



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ
ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ**



Φοιτήτριες: Κουτελίδα Δήμητρα, Σκρέκα Ελισσάβη (Α.Μ:18564, 18565)

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα
Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως αντικείμενο μελέτης το προεγχειρητικό και το μετεγχειρητικό άγχος και τις νοσηλευτικές διεργασίες και πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας των σπουδών μας στο τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κα. Μαίρη Γκούβα, κυρίως για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε κατά τη διάρκεια υλοποίησης της πτυχιακής εργασίας όπως επίσης και για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση που μας πρόσφερε. Ευχαριστίες θα θέλαμε επίσης να απευθύνουμε σε όλους τους καθηγητές και τις καθηγήτριες μας, οι οποίοι με τις γνώσεις και την εμπειρία τους μας βοήθησαν να εξελιχθούμε και να γίνουμε σωστοί επαγγελματίες υγείας. Τέλος, ευχαριστούμε όλους όσους συνέβαλαν σε αυτή μας την προσπάθεια, τόσο για την στήριξη, όσο και για την υλική και ηθική βοήθεια που μας προσέφεραν.

Πίνακας Περιεχομένων

Πρόλογος- Ευχαριστίες.....	2
<i>Περίληψη</i>	5
Abstract.....	6
ΜΕΡΟΣ Ι	8
ΑΓΧΟΣ	9
1.1 Ιστορική αναδρομή του άγχους.....	9
1.2 Ορισμός άγχους.....	10
1.3 Συμπτωματολογία άγχους.....	13
1.4 Παθοφυσιολογία του άγχους.....	13
ΜΕΡΟΣ ΙΙ	15
ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	16
2.1 Προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος.....	16
2.2 Παράγοντες κινδύνου του χειρουργικού άγχους.....	17
2.3 Επιπτώσεις του χειρουργικού άγχους.....	19
2.4 Διαχείριση του άγχους για το χειρουργείο.....	22
2.5 Προεγχειρητική ενημέρωση παροχή πληροφοριών και μείωση του άγχους των χειρουργικών ασθενών.....	25
2.6 Φαρμακευτική υποστήριξη του ασθενούς για το προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος.....	27
2.7 Προεγχειρητικό άγχος και παιδιά.....	28
ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ	30
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	31
3.1 Προεγχειρητική φροντίδα χειρουργικού ασθενή.....	31
3.2 Προεγχειρητική περίοδος.....	31
3.2.1 Διαγνωστικές εξετάσεις και λήψη ιστορικού.....	31
3.2.2 Προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενούς.....	33
3.2.3 Προετοιμασία για το χειρουργείο.....	34
3.3 Διεγχειρητική περίοδος	34
3.4 Αναισθησία.....	35

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙΙ.....	36
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	36
4.1 Μετεγχειρητική περίοδος- φροντίδα ασθενή.....	37
4.2 Στάδιο ανάνηψης.....	38
4.3 Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας.....	38
4.3.1 Νοσηλεύτης Αναισθησιολογικού Τμήματος.....	38
4.3.2 Ψυχολογική κατάσταση και φροντίδα του ασθενή.....	39
4.4 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - Αντιμετώπιση ασθενή.....	39
4.5 Φροντίδα ασθενή κατά την παραμονή του στο θάλαμο της χειρουργικής κλινικής.....	39
4.6 Καθήκοντα και προσόντα Νοσηλευτών Χειρουργείου.....	40
4.6.1 Γενικές υποχρεώσεις και αρμοδιότητες των νοσηλευτών του χειρουργείου....	40
4.6.2 Εργαλειοδότης Νοσηλεύτης.....	40
4.6.3 Νοσηλεύτης Κίνησης.....	41
4.6.4 Νοσηλεύτης Αναισθησιολογικού.....	41
4.6.5 Νοσηλεύτης Ανάνηψης.....	41
4.7 Φροντίδα του ασθενούς μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο.....	42
4.8 Μετεγχειρητικές Επιπλοκές.....	42
ΜΕΡΟΣ ΙΙΙΙΙ.....	44
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ.....	45
5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του άγχους.....	45
5.2 Συμβουλές για την αντιμετώπιση του άγχους.....	46
ΜΕΡΟΣ ΙΙΙΙΙΙ.....	48
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΈΡΕΥΝΑ.....	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53

Περίληψη

Το άγχος είναι ένα από τα κυριότερα ζητήματα που αντιμετωπίζουμε σε έναν κλινικό χώρο χειρουργείου. Το άγχος των ασθενών μπορεί να επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις, τόσο στην ψυχική, όσο και σωματική υγεία τους. Η σωστή προεγχειρητική εκτίμηση, εκπαίδευση και προετοιμασία των ασθενών παίζουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για την σωστή μετεγχειρητική ανάρρωση τους. Σημαντική επίσης είναι και η επικοινωνία και η σωστή και πλήρη ενημέρωση του ασθενούς, καθώς αποτελούν ένα βασικό κομμάτι μιας σωστής επαγγελματικής συμπεριφοράς όσο αναφορά στο νοσηλευτικό επάγγελμα και στην δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή, η οποία θα συμβάλλει στην καλύτερη και πιο αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών και στην μείωση του άγχους τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των ζητημάτων του προεγχειρητικού και του μετεγχειρητικού άγχους με στόχο την ανάδειξη του ρόλου τους στις νοσηλευτικές διεργασίες.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις και συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών που μελετήθηκαν η μείωση του προεγχειρητικού άγχους είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς τα υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών. Οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην προεγχειρητική προετοιμασία, την εκπαίδευση και στη μείωση του άγχους των ασθενών πριν την επέμβαση.

Συμπεράσματα: Το αυξημένο προεγχειρητικό άγχος σχετίζεται με το υψηλό άγχος όχι μόνο πριν αλλά και μετά από ένα χειρουργείο. Οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο ώστε να αναγνωρίσουν το στρες, το άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης των ασθενών. Σημαντικός είναι ο προσδιορισμός του προεγχειρητικού άγχους καθώς σχετίζεται με το μετεγχειρητικό άγχος. Σε ορισμένες περιπτώσεις η αδυναμία των ασθενών πριν το χειρουργείο σχετίζεται με μετεγχειρητικά ζητήματα. Αυτοί οι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ένα χειρουργείο είναι μια αγχωτική διαδικασία και έχει σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Το μετεγχειρητικό τραυματικό στρες εμφανίζεται

περίπου στο 20% των ασθενών μετά από ένα χειρουργείο. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι ένας από τους σημαντικούς λόγους νοσηρότητας. Σύμφωνα με τον Prabhu (2019) το 66% των ασθενών παρουσίασαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα πόνου μετά το χειρουργείο ενώ το 90% παρουσίασε υψηλά επίπεδα άγχους κατά τη προεγχειρητική περίοδο.

Λέξεις Ευρητήριου: Άγχος, Προεγχειρητικό Άγχος, Μετεγχειρητικό Άγχος, Προεγχειρητικό Άγχος και Ασθενείς, Μετεγχειρητικό Άγχος και Ασθενείς, Παράγοντες προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους, Προεγχειρητική Φροντίδα, Μετεγχειρητική Φροντίδα, Πόνος, Νοσηρότητα.

ABSTRACT

Anxiety is one of the major issues we face in a clinical operating room. Patients' anxiety can have a significant impact on both their mental and physical health. Proper preoperative assessment, education and preparation of patients have an important role in their proper postoperative recovery. Also the communication and the correct and complete information of the patient are important, as they are a key part of a proper professional behavior of a nurse and in establishing a relationship of trust with the patient, which will contribute to the best and most effective care of patients and in reducing their anxiety.

AIM: The purpose of this review was to investigate the issues of preoperative and postoperative stress and highlight their role in nursing processes.

MATERIALS AND METHODS: A review of the Greek and international literature was made in the Google Scholar electronic databases. The study material consisted of selected books and articles published mainly in the last decade and the material was collected after a detailed study of the relevant literature. The selection was made from books, general articles, reviews and systematic studies. Restrictions were placed on the language of publication of books and articles and only those published in Greek and English were used.

RESULTS: According to the results of the studies, the reduction of preoperative stress is very important, because high levels of preoperative stress increase the chances of postoperative complications. Nurses play an important role in preoperative preparation, education and in reducing patients' stress before surgery.

CONCLUSIONS: Increased preoperative anxiety is associated with high levels of anxiety not only before but also after surgery. Nurses have an important role to play in recognizing patients' stress, anxiety, and depressive symptoms. It is important to identify preoperative stress as it relates to postoperative stress. In some cases, patients' weakness before surgery is related to postoperative issues. These patients have a higher chance of morbidity and mortality. Surgery is a stressful procedure and has significant psychological consequences. Postoperative traumatic stress occurs in approximately 20% of patients after surgery. Postoperative pain is one of the major causes of morbidity. According to Prabhu (2019) 66% of patients experienced moderate to high levels of pain after surgery while 90% experienced high levels of stress during the preoperative period.

KEY WORDS: Anxiety, Preoperative Anxiety, Postoperative Anxiety, Preoperative Anxiety and Patients, Postoperative Anxiety and Patients, Preoperative and Postoperative Anxiety Factors, Preoperative Care, Postoperative Care, Pain, Morbidity.

ΜΕΡΟΣ Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΑΓΧΟΣ

1.1 Ιστορική αναδρομή του άγχους

Η λέξη stress έχει τις ρίζες τις στα αρχαία γαλλικά (destresse), και χρησιμοποιούνταν για να εκφράσει την έννοια της καταπίεσης. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε από την αγγλική γλώσσα ως distress και μετά από παρατεταμένη χρήση έγινε απλούστευση του όρου σε stress εκφράζοντας τις έννοιες του άγχους και της πίεσης. Έπειτα, έγινε δανεισμός του αγγλικού όρου από την ελληνική γλώσσα, όπου χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εκφράσει την ψυχολογική πίεση του ατόμου (Fontana, 1993). Προς τα τέλη του 19^{ου} αιώνα η χρήση του όρου στρες γινόταν για να εκφράσει τις έννοιες της έντασης, της πίεσης αλλά και της σκληρής προσπάθειας(Βάρβογλη, 2006).

Η επιστήμη της φυσικής χρησιμοποίησε τον όρο του στρες με σκοπό να κάνει την περιγραφή μιας ιδιότητας που έφεραν τα υλικά, η ιδιότητα αυτή ήταν η ελαστικότητα. Αργότερα, ο όρος στρες πέρασε από την επιστήμη της φυσικής στις επιστήμες που είχαν ως αντικείμενο ενασχόλησης την συμπεριφορά του ατόμου και η έννοια του διαφοροποιήθηκε. Από την αρχή της χρήσης του όρου έως και σήμερα τον ορισμό του στρες, τον έχει μελετήσει ένας αρκετά μεγάλος αριθμός επιστημόνων (Rosch,1998).

Ο Walter Cannon (1928,1929) αποτέλεσε έναν από τους πρώτους επιστήμονες που ασχολήθηκαν με τον όρο στρες και υποστήριξε πως ο όρος εμπεριείχε τόσο φυσιολογικές όσο και ψυχολογικές προοπτικές. Η θεωρία της ομοιόστασης αναπτύχθηκε από τον Walter Cannon, όπως και η θεωρία της αντίδρασης «πάλης ή φυγής». Εννοιολογικά η θεωρία της ομοιόστασης υποστηρίζει ότι το αυτόνομο νευρικό σύστημα σχετίζεται με την αυτορρύθμιση των φυσιολογικών αντιδράσεων του ανθρώπινου σώματος. Ο οργανισμός αναγνωρίζει το στρες σαν έναν απειλητικό προς αυτόν παράγοντα και αντιδρά παρουσιάζοντας αλλαγές συμπεριφοράς προκειμένου να διατηρήσει την ισορροπία του ή να την επαναφέρει αν αυτή έχει διαταραχθεί. Στη συνέχεια ο Cannon (1932-1935), ασχολήθηκε με την μελέτη της θεωρίας της αντίδρασης «πάλης ή φυγής» σύμφωνα με την οποία κάθε ζωντανός οργανισμός είτε αυτός είναι άνθρωπος είτε ζώο καλείται να κάνει μια επιλογή, η επιλογή αυτή αφορά το αν θα προσπαθήσουν να αντιμετωπίσουν τις «απειλές» ή αν θα επιλέξουν να διαφύγουν (Βιβιλάκη και συν., 2015).

1.2 Ορισμός Άγχους

Για τους Osborn et al.(2012), το άγχος είναι μια κατάσταση κατά την οποία τα άτομα εμφανίζουν ψυχολογικές, κοινωνικές αλλά και οργανικές αντιδράσεις όταν συμβαίνει κάποια αλλαγή στη ζωή τους και εντός κάποιων ορίων θεωρείται και ως κάτι αναγκαίο για την επιβίωση του ατόμου. Παρόλα αυτά, δεν βιώνουν όλα τα άτομα με τον ίδιο τρόπο αυτές τις αλλαγές στη ζωή τους, έτσι δεν ορίζουν και όλα τα άτομα με τον ίδιο τρόπο το άγχος.

Ως άγχος ορίζεται η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αίσθημα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό μη αναγνωρίσιμη ή άγνωστη (Μάνος, 1997).

Το άγχος είναι ένα σύνθετο συναίσθημα, το οποίο πολλές φορές συγχέεται με το στρες. Οι περισσότεροι άνθρωποι, λανθασμένα, θεωρούν το άγχος και το στρες ως δύο όμοιες έννοιες. Το στρες είναι άμεσα συνδεδεμένο με το αίσθημα του φόβου. Το στρες αφορά μια ρεαλιστική-πραγματική εντύπωση απειλής ή ανησυχίας του ατόμου, ενώ το άγχος αφορά μια απροσδιόριστη (Παλαιολόγου 2001).

Ως άγχος καλείται ένα σύνολο αντιδράσεων συμπεριφοράς. Δεν είναι μια μόνιμη κατάσταση αλλά περιλαμβάνει συναισθήματα έντασης, φόβου, ανησυχίας, νευρικότητας και αυξημένης δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Αυτή η κατάσταση μεταβάλλεται ανάλογα με την πάροδο του χρόνου. Τα άτομα με άγχος διακατέχονται από φόβο, νευρικότητα, υπερευαισθησία σε εξωτερικούς παράγοντες και έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις. Το άγχος προκαλεί στον ασθενή επιθετική συμπεριφορά η οποία προκύπτει από την αυξημένη δυσφορία που βιώνει για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου (Asilioglu & Celik, 2004).

Ορισμένοι φυσικοί παράγοντες προκαλούν στρες σε όλους τους ζωντανούς οργανισμούς συμπεριλαμβανομένων και των ανθρώπων. Βέβαια οι άνθρωποι σε αντίθεση με όλους τους υπόλοιπους ζωντανούς οργανισμούς δεν έρχονται αντιμέτωποι μόνο με το στρες που τους προκαλούν οι φυσικοί παράγοντες αλλά αντιμετωπίζουν και το στρες που προέρχεται από ψυχολογικούς παράγοντες. Το ανθρώπινο είδος είναι το μοναδικό στο σύνολο των ζωντανών οργανισμών το οποίο αγωνιά για θέματα που δεν έχουν ακόμα προκύψει, σε αντίθεση με όλα τα υπόλοιπα ζώα, τα οποία αισθάνονται διάφορα συναισθήματα ως «απάντηση» σε γεγονότα που έχουν όντως συμβεί. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι η προοδευτική έκθεση του ανθρώπινου είδους σε στρεσογόνες καταστάσεις για μεγάλα χρονικά διαστήματα έχει οδηγήσει στο να αυξηθούν τα νοσήματα που είναι σχετικά με το στρες (Eby & Brown, 2010).

Ο Hans Selye το 1976 αναφερόμενος στο στρες υποστήριξε ότι πρόκειται για την «απάντηση» του οργανισμού και πιο συγκεκριμένα την «απάντηση» των λειτουργιών που φυσιολογικά διαθέτει ο οργανισμός αυτός, στις αλλαγές που αντιμετωπίζει (Eby & Brown, 2010). Αυτή η αντίδραση – απάντηση του οργανισμού σε οποιαδήποτε κατάσταση του προκαλέσει στρες ονομάζεται «απόκριση μάχης ή φυγής» ή αλλιώς «fight or flight response» (Eby & Brown, 2010).

Σύμφωνα με τους Osborn et al.(2012), ο Manktelow υποστήριξε ότι το άτομο αντιδρά ενστικτωδώς στο άγχος όταν καλείται να αντιμετωπίσει μη προσδοκώμενα γεγονότα και ότι η αντίδραση αυτή έχει την βάση της τόσο στο ένστικτο του ατόμου όσο και στον τρόπο σκέψης του ατόμου αυτού.

Το άγχος μπορεί ενδεχομένως να θεωρηθεί και σαν ένα κομμάτι του μηχανισμού που ακολουθεί ο οργανισμός προκειμένου να συνεχίσει να έχει την ψυχολογική και βιολογική του ισορροπία όταν αλληλοεπιδρά με το περιβάλλον (Osborn, Wraa, Watson & Holleran, 2012).

Η ταξινόμηση του άγχους μπορεί να γίνει με τρεις διαφορετικούς τρόπους. Ο πρώτος τρόπος σχετίζεται με τις αιτίες-παράγοντες πρόκλησης του άγχους και σε αυτή την περίπτωση διακρίνονται οι εσωτερικοί και οι εξωτερικοί στρεσογόνοι παράγοντες. Στους εσωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες το άγχος έχει σαν πηγή προέλευσης το ίδιο το άτομο, ενώ στους εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες πηγή προέλευσης του άγχους αποτελεί το περιβάλλον του ατόμου. Ο δεύτερος τρόπος ταξινόμησης των στρεσογόνων παραγόντων σχετίζεται με την διάρκεια του άγχους και οι στρεσογόνοι παράγοντες ταξινομούνται σε οξείς και χρόνιους. Ο τρίτος τρόπος ταξινόμησης των στρεσογόνων παραγόντων είναι σχετικός με την ανταπόκριση του ατόμου προς το ερέθισμα που του προκάλεσε το στρες, έτσι διακρίνουμε τους σωματικούς, τους συμπεριφορικούς και τους οργανικούς στρεσογόνους παράγοντες (Osborn, Wraa, Watson & Holleran, 2012).

Το άγχος αποτελεί μια σειρά από γεγονότα που ξεκινούν με κάποιο ερέθισμα, το οποίο ερέθισμα αποτελεί τον στρεσογόνο παράγοντα, ο εγκέφαλος στην συνέχεια αντιλαμβάνεται το άγχος και ανταποκρίνεται στο άγχος με το σύστημα μάχης ή φυγής. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις που το άγχος διαρκεί ένα μικρό χρονικό διάστημα, όταν όμως το άτομο είναι διαρκώς αγχωμένο είναι πιθανό να παρουσιάσει κατάθλιψη, διαφόρων ειδών δυσλειτουργίες και κάποια έκπτωση στα γνωστικά του επίπεδα (Osborn, Wraa, Watson & Holleran, 2012).

Σύμφωνα με τους Osborn et al.(2012), η αντιμετώπιση του άγχους αποτελεί μια διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο ψυχολογικά όσο και οργανικά στοιχεία και θεωρείται ότι έχει ολοκληρωθεί με επιτυχία όταν η κατάσταση εκτιμάται σε μια ρεαλιστική βάση και

παίρνονται αποφάσεις σχετικά με μια σειρά ενεργειών που είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν προκειμένου να μειωθούν τα επίπεδα επίδρασης που έχουν οι στρεσογόνοι παράγοντες στο άτομο. Βασική προϋπόθεση για την αντιμετώπιση του άγχους είναι η προσαρμογή του ατόμου σε αυτό, το να είναι δηλαδή σε θέση το άτομο να αντιμετωπίσει τον στρεσογόνο παράγοντα. Η προσαρμογή στο άγχος που προαναφέρθηκε στοχεύει στην ψυχολογική, την σωματική υγεία και την κοινωνική ζωή, μέρος της οποίας είναι η εργασία και η οικογένεια (Obsorn, Wraa, Watson & Holleran, 2012).

Όσο αναφορά στις θεωρίες που σχετίζονται με το άγχος έχουμε την Ψυχαναλυτική Θεωρία, την Θεωρία του Spielberger, την Βιολογική Προσέγγιση, τα Φαινομενολογικά Μοντέλα και τα Γνωσιακά Μοντέλα. Στα πλαίσια της Ψυχαναλυτικής Θεωρίας ο Freud για πρώτη φορά εξέφρασε το πόσο κρίσιμος ήταν ο ρόλος που διαδραματίζει το άγχος στη δημιουργία νευρωτικών και ψυχοσωματικών επεισοδίων. Το άγχος αποτελεί ένα «σημάδι» ότι το Εγώ βρίσκεται υπό απειλή και για αντιμετωπιστεί είναι απαραίτητο να εφαρμοστούν οι σωστές ιδέες. Το Εγώ εφόσον βρίσκεται υπό απειλή θέτει σε εφαρμογή κάποιους μηχανισμούς άμυνας προκειμένου να προστατευτεί. Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν διάφορα είδη άγχους. Υπάρχει το νευρωτικό άγχος, το ηθικό άγχος και το άγχος της προσαρμογής (Μητρούση, Τραυλός, Κούκια, και Ζυγά, 2013).

Ο Spielberger (1966) στην θεωρία του περιγράφει την διαφορά ανάμεσα στο παροδικό και το μόνιμο άγχος. Σύμφωνα λοιπόν με τον Spielberger (1966) το παροδικό άγχος χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση ανησυχίας και έντασης, ενώ το μόνιμο άγχος περιγράφεται ως ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου. Στο μόνιμο άγχος το άτομο έχει μια προδιάθεση να αντιλαμβάνεται ορισμένες καταστάσεις ως απειλητικές και ως εκ τούτου να αντιδρά σε αυτές με διάφορα επίπεδα παροδικού άγχους. Σύμφωνα με την Βιολογική Προσέγγιση που διατυπώθηκε από τον Hans Selye (1950) το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση που έχει ο οργανισμός έναντι κάποιων ερεθισμάτων. Η ένταση του άγχους εξαρτάται από την ένταση που έχουν τα ερεθίσματα, πρόκειται δηλαδή για παράγοντες που βρίσκονται έξω από το άτομο και ασκούν οποιαδήποτε μορφής πίεση σε αυτό (Μητρούση, Τραυλός, Κούκια, και Ζυγά, 2013).

Τα Φαινομενολογικά Μοντέλα μπορούν να θεωρηθούν φιλοσοφίες ζωής ή κατευθυντήριες γραμμές, σύμφωνα με τις οποίες το άτομο πορεύεται στη ζω του και φέρει την ευθύνη για τον τρόπο με τον οποίο θα συμπεριφερθεί και θα ζήσει στον κόσμο. Το άγχος περιγράφηκε από τους Hoehn-Saric και McLeod (1988) και τον Freeman (1990) σαν μια «παγκόσμια εμπειρία» που λειτουργεί σαν μηχανισμός ασφάλειας για την προστασία του ατόμου, ο οποίος εκπέμπει σήματα σε περιπτώσεις που το άτομο δεν αισθάνεται σιγουριά για κάτι, ενώ φαίνεται να δυσκολεύεται να λειτουργήσει σωστά σε περιπτώσεις που το άτομο νιώθει

υπερβολικό άγχος, σε περιπτώσεις που το άγχος του ατόμου δεν παύει να υπάρχει μετά το πέρας του κινδύνου, σε περιπτώσεις που το άτομο εμφανίζει άγχος για καταστάσεις οι οποίες, αντικειμενικά, δεν είναι επικίνδυνες ή απειλητικές για αυτό και τέλος σε περιπτώσεις που το άτομο αρχίζει να αγχώνεται χωρίς κάποιον λόγο (Μητρούση, Τραυλός, Κούκια, και Ζυγά, 2013).

1.3 Συμπτωματολογία Άγχους

Τα συμπτώματα του άγχους διακρίνονται σε: οργανικά, συμπεριφορικά και γνωσιακά.

- Τα οργανικά συμπτώματα περιλαμβάνουν:
 - Στο καρδιοαναπνευστικό σύστημα: ταχυκαρδία, ταχύπνοια, δύσπνοια, αίσθημα παλμών, πόνο στο στήθος και διακοπτόμενη αναπνοή.
 - Στο νευρο-μυοσκελετικό σύστημα: κρύα χέρια, εφίδρωση, τρέμουλο, κινητική ανησυχία, αδυναμία, ζάλη, μυϊκή τάση, λιποθυμία ή τάση λιποθυμίας, ίλιγγος και κεφαλαλγία.
 - Στο γαστρεντερολογικό σύστημα: ανορεξία, αίσθημα πνιγμού, αίσθημα «κόμπου στο λαιμό», ξηροστομία, ναυτία, κοιλιακά άλγη, δυσκαταποσία, συχνοουρία και διάρροιες.
 - Στην επιδερμίδα: χλωμό, εφίδρωση, κρούαδες ή εξάψεις.
- Τα συμπεριφορικά συμπτώματα περιλαμβάνουν:
 - Νευρικήτητα, ανυπομονησία, επιθετικότητα, μειωμένη ικανότητα ύπνου, αίσθημα απροσδιόριστου φόβου και αγωνίας .
- Τα γνωσιακά συμπτώματα περιλαμβάνουν:
 - Διαταραχές σκέψης: σύγχυση και δυσκολία συγκέντρωσης
 - Διαταραχές αισθήσεων : ομιχλώδης σκέψη, αίσθημα αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης.
 - Διαταραχές αντίληψης: φόβος θανάτου και απώλειας ελέγχου, αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας (Μαδιανός, 2003).

1.4 Παθοφυσιολογία του άγχους

Το σύστημα του στρες αποτελείται από δύο βασικά στοιχεία τα οποία είναι:

- **A)** Ο παρακοιλιακός πυρήνας του υποθαλάμου (PVN) στον οποίο γίνεται έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της κορτικοτροπίνης (CRH) και του πεπτιδίου αργινίνης-βασοπρεσσίνης (AVP).
- **B)** Ο υπομέλανας τόπος (LC) όπου εκεί και κατά μήκος του εγκεφαλικού στελέχους γίνεται η έκκριση της νορεπινεφρίνης (NE).

Κατά την διάρκεια της επεξεργασίας ενός οποιουδήποτε στρεσογόνου ερεθίσματος γίνεται από τον παρακοιλιακό πυρήνα του εγκεφάλου του ατόμου η έκκριση της αδενοκορτικοτρόπου ορμόνης (CRH), η οποία φθάνει στην αδενούπόφυση μέσα από την πυλαία κυκλοφορία. Η έκκριση της επινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH) προκαλείται από την αδενοκορτικοτρόπο ορμόνη (CRH). Με την απελευθέρωση της ACTH στο αίμα γίνεται η ενεργοποίηση του φλοιού των επινεφριδίων με σκοπό την έκκριση της κορτιζόλης. Η νορεπινεφρίνη, η οποία αποτελεί έναν νευροδιαβιβαστή, απελευθερώνεται στους ιστούς από τις νευρικές ίνες του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος (ΣΝΣ). Επιπροσθέτως, και η διέγερση του φλοιού των επινεφριδίων, προκειμένου να απελευθερωθεί η επινεφρίνη-αδρεναλίνη και η νορεπινεφρίνη-νοραδρεναλίνη, γίνεται από το ΣΝΣ. Τους βασικότερους νευροδιαβιβαστές του συστήματος του στρες αποτελούν αυτές οι δύο κατεχολαμίνες μαζί με την κορτιζόλη. Η κορτιζόλη είναι το κύριο επινεφριδικό γλυκοκορτικοειδές και διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στον μεταβολισμό και στην ανταπόκριση που θα εκδηλώσει το σώμα στο άγχος. Εκτός αυτού συμβάλει στην αναλγησία και στην λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος του ατόμου, προάγει την μείωση της φλεγμονής καθώς επίσης και την διατήρηση των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης και του σακχάρου σταθερά (Felix et al., 2018).

ΜΕΡΟΣ II

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

2.1 Προεγχειρητικό και Μετεγχειρητικό Άγχος

Ο όρος χειρουργική επέμβαση είναι ένας συνδυασμός χειρουργικών διαδικασιών και επεμβατικών τεχνικών, οι οποίες έχουν τόσο σωματική όσο και ψυχοκοινωνική επιρροή πάνω στους ασθενείς με αποτέλεσμα οι ασθενείς να κατακλύζονται από το άγχος (Κουργιαντάκη, Φασόη, Κελέση, Καμπά, Σταυροπούλου, 2017).

Μια χειρουργική επέμβαση, πραγματοποιείται είτε με σκοπό να διαγνωσθεί, είτε με σκοπό να αντιμετωπιστεί μια παθολογική κατάσταση ή μια κάκωση, στις οποίες κρίνεται αναγκαία η άμεση επέμβαση (Lemone&Burke,2004). Μια χειρουργική επέμβαση μπορεί επίσης να πραγματοποιηθεί με σκοπό την θεραπεία, την διάγνωση και την αποκατάσταση. Επιπρόσθετα, μπορεί να πραγματοποιηθεί για αισθητικούς ή παρηγορητικούς λόγους. Όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις εντάσσονται σε κάποιες κατηγορίες ανάλογα με τον σκοπό για τον οποίο γίνονται, την ανατομική τους θέση, τον βαθμό κινδύνου που ενέχουν και το αν είναι επείγουσες ή προγραμματισμένες (Osborn,Wraa,Watson & Holleran, 2012).

Μία από τις συχνότερες δυσκολίες τις οποίες συναντά κανείς στον κλινικό χώρο όσο αφορά στους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε μια οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση είναι το άγχος. Το άγχος αυτό πριν από την διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης είναι κάτι το απολύτως φυσιολογικό, καθώς ο οργανισμός κατακλύζεται από το αίσθημα του στρες για την επερχόμενη χειρουργική επέμβαση στην οποία πρόκειται να υποβληθούν, στο γεγονός ότι υπάρχει ένα διάστημα αναμονής πριν από την επέμβαση κατά το οποίο οι ασθενείς αγωνιούν και για το τι θα ακολουθήσει μετά το πέρας της χειρουργικής επέμβασης.

Το αν θα εμφανίσουν πόνο μετεγχειρητικά και για το γεγονός ότι είναι αναγκαίο να απομακρυνθούν από το οικείο τους περιβάλλον για ένα χρονικό διάστημα αποτελούν δυο από τις κυριότερες «αγωνίες» των ασθενών (Καλογιάννη, Α.,2016).

Η ψυχολογία των ασθενών κατά την προεγχειρητική περίοδο είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς η ύπαρξη μιας όχι και τόσο καλής ψυχολογίας είναι πιθανό να συμβάλει αρνητικά στην μετεγχειρητική τους πορεία. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί η ύπαρξη άγχους προεγχειρητικά διαταράσσει τα επίπεδα κορτιζόλης τα οποία παράγονται από τον οργανισμό. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς άνω των 70 ετών με αυξημένα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για νοσηρότητα και θνητότητα εντός του νοσοκομείου μετεγχειρητικά (Κουργιαντάκη, Φασόη, Κελέση, Καμπά, Σταυροπούλου, 2017).

Το προεγχειρητικό άγχος είναι ένα σύνηθες γεγονός που εμφανίζεται πριν από το χειρουργείο σε ποσοστό έως 80%. Στους παράγοντες ύπαρξης του προεγχειρητικού άγχους περιλαμβάνονται ο φόβος της χειρουργικής επέμβασης, της αναισθησίας καθώς και των επιπλοκών, το περιβάλλον το οποίο δεν είναι γνωστό στους ασθενείς και ο κίνδυνος σοβαρής ασθένειας (Mohan et al., 2017). Στους ασθενείς το προεγχειρητικό άγχος ενδέχεται να δημιουργηθεί λόγω του φόβου, της ανεπαρκούς γνώσης για ένα γεγονός και την διαχείριση του (Asilioglu & Celik, 2004).

Το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών, όταν αυτό βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, δρα με ευεργετικό τρόπο, καθώς συμβάλλει στην όξυνση και την αποτελεσματικότητα της σκέψης. Στον αντίποδα, όταν το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, παρεμποδίζει την ικανότητα του ατόμου να επεξεργαστεί αποτελεσματικά τις πληροφορίες που του παρέχονται. Ο φόβος αποτελεί ένα συναίσθημα, το οποίο εμφανίζουν τα άτομα, και στην προκειμένη περίπτωση οι ασθενείς, όταν αισθάνονται ότι η ανεξαρτησία τους βρίσκεται υπό απειλή. Το άγχος το οποίο νιώθουν οι ασθενείς πριν από μια επικείμενη χειρουργική επέμβαση συνυπάρχει και με τον φόβο που νιώθουν αλλά τις περισσότερες φορές δεν είναι σε θέση να προσδιορίσουν από που πηγάζει το αίσθημα της απειλής που νιώθουν (Koivula et al., 2002).

Το προεγχειρητικό άγχος συγκαταλέγεται στην κατηγορία του δευτερογενούς άγχους καθώς αποτελεί ένα συνονθύλευμα σωματικού, ψυχολογικού αλλά και περιβαλλοντολογικού stress. Το άγχος των ασθενών παρεμποδίζει την αρμονική λειτουργία της σκέψης του ατόμου, αυξάνει την λειτουργία του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και οδηγεί το άτομο σε δυσάρεστες σκέψεις. Επιπλέον, το άτομο δεν είναι σε θέση να εκτελέσει σε ικανοποιητικό βαθμό δραστηριότητες της καθημερινότητας του (Αλεβίζος, 2008).

Ορισμένοι ασθενείς, προσπαθώντας να ελαττώσουν το άγχος το οποίο βιώνουν ή προσπαθώντας ακόμη και να αποτρέψουν τον εαυτό τους από το να βιώσει το άγχος αυτό, κινητοποιούν τους λεγόμενους «μηχανισμούς άρνησης του άγχους», αυτή η άρνηση όμως που εμφανίζουν, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οδηγεί σε αδυναμία των ασθενών να φέρουν σε πέρας τις ενέργειες που απαιτούνται προκειμένου να αναρρώσουν (Γολεμάτης, 1996).

2.2 Χειρουργικό Άγχος και Παράγοντες Κινδύνου

Ο πανικός, ο θυμός, ο φόβος και η απελπισία είναι τα αισθήματα, τα οποία νιώθει ο ασθενής τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά. Το μη γνώριμο περιβάλλον, το

ενδεχόμενο μιας νόσου, όπως και το ενδεχόμενο του να χάσει την ανεξαρτησία του αποτελούν τους κυριότερους στρεσογόνους παράγοντες για τους ασθενείς (Ποταμιανός,1995).

Σύμφωνα με τους Caumo et al., (2001), οι ασθενείς με χαρακτηριστικά τα οποία παραπέμπουν σε μια ιδιαίτερος αγχώδη προσωπικότητα διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης προεγχειρητικού άγχους. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι η ανησυχία, η νευρικότητα, η ανασφάλεια και η ευερεθιστότητα.

Ο φόβος για την επέμβαση, για τον αποχωρισμό από το οικογενειακό περιβάλλον, για τον μετεγχειρητικό πόνο και για τον θάνατο αποτελούν τις κύριες αιτίες εμφάνισης προεγχειρητικού άγχους. Τα επίπεδα του προεγχειρητικού άγχους που θα εμφανίσει ο ασθενής εκτιμάται ότι είναι δυνατό να επηρεαστούν από προ υπάρχουσες αγχώδεις και ψυχικές διαταραχές (Caumo et al., 2001).

Άλλοι παράγοντες που εκτιμάται ότι δημιουργούν στους ασθενείς άγχος πριν αλλά και μετά το χειρουργείο είναι το γεγονός ότι αγωνιούν για την πορεία και την επιτυχία του χειρουργείου, για το αν θα υποστεί κάποιου τύπου αλλοίωση το σώμα και για το αν θα είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν οικονομικά στο κόστος της επέμβασης(Παπαγεωργίου, Κελέση, Φασόη, 2013).

Οι εμπειρίες, το φύλο, η ηλικία, το είδος του χειρουργείου και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζεται ο ασθενής από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των επιπέδων άγχους που θα εμφανίσει προεγχειρητικά ο ασθενής (Jawaid et al., 2007). Άλλος ένας παράγοντας ο οποίος εκτιμάται ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου όσο αφορά τις μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι η όχι και τόσο καλή φυσική κατάσταση (Kindler et al., 2000).

Η αναμονή πριν την χειρουργική επέμβαση, η οποία συνδυάζεται με τον μειωμένο όγκο πληροφοριών που λαμβάνουν οι ασθενείς για την επέμβαση στην οποία πρόκειται να οδηγηθούν συμβάλει στην δημιουργία άγχους (Bailey, 2010).

Μια αρκετά μεγάλη μερίδα ερευνητών συγκαταλέγει το περιβάλλον του ασθενούς στους παράγοντες που παίζουν καταλυτικό ρόλο στην δημιουργία άγχους πριν από μια χειρουργική επέμβαση, καθώς η θερμοκρασία και τα φώτα της χειρουργικής αίθουσας, οι ήχοι των εργαλείων και το κρεβάτι του χειρουργείου χαρακτηρίζονται ως στρεσογόνα ερεθίσματα για τους ασθενείς πριν από μια επέμβαση (Mitchell,2008).

Αγχωγόνο παράγοντα αποτελούν και οι σκέψεις που ενδεχομένως έχει ο ασθενής πριν από την επέμβαση, οι οποίες επηρεάζουν και τα συναισθήματα του, κάνοντας τον πολλές φορές να εκφράζει ανησυχία, φόβο και νευρικότητα(Βιβιλάκη και συν.,2015).

Άλλοι παράγοντες που δημιουργούν προεγχειρητικό άγχος στους ασθενείς είναι οι παροχετεύσεις τις οποίες θα φέρουν μετεγχειρητικά καθώς και το διαιτολόγιο το οποίο θα κληθούν να ακολουθήσουν μετά την επέμβαση (Malek, Ctrnacta & Kurzova, 2004).

Η έρευνα των Eberhart et al. (2020) είχε ως σκοπό τον προσδιορισμό των διαστάσεων του άγχους πριν την χειρουργική επέμβαση και την ποσοτικοποίηση της συνάφειας των φόβων που είναι σχετικοί με την αναισθησία. Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μέρος μιας έρευνας διατομής σε ασθενείς με προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς που ήταν εγγεγραμμένοι ήταν 3.200, από αυτούς αναλύθηκαν οι 3.087. Η μέτρηση των επιπέδων άγχους των ασθενών έγινε με την Κλίμακα Προεγχειρητικού Άγχους και Πληροφοριών του Άμστερνταμ (APAIS). Χρησιμοποιήθηκαν αριθμητικές κλίμακες με εύρος 1 έως 10 για την εκτίμηση της σοβαρότητας των φόβων. Το μέσο συνολικό προεγχειρητικό άγχος ήταν 9,9. Το 40,5% των συμμετεχόντων ανέφερε υψηλό άγχος. Όσο αφορά στους φόβους των ασθενών πριν από την επέμβαση διαπιστώθηκε ότι οι κυριότεροι τους φόβοι είναι το αναισθησιολογικό σφάλμα, η κόπωση και η υπνηλία.

2.3 Επιπτώσεις Χειρουργικού Άγχους

Η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών πριν από μια χειρουργική επέμβαση δύναται να έχει μετεγχειρητικές επιπτώσεις όσο αφορά στο διάστημα ανάρρωσης τους. Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους που εμφανίζουν οι ασθενείς τόσο μεγαλύτερο εκτιμάται να είναι το χρονικό διάστημα της παραμονής τους στην κλινική καθώς επίσης και η συχνότητα των παυσίπων που τους χορηγούνται (Rana & Upton, 2009).

Έχει πραγματοποιηθεί μελέτη με σκοπό να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ του προεγχειρητικού άγχους και του πόνου κατά την χειρουργική επέμβαση καταρράκτη. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 103 μάτια από 103 διαδοχικούς ασθενείς, με μέση ηλικία 68,9, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε φακογαλακτωματοποίηση με τομή στον κερατοειδή στο Τμήμα Οφθαλμολογίας του Πανεπιστημίου Rambam Health Care Campus του Ισραήλ. Δύο ξεχωριστοί και ανεξάρτητοι ερευνητές πήραν συνέντευξη από τους ασθενείς πριν από την επέμβαση και 5 λεπτά μετά το τέλος της επέμβασης. Η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση του άγχους των ασθενών ήταν η Οπτική Αναλογική Κλίμακα. Το κύριο στοιχείο για την εξαγωγή συμπερασμάτων ήταν ο μέγιστος πόνος που ένιωσαν κατά την διάρκεια. Στο 18,5% των συμμετεχόντων καταγράφηκε σοβαρό άγχος και στο 17,5% σοβαρός πόνος. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με σοβαρό άγχος είχαν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σοβαρό πόνο. Το ένα πέμπτο των ασθενών παρουσίασε σοβαρό άγχος και πόνο. Τα προεγχειρητικά επίπεδα άγχους αποτέλεσαν μια σημαντική πρόβλεψη για τον πόνο.

Σύμφωνα με έρευνα των Sveinsdóttir, Zoëga, Ingadóttir και Blöndal (2020) οι ασθενείς που προεγχειρητικά εμφανίζουν ψυχολογική δυσφορία και άγχος κατά την περίοδο της νοσηλείας τους είναι πιθανό να εμφανίσουν τα συμπτώματα αυτά μέχρι και 6 μήνες μετά την επέμβαση. Στην έρευνα συμμετείχαν 390 ασθενείς, οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια συμπεριλαμβανομένης και της Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης Νοσοκομείου (HADS). Τονίστηκαν επιπλέον τα οφέλη του καλού ύπνου κατά την ανάρρωση και η λεπτομερής ψυχολογική αξιολόγηση των ασθενών πριν την χειρουργική επέμβαση.

Η αδυναμία των ασθενών προεγχειρητικά έχει σχέση με τα μετεγχειρητικά ζητήματα. Οι ασθενείς οι οποίοι αισθάνονται αδύναμοι έχουν περισσότερες πιθανότητες νοσηρότητας, θνησιμότητας καθώς και να μην καταφέρουν να σωθούν έπειτα από κάποιες σημαντικές χειρουργικές επεμβάσεις. Η αδυναμία αποτελεί χαρακτηριστικό των χειρουργικών ασθενών. Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας των χειρουργικών υποθέσεων (VASQIP). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας η αδυναμία έχει σχέση με τη μετεγχειρητική θνησιμότητα σε όλους τους τομείς των χειρουργικών επεμβάσεων ανεξάρτητα από το χειρουργικό άγχος. Άρα οι ασθενείς που είναι αδύναμοι είναι πιθανόν να μην έχουν τα αποτελέσματα εκείνα που θα έχουν οι ασθενείς που δεν είναι αδύναμοι έπειτα από κάποιο χειρουργείο (Shinall et al., 2019).

Ο Majumdar (2019) στη μελέτη του αναφέρει πως ο πρωταρχικός στόχος της είναι ο προσδιορισμός του προεγχειρητικού άγχους σε ασθενείς που έχουν κάνει κάποιο χειρουργείο εξαιτίας κάποιου καρκίνου. Ο δεύτερος στόχος είναι να αναλυθεί η σχέση του προεγχειρητικού άγχους και των αρνητικών ενδοεγχειρητικών και μετεγχειρητικών αποτελεσμάτων σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση καρκίνου. Ως μέθοδος χρησιμοποιήθηκε μια μελέτη η οποία είχε σκοπό την εμφάνιση του προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους σε χειρουργημένους καρκινοπαθείς. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 8.683 ασθενείς την περίοδο από τη 1 Ιανουαρίου το 2016 έως τις 30 Απριλίου το 2018. Το 16,7% είχε προεγχειρητικό άγχος. Τα αποτελέσματα μας δείχνουν τη σημασία που έχει η αξιολόγηση και η καταγραφή του προεγχειρητικού άγχους σε χειρουργημένους καρκινοπαθείς, καθώς επόμενες μελέτες μπορεί να διευκρινίσουν την αιτία ανάμεσα στο προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος για ανεπιθύμητα αποτελέσματα.

Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται το μετεγχειρητικό παραλήρημα σε χειρουργική επέμβαση παράκαμψης στεφανιαίας αρτηρίας είναι πιθανό να αυξηθεί εξαιτίας του άγχους και της κατάθλιψης πριν από την επέμβαση. Πραγματοποιήθηκε έρευνα στην οποία συμμετείχαν 2 ομάδες αποτελούμενες από 153 άτομα η κάθε μία. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Νοσοκομειακού Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and

Depression Scale). Το παραλήρημα των ασθενών αξιολογήθηκε κατά την έναρξη του έως και πέντε ημέρες μετά την επέμβαση (Pakrad, Pakrad, Darvishi, Poorolajal, 2020).

Οι Milisen et al. (2020) πραγματοποίησαν έρευνα με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης που υπάρχει μεταξύ του προεγχειρητικού άγχους και του μετεγχειρητικού παραληρήματος σε ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς. Οι συμμετέχοντες ήταν 190 ασθενείς με ηλικία 65 ετών και άνω, των οποίων έγινε εισαγωγή στη μονάδα εντατικής θεραπείας και στη μονάδα καρδιοχειρουργικής. Το άγχος των ασθενών μετρήθηκε προεγχειρητικά με την Κλίμακα Άγχους και Πληροφοριών του Άμστερνταμ και την Οπτική Αναλογική Κλίμακα για το Άγχος. Κατά τις πρώτες 5 ημέρες μετά την επέμβαση έγινε η μέτρηση της επίπτωσης παραληρήματος. Το 31% των ασθενών ανέφεραν προεγχειρητικό άγχος ενώ το 41% αυτών εμφάνισαν μετεγχειρητικό παραλήρημα. Εντέλει όμως δεν βρέθηκε κάποια σχέση ανάμεσα στο προεγχειρητικό άγχος και στο μετεγχειρητικό παραλήρημα.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ταϊλάνδη έγινε εξέταση των επιπέδων του αντιληπτού στρες, του μετεγχειρητικού παραληρήματος και των συναφών παραγόντων σε ηλικιωμένους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εκλεκτική μη καρδιακή χειρουργική. Συμμετείχαν 429 ηλικιωμένοι ασθενείς. Η μέση ηλικία τους ήταν 69,93. Από την μελέτη έγινε αντιληπτό ότι τα επίπεδα αντιληπτού στρες προεγχειρητικά σχετίζονται σημαντικά με τα επίπεδα στρες των ασθενών μετεγχειρητικά καθώς και με τον κίνδυνο εμφάνισης μετεγχειρητικού παραληρήματος (Banjongrewadee et al., 2020).

Η El-Gabalawy et al., (2019) διερευνά το μετεγχειρητικό τραυματικό στρες και συγκεκριμένα τη διαταραχή μετά το τραυματικό στρες (PTSD). Το μετεγχειρητικό τραυματικό στρες παρουσιάζεται περίπου στο 20% των ασθενών μετά από ένα χειρουργείο, ενώ αυξημένο είναι αυτό το ποσοστό σε κάποιες συγκεκριμένες χειρουργικές ομάδες. Στις αιτίες κινδύνου ανήκουν η χειρουργική επέμβαση υψηλού κινδύνου, το ψυχιατρικό ιστορικό, η ενδοεγχειρητική ευαισθητοποίηση, οι χειρουργικές επιπλοκές, η χορήγηση φαρμάκων, το παραλήρημα και ο πόνος. Η ανίχνευση των περιεγχειρητικών αιτιών κινδύνου και των συμπτωμάτων του άγχους στη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου δίνει τη δυνατότητα παρέμβασης. Τα στοιχεία της έρευνας δείχνουν αυξημένα ποσοστά εμφάνισης μετεγχειρητικού τραυματικού στρες το οποίο ενδεχομένως να επηρεάζει τα αποτελέσματα σωματικής και ψυχικής υγείας. Χρήσιμη είναι η πρόληψη και η θεραπεία.

Οι Aktas, Ugur και Orak (2020) αναφέρονται στο προσδιορισμό των ενδεχόμενων επιπτώσεων της εκπαιδευτικής παρέμβασης στο άγχος και στην κατάθλιψη σε άτομα που έχουν κάνει κάποια καρδιακή χειρουργική επέμβαση. Στη μελέτη συμμετείχαν 66 ασθενείς οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Οι μισοί ανήκαν στην ομάδα τυποποιημένης φροντίδας

και οι υπόλοιποι στην εκπαιδευτική ομάδα απαλλαγής. Οι νοσηλευτές τονίζεται πως έχουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση του στρες σε ασθενείς καθώς και στον έλεγχο του άγχους και της κατάθλιψης. Γίνεται σαφές με βάση τα αποτελέσματα πως η παρέμβαση στην εκπαίδευση ελαττώνει την εμφάνιση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρδιοχειρουργικά προβλήματα.

2.4 Διαχείριση Άγχους για το Χειρουργείο

Σύμφωνα με τους Langer, Janis & Wolfer, (1975) η «γνωστική συμπεριφορική θεραπεία» συγκαταλέγεται στις πλέον τελέσφορες στρατηγικές διαχείρισης του προεγχειρητικού άγχους.

Καθοριστικό ρόλο στην ελαχιστοποίηση τόσο του προεγχειρητικού όσο και του μετεγχειρητικού άγχους και της ανησυχίας των ασθενών διαδραματίζουν τόσο ο χειρουργός που θα πραγματοποιήσει την επέμβαση όσο και ο αναισθησιολόγος που θα είναι παρών στην χειρουργική αίθουσα, καθώς είναι ιδιαίτερος σημαντικό ο ιατρός να εμπνέει ένα αίσθημα εμπιστοσύνης στον ασθενή και ο ασθενής να θέσει κάποιες διευκρινιστικές ερωτήσεις που ενδεχομένως έχει σχετικά με την επερχόμενη επέμβαση στον ιατρό (Holland & Mastrovito, 1980).

Σε τυχαίοποιημένη δοκιμή που πραγματοποιήθηκε από τον Αύγουστο του 2020 έως τον Δεκέμβριο του 2020, έγινε η διερεύνηση των επιδράσεων της προεγχειρητικής νοσηλευτικής επίσκεψης στην μείωση του προεγχειρητικού άγχους και των μετεγχειρητικών επιπλοκών σε ασθενείς με λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 200 ασθενείς, ηλικίας 18 έως 60 ετών, υποβαλλόμενοι σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες των 100 ατόμων, την βιωματική και την ομάδα ελέγχου. Στην βιωματική ομάδα μία μέρα πριν την επέμβαση γινόταν προεγχειρητική νοσηλευτική επίσκεψη, ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε κάποια νοσηλευτική παρέμβαση προεγχειρητικά. Η βιωματική ομάδα έλαβε επιπλέον εκπαίδευση σχετικά με την ομάδα χειρουργικής επέμβασης, το περιβάλλον του χειρουργείου, την αναισθησία, τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής και την μετεγχειρητική φροντίδα από την αποκατάσταση έως και την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Από τα αποτελέσματα της μελέτης αναδείχθηκε ότι η προεγχειρητική νοσηλευτική επίσκεψη συμβάλει στη μείωση του προεγχειρητικού άγχους και των μετεγχειρητικών επιπλοκών των ασθενών (Xu- Wang- Yang, 2020).

Η μελέτη των Molotkoné και Raškelienė (2020) είχε ως στόχο την εκτίμηση της σημασίας που έχει η προεγχειρητική εκπαίδευση των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να μειωθεί το άγχος των ασθενών μετά από μεταμόσχευση παράκαμψης στεφανιαίας αρτηρίας (Bypass). Η μελέτη έλαβε μέρος στο Νοσοκομείο Λιθουανικού

Πανεπιστημίου των Επιστημών Υγείας Kauno Klinikos, στο τμήμα Καρδιακής, Θωρακικής και Αγγειοχειρουργικής και στο τμήμα Καρδιολογίας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τον Ιούνιο του 2019 έως τον Φεβρουάριο του 2020. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου. Η κάθε ομάδα αποτελούνταν από 109 άτομα. Η ομάδα παρέμβασης έλαβε προεγχειρητική εκπαίδευση από νοσηλεύτη 1-3 μέρες πριν την επέμβαση. Η ομάδα ελέγχου έλαβε εκπαίδευση από χειρουργούς, νοσηλευτές και αναισθησιολόγους. Το άγχος των ασθενών αξιολογήθηκε το ερωτηματολόγιο καρδιακού άγχους (CAQ) το οποίο αναπτύχθηκε από τον Eifert (2002). Από τα αποτελέσματα της έρευνας έγινε αντιληπτό ότι στην ομάδα παρέμβασης μετεγχειρητικά υπήρξε σημαντική μείωση του άγχους και του φόβου των ασθενών, ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν σημειώθηκε κάποια σημαντική μείωση του άγχους. Συμπερασματικά, η προεγχειρητική εκπαίδευση από νοσηλεύτη/νοσηλεύτρια συνέβαλλε στην μείωση του άγχους των ασθενών κατά την μετεγχειρητική περίοδο.

Στην συγκεκριμένη μελέτη που πραγματοποίησαν οι Alvarez-García και Yaban (2020) στόχος ήταν η ανάλυση των επιδράσεων της χρήσης καθοδηγούμενων εικόνων προεγχειρητικά, σε ενήλικες αλλά και παιδιά, στη μείωση του προεγχειρητικού άγχους και του οξέος μετεγχειρητικού πόνου σε σχέση με τη συμβατική προεγχειρητική φροντίδα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε κλινικές δοκιμές σε μηχανές αναζήτησης και σε βάσεις δεδομένων. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν την χρήση καθοδηγούμενων εικόνων σαν μία εύκολη, χαμηλού κόστους και αποτελεσματική παρέμβαση, η οποία θα μπορούσε να αξιοποιηθεί και να εφαρμοστεί από το νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να μειωθεί το προεγχειρητικό άγχος και ο μετεγχειρητικός πόνος των ασθενών.

Στην έρευνα των Chavez et al. (2020) στόχος ήταν να αξιολογηθούν τα οφέλη της μείωσης του στρες, που βασίζεται στην συνείδηση των ασθενών προεγχειρητικά, τρεις και 12 μήνες μετά την επέμβαση οσφυϊκής μοίρας για εκφυλιστική νόσο. Κάθε ομάδα αποτελούνταν από 24 συμμετέχοντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που πάρθηκαν από την έρευνα η προεγχειρητική βασισμένη στη συνείδηση μείωση άγχους μπορεί να έχει οφέλη όσο αναφορά στον έλεγχο του πόνου στην χειρουργική επέμβαση της οσφυϊκής μοίρας.

Σημαντική είναι μη χρησιμοποίηση φαρμάκων και η μείωση της χρήσης οπιοειδών αναλγητικών, διότι έχουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Η προεγχειρητική μουσική έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση βιβλιογραφίας 8 βάσεων δεδομένων. Έγιναν δοκιμές με στόχο την αξιολόγηση της επίδρασης της προεγχειρητικής μουσικής. Η προεγχειρητική μουσική μειώνει τη χορήγηση οπιοειδών και ηρεμιστικών φαρμάκων, μειώνει το ιατρικό κόστος καθώς και την υψηλή

δοσολογία οπιοειδών, η οποία έχει σχέση με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών και χρόνιας χρήσης οπιοειδών (Fu et al.,2020).

Η ρινική χειρουργική επέμβαση είναι μια από τις πιο συνηθισμένες χειρουργικές επεμβάσεις των ωτορινολαρυγγολόγων. Το άγχος πριν από το χειρουργείο και ο μετεγχειρητικός πόνος αποτελούν τους σημαντικότερους λόγους νοσηρότητας. Η μουσικοθεραπεία αποτελεί μια αξιόλογη και φθηνή μέθοδο για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Στο δείγμα της μελέτης συμμετείχαν 59 ασθενείς, οι 30 ανήκαν στη πρώτη ομάδα και οι 29 στη δεύτερη. Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων φάνηκε πως το άγχος και ο πόνος και στις δύο ομάδες που υποβλήθηκαν σε μουσικοθεραπεία, ήταν σε μειωμένα επίπεδα τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά. Επομένως, η μουσικοθεραπεία αποτελεί μια σημαντική μέθοδο για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου μετά από ένα χειρουργείο ρινικού διαφράγματος (Gogoularadja 2020).

Η μελέτη των Hendricks et al. (2020) διήρκησε από τον Μάιο του 2017 έως τον Ιανουάριο του 2019. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν μια θεραπεία με τη χρήση της εικονικής πραγματικότητας (VR) μπορεί να μειώσει το άγχος των ασθενών, σε σύγκριση με μία θεραπεία η οποία βασίζεται στην χρήση συσκευών όπως τα tablet για την ψυχαγωγία των ασθενών και την μείωση του άγχους τους, σε ενήλικες ασθενείς οι οποίοι θα υποβάλλονταν για πρώτη φορά σε στερνοτομή. Στη μελέτη έλαβαν μέρος 20 ασθενείς που θα υποβάλλονταν σε στερνοτομή για πρώτη φορά. Οι ασθενείς επιλέχθηκαν τυχαία από τον ερευνητή και υποβλήθηκαν είτε σε έναν έλεγχο είτε σε μια παρέμβαση με τη χρήση της εικονικής πραγματικότητας (VR). Η παρέμβαση VR αφορούσε σε μία ενότητα των παιχνιδιών "Bear Blast" (Εφαρμοσμένα σε VR), ενώ η παρέμβαση ελέγχου αφορούσε ένα παιχνίδι σε tablet με στοιχεία ήχου, εικόνας και αφής. Το 90% και των δύο ομάδων ήταν άντρες με μέσο όρο ηλικίας 63,4 και 69,5 αντίστοιχα. Στους χρήστες της εικονικής πραγματικότητας μειώθηκαν σημαντικά τα επίπεδα έντασης του άγχους σε σύγκριση με αυτά των χρηστών tablet. Συμπερασματικά, η χρήση της εικονικής πραγματικότητας (VR) αποτελεί μία αποτελεσματική, μη φαρμακευτική, προσέγγιση για την μείωση του άγχους πριν την επέμβαση σε ενήλικες που υποβάλλονται για πρώτη φορά σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς.

Στη μελέτη των Marijana, Barhanocin, Vulovic και Simic (2019) αναλύεται πως η χειρουργική επέμβαση σχετίζεται με αντιδράσεις απόκρισης στα διάφορα συστήματα. Η μελέτη έχει στόχο να αξιολογηθεί εάν το φύλο έχει επίπτωση στο επίπεδο της νευροενδοκρινικής απόκρισης στο χειρουργικό άγχος καθώς και στο μετεγχειρητικό πόνο σε παιδιά που χρειάζεται να κάνουν κάποιο χειρουργείο βουβωνικής κήλης. Ακόμη, αναφέρεται στην ευχαρίστηση των γονιών σχετικά με την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα

των παιδιών τους. Στη μελέτη έλαβαν μέρος 60 παιδιά ηλικίας 3-6 ετών τα οποία ήταν τα μοναδικά από κάθε οικογένεια. Τα παιδιά χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στη πρώτη συμμετείχαν 30 αγόρια και στη δεύτερη 30 κορίτσια. Για την έρευνα χορηγήθηκε γενική αναισθησία με ενδοτραχειακή διασωλήνωση σε όλους τους ασθενείς. Χορηγήθηκε Ketorolac 1mg.kg-1 για μετεγχειρητική αναλγησία. Μετρήθηκε η κορτιζόλη ορού σε όλα τα παιδιά και προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Το αυξημένο προεγχειρητικό άγχος έχει σχέση με το υψηλό άγχος στα παιδιά όχι μόνο κατά τη διάρκεια ενός χειρουργείου αλλά και μετά από αυτήν.

Ο Bekkeris et al., (2020) διερευνά τις αιτίες και τους παράγοντες κινδύνου για το άγχος ή την κατάθλιψη 6 μήνες μετά από επέμβαση της σπονδυλικής στήλης. Ένα χειρουργείο είναι μια αγχωτική διαδικασία και έχει σχέση με αρκετές ψυχολογικές επιπτώσεις. Ένα μέρος των ασθενών παρουσιάζει κλινικά συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης. Παρόλα αυτά το ποσοστό εμφάνισης και οι αιτίες κινδύνου μετά από ένα χειρουργείο στη σπονδυλική στήλη είναι ανεπαρκείς. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το σύστημα δεδομένων Truven Market Scan. Τα αποτελέσματα ήταν η κατάθλιψη και το άγχος. Από το σύνολο των ασθενών το 6% εμφάνισε κατάθλιψη ενώ το 11,2% άγχος. Αρκετές ήταν οι αιτίες που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης και άγχους μετά από επέμβαση σπονδυλικής στήλης. Η γνωστοποίηση αυτών των αιτιών μπορεί να βοηθήσει στην εφαρμογή προληπτικών μέτρων στους ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Οι Saritas et al., (2019) μελετούν την επιρροή που έχει η παρακολούθηση ταινιών κωμωδίας στο μετεγχειρητικό πόνο και στο άγχος σε ασθενείς που έχουν κάνει κάποιο ογκολογικό χειρουργείο. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα δοκιμαστικό τυχαίο μοντέλο. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχει σπουδαία διαφορά για το άγχος πριν ή μετά την δοκιμή. Παρόλα αυτά η παρακολούθηση ταινιών κωμωδίας έχει θετική επίδραση στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου και του άγχους σε ασθενείς με ογκολογικά χειρουργεία.

2.5 Ενημέρωση Ασθενών για τη Χειρουργική Επέμβαση και Μείωση του Προεγχειρητικού Άγχους

Παρά τις αρκετές προσπάθειες αξιολόγησης που γίνονται για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τη προετοιμασία ενός χειρουργείου, πολλές είναι οι αρνητικές αντιδράσεις των ασθενών που αποτρέπονται να επιβληθούν σε μια χειρουργική επέμβαση. Αυτό ίσως οφείλεται και στην ελλιπή εκπαίδευση που υπάρχει γενικότερα στο νοσοκομειακό τομέα σχετικά με την ενημέρωση των ασθενών για χειρουργικά ζητήματα. Πολλές έρευνες έχουν δείξει πως όσες περισσότερες γνώσεις έχουν οι ασθενείς σχετικά με την επέμβαση στην οποία θα επιβληθούν, τόσο πιο εύκολη είναι και η μετεγχειρητική τους

ηρεμία. Η αρκετά ενημερωμένοι ασθενείς βιώνουν λιγότερο άγχος σε σχέση με ασθενείς που δεν έχουν καμία πληροφορία για τη χειρουργική τους επέμβαση. Οι σωστά ενημερωμένοι ασθενείς εκτιμούν το γεγονός να έχουν ποικιλία πληροφοριών για την επέμβασή τους και για αυτό το λόγο αισθάνονται πιο ικανοποιημένοι για τη φροντίδα που τους παρέχεται. Μελέτες έχουν δείξει πως ο παράγοντας του άγχους μπορεί να επηρεάσει την ανάρρωση του ασθενή μετά το χειρουργείο, ενώ σημαντικές χαρακτηρίζονται οι αποτελεσματικές προεγχειρητικές πληροφορίες καθώς ελαττώνουν το άγχος και την αίσθηση του πόνου. Είναι αναγκαίο το ίδιο το νοσηλευτικό ή το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου να παρέχει την κατάλληλη ενημέρωση στους ασθενείς διότι θα έχουν συχνή επικοινωνία μαζί τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας και της αποκατάστασής τους. Και οι ίδιοι οι ασθενείς με αυτόν τον τρόπο αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια και εμπιστοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας (Kalogianni, A. 2016).

Όσο αφορά στην ενημέρωση των ασθενών προεγχειρητικά, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Σεπτέμβριο έως και τον Δεκέμβριο του 2017 σε νοσοκομείο της Αττικής σε δείγμα 124 ασθενών που επρόκειτο να χειρουργηθούν, το 70,2% αυτών ανέφεραν ότι θεώρησαν την ενημέρωση που έλαβαν επαρκή σε αντίθεση με το 56,1% το οποίο ανέφερε πως θεώρησε την ενημέρωση ανεπαρκή (Κουργιαντάκη, Φασόη, Κελέση, Καμπά, Σταυροπούλου, 2017). Το χειρουργείο και το πως αυτό θα εξελιχθεί αλλά και το αν θα πονούν μετά από αυτό ήταν οι κύριοι λόγοι για τους οποίους το άγχος των ασθενών αυξήθηκε. Επιπρόσθετα, οι επικοινωνία ανάμεσα στους ασθενείς και στο νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και η ενημέρωση τους από αυτό αποτελούν δύο ιδιαίτερα σημαντικούς παράγοντες που συμβάλουν στην μείωση του επιπέδου άγχους των ασθενών και των συμπτωμάτων κατάθλιψης τα οποία ενδεχομένως να εμφανίσουν ορισμένοι προεγχειρητικοί ασθενείς (Κουργιαντάκη, Φασόη, Κελέση, Καμπά, Σταυροπούλου, 2017).

Σε μελέτη που δημοσιεύθηκε τον Απρίλιο του 2020 με σκοπό την εκτίμηση των συναισθημάτων, του προεγχειρητικού άγχους και της ανάγκης για πληροφορίες που έχουν οι ασθενείς, οι οποίοι υποβάλλονται σε ενδοϋαλώδεις ενέσεις (IVI), διαπιστώθηκε ότι η παροχή πληροφοριών είναι απαραίτητη στους ασθενείς αυτούς και ότι είναι σημαντικό να αποφεύγεται το να γίνονται οι ενέσεις από διαφορετικούς κάθε φορά επαγγελματίες υγείας, διότι αυτό αυξάνει το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών. Η μελέτη έγινε σε τριτοβάθμιο κέντρο φροντίδας και είχε διάρκεια από τον Δεκέμβριο του 2017 έως τον Δεκέμβριο του 2018. Συμμετείχαν διαδοχικοί ασθενείς με μέση ηλικία 76,5 που υποβλήθηκαν σε ενδοϋαλώδεις ενέσεις (IVI). Η Κλίμακα Προεγχειρητικού Άγχους και Πληροφοριών του Άμστερνταμ (APAIS) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του προεγχειρητικού άγχους και της ανάγκης που είχαν οι ασθενείς για πληροφορίες (Martel, Nahon-Esteve, Martini, Almairac, & Baillif, 2020).

Στην έρευνα των Porcar και Peral (2020) σκοπός ήταν η διερεύνηση του αν τα επίπεδα άγχους των ασθενών πριν από μια χειρουργική επέμβαση είναι δυνατό να μειωθούν μετά από την παροχή συμβουλών πριν την αναισθησία. Στην έρευνα πήραν μέρος 90 ασθενείς με μέση ηλικία τα 62 έτη. Έγινε καταγραφή κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών σημείων . Πριν και μετά την παροχή συμβουλών και την προαναισθησία καταγράφηκαν τα επίπεδα άγχους, καρδιακού ρυθμού και αρτηριακής πίεσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το άγχος των ασθενών προεγχειρητικά μετά τις συμβουλές που δόθηκαν στους ασθενείς πριν την αναισθησία. Καταλήγουμε λοιπόν στο ότι η παροχή συμβουλών πριν από την διαδικασία της αναισθησίας είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον εντοπισμό και τη διαχείριση του άγχους των ασθενών.

Είναι σημαντικό στη φάση της προεγχειρητικής αξιολόγησης των ασθενών να συμπεριλαμβάνεται η εκτίμηση του άγχους καθώς έτσι θα μπορούν να αντιμετωπισθούν διάφορες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Στη έρευνα για την εκτίμηση του άγχους σε χειρουργημένους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης σε ένα νοσοκομείο (HADS) η κλίμακα προεγχειρητικού άγχους και πληροφοριών του Άμστερνταμ (APAIS) και η κλίμακα οπτικού αναλογικού προσώπου (VAFS). Στη μελέτη έλαβαν μέρος 149 ασθενείς και το 61,7% ήταν γυναίκες. Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών εμφανίζει άγχος πριν από το χειρουργείο ιδιαίτερα για το αν θα πετύχει η χειρουργική επέμβαση ή όχι. Οι ασθενείς υποστηρίζουν πως η συνομιλία είναι η σωστότερη επιλογή για την αντιμετώπιση του άγχους (Kuzminskait ,Kaklauskait et Petkevi 2019).

Τα μετεγχειρητικά σημάδια των ασθενών τα οποία είναι σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά σχετίζονται με τη μεταβλητότητα του πόνου. Στόχος της έρευνας είναι η ανάλυση του ψυχολογικού προφίλ ενός ασθενούς στη διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου. Ως μέθοδος χρησιμοποιήθηκε η παρατήρηση σε ενήλικους ασθενείς, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις από τον Μάρτιο του 2017 έως τον Μάρτιο του 2018. Τα αποτελέσματα αυτά αξιολογήθηκαν 48 ώρες μετά από το χειρουργείο. Το 15% των ασθενών εμφάνισαν υψηλό προεγχειρητικό στρες. Καταληκτικά, αποδεικνύεται πως ο έλεγχος των προεγχειρητικών συναισθημάτων ενός ασθενή μπορεί να μας παρουσιάσει εάν το άτομο είναι επιρρεπής σε σοβαρό μετεγχειρητικό πόνο ή όχι (Wolmeister et al., 2020).

2.6 Φαρμακευτική Υποστήριξη του Ασθενούς για το Προεγχειρητικό και το Μετεγχειρητικό Άγχος

Κατά κύριο λόγο η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι ασθενείς προεγχειρητικά αποτελείται από φαρμακευτικά σκευάσματα με αγχολυτική και προφυλακτική δράση

(αντιβιοτικά) και χορηγούνται πάντοτε στην αίθουσα αναμονής του χειρουργείου, όσο ο ασθενής αναμένει να εισέλθει στο χειρουργείο (Obsorn, Wraa, Watson & Holleran, 2012).

Πριν από το χειρουργείο χορηγείται στον ασθενή προεγχειρητική καταστολή καθώς μειώνει σημαντικά τα επίπεδα κορτιζόλης που απελευθερώνει ο οργανισμός (Pekcan et al., 2005). Επιπρόσθετα, μια ώρα πριν από την χειρουργική επέμβαση γίνεται και χορήγηση, από του στόματος, διαζεπάμης (10mg), καθώς πέραν του άγχους μετά το χειρουργείο ελαχιστοποιεί και το ενδεχόμενο μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος, που υπάρχει, έως και ένα μήνα μετά την επέμβαση (Rosén et al., 2008).

Πριν από το χειρουργείο μπορεί να χορηγηθεί και η ταντοσπιρόνη, σε δόση 10-30mg με από του στόματος χορήγηση, η οποία αποτελεί ένα αγχολυτικό φάρμακο και βοηθά στην μείωση του άγχους των ασθενών πριν από το χειρουργείο (Oshima et al., 2001). Αγχολυτική δράση έχει και η κλονιδίνη, η οποία χορηγείται επίσης πριν το χειρουργείο και πέραν της αγχολυτικής δράσης της που προαναφέρθηκε έχει και κατασταλτική αλλά και αναλγητική δράση. Χορηγείται από του στόματος, με δόση 4μg/kg, και ελαχιστοποιεί τις ανάγκες για αναισθησία και λήψη αναλγητικών μετά την επέμβαση (McCann & Kain, 2001).

2.7 Προεγχειρητικό Άγχος και Παιδιά

Οι Gandana και Waluyanti (2020) επικεντρώνονται στο άγχος των παιδιών με καρκίνο καθώς και των γονέων τους. Η βιοψία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα εμφάνισης άγχους και στα παιδιά και στους γονείς. Μια λύση για να ελαττωθεί το άγχος σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η προεγχειρητική εκπαίδευση. Αυτό έχει ως στόχο να αναγνωριστούν οι αιτίες που προκαλούν άγχος. Ως μέθοδος χρησιμοποιήθηκε η ακρόαση των γονέων για τις ανησυχίες των παιδιών τους με σκοπό την εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης, αναπνοών και απόσπασης της προσοχής. Για την προεγχειρητική εκπαίδευση χρησιμοποιήθηκε ένας χαρτοπίνακας που περιλάμβανε πληροφορίες για το μέρος και το χρόνο του χειρουργείου, την προεγχειρητική προετοιμασία, τις χειρουργικές επεμβάσεις και τη φροντίδα μετά το χειρουργείο. Το άγχος των γονέων μειώθηκε αρκετά από το 7 στο 3. Οι γονείς ένιωθαν ανακουφισμένοι και ήρεμοι. Άρα, η εκπαίδευση των ασθενών και των γονέων τη περίοδο της προεγχειρητικής φάσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη μείωση του άγχους και των δυο πλευρών.

Στην μελέτη των Giordano et al. (2020) έγινε αξιολόγηση της επίδρασης που έχει η μουσικοθεραπεία στο προεγχειρητικό άγχος των παιδιών με λευχαιμία, τα οποία υποβλήθηκαν σε επεμβατικές διαγνωστικές διαδικασίες. Η μελέτη διήρκεσε από τον Σεπτέμβριο του 2017 μέχρι και τον Αύγουστο του 2018. Οι συμμετέχοντες ήταν παιδιά ηλικίας 2-13 ετών με καρκίνο, τα οποία νοσηλεύτηκαν στο τμήμα παιδιατρικής ογκολογίας και στο τμήμα αιματολογίας ενός νοσοκομείου της Ιταλίας. Η συμμετοχή των παιδιών έγινε μετά από συγκατάθεση των γονέων τους. Τα παιδιά που συμμετείχαν χωρίστηκαν σε δύο ομάδες(την ομάδα μουσικοθεραπείας και την ομάδα τυπικής φροντίδας) με διαφορετικούς

τύπους προεγχειρητικής προετοιμασίας για τις επεμβατικές διαγνωστικές εξετάσεις. Για την καταγραφή του άγχους των ασθενών προεγχειρητικά χρησιμοποιήθηκε η Τροποποιημένη Κλίμακα Προεγχειρητικού Άγχους του Yale. Επιπλέον, πάρθηκε το οικογενειακό ιστορικό των συμμετεχόντων. Ο υπεύθυνος για την μουσικοθεραπεία βρισκόταν στα δωμάτια των παιδιών τρεις φορές την εβδομάδα υποβάλλοντας τα παιδιά σε μουσικοθεραπεία για 15-20 λεπτά, ενώ τα παιδιά της ομάδας τυπικής φροντίδας ψυχαγωγήθηκαν με δραστηριότητες αναψυχής. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν την μουσικοθεραπεία ως μια αποτελεσματική μέθοδο μείωσης του προεγχειρητικού άγχους, καθώς τα επίπεδα του άγχους στην ομάδα μουσικοθεραπείας ήταν χαμηλότερα συγκριτικά με αυτά της ομάδας τυπικής φροντίδας.

Η Yayan (2020) αναφέρεται στην επίδραση ενός νεοσύστατου θεραπευτικού μοντέλου (TP/PT) που επιδιώκει την απαλλαγή από το πόνο στα παιδιά που θεραπεύονται σε παιδιατρικές χειρουργικές κλινικές. Ακόμη αναφέρεται και στο άγχος των γονιών κατά τη μετεγχειρητική περίοδο την οποία βιώνουν τα παιδιά τους. Πραγματοποιήθηκαν τέσσερις μετρήσεις, οι δύο σε παιδιά και οι δύο σε γονείς. Τα δεδομένα επιλέχθηκαν μέσω της φόρμας πληροφοριών για παιδιά και γονείς, τη φόρμα (WBFP) καθώς και τη φόρμα (STAI). Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως ο μέσος όρος πόνου στα παιδιά μειώθηκε, ενώ και ο μέσος όρος άγχους για τους γονείς είχε επίσης μειωθεί αρκετά. Άρα, το μετεγχειρητικό πρόγραμμα TP/PT αποδείχθηκε μία σημαντική μέθοδος για τη μείωση του μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά αλλά και τη μείωση του άγχους στους γονείς.

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

3.1 Προεγχειρητική φροντίδα χειρουργικού ασθενούς

Η φροντίδα ενός χειρουργικού ασθενούς περιλαμβάνει:

- την προεγχειρητική φροντίδα, η οποία αποτελείται από:
 - Την λήψη του ιστορικού του ασθενούς
 - Τις διαγνωστικές εξετάσεις
 - Την προεγχειρητική εκτίμηση, και
 - Την προετοιμασία για το χειρουργείο.
- Την διεγχειρητική περίοδο.
- Την αναισθησία.
- Την μετεγχειρητική φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει:
 - την παρακολούθηση του ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του στην αίθουσα ανάνηψης, καθώς και στην χειρουργική κλινική,
 - την παραμονή και την φροντίδα του ασθενούς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αν αυτή κριθεί απαραίτητη.
- Την παροχή φροντίδας στον ασθενή και μετά την έξοδο του από το χειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου και έως ότου ο ασθενής αναρρώσει πλήρως (Way & Doherty, 2007).

3.2 Προεγχειρητική Περίοδος

Η προεγχειρητική περίοδος ξεκινά από τον προγραμματισμό του χειρουργείου και διαρκεί μέχρι την μεταφορά του ασθενούς στο κρεβάτι του χειρουργείου, όπου και φτάνει στο τέλος της. Η προεγχειρητική περίοδος περιλαμβάνει την εκπαίδευση του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο εκπαιδεύει τον ασθενή και επεμβαίνει με σκοπό την ελαχιστοποίηση του άγχους του ασθενούς και την αντιμετώπιση των επιπλοκών (Παπαδάκη, 1992).

3.2.1 Λήψη Ιστορικού και Διαγνωστικές Εξετάσεις

Η κλινική εικόνα του ασθενούς αποτελεί, το σύνολο των συμπτωμάτων και των φυσικών σημείων που εμφανίζει ο ασθενής, και είναι απαραίτητο να ληφθεί υπόψιν προκειμένου να γίνει η διάγνωση και οι απαραίτητες εξετάσεις. Το ιστορικό το οποίο λαμβάνεται περιλαμβάνει:

- Την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων του ασθενούς,
- Την καταγραφή του κληρονομικού ιστορικού, αν αυτό υπάρχει,
- Τον λόγο για τον οποίο προσήλθε ο ασθενής στο νοσοκομείο,
- Το ατομικό ιστορικό του ασθενούς,
- Τον τρόπο ζωής του ασθενούς,
- Το γυναικολογικό/ανδρολογικό ιστορικό,
- Την λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων ή άλλων ουσιών,
- Την παρουσία νόσου,
- Την παρουσία αλλεργιών

Κατά την προεγχειρητική περίοδο ο ασθενής υποβάλλεται σε μια σειρά από εξετάσεις με στόχο την διαπίστωση της ομαλής αναπνευστικής, καρδιακής, νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας. Η διαπίστωση της ομαλής ή μη αναπνευστικής λειτουργίας επιτυγχάνεται μέσω:

- Της λήψης του ιστορικού του ασθενούς, όπου διαπιστώνεται αν ο ασθενής είναι καπνιστής, αν πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση του αναπνευστικού συστήματος και αν εμφανίζει δύσπνοια κατά την άσκηση.
- Της κλινικής εξέτασης του ασθενούς, όπου διαπιστώνεται αν ο ασθενής εμφανίζει ανωμαλίες όσο αφορά στο βάθος και την συχνότητα της αναπνοής του. Επιπρόσθετα, μέσω της ψηλάφησης κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνεται αν ο ασθενής εμφανίζει κάποια ανωμαλία όσο αφορά τον τύπο της αναπνοής. Με την ακρόαση, την επίκρουση και την ψηλάφηση διαπιστώνεται η ύπαρξη κάποιας παθολογικής κατάστασης. Οι εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται ο ασθενής είναι οι εξετάσεις αερίων αίματος, η ακτινογραφία θώρακος και οι εξετάσεις πνευμονικού αερισμού.

Η διαπίστωση της ομαλής ή μη καρδιακής λειτουργίας επιτυγχάνεται μέσω:

- Του ιστορικού του ασθενούς, κυρίως αν πρόκειται για ασθενή άνω των 40 ετών ή για ασθενής ο οποίος πάσχει από στεφανιαία νόσο ή ρευματοπάθεια.
- Της ακρόασης του καρδιακού ρυθμού του ασθενούς.
- Των παρακλινικών εξετάσεων που διενεργούνται, οι οποίες είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα και η ακτινογραφία της καρδιάς.

Η διαπίστωση της ομαλής ή μη νεφρικής λειτουργίας επιτυγχάνεται μέσω:

- Του ιστορικού του ασθενούς, σε περίπτωση εμφάνισης αιματουρίας.
- Της γενικής εξέτασης των ούρων, η οποία διενεργείται.

Η διαπίστωση της ομαλής ή μη ηπατικής λειτουργίας επιτυγχάνεται μέσω:

- Του ιστορικού του ασθενούς, αν ο ασθενής έχει ιστορικό ηπατικής δυσλειτουργίας και αν κάνει χρήση οινόπνευματων ποτών.
- Της κλινικής εξέτασης, μέσω της ψηλάφησης αλλά και των εργαστηριακών ευρημάτων γίνεται έλεγχος των λευκωμάτων και της χολερυθρίνης του ορού, η αλκαλική φωσφατάση, οι τρανσαμινάσες και ο χρόνος προθρομβίνης (Τούντα, 1975).

Ο ασθενής πέραν των προαναφερθέντων εξετάσεων υποβάλλεται και σε έναν διαγνωστικό έλεγχο προκειμένου να αποφευχθούν τόσο οι διεγχειρητικές όσο και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, ο έλεγχος αυτός εμπεριέχει:

- Την γενική αίματος,
- Τον βιοχημικό έλεγχο του αίματος,
- Τον έλεγχο της ομάδας Rhesus του ασθενούς,
- Την εξέταση του αίματος του ασθενούς για ηπατίτιδα,
- Τον έλεγχο πήκτικότητας,
- Την εξέταση των ορμονών σε ασθενείς με οποιαδήποτε πάθηση του θυρεοειδούς (Osborn, Wraa, Watson & Holleran, 2012).

3.2.2 Προεγχειρητική Εκτίμηση Ασθενούς

Ο όρος προεγχειρητική εκτίμηση αναφέρεται στην εκτίμηση της κατάστασης στην οποία βρίσκεται η υγεία του ασθενούς, με σκοπό την εύρεση οποιασδήποτε πάθησης που δύναται να αυξήσει το ποσοστό των κινδύνων που ενέχει η επέμβαση και να δυσχεράνει την ανάρρωση του ασθενούς μετεγχειρητικά (Way&Doherty,2007).

Η εκτίμηση του άγχους των ασθενών προεγχειρητικά είναι αναγκαία και θα πρέπει να παγιωθεί, διότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους να εμφανίσουν και κατά την μετεγχειρητική τους περίοδο αυξημένα επίπεδα άγχους, τα οποία με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε μη θετικές συνέπειες μετεγχειρητικά. Κατά την διάρκεια της εκτίμησης και της προετοιμασίας των ασθενών πριν από την χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να ελέγχεται το άγχος των ασθενών με την χρήση ειδικών κλιμάκων μέτρησης του άγχους και να γίνεται ο εντοπισμός των ομάδων ασθενών οι οποίοι ενδεχομένως έχουν αυξημένο άγχος σε σύγκριση με άλλους. Επιπλέον, θα πρέπει να εκτιμάται από τους νοσηλευτικό προσωπικό τόσο η ψυχική όσο και η συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι ασθενείς αυτοί πριν από την χειρουργική επέμβαση έτσι ώστε να γίνεται ο εντοπισμός των ατόμων τα οποία ενδεχομένως να αισθάνονται υψηλά

επίπεδα άγχους. Για την αξιολόγηση του προεγχειρητικού άγχους κρίνεται αναγκαία η δημιουργία και η χρήση σχεδίων φροντίδας προσαρμοσμένων στις ανάγκες του κάθε ασθενή ξεχωριστά (Κουργιαντάκη, Φασόη, Κελέση, Καμπά, Σταυροπούλου, 2017).

Στόχος της προεγχειρητικής εκτίμησης από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι η εξέταση του ασθενούς, η εκπαίδευση του, η αξιολόγηση του ποσοστού ετοιμότητας του ασθενούς για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και η ενημέρωση του ασθενούς (Osborn, Wraa, Watson & Holleran, 2012).

3.2.3 Προετοιμασία για το χειρουργείο

Κατά την προετοιμασία του ασθενούς για το χειρουργείο ακολουθείται ένα πρωτόκολλο. Σύμφωνα λοιπόν με το πρωτόκολλο αυτό σε πρώτη φάση γίνεται η αναγνώριση του ασθενούς και η καταγραφή των δημογραφικών του στοιχείων και εκτιμάται συνολικά η κατάσταση του, αξιολογείται η ακοή, η όραση, η επικοινωνία, καθώς και η ικανότητα του ασθενούς να αντιληφθεί την αναισθησία και την επέμβαση. Σε δεύτερη φάση λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία του ασθενούς και τέλος πραγματοποιείται η λήψη της συγκατάθεσης του ασθενούς για την επερχόμενη χειρουργική επέμβαση (Mosby, 2013).

Η λήψη υγρών και η κατανάλωση τροφής δεν επιτρέπεται την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης καθώς και το βράδυ πριν από την επέμβαση. Πριν το χειρουργείο πραγματοποιείται υποκλυσμός εντέρου, καθαρίζεται το δέρμα του ασθενούς, γίνεται αφαίρεση των γυαλιών, των φακών επαφής, των κοσμημάτων, της τεχνητής οδοντοστοιχίας και του βερνικιού νυχιών (Παπαδάκη, 1992).

Επιπρόσθετα, πριν το χειρουργείο τοποθετείται ουροκαθετήρας, ούτως ώστε να εκκενωθεί η ουροδόχος κύστη του ασθενούς. Τοποθέτηση Levin πραγματοποιείται σε οποιαδήποτε επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Η περιοχή στην οποία θα πραγματοποιηθεί η επέμβαση ξυρίζεται από το νοσηλευτικό προσωπικό την ημέρα πριν από το χειρουργείο. Η μεταφορά του ασθενούς στην αίθουσα του χειρουργείου γίνεται αφού ντυθεί με χειρουργικό πουκάμισο. Η ηρεμία του ασθενούς πριν από το χειρουργείο είναι ιδιαίτερα σημαντική για την «επιτυχή» έκβαση του χειρουργείου και για την μείωση του μετεγχειρητικού πόνου, για αυτό τον λόγο μιάμιση ώρα πριν από την επέμβαση γίνεται χορήγηση στον ασθενή ατροπίνης ή ενός ηρεμιστικού μικρής διάρκειας (Παπαγεωργίου, Κελέση & Φασόη, 2013).

3.3 Διεγχειρητική Περίοδος

Η διεγχειρητική περίοδος ξεκινά από τη στιγμή που ο ασθενής θα εισέλθει στην αίθουσα του χειρουργείου και λαμβάνει τέλος με την είσοδο του ασθενούς στην αίθουσα της ανάνηψης (Osborn, Wraa, Watson & Holleran, 2012).

3.4 Αναισθησία

Ο όρος αναισθησία αναφέρεται σε μια κατάσταση στην οποία ο ασθενής παρουσιάζει αμνησία και αναλγησία, δεν αντιδρά, δεν εμφανίζει αντανάκλαστικά των σκελετικών του μυών. Η αναισθησία επιτυγχάνεται με την χορήγηση φαρμάκων στον ασθενή (Osborn, Wraa, Watson & Holleran, 2012). Η αναισθησία έχει ως στόχο να αποφευχθεί ο πόνος από τον ασθενή, να φέρει τον ασθενή σε μια κατάσταση μυϊκής χάλασης, η οποία θα επαρκεί για την διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης και να ελαχιστοποιήσει τα επίπεδα άγχους και φόβου που αισθάνεται ο ασθενής. Υπάρχουν διαφορετικά είδη αναισθησίας, ανάλογα με τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης και τις ανάγκες του ασθενούς. Τα είδη αυτά, σύμφωνα με τον Devit (2001) και τους Osborn et al.(2012), είναι:

- Η γενική αναισθησία,
- Η περιοχική αναισθησία (ραχιαία ή επισκληρίδιος αναισθησία) ,
- Η τοπική αναισθησία,
- Η Καταστολή και Monitoring Anaesthesia Care),
- Η νευροληπτοαναλγησία.

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Μετεγχειρητική περίοδος- φροντίδα ασθενή

Η μετεγχειρητική φροντίδα των ασθενών αρχίζει όταν μεταφέρονται στο χώρο της ανάνηψης και ολοκληρώνεται όταν οι ασθενείς επανέλθουν ολοκληρωτικά στη φυσιολογική κατάσταση της υγείας τους, είτε αυτό γίνει στο χώρο του νοσοκομείου είτε στο σπίτι του καθενός. Πρώτα απ' όλα, καθήκον του υπεύθυνου νοσηλευτή είναι η ομαλή έξοδος του ασθενή από το χώρο της αναισθησίας, καθώς και ο έλεγχος για τα φυσιολογικά επίπεδα συνείδησης του πριν μεταφερθεί στον θάλαμο της αντίστοιχης κλινικής. Απαραίτητη είναι η χρήση μάσκας οξυγόνου κατά τη μετεγχειρητική περίοδο τουλάχιστον για 12 έως 72 ώρες. Αυτό σχετίζεται και με την φάση στην οποία βρίσκεται ο κάθε ασθενής. Ακόμη, απαραίτητος είναι ο έλεγχος της κατάστασης της φλέβας από τον αρμόδιο νοσηλευτή ένα τύχει και χρειαστεί συνεχόμενη παρακολούθηση ο ασθενής. Επιπρόσθετα, αναγκαία είναι η ενημέρωση του ασθενή, καθώς και των συνοδών όσο αναφορά τη μετεγχειρητική περίοδο και φροντίδα στο σπίτι. Δηλαδή, τι πρόγραμμα πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής από εδώ και πέρα σχετικά με τη διατροφή του και γενικότερα την ομαλή επαναφορά τους στους κανονικούς ρυθμούς ζωής. Εάν ο ασθενής παραπονεθεί για έντονο αίσθημα πόνου τότε σε αυτή τη περίπτωση θα του χορηγηθούν αναλγητικά ή ηρεμιστικά φάρμακα σε συνεννόηση πάντα με τον αρμόδιο γιατρό (Farquharson M. & co., 2009).

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι οι ασθενείς οι οποίοι κάνουν κάποιο χειρουργείο να αντιμετωπιστούν από το αντίστοιχο χειρουργικό τμήμα (γιατροί και νοσηλευτές) με υπευθυνότητα και σεβασμό, διασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο μια καλή μετεγχειρητική ποιότητα ζωής.

Συγκεκριμένα, η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Την είσοδο του ασθενή στο χώρο της ανάνηψης καθώς και τη εκτίμηση των επιπέδων συνείδησής του, τα απαραίτητα στοιχεία με σκοπό τη μεταφορά του στο θάλαμο ενώ αναγκαίες είναι και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την ομαλή επαναφορά της κατάστασης και λειτουργικότητας του ασθενή.
- Την παραλαβή και την εκτίμηση του ασθενή κατά τη φάση της μετεγχειρητικής περιόδου με σκοπό τη μεταφορά του στο θάλαμο της αντίστοιχης κλινικής, καθώς και τις νοσηλευτικές αρμοδιότητες των νοσηλευτών για τη πλήρη ανάνηψή του.
- Τις μετεγχειρητικές δυσκολίες-επιπλοκές και τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης αυτών εάν προκύψουν.
- Τις αρμοδιότητες του ασθενή που σκοπεύουν στην αυτοφροντίδα του (ασκήσεις των κάτω άκρων και ομαλή σταθεροποίησής του, ασκήσεις που σχετίζονται με τη

λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος).

- Έξοδος του ασθενή.

(Farquharson M. & co., 2009)

4.2 Στάδιο ανάνηψης

Ο νοσηλευτής του τμήματος αυτού είναι αρμόδιος για την εκτίμηση της κατάστασης στην οποία βρίσκεται ο ασθενής μετά το χειρουργείο. Εστιάζει στην πρόληψη των τυχών προβλημάτων που ενδεχομένως προκύψουν λόγω της αναισθησίας ή του χειρουργείου. Οι ενέργειες αυτές σχετίζονται με την λειτουργικότητα της αναπνοής του ασθενή, της καρδιάς, του νευρικού συστήματος καθώς και ολόκληρης της εικόνας που παρουσιάζει ο ασθενής. Η συχνότητα με την οποία πρέπει να επαναλαμβάνονται οι ενέργειες αυτές είναι κάθε 10 έως 15 λεπτά. Ο ασθενής παραμένει στην ανάνηψη συνήθως 2 ώρες, αλλά αυτό σχετίζεται και με το τι είδους χειρουργείο έχει κάνει, πόσο διήρκεσε η αναισθησία του καθώς και πως αντέδρασε ο οργανισμός του σε όλες αυτές τις ενέργειες (Taylor, Lillis & Lemone, 2006).

4.3 Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας

4.3.1 Νοσηλευτής Αναισθησιολογικού Τμήματος

Ο νοσηλευτής του τμήματος αυτού έχει σημαντικό ρόλο για την εξέλιξη του χειρουργείου και την σταθερή επαναφορά του ασθενή στους ρυθμούς της καθημερινής του ρουτίνας.

Στο στόχο της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας και κυρίως στο τμήμα της Μεταναισθητικής Ανάνηψης ανήκουν:

- Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Η αντιμετώπιση τους αν προκύψουν.
- Η ανάνηψη και η επαναφορά του ασθενή από την νάρκωση.
- Η ελάφρυνση του ασθενή από το αίσθημα του πόνου.
- Η επαναφορά του ασθενή στις ενέργειες που διέπραττε πριν υποβληθεί στην ανάλογη χειρουργική επέμβαση.

4.3.2 Ψυχολογική κατάσταση και φροντίδα του ασθενή

Μετά την ολοκλήρωση μια χειρουργικής επέμβασης η αρχική αίσθηση που μπορεί να αντιληφθεί ο ασθενής είναι η ακοή. Αρμοδιότητα του κάθε νοσηλευτή είναι ο καθησυχασμός του ασθενή μιλώντας του με ήρεμο τόνο και η παροχή πληροφοριών σχετικά με την εξέλιξη του χειρουργείου. Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάσει συμπτώματα ταραχής και σύγχυσης χρειάζεται η επέμβαση του νοσηλευτή, που αποσκοπεί στον καθησυχασμό του και την ομαλότερη προσαρμογή του στις νέες συνθήκες που ενδεχομένως προκύψουν στη ζωή του μετά το χειρουργείο (Γολεμάτης, 1996).

4.4 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - Αντιμετώπιση ασθενή

Στη μονάδα Εντατικής Θεραπείας μεταφέρονται οι ασθενείς που εμφανίζουν σοβαρά μετεγχειρητικά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να σχετίζονται είτε με την έκβαση του χειρουργείου είτε με ήδη υπαρχών προβλήματα που είχε ο ασθενής πριν ακόμη μπει στην αίθουσα του χειρουργείου. Αρμοδιότητα του νοσηλευτή της εντατικής μονάδας είναι η νοσηλεία κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες ή και μέρες, έως την ομαλή επαναφορά των βασικότερων οργάνων (Γολεμάτης, 1996).

4.5 Φροντίδα ασθενή κατά την παραμονή του στο θάλαμο της χειρουργικής κλινικής

Τη περίοδο την οποία ο ασθενής παραμένει σε θάλαμο της χειρουργικής κλινικής, πρέπει να ελέγχεται και να εξετάζεται το επίπεδο της συνείδησης του, ο προσανατολισμός του στο χώρο, στον χρόνο, καθώς και η αναγνώριση των οικείων του ατόμων. Θα πρέπει να δίνονται στον ασθενή ερεθίσματα με σκοπό την αξιολόγηση της ομαλής επαναφοράς του ή όχι μετά το χειρουργείο. Πραγματοποιείται λήψη των ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά μέχρι οι τιμές να επανέλθουν σε φυσιολογικά επίπεδα. Απαραίτητη είναι η παρατήρηση του χρώματος στο δέρμα και κυρίως στη περιοχή των χειλιών και των νυχιών. Γίνεται έλεγχος της ποσότητας των ενδοφλέβιων υγρών που έχουν χορηγηθεί καθώς και ο χρόνος και το σημείο από το οποίο γίνεται η έγχυση. Ακόμη, ευθύνη του νοσηλευτή είναι η περιποίηση του τραύματος του ασθενή, και η αλλαγή κλινοσκεπασμάτων σε περίπτωση που αυτά έχουν λερωθεί. Ο νοσηλευτής φροντίζει να ελέγχει τις παροχετεύσεις του ασθενή καθώς και το χρώμα που αυτές έχουν, διότι με αυτόν τον τρόπο αποδεικνύεται εάν λειτουργούν με

τον ορθό τρόπο. Κύριο μέλημα του είναι η φροντίδα και η ανακούφιση του ασθενή (Berman, Snyder & Jackson, 2009).

4.6 Καθήκοντα και προσόντα Νοσηλευτών Χειρουργείου

Οι νοσηλευτές του χειρουργείου χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

- Νοσηλευτής Εργαλειοδότης
- Νοσηλευτής Κυκλοφορίας ή Κίνησης
- Νοσηλευτής Αναισθησιολογικού
- Νοσηλευτής Αποστείρωσης: είναι υπεύθυνος για την προετοιμασία του υλικού καθώς και τον αντίστοιχο διαμοιρασμό του ανάλογα με το είδος και τις ανάγκες που έχει κάθε χειρουργική επέμβαση.
- Ο κάθε νοσηλευτής χρειάζεται να έχει τις απαραίτητες και εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες οι οποίες είναι αναγκαίες και πάρα πολύ σημαντικές για την εκτέλεση του χειρουργείου (Farquhanson M. & co., 2009)

4.6.1 Γενικές υποχρεώσεις και αρμοδιότητες των νοσηλευτών του χειρουργείου

- Πραγματοποίηση των αναγκαίων λειτουργιών αποστείρωσης και άσηπτης τεχνικής, καθαρισμός του τραύματος.
- Παραγγελία και αποδοχή του χειρουργικού εξοπλισμού.
- Άμεση φροντίδα των περιστατικών που επείγουν και εκείνων που βρίσκονται στο χώρο του χειρουργείου.
- Αναζήτηση πιθανών ζητημάτων που έχουν σχέση με τη διαδικασία της αντισηψίας και της άσηπτης τεχνικής.
- Διαχείριση των προεγχειρητικών, διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών ζητημάτων που ενδεχομένως προκύψουν σε έναν ασθενή (LeMone & Co. 2014).

4.6.2 Εργαλειοδότης Νοσηλευτής

Ο εργαλειοδότης νοσηλευτής είναι απαραίτητο κομμάτι σε ένα χειρουργείο καθώς συμμετέχει σημαντικά στη πραγματοποίηση ενός χειρουργείου. Ακολουθεί τις απαραίτητες προδιαγραφές που σχετίζονται με τους κανόνες

ασηψίας καθώς είναι εκείνος που “σερβίρει” τα χειρουργικά εργαλεία στο γιατρό. Ο εργαλειοδότης νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την διατήρηση της ασηψίας του χειρουργικού τμήματος καθώς και για τα τυχόν προβλήματα που εμφανίσει ο ασθενής από την μη τήρηση των κανόνων ασηψίας. Απαραίτητη είναι η ενδεδειγμένη ενδυμασία που υπάρχει στο χώρο μιας χειρουργικής αίθουσας (αποστειρωμένα ρούχα, γάντια και μάσκες). Αναγκαία είναι η εμπειρία και οι γνώσεις του για τη ύπαρξή του και εργασία σε έναν τέτοιο χώρο (LeMone & Co. 2014).

4.6.3 Νοσηλευτής Κίνησης

Ο νοσηλευτής κίνησης είναι μέλος της αποστειρωμένης ομάδας του χειρουργείου και είναι υπεύθυνος για τον εφοδιασμό και την αντιμετώπιση των ζητημάτων του χειρουργείου και του ασθενή. Κυρίως ο νοσηλευτής κίνησης σχετίζεται με την προεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία η οποία περιλαμβάνει την αξιολόγηση του ασθενή πριν εκείνος φτάσει στο χώρο του χειρουργείου (LeMone & Co. 2014).

4.6.4 Νοσηλευτής Αναισθησιολογικού

Απαραίτητη προϋπόθεση για την πραγματοποίηση ενός χειρουργείου είναι η ύπαρξη του αναισθησιολογικού νοσηλευτή. Αυτός έχει ειδικές γνώσεις και υποχρεώσεις και λειτουργεί με βάση την εκτίμηση, τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση της φροντίδας έως να βγει ο ασθενής από το χώρο της ανάνηψης.
(Osborn & co., 2012)

4.6.5 Νοσηλευτής_ανάνηψης

Οι νοσηλευτές που δουλεύουν στο τμήμα της ανάνηψης χρειάζεται να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση των ζητημάτων που ενδεχομένως προκύψουν στον ασθενή. Ειδικότερα οι νοσηλευτές ανάνηψης χρειάζεται να έχουν τα προσόντα που αφορούν τη διαδικασία της απινίδωσης, τη διαδικασία χορήγησης των υγρών και των φαρμάκων μέσω φλεβικής γραμμής, τη δυνατότητα πραγματοποίησης τοπικής ή γενικής αναισθησίας, την αντιμετώπιση τυχόν αλλεργικών αντιδράσεων που προκληθούν στον ασθενή από τα αναισθητικά φάρμακα καθώς και την ετοιμασία και χορήγηση αναλγητικών δια μέσου της φλέβας(Osborn,Wraa & Watson, 2012).

4.7 Φροντίδα του ασθενή μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο

Αναγκαία προϋπόθεση μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο είναι λήψη όλων των απαραίτητων πληροφοριών που σχετίζονται με την άμεση και ομαλή αποκατάστασή του. Ο ασθενής χρειάζεται να έχει γνώσεις για τα φάρμακά του, τις ασκήσεις που θα χρειαστεί ενδεχομένως να ακολουθήσει, την δίαιτα που θα του προτείνει ο γιατρός, καθώς την άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του για την ολοκλήρωση της αυτοφροντίδας του. Η εκπαίδευση θα πρέπει να είναι η ανάλογη και στην οικογένεια του ασθενή (Obsorn,Wraa & Watson, 2012).

4.8 Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Μετά από ένα χειρουργείο ο ασθενής χρειάζεται να επανέλθει με αργούς τουλάχιστον ρυθμούς στις νέες συνθήκες της καθημερινής του ζωής που έχουν προκύψει. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές χωρίζονται σε δυο κατηγορίες, στις ειδικές και στις γενικές. Οι γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές έχουν σχέση με το χειρουργείο που έχει υποβληθεί ο ασθενής, ενώ οι ειδικές έχουν σχέση με τα συστήματα του οργανισμού του.

Συνοπτικά οι κυριότερες ενέργειες ενός νοσηλευτή στη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου είναι:

- Η τοποθέτηση του ασθενή σε άνετη και ασφαλή στάση στο πλάι, με κατεβασμένο ελαφρώς το μέρος του προσώπου προς τη κάτω πλευρά και με το μέρος του αυχένα σε ελαφρά έκταση. Αυτό συμβαίνει για να προληφθεί η απόφραξη του αεραγωγού καθώς και η πιθανότητα εμετού.
- Λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενή και καταγραφή τους στη καρτέλα του. Αυτή η ενέργεια επαναλαμβάνεται συχνότερα κατά τις πρώτες ώρες εξόδου του ασθενή από το χειρουργείο και πιο αραιά στη συνέχεια. Η διαδικασία αυτή συμβαίνει διότι η σύγκριση των ζωτικών σημείων του ασθενή μπορεί να εμφανίσει το ενδεχόμενο καταπληξίας ή αιμορραγίας.
- Τοποθέτηση του ασθενή σε ανάλογη θερμοκρασία δωματίου με σκοπό τη παρατήρηση του χρώματος του δέρματος. Πολλές φορές τα κατεσταλμένα επίπεδα λειτουργίας οδηγούν σε μείωση της θερμοκρασίας του σώματος.
- Παρακολούθηση του τραύματος σχετικά με το χρώμα, τη μυρωδιά και το είδος των εκκρίσεων. Η αιμορραγία και η καταπληξία είναι κάποιες σημαντικές μετεγχειρητικές επιπλοκές, οι οποίες μπορούν να στοιχίσουν

τη ζωή ενός ασθενή.

- Έλεγχος για τη ομαλή λειτουργία των παροχετεύσεων. Αυτό αποσκοπεί στη σωστή λειτουργία των ζωτικών σημείων.
- Παρακολούθηση της συχνότητας με την οποία γίνεται η ενδοφλέβια έγχυση με σκοπό τη πρόληψη αφυδάτωσης.
- Τοποθέτηση του ασθενή σε ένα ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον για να αποφευχθούν τυχόν τραυματισμοί.
- Πρόληψη του αισθήματος του πόνου με τη βοήθεια αναλγητικών φαρμάκων που έχουν δοθεί με εντολή από τον υπεύθυνο γιατρό. Τα αναλγητικά φάρμακα έχουν σημαντικό ρόλο στο να απαλύνουν το πόνο που βιώνουν οι ασθενείς μετά από ένα χειρουργείο.
- Περιποίηση του τραύματος με σκοπό την άμεση επούλωσή του. Σε περίπτωση που αγνοηθεί η ενέργεια αυτή είναι πολύ πιθανό να υπάρξουν διάφορες λοιμώξεις και να καθυστερήσει να επουλωθεί το τραύμα.
- Προαγωγή άνεσης του ασθενή. Σκοπός είναι η άμεση ανάρρωσή του και η ομαλή επαναφορά του σε φυσιολογικές συνθήκες ζωής.
- Παροχή ψυχολογικής και πνευματικής στήριξης. Συμβάλλει στην ομαλότερη αποκατάσταση της υγείας του ασθενή.

(Αθανάτου ΕΚ., 2008).

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του άγχους

Με σκοπό την αντιμετώπιση άγχους του ασθενή πρωταρχική ενέργεια ενός νοσηλευτή είναι η αξιολόγηση του επιπέδου του άγχους του. Αρμοδιότητα του νοσηλευτή είναι να μεριμνήσει έτσι ώστε ο ίδιος ο ασθενής να λάβει ενεργό ρόλο στο προγραμματισμό της νοσηλευτικής του φροντίδας, καθώς και στις σημαντικές αποφάσεις που αφορούν την ομαλή επαναφορά του στη καθημερινή του ρουτίνα. Η ενημέρωση του ασθενή όσο αναφορά για το τι θα γίνει στο διάστημα της περιεγχειρητικής περιόδου, πως θα νιώσει, πόσο έντονος θα είναι ο πόνος ο οποίος θα βιώσει, τι ενέργειες θα γίνουν για την αντιμετώπιση αυτού του πόνου είναι μερικά από τα στοιχεία εκείνα τα οποία ελαττώνουν το άγχος των ασθενών που πρόκειται αν υποβληθούν σε μια χειρουργική επέμβαση (Osborn, Wraa & Watson, 2012).

Έρευνες έχουν αποδείξει πως το θεραπευτικό άγγιγμα συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην ελάττωση του άγχους. Με τη βοήθεια αυτού οι ασθενείς εμφανίζουν μια θετική ενισχυμένη διάθεση και ηρεμία, ελαττώνεται η προδιάθεση για έμετο, η κούραση καθώς και πλέον οι ασθενείς αρχίζουν να αισθάνονται αυξημένη ικανοποίηση για τη θεραπεία τους. Επίσης, το θεραπευτικό άγγιγμα έχει σημαντικό ρόλο και στο μετεγχειρητικό κομμάτι για τον ασθενή, διότι λειτουργεί ως συμπλήρωμα για τη μείωση του πόνου (Tabatabaee et al., 2016).

Στη μελέτη της Βιβιλάκη και των συνεργατών της (2015), έγινε φανερό πως οι χαλαρωτικές ενέργειες και η αναπνοή μέσω του διαφράγματος είναι κάποια γεγονότα τα οποία μπορούν να πραγματοποιηθούν με τη συνεργασία ασθενή και νοσηλευτή και έχουν σημαντικό ρόλο στην ελάττωση του στρες τους. Ο νοσηλευτής μπει τον ασθενή στο σωστό και ενδεδειγμένο τρόπο για το πώς να αναπνέει έτσι ώστε να μειώνεται το άγχος του. Η ελεγχόμενη αναπνοή συμβάλλει στη ανακούφιση και μείωση του άγχους και ειδικότερα στην ελάττωση του συναισθηματικού και ψυχολογικού φόβου (Βιβιλάκη και συν., 2015).

Η θεραπευτική επικοινωνία είναι ίσως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία που μπορεί να ακολουθήσει και να χρησιμοποιήσει ο νοσηλευτής για την αντιμετώπιση του άγχους σε έναν ασθενή. Αυτό γίνεται διότι ο νοσηλευτής ακολουθεί κάποιες δεξιότητες επικοινωνίας με σκοπό τη παροχή βοήθειας στον ασθενή για όσο το δυνατόν πιο επιθυμητά αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι:

- Η απόκτηση του αισθήματος αυτογνωσίας από τον ίδιο τον ασθενή.
- Ο ενεργός του ρόλος για την λύση των ζητημάτων του που έχουν προκύψει.

- Η ανάπτυξη αυτοεκτίμησης.
- Η άμεση αντιμετώπιση του άγχους.
- Η έκφραση των αισθημάτων του

(Eby&Brown, 2010).

Η Hildegard Peplau ήταν η πρώτη η οποία υποστήριξε τη σχέση μεταξύ νοσηλεύτη και ασθενή το 1952. Η σύνδεση αυτή έχει σημαντικό ρόλο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την δημιουργία του αισθήματος αυτογνωσίας από τον ίδιο τον ασθενή. Η επαγγελματική σύνδεση του ασθενή με το νοσηλεύτη δε σχετίζεται με τις κοινωνικές σχέσεις. Συγκεκριμένα, οι ιδιότητες της επαγγελματικής θεραπευτικής σχέσης είναι τα εξής:

- Εστίαση αποκλειστικά στον ασθενή.
- Επίλυση βασικών ζητημάτων που ενδεχομένως προκύψουν.
- Μειωμένος χρόνος αντιμετώπισης των ζητημάτων.

Ο νοσηλεύτης στην επαγγελματική σχέση που αναπτύσσει με τον ασθενή έχει τη δυνατότητα να αναλάβει διαφορετικούς ρόλους, όμως όλα θα πρέπει να σχετίζονται με τη προτεραιότητα για την επίλυση των αναγκών του ασθενή. Στόχος αυτής της σχέσης είναι ο δυνατότητα απόκτησης από τον ασθενή προσαρμοστικών στόχων.

(Fortinash & Holoday Worret , 2004)

5.2 Συμβουλές για την αντιμετώπιση του άγχους

Το άγχος στη ζωή ενός ανθρώπου μπορεί να είναι αποτέλεσμα διάφορων παραγόντων. Συνήθως αυτοί οι παράγοντες είναι κάποια δυσάρεστα γεγονότα που προκύπτουν είτε απρόσμενα είτε όχι, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι και ένα χαρμόσυνο γεγονός ή κάτι εντελώς ουδέτερο αλλά παρόλα αυτά να δημιουργήσει φόβο και αναστάτωση στον ασθενή. Για την αντιμετώπιση του άγχους είτε με την υποστήριξη ενός ψυχολόγου είτε όχι είναι σημαντικό ο ασθενής να διαθέτει την αναγκαία αυτογνωσία και ετοιμότητα με σκοπό να αντιμετωπίζει με τον πιο ανώδυνο τρόπο τα στρεσογόνα συμβάντα που προκύπτουν στη ζωή του. Θα πρέπει ο ασθενής να αναπτύξει κάποιες αποτελεσματικές δεξιότητες συμπεριφοράς.

Συγκεκριμένα χρειάζεται ο ασθενής:

- Να έχει γνώση των αισθημάτων του, δηλαδή να μπορεί και να τα εκφράσει στους οικείους του.

- Να μην αποφέρει ευθύνες για τους άλλους.
- Να διαθέτει μια θετική ψυχολογία.
- Να μην αρνείται λέγοντας τις φράσεις “ δε μπορώ”, “δε θέλω”, “δε κάνω”.
- Να έχει επίγνωση του προβλήματος που τον απασχολεί.
- Να μπορεί να αναγνωρίσει τα προβλήματα που τον απασχολούν.
- Να μπορεί να συνεργαστεί με ευκολία (Παπαδάκη, 2013).

Διαμόρφωση ενός νέου τρόπου ζωής με σκοπό την αντιμετώπιση του άγχους

- Πρόγραμμα υγιεινής διατροφής με σκοπό τη διασφάλιση του επιθυμητού βάρους σώματος.
- Αποφυγή ή ελάττωση καφεΐνης και οινόπνευματών ποτών.
- Αποφυγή καπνίσματος και άλλων ουσιών που προκαλούν εθισμό.
- Άσκηση όσο πιο συχνά γίνεται.
- Τεχνικές χαλάρωσης και ηρεμίας (Παπαδάκη, 2013).

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ποιοτική έρευνα-Μελέτη περίπτωσης

Η ποιοτική έρευνα σχετίζεται με μία πλαισιοθετημένη δραστηριότητα (situated activity) η οποία τοποθετεί τον παρατηρητή στο κόσμο. Αποτελείται από μια ομάδα ερμηνευτικών και υλικών πρακτικών οι οποίες παρουσιάζουν έναν ορατό κόσμο στο κοινό. Οι τακτικές αυτές διαμορφώνουν τον κόσμο. Μετατρέπουν τον κόσμο σε μια σειρά από αναπαραστάσεις του εαυτού, οι οποίες περιλαμβάνουν συνεντεύξεις, συνομιλίες, φωτογραφίες, μαγνητοφωνήσεις καθώς και κάποιες σημειώσεις από ενδεχόμενα ημερολόγια. Η ποιοτική έρευνα αφορά σε μία ερμηνευτική, νατουραλιστική προσέγγιση του κόσμου. Επομένως, ένας ερευνητής μιας ποιοτικής έρευνας μελετάει τα γεγονότα στο φυσικό τους περιβάλλον, προσπαθώντας να νοηματοδοτήσει και να ερμηνεύσει τα γεγονότα με το ίδιο τρόπο που τα αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ερωτηθέντες (Denzin & Lincoln, 2005).

Αυτοί ήταν και οι λόγοι που μας παρότρυναν να επιλέξουμε τη συγκεκριμένη μέθοδο για τη διερεύνηση της μελέτης περίπτωσης. Η καθημερινή μας επαφή με τους ασθενείς στο χώρο του νοσοκομείου στα πλαίσια της πρακτικής μας άσκησης έπαιξαν καθοριστικό ρόλο για την επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου της μελέτης περίπτωσης. Ιδιαίτερα, σπουδαίο ρόλο για την επιλογή αυτής είχε η παρουσία μας στο ογκολογικό και χειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου. Αρχικά, παρατηρήσαμε πως ο καρκίνος των νεφρών είναι ένας συχνός τύπος καρκίνου. Στη συνέχεια ρωτώντας το προσωπικό του νοσοκομείου αλλά και πραγματοποιώντας βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώσαμε πως δεν υπήρχε σωρεία πληροφοριών και υλικού για το θέμα το οποίο είχαμε αποφασίσει να επιλέξουμε. Για αυτό το λόγο αποφασίσαμε να βασιστούμε στην εμπειρία και στα προσωπικά βιώματα ενός ασθενή που νοσηλευόταν στο νοσοκομείο που εργαζόμασταν.

Μεθοδολογική προσέγγιση ερευνητικού ερωτήματος

Η παρούσα έρευνα είναι βασισμένη σε προσωπικά μας στοιχεία και γεγονότα τα οποία σχετίζονται με την υγεία των ατόμων, τις ασθένειες, τις αίτιες που μπορεί να προκάλεσαν αυτές καθώς και πως αντιμετωπίζει ο ασθενής αυτή τη κατάσταση. Το ερευνητικό ερώτημα εξειδικεύει τη γενική θεματική περιοχή μιας ποιοτικής έρευνας και αποτελεί ένα εγχείρημα το οποίο μπορεί να αποδειχθεί σε ένα δύσκολο έργο για νέους ερευνητές. Η διατύπωση των ερευνητικών ερωτήσεων αποσκοπεί στο περιορισμό ενός ευρύτερου ερευνητικού πεδίου σε ένα συγκεκριμένο ερευνητικό πρόβλημα ή σε έναν “νοητικό γρίφο” προς μελέτη σύμφωνα με την Mason (2009).

Σκοπός της τρέχουσας μελέτης

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η συγκέντρωση και η καταγραφή των συμπτωμάτων που εμφάνισε ο ασθενής, πως αντιμετώπισε τη συγκεκριμένη κατάσταση, αν ο ίδιος γνωρίζει τα αίτια που τον οδήγησαν στη συγκεκριμένη ασθένεια καθώς και πως σκέφτεται ότι θα είναι η ζωή του μετά το πέρας του συγκεκριμένου συμβάντος.

Παρουσίαση του ιστορικού του ασθενούς

Ο κύριος Γεράσιμος είναι 57 ετών, έχει ύψος 1,97 και βάρος 87 κιλά. Το επάγγελμά του είναι η γραμματειακή υποστήριξη σε μια πολυεθνική εταιρεία. Στον ελεύθερο του χρόνο του, του αρέσει να πηγαίνει για ψάρεμα, για σκοποβολή καθώς και να παρακολουθεί αγώνες μπάσκετ της αγαπημένης του ομάδας. Όταν ήταν νεότερος έπαιζε και ίδιος σε ερασιτεχνικό επίπεδο μπάσκετ στην ομάδα της περιοχής του. Πλέον παίρνει μέρος που και που σε αγώνες με τους παλαίμαχους της πρώην ομάδας του, όταν βέβαια η υγεία του, του το επιτρέπει. Λόγω του αθλήματος ακολουθούσε μια υγιεινή και ήσυχη ζωή. Δεν έπινε αλκοόλ, δεν κάπνιζε, ενώ ήταν λάτρης της υγιεινής διατροφής και του ορθού προγράμματος ύπνου. Αφήνοντας πίσω το αγαπημένο του άθλημα λόγω ηλικίας πλέον, ο κύριος Γεράσιμος ανακάλυψε έναν καινούργιο διαφορετικό τρόπο ζωής που μέχρι τότε δε γνώριζε. Άρχισε να καπνίζει, να εθίζεται σταδιακά στο αλκοόλ να ξενυχτάει, με αποτέλεσμα να μη πηγαίνει τα πρωινά στη δουλειά του και γενικότερα να μην αναγνωρίζει τον εαυτό του. Το οικογενειακό του περιβάλλον που τον στήριξε σε όλον αυτόν τον γολγοθά αποτελείται από τη γυναίκα του, το γιό του και τη κόρη του, τους γονείς του καθώς και αρκετούς φίλους. Ο κύριος Γεράσιμος είναι ένας νέος άνθρωπος που δε παύει να ονειρεύεται και να κάνει σχέδια και επαγγελματικά αλλά και προσωπικά για το μέλλον.

Ιστορικό και συμπτωματολογία ασθενή

Ο κύριος Γεράσιμος σταδιακά εμφάνισε κόπωση, πυρετό, πόνο στα πλευρά ο οποίος δεν υποχωρούσε, τα ούρα του ήταν αιματηρά, ενώ παρουσίασε και ανεξήγητη απώλεια βάρους. Οι λόγοι που οδήγησαν τον κύριο Γεράσιμο στο νοσοκομείο ήταν το αίμα στα ούρα που δεν υποχωρούσε καθώς και η απώλεια βάρους η οποία δεν είχε λόγο να συμβεί μιας και τρέφονταν σωστά και σε σύντομα χρονικά διαστήματα. Υποβλήθηκε σε αιματολογικές, ουρολογικές και απεικονιστικές εξετάσεις όπως είναι ο υπέρηχος, η αξονική τομογραφία και η βιοψία. Όλες οι παραπάνω ενέργειες έδειξαν πως είχε καρκίνο στα νεφρά αλλά χρειαζόταν και περεταίρω διερεύνηση με άλλες εξετάσεις για να σταδιοποιηθεί η νόσος. Βρισκόταν στο 2^ο στάδιο νόσου. Ύστερα από όλα αυτά κρίθηκε αναγκαίο να εισαχθεί στο νοσοκομείο στο χειρουργικό τμήμα.

Αναπαράσταση της κατάστασης από τον ασθενή για αιτίες της νόσου

Μόλις ο κύριος Γεράσιμος έλαβε ενημέρωση από το γιατρό σχετικά με το τι συνέβαινε με την υγεία του αισθάνθηκε πως του κόβονταν τα πόδια, και η πρώτη του αντίδραση ήταν να βαριαναστενάξει και να αναρωτηθεί γιατί συμβαίνει σε εκείνον όλο αυτό. Τα συναισθήματα που τον διακατείχαν ήταν ο φόβος, το άγχος και η αβεβαιότητα σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας. Στο άκουσμα των λογίων του γιατρού πως η μοναδική λύση για την αντιμετώπιση της ασθένειας είναι η χειρουργική επέμβαση, ο κύριος Γεράσιμος άρχισε να ανησυχεί και να αγχώνεται ακόμη περισσότερο. Η ανησυχία του και ο φόβος σχετιζόνταν με την επιτυχία ή την αποτυχία της χειρουργικής επέμβασης, την εξέλιξη της ασθένειας, και τις απαραίτητες χημειοθεραπείες που χρειαζόνταν να υποβληθεί. Η μεγαλύτερή του ανησυχία και αναστάτωση σχετιζόνταν με το αν θα καταφέρει να “νικήσει” την ασθένεια και να βγει πιο δυνατός από όλο αυτό, αλλά και αν τα καταφέρει πως θα είναι η υγεία του και η λειτουργικότητα του από εδώ και πέρα. Ο ίδιος ήθελε να γνωρίζει με κάθε λεπτομέρεια για την χειρουργική επέμβαση αλλά και τι ποσοστό επιτυχίας θα είχε αυτή. Πίστευε ότι όσο πιο πολλές λεπτομέρειες γνώριζε τόσο καλύτερα θα μπορούσε να αντιμετωπίσει τυχόν επιπλοκές που θα προέκυπταν. Ακόμη, έγνοια του ήταν να γνωρίζει όχι μόνο όσα αφορούν την προετοιμασία και την εξέλιξη του χειρουργείου αλλά και όσα θα αφορούσαν την μετεγχειρητική περίοδο. Πως θα μπορεί δηλαδή να αντιμετωπίσει τη νέα κατάσταση που έχει δημιουργηθεί καθώς θα είναι ένας χειρουργημένος και εξαντλημένος άνθρωπος. Όλη αυτήν η ενημέρωση που έλαβε τον έκανε να αισθάνεται πλέον πιο δυνατός και πιο έτοιμος για την ημέρα που θα περνούσε τη πόρτα του χειρουργείου. Σε όλο αυτό βέβαια είχε και τη στήριξη της οικογένειάς του και των καλών του φίλων. Βαθιά μέσα του πίστευε πως όλα αυτά του συνέβαιναν λόγω της “κακής” ποιοτικής ζωής που έκανε τα τελευταία χρόνια καθώς και του άγχους που ανέκαθεν τον διακατείχε. Παρόλα αυτά θεωρούσε πως λόγω της καλής φυσικής κατάστασης που είχε στο παρελθόν και της καλής ψυχολογίας που πλέον είχε θα μπορούσε να αντιμετωπίσει και να νικήσει την ασθένεια. Μετά την έξοδό του από τη χειρουργική αίθουσα ο κύριος Γεράσιμος αισθανόταν έντονο πόνο ο οποίος όμως περιορίστηκε με τη χορήγηση ενδοφλέβιας παυσίπονης αγωγής. Ο γιατρός τον πληροφόρησε σχετικά με την έκβαση και την επιτυχία του χειρουργείου και εκείνος ένιωθε πλέον ανακουφισμένος. Παρόλα αυτά όμως δεν έπαυε να έχει και ένα μικρό άγχος σχετικά με τις χημειοθεραπείες στις οποίες χρειαζόταν να υποβληθεί στη συνέχεια αλλά και για την επιτυχία αυτών.

Στόχοι φροντίδας

Ο καρκίνος του νεφρού χαρακτηρίζεται ως μια σιωπηλή ασθένεια λόγω της ασυμπτωματικότητας του κατά τη διάρκεια των πρώτων σταδίων νόσησης του ασθενή. Αποτελεί τον τρίτο συχνότερο καρκίνο του ουροποιητικού συστήματος. Αφορά σχεδόν το 2% σε κακοήθεις όγκους είναι εμφανίζεται πιο συχνά στον ανδρικό πληθυσμό παρά στο γυναικείο. Η εμφάνισή του συμβαίνει συνήθως κατά την έκτη έως την έβδομη δεκαετία της

ζωής του ανθρώπου, αλλά αρκετές φορές έχει παρουσιαστεί και σε εφηβικές ηλικίες. Τα τελευταία είκοσι χρόνια ο καρκίνος του νεφρού παρουσιάζει σημαντική αύξηση σε διεθνή επίπεδο κάτι που ίσως οφείλεται στη συχνότερη πραγματοποίηση απεικονιστικών εξετάσεων που αναγνωρίζουν την συγκεκριμένη ασθένεια.

Οι νεφροί αποτελούν όργανα με πολλαπλές λειτουργίες που σχετίζονται με το φιλτράρισμα του αίματος και τον διαχωρισμό του από τις τοξίνες και άλλες ουσίες μέσω των ούρων έως και την παραγωγή ορμονών για την αρτηριακή πίεση. Ο συχνότερος τύπος καρκίνου νεφρού είναι το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα (Wong-Ho et., al 2010).

Ο καρκίνος του νεφρού αντιμετωπίζεται συνήθως με χειρουργικό τρόπο καθώς αντιστέκεται σε άλλες θεραπείες όπως η ανοσοθεραπεία, η ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία. Η επιλογή της χειρουργικής επέμβασης όμως σχετίζεται και με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος, το μέγεθος του όγκου και τη κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής.

Ένας ασθενής ο οποίος έχει διαγνωσθεί με καρκίνο του νεφρού και γενικότερα με οποιονδήποτε τύπο καρκίνου τις περισσότερες φορές αρνείται και δεν θέλει να αποδεχτεί τη κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Οι ασθενείς αυτοί χρειάζεται να λάβουν υποστήριξη από τον οικογενειακό τους και τον κοινωνικό τους περίγυρο για να αποδεχτούν και να προσαρμοστούν στην νέα συνθήκη που προέκυψε στη ζωή τους.

Ένας ασθενής που έχει διαγνωσθεί με καρκίνο των νεφρών και έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στη διάρκεια της μετεγχειρητικής του περιόδου θα χρειασθεί να αλλάξει τον τρόπο ζωής του, τη διατροφή του, τις συνήθειες του και να προσαρμοστεί σε μια νέα πλέον ζωή. Ακόμη, και ο ψυχολογικός κόσμος του ασθενή θα επηρεαστεί καθώς θα προκύψουν αλλαγές που θα αφορούν στη καθημερινότητά του όπως είναι η συχνή παρουσία του στο χώρο του νοσοκομείου για την παρακολούθηση της υγείας του. Ο οικογενειακός περίγυρος του ασθενή με καρκίνο έχει τη δυνατότητα παροχής συναισθηματικής αλλά και πρακτικής βοήθειας.

Ο ρόλος ενός νοσηλευτή είναι πάρα πολύ χρήσιμος καθώς αποσκοπεί στην αποκατάσταση του ασθενή. Οι παρεμβάσεις του σχετίζονται με την οργάνωση της φροντίδας του και της ομαλής του επιστροφής στους ρυθμούς της καθημερινής του ζωής. Ο νοσηλευτής έχει σκοπό να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει τον ασθενή σχετικά με την αυτοφροντίδα του και για το πώς θα μπορέσει να αντιμετωπίσει πιθανές επιπλοκές που προκύψουν (National Comprehensive Cancer Network, 2011).

Συμπεράσματα

Τα συναισθήματα που νιώθει ο ασθενής την στιγμή που του ανακοινώνουν την διάγνωση είναι ο φόβος, η αβεβαιότητα και το άγχος καθώς δεν γνωρίζει τι πρόκειται να συμβεί στη

συνέχεια στην υγεία του. Ο ασθενής είναι εμφανώς σοκαρισμένος την στιγμή της ανακοίνωσης, από τον γιατρό, των νέων που αφορούν την υγεία του και είναι γεμάτος ερωτηματικά για την επέμβαση στην οποία θα πρέπει να υποβληθεί, για τις χημειοθεραπείες που θα πρέπει να κάνει στην συνέχεια και το μεγαλύτερο ερώτημα που πλανάται στο μυαλό του και αποτελεί την μεγαλύτερη του ανησυχία είναι το αν θα καταφέρει να «νικήσει» τον «εχθρό» που ονομάζεται καρκίνος. Όλες αυτές όμως οι ανησυχίες του κάμπτονται σε ένα μεγάλο βαθμό μετά την ενημέρωση του από τους γιατρούς, χωρίς όμως να υποχωρούν εντελώς, πράγμα που μπορεί να επηρεάσει τον οικογενειακό και κοινωνικό του ρόλο.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερος σημαντικός και επικεντρώνεται στην οργάνωση της αυτό-φροντίδας του ασθενούς, στην προσαρμογή του ασθενούς στον νέο τρόπο ζωής που καλείται να ακολουθήσει μετά τη διάγνωση της νόσου. Σε αυτό το σημείο είναι άξια αναφοράς η σημασία που έχει η ψυχολογική, οικογενειακή αλλά και κοινωνική στήριξη των ασθενών με καρκίνο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) **Ahmed, F. A. H. M., Ahmed, O. A. E., Abd, E., Albitar, E., & Ghoneim, S. E. S.** (2018). Effect of Educational Nursing Guidelines Regarding Enteral Feeding on Nurses' Knowledge and Practices at Critical Care Units. *Journal of Nursing and Health Science* p. 69-75.
- 2) **Aktas, Y. Y., Ugur, H. G., & Oran, O. S.** (2020). Discharge Education Intervention to Reduce Anxiety and Depression in Cardiac Surgery Patients: A Randomized Controlled Study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(2), 185-192.
- 3) **Alvarez-Garcia, C., & Yaban, Z. S.** (2020). The effects of preoperative guided imagery interventions on preoperative anxiety and postoperative pain: A meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 38, 101077.
- 4) **Asilioglu, K., & Celik, S. S.** (2004). The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient education and counseling*, p. 65-66.
- 5) **Bailey, L.** (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN journal*, 92(4), 445-460.
- 6) **Banjongrewadee, M., Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Pipanmekaporn, T., Punjasawadwong, Y., & Mueankwan, S.** (2020). Role of perceived stress in postoperative delirium: an investigation among elderly patients. *Aging & Mental Health*, 24(1), 148-154.
- 7) **Bekeris, J., Wilson, L. A., Fiasconaro, M., Poeran, J., Liu, J., Girardi, F., & Memtsoudis, S. G.** (2020). New onset depression and anxiety after spinal fusion surgery: incidence and risk factors. *Spine*, 45(16), 1161-1169.
- 8) **Berman, A., Snyder, S., Jackson, C.** (2009). Η Νοσηλευτική στην Κλινική Πράξη. Επιστημονική επιμέλεια Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη, Η. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός. 6η έκδοση.
- 9) **Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N.N Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Bandeira, D., & Ferreira, M. B. C.** (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, p. 298-299.

- 10) **Chavez, J. L., Porucznik, C. A., Gren, L. H., Guan, J., Joyce, E., Brodke, D. S., ... & Spiker, W. R.** (2020). The impact of preoperative mindfulness-based stress reduction on postoperative outcomes in lumbar spine degenerative disease: 3-and 12-month results of a pilot study. *World Neurosurgery*.
- 11) **Chow, W., Dong, L. M., & Devesa, S.S.,** (2010). Epidemiology and risk factors for kidney cancer. *Nature Review Urology* p.245-257.
- 12) **Denzin & Lincoln,** (2005). *The sage handbook of qualitative research*. P. 1-32.
- 13) **Dewit, S.** (2001). Βασικές Αρχές Και Δεξιότητες Νοσηλευτικής Φροντίδας. Επιστημονική Επιμέλεια Κοτρώτσιου, Ε. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός. Τόμος 3.
- 14) **Eberhart, L., Aust, H., Schuster, M., Sturm, T., Gehling, M., Euteneuer, F., & Rusch, D.** (2020). Preoperative anxiety in adults-a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC psychiatry*, 20, 1-14.
- 15) **Eby, L., & Brown, N.** (2010). Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία. Επιστημονική Επιμέλεια Κοτρώτσιου, Ε., Κυρίτση, Ε. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. 2^η Έκδοση.
- 16) **El-Gabalawy, R., Sommer, J. L., Pietrzak, R., Edmondson, D., Sareen, J., Avidan, M. S., & Jacobsohn, E.** (2019). Post-traumatic stress in the postoperative period: current status and future directions. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 66(11), 1385-1395.
- 17) **Farquhanson Margaret, Moran Brendan, Farquhanson's,** (2009). Χειρουργική-Εγχειρητικές Τεχνικές, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, σελ. 659-676.
- 18) **Felix, M. M. D. S., Ferreira, M. B. G., Oliveira, L. F. D., Barichello, E., Pires, P. D. S., & Barbosa, M. H.** (2018). Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26.
- 19) **Fontana, D.** (1993). Άγχος και η αντιμετώπιση του. Επιστημονική επιμέλεια Δέλγερης, Ν. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- 20) **Fortinash, K. M., & Worret, P. A. H.** (2014). *Psychiatric mental health nursing-E-book*. Elsevier Health Sciences.
- 21) **Fu, V. X., Oomens, P., Klimek, M., Verhofstad, M. H., & Jeekel, J.** (2020). The effect of perioperative music on medication requirement and hospital length of stay: a meta-analysis. *Annals of surgery*, 272(6), 961.
- 22) **Gandana, R. S., & Waluyanti, F. T.** (2020). Preoperative Nursing Care to Reduce Anxiety of Parent from Cancer Patient in Paediatric Surgical Ward. *UI Proceedings on Health and Medicine*, 4(1), 79-83.
- 23) **Giordano, F., Zanchi, B., De Leonardis, F., Rutigliano, C., Esposito, F., Brienza, N., & Santoro, N.** (2020). The influence of music therapy on preoperative anxiety in pediatric oncology patients undergoing invasive procedures. *The Arts in Psychotherapy*, 101649.
- 24) **Gogoularadja, A., & Bakshi, S. S.** (2020). A Randomized study on the efficacy of music therapy on pain and anxiety in nasal septal surgery. *International archives of otorhinolaryngology*, 24(2), 232-236.
- 25) **Hendricks, T. M., Gutierrez, C. N., Stulak, J. M., Dearani, J. A. & Miller, J. D.,** (2020). The Use of Virtual Reality to Reduce Preoperative Anxiety in First-Time Sternotomy Patients: A Randomized Controlled Pilot Trial. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 95, No. 6, pp. 1148-1157). Elsevier.
- 26) **Holland, J. C., & Mastrovito, R.** (1980). Psychologic adaptation to breast cancer. *Cancer*, 46(S4), 1045-1052.

- 27) **Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z.** (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2), 145-148.
- 28) **Kalogianni, A.** (2016). Anxiety control as a means of preventing the mortality and morbidity of patients undergoing cardiac surgery. *Health & Research Journal*, 2(3), 159-162.
- 29) **Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., & Scheidegger, D.** (2000). The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia & Analgesia*, 90(3), 706-712.
- 30) **Koivula, M., Paunonen-Ilmonen, M., Tarkka, M. T., Tarkka, M., & Laippala, P.** (2002). Social support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Journal of clinical nursing*, 11(5), 622-633.
- 31) **Kuzminskaitė, V., Kaklauskaitė, J., & Petkeviciute, J.** (2019). Incidence and features of preoperative anxiety in patients undergoing elective non-cardiac surgery. *Acta medica Lituanica*, 26(1), 93.
- 32) **Langer, E. J., Janis, I. L., & Wolfer, J. A.** (1975). Reduction of psychological stress in surgical patients. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11(2), 155-165.
- 33) **Langer, E. J., Janis, I. L., & Wolfer, J. A.** (1975). Reduction of psychological stress in surgical patients. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11(2), 155-165.
- 34) **Lee, J. S., Park, Y. M., Ha, K. Y., Cho, S.W., Bak, G.H., & Kim, K. W.** (2016). Preoperative anxiety about spinal surgery under general anesthesia. *European Spine Journal* p. 698- 699.
- 35) **Lemone, P., Burke, K.** (2004). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική Σκέψη Κατά Την Φροντίδα του Ασθενούς. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός. Επιστημονική Επιμέλεια Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη. Τόμος 1. 3η έκδοση.
- 36) **Majumdar, J. R., Vertosick, E. A., Cohen, B., Assel, M., Levine, M., & Barton-Burke, M.** (2019). Preoperative anxiety in patients undergoing outpatient cancer surgery. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(4), 440.
- 37) **Malek, J., Ctrnacta, E., & Kurzova, A.** (2004). Patients' perioperative worries and experiences. *Rozhledy v chirurgii: mesicnik Ceskoslovenske chirurgicke spolecnosti*, 83(8), 406-410.
- 38) **Martel, A., Nahon-Esteve, S., Martini, K., Almairac, F., & Baillif, S.** (2020). Feelings, preoperative anxiety, and need for information in patients undergoing intravitreal injections. *Graefes' Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 1-9.
- 39) **Mason, J.** (2009). Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- 40) **McCann, M. E., & Kain, Z. N.** (2001). The management of preoperative anxiety in children: an update. *Anesthesia & Analgesia*, 93(1), 98-105.
- 41) **Milisen, K., Van Grootven, B., Hermans, W., Mouton, K., Al Tmimi, L., Rex, S., & Detroyer, E.** (2020). Is preoperative anxiety associated with postoperative delirium in older persons undergoing cardiac surgery? Secondary data analysis of a randomized controlled trial. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-9.
- 42) **Mitchell, M.** (2008). Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *Journal of advanced Nursing*, 64(3), 261-271.
- 43) **Mohan, B., Kumar, R., Attri, J. P., Chatrath, V., & Bala, N.** (2017). Anesthesiologist's role in relieving patient's anxiety. *Anesthesia, essays and researches*, 11(2), 449.
- 44) **Molotkove, G., & Raskeliene, V.** (2021). The Importance of Nurse-led Preoperative Education on the Anxiety of Patients After Coronary Artery Bypass Grafting.

- 45) **Mosby, E.** (2013). Βασικές Ανώτερες και Εξειδικευμένες Νοσηλευτικές Δεξιότητες. Επιστημονική Επιμέλεια Μπαλτόπουλος, Ι. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- 46) **National Comprehensive Cancer Network**, (2011).
- 47) **Osborn, S.K., Wraa, E.C., & Watson, B.A.** (2012). 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.
- 48) **Oshima, T., Kasuya, Y., Terazawa, E., Nagase, K., Saitoh, Y., & Dohi, S.** (2001). The anxiolytic effects of the 5-hydroxytryptamine-1A agonist tandospirone before otolaryngologic surgery. *Anesthesia & Analgesia*, 93(5), 1214-1216.
- 49) **Pakrad, F., Pakrad, E., Darvishi, N., & Poorolajal, J.** (2020). Preoperative Anxiety and Depression Increases the Incidence of Delirium After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*.
- 50) **Pekcan, M., Celebioglu, B., Demir, B., Saricaoglu, F., Hascelik, G., Yukselen, M. A., ... & Aypar, U.** (2005). The effect of premedication on preoperative anxiety. *Middle East journal of anaesthesiology*, 18(2), 421-433.
- 51) **Porcar, E., & Peral, D.** (2020). Usefulness of pre-anesthetic consultation to reduce the degree of anxiety in patients scheduled for surgical intervention. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*.
- 52) **Rana, D., & Upton, D.** (2009). Η Ψυχολογία στη Νοσηλευτική Επιστήμη. Επιστημονική Επιμέλεια Καλβανά. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ.
- 53) **Rosch, P. J.** (1998). Reminiscences of Hans Selye and the birth of 'stress'. *Stress Medicine*, 14(1), 1-6.
- 54) **Rosén, S., Svensson, M., & Nilsson, U.** (2008). Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. *Journal of perianesthesia nursing*, 23(4), 237-246.
- 55) **Shinall, M. C., Arya, S., Youk, A., Varley, P., Shah, R., Massarweh, N. N., ... & Crist, L.** (2020). Association of preoperative patient frailty and operative stress with postoperative mortality. *Jama Surgery*, 155(1), e194620-e194620.
- 56) **Sveinsdottir, H., Zoega, S., Ingadottir, B., & Blondal, K.** (2020). Symptoms of anxiety and depression in surgical patients at the hospital, 6 weeks and 6 months postsurgery: A questionnaire study. *Nursing Open*, 8(1), 210-223.
- 57) **Tabatabaee, A., Tafreshi, M. Z., Rassouli, M., Aledavood, S. A., AlaviMajd, H., & Farah-mand, S. K.** (2016). Effect of therapeutic touch in patients with cancer: a literature review. *Medical Archives*, 70(2), 142
- 58) **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.
- 59) **Way, W.L., & Doherty, M.G.** (2007). Σύγχρονη Χειρουργική, Διάγνωση και Θεραπεία. Επιστημονική Επιμέλεια Μπράμης, Α. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης. Τόμος 1.
- 60) **Wolmeister, A. S., Schiavo, C. L., Nazario, K. C. K., Castro, S. M. D. J., de Souza, A., Caetani, R. P., & Stefani, L. C.** (2020). The Brief Measure of Emotional Preoperative Stress (B-MEPS) as a new predictive tool for postoperative pain: A prospective observational cohort study. *Plos one*, 15(1), e0227441.

- 61) Xu, Y., Wang, H., & Yang, M.** (2020). Preoperative nursing visit reduces preoperative anxiety and postoperative complications in patients with laparoscopic cholecystectomy: A randomized clinical trial protocol. *Medicine*, 99(38).
- 62) Yayan, E. H., Zengin, M., Duken, M. E., & Dag, Y. S.** (2020). Reducing Children's Pain and Parents' Anxiety in the Postoperative Period: A Therapeutic Model in Turkish Sample. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, e33-e38.
- 63) Αθανάτου ΕΚ.**(2008). Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και ειδικές νοσηλείες, Έκδοση 17^η. Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2008, σ. 62-93.
- 64) Αλεβίζος, Β.** (2008). Άγχος Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- 65) Βάρβογλη, Λ.** (2006). Η Νευροψυχολογία Του Στρες Στην Καθημερινή Ζωή. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη. 2η Έκδοση.
- 66) Βιβιλάκη, Β., Γιαννακοπούλου, Μ., Γκοβίνα, Ο., Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Μ., Θεοδοσοπούλου, Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Καμπά, Ε., Κανελόπουλος, Α., Καυγά, Α., Κουκιά, Θ., Κοντέος, Γ., Κουρκούτα, Λ., Κριτωτάκης, Γ., Κωνσταντινίδης, Θ., Λαβδανίτη, Μ., Λαχανά, Μ., Μαντζούκας, Σ., Μάργαρη, Ν., Μηνασίδου, Ε., Μπακάλης, Ν., Μπαμίδης, Π., Μπελλάλη, Θ., Νταφογιάννη, Χ., Παπασταύρου, Ε., Σαράφης, Π., Σιαμάγκα, Ε., Τσελίκα, Α., Χαραλάμπους, Α.** (2015). Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη 87 Φροντίδα Υγείας. Συντονισμός Ύλης Σαράφης, Π., Κωνσταντινίδης, Θ. Κύπρος: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- 67) Κουργιαντάκη, Α., Φασόη, Γ., Κελέση, Μ., Καμπά, Ε., Σταυροπούλου, Α.**(2017). Ενημέρωση του ασθενή και προεγχειρητικό άγχος. Βήμα του Ασκληπιού, 16(1).
- 68) Μαδιανός, Μ. Γ.** (2003). Κλινική Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- 69) Μάνος, Ν.** (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- 70) Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ.** (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1), 21-27.
- 71) Παλαιολόγου, Α. Μ.** (2001). Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- 72) Παπαδάκη Ε.** , Το άγχος και η διαχείριση του, 2013, www.blog.vrisko.gr. (<https://blog.vrisko.gr/blog/2013/martios/agxos-diaxeirisi>).
- 73) Παπαδάκη, Α.Α.** (1992). Το Χειρουργείο στην Βασική Νοσηλευτική Εκπαίδευση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- 74) Ποταμιάνος, Γ.Α.** (1995). Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας. Επιστημονική Επιμέλεια Ποταμιάνος Γ. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- 75) Τούντα, Κ.Ι.** (1975). Επίτομος Χειρουργική. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός. Τεύχος 1.