της αρτηριακής πίεσης, την καρδιακή συχνότητα και το ρυθμό της και να ενημερώνει το ιατρό για τυχόν καρδιολογικές ανωμαλίες. Μπορεί επίσης να απαιτεί περαιτέρω εξετάσεις και για την αποφυγή τυχόν ενδο-χειρουργικών καρδιολογικών

συμβάντων. Παράλληλα θα πρέπει να καταγράφονται τα αρχικά ευρήματα της αναπνευστικής συχνότητας , της ποιότητας της αναπνευστικής προσπάθειας και του επίπεδου κορεσμού σε οξυγόνο τόσο στον αέρα δωματίου όσο στην χορήγηση οξυγόνου εάν χρειασθεί. Ακόμη οι ασθενείς ρωτούνται για τις συνήθειες και την συνέπεια των εντερικών κενώσεων, καθώς και για προβλήματα ουροποιητικού , όπως για παράδειγμα την δυσκολία στην έναρξη ροής και την ικανότητα εγκράτειας (Obson Wraa&Watson, 2012).

Παράλληλα ο νοσηλευτής σημειώνει τυχόν προβλήματα με το εύρος της κίνησης , τις αρθρώσεις ή τους περιορισμούς στις κινήσεις ακόμη και για δερματικές ευαισθησίες και αντίστοιχα προβλήματα. Τέλος για τον ασθενή ένα χειρουργείο είναι ένα στρεσογόνο συμβάν τόσο για τον ίδιο όσο και για τα αγαπημένα τους πρόσωπα . Όμως θα πρέπει να είναι συνεργάσιμος να μην κυριεύεται από το άγχος και την ανασφάλεια και να είναι υπομονετικός μέχρι την ολοκλήρωση αυτών διότι μπορεί να χρειαστεί επαναλαμβανόμενος έλεγχος, μέχρι την πραγματοποίηση του χειρουργείου και έπειτα από την πραγματοποίησή του.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το κλινικό ιστορικό και η φυσική εξέταση αποτελούν την καλύτερη μέθοδο ανίχνευσης της παρουσίας νόσου. Οι συνηθισμένες εργαστηριακές εξετάσεις σε ασθενείς με φυσιολογικό ιστορικό και φυσική εξέταση είναι συνήθως σπατάλη χρόνου και χρήματος. Πριν λοιπόν από την παραγγελία εκτεταμένων εργαστηριακών εξετάσεων ο αναισθησιολόγος θα πρέπει να υποβάλλει στον εαυτό του τις ακόλουθες ερωτήσεις:

1. Η προτεινόμενη εργαστηριακή εξέταση θα προσφέρει πληροφορίες που δεν απεκάλυψε η φυσική εξέταση;
2. Τα αποτελέσματα της εξέτασης θα τροποποιήσουν την αντιμετώπιση του αρρώστου;(Obson Wraa&Watson, 2012)

2.1.3 Ιατρική εκτίμηση

Ο νοσηλευτής έχει συλλέξει τόσα τα κλινικά όσο και τα υποκειμενικά δεδομένα για τον ασθενή που πρόκειται να χειρουργηθεί. Στην συνέχεια όλα αυτά τα δεδομένα καταγράφονται στο φάκελο ασθενή και έπειτα περνάνε στο στάδιο της διάγνωσης που αποτελείται από την ανάλυση και αξιολόγηση των δεδομένων. Επίσης σχεδιάζονται όλες εκείνες οι παρεμβάσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν ώστε να φέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Ο ιατρός είναι εκείνος που θα αποφασίσει για την κρισιμότητα του χειρουργείου και την αναγκαιότητα άμεσης ή έμμεσης πραγματοποίησής του. Όπως είδη έχουμε προαναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο οι χειρουργικές επεμβάσεις κατηγοριοποιούνται με πολλούς τρόπους και κάθε δεδομένη επέμβαση ταιριάζει σε πολλές κατηγορίες. Κάθε κατηγοριοποίηση παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή που επρόκειτο να χειρουργηθεί (Way&Doherty, 2007).

2.1.4 Αποτελέσματα –Λήψη αποφάσεων

Η θεραπεία του άγχους πριν και μετά από την χειρουργική επέμβαση στους ασθενείς, θα πρέπει να εστιάζεται στα εξής:

α) στην προ-εγχειρητική και μετεγχειρητική αξιολόγηση της έντασης του άγχους, για την ελάττωση των πιθανών επικείμενων επιπλοκών, όπως είναι οι αρρυθμίες.
β) Στην λήψη ιστορικού ψυχικής υγείας, διερεύνηση προσωπικότητας ατόμου, στρατηγικών αντιμετώπισης και μηχανισμών άμυνας.
γ) Στην παροχή λεπτομερούς ενημέρωσης από τους επαγγελματίες υγείας, αφού έχει προηγηθεί αξιολόγηση του βαθμού δεκτικότητας και κατανόησης της πληροφόρησης. δ) Στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας και το κοινωνικό-οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή, για την ταχύτερη και πληρέστερη ψυχοφυσιολογική αποκατάστασή του(Αλεβίζος, 2008).



Η λήψη αποφάσεων αφορά τη διαχείριση της νόσου και τη θεραπευτική διαδικασία. Ιδανική θεωρείται η από κοινού λήψη θεραπευτικών αποφάσεων μεταξύ ιατρού και ασθενή. Αν και υπάρχουν ασθενείς που δεν επιδιώκουν ή δεν επιθυμούν τη συμμετοχή τους στη λήψη των αποφάσεων, δικαιούνται μια τέτοια δυνατότητα στο πλαίσιο της σχέσης με τον ιατρό τους (Mosby, 2013).

Συγκεκριμένες επικοινωνιακές συμπεριφορές του ιατρού και του ασθενή μπορούν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα σε κάθε επίπεδο παροχής φροντίδας: η λήψη ιστορικού, η κλινική εξέταση, η διερεύνηση της ασθένειας, η ακριβής διάγνωση, ο σχεδιασμός θεραπείας, η παροχή πληροφοριών, η κατανόηση και ανάκληση της ιατρικής πληροφορίας, η διαχείριση της νόσου και ανταπόκριση του ασθενή, δέσμευση στη θεραπεία (συμφωνία, συμμόρφωση, επιμονή) αλλά και στο συμβιβασμό με την ασθένεια, την ψυχολογική στήριξη, την ποιότητα ζωής και την ίδια την κατάσταση της υγείας του ασθενή με αυτονόητες προεκτάσεις σε ιατρονομικά ζητήματα και παράγοντες λειτουργικότητας ενός συστήματος υγείας. Ως συνέπεια, οι ασθενείς απολαμβάνουν αυξημένη ικανοποίηση, με βελτιωμένη έκβαση της υγείας τους, και οι ιατροί είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με μεγαλύτερα ποσοστά αποτελεσματικότητας, αύξηση της λειτουργικότητάς τους, μικρότερα ποσοστά παραπομπών και μειωμένες αναφορές για κακή πρακτική (Τούντα, 1975)

2.2 Ψυχολογία ασθενή

Σαφώς η έγκαιρη αναγνώριση του προ-εγχειρητικού άγχους, είναι η πλέον σημαντική, και οι νοσηλευτές θα πρέπει σε συνεννόηση με τους θεράποντες ιατρούς να εφαρμόσουν τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις, που θα αποσκοπούν στην ελαχιστοποίηση του άγχους. Όσο περισσότερο άγχος έχει ο ασθενής τόσο δυσκολότερα μπορούμε να επιτύχουμε ομαλή εισαγωγή στην αναισθησία, μπορεί δε να έχει δυσμενή επίδραση και στην τελική έκβαση μιας εγχείρησης. Η ανακούφιση από το άγχος μπορεί να επιτευχθεί πιο αποτελεσματικά με μη φαρμακολογικά μέσα. Η ένταση και ο βαθμός που κάθε νοσηλευόμενος βιώνει το άγχος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες(Jawaid et al.,2007)

Το άγχος τροφοδοτείται ώρες ή και ημέρες πριν από την εγχείρηση και αποδίδεται στον αναμενόμενο μετεγχειρητικό πόνο, στον χωρισμό από την οικογένεια, στην απώλεια της ανεξαρτησίας, στο είδος της νόσου, στον βαθμό που απειλείται η ζωή του ασθενούς από τη νόσο, στο φόβο της αναισθησίας και της χειρουργικής επέμβασης, στο φόβο του θανάτου και σε πολλές άλλες αιτίες. Το τυχόν μόνιμο άγχος των ασθενών είναι μια μόνιμη κατάσταση ανεξάρτητη από την εγχείρηση η οποία είναι εδραιωμένη στον οργανισμό ως ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου, δηλαδή αποτελεί «μια αποκτημένη συμπεριφορική προδιάθεση, κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται ένα μεγάλο αριθμό μη απειλητικών καταστάσεων ως απειλή και εμφανίζει αντιδράσεις περιστασιακού άγχους δυσανάλογες, σε μέγεθος ,με το μέγεθος του αντικειμενικού κινδύνου»(Tung, Hunter &Wei, 2008).

Η κλινική εικόνα του άγχους των νοσηλευόμενων ασθενών, αποτελεί έναν κυρίαρχο παράγοντα, για την έκβαση της πορείας του εκάστοτε ασθενή που πρόκειται να χειρουργηθεί. Το επίπεδο του άγχους(δηλαδή μέτριας, χαμηλής ή υψηλής έντασης), μπορεί να προκαλέσει ψυχοφυσιολογικές διαταραχές στον ασθενή, με επιπτώσεις τόσο στην προετοιμασία για την επικείμενη επέμβαση, όσο και στην αναισθησία, και την μετεγχειρητική ανάρρωση. Οι ανησυχίες των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, σχετίζονται πρωτίστως με την επιτυχία της επέμβασης, την διάρκεια ανάρρωσης συσχετισμένη με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή(ηλικία, φύλο, αν εργάζεται, αν έχει οικογένεια, άλλες υποχρεώσεις κλπ.) με σκοπό την ταχύτερη επιστροφή στους φυσιολογικούς ρυθμούς του, καθώς και με άλλα μετεγχειρητικά προβλήματα υγείας(Λυκούρας, Σολδάτος, Ζέρβας, 2009).

Συνήθως το περιστασιακό άγχος αυξάνεται σταθερά τη νύχτα πριν από τη χειρουργική επέμβαση μέχρι τη στιγμή που ο ασθενής εξέρχεται από το θάλαμο για να πάει στο χειρουργείο, ενώ στη συνέχεια αυξάνεται απότομα πριν από την αναισθησία και μειώνεται επίσης απότομα. Συγκεκριμένα ο ρόλος του νοσηλευτή στη μείωση του άγχους και άρα στη βελτίωση του αποτελέσματος μετά από επέμβαση δεν μπορεί να αγνοηθεί. Οι συνέπειες του προ-εγχειρητικού άγχους είναι σημαντικές και ποικίλες. Συνέπειες σωματικές και ψυχολογικές, αλλά και επιπτώσεις στην ανάρρωση από τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και τις άλλες ιατρικές επιπλοκές. Το αυξημένο άγχος έχει σημαντικές κλινικές επιπλοκές, καθώς μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποσότητα αναισθητικού φαρμάκου που πρέπει να χορηγηθεί κατά την επέμβαση καθώς και τη μετεγχειρητική ναυτία και έμετο (Τούντα, 1975).

Ο νοσηλευτής από την μία συμβάλλει στην άμεση αντιμετώπιση του, με την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή, που ο ιατρός ορίζει, και από την άλλη αποτελεί τον «καθοδηγητή», που με τις πληροφορίες και συμβουλές που θα δώσει στον ασθενή, και στο οικογενειακό του περιβάλλον, θα μπορέσουν αμφότεροι να συνεργαστούν(ασθενείς και οικογένεια), τόσο για την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών, αλλά όσο και για την ταχύτερη εκμάθηση αυτό-φροντίδας και αυτό-εξυπηρέτησης του ασθενή. Μόνο έτσι θα επιτευχθεί ταχύτερη ανάρρωση, καθώς είναι γνωστό πως σε οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή, ένα μεγάλο ποσοστό της θεραπείας, έγκειται στο κατά πόσο ο ασθενής είναι σε θέση να κατανοήσει τι έχει, τι νιώθει, γιατί βιώνει αυτά τα συναισθήματα, και άλλου τέτοιου είδους ερωτήματα, που θα καταστήσουν, την αποσαφήνιση του συναισθηματικού του υπόβαθρου πιο ευκολονόητη(Sadati 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΑΓΧΟΣ

3.1 Έννοια Άγχους

Το άγχος μπορεί να διαχωριστεί σε φυσιολογικό και παθολογικό. Υπό ορισμένες προϋποθέσεις, το άγχος μπορεί να αποβεί παραγωγικό για τον άνθρωπο. Σύμφωνα με την έρευνα των Yerkes R.M. & Dodson J.M, ένα συγκεκριμένο επίπεδο στρες , είναι αρκετό για να αυξήσει ο άνθρωπος την απόδοσή του στις καθημερινές του ενασχολήσεις. Όταν όμως υπερβαίνει τα επίπεδα της παραγωγικότητας, τείνει να γίνει καταστροφικό για την υγεία του ανθρώπου(Yerkes RM, Dodson JD, 1908).

Το άγχος τα τελευταία χρόνια επηρεάζει σημαντικά τη ζωή και την καθημερινότητά μας. Είναι μια κατάσταση που τη βιώνουμε όλοι σε διαφορετικό βαθμό ιδιαίτερα όταν βρισκόμαστε αντιμέτωποι με μια δοκιμασία ή ένα γεγονός. Επίσης μπορεί η κατάσταση να εκδηλώνεται ξαφνικά, χωρίς να δείχνει ότι συνδέεται με συγκεκριμένα γεγονότα. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι η ένταση, η αίσθηση φόβου, η επίμονη ενόχληση επικείμενου κινδύνου μιας δυσκολίας, χωρίς να υπάρχει δικαιολογημένη αφορμή ή λογική αιτία. Το άτομο, επικεντρωμένο καθώς είναι στην έντονη ανησυχία του, γίνεται απρόσεκτο στις τρέχουσες δραστηριότητές του. Το άγχος μπορεί να βλάψει την σωματική υγεία, π.χ. διαμέσου της υπερπαραγωγής αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης, ορμονών που μπορεί να προκαλέσουν υπέρταση, σύσπαση των στεφανιαίων αγγείων κ.α. Επιπλέον το άγχος υπεισέρχεται στην παθογένεια του γαστρεντερικού σωλήνα, όπως το πεπτικό έλκος και το ευερέθιστο έντερο. Το άγχος παρεμποδίζει την ποιότητα ζωής του ατόμου και μπορεί να αλλάξει τον τρόπο που αντιδρά ένα άτομο στις διαφορετικές καταστάσεις της ζωής του. Η ποιότητα ζωής έχει να κάνει όχι μόνο με την υγεία, αλλά και με τον κοινωνικό, συναισθηματικό και επαγγελματικό χώρο του ατόμου(Kurebayashi , Turrini , Kuba , Shimizu , Takiguch ,2016)



Γενικά το άγχος ή αλλιώς και στρες είναι ένας μηχανισμός προετοιμασίας του οργανισμού για να αντιμετωπίσει μία κατάσταση «κινδύνου», ο κίνδυνος αυτός μπορεί να είναι πραγματικός ή και φανταστικός. Ο οργανισμός μας μπαίνει στη διαδικασία να κινητοποιήσει όλο το σώμα μας για να αντιμετωπίσει την απειλή για να επιβιώσει.

Το άγχος μπορεί να μετατραπεί σε μόνιμη διαταραχή όταν παγιώνεται στο χρόνο ή όταν παρουσιάζονται επαναλαμβανόμενες κρίσεις. Πιο συχνά όμως παρουσιάζεται σαν ένα σύμπτωμα που χαρακτηρίζει όλες τις ψυχικές διαταραχές. Το άγχος προετοιμάζει ουσιαστικά τον οργανισμό για δράση σε καταστάσεις κινδύνου, του οποίου σε μεγάλο βαθμό είναι αβέβαιη και μη αναγνωρίσιμη(Χρηστίδης,2001).

Καθώς έχει επίδραση στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού και εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα τα οποία μπορεί να είναι :

- Ταχυκαρδία.
- Αυξημένοι παλμοί.
- Τρόμος.
- Ναυτία.
- Πόνος στο στήθος.
- Αυξημένη αρτηριακή πίεση.
- Διαταραχές κενώσεων.
- Πονοκέφαλος.
- Ζάλη.
- Δυσχέρεια στην αναπνοή.
- Αίσθημα πνιγμονής.
- Αϋπνία.

- Λιποθυμική τάση.
- Παράλυση.
- Πόννοι(Osborn, Wraa,Watson, Holleran, 2014).

Ο οργανισμός μας προετοιμάζει για την αντίδραση που είναι γνωστή ως «αντίδραση μάχης φυγής». Συνειδητοποιούμε ότι το άγχος, μας προκαλεί πρόβλημα όταν :

- Το άγχος είναι υπερβολικά έντονο.
- Διαρκεί ακόμη και όταν κίνδυνος έχει απομακρυνθεί.
- Παρουσιάζεται σε καταστάσεις οι οποίες αντικειμενικά δε συνιστούν απειλή.

Στις περιπτώσεις που παρεμβαίνει στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου παρεμποδίζοντας την επίτευξη στόχων και διαταράσσοντας την ψυχική του ηρεμία, αναφερόμαστε σε κάποια αγχώδη διαταραχή. Όταν τα άτομα είναι αγχωμένα τείνουν να σκέφτονται με αρνητικό τρόπο για τον εαυτό τους, τον κόσμο και το μέλλον. Αυτός αρνητικός τρόπος σκέψης αυξάνει το άγχος το οποίο με τη σειρά του αυξάνει τις αρνητικές σκέψεις, κ.ο.κ. Αυτές οι αρνητικές σκέψεις μας οδηγούν να πιστεύουμε ότι τα πράγματα θα πάνε ανάποδα, θα έχουν καταστροφικές συνέπειες, ότι είμαστε αβοήθητοι και ανίκανοι να χειριστούμε αποτελεσματικά τις διάφορες καταστάσεις. Οι εναλλακτικές επιλογές λύσεων μειώνονται δραστικά καθώς δεν έχουμε την απαραίτητη διαύγεια να τις αναζητήσουμε, το ίδιο και οι πιθανότητες για ανάπτυξη αποτελεσματικών συμπεριφορών και δράσεων. Πολλές είναι οι λέξεις που περιγράφουν με λεπτές αποχρώσεις τα συναισθηματικά συμπτώματα του άγχους, όπως ανησυχία, εκνευρισμός, δυσφορία, ταραχή, υπερένταση, στενοχώρια, αναστάτωση, αγωνία, έγνοια, νευρική αίσθηση ότι κάτι κακό θα συμβεί(Καλπακόγλου,2013).

Αντίστοιχα, άλλες πληροφορίες λένε ότι το άγχος αποτελεί ένα γνώριμο και οικείο συναίσθημα για όλους τους ανθρώπους. Τόσο οι ενήλικες όσο και τα παιδιά βιώνουν άγχος, ανησυχία φόβο σε ορισμένες καταστάσεις. Το άγχος είναι ένα λειτουργικό συναίσθημα, το οποίο συχνά μας διευκολύνει να αντιμετωπίσουμε τις δύσκολες καταστάσεις που συναντάμε στη ζωή μας θέτοντας τον οργανισμό σε κατάσταση ετοιμότητας. Υπό αυτή την έννοια, το άγχος αποτελεί ένα φυσιολογικό στοιχείο της αναπτυξιακής πορείας που οδηγεί από την εξάρτηση στην αυτονομία. Όταν όμως το βίωμα του άγχους είναι υπερβολικό σε ένταση, δυσανάλογο σε σχέση με το ερέθισμα που το προκαλεί και επίμονο στο χρόνο, τότε ενδέχεται να αποτελεί ένδειξη κάποιας αγχώδους διαταραχής. Στην περίπτωση αυτή το άγχος χάνει τη λειτουργικότητά του και

μετατρέπεται σε στοιχείο που παρεμποδίζει την ομαλή προσαρμογή του ατόμου διότι αντί να προετοιμάζει τον οργανισμό για την αντιμετώπιση της δύσκολης κατάστασης, αντίθετα τον προτρέπει στην αποφυγή της. Το αποτέλεσμα της συνεχούς αποφυγής των καταστάσεων με άγχος είναι κορύφωση και γενίκευση του άγχους ακόμα και όταν απουσιάζουν τα ερεθίσματα που το προκαλούν. Παρακάτω θα αναλύσουμε τα επίπεδα άγχους και τις επιπτώσεις που μπορεί να παρουσιαστούν (Χρησιτίδης, 2001).

Σε ειδικές περιπτώσεις όπως για παράδειγμα πριν από μία χειρουργική επέμβαση, όσο μικρή και αν είναι, κυριαρχεί το συναίσθημα του άγχους, του φόβου για το άγνωστο, για τον πόνο, για την αναισθησία, για την πορεία της υγείας του ασθενή πριν και μετά το χειρουργείο. Κάθε άνθρωπος αντιδρά διαφορετικά στην ιδέα ενός χειρουργείου. Λίγοι είναι αυτοί που αντιμετωπίζουν θετικά μία χειρουργική επέμβαση. Οι πιο πολλοί διακατέχονται από συναισθήματα έντονου άγχους, νιώθουν οργή, θυμό, απελπισία, να πνίγονται, να θέλουν να δραπετεύσουν, και προχωρούν στην αναζήτηση κάποιας άλλης μεθόδου, προκειμένου να αποφύγουν την επέμβαση (Αγγελόπουλος, 2009).

Το παθολογικό συναίσθημα αποτελεί υπερβολική και μεγαλύτερης διάρκειας συναισθηματική αντίδραση, η οποία μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ζωή του ασθενή. Ο φόβος και η αγωνία είναι συναισθήματα που κινητοποιούνται παρουσία άμεσου ή επερχόμενου πραγματικού κινδύνου. Ο κίνδυνος μπορεί να αφορά τόσο την διατάραξη της ψυχικής ισορροπίας (πρόκληση στενοχώριας, ντροπής, πανικού), όσο και της σωματικής ακεραιότητας (πρόκληση τραυματισμού ή θανάτου). Φόβος και αγωνία είναι αλληλένδετες συναισθηματικές αντιδράσεις, όχι όμως ταυτόσημες. Ο φόβος που κινητοποιείται από ενδεχόμενο μελλοντικού κινδύνου, εγείρει και συνοδεύεται από αίσθημα αγωνίας (στην ψυχιατρική ορολογία το άγχος είναι εξ ορισμού παθολογικό). Όπως ο φόβος συνοδεύεται από αίσθημα αγωνίας, έτσι και η φοβία συνοδεύεται από την εκδήλωση άγχους (Χολέβα, Παρλαπάνη, Μποζίκας, Φωκάς, 2016).

Η νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που διακατέχονται από άγχος και ανησυχία, πριν και μετά την χειρουργική τους επέμβαση, θα πρέπει να είναι εστιασμένη στην κατανόηση της ψυχικής υγείας του ασθενή, με σκοπό την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του άγχους. Σε μία μελέτη που διεξήχθη στην Ιαπωνία, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η αντιμετώπιση του πόνου, είναι πολύ σημαντική, για τους ασθενείς μετά την χειρουργική επέμβαση, αλλά οι ήδη νοσηλευτικές παρεμβάσεις με την χορήγηση αναλγητικών, δεν είναι πάντα επαρκείς. Η θεραπεία μασάζ μπορεί να αποτελέσει μία συμπληρωματική θεραπεία για τον πόνο, και επομένως να μειωθεί το άγχος και η ανησυχία των ασθενών (Kukimoto, Ooe, Ideguchi, 2017).

Ο κάθε νοσηλευτής, θα πρέπει να υποστηρίξει ψυχολογικά τον ασθενή που διακατέχεται από άγχος πριν και μετά το χειρουργείο. Πρωταρχικός στόχος του νοσηλευτή για την ελάττωση του άγχους του ασθενή, θα πρέπει να είναι η αναγνώριση του επιπέδου άγχους που τους διακατέχει(λίγο, έντονο, πολύ), και να ακολουθήσει μία συζήτηση, που σκοπό θα έχει να τον ενημερώσει για το πόσο σημαντικό είναι, να είναι ήρεμοι, και να έχουν θετική σκέψη για την έκβαση καλύτερου αποτελέσματος μετά την επέμβαση. Σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο σε αυτό παίζει και η αντίστοιχη ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή, οι οποίοι με την σειρά τους δεν θα πρέπει να μεταφέρουν και το δικό τους άγχος σε αυτόν που πρόκειται να χειρουργηθεί, και να προσπαθήσουν όσο γίνεται να απασχολούν τις σκέψεις των ασθενών και τις ανησυχίες τους με εναλλακτικούς τρόπους(π.χ. χιούμορ, μουσική κ.α.). Αντίστοιχη έρευνα, που σκοπό είχε την διερεύνηση των αποτελεσμάτων της ακρόασης μουσικής στα επίπεδα άγχους και τις φυσιολογικές αντιδράσεις των χειρουργικών ασθενών που έλαβαν σπονδυλική αναισθησία, διαπίστωσε ότι στον συσχετισμό που έγινε μεταξύ αυτών που άκουσαν 30 λεπτά μουσική και τους παρασχέθηκε η συνήθης νοσηλευτική φροντίδα, στην μονάδα φροντίδας μετά την αναισθησία, σε σχέση με αυτούς που έλαβαν μόνο νοσηλευτική φροντίδα, υπήρξε σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους. Συμπερασματικά η ακρόαση μουσικής ενώ ο ασθενής βρίσκεται στο δωμάτιο ανάκτησης, μπορεί να μειώσει το επίπεδο του άγχους, σε χειρουργημένους ασθενείς που λαμβάνουν σπονδυλική αναισθησία(Lee , Wu , Lee , Ho , Shih , 2017).

Συμπερασματικά όταν το άγχος έχει προέλευση από το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής, ή από σωματικό ή και ψυχολογικό stress, η θεραπεία θα πρέπει να επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της αιτίας του άγχους(Αλεβίζος, 2008).

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει, μία έρευνα, που σκοπό έχει να εξαγάγει συμπεράσματα, με το πώς η γνώση συσχετίζεται με την ανησυχία, την παρατεταμένη φυσιολογική ενεργοποίηση που σχετίζεται με το άγχος και την υγεία. Αναφορικά η μελέτη αυτή παρουσιάζει το πόσο σημαντική είναι η διαρκής γνώση ως απάντηση στο άγχος, συγκριτικά με τα βίο-ψυχολογικά μοντέλα άγχους που εφαρμόζονται. Τα μοντέλα αυτά επικεντρώνονται, στην φυσιολογική ενεργοποίηση που συμβαίνει κατά την διάρκεια του στρες, και έχουν ανεπαρκώς αντιμετωπισμένες επιδράσεις που συμβαίνουν ενόψει ή μετά από αγχωτικά συμβάντα(όπως στην περίπτωση ενός χειρουργείου). Υποστηρίζει επίσης, πως η επίμονη γνώση, μετριάξει τις συνέπειες των στρεσογόνων συμπτωμάτων στην υγεία, γιατί μπορεί να παρατείνει την συναισθηματική και φυσιολογική

ενεργοποίηση που σχετίζεται με το άγχος, τόσο πριν όσο και μετά από στρεσογόνους παράγοντες. (Brosschot, Gerin, Thayer, 2006).

3.1.1 Επίπεδα άγχους

Σύμφωνα με πολλές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογήσει τα τέσσερα επίπεδα άγχους τα οποία είναι το ήπιο άγχος, το μέτριο άγχος, το σοβαρό άγχος και ο πανικός. Σε μικρά επίπεδα το άγχος ίσως θεωρείται ωφέλιμο, όμως όταν ξεπεράσει κάποια όρια έχει αρνητικές συνέπειες. Το άγχος έχει δύο πλευρές. Από την μια πλευρά, αντιπροσωπεύει τις προκλήσεις που διεγείρουν το ενδιαφέρον μας και που χωρίς αυτές η ζωή θα ήταν ανιαρή και άχρηστη. Υπό αυτή την προϋπόθεση το άγχος αποτελεί φυσιολογικό παράγοντα της ανθρώπινης υπόστασης. Είναι ψυχολογικά ωφέλιμο, ενεργούμε πιο γρήγορα και πιο εντατικά, νιώθουμε χρήσιμοι και αξιόλογοι με ξεκάθαρους σκοπούς και στόχους. Από την άλλη πλευρά, το μη φυσιολογικό άγχος αντιπροσωπεύει τις καταστάσεις κάτω από τις οποίες το άτομο αδυνατεί οργανικά και ψυχολογικά να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Έτσι εξασθενίζει τις επιδόσεις μας και νιώθουμε άχρηστοι και ανάξιοι, χωρίς φιλοδοξίες και έχοντας ανέφικτους στόχους (Χρηστίδης, 2001).

Γενικά το άγχος διαχωρίζεται σε φυσιολογικό και μη φυσιολογικό. Στο Φυσιολογικό ανήκουν τα δύο πρώτα επίπεδα : το ήπιο και το μέτριο άγχος και το μη φυσιολογικό στο οποίο ανήκουν : το σοβαρό άγχος και ο πανικός. Ο Ήπιος βαθμός άγχους οδηγεί σε εγρήγορση και μπορεί να συνεισφέρει στη βελτίωση της επίδοσης και σε αποτελεσματικότερες δράσεις. (Βασιλάκη και συν. 2001).

Το ήπιο άγχος αντιμετωπίζεται διότι συμβαίνει τις περισσότερες φορές για καλό σκοπό για να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή σε κάτι που μας απασχολεί. Το άγχος αυτό βοηθάει το άτομο να μάθει να συγκεντρώνει την προσοχή του να λύνει προβλήματα, να σκέφτεται, να ενεργεί, να αισθάνεται και να προσέχει τον εαυτό του. Αντίθετα στο μέτριο άγχος υπάρχει το ενοχλητικό συναίσθημα ότι κάτι είναι σίγουρα λάθος. Αισθανόμαστε νεύρα, ταραχή, ο εγκέφαλος δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί όμως υπάρχει αντιμετώπιση διότι λύνονται τα προβλήματα που έχουν παρουσιαστεί και δέχεται υποδείξεις και βοήθεια από άλλου. Παράλληλα το σοβαρό άγχος ή υπερβολικό ή συνεχές άγχος ή ανησυχία, το άγχος αυτό εμφανίζεται τις περισσότερες ημέρες μιας περιόδου τουλάχιστον έξι μηνών.

Ο ασθενής αισθάνεται ότι είναι δύσκολο να ελέγξει την ανησυχία του (Kneisl et al., 2009)

Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται κανονικά με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Νευρική ή αίσθημα αγωνίας ή τεταμένα νεύρα.
- Εύκολη κόπωση.
- Δυσκολία συγκέντρωσης ή αίσθημα ότι το μυαλό είναι άδειο.
- Φόβος απώλειας του ελέγχου των καταστάσεων ή φόβος τρέλας, ναυτία.
- Ερεθιστικότητα.
- Μυϊκή τάση.
- Διαταραχή ύπνου.
- Εφίδρωση.
- Αίσθημα πνιγμονής.
- Οπισθοστερνική δυσφορία.
- Λιποθυμική τάση, ζάλη, ίλιγγος.
- Δύσπνοια.
- Αίσθημα μη πραγματικό.
- Φόβος θανάτου.
- Παραισθήσεις.
- Ταχείες εναλλαγές αισθήματος θερμού- ψυχρού. (Rana & Upton, 2009)

Οι ανησυχίες που αναφέρουν τα άτομα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή σχετίζονται συνήθως με μικρά ή καθημερινά ζητήματα. Τέλος στον πανικό το άτομο χάνει τον έλεγχο και βιώνει φόβο και τρόμο και έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση. Υπάρχουν επαναλαμβανόμενες κρίσεις έντονου άγχους, φόβου ή ταραχής που εκδηλώνονται κυρίως με σωματικά συμπτώματα. Οι κρίσεις εκδηλώνονται απότομα μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα ή το πολύ μέσα σε λίγα λεπτά και κορυφώνονται μέσα σε 10 λεπτά περίπου και ακολουθούνται από αίσθημα κόπωσης. Παρατηρείτε μειωμένη ικανότητα αντίληψης, αυξημένη σωματική δραστηριότητα, νευρική, διαταραχή σχέσεων και απώλεια λογικής σκέψης. Συγκεντρώνεται μόνο στην παρούσα κατάσταση και συχνά βιώνει αισθήματα επικείμενης καταστροφής. (Rana & Upton, 2009)

3.1.2 Επιπτώσεις

Το άγχος είναι ένα φυσιολογικό μέρος της καθημερινής μας ζωής και προκύπτει κάθε φορά που το σώμα και το μυαλό μας αντιμετωπίζουν απαιτήσεις οι οποίες υπερβαίνουν την ικανότητα μας να ανταποκριθούμε. Αυτές οι απαιτήσεις μπορεί να είναι σωματικές ή διανοητικές. Στην πραγματικότητα, το άγχος είναι πάντοτε και διανοητικό και σωματικό, επειδή το σώμα και ο νους δεν διαχωρίζονται αλλά αποτελούν υποσυστήματα του ίδιου σύνθετου συνόλου. Η ψυχολογική κρίση είναι στην ουσία, ένα πολύ έντονο άγχος έτσι ώστε να χρειαζόμαστε κάποιες τεχνικές για να αντιμετωπίσουμε την αϋπνία, τους εφιάλτες και τις στιγμές πανικού ή απόγνωσης. Πρέπει επίσης να γνωρίζουμε πότε αυτά τα προβλήματα έχουν εξελιχθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε να είναι απαραίτητη η βοήθεια κάποιου ειδικού. Όσον αφορά τη φροντίδα τα άτομα που υποφέρουν από βαριάς μορφής άγχους, τη χρειάζονται αδιαμφισβήτητα. Δυστυχώς όμως, συνήθως γίνεται το ακριβώς αντίθετο (Αλεβίζος, 2008).

Το άγχος προκαλεί τη συμπαθητική διέγερση του οργανισμού. Η παρατεταμένη όμως συμπαθητική διέγερση επιβαρύνει τον οργανισμό μας και προκαλεί μία σειρά από ψυχικά και σωματικά συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν την αγχώδη νεύρωση. Τέτοια συμπτώματα είναι:

- Απενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος.
- Μόνιμη επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού.
- Συστολή των αγγείων.
- Διάταση των βρογχιολίων .
- Σύσπαση των αγγείων του δέρματος.
- Διαστολή των μυών.
- Αναστολή των κινήσεων του εντέρου.
- Γαστρεντερικές Διαταραχές.
- Αναστολή της πεπτικής λειτουργίας.
- Αναστολή στύσης και οργασμού.
- Διάφορες ψυχικές διαταραχές και διαταραχές διάθεσης κ.α.
- Διαταραχές ύπνου.
- Και πολλά άλλα δευτερογενή προβλήματα (Αλεβίζος, 2008)

3.2 Αντιμετώπιση νοσηλευτικού προσωπικού

Η σχέση άγχους και σωματικής νόσου είναι πολύ σημαντική. Το άγχος έχει καθοριστικό ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και ανάρρωση από τη σωματική νόσο. Για παράδειγμα, το άγχος μπορεί να επιβραδύνει την απόφαση του ασθενούς για επέμβαση με αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία του. Υψηλής έντασης άγχος δημιουργεί ψυχοφυσιολογικές διαταραχές που παρεμποδίζουν την προετοιμασία για την επέμβαση, την αναισθησία και τη μετεγχειρητική ανάρρωση ενώ παράλληλα αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη σοβαρού μετεγχειρητικού πόνου. Κάθε σωματική νόσος είναι δυνατόν να προκαλέσει ανησυχία και συναισθήματα απαισιοδοξίας και απελπισίας. Ανάλογα με τα βιώματα κάθε ατόμου γεννιούνται φόβοι για την ακεραιότητά του. Αναλυτικότερα, το άτομο βιώνει αβεβαιότητα για την έκβαση της νόσου ή για μια πιθανή επερχόμενη αναπηρία. Η σωματική νόσος επηρεάζει έως κάποιο βαθμό την εικόνα και συνεπώς το βαθμό αυτοεκτίμησης του ατόμου, γεγονός, που πυροδοτεί την εκδήλωση άγχους(Καλπακόγλου, 2013).

Παράλληλα, παρατηρείται ψυχική παλινδρόμηση διότι η ασθένεια και γενικότερα η εισαγωγή στο νοσοκομείο εξαντλεί τα σωματικά και ψυχικά αποθέματα του ατόμου με αποτέλεσμα την εκδήλωση ασθενειών ή συμπτωμάτων από τη ψυχική σφαίρα, όπως άγχος, κατάθλιψη, νεύρωση, φόβος. Η αντίδραση του ασθενή εξαρτάται κυρίως από τον τύπο της προσωπικότητάς του, την φύση και τη χρονιότητα της νόσου, την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου, τις προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου, κ.ά. Επίσης, οι φοβίες είναι δυνατόν να εκδηλωθούν ευκολότερα στο χώρο του νοσοκομείου λόγω του περιβάλλοντος (απλή φοβία) ή λόγω ύπαρξης άλλων ατόμων (κοινωνική φοβία). Ειδικότερα, λόγω του συνωστισμού αναζωπυρώνονται φοβίες που σχετίζονται με το φόβο παρατήρησης του ατόμου από άλλα άτομα με έντονα αισθήματα αμηχανίας και ντροπής. Ο φόβος 'των ξένων' που αναλαμβάνουν τη φροντίδα συνήθως συνοδεύει το άγχος αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα, προηγούμενες δραστηριότητες και λειτουργικούς ρόλους. Αρχικά το άτομο στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει το γεγονός που του προκαλεί άγχος κινητοποιεί μηχανισμούς άμυνας, όπως μετάθεση, απώθηση, άρνηση ενώ αργότερα υιοθετεί μια ωριμότερη στάση, διαπραγματεύεται και αποδέχεται τη νόσο ή ακόμα αναζητά τρόπους αντιμετώπισης. Προτεραιότητα των επαγγελματιών υγείας, θα πρέπει να είναι ο εντοπισμός της αιτιολογίας και του βαθμού του άγχους που φέρει ο ασθενής πριν το χειρουργείο και ακολούθως η όσο το δυνατόν

καλύτερη και ευκολονόητη ενημέρωση των ασθενών, δίνοντάς τους πληροφορίες για την επικείμενη επέμβασή τους, και προσπαθώντας να τους κάνουν να κατανοήσουν πόσο σημαντικό είναι να παραμείνουν ήρεμοι, και αμέσως μετά την επέμβαση, για την αποφυγή τυχόν επιπλοκών(Ζαχαρής, Καμπουρέλλη, 2011).

Το προ-εγχειρητικό και το μετεγχειρητικό άγχος, είναι δυνατό να επιφέρει μια σειρά αρνητικών επιδράσεων στα διάφορα συστήματα του οργανισμού(όπως ΑΝΣ, καρδιαγγειακό σύστημα, ενδοκρινικό σύστημα, γαστρεντερικό, αναπνευστικό κ.α.) Σαφώς η έγκαιρη αναγνώριση του προ-εγχειρητικού άγχους, είναι η πλέον σημαντική, και οι νοσηλευτές θα πρέπει σε συνεννόηση με τους θεράποντες ιατρούς να εφαρμόσουν τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις, που θα αποσκοπούν στην ελαχιστοποίηση του άγχους. Πολλοί επίσης, συνδέουν το άγχος των χειρουργείων με τον μετεγχειρητικό πόνο. Πέρα από την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αντιμετώπιση με αγχολυτικά-ηρεμιστικά, και αναλγητικά για την αντιμετώπιση του πόνου, ο ρόλος του νοσηλευτή, σε χειρουργημένους ασθενείς ή ακόμη και σε αυτούς που πρόκειται να χειρουργηθούν, θα πρέπει να επικεντρώνεται, στην ψυχική υγεία του ασθενή(Βασιλειάδου, 2008).

Η ενθάρρυνση των ασθενών, για την θετική έκβαση του αποτελέσματος, αλλά και η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή, για το πόσο βοηθητική είναι η ψυχολογική υποστήριξη για την ταχύτερη ανάρρωσή του, μπορούν να σταθούν χρήσιμοι αρωγοί, για την αντιμετώπιση του άγχους που τους διακατέχει. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, θα πρέπει με την στάση τους και την συμπεριφορά τους να κάνουν τους ασθενείς, να τους εμπιστευτούν, να αισθανθούν οικειότητα, έτσι ώστε οι ασθενείς με την σειρά τους να μπορούν αν μεταβιβάσουν τις ανησυχίες τους στο προσωπικό. Επιπλέον οι νοσηλευτές δεν θα πρέπει από την άλλη να βρίσκονται συνεχώς από «πάνω» από τους ασθενείς, που δεν εφησυχάζουν εύκολα, καθώς από την μία θα υπάρχει περιορισμός χρόνου, για τα υπόλοιπα καθήκοντά τους και συνεπώς για τους υπόλοιπους ασθενείς, και από την άλλη, η τόσο στενή σχέση ασθενή-νοσηλευτή, δεν θα βοηθήσει τον πρώτο, να στηριχτεί στις δικές του δυνατότητες και δυνάμεις. Όλο αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να καθυστερήσει ο ασθενής, να αυτό-εξυπηρετηθεί, και κατά συνέπεια να μάθει την σημαντικότητα της αυτό-φροντίδας, για την έγκαιρη επαναφορά του στους πρότερους ρυθμούς του. Η επίδραση του άγχους συσχετίζεται με τις ακόλουθες παραμέτρους:

- Τη φύση, την ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητα του άγχους .
- Την υποκειμενική σημασία του άγχους.
- Τη δυνατότητα ή την αδυναμία αποφυγής και υπέρβασης του άγχους.

- Τις προηγούμενες εμπειρίες.
- Την προσωπικότητα.
- Τη γενική κατάσταση πριν και κατά τη διάρκεια τη έκθεσης στο άγχος.
- Την κοινωνική στήριξη(Καλπακόγλου, 2011)

3.2.1 Ηθική νοσηλευτών απέναντι στους ασθενής

Πολλές ασθένειες και τραυματισμοί αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Οι χειρουργικές επεμβάσεις συμπεριλαμβάνουν επεμβατικές τεχνικές και χειρουργικές διαδικασίες που επιβαρύνουν τον ασθενή σε σωματικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο και προκαλούν άγχος τόσο στον ίδιο όσο και στους οικείους του. Οι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για να χειρουργηθούν βιώνουν έντονο ψυχολογικό άγχος. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αβεβαιότητα για την έκβαση του χειρουργείου, στην ανασφάλεια, στον φόβο μπροστά στον μετεγχειρητικό πόνο και στις πιθανές επιπλοκές, στο φόβο του αποχωρισμού από την οικογένεια, στο φόβο της αναισθησίας καθώς και στην απώλεια της αυτονομίας και του ελέγχου(Χολέβα, Παρλαπάνη, Μποζίκας, Φωκάς, 2016)

Το άγχος πριν το χειρουργείο (προ- εγχειρητικό) είναι πιθανό να επηρεάσει αρνητικά το αποτέλεσμα του χειρουργείου κάτι που θα μπορούσε να αποφευχθεί αν οι επαγγελματίες υγείας προσεγγίσουν τον ασθενή με το σωστό τρόπο. Επίσης οι ασθενείς οι οποίοι δεν είναι προετοιμασμένοι καταλλήλως, παρουσιάζουν φτωχότερη μετεγχειρητική προσαρμογή.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός για την :

- Προετοιμασία του ασθενούς πριν το χειρουργείο.
- Την υποστήριξη του κατά το χειρουργείο.
- Και την διασφάλιση της σωστής παρακολούθησης και φροντίδας μετά το χειρουργείο(Osborn, Wraa, Watson, Holleran, 2014).



Η διερεύνηση της περιεγχειρητικής περιόδου και φροντίδας καθώς και των ιατρονοσηλευτικών πράξεων που λαμβάνουν χώρα κατά την περίοδο αυτή είναι ουσιαστική για την εκτίμηση της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης στην οποία περιέρχεται ο ασθενής που υποβάλλεται σε μία χειρουργική επέμβαση. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν στο χειρουργείο σπουδαίο ρόλο αφού λειτουργούν ως αρωγοί υγείας , προλαμβάνουν τυχόν επιπλοκές, δρουν θεραπευτικά και επιπλέον παρέχουν περιεγχειρητική εκπαίδευση η οποία είναι πολύπλευρη και βασικό στοιχείο ενός επαγγελματία νοσηλευτή. Η παροχή πληροφόρησης και η επικοινωνία του ασθενούς με τους επαγγελματίες υγείας είναι σημαντική για την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και έκβαση της νόσου. Πρόκειται για μία διαδικασία αλληλεπίδρασης συμπεριφορών και αντιλήψεων με στόχο τη βελτίωση της υγείας και την αποκατάσταση της ευημερίας. Οι βασικοί στόχοι της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας είναι η δημιουργία μίας σχέσης εμπιστοσύνης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας προς τους φορείς των υπηρεσιών μέσα από τον αμοιβαίο σεβασμό(Πολυκανδριώτη, Κουτσοπούλου, 2014). Επίσης, ιδιαίτερα σημαντική είναι :

- Η ενημέρωση.
- Η παροχή πληροφοριών σχετικά με τις διαδικασίες διάγνωσης και θεραπείας.
- Τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες και τις πιθανές επιπλοκές.
- Και τις εναλλακτικές λύσεις,.

Έτσι ώστε ο ασθενής να μπορέσει να επιλέξει σωστά και να πάρει τις αποφάσεις που απαιτούνται, αλλά και να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή συνεργασία του, στις διαδικασίες αυτές. Με τον τρόπο αυτό ενδέχεται να υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση του

ασθενούς, συμμόρφωση με το θεραπευτικό πλάνο αλλά και μείωση του άγχους και των πιθανών καταθλιπτικών συμπτωμάτων.. Η ενημέρωση του ασθενούς με την προβολή video και την χρήση σχετικών εντύπων συσχετίστηκε με μικρή μείωση του άγχους (στατιστικά μη σημαντική) σε αντίθεση με την προφορική ενημέρωση που έγινε μέσω προσωπικής επικοινωνίας από τους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη μείωση του άγχους όταν οι πληροφορίες δόθηκαν από τον θεράποντα ιατρό εξατομικευμένα και προσαρμοσμένα στο μορφωτικό επίπεδο και τις δυνατότητες κατανόησης του ασθενή(Dunne, 2005).

Αξιοσημείωτο είναι ότι από τις σχετικές μελέτες αναδείχτηκε η αναγκαιότητα της ενημέρωσης με σκεπτικισμό, καθώς πολλές φορές παρατηρήθηκε το αντίθετο αποτέλεσμα από το επιδιωκόμενο, δηλαδή αύξηση του προ-εγχειρητικού άγχους μετά από εκτεταμένη πληροφόρηση. Με βάση τα παραπάνω φαίνεται πως η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί ένα σημαντικό θέμα που απασχολεί τους νοσηλευτές και επηρεάζει τον τρόπο επικοινωνίας στην παροχή κλινικής φροντίδας αλλά και την πορεία του ασθενούς. Ως εκ τούτου, η διερεύνηση αυτού του θέματος σε σχέση με την εμφάνιση προ-εγχειρητικού άγχους είναι σημαντική(Γιαννοπούλου, 2005) .

Ο νοσηλευτής πρέπει να αντιμετωπίζει τον ασθενή, καθώς και τις διάφορες καταστάσεις που προκύπτουν κάθε φορά με:

- Επιείκεια.
- Ευγένεια.
- Σταθερότητα.
- Σοβαρότητα.
- Συναισθηματική ουδετερότητα.
- Φιλική διάθεση προσαρμοσμένη στις ανάγκες του αρρώστου.
- Με σεβασμό και αποδοχή της προσωπικότητας του.

Κάθε άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη μιας στενής και ικανοποιητικής σχέσης με έναν άλλο άνθρωπο. Κάποιοι δυσκολεύονται πολύ ή αδυνατούν να σχηματίσουν τέτοιες σχέσεις. Άλλοι χάνουν την ικανότητα αυτή, λόγω ασθένειας ή τραυματισμού. Αλλά χωρίς αυτές τις σχέσεις είναι δύσκολο να εξακολουθούν να δρουν με ένα φυσιολογικό τρόπο μέσα στη κοινωνία, με αποτέλεσμα αυτά τα άτομα να μην μπορούν να φύγουν από το νοσοκομείο ή όταν φύγουν να παθαίνουν γρήγορα νευρικό κλονισμό και να γυρίζουν πίσω. Για να μάθει ο ασθενής πως θα δημιουργήσει τέτοιες σχέσεις, πρέπει να του δοθεί η ευκαιρία για αυτή την εμπειρία και να ενθαρρυνθεί σε αυτό. Αυτός είναι ο

θεραπευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Πολλοί νοσηλευτές τον εκτελούν οδηγούμενοι από το ένστικτο τους. Μερικοί το καταφέρνουν καλά, άλλοι πολύ άσχημα. Ο νοσηλευτής εκπληρώνει το ρόλο του δημιουργού ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, όταν δίνει στους ασθενείς ευκαιρίες να δοκιμάσουν την αποδοχή τους στις κοινωνικές του σχέσεις, όταν βοηθάει το άτομο ή τις ομάδες των ασθενών να προγραμματίσουν και να πάρουν μέρος σε δραστηριότητες και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις του νοσοκομείου και του τμήματος. Ο νοσηλευτής επιβάλλεται να αναλάβει το ρόλο του συμβούλου, στην περίπτωση που οι ασθενείς χρειάζονται κάποιον να ακούσει με κατανόηση και συμπάθεια τα προβλήματα που τους απασχολούν. Ο ρόλος του δασκάλου, που οφείλει να παίζει ο νοσηλευτής μερικές φορές, βοηθάει ουσιαστικά τους ασθενείς να μάθουν να ζουν με περισσότερο κοινωνικό φυσιολογικό τρόπο. Η ακρόαση είναι μια άλλη σπουδαία πλευρά πόσο μάλλον όταν ακούς τον ασθενή με συμπάθεια και με ένα θετικό και δυναμικό τρόπο, χωρίς όμως να δίνεις συμβουλές, να εκφέρεις γνώμη ή να κάνεις υποδείξεις. Αυτός ο τύπος της ακρόασης ενθαρρύνει τον ασθενή να σκέφτεται δια μέσου των προβλημάτων του και να αποφασίζει, πράγμα χρήσιμο για αυτόν. Τον βοηθάει να αποβάλλει το άγχος και την ένταση. Δίνει τη βεβαιότητα ότι ο νοσηλευτής πραγματικά φροντίζει για αυτόν και αυτού του είδους η ακρόαση απαιτεί από μέρος του νοσηλευτή χρόνο και ψυχικές δυνάμεις(Γιαννοπούλου, 2005). Αναλυτικότερα ο νοσηλευτής πρέπει :

1. Να διατηρεί την ηρεμία του. Δεν πρέπει να εκνευρίζεται ή και να θυμώνει με τις απαιτήσεις ανήσυχων ασθενών, ιδίως αυτών που έχουν μια δραματική συμπεριφορά ή που ζητούν συνεχώς έναν γιατρό.
2. Να διαθέτει χρόνο. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται ότι ο νοσηλευτής θέλει να τον βοηθήσει πραγματικά. Δεν πρέπει να νοιώθει ότι θέλει να τελειώνει μαζί του, για να ασχοληθεί με άλλη δουλειά.
3. Ο νοσηλευτής πρέπει να θυμάται ότι πολλά εξαρτώνται από αυτό το χρόνο που διαθέτει για τον ασθενή και ότι αν δεν τον χειρισθεί καλά μπορεί να ασθενής να γίνει χειρότερα από ότι ήταν ,όταν μπήκε στο νοσοκομείο.
4. Να ακούει τον ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται και να νοιώθει τον ασθενή, αλλά ταυτόχρονα να είναι αρκετά αποκομμένος από αυτόν, ώστε να μπορεί να σχηματίσει μια αντικειμενική γνώμη για όσα λέει ο ασθενής.
5. Να καθησυχάζει τον ασθενή. Στην κανονική ψυχοθεραπεία αποφεύγεται η καθησύχηση, γιατί έχει τάση να ενθαρρύνει τον ασθενή σε νευρωτική συμπεριφορά, αλλά , όταν έχουμε μια οξεία κρίση είναι απαραίτητο να τον καθησυχάσουμε. Ο

νοσηλευτής πρέπει να του εξηγήσει με απλά λόγια την αιτία των συμπτωμάτων του, ιδίως αν το άγχος προκαλεί στον ασθενή οργανικά συμπτώματα π.χ. ταχυπαλμία.

6. Να φροντίζει για απασχόληση του ασθενούς. Αφού ακούσει και μιλήσει με τον ασθενή, μπορεί να καταφέρει να του βρει μια απασχόληση που θα τον βοηθήσει να ξεχάσει τα προβλήματα του.

7. Να ηρεμεί τον ασθενή. Η παρακολούθηση του ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει μια εκτίμηση των καταστάσεων που δημιουργούν το άγχος και την αναστάτωση του ασθενούς καθώς και των καταστάσεων που ο ασθενής φαίνεται να είναι καλύτερα. Οι παρατηρήσεις αυτές ρίχνουν φως στους παράγοντες που προκαλούν την ασθένεια (Ραγιά, 2009).

Η σχέση νοσηλευτή-ασθενή, καθώς και η στάση του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή, κρίνεται ζωτικής σημασίας, για τον εντοπισμό, και την καταγραφή συμπτωμάτων, που οφείλονται στο άγχος. Ο νοσηλευτής, μέσω των παρατηρήσεων που θα καταγράψει, και σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό, θα μπορέσουν να εφαρμόσουν τις κατάλληλες μεθόδους για την ελαχιστοποίηση του άγχους. Πριν την καταγραφή πιθανών σωματοποιημένων συμπτωμάτων του άγχους, που πιθανώς ο ασθενής φέρει, ο νοσηλευτής, θα πρέπει να προσεγγίσει τον ασθενή, σαν ακροατής, με σκοπό ο ασθενής να τον εμπιστευτεί, και να του μεταφέρει τις ανησυχίες του, συμβάλλοντας έτσι δυναμικά στην συναισθηματική αποφόρτισή του. Παράλληλα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργήσει ένα κλίμα οικειότητας με τον ασθενή, με απώτερο σκοπό την ενθάρρυνση του, τόσο για να του εκμυστηρευτεί τις φοβίες του, και συνεπώς να μπορεί να τον καθοδηγήσει ως επαγγελματία υγείας να διαχειριστεί το άγχος του, όσο και για να καταστήσει πιο εύκολη την παροχή πληροφοριών για το επικείμενο χειρουργείο, και πιθανώς την επίλυση ορισμένων αποριών του ασθενή (Αλεβίζος, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, κάθε φορά που έρχεται αντιμέτωπος με έναν ασθενή που διακατέχεται από έντονο άγχος, θα πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει και να αναγνωρίζει αν η αγχώδης συμπτωματολογία συνδέεται με την χρήση/εξάρτηση από ουσίες: π.χ. ψυχοδιεγερτικά (κοκαΐνη, αμφεταμίνες), ή αν προέρχεται από στερητικό σύνδρομο, λόγω αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες, καφεΐνη κ.α.. Εάν η αγχώδης συμπτωματολογία σχετίζεται με την ύπαρξη υποκείμενου ιατρικού νοσήματος, ή τη λήψη φαρμάκων (π.χ. ενδοκρινολογικά νοσήματα, καρδιαγγειακές παθήσεις, αναπνευστικά νοσήματα κ.α.). Οι συχνότερες αιτίες οργανικού άγχους είναι ο υπερθυρεοειδισμός, η υπογλυκαιμία, και το φαιοχρωμοκύτωμα (καλοήθης όγκος του

μυελού των επινεφριδίων, που προκαλεί υπερέκκριση αδρεναλίνης/νοραδρεναλίνης). Επιπλέον ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει αν ο ασθενής με άγχος, εκδηλώνει συμπτώματα και άλλης ψυχικής διαταραχής, όπως είναι η κατάθλιψη. Το 40-45% των ασθενών με αγχώδη διαταραχή, εμφανίζουν σε κάποια φάση κατάθλιψη, ενώ αντίστοιχα το 60% με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζουν αγχώδη-φοβικά στοιχεία.(Χολέβα, Παρλαπάνη, Μποζίκας, Φωκάς, 2016).

3.2.2 Σχέση ασθενή – νοσηλευτή

Η σχέση νοσηλευτή-ασθενή μπορεί να είναι πολύ μεγάλης σημασίας για τη θεραπεία του ασθενούς. Ο νοσηλευτής πρέπει να αποφεύγει να προκαλεί όλο και μεγαλύτερη εξάρτηση του ασθενούς από εκείνον, αλλά ταυτόχρονα δεν πρέπει να δίνει στον ασθενή την εντύπωση ότι τον απωθεί. Μια από τις σπουδαιότερες όψεις της νοσηλείας είναι να προγραμματίζεται η ημέρα του ασθενούς με τρόπο που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του .Η σχέση νοσηλευτή-ασθενή χρησιμοποιείται για την προαγωγή της ανάπτυξης του ασθενή ως άτομο, για την επίλυση των προβλημάτων και για την ανάπτυξη της αυτογνωσίας από την μεριά του ασθενή. Η επαγγελματική σχέση νοσηλευτή-ασθενή διαφέρει από τις κοινωνικές σχέσεις.(Αλεβίζος, 2008)

Τα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής θεραπευτικής σχέσης είναι τα ακόλουθα:

- Επικεντρώνεται στον ασθενή.
- Αποσκοπεί στην επίτευξη συγκεκριμένων στόχων.
- Είναι χρονικά περιορισμένη.

Στην επαγγελματική σχέση ο νοσηλευτής μπορεί να αναλάβει διαφορετικούς ρόλους, αλλά η σχέση επικεντρώνεται πάντα στις ανάγκες του ασθενή. Η επαγγελματική σχέση αποσκοπεί επίσης στην επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Σκοπός αυτών των σχέσεων είναι να βοηθήσει ο ασθενής να επιτύχει προσαρμοστικούς (υγιείς) στόχους. Στην επαγγελματική σχέση είναι επίσης σημαντικό να τηρείται ο κατάλληλος βαθμός αντικειμενικότητας . Παρόλο που οι νοσηλευτές δεν πρέπει να είναι τελείως αντικειμενικοί, πρέπει να αποφεύγουν να παρασύρονται από προσωπικές προκαταλήψεις ή να ταυτίζονται με τα συναισθήματα των ασθενών. Η ενασχόληση με τα συναισθήματα και τις απόψεις του νοσηλευτή δεν έχει θέση στην αλληλεπίδραση νοσηλευτή-ασθενή.

Με τον καιρό, οι νοσηλευτές μαθαίνουν να ισορροπούν τα συναισθήματα τους με την επαγγελματική αντικειμενικότητα και να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες των ασθενών τους(Dunne, 2005).

Για να γίνει η επικοινωνία πιο αποτελεσματική υπάρχουν πολλές στρατηγικές. Μια από τις πιο σημαντικές είναι η ενεργητική ακρόαση, η οποία είναι η προσεκτική παρακολούθηση ολόκληρου του μηνύματος του αποστολέα, τόσο του λεκτικού όσο και του μη λεκτικού. Ο ενεργητικός ακροατής επιδεικνύει επίσης συμπεριφορές προσοχής, που μεταδίδουν την προσοχή και το ενδιαφέρον του ακροατή :

- Είναι στραμμένος προς το άλλο άτομο (με το σώμα και το πρόσωπο).
- Έχει ανοικτή στάση σώματος (βραχίονες χαλαροί, χωρίς να σταυρώνει τα χέρια μπροστά από το στήθος).
- Δίνει πρόσθια κλίση στο σώμα του.
- Έχει λεκτικές και μη λεκτικές αντιδράσεις που υποδεικνύουν ενδιαφέρον και ενθαρρύνουν τον αποστολέα να συνεχίσει(Βασιλειάδου, 2008).

Η ενεργητική ακρόαση μπορεί ακόμη να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του ασθενή, καθώς στην κοινωνία που κινείται με γρήγορους ρυθμούς, είναι σπάνιο να απολαμβάνει κανείς την απόλυτη προσοχή κάποιου μη επικριτικού ακροατή. Έτσι δίνεται η ευκαιρία να ενδυναμωθεί το άτομο . Ο νοσηλευτής πρέπει να κατανοεί και να αναγνωρίζει τα συναισθήματα του ασθενή, ενώ παράλληλα να διατηρεί το ρόλο του ως επαγγελματία υγείας , αυτό ονομάζεται εν-συναίσθηση . Εν-συναίσθηση είναι η συναισθηματική ταύτιση με την ψυχική κατάσταση ενός άλλου ατόμου, και η κατανόηση της συμπεριφοράς και των κινήτρων του. Απαιτεί από τον νοσηλευτή να κάνει στην άκρη τις προσωπικές του αξίες και κρίσεις να αποκτήσει συναίσθηση των αισθημάτων του ασθενή και να συζητήσει μαζί του για να επαληθεύσει ότι αντιλαμβάνεται σωστά τα συναισθήματα του. Η εμπειρία της εν-συναίσθησης μπορεί να δώσει στον ασθενή την αίσθηση ότι δεν είναι μόνος σε αυτόν το κόσμο, ότι υπάρχει κάποιος που τον αντιλαμβάνεται και ότι η αξία του αναγνωρίζεται. Η εν-συναίσθηση δεν είναι το ίδιο με την συμπόνια, που υποδηλώνει οίκτο για τον άλλο. Δεν αναμένεται, και στην πραγματικότητα δεν πρέπει να νοιώθει ο νοσηλευτής οίκτο για τον ασθενή.

Πολλά από τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσα στη θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενή χρησιμοποιώντας θεραπευτική επικοινωνία(Ζαχαρής, Καμπουρέλλη, 2011).

Οι ακόλουθες νοσηλευτικές διαγνώσεις ανταποκρίνονται συνήθως καλά στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις:

- Έλλειψη γνώσεων.
- Κοινωνική απομόνωση ή Μοναξιά ή Διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση.
- Αναποτελεσματικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης του στρες.
- Αίσθημα αδυναμίας ή αίσθημα απελπισίας.
- Άγχος.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω κατάστασης ή Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Αναποτελεσματική εκπλήρωση ρόλων.

Η θεραπευτική επικοινωνία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως νοσηλευτική παρέμβαση και αυτό συμβαίνει όταν ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τεχνικές επικοινωνίας για να βοηθήσει τον ασθενή να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Επιθυμητά αποτελέσματα που μπορούν να επιτευχθούν με τη θεραπευτική επικοινωνία είναι:

- Ανάπτυξη αυτογνωσίας από τον ασθενή.
- Συμμετοχή του ασθενή στην επίλυση προβλημάτων.
- Ανάπτυξη αυτοεκτίμησης.
- Ανάπτυξη προσαρμοστικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης του στρες.
- Έκφραση και διερεύνηση συναισθημάτων.

Όπως είπαμε και παραπάνω οι κρίσεις πανικού είναι ένα επίπεδο άγχους το οποίο είναι και το πιο σημαντικό. Οι νοσηλευτές είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν επιθετικότητα από νοσηλευόμενο με σύγχυση ή και παραλήρημα. Οι ασθενείς μπορεί να λειτουργούν με την εξαθλίωση, την έλλειψη προσωπικού ελέγχου, την συναισθηματική φόρτιση εξαιτίας των ήχων από τα μηχανήματα και τα έντονα τεχνητά φώτα, την έλλειψη ύπνου, τα βιώματα επώδυνων ιατρικών παρεμβάσεων, τους φαρμακευτικούς ή φυσικούς περιορισμούς και την απώλεια αξιοπρέπειας, τα οποία όλα συνδέονται με την απογοήτευση και την πιθανή επιθετική συμπεριφορά. Αν και η πιθανότητα εμφάνισης επιθετικότητας είναι υψηλή, ο νοσηλευτής μπορεί να διαχειριστεί την επιθετικότητα μέσω της επικοινωνίας του με το νοσηλευόμενο, αντιμετωπίζοντας τους παράγοντες που προκαλούν την απογοήτευσή του. Ελαφρυντικοί παράγοντες για τις αρνητικές επιπτώσεις της επείγουσας φροντίδας και συνεπώς, μείωσης της πιθανότητας εμφάνισης ενός επεισοδίου επιθετικότητας είναι:

- ❖ Προσανατολισμός του νοσηλευόμενου στο χώρο και στο χρόνο.
- ❖ Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος όπως η στάση του νοσηλευόμενου, ο φωτισμός, η θέρμανση.
- ❖ Συζήτηση με τους νοσηλευόμενους και παροχή περισσότερων οδηγιών και πληροφοριών από ότι συνηθίζεται. Ενθάρρυνση για αμφίδρομη επικοινωνία.
- ❖ Καλά επικοινωνιακά προσόντα, όπως ενεργητική ακρόαση, οπτική επαφή, κατάλληλη χρήση κλειστών και ανοικτών ερωτήσεων, ήρεμη σίγουρη και χαλαρή φωνή, παροχή πληροφοριών και χρήση κατάλληλης ενθάρρυνσης.
- ❖ Αποφυγή αποπροσωποποίησης του νοσηλευόμενου.
- ❖ Διασφάλιση αποτελεσματικής αξιολόγησης και διαχείρισης του πόνου και του ύπνου.
- ❖ Χρήση μοντέλου πρόσωπο -κεντρικής προσέγγισης.

Η επικοινωνία είναι βασική για τη διαχείριση της επιθετικότητας , οι νοσηλευτές πρέπει να είναι φιλικοί, θερμοί και σπλαχνικοί, να αφιερώνουν χρόνο στη φροντίδα, να ακούνε τις ανησυχίες, να δίνουν συμβουλές για την κατάσταση τους και να απαλύνουν τον πόνο για να ελαχιστοποιούν τις επιθέσεις . Ο ρόλος του νοσηλευτή, πέρα από την ψυχοθεραπεία, που ενδεχομένως να χρειαστεί ο ασθενής, για την αντιμετώπιση του άγχους, θα πρέπει να ενημερώσει το οικογενειακό περιβάλλον, προκειμένου να ακολουθήσει υποστηρικτικό ρόλο, προς τον ασθενή-συγγενή τους, και φυσικά ο ίδιος ο νοσηλευτής να έχει άμεση επαφή με τον ασθενή και οικειότητα μαζί του, με σκοπό να τον εμπιστευτεί και να μεταφέρει τις ανησυχίες του, προς τους επαγγελματίες υγείας(M. Γκούβα, 2014).

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή, συμβάλει στην μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος, εξασφαλίζει την συνεργασία ασθενή-νοσηλευτή, και εφόσον ο ασθενής αισθανθεί ασφάλεια, μπορεί να εκμυστηρευτεί τους φόβους του και τους προβληματισμούς του στον νοσηλευτή. Όλα αυτά, αποτελούν

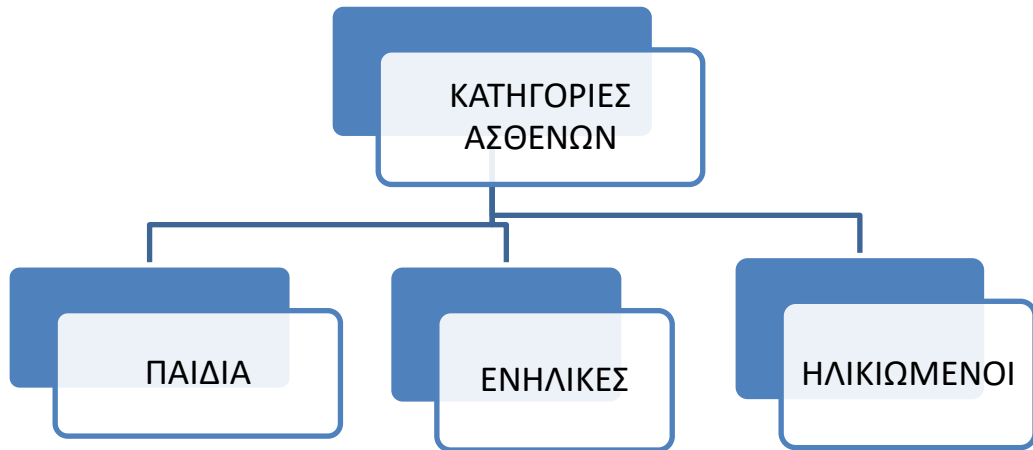
ικανοποιητικούς προγνωστικούς δείκτες για την ελάττωση του άγχους του ασθενή, και συνεπώς για την ταχύτερη ανάρρωσή του(Κουτελέκος, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

4.1 Κατηγορίες ασθενών

Οι ασθενείς μπορεί να αντιλαμβάνονται τη μέρα του χειρουργείου ως την πιο απειλητική ημέρα της ζωής τους. Ο βαθμός στον οποίο ο κάθε ασθενής φανερώνει το άγχος για το μέλλον εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, τον τύπο και την έκταση της προτεινόμενης επέμβασης, προηγούμενη χειρουργική εμπειρία και προσωπική ευαισθησία σε αγχωτικές καταστάσεις. Οι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, φαίνεται να είναι πιο ανήσυχοι από εκείνους με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Μία πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι ότι τα πιο μορφωμένα άτομα, γνωρίζουν τους κινδύνους που εμπεριέχει η χειρουργική επέμβαση και η αναισθησία. Οι ασθενείς εμφανίζουν υψηλό άγχος πριν από την επέμβαση, λόγω του φόβου που σχετίζεται τόσο με την αναισθησία, όσο και με τις επιπτώσεις της (Dewit, 2001). Τα άτομα νεαρότερης ηλικίας αυτά με δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά καθώς και τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν υψηλά επίπεδα προ-εγχειρητικού άγχους. Η προσωπικότητα κάθε ατόμου προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά κάτω από την επίδραση στρεσογόνων καταστάσεων. Έτσι η απειλή μιας χειρουργικής επέμβασης μπορεί για κάποιον να αποτελεί δυσάρεστη κατάσταση ενώ για κάποιον άλλον μπορεί να λειτουργήσει θετικά λόγω της απαλλαγής από κάποιο πρόβλημα. (Wallymahmed, 2003)

Άτομα απόμακρα, ανασφαλή, ανήσυχα, ευερέθιστα, νευρικά, με χαμηλή αυτοπεποίθηση μπορούν να αναπτύξουν υψηλά επίπεδα άγχους κάτω από την πίεση ιδιαίτερα αγχωτικών καταστάσεων. Το θετικό ιστορικό πόνου, τα αγχώδη χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι προηγούμενες εμπειρίες επίσης αυξάνουν τα επίπεδα του άγχους. Η ηλικία του ασθενούς αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου. Στην συνέχεια θα αναφερθούμε αναλυτικά σε αυτό (Osborn, Wraa, Watson, Holleran, 2014)



4.1.1 Παιδιά

Οι αιτίες του άγχους των νοσοκομειακών ασθενών ποικίλλουν από ασθενή σε ασθενή και από χώρα σε χώρα. Επίσης οι αιτίες του περιστασιακού και του μόνιμου άγχους είναι διαφορετικές στα παιδιά και διαφορετικές στους ενήλικες. Παιδικό χειρουργείο θεωρείται οποιοδήποτε χειρουργείο γίνεται σε άτομα κάτω των 18 ετών. Η πραγματικότητα να έχει κανείς ένα παιδί που πρέπει να κάνει οποιοδήποτε χειρουργείο (απλό ή σύνθετο) είναι εντελώς διαφορετική. Όταν το παιδί είναι σε ηλικία που καταλαβαίνει και πρέπει να το ενημερώσετε σχετικά με αυτό που θα συμβεί, τότε έχετε να διαχειριστείτε και τις δικές σας αγωνίες αλλά και τις δικές του. Οι ερωτήσεις μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολες την ώρα που εσείς πρέπει να του εξηγήσετε με τον πλέον καθησυχαστικό τρόπο τι είναι αυτό που θα συμβεί (Rana & Upton, 2009).



Το άγχος των παιδιών αυξάνεται σημαντικά πριν από τη χειρουργική επέμβαση και κορυφώνεται κατά την εισαγωγή της μάσκας αναισθησίας και μειώνεται στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο. (Αλεβίζος 2008).

Όταν ένα παιδί πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση θα χρειαστεί να γίνει αναισθησία, το παιδί που θα έχει πολύ άγχος σε αυτό το σημείο, θα είναι σε μεγάλο βαθμό μη συνεργάσιμο, καθυστερώντας την διαδικασία της επέμβασης και καθιστώντας τη πιο περιπλοκή. Οι ηλικίες των παιδιών αυτών είναι από 2 έως 6 ετών. Το προ-εγχειρητικό άγχος συσχετίζεται ακόμα, με διαταραχές στην ανάρρωση από τις επιδράσεις της αναισθησίας, μετεγχειρητικά παρατηρείται διαταραχή στη συμπεριφορά. Ένα μεγάλο ποσοστό των έφηβων παιδιών ηλικίας 12- 18 ετών βιώνουν σημαντική ανησυχία που αυξάνεται από τον προθάλαμο του χειρουργείου μέχρι την επαγωγή της αναισθησίας. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στις ΗΠΑ σε παιδιά-ασθενείς διαπιστώθηκε ότι τα άτομα υψηλού κινδύνου αναπτύσσουν άγχος προ-εγχειρητικά αλλά και μετεγχειρητικά, είναι παιδιά μικρότερης ηλικίας. Ακόμη παιδιά που είναι πιο συναισθηματικά, πιο παρορμητικά, τα λιγότερο κοινωνικά και όσα είχαν πιο αγχώδεις και πιο ανήσυχους γονείς(Wallymahmed, 2003) Επιπλέον μέσα από μια πολύ-παραγοντική ανάλυση υποστηρίξατε ότι το άμεσο προ-εγχειρητικό άγχος του παιδιού και της μητέρας αποτελούν έναν από τους παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση προβλημάτων της συμπεριφοράς του παιδιού μεταγενέστερα. Η χαμηλή κοινωνικότητα του παιδιού και το υψηλό μητρικό άγχος κατά τον αποχωρισμό της μητέρας από το παιδί θεωρούνται πολύ σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες για εμφάνιση υψηλού προ-εγχειρητικού άγχους στο παιδί. Τα αίτια του άγχους,

διαφοροποιούνται από ασθενή σε ασθενή, και από χώρα σε χώρα. Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα του άγχους υπάρχουν και μεταξύ ενηλίκων και ανήλικων ατόμων που πρόκειται να χειρουργηθούν. (Αλεβίζος 2008).

Συγκεκριμένα το προ-εγχειρητικό άγχος, είναι πιο εμφανές κατά την διάρκεια της επαγωγής της αναισθησίας. Το παραλήρημα είναι συχνό και κάπως ανεξάρτητο από τα επίπεδα του πόνου. (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου,2010)

Οι μετεγχειρητικές μεταβολές συμπεριφοράς, περιλαμβάνουν συνήθως το άγχος του χωρισμού των παιδιών από τους γονείς τους, τον φόβο των ξένων, τα προβλήματα φαγητού, τους εφιάλτες και την διαταραχή του ύπνου. Αυτές οι δυσκολίες τείνουν να επιλύονται με την πάροδο του χρόνου, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις τείνουν να διαρκέσουν έως και ένα έτος σε μερικά παιδιά. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για τα προβλήματα μετεγχειρητικής συμπεριφοράς, είναι το νεαρό της ηλικίας, η τυχόν προηγούμενη αρνητική εμπειρία με τα νοσοκομεία, ή την ιατρική περίθαλψη, ορισμένα είδη νοσηλείας, ο μετεγχειρητικός πόνος, το άγχος των γονέων και ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών(Cohen-Salmon , 2010).

Ένα παιδί που πρόκειται να υποβληθεί σε μια χειρουργική επέμβαση όταν είναι αρκετά μεγάλο θα πρέπει να γνωρίζει γιατί μπορεί να αντιλήφθη τι πρόκειται να συμβεί σε μια χειρουργική επέμβαση που θα υποστεί για να μην έρθει στη δυσάρεστη θέση να ξυπνήσει μετά τη νάρκωση και να έρθει τότε αντιμέτωπο την πραγματική κατάσταση του . Πρέπει να γνωρίζει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου να νιώσει ασφάλεια και ηρεμία. Χρειάζονται εξηγήσεις γιατί πρόκειται να γίνει στο χειρουργείο και ποια είναι η διαδικασία του, μέχρι όλα να τελειώσουν και να επιστρέψει στο σπίτι και στην καθημερινότητα του. Δεν πρέπει να δοθούν ψεύτικες υποσχέσεις , όπως ότι θα παρευρίσκεται κάποιος μαζί του στο χειρουργείο εφόσον κάτι τέτοιο απαγορεύεται. Η στιγμή του αποχωρισμού θα είναι πολύ δύσκολη αν οι γονείς έχουν πει ένα τέτοιο ψέμα στο παιδί τους. (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου,2010)

Το παιδικό χειρουργείο είναι μία δοκιμασία που απαιτεί ψυχραιμία και σωστή ενημέρωση.

Το γενικό άγχος, η κατάθλιψη, τα σωματικά προβλήματα και ο πολύς φόβος θεωρούνται κύριοι προγνωστικοί παράγοντες κινδύνου για την αύξηση του προ-εγχειρητικού άγχους σε εφήβους ασθενείς.

Οι γονείς πρέπει να :

- Εξηγήσουν στο παιδί ότι η αναισθησία γίνεται για την αποφυγή του πόνου και ότι δεν πρόκειται να αισθανθεί τίποτα.
- Εξηγήσουν ότι το χειρουργείο δεν το κάνει επειδή ήταν κακό παιδί. Η χειρουργική επέμβαση δεν είναι τιμωρία.
- Καθησυχάσουν το παιδί αν πονάει μετά το χειρουργείο και ότι οι γιατροί θα του δώσουν παυσίπονα .
- Εξηγήσουν ότι στο σημείο της τομής θα υπάρχουν ράμματα που θα χρειάζονται κάποια περιποίηση για ένα διάστημα και ότι αμέσως μετά θα νιώθει καλύτερα από ότι πριν το χειρουργείο.
- Ενημερώνουν το παιδί ότι θα βρίσκεστε στο πλησιέστερο σημείο που θα σας επιτρέψουν να περιμένετε και ότι αμέσως μετά την επέμβαση θα είναι πάλι μαζί του(Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου,2010).

4.1.2 Ενήλικες

Είναι γεγονός ότι η κατάσταση του να βρίσκεται ένας ενήλικας στη θέση του ασθενούς προκαλεί έντονη ανησυχία καθώς συνδέεται με απώλεια της ανεξαρτησίας και απρόσμενα αισθήματα ανικανότητας. Οι ασθενείς μπορεί να αντιλαμβάνονται την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης ως την πιο απειλητική μέρα της ζωής τους. Πολλοί ασθενείς στο νοσοκομείο βιώνουν ταυτόχρονα ανησυχίες σε σχέση με τρίτους, δηλαδή ανησυχίες σχετικά με την οικογένεια που αφήνουν πίσω, τους φίλους, τους συναδέλφους ή ακόμη και για τους διπλανούς ασθενείς . (Χολέβα,Παρλαπάνη., Μποζίκας ,Φωκάς 2016).

Το άγχος των ασθενών προ-εγχειρητικά πυροδοτείται από :

- 1) το φόβο του αγνώστου
- 2) το φόβο της αρρώστιας και
- 3) το φόβο για τη ζωή.

Μεταξύ των τριών αυτών ειδών φόβου ο φόβος του αγνώστου, φαίνεται ότι συνδέεται σημαντικά με μεγαλύτερο μέρος του άγχους.

Οι πιο συνηθισμένοι λόγοι προ-εγχειρητικού άγχους είναι :

- i. Ο φόβος της αναβολής της εγχείρησης ,
- ii. Ο φόβος μήπως πάθουν βλάβη κατά τη διάρκεια της εγχείρησης ,
- iii. Ο φόβος μήπως δεν τύχουν της δέουσας προσοχής από τους φροντιστές ,
- iv. Ο φόβος μήπως δεν ξυπνήσουν από τη νάρκωση και
- v. Ο φόβος για μετεγχειρητική ναυτία και έμετο . (Wallymahmed ,2003)

Προβληματισμός και φόβοι δημιουργούνται από τα συνυπάρχοντα σωματικά προβλήματα, από τις διαδικασίες ετοιμασίας για την εγχείρηση, από την αβεβαιότητα της απόφασης να γίνει ή να μη γίνει εγχείρηση, από την έλλειψη εμπιστοσύνης στο χειρουργό και από διάφορες άλλες σκέψεις όπως για παράδειγμα <<δεν θα μπορώ να εργαστώ για πολύ καιρό εξ αιτίας της εγχείρησης>> .

Επίσης , η σκέψη του θανάτου ήταν παρούσα προ-εγχειρητικά σε πολλούς ασθενείς οι οποίοι έχουν κάποια προσωπική εμπειρία ή πιο μακρινού θανάτου από το περιβάλλον των φίλων, των συγγενών ακόμη και κάποιων γνωστών. Οι περισσότεροι ενήλικες ασθενείς αντιμετωπίζουν την χειρουργική επέμβαση αναπτύσσοντας ένα μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμού, συναίσθημα φόβου. Άτομα με πολύ έντονο φόβο και άγχος, παρουσιάζουν τα περισσότερα προβλήματα συναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής μετά την επέμβαση .Οι ασθενείς με προβλήματα συναισθηματικής προσαρμογής, παρουσίασαν τις περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Συχνά το άγχος προέρχεται από λανθασμένες αντιλήψεις για το τι πρόκειται να συμβεί κατά την χειρουργική επέμβαση, και για το ποιες θα είναι οι συνέπειες(Ferrell et all., 1995). Οι ασθενείς με αγχώδη χαρακτηριστικά προσωπικότητας, διαπιστώνεται ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο στην εμφάνιση προ-εγχειρητικού άγχους. Οι ασθενείς αυτοί είναι γενικά αγχωμένοι, νευρικοί, απόμακροι, ανασφαλείς, ανήσυχοι, υπερευαίσθητοι στα ερεθίσματα και ψυχολογικά πιο αντιδραστικοί. Η προσωπικότητα του κάθε ασθενή, αντανακλά τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά σε στρεσογόνες καταστάσεις. Συνεπώς, η απειλή της χειρουργικής επέμβασης μπορεί για μερικούς να αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση, ενώ για κάποιους άλλους να λειτουργήσει θετικά λόγω της απαλλαγής από κάποιο άλλο πρόβλημα . (Wallymahmed ,2003)

Το άγχος των ασθενών αρχίζει μόλις προγραμματιστεί η χειρουργική επέμβαση και αυξάνεται κατά την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο. Σημαντικό ρόλο έχει και το φύλο των ασθενών, συγκεκριμένα οι γυναίκες προ-εγχειρητικά κινδυνεύουν περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες να εμφανίσουν είτε

προσωρινό, είτε μόνιμο άγχος, είτε άγχος με κατάθλιψη, είτε μετεγχειρητική ναυτία και έμετο. (Χολέβα, Παρλαπάνη., Μποζίκας , Φωκάς 2016).

Οι άνδρες ασθενείς φοβούνται περισσότερο την ωτορινολαρυγγολογική χειρουργική επέμβαση και λιγότερο τη νευροχειρουργική εγχείρηση, ενώ οι γυναίκες ασθενείς φοβούνται περισσότερο τα χειρουργεία θώρακος και πολύ λιγότερο τις μεγάλες ορθοπεδικές εγχειρήσεις ή την πλαστική/επανορθωτική επέμβαση (Walsgrove, 1999).

Στους ενήλικες με άλλα λόγια οι προγνωστικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του προ-εγχειρητικού άγχους, συσχετίστηκε με ιστορικό καρκίνου, το κάπνισμα, τις ψυχιατρικές διαταραχές, την αρνητική μελλοντική αντίληψη, τα μέτρια έως έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα, τον μέτριο έως έντονο πόνο, την χειρουργική επέμβαση, το θηλυκό φύλο, και το επίπεδο εκπαίδευσης. Η μελέτη αυτή αποσκοπούσε στον εντοπισμό και στην ποσοτικοποίηση της επίδρασης των παραγόντων κινδύνου για προ-εγχειρητικό άγχος στους ενήλικες, και διεξήχθη ανάμεσα σε 592 νοσηλεύόμενους ασθενείς που επρόκειτο να χειρουργηθούν (Caumo, Schmidt, Schneider , Bergmann , Iwamoto , Bandeira, Ferreira , 2001).

Σε μία άλλη έρευνα που διενεργήθηκε σε νοσοκομείο του Πακιστάν, ανάμεσα σε ενήλικες ασθενείς με προγραμματισμένο χειρουργείο, παρατηρήθηκε, ότι υπήρχε σημαντικά υψηλό επίπεδο άγχους στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες που συνέβαλαν στο άγχος ήταν η ανησυχία για την οικογένεια, ο φόβος για επιπλοκές και ο μετεγχειρητικός πόνος. Αξίζει να αναφερθεί ότι το 50% των ασθενών θεώρησε ότι το άγχος τους θα μειωνόταν από μία λεπτομερή εξήγηση σχετικά με την διαδικασία της επέμβασης και την αναισθησία (Jawaid , Mushtaq , Mukhtar , Khan , 2007).

4.1.3 Ηλικιωμένοι

Ολοένα και περισσότεροι ηλικιωμένοι υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις και όπως έχουν δείξει όλες οι μελέτες αυτό που έχει σημασία για την καλή τους πορεία είναι η βιολογική ηλικία και όχι απλά η χρονολογική. Υπάρχουν ασθενείς που είναι νέοι, αλλά έχουν ιδιαίτερα εύθραυστη υγεία και ηλικιωμένοι που είναι ακμαιότατοι. Αν οι ηλικιωμένοι έχουν καλά ρυθμισμένα προβλήματα υγείας, τότε το στρες του χειρουργείου που πραγματοποιείται δεν δυσκολεύει την ανάνηψη και ανάρρωση τους. Ακόμη και οι

επιπλοκές που μπορούν να παρουσιαστούν δεν είναι περισσότερες ή συχνότερες από εκείνες που εμφανίζονται σε νεότερους ασθενείς. (Χολέβα, Παρλαπάνη., Μποζίκας ,Φωκάς 2016).

Οι πιο διαδεδομένες παθήσεις, όπως οι καρδιοπάθειες, η αρτηριακή υπέρταση, οι πνευμονοπάθειες, ο σακχαρώδης διαβήτης είναι συχνότερες χειρουργικές επεμβάσεις που μπορούν να υποστούν άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Γι αυτό και χρειάζεται πλήρης έλεγχος και καλή προετοιμασία πριν την εισαγωγή τους. Στους ηλικιωμένους η αναισθησία μπορεί να προκαλέσει μικρή σύγχυση, αλλά με τη σωστή προετοιμασία και τις κατάλληλες επιλογές των αναισθητικών παραγόντων, η ανάνηψη τους είναι γρήγορη, καλή και χωρίς προβλήματα. (Αλεβίζος 2008).



Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι το περιβάλλον του νοσοκομείου και η πολυήμερη παραμονή σ' αυτό αποπροσανατολίζουν και δυσκολεύουν τους ηλικιωμένους, γι ' αυτό η μονοήμερη νοσηλεία αποτελεί πολλές φορές την πιο πλεονεκτική λύση, αφού τους επιτρέπει να γυρίσουν αυθημερόν στο σπίτι τους. Πρέπει, όμως, να διερευνηθεί ότι θα τύχουν στην κατάλληλη υποστήριξη εκεί, αφού συχνά οι ηλικιωμένοι είναι μόνοι ή έχουν μεγάλης ηλικίας και ανήμπορους συντρόφους ή ζουν σε δύσκολες συνθήκες. (Χολέβα, Παρλαπάνη., Μποζίκας ,Φωκάς 2016).

4.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση του άγχους των ασθενών

Η ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του ρόλου του νοσηλευτή στη φροντίδα των ασθενών . Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση άγχους των ασθενών είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την ψυχολογία των ασθενών. Στο προηγούμενο κεφάλαιο μιλήσαμε για την ηθική των νοσηλευτών και το πώς θα να συμπεριφέρονται στους ασθενείς τους, πώς να τους αντιμετωπίζουν και ποια θα πρέπει να είναι η σχέση ασθενή – νοσηλευτή. (Αγγελόπουλος 2009).

Πρέπει ο νοσηλευτής να επικοινωνεί με τον ασθενή για να μπορέσει να διαχειριστεί το άγχος του .Η επικοινωνία επιδρά θετικά ή αρνητικά στους ανθρώπους. Όταν μεταβιβάζει μηνύματα όπως ελπίδας, αισιοδοξίας, ψυχολογικής ενίσχυσης, μπορεί να χρησιμεύσει σαν θεραπευτικό μέσο. Αν όμως εκδηλώσει κριτική και απόρριψη μπορεί να προκαλέσει άγχος, ψυχικά τραύματα μέχρι και ψυχικές διαταραχές. Η επικοινωνία γίνεται με διάφορα μέσα: με την ομιλία, τον τόνο της φωνής, την παρατήρηση, τη μη λεκτική συμπεριφορά και έκφραση κ.ά. Ο νοσηλευτής παρέχει φροντίδα ,πληροφορεί, διευκρινίζει, προετοιμάζει τους ασθενείς αλλά και τα μέλη της οικογένειας του συμβουλευοντας για τα γεγονότα ή τα συναισθήματα που μπορεί να υπάρχουν. Ακόμη ο νοσηλευτής ο οποίος είναι και ο κύριος εκφραστής της παροχής φροντίδας στον ασθενή, θα πρέπει να γνωρίζει ποιες είναι οι συνηθισμένες αντιδράσεις του ασθενούς σε μια δεδομένη κατάσταση, να τον αξιολογεί, να τον ενθαρρύνει και τέλος να είναι δίπλα του υποστηρικτικά χωρίς να τον απορρίπτει.(Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου,2010).

Η επικοινωνία έχει κεντρική θέση στη ζωή του ανθρώπου και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σ' όλα τα θέματα υγείας και κυρίως της ψυχικής υγείας.

Η θεραπευτική επικοινωνία ενθαρρύνει τον άρρωστο να δοκιμάσει τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφοράς, που θα τον οδηγήσουν στην ψυχολογική του ανάπτυξη και ωριμότητα. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τη θεραπευτική επικοινωνία στη φροντίδα των αρρώστων. Για να είναι όμως επιτυχημένη η επικοινωνία αυτή, πρέπει από την πλευρά του νοσηλευτή να υπάρχει:

- 1.Αποδοχή και κατανόηση.
- 2.Θερμό ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση.

- 3.Σεβασμός και ευγένεια.
- 4.Ειλικρίνεια.
- 5.Ετοιμότητα για παροχή βοήθειας.
- 6.Επιείκεια.
- 7.Προστασία σωματική και ψυχολογική. (Χολέβα,Παρλαπάνη., Μποζίκας ,Φωκάς 2016).

Το επόμενο βήμα είναι να αναπτυχθεί αρχικά κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, για να μπορεί ο άρρωστος να αισθάνεται ασφαλής και να επικοινωνήσει με τον νοσηλευτή για τη διαδικασία του χειρουργείου. Ο νοσηλευτής μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθηση του ασθενή δίνοντάς του το μήνυμα ότι δεν είναι υποχρεωτικό να μιλάει.

Πρέπει ο νοσηλευτής να γίνει αποδεκτός από τον ασθενή. Αποδοχή σημαίνει ενδιαφέρον για τον ασθενή, ανεξάρτητα από την κατάσταση και την συμπεριφορά του. Σημαίνει ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να βλέπει τον ασθενή σαν ένα σπουδαίο πρόσωπο, που το βοηθάει να ανακουφισθεί από τη συναισθηματική του ένταση και πίεση πριν και μετά το χειρουργείο. (Αγγελόπουλος 2009).



Ο νοσηλευτής απέναντι στον ασθενή θα πρέπει :

1. Να διαβεβαιώνει τον ασθενή ότι ακούει προσεκτικά τις δυσκολίες που βιώνει, χωρίς κριτική ή καταδικαστική διάθεση. Με αυτόν τον τρόπο οι ασθενείς αισθάνονται ότι υποστηρίζονται από τους νοσηλευτές και μπορούν να εκφράσουν τις ανησυχίες τους και να ανακουφιστούν από το άγχος.

2. Να δημιουργήσει μια υποστηρικτική σχέση με τον ασθενή, η οποία σχέση θα στηρίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό, την εμπιστοσύνη και την αμοιβαία ενίσχυση, πράγματα τα οποία βοηθούν τον ασθενή να αντιμετωπίζει με αισιοδοξία την κατάστασή του.

3. Να συνεργάζεται με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας με σκοπό τη σφαιρική εκτίμηση και αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς.

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας του με τον ασθενή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να χρησιμοποιεί αποτελεσματική εν-συναίσθηση. Για να το επιτύχει αυτό, χρειάζεται να τοποθετεί τον εαυτό του στη θέση του ασθενούς και να αντιλαμβάνεται τον ψυχικό του κόσμο σαν να ήταν δικός του. Παράλληλα, θα πρέπει να συμμερίζεται και να κατανοεί τα συναισθήματα του ασθενούς, και να έχει την ικανότητα να του μεταδίδει την κατανόησή του, χρησιμοποιώντας αποτελεσματικές μεθόδους επικοινωνίας. Οι αποτελεσματικές μέθοδοι επικοινωνίας περιλαμβάνουν την ικανότητα του νοσηλευτή να ακούει προσεκτικά τον ασθενή και να του επιτρέπει να εκφράσει τα συναισθήματά του, χωρίς να του ασκεί κριτική. (Osborn, S.K., Wraa, , Watson, 2012).

Παράλληλα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα και τις προσδοκίες των ασθενών τα οποία πιθανώς να κρύβονται πίσω από τις λέξεις και τις φράσεις τους.

Αυτό, γιατί πολλές φορές το γνωστικό και συγκινησιακό περιεχόμενο των φράσεων του ασθενούς παρουσιάζεται λεκτικά ή μη λεκτικά καμουφλαρισμένο ή και εντελώς παραποιημένο.

Συνεπώς, κατά τη διάρκεια της συνομιλίας τους, ο νοσηλευτής χρειάζεται να ακούει όχι μόνο τα όσα λέει ο ασθενής, αλλά και να αντιλαμβάνεται τον διαφορετικό τόνο και ένταση της φωνής του, καθώς και τις διάφορες μη λεκτικές εκφράσεις του προσώπου του και των ματιών του.

Για τον παραπάνω σκοπό, χρειάζεται να δίνεται αρκετός χρόνος στον ασθενή προκειμένου να εκφράσει τις σκέψεις του, τους φόβους του, και τις ανησυχίες του

σχετικά με την κατάστασή του. (DeWit 2013)

Ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα, όπως:

- ❖ Σεβασμός του αρρώστου.
- ❖ Προστασία της αξιοπρέπειάς του.
- ❖ Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο.
- ❖ Διάθεση να βοηθήσει τους αρρώστους με τη δημιουργία συνθηκών θεραπευτικού περιβάλλοντος.
- ❖ Παραχώρηση χρόνου για να τους ακούσει προσεκτικά.
- ❖ Αποδοχή και όχι κριτική στάση απέναντι στον άρρωστο.
- ❖ Ενδιαφέρον, ευαισθησία, ευγένεια, εχεμύθεια.
- ❖ Αίσθημα υπευθυνότητας.
- ❖ Ψυχική υγεία.
- ❖ Πίστη και αγάπη στο έργο του νοσηλευτή. (Mosby, E. 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

5.1 Εισαγωγή στη μονάδα Μετά-Αναισθητικής φροντίδας

Κάθε ασθενής που υποβάλλεται σε κάποια τεχνική αναισθησίας γενική, περιοχική ή καταστολή πρέπει να παρακολουθείται και να υποστηρίζεται στην Αίθουσα Ανάνηψης ή Μονάδα Μετά-Αναισθητικής Φροντίδας. Όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν δυνητικά κίνδυνο επιπλοκών από τον αεραγωγό, την αναπνοή, την κυκλοφορία καθώς και από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η Μονάδα Μετά-Αναισθητικής Φροντίδας είναι ένας ειδικά οργανωμένος χώρος κοντά σε κάθε συγκρότημα χειρουργείων ή χώρους χορήγησης αναισθησίας, όπου οι ασθενείς ανανήπτουν από τις άμεσες επιδράσεις της αναισθησίας και της επέμβασης και όπου ανιχνεύονται και αντιμετωπίζονται όλες οι άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές. (Perry & Potter ,2012)



Η μεταφορά των ασθενών στο θάλαμο αμέσως μετά την αναισθησία μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα επικίνδυνη. Ο χειρισμός των περισσότερων ασθενών μπορεί να γίνει σε χώρο ανάνηψης αλλά ορισμένοι μπορεί να χρειαστεί να μεταφερθούν σε περιβάλλον πιο αυξημένης μετεγχειρητικής φροντίδας με δυνατότητα μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας-ΜΕΘ). Ο στόχος της ύπαρξης χώρου ανάνηψης ή μετά-αναισθητικής φροντίδας είναι η παρακολούθηση του ασθενούς μέχρις ότου να μπορέσει να μεταφερθεί με ασφάλεια στο θάλαμο ή στη ΜΕΘ(Γολεμάτης, 1996).

Αν δεν τηρούνται κάποιες συγκεκριμένες απαιτήσεις φροντίδας μπορεί να προκύψουν σοβαρές επιπλοκές. Όλοι οι ασθενείς μετά από τη χορήγηση αναισθησίας (γενικής, περιοχικής ή καταστολής) πρέπει να μεταφέρονται στην Αίθουσα Μετά-αναισθητικής Ανάνηψης με μάσκα O₂ και σε ειδικό φορείο, όπου ακολουθείται η παρακάτω διαδικασία :

- **Ενημέρωση νοσηλεύτριας για τον ασθενή**

Με την άφιξη του ασθενούς στην Αίθουσα Μεταναισθητικής Ανάνηψης ο αναισθησιολόγος ενημερώνει λεπτομερώς τη νοσηλεύτρια της Αίθουσας για την γενική κατάσταση του ασθενούς ,δηλαδή :

- Την ταυτότητα του ασθενούς
- Το ιατρικό ιστορικό και την προ-εγχειρητική γενική κατάσταση του ασθενούς.
- Αλλεργίες ασθενούς.
- Την αγωγή που του χορήγησε προ-εγχειρητικά και την προ-νάρκωση .
- Την αναισθητική τεχνική.
- Τη χειρουργική επέμβαση.
- Επιπλέον Φάρμακα που τυχόν χρησιμοποιήθηκαν.
- Την απώλεια αίματος κατά την εγχείρηση.
- Τη διεγχειρητική χορήγηση υγρών και παραγωγών αίματος.
- Την ωριαία αποβολή ούρων.
- Τυχόν αναισθητικές ή χειρουργικές επιπλοκές.
- Το απαιτούμενο μετεγχειρητικό monitoring και εργαστηριακές εξετάσεις.
- Την ανάγκη για ειδικά φάρμακα ή πράξεις που πρέπει να γίνουν(Τούντα, 1975).

- **Αρχικές ενέργειες νοσηλεύτριας στην Αίθουσα Μετά-Αναισθητικής Ανάνηψης**

Μετά την ενημέρωση της η νοσηλεύτρια που παραλαμβάνει τον ασθενή πρέπει να αναλάβει την υπευθυνότητα παρακολούθησης του ασθενούς και πρέπει να ελέγξει τα παρακάτω:

- Να παρακολουθεί στην αρχή και στην συνέχεια ανά τακτά χρονικά διαστήματα :τα ζωτικά σημεία ,το σφυγμικό οξύμετρο και το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς και τη θερμοκρασία .
- Να τοποθετήσει τον ασθενή με μειωμένο επίπεδο συνείδησης ή με αυξημένο κίνδυνο για εισρόφηση σε θέση ανάνηψης (δηλαδή σε αριστερή πλάγια θέση με

την κεφαλή σε χαμηλότερο επίπεδο) για να διευκολύνεται η παροχέτευση των εκκρίσεων από το στοματοφάρυγγα και την αναπνευστική οδό και την παροχέτευση αίματος από το χειρουργικό πεδίο και εμέτου από το στόμα. Ο ασθενής πρέπει να παραμείνει σε πλάγια θέση περίπου για 30 λεπτά μετά την αποκατάσταση επιπέδου συνείδησης και επανέρχεται σε ύπτια θέση όταν είναι ικανός να αποβάλλει τις εκκρίσεις μόνος του ή να αλλάξει θέση.

- Να χορηγήσει 30-50 % εισπνεόμενο οξυγόνο.
- Να ελέγξει το επίπεδο αισθητικότητας και κινητικότητας των άκρων επί περιοχικής αναισθησίας , με ιδιαίτερη προσοχή για πιθανή επέκταση του αποκλεισμού.
- Να καθητηριάσει την κύστη επί ραχιαίας ή επισκληριδίου αναισθησίας που έχει διαρκέσει πάνω από 4 ώρες.
- Να καταγράψει τα ζωτικά σημεία μαζί με άλλες σημαντικές πληροφορίες
- Να ελέγξει την ένταση του μετεγχειρητικού πόνου(Berman, Snyder & Jackson, 2009).

5.2 Έξοδος από την μονάδα

Στη συνέχεια γίνεται η μεταφορά ασθενών από τη Μονάδα Μετά-αναισθητικής Φροντίδας στο θάλαμο. Θα πρέπει να υπάρχει ειδική «λίστα ελέγχου» για το προσωπικό της Μονάδας Μετά-αναισθητικής Φροντίδας προκειμένου να διασφαλίζεται ότι ο ασθενής φέρει όλες τις προϋποθέσεις εξόδου. Τα έγγραφα που συνοδεύουν τον ασθενή στο θάλαμο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν οδηγίες για:

- Συμπληρωματική χορήγηση οξυγόνου.
- Χορήγηση υγρών.
- Αναλγησία και αντιεμετική αγωγή.
- Παρακολούθηση ζωτικών λειτουργιών.
- Φυσιοθεραπεία.
- Νοσηλευτική φροντίδα. (DeWit 2013)

Δεν απαιτείται ελάχιστος χρόνος παραμονής των ασθενών στην αίθουσα ανάνηψης. Ο χρόνος παραμονής πρέπει να εξατομικεύεται κατά περίπτωση. Οι ασθενείς πρέπει να παραμένουν στην αίθουσα ανάνηψης μέχρις ότου να μη διατρέχουν πλέον κίνδυνο κάρδιο αναπνευστικής καταστολής. (Kukimoto, Ooe, Ideguchi 2017)

Απαραίτητη προϋπόθεση για την έξοδο των ασθενών από την αίθουσα ανάνηψης είναι η παρουσία σταθερών και εντός αποδεκτών ορίων ζωτικών σημείων. Η χρήση κριτηρίων εξόδου (scoring systems) μπορεί να βοηθήσει στην εκτίμηση της καταλληλότητας των ασθενών για έξοδο από τη Μονάδα Μετά-αναισθητικής Φροντίδας. Οι ασθενείς πριν την έξοδό τους πρέπει να είναι σε εγρήγορση και προσανατολισμένοι ως προς το χώρο και το χρόνο. Οι ασθενείς των οποίων η προ-εγχειρητική διανοητική κατάσταση ήταν επηρεασμένη προ-εγχειρητικά, πρέπει να έχουν επιστρέψει στην προ-εγχειρητική τους κατάσταση. Οι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο σε ημερήσια βάση πρέπει μετά την έξοδό τους να συνοδεύονται στο σπίτι τους από έναν υπεύθυνο ενήλικα. Επίσης πρέπει να τους παρέχονται γραπτές οδηγίες σχετικά με τη μετεγχειρητική λήψη τροφής, φαρμάκων, επιτρεπόμενες δραστηριότητες καθώς και τηλέφωνο για κλήση σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (Taylor, Lillis & Lemone, 2006)

5.2.1 Μεταφορά ασθενή στο θάλαμο

Για την μεταφορά του ασθενή στο θάλαμο θα πρέπει να υπάρχει επίσημη λίστα παραμέτρων που θα πρέπει να ελέγχονται πριν την έξοδο των ασθενών από τη Μονάδα Μετά-αναισθητικής Φροντίδας.



Συμβουλευτικά η λίστα είναι καλό να περιλαμβάνει τα εξής:

- Ζωτικά σημεία όπως: → καρδιακή συχνότητα, → αρτηριακή πίεση, → SpO₂, → train – of – four, → τελοεκπνευστικό διοξείδιο, εφόσον ο ασθενής ήταν μηχανικά αεριζόμενος.
- Οδηγίες για την άμεση μετά τη Μονάδα Μετά-αναισθητικής Φροντίδας περίοδο τουλάχιστον ως ακολούθως: → συμπληρωματικό οξυγόνο, → αντικατάσταση υγρών, → αναλγητικά και αντιεμετικά, → φυσιοθεραπεία, → monitoring, εφόσον χρειάζεται, → άλλες οδηγίες.
- Το προσωπικό της Μονάδας Μετά-αναισθητικής Φροντίδας οφείλει να συντάσσει ειδικό έντυπο με τα παραπάνω στοιχεία για κάθε ασθενή που μεταφέρεται στο θάλαμο. (Taylor, Lillis, Lemone 2006)

5.2.2 Μετεγχειρητικός έλεγχος ασθενή

Οι ασθενείς που μεταφέρονται στους θαλάμους θα πρέπει να πληρούν, τα κριτήρια που θεσπίζονται από κάθε Μονάδα Μετά-αναισθητικής Φροντίδας συμπεριλαμβανομένων τουλάχιστον των παρακάτω:

- Πλήρη συνείδηση, δυνατότητα διατήρησης βατού αεραγωγού και των αντανακλαστικών του.
- Επαρκή αναπνοή και οξυγόνωση στα προ-εγχειρητικά επίπεδα, σταθερή κατάσταση από το καρδιαγγειακό.
- Απουσία εμέτου και πόνος υπό έλεγχο. (Kukimoto, Ooe, Ideguchi 2017).

Συμπληρωματικά, είναι καλό να χρησιμοποιούνται ειδικές κλίμακες αξιολόγησης για την ασφάλεια των ασθενών και τον έλεγχο ποιότητας. Εάν δεν πληρούνται τα κριτήρια εξόδου, οι ασθενείς είναι αναγκαίο να παραμένουν στη Μονάδα Μετά-αναισθητικής Φροντίδας και να ενημερώνεται ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος. Αυτοί οι ασθενείς είναι καλό να μεταφέρονται σε μονάδες αυξημένης φροντίδας ή ακόμη και στη ΜΕΘ. (DeWit 2013)

Ασθενείς που μεταφέρονται από τη Μονάδα Μετά-αναισθητικής Φροντίδας στο σπίτι :

- Απαιτούνται ιδιαίτερες συνεννοήσεις για την ασφάλεια της διαδρομής και την μετέπειτα φροντίδα τους.

- Οι ειδικές κλίμακες αξιολόγησης είναι εξαιρετικά χρήσιμες και για αυτούς τους ασθενείς.
- Ο πόνος και ο έμετος θα πρέπει να ελεγχθούν και να χορηγηθεί κατάλληλη αγωγή και για το σπίτι με λεπτομερείς οδηγίες.
- Προσεκτικές οδηγίες θα πρέπει να δίνονται και για την αντιμετώπιση άλλων αναπάντεχων συμβάντων.
- Υπογεγραμμένο έγγραφο με όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υπάρχει στον ιατρικό φάκελο όλων αυτών των ασθενών.
- Εφόσον δεν πληρούνται τα κριτήρια εξόδου, οι ασθενείς παραμένουν στη Μονάδα Μετά-αναισθητικής Φροντίδας και ενημερώνεται ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος προκειμένου να επανεκτιμήσει τον ασθενή. (Mosby 2013).

Είναι επιβεβλημένο να γίνεται τακτικά έλεγχος ειδικά για τα παρακάτω θέματα:

- Επάνδρωση της Μονάδα Μετά-αναισθητικής Φροντίδας.
- Monitorin.
- Οξυγονοθεραπεία.
- Πρωτόκολλα εξόδου.
- Καταγραφή στοιχείων και αρχειοθέτηση.
- Μετεγχειρητική επίσκεψη του αναισθησιολόγου.
- Προβλήματα αεραγωγού.
- Υπέρταση και υπόταση.
- Μετεγχειρητική ναυτία και έμετος,.
- Μη αναμενόμενες εισαγωγές σε μονάδες αυξημένης φροντίδας και ΜΕΘ.
- Σοβαρά συμβάντα.
- Εκπαίδευση του προσωπικού(Perry &Potter, 2012).

5.2.3 Ψυχολογία ασθενή

Οι Ασθενείς οι οποίοι έχουν υψηλά επίπεδα προ-εγχειρητικού άγχους εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα μετεγχειρητικά. Το αυξημένο προ-εγχειρητικό άγχος των ασθενών σχετίζεται με διάφορους παράγοντες όπως ο αναμενόμενος μετεγχειρητικός πόνος, ο χωρισμός από την οικογένεια, η απώλεια της ανεξαρτησίας, το είδος της νόσου, ο βαθμός που απειλείται η ζωή του ασθενούς από τη νόσο, ο φόβος της αναισθησίας και της χειρουργικής επέμβασης αλλά και ο φόβος του θανάτου όπως είδη έχουμε προαναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο. (Αγγελόπουλος 2009).

Το αυξημένο μετεγχειρητικό άγχος συνδέεται με διάφορους παράγοντες μερικοί από τους οποίους είναι η συνολική εμπειρία και η ένταση του πόνου της εγχείρησης, οι προϋπάρχουσες ήσσονος σημασίας ψυχιατρικές διαταραχές, το προ-εγχειρητικό περιστασιακό άγχος, η αρνητική προ-εγχειρητική αυτοαντίληψη για το μέλλον, το ιστορικό καπνίσματος και η κακή φυσική κατάσταση. Οι συνέπειες του stress στον οργανισμό ποικίλλουν. Ειδικότερα τα αυξημένα επίπεδα προ-εγχειρητικού άγχους, αγωνίας ή stress εμπεριέχουν αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας και γενικότερα συνδέονται με χειρότερη έκβαση η οποία συμπεριλαμβάνει παρατεταμένη παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο, περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές και υψηλότερα ποσοστά επανεισαγωγής για νοσηλεία. (Osborn, S.K., Wraa, , Watson, 2012).

Η έγκαιρη αναγνώριση του άγχους των χειρουργικών ασθενών καθώς και ο έλεγχος και η διαχείριση αυτού κρίνονται απαραίτητα με σκοπό, στο πλαίσιο της προ-εγχειρητικής ετοιμασίας, να εφαρμοστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την πρόληψη και μείωση του άγχους. Ο ρόλος της προετοιμασίας μέσω πληροφόρησης σε σχέση με την προσαρμογή στο χειρουργείο συνεπάγεται με ευεργετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς. (Mosby 2013).

Όσον αφορά την αίσθηση του πόνου, μετά το χειρουργείο, το σωματο-αισθητικό σύστημα επεξεργάζεται πληροφορίες, σχετικά με την αφή, την θέση, τον πόνο και την θερμοκρασία. Οι υποδοχείς που συμμετέχουν στην μετάδοση πληροφοριών σχετικά με αυτές τις αισθήσεις είναι αντίστοιχα οι μηχανοποδοχείς, οι αλγούποδοχείς, και οι θερμοποδοχείς. Οι αλγούποδοχείς, ανταποκρίνονται σε επιβλαβή ερεθίσματα, τα οποία μπορεί να προκαλέσουν ιστική βλάβη. Οι άξονες των ενεργοποιημένων αλγούποδοχέων, απελευθερώνουν ουσίες, οι οποίες ευαισθητοποιούν τους αλγούποδοχείς σε ερεθίσματα, τα οποία προηγουμένως δεν γίνονταν αντιληπτά, ως επιβλαβή ή επώδυνα(π.χ σε ένα

χειρουργικό τραύμα). Η διαδικασία αυτή ευαισθητοποιήσης καλείται υπεραλγησία, και αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικά της ελάττωσης του πόνου(Constanzo,2013).

5.2.4 Νοσηλευτική αντιμετώπιση

Πέρα από την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αντιμετώπιση με αγγολυτικά-ηρεμιστικά, και αναλγητικά για την αντιμετώπιση του πόνου, ο ρόλος του νοσηλευτή, σε χειρουργημένους ασθενείς ή ακόμη και σε αυτούς που πρόκειται να χειρουργηθούν, θα πρέπει να επικεντρώνεται, στην ψυχική υγεία του ασθενή.

Η ενθάρρυνση των ασθενών, για την θετική έκβαση του αποτελέσματος, αλλά και η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή, για το πόσο βοηθητική είναι η ψυχολογική υποστήριξη για την ταχύτερη ανάρρωσή του, μπορούν να σταθούν χρήσιμοι αρωγοί, για την αντιμετώπιση του άγχους που τους διακατέχει. (DeWit 2013)

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, θα πρέπει με την στάση τους και την συμπεριφορά τους να κάνουν τους ασθενείς, να τους εμπιστευτούν, να αισθανθούν οικειότητα, έτσι ώστε οι ασθενείς με την σειρά τους να μπορούν αν μεταβιβάσουν τις ανησυχίες τους στο προσωπικό. Επιπλέον οι νοσηλευτές δεν θα πρέπει από την άλλη να βρίσκονται συνεχώς από «πάνω» από τους ασθενείς, που δεν εφησυχάζουν εύκολα, καθώς από την μία θα υπάρχει περιορισμός χρόνου, για τα υπόλοιπα καθήκοντά τους και συνεπώς για τους υπόλοιπους ασθενείς, και από την άλλη, η τόσο στενή σχέση ασθενή-νοσηλευτή, δεν θα βοηθήσει τον πρώτο, να στηριχτεί στις δικές του δυνατότητες και δυνάμεις. Όλο αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να καθυστερήσει ο ασθενής, να αυτό-εξυπηρετηθεί, και κατά συνέπεια να μάθει την σημαντικότητα της αυτό-φροντίδας, για την έγκαιρη επαναφορά του στους πρότερους ρυθμούς του. (Osborn, S.K., Wraa, Watson, 2012).

Η εξασφάλιση ήρεμου θεραπευτικού περιβάλλοντος, αμέσως μετά την επέμβαση, κρίνεται απαραίτητη, σε συνδυασμό με την χορήγηση ηρεμιστικών και αναλγητικών, στις περιπτώσεις ανήσυχων ασθενών, που αναφέρουν έντονο μετεγχειρητικό πόνο. Η συμμετοχή των ασθενών, που εξακολουθούν να είναι ανήσυχoi ακόμη και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, σε κέντρα αποκατάστασης, ή η συμμετοχή τους σε ομάδες γνωστικής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας, θα μπορούσε να ελαχιστοποιήσει τις όποιες ανησυχίες, φοβίες, και άγχη που οι ασθενείς εξακολουθούν να φέρουν για την ποιότητα ζωής τους.



Τουλάχιστον δύο κατάλληλα εκπαιδευόμενα άτομα πρέπει να είναι παρόντα στην αίθουσα ανάνηψης όταν υπάρχουν ασθενείς που δεν πληρούν τα κριτήρια για μεταφορά στο θάλαμο. Ο αναισθησιολόγος «παραδίδει» τον ασθενή στο προσωπικό του χώρου ανάνηψης μεταβιβάζοντας όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Ο αναισθησιολόγος είναι επίσης υπεύθυνος για την ασφαλή αφαίρεση του ενδο-τραχειακού σωλήνα. Οι νοσηλευτές που είναι εκπαιδευόμενοι στο χειρισμό της λαρυγγικής μάσκας μπορούν να την αφαιρούν αλλά ο αναισθησιολόγος πρέπει να είναι διαθέσιμος ανά πάσα στιγμή.

Μετά την ικανοποιητική ανάνηψη του ασθενούς και αφού πληρούνται τα κριτήρια μεταφοράς του, ένα κατάλληλο εκπαιδευόμενο άτομο (ιδανικά η νοσηλεύτρια του θαλάμου) οφείλει να συνοδεύσει τον ασθενή στο τμήμα και να μεταβιβάσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες στο προσωπικό του τμήματος. (DeWit 2013)

Είναι απαραίτητο να υπάρχει πρόβλεψη ώστε ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος να επισκέπτεται τις παρακάτω ομάδες ασθενών εντός 24ώρου μετά τη χειρουργική επέμβαση:

1. Ασθενείς κατηγορίας ASA III, IV και V.
2. Ασθενείς με επισκληρίδιο αναλγησία.
3. Ασθενείς που φεύγουν από το χώρο ανάνηψης με κεντρική φλεβική γραμμή.
4. Ασθενείς για τους οποίους ζητείται η μετεγχειρητική αναισθησιολογική εκτίμηση από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. (Mosby 2013).

Ιδανικά βέβαια, όλοι οι ασθενείς πρέπει να εκτιμούνται μετεγχειρητικά από τον αναισθησιολόγο. Αυτό προφανώς ισχύει και για τους ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για χειρουργείο σε ημερήσια βάση. Είναι απαραίτητο σε κάθε νοσοκομείο να υπάρχουν σαφώς καθορισμένα πρωτόκολλα στη σύνταξη των οποίων οι αναισθησιολόγοι θα έχουν πρωτεύοντα ρόλο και τα οποία θα αφορούν τη ρύθμιση της μετεγχειρητικής

αναλγησίας, της οξυγονοθεραπείας, τη μετεγχειρητική εκτίμηση τυχόν γνωσιακής δυσλειτουργίας ή πάρεσης περιφερικών νεύρων καθώς και τη συνέχιση της μετεγχειρητικής αγωγής (αντιυπερτασικά φάρμακα, αγωγή ισχαιμίας μυοκαρδίου, φάρμακα παθήσεων αναπνευστικού κλπ). (Osborn, S.K., Wraa, , Watson, 2012).

5.3 Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Με τον όρο μετεγχειρητικές επιπλοκές αναφερόμαστε σε όλες εκείνες τις επιπλοκές που προκαλούνται χρονικά μετά την χειρουργική πράξη , με βασικότερη προϋπόθεση ότι σχετίζονται αιτιολογικά με την επέμβαση αυτή. Διακρίνονται σε τοπικές, όταν επικεντρώνονται στο σημείο του σώματος όπου επεμβαίνει ο χειρουργός δηλαδή στο σημείο της τομής και σε συστηματικές , όταν πλέον επηρεάζουν τη λειτουργία συστημάτων του οργανισμού, που δεν θίγονται άμεσα ούτε από τη νόσο αλλά ούτε από την ίδια την επέμβαση. Όσον αφορά τον χρόνο εγκατάστασης τους σε σχέση με την επέμβαση, χωρίζονται σε άμεσες ,όταν εμφανίζονται πριν την πλήρη επούλωση του τραύματος και σε απώτερες, όταν εγκαθίστανται μετά από την πλήρη αποκατάσταση της λειτουργίας του οργανισμού στις νέες συνθήκες που προκύπτουν μετεγχειρητικά.

Όσον αφορά, τα μετεγχειρητικά συμπτώματα, η μετεγχειρητική ναυτία και έμετος, είναι από τα πιο συνηθισμένα φαινόμενα. Όταν η μετεγχειρητική ναυτία/έμετος, εμφανίζεται κατά το πρώτο 24ωρο, τότε μπορεί να οφείλεται στην αναισθησία. Όταν εμφανίζεται μετά από 24 ή 48 ώρες, τότε οφείλεται σε πιο σοβαρά αίτια, όπως η διάταση της κοιλίας, η διάταση του στομάχου ή η βαγοτομή. Υπολογίζεται ότι το 30% περίπου των ασθενών, εμφανίζουν μετεγχειρητική ναυτία και εμετό(Αλκιβιάδης, 2005).

Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου(άτομα νεαρής ηλικίας, γυναικείο φύλο, πολύωρες επεμβάσεις, γυναικολογικές, κοιλιακές, οφθαλμικές και ωτορινολαρυγγολογικές επεμβάσεις) η συχνότητα εμφάνισης φτάνει περίπου το 70%.(Βλαχαίτης, Χαραλαμπίδου, 2015).Επιπλέον το έντονο άγχος, είναι πιθανό να επηρεάσει και το αναπνευστικό σύστημα του ασθενή. Η αυξημένη αναπνευστική συχνότητα(ταχύπνοια), είναι σύνηθες φαινόμενο, σε ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις, όπως στην περίπτωση καρδιαγγειακών χειρουργείων, ή ακόμη και μετεγχειρητικά, ως αντίδραση στον πόνο(LeMONE, et.al).

Οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών . Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι μικρής ή μεγάλης βαρύτητας και ίσως μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς. (Osborn, S.K., Wraa, , Watson, 2012).

5.3.1 Ψυχολογία ασθενή

Η ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του ρόλου του νοσηλευτή στη φροντίδα των ασθενών. Αυτό, γιατί με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, τα άτομα αυτά και οι οικογένειές τους μπορούν να ξεπεράσουν τυχόν επιπλοκές, να αποδεχτούν την κατάστασή τους, και να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στο νέο τρόπο ζωής τους. Παράλληλα, έχουν την ψυχική ικανότητα να αναπτύξουν δεξιότητες αυτό-φροντίδας και να προλάβουν την εμφάνιση οποιονδήποτε επιπλοκών. (Αγγελόπουλος 2009).

Βασικός σκοπός της ψυχολογικής υποστήριξης θα πρέπει να είναι:

1. Η παροχή βοήθειας στους ασθενείς προκειμένου να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της θεραπείας τους.
2. Η ενθάρρυνση των ασθενών να έχουν κίνητρα στη ζωή τους και να συμμετέχουν σε ευχάριστες δραστηριότητες.
3. Η ενθάρρυνση των ασθενών για αυτό-φροντίδα.
4. Η ενθάρρυνση των ασθενών να αναπτύξουν μια θετική και ρεαλιστική αντίληψη για τη ζωή τους και να αποκτήσουν τον έλεγχο της ασθένειάς τους και της θεραπείας τους.
5. Η παροχή βοήθειας στους ασθενείς για τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου από φίλους, ομοιοπαθείς ή τοπικές ομάδες της Κοινότητας.

(Χολέβα, Παρλαπάνη , Μποζίκας, Φωκάς 2016).

5.3.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση

Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του ασθενή συνέχεια τις πρώτες ώρες μετά την χειρουργική επέμβαση και για την περίπτωση σοκ, μέχρι να έρθει ο ιατρός. Μια ενδοφλέβια γραμμή πρέπει να υπάρχει σε περίπτωση που ο ασθενής χρειάζεται άμεση χειρουργική επέμβαση. Ο ασθενής δεν πρέπει να έχει τίποτα στο στόμα. Ακόμη, ο νοσηλευτής θα πρέπει να μην κάνει κάποια ενέργεια που να σπρώχνει και να πιέζει τα εσωτερικά του όργανα και σπλάχνα του ασθενούς. Το χρώμα του ιστού θα πρέπει να αξιολογείται, όπως και οποιαδήποτε αλλαγή κατάστασης του ασθενούς. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξετάζει τα ζωτικά σημεία του ασθενή κάθε 15 λεπτά και να τον καθησυχάζει όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του. (Αγγελόπουλος 2009).

Σε περίπτωση που ανιχνευθεί διάνοιξη τραύματος ο νοσηλευτής θα επιστρέψει τον ασθενή στο κρεβάτι και θα χαμηλώσει το κεφάλι του στις 20 μοίρες. Επίσης ο εκσπλαχνισμός μπορεί να συμβεί και να χρειαστούν μέτρα για τη μείωση της κοιλιακής πίεσης. Ο ασθενής θα πρέπει να κάμψει τα γόνατα και να αποφύγει τον βήχα για τη μείωση της κοιλιακής πίεσης. Σημαντικό είναι αποστειρωμένες γάζες ή πετσέτες να τοποθετούνται πάνω στο τραύμα ή το εκτιθέμενο έντερο. (Osborn, S.K., Wraa, , Watson, 2012).

Στο τέλος αφού ένας χειρουργός εξετάσει το τραύμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα συνδετικό υλικό για την υποστήριξη της κοιλιακής χώρας, σε περίπτωση που η χειρουργική επέμβαση δεν ενδείκνυται. Το βασικότερο σκέλος για την αποφυγή των μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως και σε κάθε άλλη ενέργεια είναι η πρόληψη. Στο χώρο των χειρουργείων απαιτούνται πειθαρχία και άσηπτη τεχνική για την αποφυγή λοιμώξεων. Ακόμη ένα πολύ σημαντικό γεγονός είναι η προσοχή και ο εκτενής προεγχειρητικός έλεγχος με σκοπό την επιλογή του κατάλληλου ασθενούς για το χειρουργείο ημέρας, ενώ κατ' επέκταση μέσα από τις εξετάσεις πραγματοποιείται ορθά η αναισθησία. (DeWit 2013)

Πιο συγκεκριμένα όσο αναφορά την τομή για την αποφυγή λοίμωξης του χειρουργικού τραύματος ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη τους παρακάτω παράγοντες :

- Καλή αντισηψία του δέρματος και των χεριών της χειρουργικής ομάδας.

- Όσο το δυνατόν προσεκτική αιμόσταση, σωστή διατομή των ιστών και αποφυγή δημιουργίας συνθηκών ισχαιμίας στην περιοχή του τραύματος.
- Καλή συρραφή του τραύματος χωρίς τάση των χειλιών του.
- Αποφυγή δημιουργίας αιματωμάτων και νεκρών χώρων. (Αγγελόπουλος 2009).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το άγχος όπως είδη έχουμε αναφέρει προκαλείται αρκετά συχνά σε άτομα που επρόκειτο να χειρουργηθούν, ανεξαρτήτως ηλικίας ,σοβαρότητας και διάρκειας του χειρουργείου. Σύμφωνα με όσα έχουμε αναφέρει προηγουμένως διαπιστώθηκε πως τα άτομα που έχουν ξανά χειρουργηθεί έχουν μεγαλύτερη ανησυχία και άγχος. Τα άτομα ανησυχούν τόσο για τη προ-εγχειρητική διαδικασία όσο και για την μετεγχειρητική τους πορεία. Η ανησυχία τους είναι μεγάλη τόσο για την έκβαση του αποτελέσματος, όσο και για την αναισθησία αλλά κυρίως για το μετεγχειρητικό πόνο. Η μόνη σκέψη τους είναι το πόσο γρηγορότερα θα επιστρέψουν στους φυσιολογικούς ρυθμούς της ζωής τους.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εντοπίζουν την αιτιολογία και το βαθμό του άγχους που διακατέχει τους ασθενείς πριν το χειρουργείο. Με όσο το δυνατόν ευκολονόητη ενημέρωση και επικοινωνία θα πρέπει να δώσουν στον ασθενή πληροφορίες για την επέμβαση που επρόκειτο να πραγματοποιηθεί και να κατανοήσουν ότι θα πρέπει να παραμείνουν ήρεμοι πριν και μετά το χειρουργείο για την αποφυγή τυχόν επιπλοκών. Η ενθάρρυνση αλλά και ενημέρωση τόσο των ασθενών όσο και του οικογενειακού περιβάλλοντος θα πρέπει να πραγματοποιείτε για την θετική έκβαση του αποτελέσματος και την ψυχολογική υποστήριξη , να μπορούν να σταθούν χρήσιμοι αρωγοί στην αντιμετώπιση του άγχους. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, θα πρέπει με την στάση τους και την συμπεριφορά τους να κάνουν τους ασθενείς, να τους εμπιστευτούν, να αισθανθούν οικειότητα, έτσι ώστε οι ασθενείς με την σειρά τους να μπορούν αν μεταβιβάσουν τις ανησυχίες τους στο προσωπικό. Επιπλέον οι νοσηλευτές δεν θα πρέπει να βρίσκονται συνεχώς από «πάνω» από τους ασθενείς, που δεν εφησυχάζουν εύκολα, καθώς από την μία θα υπάρχει περιορισμός χρόνου, για τα υπόλοιπα καθήκοντά τους και συνεπώς για τους υπόλοιπους ασθενείς, και από την άλλη, η τόσο στενή σχέση ασθενή-νοσηλευτή, δεν θα βοηθήσει τον πρώτο, να στηριχτεί στις δικές του δυνατότητες και δυνάμεις. Όλο αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να καθυστερήσει ο ασθενής, να αυτό-εξυπηρετηθεί, και κατά συνέπεια να μάθει την σημαντικότητα της αυτό-φροντίδας, για την έγκαιρη επαναφορά του στους πρότερους ρυθμούς του.

Το προ-εγχειρητικό και το μετεγχειρητικό επιφέρει μια σειρά προβλημάτων στους ασθενείς όπως έχουμε είδη αναφέρει. Για παράδειγμα μπορεί να επιφέρει καρδιολογικά, αναπνευστικά και άλλα προβλήματα στον οργανισμό του. Σαφώς η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του από τους νοσηλευτές και τους θεράποντες ιατρούς αποσκοπούν στην ελαχιστοποίηση του. Το μετεγχειρητικό άγχος συνδυάζεται με τον πόνο και την γενικότερη κατάσταση του ασθενή. Πέρα της φαρμακευτικής αγωγής οι νοσηλευτές θα πρέπει να επικεντρώνονται στην ψυχική υγεία του ασθενή. Επίσης ο χειρισμός του κάθε ασθενή θα πρέπει να πραγματοποιείται με διαφορετικό τρόπο σύμφωνα με την ηλικία του ασθενή και τα επίπεδα άγχους που τον διακατέχουν. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, κάθε φορά που έρχεται αντιμέτωποι με έναν ασθενή που διακατέχεται από έντονο άγχος, θα πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνουν και να αναγνωρίζουν την αιτία του. Η σχέση νοσηλευτή-ασθενή χρησιμοποιείται για την προαγωγή της ανάπτυξης του ασθενή ως άτομο, για την επίλυση των προβλημάτων και για την ανάπτυξη της αυτογνωσίας από την μεριά του ασθενή.

Η εξασφάλιση ήρεμου θεραπευτικού περιβάλλοντος, αμέσως μετά την επέμβαση, κρίνεται απαραίτητη, σε συνδυασμό με την χορήγηση ηρεμιστικών και αναλγητικών, στις περιπτώσεις ανήσυχων ασθενών, που αναφέρουν έντονο μετεγχειρητικό πόνο. Η συμμετοχή των ασθενών, που εξακολουθούν να είναι ανήσυχοι ακόμη και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, σε κέντρα αποκατάστασης, ή η συμμετοχή τους σε ομάδες γνωστικής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, θα μπορούσε να ελαχιστοποιήσει τις όποιες ανησυχίες, φοβίες, και άγχη που οι ασθενείς εξακολουθούν να φέρουν για την ποιότητα ζωής τους.

Τέλος, η ελάττωση των επιπτώσεων του περιβάλλοντος μπορεί να απομακρύνει το άγχος των ασθενών, όπως στην περίπτωση των παιδιών, με την συνεχή παρουσία των γονιών τους, ή όπως στην περίπτωση των ενηλίκων, με την χρήση εναλλακτικών μεθόδων αποβολής του άγχους, όπως η μουσική, η γιόγκα, η αρωματοθεραπεία κλπ.

Συμπερασματικά, ο ρόλος του νοσηλευτή, στον εντοπισμό και την αναγνώριση του άγχους των ασθενών, τόσο πριν όσο και μετά την επέμβαση, κρίνεται απαραίτητος σημαντικός. Από την μία συμβάλλει στην άμεση αντιμετώπιση του, με την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή, που ο ιατρός ορίζει, και από την άλλη αποτελεί τον «καθοδηγητή», που με τις πληροφορίες και συμβουλές που θα δώσει στον ασθενή, και στο οικογενειακό του περιβάλλον, θα μπορέσουν αμφότεροι να συνεργαστούν (ασθενείς και οικογένεια), τόσο για την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών, αλλά όσο και για την ταχύτερη

εκμάθηση αυτό-φροντίδας και αυτό-εξυπηρέτησης του ασθενή. Μόνο έτσι θα επιτευχθεί ταχύτερη ανάρρωση, καθώς είναι γνωστό πως σε οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή, ένα μεγάλο ποσοστό της θεραπείας, έγκειται στο κατά πόσο ο ασθενής είναι σε θέση να κατανοήσει τι έχει, τι νιώθει, γιατί βιώνει αυτά τα συναισθήματα, και άλλου τέτοιου είδους ερωτήματα, που θα καταστήσουν, την αποσαφήνιση του συναισθηματικού του υπόβαθρου πιο ευκολονόητη.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κεντρικό ζήτημα για την διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας αποτελεί η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος. Πρόκειται για μια επιλογή που καθορίζεται τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, τις εμπειρίες και το σύστημα αξιών του ερευνητή όσο και από περισσότερο «αντικειμενικούς» παράγοντες όπως η επικαιρότητα, η σημασία του υπό διερεύνηση ζητήματος καθώς και η ύπαρξη προηγούμενης επιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο αυτό έχει προσεγγισθεί ή οι πλευρές που δεν έχουν τυχόν ερευνηθεί .

Πράγματι, όλοι οι παραπάνω παράγοντες ώθησαν στην επιλογή διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης. Η προσωπική φοιτητική εμπλοκή σε νοσηλευτικές διεργασίες στην χειρουργική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας καθώς και η εξάχρονη εμπειρία ως εργαζόμενη στην ίδια κλινική έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στη συγκεκριμένη επιλογή. Σε πρώτη φάση η προσοχή μου στράφηκε στην όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη περίπτωση του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες αλλά και σε άνδρες τα τελευταία χρόνια. Στην πορεία και μέσα απ' την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας διαπιστώθηκε ότι αν και υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού γύρω από θέματα που αφορούν το προ-εγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος σε άτομα με καρκίνο του μαστού δεν υπάρχουν πολλές ποιοτικές μελέτες που θα μπορούσαν να αναδεικνύουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων αλλά και τους λόγους που οι ίδιοι επικαλούνται για αυτά τα συναισθήματα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η εργασία μου να ενσωματώσει τα «λόγια του ασθενούς» σε αυτό το κεφάλαιο που αποτελεί και την ερευνητική προσπάθεια, στα πλαίσια πάντα της πτυχιακής μου εργασίας.

1.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός, λοιπόν, της μελέτης ήταν να καταγράψουμε τα συμπτώματα με τον τρόπο που τα βίωσε η συγκεκριμένη ασθενείς, με τα δικά της λόγια δηλαδή και να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους ο ίδια θεωρεί ότι αρρώστησε, αλλά και πως βλέπει το μέλλον της.

2.Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες της απέναντι στα θέματα της υγείας της ασθενούς, της αρρώστιας και της ποιότητας της ζωής της. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου είναι αποτέλεσμα του είδους του ερευνητικού ερωτήματος (Ryman, 2001). Έτσι, για τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα (DenDenzin & Lincoln, 1998) .

2.1.ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Η κ.Μαρία είναι 50 ετών με ύψος 1,70cc και βάρος 60 Kg.Εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος στο τοπικό κατάστημα μέσης εκπαίδευσης στην Άρτα. Τα τελευταία χρόνια ασχολείται με τους παραδοσιακούς χορούς, επίσης συμμετέχει σε έναν τοπικό σύλλογο στην Άρτα ο οποίος διοργανώνει χοροεσπερίδες εντός και εκτός Ελλάδας. Πριν ασχοληθεί με τον χορό ήταν καπνίστρια και όχι τόσο προσεκτική με τις διατροφικές τις συνήθειες. Πλέον μαζί με το χορό ένταξε στην καθημερινότητα της 2 με 3 φορές την εβδομάδα περπάτημα 10χλμ με τον σύζυγό της και προσπαθεί να τρώει πιο πολλά φρούτα και λαχανικά και να παρασκευάζει μόνη της τα γεύματα για την οικογένεια της. Σημαντικό ρόλο έπαιξε και η μείωση του καπνίσματος, κατάφερε να περιοριστεί στα 2-3 τσιγάρα το πρωί με τον καφέ της και δεν πίνει πλέον πέρα από 1-2 ποτήρια κόκκινο κρασί τον μήνα και δηλώνει ότι νιώθει πως έχει καλύτερη ποιότητα ζωής.

Το στηρικτικό της περιβάλλον αποτελείται από τον σύζυγο της, την κόρη της, τους γονείς της και την αδερφή της. Δεν έχει κοντινές φίλες και οι σχέσεις στο γραφείο δεν είναι και οι καλύτερες θα μπορούσαμε να πούμε τυπικές σχέσεις λόγω συνεργασίας. Αυτό την κάνει καμία φορά να νιώθει θυμό και απομόνωση ακόμη και μονοτονία. Δηλώνει πως ο χορός στον οποίο συμμετέχει και ο σύζυγος της τους εκπληρώνει την αγάπη της για τα ταξίδια.

2.2.ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Η κ.Μαρία κατά την διάρκεια μιας προγραμματισμένης ρουτίνας μαστογραφίας U/S μαστού ανακάλυψε ότι πάσχει από όγκο στον ΔΕ μαστό, αν και δεν είχε κανένα άλλο προειδοποιητικό σύμπτωμα παραπέμφθηκε σε χειρουργό για περαιτέρω διερεύνηση και σταδιοποίηση της νόσου. Δήλωσε ότι δεν έχει ξανά νοσηλευτεί σε νοσοκομείο και η μόνη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει είναι ορμονοθεραπεία για την εμμηνόπαυση (ιστρογόνα και προγεστερόνη). Η κ.Μαρία στην συνέχεια υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία και μαζί με τα ευρήματα του U/S και της μαστογραφίας κατατάχθηκε από τον ακτινοδιαγνώστη σύμφωνα με το σύστημα BIRADS σε ενδιάμεσου τύπου βλάβες και πιθανότητα κακοήθειας. Έπειτα από όλα αυτά κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή της στο νοσοκομείο. Μετά την εισαγωγή ξεκίνησε ο προ-εγχειρητικός έλεγχος:

- Γενική εξέταση αίματος, έλεγχος πυκνότητας (PT/INR, APTT, ινωδογόνο), προσδιορισμός ομάδας, παρ.Rhesus και διασταύρωση του απαιτούμενου αίματος.
- Βασικός Βιοχημικός έλεγχος.
- ΗΚΓ γνωματευμένο από καρδιολόγο.
- Ακτινογραφία Θώρακος.

Οι εξετάσεις δεν έδειξαν άλλες παθολογικές καταστάσεις. Επιπλέον η κ.Μαρία υποβλήθηκε σε πιο εξειδικευμένες εξετάσεις οι οποίες είναι:

- Βιοψία φρουρού λεμφαδένα η οποία δείχνει εάν ο καρκίνος έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες.
- Υπολογιστική τομογραφία (για μεταστάσεις σε πνεύμονες και ήπαρ).
- Σπινθηρογράφημα οστών.

- Μαγνητική.
- Καρκινικοί δείκτες(CA15-3 και CEA).
- Τέλος θεωρήθηκε αναγκαίο να κάνει βιοψία μαστού με κόπτουσα βελονή υπό υπέρηχο.

Όταν ελέχθησαν τα αποτελέσματα των εξετάσεων η ασθενείς ενημερώθηκε από τον ιατρό της για την κατάσταση της υγείας της και ότι άμεσα θα πρέπει να προγραμματιστεί χειρουργείο για μασκεκτομή ΔΕ μαστού λόγω πολυκεντρικού καρκίνου DCIS και μετέπειτα να υποβληθεί σε χειροθεραπεία για την ελάττωση πιθανοτήτων υποτροπής του καρκίνου.

2.3.ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η κ.Μαρία όταν ενημερώθηκε από τον θεράποντα ιατρό για τα αποτελέσματα των εξετάσεων ένιωσε καταβεβλημένη ότι χάνεται η γη κάτω από τα ποδιάς της άρχισε να θυμώνει να κλαίει και να αγχώνεται για την πορεία της κατάσταση της. Το άγχος και ο φόβος άρχισαν να την κυριεύουν. Η ύπαρξη δε της ανάγκης για χειρουργική επέμβαση για αντιμετώπιση της νόσου της ήταν αυτό που της δημιούργησε μεγαλύτερο άγχος. Κύριες πηγές του άγχους της ήταν η επιτυχής έκβαση του χειρουργείου, οι πιθανές επιπλοκές , οι χειροθεραπείες που ήταν απαραίτητες να υποβληθεί, με όλες τις πιθανές υποτροπές και ο ακρωτηριασμός της ως γυναίκεια υπόσταση και αλλοίωση της εμφάνισης της. Το μέγιστο δε άγχος της προερχόταν από το εάν θα μπορούσε και πότε να επιστρέψει στην καθημερινότητα της και στην ανάκτηση των οικογενειακών και επαγγελματικών υποχρεώσεων της. Το αμέσως επόμενο βήμα της και πριν το προγραμματισμένο χειρουργείο ήταν να ζητηθεί μια εκτεταμένη πληροφόρηση από τον γιατρό της για την έκβαση του χειρουργείου και της ασθένειας της. Έτσι ένιωσε πιο προετοιμασμένη και σίγουρη για την χειρουργική επέμβαση, έχοντας καλύτερη οπτική και γνώση άρα και έλεγχο της κατάστασης της. Η ομάδα των επαγγελματιών υγείας συνεργάστηκε και η κ.Μαρία ενημερώθηκε, εξέφρασε τις απορίες της και εκπαιδεύτηκε όσον αφορά το χειρουργείο και την μετεγχειρητική της πορεία, με σκοπό την καλύτερη δυνατή φροντίδα και αυτό-εξυπηρέτηση της. Η προ-εγχειρητική της ενημέρωση τη βοήθησε στο να υποβάλει τον εαυτό της στη διαδικασία της νέας κατάστασης που προέκυψε στην ζωή της και έτσι να μπορέσει να προσαρμοστεί το όσο δυνατόν καλύτερα στα νέα δεδομένα. Όταν την επισκέφτηκα ξανά στο δωμάτιο της ήταν πιο σίγουρη για

τον εαυτό της και πιο δυνατή να αντιμετωπίσει τις καινούριες προκλήσεις που τις έτυχαν. Ήταν εμφανώς πιο ήρεμη και με λιγότερο άγχος, ήταν πεπεισμένη ότι θα είναι δυνατή να αντιμετωπίσει την ασθένεια της και να νιώθει υγιείς. Την μεγαλύτερη δύναμη την αντλούσε από την αγάπη και την στήριξη της οικογένειάς της, νιώθει ότι το οφείλει στο εαυτό της και της οικογένειάς της. Μου εξομολογήθηκε ότι ένιωθε ενοχές για την κατάσταση της, ότι δεν πρόσεξε την υγεία της όσο ήταν νέα τον αλλά στην συνέχεια έδειξε θυμό για την ευκολία που λάμβανε την ορμονική θεραπεία μόνο και μόνο για να καταπολεμήσει τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης παρόλο τις επισημάνσεις του γιατρού της. Την ημέρα του χειρουργείου αποχαιρέτησε χαμογελαστή τους οικείους της και τους τόνισε ότι όλα θα πάνε καλά, όμως στην χειρουργική αίθουσα ξέσπασε σε κλάματα. Η κ.Μαρία ξύπνησε με μετεγχειρητικό πόνο οπότε και της δόθηκαν αναλγητικά άμεσα. Ενημερώθηκε από τους επαγγελματίες υγείας ότι η χειρουργική επέμβαση διεξήχθη χωρίς κανένα πρόβλημα ή επιπλοκή και η ίδια ένιωσε μεγάλη ανακούφιση που ξεπέρασε το πρώτο κίνδυνο της επέμβασης. Παρόλο αυτά ήταν ακόμη αγχωμένη και φοβισμένη για το μέλλον της. Τώρα είχε να σκεφτεί την χειροθεραπεία και τις επιπτώσεις αυτής στην υγεία και της εμφάνιση της, το μεγαλύτερο όμως άγχος ήταν πως θα αντιμετωπίσει τον ακρωτηριασμό και την περίπτωση του χειρουργείου για την αποκατάσταση του.

2.4.ΣΤΟΧΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία μορφή καρκίνου που πλήττει κυρίως τις γυναίκες , χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν εμφανίζεται και σε άντρες. Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες στην Ευρώπη. Ξεκινώντας από τη διάγνωση, οι αντιδράσεις των ασθενών μπορεί να διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή, αλλά το πρώτο συναίσθημα που διακατέχει τους ασθενείς είναι το άγχος και ο φόβος για την μετέπειτα εξέλιξη. Η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη (αυτοεξέταση και μαστογραφία) και άρα η έγκαιρη διάγνωση! Η πρώτη αντίδραση είναι το έντονο άγχος λόγω της αλλαγής του στυλ ζωής ή την αλλαγής της εικόνας σώματος, η ενοχή λόγω της ανάγκης απόδοσης ευθυνών και βέβαια η έντονη θλίψη με βασικά στοιχεία την απώλεια, και την ήττα. (Moorey & Greer, 2003)

Η εμπειρία του καρκίνου επηρεάζει βαθιά τον ψυχισμό της γυναίκας. Αλλάζει η αντίληψη για τον εαυτό της, τον κόσμο, τους ανθρώπους, ενώ παράλληλα αναδύονται υπαρξιακά ζητήματα που αφορούν κυρίως στο νόημα της ζωής και το θάνατο.

Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού νιώθουν συχνά την ανάγκη να κάνουν έναν απολογισμό, να επαναπροσδιοριστούν και να δώσουν μια νοηματοδότηση σε αυτό που τους συμβαίνει. Οι αλλαγές που συμβαίνουν προκαλούν ανασφάλεια και μια αίσθηση απώλειας του ενδιαφέροντος των οικείων προσώπων. Η γυναίκα καλείται να οργανώσει από την αρχή τη ζωή της και να αναδομήσει τις φιλικές και οικογενειακές σχέσεις της, αντιμετωπίζοντας άλλοτε θετικές και άλλοτε απογοητευτικές αντιδράσεις από τους ανθρώπους. (Montazeri, 2008).

Οι γυναίκες περνάνε από 4 φάσεις :

1. Η φάση που ανακαλύπτει κάποια αλλαγή ή σύμπτωμα στο σώμα της

Στην πρώτη φάση η γυναίκα αρχίζει να παρατηρεί κάποια συμπτώματα, όπως πρήξιμο στο στήθος και πόνο. Πολλές γυναίκες αποφεύγουν να δράσουν από το φόβο της διάγνωσης. Ο τρόπος αντίδρασης της κάθε γυναίκας θα καθορίσει σε σημαντικό βαθμό την μετέπειτα εξέλιξη. Γυναίκες που το αμελούν τείνουν να βιώνουν περισσότερο άγχος, φόβο και ενοχές

2. Η φάση της διάγνωσης

Η φάση της διάγνωσης αποτελεί την πιο δύσκολη στιγμή για τη γυναίκα. Παρότι η γυναίκα υποπτεύεται πως κάτι συμβαίνει, μέχρι τη στιγμή της διάγνωσης ελπίζει πως τελικά δεν θα είναι κάτι σοβαρό, σε αυτή τη φάση οι συναισθηματικές αντιδράσεις της κάθε γυναίκας κυμαίνονται από την πλήρη ψυχραιμία έως την έντονη και ανεξέλεγκτη ψυχική αναστάτωση. Τα κυρίαρχα συναισθήματα που βιώνει η γυναίκα είναι τρόμος, απόγνωση και αγωνία.

3. Η φάση της θεραπείας

Η φάση της θεραπείας αποτελείται από τη χειρουργική αντιμετώπιση, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία και προσαρμόζεται ανάλογα με την περίπτωση της κάθε γυναίκας. Η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με ανεπιθύμητες παρενέργειες και αλλαγές στην εμφάνισή της. Βλέπει τον εαυτό της στον καθρέφτη αλλαγμένο και η οργανική της κατάσταση επηρεάζεται από τα φάρμακα. Τα κυρίαρχα συναισθήματα σε αυτή τη φάση είναι ένα αίσθημα αβοήθητου, θυμός και ανάγκη για απόσυρση.

4. Η χρόνια φάση που εκτείνεται από την ίαση έως το τέλος της ζωής της.

Η τελευταία και χρόνια πλέον φάση διακρίνεται από μία ύφεση των συναισθημάτων και η ελπίδα αναζωπυρώνεται. Η γυναίκα αρχίζει να βλέπει την κατάσταση με μεγαλύτερη αισιοδοξία και οι προσδοκίες της είναι πιο θετικές. Ωστόσο, ο φόβος εξακολουθεί να υπάρχει και στην πραγματικότητα δεν παύει ποτέ να υπάρχει. (Moorey & Greer, 2003)

Μια σημαντική δυσκολία που αντιμετωπίζει η γυναίκα αφορά στη ψυχοκοινωνική της προσαρμογή. Οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις διαταράσσονται και τροποποιούνται. Η γυναίκα είναι πιθανό να απομονωθεί, καθώς τα κοντινά της πρόσωπα βιώνουν μια αμφιθυμία ως προς τον τρόπο που χρειάζεται να τη στηρίξουν. Η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με διλήμματα που αφορούν στην ενημέρωση των παιδιών της, ειδικά όταν αυτά είναι ανήλικα. Αυτό το ζήτημα χρειάζεται ιδιαίτερα λεπτούς χειρισμούς. Πολλές γυναίκες επιλέγουν να αποκρύψουν την κατάσταση, αλλά αυτό εξυπηρετεί στην πραγματικότητα μόνο τις ίδιες και όχι τα παιδιά, καθώς βγαίνουν από αυτήν την άβολη θέση. Η απόκρυψη της αλήθειας μπορεί να κλονίσει την εμπιστοσύνη των παιδιών, καθώς αντιλαμβάνονται πως κάτι συμβαίνει (τα παιδιά κάτι θα ακούσουν να συζητιέται), και το πιθανότερο είναι να αισθανθούν πως τα πράγματα είναι πολύ σοβαρά και για αυτό τους το αποκρύπτουν. Είναι σημαντικό λοιπόν, να ενημερώνονται και να τους δίνεται η δυνατότητα να συζητήσουν οτιδήποτε τα απασχολεί. Υπάρχει τρόπος να ενημερωθούν κατάλληλα ανάλογα με την ηλικία και την ωριμότητά τους. Τέλος, η ασθένεια μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα και στη σχέση του ζευγαριού, ειδικά αν προϋπάρχουν ανεπίλυτα ζητήματα. Η γυναίκα που υποβάλλεται σε μαστεκτομή είναι πιθανό να βιώσει φόβο εγκατάλειψης και τείνει να ερμηνεύει την απομάκρυνση του συζύγου της ως απόρριψη. Η θηλυκότητα και η αυτοπεποίθησή της καταρρακώνονται. Οι περισσότεροι άντρες ωστόσο, στηρίζουν τη γυναίκα τους και τη βοηθούν να αισθανθεί άνετα.

Είναι σημαντικό οι γυναίκες να αναγνωρίζουν τις δυσκολίες τους και να αναζητούν υποστήριξη είτε από τα κοντινά τους πρόσωπα είτε από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Η ατομική και η ομαδική ψυχοθεραπεία βοηθούν σημαντικά τις γυναίκες να ανταπεξέρθουν και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την κατάσταση, τόσο σε συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο, όσο και σε πρακτικό. (Montazeri, 2008).

2.5.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την έρευνα μας συμπεράναμε πως η διάγνωση μιας νόσου δεν είναι εύκολη υπόθεση για την ψυχολογία ενός ασθενή. Ο ασθενείς μετά την διάγνωση της ασθένειας και ειδικά όπως είναι ο καρκίνος διακατέχεται από διάφορα αρνητικά συναισθήματα. Όπως μπορεί όμως να αντιληφθεί κανείς η καλύτερη αντιμετώπιση είναι η σωστή ενημέρωση, η συνεργασία και η σωστή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας. Θα πρέπει να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα τους. Στην συνέχεια θα αναφέρουμε κάποιες προτάσεις για μια σωστή συνεργασία.

- Ο νοσηλευτής από την πλευρά του θα πρέπει να μεταφέρει τον ασθενή σε ένα ήσυχο δωμάτιο χωρίς άλλους ασθενείς ώστε να μπορέσει ο ασθενής να είναι ήρεμος. Να ακούσει με προσοχή τις φοβίες και τις ανησυχίες του και να προσπαθήσει με διάφορους τρόπους που ο ίδιος γνωρίζει να καθησυχάσει τον ασθενή.
- Έπειτα να τον ενημερώσει τόσο για το προ-εγχειρητικό όσο και για τον μετεγχειρητικό άγχος και να του δώσει να καταλάβει πως με αυτό το χειρουργείο δεν θα τελειώσει και η ζωή του. Επίσης θα πρέπει να ενημερώσει και την οικογένεια του ασθενή για την κατάσταση που έχουν να αντιμετωπίσουν από εδώ και πέρα και το πώς θα πρέπει να την διαχειριστούν.
- Παράλληλα το πιο σημαντικό από όλα κατά την άποψη μας θα ήταν να καλέσουν ένα ψυχολόγο για να μπορέσει να βοηθήσει τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένεια του για να μπορέσουν να παραμείνουν ψύχραιμοι τόσο πριν το χειρουργείο όσο και μετά από αυτό. Με την παρουσία του ψυχολόγου κατάλληλος θα ήταν και ένας διατροφολόγος ώστε να προσαρμόσει τις διατροφικές συνήθειες σύμφωνα με τα νέα δεδομένα.
- Πολύ σημαντικό επίσης είναι με επιχειρήματα να προσπαθήσουν να πείσουν τον ασθενή να καταλάβει πως το κόψιμο του τσιγάρου θα τον βοηθήσει ακόμα περισσότερο και ας κάνει μόνο 2-3 τσιγάρα την ημέρα.
- Ακόμη θα πρέπει να προτείνουν στον ασθενή να ασκείται όσο αυτό του επιτρέπεται, γιατί αυτό θα τον βοηθήσει στην βελτίωση της άμυνας του οργανισμού του.
- Επίσης σημαντικό κομμάτι στην διαχείριση του άγχους αποτελεί η ενθάρρυνση και η προτροπή της ασθενούς για αυτό-φροντίδα και αποδοχή της νέας εικόνας

του εαυτού της, καθώς και η επιστροφή της στους μέχρι πρωτινούς ρυθμούς και δραστηριότητες της ζωής της.

- Τέλος θα πρέπει να δώσουν στον ασθενή να καταλάβει πως θα πρέπει να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα γιατί η ζωή του είναι πολύ πιο σημαντική από έναν ακρωτηριασμό .

Βιβλιογραφία

1. Berman, A., Snyder, S., Jackson, C. (2009). Η Νοσηλευτική στην Κλινική Πράξη. Επιστημονική επιμέλεια Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη, Η. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός. 6η έκδοση.
2. Brosschot JF., Gerin W., & Thayer JF, (2006). “The perseverative cognition hypothesis: a review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health”. *J Psychosom Res*, 2006; 60(2): 113-24, [PubMed], DOI:[10.1016/j.jpsychores.2005.06.074](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.074)
3. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, & Ferreira MB, (2001). “Risk factors for preoperative anxiety in adults”. *Acta Anesthesiol Scand*, 2001 Mar;45(3);298-307, [PubMed]
4. Cohen-SalmoD, (2010). “[Perioperative psychobehavioural changes in children]”. *Ann Fr Anesth Reanim*, 2010 Apr;29(4):289-300, [PubMed], DOI:[10.1016/j.annfar.2010.01.020](https://doi.org/10.1016/j.annfar.2010.01.020)
5. Constanzo Linda S., (2013). *Φυσιολογία*. 4^η (εκδ.), Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
6. Denzin, N. & Lincoln, Y. (1998): « Strategies of Qualitative Inquiry». London: Sage Publications.
7. Dewit, S. (2001). Βασικές Αρχές Και Δεξιότητες Νοσηλευτικής Φροντίδας. Επιστημονική Επιμέλεια Κοτρότσιου, Ε. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός. Τόμος 3.
8. DeWit, S., 2013. Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας. 3 η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, Λαγός Δημήτριος.
9. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, & Khan Z, (2007). “Preoperative anxiety before elective surgery”. *Neurosciences (Riyadh)*, 2007 Apr;12(2):145-8, [PubMed]
10. Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2), 145-148.
11. Kneisl, C., Wilson, H. & Trigoboff, E., 2009. Contemporary Psychiatric: Mental Health Nursing. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Γ. Κρομμύδας. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλη

12. Kukimoto Y., Ooe N., & Ideguchi N., (2017). “The Effects of Massage Therapy on Pain and Anxiety after Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis”. *Pain Manag Nurs*, 2017; 18(6):378-390, [PubMed], doi: 10.1016/j.pmn.2017.09.001.
13. Kurebayashi LF., Turrini RN, Shimizu MH, & Takiqush RS, (2016). “Chinese phytotherapy to reduce stress, anxiety and improve quality of life : randomized controlled trial”. *Rev Esc Enferm USP*, 2016; 50(5):853-860, [PubMed], doi: 10.1590/S0080-623420160000600020.
14. Lee WP, Wu PY, Lee MY, Ho LH, & Shih WM, (2017). “Music listening alleviates anxiety and physiological responses in patients receiving spinal anesthesia”. *Complement Ther Med*, 2017 Apr;31:8-13, [PubMed], DOI:10.1016/j.ctim.2016.12.006
15. Moorey S., Greer S. (2003). Cognitive behaviour therapy for people with cancer. New York: Oxford University press.
16. Mosby, E. (2013). Βασικές Ανώτερες και Εξειδικευμένες Νοσηλευτικές Δεξιότητες. Επιστημονική Επιμέλεια Μπαλτόπουλος, Ι. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ
17. Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research* 2008, 27(1), 32-38l
18. Osborn, S.K., Wraa, E.C., & Watson, B.A. (2014). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική. Επιστημονική Επιμέλεια Κουρκούτα, Λ., Μαντζούκας, Σ., Μπατσολάκη, Μ., Παπαδημητρίου, Μ., Ροβίθης, Μ., Τσίου, Χ. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης. Τόμος 1.
19. Perry, G.A., & Potter, P.A. (2012). Βασική Νοσηλευτική & Κλινικές Δεξιότητες. Επιστημονική επιμέλεια Σαράφης, Π. Κύπρος: Εκδόσεις Πασχαλίδη.
20. Rana, D. & Upton, D., 2009. Psychology for Nurses. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ε. Γιαννούλη, Δ. Ζήκος, Π. Κοπανιτσάκου, Χ. Φεβράνογλου, Δ. Χατζηστεφανίδης. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
21. Robleda G., Sillero-Sillero A., Puiq T., & Banow JE., (2014). “Influence of preoperative emotional state on postoperative pain following orthopedic trauma surgery”. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2014 Oct; 22(5):785-91, [PubMed], doi: 10.1590/0104-1169.0118.2481

22. Sadati, L., Pazouki, A., Mehdizadeh, A., Shoar, S., Tamannaie, Z., & Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(4), 994-998.
23. Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P. (2006). Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής, η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Επιστημονική επιμέλεια Λεμονίδου, Χ., ΠατηράκηΚουρμπάνη, Ε. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ. Τόμος 2
24. Tung, H. H., Hunter, A., & Wei, J. (2008). Coping, anxiety and quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 651-663.
25. Way, W.L., & Doherty, M.G. (2007). Σύγχρονη Χειρουργική, Διάγνωση και Θεραπεία. Επιστημονική Επιμέλεια Μπράμης, Α. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης. Τόμος 1.
26. Yerkes RM, & Dodson JD, (1908). “The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation”. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*. Available on [https://en.wikipedia.org/wiki/Yerkes% E2% 80% 93Dodson law](https://en.wikipedia.org/wiki/Yerkes%E2%80%93Dodson_law) , ανακτήθηκε στις 12/12/2018.
27. Αγγελόπουλος Ν., (2009). *Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
28. Αλεβίζος, Β. (2008). Άγχος Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ
29. Αναγνωστόπουλος, Δ. & Παπαγεωργίου, Α., 2010. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
30. Αναστασίου Θ., (2014). «Το κοινό πρόσωπο των διαταραχών του άγχους». *Agchos.gr* , Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <http://agchos.gr/%CF%84%CE%BF-%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%8C-%CF%80%CF%81%CF%8C%CF%83%CF%89%CF%80%CE%BF-%CF%84%CF%89%CE%BD-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CF%8E%CE%BD-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%AC%CE%B3/> , ανακτήθηκε στις 29/08/2018.

31. Βασιλάκη, Ε., Τριλίβα, Σ. & Μπεζεβέγκης, Η., 2001. Το Στρες, το Άγχος και η Αντιμετώπισή τους. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
32. Βλαχαίτης Ε., & Χαραλαμπίδου Α., (2015). «Πρόληψη και αντιμετώπιση μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου». ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <http://repository.library.teimes.gr/xmlui/handle/123456789/4251> , ανακτήθηκε στις 15/01/2018.
33. Γιανοπούλου, Α., 2005. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 5η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Ταβιθά.
34. Γκούβα Μ., (2014). «Αγχώδεις διαταραχές. Νοσηλευτική διεργασία». Ιδρυματικό Αποθετήριο ΤΕΙ Ηπείρου, Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <http://apothetirio.teiep.gr/xmlui/handle/123456789/3781> , ανακτήθηκε στις 13/1/2018.
35. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή. (2011). Χειρουργική, Από το Διαδίκτυο και το Ερευνητικό Προσωπικό του Χειρουργικού Τομέα. Κύπρος: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
36. Καλπακόγλου Θωμάς 2013. Άγχος και Πανικός ,Γνωσιακή Θεωρία και Θεραπεία. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
37. Κουτελέκος Ι., (2015). «Η ανάγκη για επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών». *Περί-εγχειρητική Νοσηλευτική, τομ. 4^{ος}, τεύχος 1.*
38. Λυκούρας Λ., Σολδάτος Κ., & Ζέρβας Γ. ,(2009). *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική.* Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
39. Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ., 2012. Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
40. Πολυκανδριώτη, Μ. & Κουτελέκος, Ι., 2013. Ανάγκες ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2(2): 73-83.*
41. Ραγιά, Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. 7 η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, Γιάννης Παρισιάνος
42. Τούντα, Κ.Ι. (1975). *Επίτομος Χειρουργική.* Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Τεύχος 1.
43. Φουντούκη Α., & Θεοφανίδης Δ., (2014). «Περί-εγχειρητικό άγχος». *Το Βήμα του Ασκληπιού, τομ. 13^{ος}, τεύχος 4.* Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/4685> , ανακτήθηκε στις 16/08/2018.

44. Χρηστίδης Δ.Α (2001)Τι είναι το Άγχος ,Διαχείριση άγχους. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.autepignosi.gr/Services/%CE%94%CE%99%CE%91%CE%A7%CE%95%CE%99%CE%A1%CE%99%CE%A3%CE%97%CE%A4%CE%9F%CE%A5%CE%91%CE%93%CE%A7%CE%9F%CE%A5%CE%A3/%CE%A4%CE%B9%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9%CF%84%CE%BF%CE%AC%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%82/tabid/316/language/el-GR/Default.aspx>, Ανακτήθηκε στις 25/08/2019
45. Χολέβα Β., Παρλαπάνη Ε., Μποζίκας Β.-Π., & Φωκάς Κ. , (2016). *Εγχειρίδιο Κλινικής Εκπαίδευσης στην Ψυχική Υγεία*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών.