



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

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

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ

Χαϊνά Δέσποινα (607)

Χασούρα Μαρίνα (611)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Μαίρη Γκούβα

Καθηγήτρια Ψυχολογίας

Ιωάννινα, 2022

Ευχαριστίες...

Ολοκληρώνοντας τις σπουδές μας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κα Μαίρη Γκούβα για την πολύτιμη βοήθεια της αλλά και ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μας για την όλη υποστήριξη που μας έδειξαν αυτά τα χρόνια.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|---------------|
| Ευχαριστίες..... | σελ 2 |
| Περίληψη..... | σελ 6 |
| Summary..... | σελ 7 |
| Εισαγωγή..... | σελ 8 |
| Μέρος 1^ο..... | σελ 10 |
| 1.1 Άγχος..... | σελ 11 |
| 1.2 Προεγχειρητικό άγχος..... | σελ 13 |
| 1.3 Ακύρωση χειρουργικής επέμβασης..... | σελ 17 |
| 1.4 Μετεγχειρητικό άγχος..... | σελ 17 |
| 1.5 Άγχος συγγενών..... | σελ 21 |
| 1.6 Κλίμακες μέτρησης άγχους..... | σελ 21 |
| Μέρος 2^ο..... | σελ 23 |
| 2.1 Προεγχειρητική φάση..... | σελ 24 |
| 2.2 Διεγχειρητική φάση..... | σελ 28 |
| 2.3 Μετεγχειρητική φάση..... | σελ 29 |
| 2.4 Μετεγχειρητικές επιπλοκές..... | σελ 30 |

| | |
|--|----|
| Μέρος 3 ^οσελ | 33 |
| 3.1 Νοσηλευτικές διεργασίες.....σελ | 34 |
| 3.2 Σχέση νοσηλευτή-ασθενή.....σελ | 36 |
| 3.3 Χαρακτηριστικά νοσηλευτή.....σελ | 37 |
| 3.4 Επικοινωνία νοσηλευτή-ασθενή.....σελ | 40 |
| 3.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την διαχείριση του άγχους.....σελ | 41 |
| 3.6 Ασκήσεις αναπνοής.....σελ | 44 |
| 3.7 Μουσική παρέμβαση.....σελ | 44 |
| 3.8 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις προεγχειρητικά.....σελ | 45 |
| 3.9 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις διεγχειρητικά.....σελ | 46 |
| 3.10 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις μετεγχειρητικά.....σελ | 46 |
| 3.11 Έξοδος από το νοσοκομείο.....σελ | 48 |
| Συμπεράσματα.....σελ | 49 |
| Μέρος 4 ^οσελ | 51 |
| 4. Μελέτη περίπτωσης.....σελ | 52 |
| 4.1 Ποιοτική έρευνα.....σελ | 52 |
| 4.2 Παρουσίαση ασθενή.....σελ | 52 |

| |
|--|
| 4.3 Νόσος του Crohn.....σελ 53 |
| 4.4 Κολεκτομή-Κολοστομία.....σελ 54 |
| 4.5 Συμπεράσματα.....σελ 55 |
| Βιβλιογραφία.....σελ 56 |

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το άγχος είναι μια κατάσταση που αναμφίβολα υπάρχει στη ζωή όλων των ανθρώπων σε καθημερινή βάση. Μερικοί καταφέρνουν να το διαχειριστούν και να το κάνουν ακόμα και λειτουργικό άλλοι όμως δυσκολεύονται, πόσο μάλλον όταν έρχονται αντιμέτωποι με μία κατάσταση υγείας που απαιτεί χειρουργική επέμβαση. Το άγχος κατά την περιεγχειρητική περίοδο αποτελεί ένα από τα κυριότερα ζητήματα στον χώρο του νοσοκομείου καθώς οι συνέπειες του μπορεί να καταστούν επώδυνες, από αυξημένες μέρες νοσηλείας, επανεισαγωγή στο νοσοκομείο έως και κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας. Γι' αυτό το λόγο η διαχείρισή του αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους νοσηλευτές και τους επαγγελματίες υγείας γενικότερα. **Σκοπός:** Η παρούσα εργασία σκοπεύει να αναλύσει το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς, σε όλα τα στάδια της περιεγχειρητικής περιόδου και τον ρόλο του νοσηλευτή, τόσο στην διαχείριση του άγχους και της ψυχολογίας του όσο και στην συνολική φροντίδα και αποκατάσταση των χειρουργημένων ασθενών. **Υλικό και μέθοδος:** Η ανασκόπηση έγινε κατά βάση στις ηλεκτρονικές μηχανές αναζήτησης Google Scholar και PubMed. Η συλλογή υλικού έγινε μετά από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, από άρθρα και έρευνες, στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα χωρίς κάποιο περιορισμό όσον αφορά στην ημερομηνία των άρθρων. **Αποτελέσματα:** Το άγχος μπορεί να έχει σοβαρότατες συνέπειες στην υγεία του ασθενούς, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο και βέβαια ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο κομμάτι αυτό. Με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και άλλες εξειδικευμένες τεχνικές διαχείρισης άγχους είναι εφικτό να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα. **Συμπεράσματα:** Τα έντονα συναισθήματα και το άγχος, ειδικά όταν πρόκειται για μια χειρουργική επέμβαση είναι αναπόφευκτα, αλλά με τη σωστή ενημέρωση και την καλή επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους ιατρούς μπορεί να μετριαστεί ή ακόμα και να εξαλειφθεί. **Λέξεις ευρητηρίου:** «άγχος», «προεγχειρητικό άγχος», «μετεγχειρητικό άγχος», «ψυχολογία ασθενή», «νοσηλευτικές παρεμβάσεις», «προεγχειρητική φροντίδα», «μετεγχειρητική φροντίδα», «μετεγχειρητικές επιπλοκές».

SUMMARY

Anxiety is a condition that exists in everyone's life on a daily basis. Some people are able to control it and even make it functional others, however, have a hard time managing it, especially when it comes to a health condition that requires surgery. Anxiety during the perioperative period is one of the main issues in the hospital as its consequences can become painful, including extra days of hospitalization, re-admission to the hospital and high risk of morbidity and mortality. That's exactly the reason why anxiety management is a great challenge for nurses and health professionals in general. **Purpose:** The present thesis aims to analyze the anxiety that patients experience in every stage of the perioperative period and the role that nurses have in both the management of anxiety and overall mental health but also in care and rehabilitation of operated patients. **Material and method:** the review was mainly done via Google Scholar and PubMed. The material was collected after studying the relevant bibliography, articles and researches in both English and Greek, without any chronological restrictions. **Results:** Anxiety's consequences can be very serious on patient's health with physically and also mentally symptoms. Nurses, of course have an important role in that case. The appropriate nursing interventions in conjunction with other specialized stress management techniques can contribute to positive results. **Conclusions:** Strong emotions and anxiety, especially when it comes to a surgical operation, are inevitable, but it can be mitigated or even eliminated with the proper information and good communication between the patient and the nurses and also the doctors. **Keywords:** "anxiety", "preoperative anxiety", "postoperative anxiety", "patient psychology", "nursing interventions", "preoperative care", "postoperative care", "postoperative complications"

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Χειρουργική επέμβαση είναι η άμεση επέμβαση πάνω στο ανθρώπινο σώμα που στοχεύει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας ενός οργάνου, την αφαίρεση κάποιου οργάνου που πάσχει, την μεταμόσχευση κάποιου οργάνου και άλλα. Τις περισσότερες φορές οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι προγραμματισμένες, ορισμένες φορές όμως είναι ανάγκη να γίνουν επείγοντως. Οι χειρουργικές επεμβάσεις διακρίνονται σε 3 κατηγορίες:

- Υπερεπείγουσες. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ζωή του ασθενή βρίσκεται σε κίνδυνο και πρέπει να χειρουργηθεί άμεσα.
- Επείγουσες. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής πρέπει να χειρουργηθεί εντός 2 ημερών.
- Και Προγραμματισμένες. Το περιθώριο εδώ μεγαλώνει καθώς υπάρχει χρόνος και μπορεί να χειρουργηθεί ακόμα και μήνες μετά την διάγνωση (Angehelescu et al., 2011).

Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή, πιθανολογείται πως οι χειρουργικές επεμβάσεις άρχισαν να εμφανίζονται μαζί με τους πρωτόγονους. Οι πιο κοινοί λόγοι μιας επέμβασης ήταν οι τραυματισμοί είτε λόγω ατυχήματος, είτε από συγκρούσεις μεταξύ τους ή τραυματισμούς που προκαλούνταν από άγρια ζώα και επίσης σε περιπτώσεις εγκυμοσύνης. Παραδείγματος χάρη θα μπορούσε να ήταν απομάκρυνση βελών, καισαρικές τομές και λέγεται πως ο καυτηριασμός γινόταν με καυτές πέτρες (Κωστάκης, 2005).

Δεν μπορεί κανείς να διαφωνήσει πως μια χειρουργική επέμβαση είναι από τις πιο στρεσογόνες εμπειρίες που μπορεί να ζήσει κανείς και έχει ως απόρροια συναισθηματικές, γνωστικές και φυσιολογικές αντιδράσεις. Παράγοντες που πυροδοτούν αυτό το άγχος είναι η αβεβαιότητα για το αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης, ανασφάλεια, φόβο για τον μετεγχειρητικό πόνο και για τις πιθανές επιπλοκές κατά την διεγχειρητική περίοδο ή την μετεγχειρητική, ανησυχία που θα αποχωριστούν τα κοντινά τους άτομα, φόβο για την αναισθησία και για την απώλεια ελέγχου (Κουργιαντάκη και συν, 2017).

Το επίπεδο του άγχους των ασθενών εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, σημαντικό ρόλο έχουν οι εμπειρίες του κάθε ασθενή, η ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει, το είδος και η έκταση της χειρουργικής επέμβασης που πρόκειται να υποβληθεί, οι παρελθοντικές χειρουργικές εμπειρίες, εάν έχει, η προσωπικότητα του καθενός, καθώς και η αντίδραση του κάθε ασθενή σε αγχωτικές καταστάσεις (Jawaid et al., 2007).

Το άγχος αρχίζει να λαμβάνει χώρα από τη στιγμή που προγραμματίζεται το χειρουργείο αλλά τα επίπεδά του αυξάνονται κατά πολύ με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Μερικοί ασθενείς θεωρούν πως η ημέρα της χειρουργικής επέμβασης είναι από τις πιο απειλητικές της ζωής τους (Jawaid et al., 2007).

Είναι αποδεδειγμένο πως η πιο ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος για να αντιμετωπιστεί το άγχος των ασθενών είναι η προεγχειρητική εκπαίδευση και ενημέρωση. Όταν ένας ασθενής είναι επαρκώς ενημερωμένος και εκπαιδευμένος είναι πολύ πιθανό τα επίπεδα της ανησυχίας και του άγχους να μειώνονται, τόσο στην προεγχειρητική φάση όσο και μετά το πέρας του χειρουργείου. Ως εκ τούτου, η νοσηλευτική φροντίδα πορεύεται με γνώμονα την ψυχολογική υποστήριξη, την εκπαίδευση και την ενημέρωση των ασθενών που αποτελούν τα σημαντικότερα κομμάτια της νοσηλευτικής περίθαλψης σε περιπτώσεις χειρουργείου (Sadati et al., 2013).

Ο ασθενής καθ'όλη την διάρκεια αυτή, από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση έως την έξοδο του από το νοσοκομείο, είναι υπό την φροντίδα των νοσηλευτών. Όπως έχουν εξελιχθεί οι χειρουργικές επεμβάσεις, με νέες τεχνολογίες, έτσι έχει επηρεαστεί και περιεγχειρητική φροντίδα. Όλοι οι νοσηλευτές είναι άτομα ενημερωμένα και εκπαιδευμένα σε νέες τεχνικές και διαδραματίζουν μεγάλο ρόλο στην περιεγχειρητική περίοδο καθώς λειτουργούν ως αρωγοί υγείας, δρουν θεραπευτικά, παρέχουν συμβουλές και οδηγίες και προλαμβάνουν τυχόν επιπλοκές (Sunitha, 2015).

Σκοπός είναι να αναλυθούν εκτενώς όλα τα παραπάνω στο επόμενο στάδιο της εργασίας, το άγχος τόσο γενικά όσο και κατά την διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου, η προεγχειρητική φάση, η διεγχειρητική και η μετεγχειρητική φάση καθώς και ο ρόλος των νοσηλευτών καθόλη την διάρκεια των περιόδων αυτών.

ΜΕΡΟΣ 1^ο

1. ΑΓΧΟΣ

1.1 Άγχος γενικά

Το άγχος είναι ένας γενικός όρος, μια φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση που επηρεάζει τα όσα ένα άτομο αισθάνεται και τον τρόπο που συμπεριφέρεται, ενώ την ίδια στιγμή μπορούν να εκδηλωθούν και συμπτώματα εξαιτίας αυτού, όπως νευρικότητα, φόβος, αισθήματα ανησυχίας, και αβεβαιότητας. Το ήπιο άγχος είναι ασαφές και ανησυχητικό, ενώ το σοβαρό άγχος μπορεί να είναι εξαιρετικά εξουθενωτικό, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή. Ως συναίσθημα και βίωση είναι διαφορετικό από το φόβο, καθώς αισθανόμαστε φόβο μόνο όταν υπάρχει το ερέθισμα και εξασθενεί με την αποφυγή αυτού. Από την άλλη πλευρά, το άγχος είναι το αποτέλεσμα του πώς οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται απειλές, οι οποίες φαίνεται να είναι ανεξέλεγκτες και αναπόφευκτες. Στην πραγματικότητα, το άγχος μπορεί να μην είναι πάντα κακό, καθώς βοηθά ένα άτομο να παραμείνει σε εγρήγορση και εστίαση. Ωθεί στη δράση και παρακινεί την επίλυση προβλημάτων (Shin & Liberzon, 2010).

Το άγχος αποτελεί ένα από τα μείζονα προβλήματα της καθημερινότητας μας. Για την ιατρική είναι ένα διεπιστημονικό πρόβλημα. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που το προκαλούν, εσωτερικοί όπως το ίδιο το πρόβλημα υγείας ή εξωτερικοί παράγοντες όπως ο επαγγελματικός χώρος, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση. Το άγχος όμως έχει και επιπτώσεις, δημιουργεί φόβο για το άγνωστο, ανησυχίες για την μετέπειτα πορεία και του ίδιου του αρρώστου αλλά και της οικογένειας του (Burns & Grove, 2010).

Καθετί το οποίο αλλάζει και πρέπει το άτομο να προσαρμοστεί σε αυτό, είτε σωματικά, είτε ψυχικά, είτε συναισθηματικά, μπορεί να προκαλέσει άγχος (Cornel, Elsevier & Putter, 2010).

Το άγχος μπορεί να επηρεάσει τις λειτουργίες του οργανισμού σε τέτοιο βαθμό που να παρουσιαστούν συμπτώματα, μερικά εκ των οποίων είναι: ο τρόμος, η ταχυκαρδία, ο πονοκέφαλος, η ζάλη, ο πόνος στο στήθος, η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η δυσχέρεια στην αναπνοή, αίσθημα πνιγμονής, οι διαταραχές κενώσεων, η ναυτία, η αϋπνία, λιποθυμική τάση, παράλυση και πόνοι (Osborn et al., 2014).

Επιπλέον, το άγχος από τη μία πλευρά μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα συναίσθημα που μπορεί να φανεί βοηθητικό σε ορισμένες απαιτητικές καταστάσεις της ζωής διότι μπορεί να είναι και παραγωγικό. Από την άλλη πλευρά όμως, όταν ξεπερνά τα όρια, παύει να είναι λειτουργικό και αποτελεί εμπόδιο όχι μόνο στη ψυχολογία του ατόμου αλλά και στη καθημερινότητά του (Χρηστίδης, 2001).

Το άγχος μπορεί να μπει σε κατηγορίες ανάλογα με το πόσο μπορεί να επηρεάσει τον εκάστοτε άνθρωπο και τον οργανισμό του, σε εξαντλητικό, αποδοτικό και ουδέτερο, σε χρόνιο και οξύ ως προς την ένταση και τον χρόνο που διαρκεί, ακόμα σε σωματικό, περιβαλλοντικό και ψυχολογικό ως προς το από που προέρχεται (Colligan & Higgins, 2006).

Ακόμα το άγχος περιγράφεται σαν μια ευρέως γνωστή κατάσταση η οποία είναι σαν “συναγερμός” που ενεργοποιείται σε περίπτωση που το άτομο έρθει αντιμέτωπο με μια κατάσταση που αισθανθεί αβεβαιότητα. Σε μερικές περιπτώσεις όμως, ο μηχανισμός αυτός δεν λειτουργεί, παραδείγματος χάρη όταν το άγχος είναι πάρα πολύ μεγάλο, όταν διαρκεί ακόμα και μετά την έκθεση με τον στρεσογόνο παράγοντα, όταν εμφανίζεται σε στιγμές που δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος (Μητρούση και συν., 2013).

Το άγχος, μπορεί να έχει μεγάλο αντίκτυπο στο ίδιο το άτομο. Αν δεν υπάρχει υπερβολή μπορεί να οδηγήσει το άτομο στο να έχει μια πιο συγκροτημένη προσωπικότητα και τον οδηγεί σε μια κατάλληλη μορφή κοινωνικής προσαρμογής. Όταν μιλάμε για κάτι τέτοιο, πρόκειται για το παραγωγικό άγχος το οποίο διαδραματίζει θετικό ρόλο στην ζωή του ατόμου κάνοντας το να λειτουργεί παραγωγικά στην καθημερινότητά του (Αλεβίζος, 2008).

Από την άλλη πλευρά, όταν το άγχος αυξάνεται τόσο σε ένταση όσο και σε διάρκεια, τότε πρόκειται για μια παθολογική κατάσταση που μπορεί να είναι εξαντλητική για την ψυχολογία του ατόμου καθώς έχει ως αποτέλεσμα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα (Polikandrioti & Koutsopoulou, 2014).

Τα πιο συνήθη σωματικά συμπτώματα του άγχους είναι τα εξής: η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού, ο πόνος στο στήθος, το αίσθημα παλμών, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, η σωματική κόπωση, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συχνουρία και η κεφαλαλγία, ενώ τα κυριότερα ψυχικά συμπτώματα είναι η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα φόβου, η νευρικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία συγκέντρωσης, το αίσθημα μειωμένης

αντιληπτικής ικανότητας, οι αρνητικές αντιδράσεις, η προσμονή αόριστης απειλής, η αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές δραστηριότητες, η συμπεριφορά αποφυγής και ο αυξημένος τόνος του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Όλα τα παραπάνω συμπτώματα φαίνονται απειλητικά για την υγεία του ατόμου με αποτέλεσμα να εντείνεται το άγχος του ακόμα περισσότερο ή ακόμα και να εμφανίζει περισσότερα συμπτώματα από αυτά που ήδη είχε (Αλεβίζος, 2008).

1.2 Προεγχειρητικό άγχος

Μία χειρουργική επέμβαση αποτελεί αναμφισβήτητα μια δύσκολη εμπειρία για τους περισσότερους. Είναι μια διαδικασία που προκαλεί άγχος σε συνδυασμό με συναισθήματα ανησυχίας και αβεβαιότητας. Τα συναισθήματα αυτά πηγάζουν από τον αποχωρισμό τους από τα κοντινά τους άτομα, την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και την παραμονή τους σε ένα ξένο περιβάλλον με άγνωστα άτομα. Επιπρόσθετα, ο φόβος για την εγχείρηση και την αναισθησία είναι μεγάλος με αποτέλεσμα να συσσωρεύεται το άγχος (Moerman, 1996).

Το άγχος κάνει την εμφάνισή του, ίσως και μέρες πριν το προγραμματισμένο χειρουργείο και αυτό οφείλεται στην φοβία τους για τον πόνο, στην ιδέα πως δεν θα είναι ανεξάρτητοι και μπορεί να γίνει εντονότερο ανάλογα με το πόσο σοβαρή είναι η νόσος. Μία από τις μεγαλύτερες ανησυχίες βέβαια είναι η αίσθηση ότι απειλείται η ίδια τους η ζωή (Tung et al., 2008).

Σημαντικό ρόλο για την εξέλιξη και την επιτυχία την χειρουργικής επέμβασης έχει ο βαθμός άγχους του κάθε ασθενή. Αν για παράδειγμα ένας ασθενής έχει υψηλής έντασης άγχος τότε είναι πιθανό να υπάρξουν επιπτώσεις και να επηρεαστεί αρνητικά ολόκληρη η διαδικασία του χειρουργείου (Λυκούρας, και συν, 2009).

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία άγχους μπορεί να είναι και προδιαθεσικοί (Golba, 2015). Για παράδειγμα,

- Το φύλο, συγκεκριμένα οι γυναίκες τείνουν να αγχώνονται περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες.
- Η ηλικία, τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν λιγότερο άγχος.

- Η προσωπικότητα, άτομα δηλαδή που από τη φύση τους είναι αγχώδεις είναι επόμενο να παρουσιάσουν πιο έντονο άγχος.
- Η εμπειρία, παίζει και αυτή ρόλο καθώς ένα άτομο που έχει υποβληθεί στο παρελθόν και σε άλλη χειρουργική επέμβαση, από τη μία θα μπορούσε να παρουσιάσει μειωμένα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους, από την άλλη όμως θα μπορούσε να επιφέρει και αντίθετα αποτελέσματα.

Άλλος ένας στρεσογόνος παράγοντας που θα μπορούσε να ανεβάσει τα επίπεδα άγχους είναι η οικονομική κατάσταση του ασθενή, ιδίως όταν δεν υπάρχει κάλυψη των χειρουργικών εξόδων και όταν τα μετεγχειρητικά έξοδα είναι απαιτητικά (Golba, 2015).

Το άγχος αυξάνει την αδρεναλίνη στο αίμα, πράγμα το οποίο μπορεί να επιφέρει επιπτώσεις όπως αλληλεπιδράσεις με τα αναισθητικά φάρμακα. Ως αποτέλεσμα μπορεί να υπάρξουν αύξηση του σακχάρου στο αίμα, αγγειοσύσπαση του δέρματος, ταχυκαρδία καθώς και αύξηση της αρτηριακής πίεσης (Bentwich et.al. 2018).

Όπως αναφέρθηκε και πρωτύτερα, το υψηλής έντασης άγχος μπορεί να προκαλέσει επιπτώσεις στην πορεία του χειρουργείου, μια από αυτές είναι η ανταπόκριση του ασθενή στην αναισθησία. Σε ασθενείς με άγχος πριν το χειρουργείο χρειάστηκε να χορηγηθεί μεγαλύτερη δόση φαρμάκων, αναισθητικών, κατασταλτικών, αναλγητικών και αγχολυτικών ακόμα και στη μετεγχειρητική φάση (Bentwich et.al. 2018).

Ως αποτέλεσμα των αυξημένων αυτών χορηγούμενων δόσεων φαρμάκων είναι η επιβράδυνση της αναπνοής, η μείωση της δραστηριότητας που σχετίζεται με πιθανή εμφάνιση θρόμβωσης και η διαταραχή του εντέρου. Επιπλέον, το άγχος είναι υπεύθυνο για τον πόνο μετά το χειρουργείο το οποίο μπορεί να επιμένει ακόμη και μετά από την επιστροφή του χειρουργικού ασθενή στο σπίτι, μιλώντας έτσι για χρόνιο μετεγχειρητικό άλγος (Golba, 2015).

Μια επερχόμενη χειρουργική επέμβαση είναι πολύ πιθανό να εντείνει το άγχος του ασθενή, ο οποίος ανησυχεί για την μετεγχειρητική του πορεία και για τυχόν επιπλοκές μετά το χειρουργείο. Αυτό έχει ως απόρροια την πιθανή εμφάνιση ανεπιθύμητων φυσιολογικών αποκρίσεων όπως είναι η ταχυκαρδία, η υπέρταση, η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, η εφίδρωση και η ναυτία. Ακόμα, το άγχος μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα κορτιζόλης που εξαιτίας αυτού μπορεί να

επηρεαστεί η επούλωση του χειρουργικού τραύματος και ενδεχομένως να υπάρχουν και μεγαλύτερα ποσοστά μόλυνσης. Επιπλέον, μπορεί να υπάρξει διαταραχή υγρών και ηλεκτρολυτών, εντονότερος πόνος μετά την χειρουργική επέμβαση άρα και μεγαλύτερη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, αυξημένη παραμονή στο νοσοκομείο και γενικά λόγω του άγχους είναι δυνατόν να μειωθούν τα ποσοστά επιτυχίας μιας χειρουργικής επέμβασης (Wilson et al., 2016).

Σε μια έρευνα που έγινε για το προεγχειρητικό άγχος, το 27.8% ανέφερε πως το άγχος τους πριν από την χειρουργική επέμβαση ήταν σε χαμηλά επίπεδα, το 50% πως κυμαινόταν σε μέτρια επίπεδα και σε υψηλά ένα ποσοστό 22.2%. Στην συγκεκριμένη μελέτη τα άτομα με υψηλότερα ποσοστά άγχους ήταν ως επί το πλείστον γυναίκες και άτομα που ανήκαν σε μικρότερες ηλικιακά ομάδες. Τα άτομα που βίωσαν εντονότερο άγχος είχαν μια πιο δυσάρεστη εμπειρία ωστόσο στην συγκεκριμένη έρευνα δεν υπήρξε κάποια μετεγχειρητική επιπλοκή (Shinall, et al., 2020).

Σε μία έρευνα οι Muglali και Komerik μελέτησαν το άγχος που είχαν οι ασθενείς πριν την χειρουργική επέμβαση, αλλά και μετά από αυτήν. Το προεγχειρητικό άγχος ήταν αισθητά εντονότερο σε σχέση με το μετεγχειρητικό άγχος. Ο μετεγχειρητικός πόνος ήταν από τις βασικές ανησυχίες των ασθενών που πυροδοτούσε το άγχος τους, ο οποίος ήταν πιο ήπιος από ότι πίστευαν στο προεγχειρητικό στάδιο (Shinall, et al, 2020).

Ένας σημαντικός παράγοντας που εντείνει το άγχος των ασθενών είναι η μεγάλη προεγχειρητική αναμονή . Αυτό συνδυαστικά με την ελλιπή ενημέρωσή τους, πυροδοτεί το άγχος τους. Μία μελέτη αναφέρει πως σημαντικό ποσοστό ασθενών ένιωθαν εγκαταλελειμμένοι, πως υπήρχε έλλειψη κατανόησης και πολλές φορές έλλειψη σεβασμού. Αυτά είχαν ως αποτέλεσμα να αυξήσουν το άγχος όχι μόνο των ασθενών αλλά και του κοντινού τους περιβάλλοντος, και κλόνισαν την εμπιστοσύνη τους προς το σύστημα της υγειονομικής φροντίδας (Bailey, 2010).

Ένας χειρουργικός ασθενής, έρχεται αντιμέτωπος με αλλαγές της καθημερινότητάς του, υπάρχουν παροχετεύσεις, αλλάζει η διατροφή του, ακόμα και η ενδυμασία του και αυτά του προξενούν άγχος (Malek et al, 2004).

Είναι αξιοσημείωτο πως οι αλλαγές αυτές που βιώνει ο ασθενής, η ανησυχία για την μετεγχειρητική του πορεία, ο χρόνος παραμονής του στο νοσοκομείο, έχουν ως επακόλουθο το άγχος. Αυτή η κατάσταση μπορεί εύκολα να διαταράξει την ψυχική του υγεία και να έχει αντίκτυπο στην πρόγνωση του (Yilmaz et al., 2012).

Κάτι ακόμα που εντείνει κατά πολύ το προεγχειρητικό άγχος είναι η μεταφορά του ασθενή στην χειρουργική αίθουσα, ο έλεγχος των ζωτικών του λειτουργιών και γενικά όλος ο χρόνος κατά την προεγχειρητική προετοιμασία του, μέχρι την αναισθησία του (Demirtals et al., 2005).

Ένας ακόμη λόγος που τα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους αυξάνονται, είναι ο φόβος για την γενική αναισθησία. Σύμφωνα με μια έρευνα που συμμετείχαν 345 ασθενείς, το 80% παρουσίασε έντονο άγχος και κύρια αιτία ήταν η γενική αναισθησία. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ασθενείς συνδέουν την αναισθησία με απώλεια ελέγχου και συνείδησης έχοντας έτσι μεγαλύτερη ανησυχία για την αναισθησία παρά για την διεξαγωγή της ίδιας της χειρουργικής επέμβασης (Perks et al., 2009).

Ακόμα το άγχος μπορεί να πυροδοτηθεί κατά την προεγχειρητική φάση γιατί οι ασθενείς πρόκειται να έρθουν αντιμέτωποι με μία κατάσταση άγνωστη για αυτούς, ακόμα και να έχουν υποβληθεί σε άλλες χειρουργικές επεμβάσεις στο παρελθόν, κάθε επέμβαση έχει ιδιαιτερότητες, με αποτέλεσμα να μην ξέρουν τι να περιμένουν. Ακόμα, η εισαγωγή στο νοσοκομείο για πολλούς ασθενείς μοιάζει απειλητική, η αλλαγή που πρόκειται να ακολουθήσει όχι μόνο στο σώμα τους αλλά και στην καθημερινότητά τους φαίνεται εξίσου απειλητική και ένας ακόμα πολύ σημαντικός παράγοντας προεγχειρητικού άγχους είναι το αίσθημα εξάρτησης από άλλους που πρόκειται να νιώσουν, έως την ανάρρωσή τους (Pinar et al., 2011).

Πολλοί παράγοντες σχετίζονται με την ανάπτυξη του προεγχειρητικού άγχους. Μελέτη έχει δείξει πως πολλές φορές οι ασθενείς επηρεάζονται αρνητικά από ιατρικές πληροφορίες τις οποίες βρίσκουν στο διαδίκτυο ή σε άλλα μέσα ενημέρωσης αλλά ακόμα και από απόψεις συγγενών και φίλων. Όταν λοιπόν, η ενημέρωσή τους προέρχεται από αυτά τα μέσα είναι πολύ εύκολο να παρερμηνεύσουν τις πληροφορίες και να οδηγηθούν σε λάθος συμπεράσματα, εντείνοντας έτσι το άγχος τους (Erkilic et al., 2017).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία τα υψηλά επίπεδα άγχους θα μπορούσαν να ρίξουν τα ποσοστά επιτυχίας μιας επέμβασης. Για παράδειγμα, πολλές φορές τα άτομα ενώ γνωρίζουν πως χρήζουν

ιατρικής βοήθειας καθυστερούν να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό εξαιτίας του άγχους που τους καταβάλλει, κατά αυτόν τον τρόπο η χειρουργική επέμβαση γίνεται σε μεταγενέστερο στάδιο της ασθένειας, αφού έχει επιδεινωθεί η κατάσταση τους (Evans et al., 2014).

1.3 Ακύρωση χειρουργικής επέμβασης

Ασθενείς στους οποίους ακυρώθηκε η προγραμματισμένη τους χειρουργική επέμβαση παρουσίασαν αρνητικά συναισθήματα καθώς είχαν ήδη καταβάλει προσπάθεια να προετοιμαστούν ψυχολογικά. Αισθάνθηκαν απογοήτευση, αβεβαιότητα, θυμό, σύγχυση και έντονο άγχος καθώς δεν μπορούσαν να κάνουν τίποτα για αυτό. Αυτή η κατάσταση είχε ως αποτέλεσμα να χάσουν την εμπιστοσύνη τους προς το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και να κατηγορήσουν τους υπεύθυνους τόσο για τον χρόνο όσο και τα χρήματα που χάθηκαν εξαιτίας της ακύρωσης. Το νέο διάστημα αναμονής περιγράφηκε ως βαρύ, δύσκολο, τους φάνηκε μεγαλύτερο από ότι πραγματικά ήταν και τους προκάλεσε απογοήτευση και όσο πιο κοντά στο χειρουργείο γινόταν η ακύρωση τόσο πιο αρνητικά συναισθήματα είχαν. Πολλοί επίσης, έφτασαν σε σημείο να φοβούνται για την ζωή τους καθώς ανησυχούσαν πως η κατάστασή τους, κατά την διάρκεια της νέας αναμονής, θα χειροτέρευε. Ακόμα, μελέτη έδειξε πως το 50% των ασθενών παρουσίασε μεγαλύτερα επίπεδα άγχους σε σχέση με το διάστημα πριν ακυρωθεί το χειρουργείο. Ένας μόνο μικρός αριθμός ασθενών είδε με αισιοδοξία την ακύρωση της χειρουργικής τους επέμβασης, καθώς είδαν το διάστημα της καινούργιας αναμονής ως μια ευκαιρία να προετοιμαστούν καλύτερα (Viftrup et al., 2020).

1.4 Μετεγχειρητικό άγχος

Μετά από μία χειρουργική επέμβαση πολλοί παράγοντες μπορεί να πυροδοτήσουν το άγχος του ασθενή. Παραδείγματος χάρη, πόνος και ενόχληση, αντιδράσεις στην αναισθησία, αντιδράσεις σε αντιβιοτικά ή αναλγητικά φάρμακα, σωματικό, ψυχικό και συναισθηματικό στρες λόγω της ασθένειας ή και της ίδιας της χειρουργικής επέμβασης και ανησυχία για την μετέπειτα πορεία του (Silen et al., 2019).

Το μετεγχειρητικό άγχος μπορεί να οφείλεται σε διάφορες παραμέτρους, καταρχάς στο άγχος που βίωσε ο ασθενής ήδη πριν το χειρουργείο, στην ίδια τη διαδικασία του χειρουργείου που είναι στρεσογόνα, και στο μετεγχειρητικό άλγος. Οι συνέπειες του μπορεί να καταστούν επώδυνες, από αυξημένες μέρες νοσηλείας, επανεισαγωγή στο νοσοκομείο έως και κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας (Osborn et al., 2014).

Το άγχος αυτό κάνει την εμφάνισή του ήδη από την αίθουσα ανάνηψης, και επιβάλλεται να αντιμετωπιστεί άμεσα για την ισορροπημένη πορεία του ασθενή. Η ανησυχία αυτή πολλές φορές χρήζει ηρεμιστικών ή αναλγητικών φαρμάκων, ιδίως όταν είναι έντονη. Παράγοντες που επιδεινώνουν την κατάσταση είναι οι εξής: συστηματικές διαταραχές, παραδείγματος χάρη αιμορραγία και υποοξυγοναιμία, ο μετεγχειρητικός πόνος, ο προεγχειρητικός φόβος, ο καθετηριασμός ουροδόχου κύστης, φάρμακα όπως τα αντιισταμινικά και αντιψυχωσικά, διάταση του στομάχου και πνευμοθώρακα (KDIGO 2012).

Λόγω του έντονου μετεγχειρητικού άγχους ένα ποσοστό των ασθενών, μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας συνήθως, μπορεί να παρουσιάσει μετεγχειρητικό παραλήρημα, πρόκειται για ένα κλινικό σύνδρομο με κύρια συμπτωματολογία την διαταραχή συνείδησης και έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών. Συνήθως, εμφανίζεται ξαφνικά και η πορεία του είναι μικρής διάρκειας και με διακυμάνσεις. Υπάρχει άμεση βελτίωση τη στιγμή που θα εξουδετερωθεί ο παράγοντας που ευθύνεται για το παραλήρημα. Στα αίτια συγκαταλέγονται το stress της εγχείρησης, το μετεγχειρητικό άλγος, τα αναλγητικά φάρμακα, η αυπνία, τυχόν λοίμωξη και η αιμορραγία (Olin, 2005).

Μετά από τα έντονα συναισθήματα που προκαλεί μια χειρουργική επέμβαση, είναι φυσιολογικό να προκύψουν διάφορες συναισθηματικές διαταραχές, συνήθως πρόκειται για ήπιες μορφές κατάθλιψης. Αιτίες είναι οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και ο πόνος (Eisenberg et.al 2007).

Το έντονο άγχος είναι ικανό να επιβραδύνει την αναρρωτική κατάσταση καθώς ο ασθενής δεν είναι πρόθυμος να συνεργαστεί με το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό, και δεν συμμορφώνεται στους κανόνες με αποτέλεσμα να είναι εκτεθειμένος σε κινδύνους (Ghoneim et.al 2016).

Το άγχος του χειρουργείου, σε συνδυασμό με τον φόβο για το άγνωστο και τον φόβο ότι απειλείται η ζωή του ασθενούς εντείνουν τις ανησυχίες του και είναι ικανά να προκαλέσουν μία κρίση πανικού. Ειδικότερα, μία κρίση μπορεί να προκληθεί για παράδειγμα μετά από ένα ξαφνικό, απειλητικό συμβάν όπως μία μετεγχειρητική επιπλοκή ή ακόμα και μετά από μεγάλη παραμονή εντός νοσοκομείου. Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια μιας κρίσης είναι το αίσθημα των παλμών, ταχυκαρδία, δύσπνοια, φόβος πως δεν έχει τον έλεγχο και νομίζει πως θα πεθάνει. Εάν αυτό γίνεται απρόβλεπτα και επανειλημμένα και υπάρχει συνεχής φόβος πως θα το ξανά πάθει τότε μιλάμε για διαταραχή πανικού (Κουκιά, 2014).

Άτομα που έχουν υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση είναι σύνηθες να βιώνουν άγχος. Το άγχος αυτό προκαλείται από διάφορους παράγοντες όπως είναι η ανησυχία του ασθενή για την γενική του υγεία, αμφιβολία για το μέλλον, φόβο για την αναισθησία και τον μετεγχειρητικό πόνο, απώλεια ανεξαρτησίας ακόμα και φόβο για θάνατο (Caumo et al., 2001).

Το προεγχειρητικό άγχος έχει συνδεθεί άμεσα με την εμφάνιση μετεγχειρητικού άγχους, μεγαλύτερου πόνου μετεγχειρητικά άρα μεγαλύτερη ανάγκη σε αναλγητικά ακόμα και παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας του στο νοσοκομείο. Όταν λοιπόν το άγχος φτάνει σε μεγάλα επίπεδα είναι πιθανό να έχει επιπτώσεις στην πορεία ανάρρωσης του ασθενή και να κάνουν την εμπειρία αυτή περισσότερο επώδυνη (Caumo et al., 2001).

Για το άγχος που έχουν οι ασθενείς στο μετεγχειρητικό στάδιο μπορεί να οφείλονται περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η χαμηλή θερμοκρασία, η φασαρία και τα έντονα φώτα. Επιπλέον, η παραμονή στο νοσοκομείο, η χειρουργική τομή, η πιθανή εμφάνιση επιπλοκών, ο μετεγχειρητικός πόνος, μπορούν να αυξήσουν το μετεγχειρητικό άγχος (Twiss et al., 2006).

Μελέτη που διερεύνησε το μετεγχειρητικό άγχος έδειξε πως τις περισσότερες φορές ήταν συνδεδεμένο με έντονη ανησυχία και φόβο πριν από την εγχείρηση, με τον μετεγχειρητικό πόνο, μικρές ψυχικές διαταραχές που είχαν οι ασθενείς και η αρνητική εντύπωση που ήδη είχαν από το προεγχειρητικό στάδιο (Stamenkovic et al., 2018).

Ασθενείς οι οποίοι είχαν στο παρελθόν ιστορικό με θέματα ψυχολογικά τείνουν να παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα μετεγχειρητικού άγχους. Άρα θα ήταν χρήσιμο σε τέτοια περιστατικά να γίνονται οι κατάλληλες παρεμβάσεις όσο βρίσκονται ακόμη στο προεγχειρητικό στάδιο,

δεδομένου ότι το κόστος είναι μικρό, ώστε να έχουν οι ασθενείς την καλύτερη δυνατή εμπειρία (Caumo et al., 2001).

Αναδρομικά, το μετεγχειρητικό άγχος δεν έχει πάρει τόση προσοχή όσο το προεγχειρητικό, παρόλο που μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην πορεία του ασθενή. Συνηθώς εντείνεται από τον πόνο που νιώθει ο ασθενής μετά το χειρουργείο, το έντονο προεγχειρητικό άγχος και τη μεγάλη ανησυχία για το αποτέλεσμα, το ιστορικό καπνίσματος και το ιστορικό από τυχόν ψυχικά προβλήματα (Madsen et al., 2020).

Λόγω του ότι το μετεγχειρητικό άγχος είναι μια κατάσταση που βιώνουν σε μεγάλο ποσοστό οι ασθενείς, οι ερευνητές προτείνουν να γίνεται έλεγχος σε αυτούς, ούτως ώστε να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν την υποστήριξη που χρειάζεται (Evans et al., 2014).

Η διαδικασία αυτή μίας χειρουργικής επέμβασης είναι φυσικό να προκαλεί άγχος όχι μόνο στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στα κοντινά του άτομα. Παρόλα αυτά, φαίνεται πως το μετεγχειρητικό άγχος του ασθενή δεν επηρεάζεται από αυτό των οικείων του (Caumo et al., 2000).

Έπειτα από μια χειρουργική επέμβαση, οι πιθανότητες ο ασθενής να αναπτύξει άγχος είναι μεγάλες. Σημαντικό είναι λοιπόν να παρέχετε στους ασθενείς η κατάλληλη βοήθεια για την μείωση του άγχους. Αν λοιπόν περάσει ένας μήνας και οι ασθενείς παρουσιάζουν ακόμα επεισόδια άγχους, έχουν συνεχώς στο μυαλό τους μνήμες από την περιεγχειρητική περίοδο, εφιάλτες, προβλήματα ύπνου, τότε μιλάμε για διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) (Kanagaraj & Sivarajan, 2019).

Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες πρόκειται για μια σοβαρή αντίδραση που οφείλεται σε έναν στρεσογόνο παράγοντα. Τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν έντονο άγχος, τα άτομα αποφεύγουν τα ερεθίσματα που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία και ένα γενικό “μούδιασμα” των συναισθηματικών αντιδράσεων. Το κατατεθέν κριτήριο για την διάγνωση του μετατραυματικού στρες είναι η έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός που σχετίζεται με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, βαρύ τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου ή άλλων ανθρώπων. Ακόμα, το τραυματικό γεγονός πρέπει να του είχε προκαλέσει έντονο φόβο, φρίκη ή την αίσθηση πως είναι αβοήθητος (Kring et al., 2010).

Με λίγα λόγια, μία ξαφνική ασθένεια η οποία απαιτεί χειρουργική θεραπεία ή και η ίδια η χειρουργική επέμβαση μπορεί να θεωρηθεί ως “απειλούμενος θάνατος” ή “βαρύς τραυματισμός”

άρα να προκαλέσει σε κάποιον άρρωστο διαταραχή μετατραυματικού στρες (Chaboyer et al., 2010).

Από μελέτες έχει γίνει γνωστό πως περιστατικά διαταραχής μετετραυματικού στρες που σχετίζονται με ιατρικά συμβάντα είναι πιθανό να κρατήσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Παραδείγματος χάρη, σε έρευνα με ασθενείς της ΜΕΘ που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση ένα ποσοστό 20% σημείωσαν 30 συμπτώματα μετατραυματικού στρες έως και 30 μήνες μετά το συμβάν. Με βάση λοιπόν τη βιβλιογραφία, διαταραχή μετατραυματικού στρες μπορεί να εκδηλωθεί σε σημαντικό αριθμό ασθενών που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση το οποίο μπορεί να παραμείνει από μήνες έως και χρόνια μετά την επέμβαση (Kermansaravi et al., 2015).

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες συνήθως εκδηλώνεται στους ασθενείς αναβιώνοντας το τραυματικό γεγονός, με όνειρα που αφορούν το συμβάν, με ένα συναισθηματικό “μούδιασμα”, ακόμα απομακρύνονται από τα κοντινά τους άτομα, συνεχές αρνητικό αίσθημα και αδυνατούν να διασκεδάσουν, αποφεύγουν καταστάσεις που συνδέονται με την τραυματική τους εμπειρία, βρίσκονται συνεχώς σε εγρήγορση, υπεραγρύπνιση και γενικά βιώνουν διαταραχές στον ύπνο. Σε λίγες περιπτώσεις, το άτομο θα μπορούσε να έχει ξεσπάσματα θυμού, να είναι επιθετικός, να αισθάνεται έντονο φόβο ή πανικό ή ακόμα και να έχει αυτοκτονικές τάσεις (Kinchin, 2005).

1.5 Άγχος συγγενών

Πέρα όμως από το άγχος που έχουν οι ασθενείς καθ' όλη την διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου, μια χειρουργική επέμβαση αποτελεί μια στρεσογόνο κατάσταση και για τους συγγενείς των ασθενών και το κοντινό τους περιβάλλον γενικότερα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να έχουν αρνητικά συναισθήματα, τα οποία φτάνουν στο απόγειο κατά την διεγχειρητική φάση. Παρουσιάζουν άγχος, έντονη ανησυχία, προβληματίζονται και φοβούνται. Οι νοσηλευτές σαφώς, θα πρέπει να αντιλαμβάνονται τα συναισθήματα που κατακλύζουν τον περίγυρο του ασθενή εξαιτίας του χειρουργείου και να τα κατανοούν (Τσίου & Πλακάς, 2015).

1.6 Κλίμακες μέτρησης άγχους

Η κλίμακα αξιολόγησης State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ξεκίνησε το 1970 από τον Spielberger. Αποτελείται από 40 ερωτήσεις και μέσω αυτών γίνεται διαχωρισμός του άγχους ως

κατάσταση και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ίδιου του ατόμου. Οι ερωτήσεις αυτές χωρίζονται στη μέση. Με το πρώτο μισό των ερωτήσεων, τις πρώτες 20, διαπιστώνεται το πως αισθάνεται το άτομο εκείνη τη στιγμή της συμπλήρωσης των ερωτήσεων. Με τις άλλες μισές εκδηλώνεται το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου και αντικατοπτρίζει το πόσο απειλητικές θεωρεί τις καταστάσεις που έρχεται αντιμέτωπος. Το άτομο που κάνει την αξιολόγηση καλείται να απαντήσει σε αυτές τις ερωτήσεις με: καθόλου, λίγο, μέτρια και πάρα πολύ. Όσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία τόσο περισσότερο άγχος διακατέχει τον ερωτώντα (Kung et al., 2009).

Μία ακόμη κλίμακα αξιολόγησης άγχους είναι η κλίμακα HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale). Είναι από τις πιο γνωστές κλίμακες αξιολόγησης για το άγχος αλλά και την κατάθλιψη των ασθενών. Εισήχθη το 1983 από τον Zigmond και τον Snaith. Έχει 14 ερωτήσεις για τους ασθενείς, οι οποίες αφορούν το πως ένιωθαν την περασμένη εβδομάδα. Οι 7 ερωτήσεις αξιολογούν το επίπεδο του άγχους και οι άλλες 7 το επίπεδο κατάθλιψης των ασθενών και αξιολογούνται ξεχωριστά. Όσο πιο υψηλές τιμές τόσο μεγαλύτερα τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Liu et al., 2004).

ΜΕΡΟΣ 2^ο

2. ΦΑΣΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Η περιεγχειρητική περίοδος είναι ένας όρος που κυρίως χρησιμοποιείται για να δηλώσει “γύρω από τον χρόνο της χειρουργικής επέμβασης, παρόλα αυτά είναι το χρονικό διάστημα που περιλαμβάνει όλα τα στάδια μιας χειρουργικής επέμβασης, τα οποία είναι τρία, η προεγχειρητική φάση, η διεγχειρητική φάση, καθώς και η μετεγχειρητική. Ο κύριος στόχος της περιεγχειρητικής φροντίδας είναι να παρέχονται στους ασθενείς οι καλύτερες δυνατές συνθήκες πριν από την χειρουργική επέμβαση, μετά αλλά και κατά τη διάρκεια αυτής (Cornel et al., 2010).

2.1 Προεγχειρητική φάση

Η προεγχειρητική περίοδος αφορά το χρονικό διάστημα από την ώρα που ο ασθενής προγραμματίζει το χειρουργείο και τελειώνει με την άφιξη του στην χειρουργική αίθουσα. Κατά αυτή την περίοδο πραγματοποιείται η εκπαίδευση του ασθενή, μέσω της νοσηλευτικής παρέμβασης ώστε να είναι έτοιμος να ανταπεξέλθει και ψυχολογικά και σωματικά, να μειωθεί το άγχος του, να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές και να έχει ο ασθενής μια καλή συνεργασία με το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό (Ignatavicius & Workam, 2008).

Η περιεγχειρητική φροντίδα είναι η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή πριν την χειρουργική επέμβαση, μετά το χειρουργείο αλλά και κατά τη διάρκεια του. Μπορεί να λάβει χώρα σε νοσοκομείο, σε χειρουργικό κέντρο που συνδέεται με νοσοκομείο ή και σε ανεξάρτητο χειρουργικό κέντρο. Αυτό το διάστημα της περιεγχειρητικής περιόδου είναι το διάστημα όπου ο ασθενής προετοιμάζεται σωματικά αλλά και ψυχολογικά τόσο για την χειρουργική επέμβαση όσο και για το επόμενο διάστημα της ανάρρωσης που πρόκειται να ακολουθήσει (Gursoy et al., 2016).

Η προεγχειρητική φάση μπορεί να κυμανθεί από μερικά λεπτά έως και μήνες. Στην πρώτη περίπτωση συμπεριλαμβάνονται περιστατικά επείγοντα, ο χρόνος των οποίων από την διάγνωση έως και την εισαγωγή τους στο χειρουργείο μπορεί να μετρηθεί σε λεπτά. Τέτοια περιστατικά έχουμε σε επείγουσες καταστάσεις αιμορραγίας ή και τραυματισμού (Jones & Donelle, 2011).

Μήνες από την άλλη μπορεί να διαρκέσει η προεγχειρητική φάση για έναν ασθενή που έχει προγραμματίσει εκ των προτέρων το χειρουργείο του. Αυτό συμβαίνει κυρίως για να έχει ο ασθενής στη διάθεσή του τον απαραίτητο χρόνο να βελτιώσει την υγεία του πριν το προγραμματισμένο χειρουργείο με βάσει τις ιατρικές συμβουλές και οδηγίες (Evans, et al., 2014).

Κατά την προεγχειρητική φάση επίσης είναι το διάστημα κατά το οποίο συλλέγονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τον κάθε ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε μία χειρουργική επέμβαση. Είναι πολύ βασικό να υπάρχει το χρονικό αυτό περιθώριο για την συλλογή των πληροφοριών καθώς πολλές από αυτές τις πληροφορίες είναι σημαντικές για τον προγραμματισμό του χειρουργείου και ζωτικής σημασίας για την ομαλή ροή των πραγμάτων κατά την επέμβαση (Vigano et al., 2012).

Ο προεγχειρητικός έλεγχος βασίζεται στη μελέτη των ασθενών πριν την εισαγωγή τους στο χειρουργείο. Έχει ως σκοπό, την ένδειξη παθήσεων, εάν υπάρχουν, και σε περίπτωση εμφάνισης απαιτούνται περαιτέρω εξετάσεις, με σκοπό αν όχι τη θεραπεία, τη βελτίωση αυτών. Στόχος των παραπάνω είναι η κατάλληλη προετοιμασία και η αποφυγή λάθους για την ασφαλέστερη διεξαγωγή της επέμβασης (Rana & Upton, 2009).

Στην προεγχειρητική φροντίδα συγκαταλέγονται οι διαγνωστικές εξετάσεις και η λήψη ιστορικού, η προεγχειρητική εκτίμηση και η προετοιμασία για το χειρουργείο (Way & Doherty, 2007).

Το ιστορικό υγείας είναι μια πηγή σημαντικών πληροφοριών για τον ασθενή, ζωτικής σημασίας. Σκοπός του είναι να έχουν οι επαγγελματίες υγείας στη διάθεσή τους πληροφορίες για τον ασθενή όπως ο τρόπος ζωής τους, το κοινωνικό τους προφίλ, που εστιάζει όμως στο ιστορικό παρουσίασης ασθενειών. Παίρνοντας ιστορικό υγείας από τον ασθενή, έχει κανείς την ευκαιρία να δημιουργήσει μία θεραπευτική σχέση μαζί του και να κερδίσει την εμπιστοσύνη του από την πρώτη κιόλας συνάντηση, πράγμα σημαντικό (Ingram, 2017).

Πριν να γίνει η διάγνωση, ο γιατρός θα πρέπει να λάβει υπόψιν την κλινική εικόνα του ασθενή, δηλαδή τα συμπτώματα που έχει καθώς και τα αντικειμενικά ευρήματα που προκύπτουν. Όλα αυτά συνεπάγονται στην λήψη ιστορικού. Στο ιστορικό συγκαταλέγονται: η ολοκληρωτική καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων, τον λόγο που πήγε ο ασθενής στο νοσοκομείο, το ιστορικό κληρονομικότητας, ατομικό ιστορικό, το γυναικολογικό ή ανδρολογικό ιστορικό, την

ύπαρξη κάποιας πάθησης, την λήψη φαρμάκων ή άλλων ουσιών και τυχόν αλλεργίες (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2011).

Οι διαγνωστικές εξετάσεις κατά την προεγχειρητική περίοδο περιλαμβάνουν ακτινογραφία θώρακος, εξετάσεις πνευμονικού αερισμού και εξετάσεις αερίων αίματος ώστε να διαπιστωθεί η ομαλή αναπνευστική λειτουργία του ασθενή. Ακόμα, γίνεται ακρόαση καρδιακού ρυθμού, ακτινογραφία καρδιάς και ηλεκτροκαρδιογράφημα, για να εξασφαλιστεί η ομαλή λειτουργία της καρδιάς. Επιπλέον, ο ασθενής υποβάλλεται σε γενική εξέταση ούρων για να διαπιστωθεί η φυσιολογική λειτουργία των νεφρών και εργαστηριακές εξετάσεις για την διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του ήπατος. Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με το ιατρικό ιστορικό υγείας, την κλινική εικόνα του ασθενή, και την κλινική εξέταση (Τούντα, 1975).

Ακόμα, ο ασθενής πραγματοποιεί γενική εξέταση αίματος, βιοχημικό έλεγχο, έλεγχο πηκτικότητας για ηπατίτιδα, ομάδα Rhesus, και ορμονικές εξετάσεις. Όταν ο ασθενής, στο προεγχειρητικό στάδιο κάνει όλες τις απαραίτητες εξετάσεις, οι πιθανότητες εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών καθώς και η εμφάνιση επιπλοκών κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης μειώνονται αισθητά. Επίσης, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο να δημιουργηθεί το κατάλληλο προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό πλάνο εκπαίδευσης (Osborn, et al., 2014).

Σε περίπτωση σοβαρής αναιμίας, ο ασθενής είναι πιθανό να χρειαστεί θεραπεία πριν να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, με αυτό τον τρόπο η απώλεια αίματος κατά το χειρουργείο δεν θα είναι επιβλαβής (Jones & Donelle, 2011).

Φυσικά μέρος της προεγχειρητικής φάσης είναι η καθοδήγηση και η εκπαίδευση του ασθενή, η οποία είναι μείζονος σημασίας καθώς σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι προεγχειρητικές πληροφορίες είναι ικανές να επηρεάσουν την οπτική των ασθενών. Σε τέτοιες περιπτώσεις, που οι ασθενείς έχουν ενημερωθεί επαρκώς, σημειώνονται μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης συγκριτικά με αυτούς που δεν έχουν λάβει την απαραίτητη εκπαίδευση (Debono et al., 2021).

Κύριος στόχος της προεγχειρητικής φροντίδας είναι να γίνει σωστή εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή, να εξασφαλιστεί ότι είναι έτοιμος για την διεξαγωγή της χειρουργικής επέμβασης και να αναγνωριστούν ενδεχόμενοι κίνδυνοι που μπορεί να προκύψουν. Ακόμα, σε αυτό το διάστημα είναι σημαντικό να διασφαλιστεί η κατάλληλη ενημέρωση του ασθενή όσον αφορά το χειρουργείο και να προετοιμαστεί για το μετεγχειρητικό στάδιο, ώστε να μπορεί να αυτό-εξυπηρετηθεί όσο το

δυνατόν περισσότερο, και φυσικά να παρέχεται σε αυτόν συναισθηματική υποστήριξη (Osborn, et al., 2014).

Ακόμα, κατά την προεγχειρητική περίοδο καθορίζεται το είδος της αναισθησίας. Η προεγχειρητική εκτίμηση αποτελεί βοήθεια για τον αναισθησιολόγο, ο οποίος θα κρίνει αν πρέπει να διεξαχθούν περεταίρω εξετάσεις (Κέντρου και συν., 2018).

Ακόμα, η προεγχειρητική φροντίδα στοχεύει στην σωστή προετοιμασία του ασθενή. Παραδείγματος χάρη, ο ασθενής πρέπει να τηρεί τους κανόνες υγιεινής και να γίνει σωστή καθαριότητα του δέρματος, καθώς το δέρμα αποτελεί τη βασικότερη πηγή εισόδου μικροβίων στα χειρουργεία. Με το να απομακρυνθούν τα επιβλαβή μικρόβια από το δέρμα μειώνεται και ο κίνδυνος λοίμωξης του τραύματος. Επιπλέον, η προετοιμασία του δέρματος περιλαμβάνει αποτρίχωση της περιοχής όπου πρόκειται να γίνει η χειρουργική τομή (Κοτρωτσίου και συν., 2008).

Πριν την διεξαγωγή της χειρουργικής επέμβασης πρέπει να εξακριβωθεί εάν ο ασθενής ακολούθησε τις προεγχειρητικές οδηγίες, παραδείγματος χάρη, εάν έκανε μπάνιο τουλάχιστον την προηγούμενη μέρα από την επέμβαση, εάν όχι την ίδια. Επιπλέον, πρέπει να σιγουρευτούμε πως μετά το μπάνιο έβαλε καθαρά ρούχα και δεν έβαλε τίποτα στο δέρμα του που να περιέχει οινόπνευμα. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί πρέπει να του παρέχουμε την κατάλληλη βοήθεια, ώστε να τηρεί τους προαπαιτούμενους κανόνες υγιεινής. Ακόμα, πρέπει να σιγουρευτούμε πως ο ασθενής δεν φοράει κάποιο κόσμημα ή τεχνητή οδοντοστοιχία και εάν φοράει να τον βοηθήσουμε να τα αφαιρέσει. Ακόμα, εξακριβώνουμε εάν έχει αποτριχωθεί καλά στο σημείο, εάν αυτό είναι απαραίτητο (AORN, 2021).

Επιπλέον, η χειρουργική ομάδα πρέπει να βεβαιωθεί πως ο ασθενής δεν έχει φάει τίποτα από το προηγούμενο βράδυ. Πιθανότατα, λίγο πριν την χειρουργική επέμβαση θα συναντηθεί με τον χειρουργό και τον αναισθησιολόγο, στους οποίους μπορεί να κάνει οποιεσδήποτε ερωτήσεις τελευταίας στιγμής ώστε να αντιμετωπιστούν οι ανησυχίες πριν από την έναρξη του χειρουργείου (AORN, 2021).

Πολύ μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνεται σε περίπτωση που ο ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση είναι καπνιστής ή καταναλώνει αλκοόλ. Εκτός ότι πρόκειται για δύο επιβλαβείς ουσίες για την υγεία κάποιου, μπορούν να επιφέρουν και αρνητικά αποτελέσματα στην

έκβαση ενός χειρουργείου, αυξάνοντας τον κίνδυνο διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών. Το κάπνισμα δηλαδή, απαγορεύεται για τουλάχιστον 12 ώρες πριν την προγραμματισμένη επέμβαση κυρίως γιατί μπορεί να επηρεάσει την γενική αναισθησία και να υπάρξουν επιπλοκές τόσο κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, τόσο και μετά. Όσο για το αλκοόλ, μπορεί επίσης να προκαλέσει επιπλοκές στην αναισθησία καθώς οδηγεί σε επαγωγή των ηπατικών ενζύμων. Ακόμα, τρομώδες παραλήρημα έχει παρατηρηθεί μετά από πολύ μεγάλη κατανάλωση ποσότητας αλκοόλ (Ζαμπούρη, 2017).

Το κοντινό περιβάλλον του ασθενή θα πρέπει να μείνει δίπλα του μέχρι την στιγμή του χειρουργείου, έως ο ασθενής ντυθεί με το καθαρό χειρουργικό πουκάμισο και μεταφερθεί στην χειρουργική αίθουσα (Παπαδάκη, 1992).

2.2 Διεγχειρητική φάση

Η διεγχειρητική περίοδος αρχίζει από την είσοδο του ασθενή στη χειρουργική αίθουσα και τελειώνει με την άφιξη του στον χώρο της ανάνηψης (Perry & Potter, 2012).

Κατά την διεγχειρητική φάση ο αναισθησιολόγος χορηγεί στον ασθενή την αναισθησία. Πολλοί πιστεύουν πως από την στιγμή που ο ασθενής δεν έχει τις αισθήσεις του, δεν τίθεται πλέον ζήτημα των συναισθημάτων του. Βέβαια υπάρχουν ενδείξεις πως ο ασθενής μπορεί να αντιληφθεί σχόλια κατά την διάρκεια που βρίσκεται στο χειρουργικό τραπέζι και σχόλια που υποδηλώνουν πως κάτι πάει λάθος αυξάνουν το μετεγχειρητικό αίσθημα ανησυχίας και το άγχος (Αγγελόπουλος, 2001).

Αναισθησία είναι η ιατρική πράξη που γίνεται σε μια χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση του πόνου, για να υπάρχει η απαραίτητη μυϊκή χάλαση, για την αντιμετώπιση του φόβου και του άγχους, και για να μην υπάρχει αυτή η τραυματική εμπειρία στην μνήμη. Υπάρχει η γενική αναισθησία, η περιοχική, η νευροπηπταναλγησία και η τοπική αναισθησία. Όποιο είδος αναισθησίας και να έχει ο ασθενής, είναι σημαντικό να υπάρχει πλήρης καταγραφή του είδους της, των ζωτικών σημείων του ασθενή, των φαρμάκων που χορηγήθηκαν και τυχόν επιπλοκών εάν παρουσιάστηκαν (Φασουλάκη, 2005).

2.3 Μετεγχειρητική φάση

Η μετεγχειρητική περίοδος αφορά το διάστημα από την ώρα που τελειώνει η χειρουργική επέμβαση, συνέρχεται από την αναισθησία και ο ασθενής μεταφέρεται στον χώρο της ανάνηψης, μέχρι να πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο, έως και την πλήρη ανάρρωσή του (Osborn et al., 2014).

Μετά το πέρας της χειρουργικής επέμβασης, ο ασθενής μεταφέρεται στον χώρο της ανάνηψης. Η ανάνηψη πρόκειται για έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο κοντά στην χειρουργική αίθουσα. Το διάστημα που θα παραμείνει εκεί ο ασθενής εξαρτάται από το είδος της αναισθησίας, το είδος της χειρουργικής επέμβασης και την γενική κατάσταση του ασθενή. Στον χώρο της ανάνηψης είναι απαραίτητο να υπάρχουν παροχές οξυγόνου, πεπιεσμένου αέρα και κενού για συνεχή αναρρόφηση, monitors, ηλεκτρικές υποδοχές, χώρος αποθήκευσης υγειονομικού υλικού, ηλεκτροκαρδιογράφος, απινιδωτής, ασκός ambu και άλλα (Apfelbaum, 2013).

Οι νοσηλευτές στην αίθουσα ανάνηψης πρόκειται να αξιολογήσουν την κατάσταση του μετεγχειρητικού ασθενή και δίνουν προσοχή στο να προληφθούν τυχόν επιπλοκές της αναισθησίας ή της επέμβασης. Αξιολογούν την αναπνευστική κατάσταση, το καρδιαγγειακό σύστημα, το κεντρικό νευρικό σύστημα, τα υγρά του χειρουργικού τραύματος και γενικότερα την συνολική εικόνα του ασθενή. Μέσος όρος διάρκειας παραμονής στον χώρο της ανάνηψης είναι οι δύο ώρες και στο διάστημα αυτό ο ασθενής πρέπει να αξιολογείται ανά 10-15 λεπτά (Taylor et al., 2006).

Στον χώρο ανάνηψης δεν υπάρχει συγκεκριμένος χρόνος που θα παραμείνει ο ασθενής, αρκεί να έχει σταθεροποιηθεί η κατάστασή του και να μην διατρέχει κάποιο κίνδυνο. Όταν λοιπόν γίνει αυτό, τότε ο εγχειρημένος ασθενής είναι έτοιμος να οδηγηθεί στον θάλαμο. Βέβαια προκειμένου ο ασθενής να μεταφερθεί στον θάλαμο θα πρέπει να έχει πλήρη συνείδηση, ανοιχτό αεραγωγό, επαρκή οξυγόνωση και σωστή λειτουργία καρδιαγγειακού συστήματος (Kukimoto, et al., 2017).

Το νοσηλευτικό προσωπικό της ανάνηψης αποτελείται από εκπαιδευμένα άτομα που μπορούν να αναγνωρίσουν καθώς και να αντιμετωπίσουν πιθανές επιπλοκές της χειρουργικής επέμβασης ή της αναισθησίας. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές εάν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα μπορεί να

προκαλέσουν μεγάλα μη αναστρέψιμα προβλήματα. Οι θάνατοι ασθενών από άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι ένα ζήτημα που προβληματίζει τους ερευνητές τα τελευταία χρόνια (Luo & Min, 2017).

2.4 Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Με τον όρο επιπλοκή εννοείται ένα ανεπιθύμητο ακούσιο και άμεσο αποτέλεσμα μιας χειρουργικής επέμβασης που επηρεάζει τον ασθενή και δεν προοριζόταν να συμβεί. Οι γιατροί και η υπόλοιπη χειρουργική ομάδα γνωρίζουν για τον κίνδυνο των επιπλοκών και κάνουν ότι μπορούν για να μειώσουν τις πιθανότητες (Dindo & Clavien, 2008).

Μία από τις κυριότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι ο πόνος. Ο μετεγχειρητικός πόνος συνήθως αντιμετωπίζεται με την χορήγηση φαρμάκων, όμως αν ο πόνος επιμένει, τότε θεωρείται επιπλοκή. Πρόσφατες έρευνες από την Αμερική και την Ευρώπη δεν δείχνουν κάποια σημαντική βελτίωση για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου τις τελευταίες δεκαετίες, αν και αφορά περίπου το 50% των χειρουργημένων ασθενών (Rawal, 2016).

Ο έντονος πόνος είναι μια πολύ δυσάρεστη αίσθηση για αυτόν που τον βιώνει. Προκαλεί μεγάλη δυσφορία και ταλαιπωρία. Στον χώρο της ανάνηψης, οι ασθενείς με τον μεγαλύτερο μετεγχειρητικό πόνο ανήκαν στην ορθοπεδική, ακολουθούν τα ουρολογικά περιστατικά και έπειτα περιστατικά πλαστικής χειρουργικής (Chung et al., 1997).

Ακόμα, η ναυτία και ο εμετός είναι τα πιο συχνά συμπτώματα της αναισθησίας και εμφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό ασθενών. Με τον όρο ναυτία εννοείται η δυσάρεστη αίσθηση αδιαθεσίας που προηγείται πριν τον εμετό αλλά εμφανίζεται και χωρίς αυτόν. Εμετός είναι η απότομη αποβολή του γαστρικού περιεχομένου από το στόμα (Koivuranta, 1997).

Πλέον, με την πρόοδο της αναισθησιολογίας τα ποσοστά εμφάνισης της ναυτίας και του εμετού έχουν περιοριστεί, δεν παύουν όμως να αποτελούν τα δεύτερα πιο συχνά συμπτώματα μετά τον μετεγχειρητικό πόνο. Ο λόγος εμφάνισης τους μπορεί να είναι η συλλογή υγρών στο στομάχι, η χορήγηση μορφίνης, ή επίδραση της νάρκωσης ή ακόμα και ψυχολογικές αντιδράσεις (Αθανάτου, 2010).

Συνήθως, τις περισσότερες φορές η ναυτία με τον εμετό είναι συμπτώματα που θα σταματήσουν από μόνα τους και δεν θεωρούνται θανατηφόρα, παρόλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν νοσηρότητα, σε συνδυασμό με αφυδάτωση, διαταραχή ηλεκτρολυτών, αιμορραγία και άλλα (Gan, 2006).

Ακόμα στις μετεγχειρητικές επιπλοκές μπορούμε να συμπεριλάβουμε τις διαταραχές της θερμοκρασίας του σώματος. Για παράδειγμα, περίπου το 50% των ασθενών παρουσιάζει πυρετό κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Μπορεί να εμφανιστεί μετά από οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και συχνά δεν γίνεται γνωστή η αιτία αν και θα μπορούσε να αφορά μετεγχειρητική μόλυνση εάν η θερμοκρασία αυξηθεί μέρες μετά το χειρουργείο και όχι άμεσα (Carl A. Perlino, 2001).

Όσο για την υποθερμία, δηλαδή την μείωση της θερμοκρασίας του σώματος κάτω του φυσιολογικού, αποτελεί και αυτή ένα μετεγχειρητικό πρόβλημα. Μπορεί να προκληθεί από την χαμηλή θερμοκρασία που έχουν τα χειρουργεία, την έλλειψη ρουχισμού, την χορήγηση παγωμένου αίματος και την αποβολή θερμότητας από το ανοιχτό χειρουργικό τραύμα (Ασκητοπούλου & Παπαϊωάννου, 2015).

Ακόμα, συχνές είναι και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές του κυκλοφορικού συστήματος. Πρόκειται για την υπόταση, την υπέρταση και τις αρρυθμίες. Υπόταση είναι όταν η αρτηριακή πίεση είναι χαμηλότερη από 90mmHg η συστολική και 60mmHg η διαστολική. Η κύρια αιτία εμφάνισής της υπότασης είναι η υποογκαιμία που οφείλεται σε απώλεια αίματος, απώλεια υγρών και στη δράση της αναισθησίας. Υπέρταση έχουμε όταν η συστολική πίεση είναι πάνω από 140mmHg και η διαστολική πάνω από 90mmHg και αν δεν πρόκειται για προϋπάρχουσα υπέρταση τότε τα κύρια αίτια εμφάνισης της είναι ο έντονος μετεγχειρητικός πόνος, η μεγάλη χορήγηση υγρών, η υποξυγοναιμία και η υπερκαπνία. Οι πιο συχνές αρρυθμίες που εμφανίζονται μετεγχειρητικά είναι η φλεβοκομβική ταχυκαρδία και βραδυκαρδία, ακόμη, οι έκτακτες κοιλιακές συστολές (Ασκητοπούλου & Παπαϊωάννου, 2015).

Μετεγχειρητικές επιπλοκές μπορούν να προκύψουν και στο αναπνευστικό σύστημα, οι συχνότερες είναι η απόφραξη του αεραγωγού, κυψελιδικός υποαερισμός, η υποξυγοναιμία, ο λαρυγγόσπασμος και το οίδημα στον λάρυγγα (Nicholson et al., 2014).

Η απόφραξη του αεραγωγού μπορεί να συμβεί από ρήξη της γλώσσας προς τον φάρυγγα από τα μυοχαλαρωτικά φάρμακα ή το πρήξιμο λόγω τραυματισμού κατά την διασωλήνωση. Ο κυψελιδικός υποαερισμός, συχνό μετεγχειρητικό ζήτημα είναι όταν οι τιμή του PH της μερικής πίεσης διοξειδίου του άνθρακα (PaCO₂) είναι κάτω από 45mmHg. Για τον Κυψελιδικό Υποαερισμό οφείλεται η καταστολή του κέντρου της αναπνοής. Άμεση μετεγχειρητική υποοξυγοναιμία έχουμε όταν το ποσοστό κορεσμού του οξυγόνου είναι κάτω από 90% (Nicholson et al., 2014).

Ο λαρυγγόσπασμος είναι οι αντανακλαστικές συσπάσεις των φαρυγγικών μυών που προκαλούν σπασμό και σύγκλιση της επιγλωττίδας και μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ολική απόφραξη. Οι συσπάσεις αυτές εμφανίζονται όταν περνάει η αναισθησία. Κύρια αιτία είναι οι λάθος χειρισμοί κατά την διάρκεια της διασωλήνωσης (Nicholson et al., 2014).

Επιπλέον, ένα ακόμη μετεγχειρητικό πρόβλημα που παρατηρείται είναι δυσκολία στην επαναφορά του επιπέδου συνείδησης. Κύριοι λόγοι είναι τα αναισθητικά φάρμακα, υπογλυκαιμία ή υπεργλυκαιμία, εγκεφαλικές διαταραχές ή υποθερμία (Morgan et al., 2006).

Μία ακόμα επιπλοκή είναι το μετεγχειρητικό ντελίριο. Συνήθως παρουσιάζεται τις πρώτες ώρες μετά το πέρας της χειρουργικής επέμβασης. Τα χαρακτηριστικά του είναι σύγχυση, ψυχοκινητική διέγερση, πρόβλημα προσανατολισμού, ψευδαισθήσεις και παράνοια. Θα μπορούσε να προκύψει σε οποιαδήποτε επέμβαση αλλά τα ποσοστά ανεβαίνουν σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και σε αλκοολικούς. Είναι μια κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα ώστε να έχει καλή πρόγνωση (Αγγελόπουλος, 2001).

Μια ακόμα σοβαρή επιπλοκή είναι το μετεγχειρητικό σοκ. Είναι μια επείγουσα κατάσταση και υπάρχει κίνδυνος για την υγεία του ασθενή. Κύρια αίτια πρόκλησης του σοκ είναι η κακή οξυγόνωση του ασθενή ή η μειωμένη ροή αίματος στα ζωτικά όργανα. Το πιο κοινό είναι το υπογκαιμικό σοκ το οποίο προκαλείται μετά από αιμορραγία, απώλεια πλάσματος ή και από έντονες διάρροιες και εμετούς πιο σπάνια (Lemone et al., 2014).

ΜΕΡΟΣ 3^ο

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

3.1 Νοσηλευτικές Διεργασίες γενικά

Οι Νοσηλευτικές Διεργασίες αποτελούν ένα συστηματικό μέσο επιστημονικής τεκμηρίωσης και είναι χρήσιμες για την διάγνωση και την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Μέσω των νοσηλευτικών διεργασιών οι νοσηλευτές εφαρμόζουν τις γνώσεις τους και αξιοποιούν τις δεξιότητες τους ώστε να επιτύχουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα όσον αφορά στην υγεία του ασθενή (Osborn, 2014).

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι μια τροποποιημένη επιστημονική μέθοδος. Την πρώτη φορά περιγράφηκε το 1958 ως μια νοσηλευτική διαδικασία με τέσσερα στάδια από την Ida Jean Orlando. Το πέμπτο στάδιο η “διάγνωση” συγκαταλέχθηκε αργότερα (Gursoy et al., 2016).

Η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελείται από 5 στάδια, τα οποία είναι προοδευτικά και διαδοχικά καθώς αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους και το ένα στηρίζεται στο άλλο. Τα στάδια είναι τα εξής: (Osborn et al., 2014)

- Αξιολόγηση/ανάγκες: κατά αυτό το στάδιο συγκεντρώνονται όλα τα στοιχεία και όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τον ασθενή για την ψυχολογική, φυσιολογική, κοινωνιολογική και πνευματική κατάσταση του ασθενή. Τα δεδομένα αυτά τα συλλέγει μέσα από συζήτηση τόσο με τον ίδιο όσο και με τους οικείους του, μέσω φυσικής εξέτασης, γενικής παρατήρησης, μέσω ιστορικού υγείας και οικογενειακού ιστορικού και είναι απαραίτητα για την διαμόρφωση του πλάνου φροντίδας.
- Διάγνωση: η διάγνωση προκύπτει με βάση τα στοιχεία που έχουμε από το προηγούμενο στάδιο. Περιλαμβάνει όλα τα προβλήματα που έχει ο ασθενής καθώς και αυτά που πιθανόν να προκύψουν, τα οποία βρίσκονται σε σειρά από το πιο σοβαρό έως το πιο απλό και διαχωρίζονται ανάλογα με το αν μπορούν οι νοσηλευτές να ανταπεξέλθουν μόνοι τους ή χρειάζονται και ιατρική συμβολή. Πολλές φορές γίνονται παραπάνω από μια διαγνώσεις για έναν μόνο ασθενή.
- Σχεδιασμός: πρόκειται για το στάδιο όπου επιλέγονται όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για κάθε νοσηλευτική διάγνωση που έχει προκύψει παραπάνω, με στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενή.

- Εφαρμογή: ονομάζεται το στάδιο κατά το οποίο γίνονται πράξη οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις του σχεδιασμού, οι οποίες βασίζονται στην γνώση και την εμπειρία του εκάστοτε νοσηλευτή αλλά και στην αξιολόγηση του κάθε ασθενή.
- Εκτίμηση αποτελεσμάτων: είναι το πέμπτο και τελευταίο στάδιο και με αυτό ολοκληρώνεται η νοσηλευτική διεργασία. Ο νοσηλευτής αξιολογεί την πρόοδο του ασθενή, την επίτευξη ή όχι των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων, το αν υπάρχει ανάγκη να συνεχιστεί η περίθαλψη και την τυχόν εμφάνιση απρόσμενων αποτελεσμάτων.

Αξιοσημείωτο είναι πως η νοσηλευτική διεργασία έχει ευέλικτη φύση και αυτό το χαρακτηριστικό της επιτρέπει να λειτουργεί σε πολλές καταστάσεις, σε κάθε κλινική κατάσταση, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες χωρίς να έχει σημασία η κατάσταση της υγείας του ασθενή ή το πολιτιστικό του υπόβαθρο. Μέσο για την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η σχέση μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή. Στοχεύει στην διατήρηση της υγείας του ασθενή, στην ανάρρωση ή την πρόληψη της νόσου, και στην αποκατάσταση της υγείας του ασθενή ώστε να είναι λειτουργικός (Osborn, 2014).

Ο νοσηλευτής για να δουλεύει με βάση την νοσηλευτική διεργασία είναι σημαντικό να τηρούνται κάποιες παράμετροι. Αρχικά, είναι σημαντικό τα νοσοκομεία να στελεχωθούν με νοσηλευτές πτυχιούχους ανώτατης εκπαίδευσης, ώστε να γνωρίζουν την εφαρμογή της. Ακόμα, να δουλεύουν με βάση την εξατομικευμένη φροντίδα, αυτό σημαίνει να συγκροτηθεί ένα σύστημα εξατομικευμένης φροντίδας ώστε να μην φροντίζουν όλοι οι νοσηλευτές όλους τους αρρώστους, όπως συμβαίνει σε μεγάλο ποσοστό, αλλά ο κάθε νοσηλευτής ή μια μικρή ομάδα νοσηλευτών, να έχουν υπό την φροντίδα τους περιορισμένο αριθμό ασθενών και κατά αυτόν τον τρόπο η νοσηλευτική διεργασία θα μπορεί να εφαρμοστεί άριστα. Επιπλέον, να εφαρμοστεί παντού το γραπτό σύστημα επικοινωνίας. Και φυσικά, να συνειδητοποιήσουν οι νοσηλευτές πως τίποτα δεν θα αλλάξει εάν οι ίδιοι δεν το προχωρήσουν και θεωρητικά και στην πράξη (Κυριακίδου, 2000).

Η Νοσηλευτική Διεργασία θα μπορούσε να περιγράψει ως μία κυκλική και συνεχιζόμενη διαδικασία που θα μπορούσε να τερματιστεί σε κάθε στάδιο αν αντιμετωπιστεί το πρόβλημα. Επιπλέον, δεν είναι μια διαδικασία που αφορά μόνο προβλήματα υγείας αλλά θα μπορούσε να εστιάσει και σε περαιτέρω προβληματισμούς που έχει το άτομο, οικογενειακούς, κοινωνικούς και συναισθηματικούς. Μερικά βασικά χαρακτηριστικά της είναι τα εξής: κυκλική, συνεχιζόμενη,

επικεντρώνεται στον ασθενή, διαπροσωπική και συνεργατική, συστηματική και χαρακτηρίζεται από καθολική εφαρμογή (Litke et al., 2012).

Κατά την Νοσηλευτική Διεργασία, η αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του ασθενή καθώς και το πόσο αποτελεσματικό είναι το πλάνο φροντίδας, είναι μια διαδικασία που πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, και να τροποποιείται αν υπάρχει ανάγκη (Bea et al., 2010).

Οι Νοσηλευτικές Διεργασίες πρέπει να καταγράφονται πάντα στο πλάνο φροντίδας του ασθενή , και αυτό ώστε να είναι ενήμερα όλα τα μέλη της ομάδας της υγειονομικής περίθαλψης καθώς οι νοσηλευτικές διεργασίες αποτελούν το στοιχείο που έχουν κοινό όλοι οι νοσηλευτές μεταξύ τους ανεξαρτήτου προσωπικότητας, είναι η βάση των νοσηλευτικών πράξεων ώστε να παρέχουν ολιστική εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (Wennstorm et al., 2011).

Η εκτίμηση αποτελεσμάτων της Νοσηλευτικής Διεργασίας μπορεί να περιγραφεί με τις ακόλουθες φράσεις, είτε ότι η κατάσταση του ασθενή βελτιώθηκε, είτε ότι σταθεροποιήθηκε είτε επιδεινώθηκε, πήρε εξιτήριο ή πέθανε. Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει παραμείνει στάσιμος, δεν υπάρχει βελτίωση στην κατάσταση της υγείας του ή επιδεινώθηκε τότε η Νοσηλευτική Διεργασία επαναξιολογείται και ξεκινά πάλι από το πρώτο βήμα (Briggs, 2010).

3.2 Σχέση νοσηλευτή-ασθενή

Η σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην διεκπεραίωση της Νοσηλευτικής Διεργασίας. Έχοντας αναπτύξει καλή σχέση, η ποιότητα φροντίδας που λαμβάνει ο ασθενής είναι σίγουρα καλύτερη και οι πιθανότητες για θετικά αποτελέσματα είναι μεγαλύτερες. Για να είναι αυτό όμως εφικτό, πρέπει να τηρούνται οι εξής παράμετροι, αρχικά, ο νοσηλευτής πρέπει να είναι προς τον ασθενή ευθύς, ειλικρινής, αυθεντικός και να έχει κατανόηση. Δεύτερον, η σχέση τους θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό και ο ένας να αποδέχεται τον άλλον χωρίς να είναι προληπτικοί ή να σκέφτονται στερεοτυπικά. Επιπλέον, απαραίτητη είναι και η αμοιβαία επιθυμία για κατανόηση και συνεργασία (Osborn. 2014).

Ακόμα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποφύγει να δημιουργήσει σχέση εξάρτησης με τον ασθενή χωρίς αυτό να σημαίνει πως πρέπει να είναι απόμακρος. Η σχέση αυτή πρέπει να στοχεύει στην ανάπτυξη του ασθενή ως άτομο και φυσικά στην προαγωγή της υγείας, της επίλυσης των ζητημάτων του και να αναπτυχθεί η αυτογνωσία του ασθενή (Αλεβίζος, 2008).

Η σχέση αυτή νοσηλευτή-ασθενή είναι διαφορετική συγκριτικά με τις υπόλοιπες κοινωνικές σχέσεις. Στις κοινωνικές σχέσεις, παραδείγματος χάρη, στις φιλικές ή τις οικογενειακές, δεν θέτονται στόχοι εκτός από την κοινωνικοποίηση. Επίσης, σε αντίθεση με τις κοινωνικές σχέσεις, αυτή του νοσηλευτή-ασθενή περιορίζεται χρονικά στις ώρες εργασίας του νοσηλευτή και όταν ο ασθενής πάρει εξιτήριο, η σχέση αυτή διακόπτεται (Αλεβίζος, 2008).

Την σχέση αυτή νοσηλευτή-ασθενή, που μπορούμε να την χαρακτηρίσουμε και ως επαγγελματική σχέση, στο επίκεντρο βρίσκονται πάντα οι ανάγκες του ασθενή. Στόχος αυτής της σχέσης είναι ο ασθενής να καταφέρει να πετύχει τους στόχους που έχουν τεθεί για την υγεία του (Αλεβίζος, 2008).

3.3 Χαρακτηριστικά νοσηλευτή

Οι νοσηλευτές κατέχουν έναν μοναδικό και αναντικατάστατο ρόλο στον χώρο της υγείας και αποτελούν κύριο και αναπόσπαστο κομμάτι της υγειονομικής φροντίδας. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να παρέχει φροντίδα, να δίνει πληροφορίες, διευκρινίσεις και να προετοιμάζει τους ασθενείς και τα κοντινά του άτομα για αυτά που πρόκειται να γίνουν. Ακόμα, οφείλει να ξέρει ποιες είναι οι συνηθισμένες αντιδράσεις των ασθενών σε κάποιες δεδομένες καταστάσεις ώστε να είναι σε ετοιμότητα, να είναι κοντά του, να τον αξιολογεί, χωρίς φυσικά να τον αποθαρρύνει (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου, 2010).

Ο νοσηλευτής δεν είναι απαραίτητο να είναι εντελώς αντικειμενικός απλώς οφείλει να αποβάλει από το μυαλό του προσωπικές προκαταλήψεις και θα πρέπει να αποφεύγει να ταυτίζεται με τα συναισθήματα των ασθενών του, πράγμα που με τα χρόνια γίνεται ολοένα πιο εύκολο και μαθαίνει να τα εξισορροπεί (Αλεβίζος, 2008).

Ο νοσηλευτής οφείλει να συμπεριφέρεται στον ασθενή που έχει απέναντί του με ευγένεια, επιείκεια, σοβαρότητα, σταθερότητα, σεβασμό και συναισθηματική ουδετερότητα (Γιαννοπούλου, 2005).

Πιο αναλυτικά ο νοσηλευτής οφείλει: (Γιαννοπούλου, 2005)

- Να παραμένει ήρεμος. Δεν πρέπει να είναι νευρικός απέναντι σε ανήσυχους ασθενείς και ας έχουν απαιτήσεις ή δραματικές συμπεριφορές.
- Να αφιερώνει χρόνο. Ο ασθενής δεν πρέπει να αισθάνεται πως ο νοσηλευτής θέλει απλά να τελειώνει μαζί του, είναι καλό να αισθάνεται πως πράγματι θέλει να του προσφέρει βοήθεια.
- Να διαχειρίζεται σωστά τον χρόνο του. Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει κατά νου πως ο χρόνος που αφιερώνει στον ασθενή είναι πολύτιμος και αν δεν τον αξιοποιήσει σωστά μπορεί να έχει ανεπιθύμητα αποτελέσματα.
- Να ακούει τον ασθενή. Πρέπει να δείχνει ενδιαφέρον σε αυτά που έχει να πει ο ασθενής και να έχει κατανόηση χωρίς να χάνει όμως την αντικειμενικότητα που αρμόζει σε μια επαγγελματική σχέση.
- Να καθησυχάζει τον ασθενή. Υπό συνθήκες ψυχοθεραπείας η καθησύχηση αποφεύγεται γιατί ενθαρρύνει τον ασθενή, όμως σε μερικές περιπτώσεις είναι απαραίτητο, ειδικά αν ανησυχεί άδικα. Πρέπει με κατανοητά λόγια να του εξηγήσουμε την αιτία των συμπτωμάτων του.
- Να απασχολεί με κάτι τον ασθενή. Θα ήταν καλό ο νοσηλευτής να βρει μια απασχόληση για τον ασθενή ώστε να περνάει τον χρόνο του και να ξεφεύγει λίγο από τις ανησυχίες του.
- Να ηρεμεί τον ασθενή. Με αξιολόγηση αυτών που του δημιουργούν άγχος και αναστάτωση.

Επιπλέον ο νοσηλευτής θα πρέπει: (Osborn, 2014)

- Να ακούει με προσοχή τον ασθενή όταν μιλάει για τους προβληματισμούς του χωρίς να τον κριτικάρει. Έτσι οι ασθενείς αισθάνονται υποστήριξη και πολλές φορές ανακούφιση.
- Να υπάρχει συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της υγειονομικής ομάδας, ώστε να υπάρχει μια σφαιρική εκτίμηση με στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενή

- Να υπάρχει ενσυναίσθηση. Να μπορεί να μπει στην θέση του ασθενή ώστε να υπάρχει κατανόηση.
- Να δημιουργήσει ένα υποστηρικτικό κλίμα που θα έχει ως γνώμονα τον σεβασμό και την εμπιστοσύνη.

Το να διακατέχεται ένας νοσηλευτής από ενσυναίσθηση είναι πολύ σημαντικό καθώς αυτό το κομμάτι του χαρακτήρα του, του επιτρέπει να καταλαβαίνει τα συναισθήματα του άλλου και να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του. Κατά αυτόν τον τρόπο ο ασθενής δεν αισθάνεται μόνος του και νιώθει πως έχει κοντά του ένα άτομο που τον καταλαβαίνει. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα χαρακτηριστικό μείζονος σημασίας ακόμα και σε καταστάσεις που είναι ξεκάθαρα τα συναισθήματα του ασθενή (Ραγία, 2015).

Παράλληλα ο νοσηλευτής πρέπει: (Mosby, 2013)

- Να προστατεύει την αξιοπρέπεια του αρρώστου
- Να μπορεί να δημιουργήσει μια θεραπευτική σχέση αναμεσά τους
- Να έχει πίστη και αγάπη στο έργο της νοσηλευτικής
- Να χαρακτηρίζεται από ευαισθησία, ευγένεια και εχεμύθεια.

Η δουλειά του νοσηλευτή μπορεί να χαρακτηριστεί ως πολυδιάστατη καθώς ένας νοσηλευτής μπορεί να έχει διάφορους ρόλους, όπως αυτός του παρατηρητή. Παρατηρεί και αξιολογεί τους νοσηλευόμενους και εκτιμά την κατάσταση της υγείας τους. Ακόμα, πολλές φορές έχει τον ρόλο του καθοδηγητή, δηλαδή καθοδηγεί τους ασθενείς στον χώρο του νοσοκομείου και τους ενημερώνει για τα μηχανήματα. Ένας ακόμη ρόλος που διαδραματίζεται από τους νοσηλευτές είναι αυτός του συμβούλου. Συμβουλεύει λοιπόν τον ασθενή για την φαρμακευτική αγωγή του, για αλλαγές που χρειάζεται να κάνει στον τρόπο ζωής του οι οποίες θα έχουν ως αποτέλεσμα θετική έκβαση στην κατάσταση της υγείας του. Τέλος, αδιαμφισβήτητα έχει τον ρόλο του εκπαιδευτή, δηλαδή μεταδίδει στον ασθενή τις γνώσεις του και τον εκπαιδεύει ώστε να μπορεί να συνεχίσει την φροντίδα του από το σπίτι όταν αυτό χρειάζεται (Παπαδάκη και συν., 1995).

3.4 Επικοινωνία νοσηλευτή-ασθενή

Η επικοινωνία αποτελεί το σημαντικότερο μέσο αξιολόγησης της ψυχοκοινωνικής πτυχής του ασθενή. Εκτός από την λεκτική επικοινωνία όμως υπάρχουν και άλλες μορφές στις οποίες ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει μεγάλη προσοχή καθώς η μη λεκτική επικοινωνία διαδραματίζει πολύ μεγάλο ρόλο στην νοσηλευτική. Παραδείγματος χάρη, η γλώσσα του σώματος δηλαδή οι εκφράσεις του προσώπου, η οπτική επαφή, η στάση του σώματος, οι χειρονομίες, η απόσταση και ένα άγγιγμα μπορεί να σημαίνουν πολλά. Συνήθως, η γλώσσα του σώματος χρησιμοποιείται από τους ανθρώπους ασυναίσθητα αλλά είναι ικανή να φανερώσει πολλά συναισθήματα όπως χαρά, λύπη, φόβο, θυμό, ενδιαφέρον και έκπληξη. Επιπλέον, μεγάλο κομμάτι της επικοινωνίας είναι και η οπτική επαφή που παίζει σημαντικό ρόλο στην ανταλλαγή μηνυμάτων και στην δημιουργία οικειότητας (Sheldon, 2009).

Η επικοινωνία για να είναι αποτελεσματική πρέπει να τηρούνται οι εξής παράμετροι:

- Η σχέση μεταξύ των συνομιλητών να είναι αρμονική.
- Να έχουν κοινούς στόχους και να δουλεύουν για έναν κοινό σκοπό.
- Άνετη ατμόσφαιρα. Η επικοινωνία είναι ευκολότερη όταν οι συνομιλητές βρίσκονται σε ένα χαλαρό και άνετο περιβάλλον.
- Ιδιωτικότητα. Είναι σημαντικό η συζήτηση να παραμένει μεταξύ των συνομιλητών και να μην περιβάλλονται από άλλους αν και δεν είναι πάντα εφικτό.
- Εμπιστοσύνη. Πολύ βασικό χαρακτηριστικό για την διεξαγωγή της επικοινωνίας.
- Συγκέντρωση. Θα πρέπει ο ένας να είναι επικεντρωμένος στον άλλον, χωρίς να διασπάται η προσοχή τους.
- Κατάλληλος ρυθμός. Θα πρέπει ο ένας να προσαρμοστεί με τον άλλον μέχρι να υπάρξει κοινός ρυθμός ώστε να υπάρχει άνεση χρόνου, έτσι η επικοινωνία θα είναι περισσότερο αποτελεσματική (DeWit, 2001).

Πολύ σημαντικό είναι η επικοινωνία να χαρακτηρίζεται από ξεκάθαρο λόγο. Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι συγκεκριμένοι στα λόγια τους και σαφείς καθώς λόγω του άγχους που βιώνουν οι ασθενείς πολλές φορές τους είναι δύσκολο να αντιληφθούν αυτά που τους λένε.

Είναι συχνό φαινόμενο δηλαδή το άγχος να επηρεάζει τις νοητικές λειτουργίες των ασθενών, όπως δηλαδή το να μπορούν να μάθουν, να επεξεργαστούν ή να συγκρατήσουν νέα δεδομένα. Ιδίως όταν κάποιος ασθενής δεν γνωρίζει καλά την γλώσσα, υστερεί νοητικά ή είναι ψυχικά άρρωστος (Ραγία, 2004).

Η επικοινωνία μπορεί να έχει θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο στις ανθρώπινες σχέσεις. Όταν η επικοινωνία μεταφέρει θετικά μηνύματα με γνώμονα την ελπίδα, την αισιοδοξία, την ψυχολογική ενίσχυση, είναι δυνατόν να χρησιμεύσει ως θεραπευτικό μέσο. Ωστόσο, σε αντίθετη περίπτωση μπορεί εκτός από άγχος να προκαλέσει και ψυχικά προβλήματα (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου, 2010).

Όταν η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και νοσηλευόμενου είναι αποτελεσματική τότε μεγιστοποιείται και το θεραπευτικό αποτέλεσμα και εξασφαλίζεται η καλή συνεργασία μεταξύ τους. Ακόμα, ο ασθενής νιώθει πιο εύκολα ασφάλεια να μοιραστεί με τον νοσηλευτή τις φοβίες του και τους προβληματισμούς του, μειώνοντας έτσι σε μεγάλο βαθμό το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα συντελώντας και στην γρηγορότερη ανάρρωσή του (Κουτελέκος, 2015).

Μερικοί τρόποι ώστε να γίνει η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή περισσότερο αποτελεσματική είναι οι εξής, καταρχάς η ενεργητική ακρόαση, δηλαδή παρακολούθηση του συνομιλητή με προσήλωση ενώ ταυτόχρονα είναι στραμμένος προς το μέρος του, τόσο το πρόσωπό του όσο και το υπόλοιπο κορμί του, δίνοντας στο σώμα του πρόσθια κλίση, και κάνοντας αντιδράσεις, είτε λεκτικές είτε όχι που υποδηλώνουν το ενδιαφέρον και έτσι δίνουν θάρρος στον συνομιλητή να συνεχίσει (Κουτελέκος, 2015).

3.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην διαχείριση του άγχους

Αρχικά, πρέπει να γίνει εκτίμηση για το επίπεδο άγχους του ασθενή και για το αν έχει συμπτώματα. Ακόμα και το ήπιο άγχος απαιτεί νοσηλευτικές παρεμβάσεις. (Mohan et al., 2017)

Πιο αναλυτικά:

- Δείχνουμε στον ασθενή τον χώρο του νοσοκομείου και τα μηχανήματα ώστε να εξοικειωθεί με τις διαδικασίες.

- Γίνονται οι απαραίτητες συστάσεις με το προσωπικό που θα συμμετέχει στην φροντίδα του ώστε να αισθανθεί οικειότητα.
- Τον ενημερώνουμε πως οι επαγγελματίες υγείας είναι δίπλα του για ότι χρειαστεί.
- Είμαστε ήρεμοι απέναντι του, με αίσθημα σιγουριάς.
- Δημιουργούμε κλίμα θεραπευτικής επικοινωνίας μαζί του.
- Εξηγούμε αναλυτικά όλη την προεγχειρητική διαδικασία.
- Του δίνουμε την δυνατότητα να έχει αίσθηση ελέγχου με το να συμμετέχει στον σχεδιασμό της προεγχειρητικής φροντίδας και τον αφήνουμε όπου είναι δυνατόν να κάνει μόνος του επιλογές.
- Εξασφαλίζουμε ένα ήρεμο περιβάλλον, χωρίς εντάσεις.
- Ενημερώνουμε τον νοσηλευόμενο πως μετά την χειρουργική επέμβαση θα πάρει παυσίπονα.
- Τον συμβουλεύουμε να βρει τα κύρια αίτια άγχους.
- Διευκρινίζουμε τυχόν λανθασμένες απόψεις που μπορεί να έχει για το χειρουργείο.
- Προτείνουμε στα κοντινά του άτομα να τον ενθαρρύνουν και να του παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη.
- Χορηγούμε φάρμακα για την αντιμετώπιση του άγχους εφόσον υπάρχει ιατρική οδηγία.
- Αν αποτύχουν τα παραπάνω ενημερώνουμε και την υπόλοιπη ομάδα υγειονομικής περίθαλψης.

Οι ασθενείς είναι πολύ σημαντικό να χαρακτηρίζονται από αυτογνωσία και να είναι έτοιμοι να αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος, αρκετές φορές όμως είναι δύσκολο να το διαχειριστούν και χρειάζονται τις συμβουλές του προσωπικού υγειονομικής ομάδας.

Παραδείγματος χάρη θα ήταν χρήσιμο να αναρωτηθούν: (Παπαδάκη, 2013)

- Υπάρχουν λόγοι που σκέφτομαι έτσι;
- Υπάρχουν βασίμα στοιχεία που αντιτίθενται σε αυτό που σκέφτομαι;
- Μπορώ να κάνω κάτι για αυτό;
- Μήπως υπερβάλω;

Ακόμα, θα ήταν χρήσιμο τα άτομα αυτά να πάρουν συμβουλές όπως το να δουν την κατάσταση σε μια προοπτική χρόνου, να μην προτρέχουν σε συμπεράσματα και να μην εστιάζουν τόσο στα αρνητικά.

Περισσότερες χρήσιμες συμβουλές για την ψυχική υγεία του ασθενή: (Παπαδάκη, 2013)

- Να μπορεί να αναγνωρίσει τα συναισθήματα του, να τα παραδέχεται και να τα εκφράζει.
- Να μην κατηγορεί άλλους.
- Να δίνει θετική ανατροφοδότηση.
- Αν δεν θέλει να κάνει κάτι ή αν δεν σκοπεύει να κάνει κάτι να μην λέει πως δεν μπορεί.
- Αν θέλει να πει όχι, να το πει.
- Να μην είναι παθητικός αλλά ούτε επιθετικός.
- Να λέει ότι χρειάζεται ή θέλει.
- Να ακούει τους άλλους και να αναγνωρίζει την δική του ανάγκη.
- Να είναι συνεργάσιμος.
- Όταν χρειάζεται βοήθεια να την ζητάει και φυσικά αν του την δώσουν να την αποδέχεται.
- Να απομακρύνει τοξικούς ανθρώπους.

Τα παραπάνω αποτελούν βασικές δεξιότητες συμπεριφοράς που συμβάλουν σε μια υγιή ψυχολογία (Παπαδάκη, 2013).

Επιπλέον, πολύ βασικό είναι οι ασθενείς να υιοθετούν έναν τρόπο ζωής κατά του άγχους και σε αυτό θα συμβάλουν τα εξής: (Παπαδάκη, 2013)

- Να τρώνε υγιεινά φαγητά και να διατηρούν το σωματικό τους βάρος σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Να αποφεύγουν την καφεΐνη, το αλκοόλ, το κάπνισμα και άλλες εθιστικές ουσίες.
- Να κάνουν ασκήσεις χαλάρωσης.
- Να περνούν τον χρόνο τους παραγωγικά, να έχουν χόμπι και ενδιαφέροντα.
- Να φτιάχνουν πλάνα ημέρας για να διαχειρίζονται τον χρόνο τους σωστά
- Να μην ζουν μονότονα.
- Να προβλέψουν περιόδους άγχους ώστε να είναι έτοιμοι να το αντιμετωπίσουν.

3.6 Ασκήσεις αναπνοής

Οι ασκήσεις αναπνοής από το διάφραγμα, έχουν δείξει ότι είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση του άγχους έχοντας πολλά πλεονεκτήματα. Μερικά από τα πλεονεκτήματα είναι τα εξής, καταρχάς αποφεύγει κανείς την φαρμακευτική αγωγή, η τεχνική αυτή είναι απόλυτα ασφαλής, μπορούν οι ασκήσεις να γίνουν οπουδήποτε και είναι εύκολο κανείς να μάθει να τις κάνει. Έχει επίσης αποδειχτεί πως βοηθά στην αντιμετώπιση του πόνου από πονοκεφάλους αλλά και στην ανάρρωση μετά από χειρουργικές επεμβάσεις. Οι διαφραγματικές αυτές αναπνοές έχουν αναφερθεί στο παρελθόν ως από τις πιο χρήσιμες τεχνικές για την μείωση των επιπέδων άγχους, καθώς μέσω αυτών διεγείρεται το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα που είναι υπεύθυνο για την μείωση του άγχους και αυξάνονται και τα επίπεδα διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα που επίσης ενισχύουν την παρασυμπαθητική νευρική δραστηριότητα. Ακόμα, οι ασκήσεις αυτές βοηθούν στην χαλάρωση, στην συγκέντρωση, στην αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, στην μείωση της αρτηριακής πίεσης και στην σταθεροποίηση του καρδιακού ρυθμού. Οι νοσηλευτές πρέπει να αναπτύξουν στρατηγικές που θα δίνουν κίνητρο στους ασθενείς να συμμετέχουν στις ασκήσεις αυτές δηλαδή θα ήταν χρήσιμο να ενημερώσουν τους ασθενείς για την αποτελεσματικότητα των ασκήσεων αυτών, φυσικά να τους δείξουν την σωστή τεχνική, να παρέχεται σε αυτούς εξατομικευμένη εκπαίδευση και να αξιολογούν αν το κάνουν σωστά (Chen et al., 2016).

3.7 Μουσική παρέμβαση

Το προεγχειρητικό άγχος, όπως ήδη αναφέρθηκε, μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα μετεγχειρητικού πόνου και παρά τις παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή του, μεγάλο ποσοστό ασθενών τον βιώνει. Δεδομένου πως τα φάρμακα έχουν σε πολλές περιπτώσεις ανεπιθύμητες ενέργειες, έχει προταθεί να χρησιμοποιηθεί η μουσική ως μέσο μείωσης του άγχους και του μετεγχειρητικού πόνου. Ωστόσο, παρά τον μεγάλο αριθμό μελετών, η περιεγχειρητική μουσική παρέμβαση δεν

χρησιμοποιείται ευρέως. Ως εκ τούτου, η συγκεκριμένη έρευνα έγινε με σκοπό την αξιολόγηση της μουσικής παρέμβασης κατά την περιεγχειριτική περίοδο. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η μουσική πριν, κατά τη διάρκεια αλλά και μετά τις χειρουργικές επεμβάσεις οδήγησε στη μείωση του άγχους, με μεγαλύτερο αποτέλεσμα όταν η μουσική έπαιζε πριν το χειρουργείο. Όσο για τον πόνο, πιο αποτελεσματική ήταν η μουσική όταν έπαιζε μετά το χειρουργείο. Ακόμα, η μουσική είχε μεγαλύτερη ευεργετική επίδραση, τόσο στον πόνο όσο και στο άγχος, όταν οι ασθενείς επέλεξαν τη μουσική από μια προκαθορισμένη λίστα που τους δόθηκε και όχι όταν τη διάλεγαν μόνοι τους χωρίς περιορισμούς. Η έρευνα αυτή είναι απόδειξη πως η μουσική έχει ευεργετική επίδραση και είναι πολύ σημαντικό το ότι βοηθάει να μειωθεί το άγχος και ο πόνος που είναι δύο κλινικά ζητήματα που μπορεί να καθορίσουν την διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, την νοσηρότητα ακόμα και την θνησιμότητα (Kuhlamann et al., 2018).

3.8 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις προεγχειρητικά

Ο νοσηλευτής πριν το χειρουργείο πρέπει: (Lemone et al., 2014)

- Να βοηθήσει τον ασθενή να πλυθεί και να φορέσει το ειδικό χειρουργικό ένδυμα.
- Να απομακρύνει κοσμήματα από το σώμα ή τα μαλλιά.
- Να αφαιρέσει τεχνητή οδοντοστοιχία και φακούς επαφής αν υπάρχουν.
- Να απομακρύνει βερνίκι από τα νύχια αν υπάρχει.
- Αν φοράει ο ασθενής ακουστικό βαρηκοΐας το αφήνει αλλά ενημερώνει την χειρουργική ομάδα.
- Να παρακολουθεί και να καταγράφει τα ζωτικά σημεία.
- Να διασφαλίσει ότι δεν έχει φάει τίποτα.
- Να σιγουρευτεί ότι η ομάδα αίματος και τυχόν αλλεργίες είναι σωστές και ξεκάθαρα γραμμένες.
- Το ίδιο για το βάρος και το ύψος του.
- Να τοποθετήσει ουροκαθετήρα, φλεβική γραμμή, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Να επιβεβαιώσει πως οι απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις βρίσκονται στον φάκελο του.
- Αν δεν υπάρχει καθετήρας, να ζητήσει από τον ασθενή να ουρήσει.

- Να χορηγήσει τα προεγχειρητικά φάρμακα, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και τα κοντινά του άτομα.
- Να επιβεβαιώσει την ταυτότητα του.
- Να βοηθήσει κατά την μεταφορά του ασθενή από το κρεβάτι στο φορείο.
- Να προετοιμάσει τον θάλαμο του ασθενή με τον απαραίτητο εξοπλισμό.

3.9 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις διεγχειρητικά

Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την διεγχειρητική φάση στοχεύει στο να είναι ασφαλής ο ασθενής, στο να παρακολουθούνται στενά τα ζωτικά σημεία του και φυσικά στην ψυχολογική του υποστήριξη. Με την άφιξή του στην χειρουργική αίθουσα ο νοσηλευτής: (Lemone et al., 2014)

- Κάνει ταυτοποίηση του ασθενή.
- Επιβεβαιώνει το είδος του χειρουργείου και
- το σημείο που πρόκειται να χειρουργηθεί.
- Ελέγχει τα στοιχεία που έχουν για την κατάσταση του ασθενή και τα έγγραφα.
- Επιβεβαιώνει πως είναι διαθέσιμος όλος ο απαραίτητος εξοπλισμός.
- Είναι υπεύθυνος για τον αποστειρωμένο εξοπλισμό καθ'όλη την διάρκεια της επέμβασης.

Το κύριο καθήκον του εργαλειοδότη νοσηλευτή κατά την διεγχειρητική φάση είναι να δίνει καθ' όλη την διάρκεια της επέμβασης τα απαραίτητα εργαλεία στον χειρουργό και στους βοηθούς του. Εκτός από αυτό όμως, βοηθά τους χειρουργούς να ντυθούν με τον αποστειρωμένο ιματισμό, βοηθά στην κάλυψη του ασθενή με αποστειρωμένα πεδία, οφείλει να διατηρεί σε κάθε περίπτωση την ασηψία των εργαλείων και γενικότερα όλης της αποστειρωμένης επιφάνειας. Πρέπει να διατηρεί την ηρεμία του, να είναι συγκεντρωμένος να παρατηρεί και να εργάζεται χωρίς να χρονοτριβεί. (Παπαγεωργίου και συν., 2021)

3.10 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις μετεγχειρητικά

Το αμέσως επόμενο στάδιο ξεκινά όταν ο ασθενής μεταβιβαστεί στον χώρο της ανάνηψης. Εκεί ο νοσηλευτής της ανάνηψης παρακολουθεί τον αεραγωγό του ασθενή, τις αναπνοές του, τα ζωτικά σημεία του και το σημείο που έγινε η χειρουργική τομή και τα αξιολογεί. Ακόμα, εκτιμά συχνά το επίπεδο συνείδησης του χειρουργημένου ασθενή και τον προσανατολίζει ως προς τον τόπο, τον χρόνο και τα πρόσωπα όσες φορές χρειαστεί. Επιπλέον, παρακολουθεί και καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά για να σιγουρευτεί πως δεν υπάρχει κίνδυνος αφυδάτωσης και να αναγνωρίσει έτσι έγκαιρα πιθανές επιπλοκές από το νεφρολογικό ή καρδιαγγειακό σύστημα. Έπειτα, γίνεται εκτίμηση σε τι επίπεδα κυμαίνεται ο μετεγχειρητικός πόνος και εξασφαλίζει την άνεσή του με αναλγητικά σύμφωνα με τις οδηγίες. Φυσικά, σημαντική είναι και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή καθώς είναι μια ευάλωτη στιγμή για αυτόν (Lemone et al., 2014).

Επιπλέον, η μετεγχειρητική αξιολόγηση περιλαμβάνει τα εξής: (Lemone et al., 2014)

- Γενική εικόνα
- Ζωτικά σημεία
- Επίπεδο συνείδησης
- Ψυχολογική κατάσταση
- Χρώμα δέρματος
- Πόνος ή δυσφορία
- Ναυτία ή εμετός
- Αξιολόγηση τραύματος
- Μετρήσεις ούρων
- Κινητικότητα άκρων

Αποτελεί ζωτικής σημασίας ο έλεγχος των παραπάνω καθώς έτσι μπορούν να αναγνωριστούν έγκαιρα τυχόν μετεγχειρητικές επιπλοκές ή να προληφθούν. Την πρώτη μετεγχειρητική ώρα η αξιολόγηση γίνεται ανά 15 λεπτά, ανά 30 λεπτά τις επόμενες 2 ώρες, ανά 1 ώρα για τις επόμενες 4 ώρες. (Lemone et al., 2014)

Ακόμα, κατά την μετεγχειρητική περίοδο ο νοσηλευτής θα πρέπει να προετοιμάσει τον ασθενή για την έξοδο του από το νοσοκομείο. Ο ασθενής αλλά και οι οικείοι του πρέπει να ενημερωθούν εκτενώς για την μετεγχειρητική φροντίδα που πρέπει να ακολουθήσουν στο σπίτι (Osborn et al., 2014).

3.11 Έξοδος από το νοσοκομείο

Ο ασθενής κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο πρέπει να είναι ενημερωμένος για το πώς θα φροντίσει τον εαυτό του. Αυτές οι πληροφορίες δίνονται προφορικά ή γραπτά με τη χρήση απλού λεξιλογίου. Αρχικά, για την περιποίηση του χειρουργικού τραύματος, για την φαρμακευτική του αγωγή, αν μπορεί να κάνει δραστηριότητες και ποιες είναι αυτές, τι μπορεί να περιλαμβάνει το διαιτολόγιο του. Βέβαια, τις πληροφορίες αυτές εκτός από τον ασθενή πρέπει να τις γνωρίζουν και τα κοντινά του άτομα, αν και στόχος είναι η αυτοφροντίδα, πολλές φορές, ιδίως το πρώτο διάστημα οι περισσότεροι ασθενείς δεν είναι ανεξάρτητοι και χρειάζονται βοήθεια από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Osborn et al., 2014).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χειρουργική επέμβαση είναι αναμφισβήτητα μια εξαιρετικά στρεσογόνα κατάσταση, τόσο για το άτομο που πρόκειται να χειρουργηθεί όσο και για το περιβάλλον του. Ελάχιστοι ασθενείς μπορούν να αντιμετωπίσουν με ηρεμία μια επέμβαση, ακόμα και αν πρόκειται για επέμβαση «ρουτίνας». Πολλές φορές δηλαδή φτάνουν σε σημείο να καθυστερούν και να αναβάλλουν για καιρό το χειρουργείο λόγω φόβου. Η ψυχολογική δυσφορία του ασθενή μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της ζωής του και τις σχέσεις του γενικότερα γι' αυτό το λόγο η οικογένεια διαδραματίζει βασικό ρόλο στον επιτυχημένο σχεδιασμό θεραπείας και πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της περίθαλψης.

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στη ζωή των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα άγχους. Αρχικά, είναι ένα από τα πρώτα άτομα που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή, τον βοηθάει πριν από μια χειρουργική επέμβαση και είναι υπεύθυνος για την φροντίδα του μετά από αυτή. Οι νοσηλευτές με τις γνώσεις που διαθέτουν και τις κατάλληλες νοσηλευτικές πράξεις είναι αρμόδιοι για την ολοκληρωτική μέριμνα του ασθενή, η οποία δεν αφορά μόνο τη σωματική αλλά και την ψυχική του υγεία.

Βασική νοσηλευτική παρέμβαση για την πρόληψη και μείωση του άγχους αποτελεί η παροχή πληροφοριών πριν από ένα χειρουργείο προς τον ασθενή καθώς και η ενθάρρυνση του, βελτιώνοντας την ψυχική υγεία του ασθενή. Οι ενημερωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν λιγότερες ανησυχίες και πιο γρήγορη μετεγχειρητική ανάκαμψη σε αντίθεση με τους μη ενημερωμένους.

Οι κύριες νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να επικεντρώνονται στην αναγνώριση του άγχους, και την επαρκή πληροφόρηση του ασθενούς, γιατί με αυτόν τον τρόπο θα έχει κατανοήσει πλήρως το πρόβλημα, και μόνο έτσι θα επιτευχθεί η ταχύτερη ανάρρωση.

Πολύ σημαντικό είναι ο ασθενής να βρίσκεται σε ένα ήρεμο θεραπευτικό περιβάλλον, τόσο πριν την διεξαγωγή της χειρουργικής επέμβασης όσο και μετά. Αναλγητικά φάρμακα για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου και ηρεμιστικά αν υπάρχει ανάγκη, σύμφωνα πάντα με τις ιατρικές οδηγίες, μπορούν να βοηθήσουν. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής εξακολουθεί να

παρουσιάζει αυξημένα επίπεδα άγχους ακόμη και μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο θα ήταν χρήσιμο να συμμετάσχει σε κάποια ομάδα γνωστικής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας και με αυτόν τον τρόπο να ελαχιστοποιηθούν οι ανησυχίες του και τα άγχη που βιώνει.

Συμπερασματικά, ο νοσηλευτής με τον πολυδιάστατο αυτό ρόλο που έχει αναλάβει είναι ικανός να αναγνωρίζει τα σημάδια του άγχους κατά την περιεγχειρητική περίοδο και με την συνεργασία του με τον ασθενή να τα αντιμετωπίζουν. Έτσι επιτυγχάνεται και η ταχύτερη ανάρρωση του ασθενή καθώς ένα μεγάλο μέρος την θεραπείας έχει να κάνει με την ενημέρωσή του ασθενή και το να είναι ικανός να κατανοήσει τι έχει, τα συναισθήματά του και τον λόγο που τα βιώνει και άλλα τέτοιου είδους ερωτήματα που καθιστούν την αποσαφήνιση της κατάστασής του.

ΜΕΡΟΣ 4^ο

4. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

4.1 Ποιοτική έρευνα

Η ερευνητική μέθοδος που επιλέχθηκε είναι η ποιοτική έρευνα. Με την ποιοτική έρευνα έχει κανείς την δυνατότητα να μελετήσει και να κατανοήσει εις βάθος τον τρόπο με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα (Denzim & Lincoln, 1998).

4.2 Παρουσίαση ασθενή

Ο κ. Γιάννης είναι 42 ετών με ύψος 1.80cm και βάρος 85kg. Είναι παντρεμένος, έχει έναν γιο και η γυναίκα του είναι έγκυος. Εκείνος εργάζεται ως ιδιωτικός υπάλληλος σε ένα κατάστημα. Πριν κάποια χρόνια διαγνώστηκε με νόσο του Crohn. Ο κ. Γιάννης συνήθιζε να καπνίζει τουλάχιστον ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα και παράλληλα δεν ήταν προσεκτικός όσον αφορά στις διατροφικές του συνήθειες. Αφότου αρρώστησε, μετά από προσπάθεια κατάφερε να ελαττώσει το κάπνισμα, κάνοντας το πολύ 5 τσιγάρα την ημέρα και πλέον επιλέγει το διαιτολόγιο του με μεγαλύτερη προσοχή. Τόσο εκείνος όσο και η γυναίκα του προσπαθούν να μαγειρεύουν μόνοι τους τα γεύματα τους στοχεύοντας έτσι σε έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής.

Ο κ. Γιάννης πριν διαγνωστεί με νόσο του Crohn, είχε σαν χόμπι του το ψάρεμα. Του άρεσε πολύ να περνάει έτσι τα σαββατοκύριακα του γιατί ήταν μια ευκαιρία για αυτόν να περνάει και παραγωγικό χρόνο με τον φίλο του που πήγαιναν μαζί. Όλο αυτό όμως σταμάτησε καθώς η νόσος του Crohn και τα συμπτώματά της τον περιόριζαν σε μεγάλο βαθμό. Ο κ. Γιάννης αισθάνεται συχνά νοσταλγία για εκείνη την περίοδο της ζωής του και αναπολεί εκείνες τις στιγμές.

Εκτός από την οικογένεια του και τον φίλο του, το κοντινό περιβάλλον του κ. Γιάννη αποτελείται από τις δύο αδερφές του, την μητέρα του, και ένα συνάδελφο του που το τελευταίο διάστημα έχουν έρθει κοντά. Πολλές φορές ο κ. Γιάννης αισθάνεται ενοχικά απέναντί τους γιατί θεωρεί πως τους είναι βάρος και τους ταλαιπωρεί. Αυτό βέβαια δεν ισχύει, σίγουρα στεναχωριούνται για την κατάσταση της υγείας του, αγχώνονται για τον ίδιο αλλά σε καμία

περίπτωση δεν τον αισθάνονται ως βάρος. Θέλουν μόνο το καλό του και προσπαθούν να βοηθήσουν με κάθε τρόπο.

Στην περίπτωση του κ. Γιάννη νοσεί ένα τμήμα του κόλον (παχύ έντερο). Τα συμπτώματα πλέον δεν μπορούν να ελεγχθούν με την φαρμακευτική αγωγή και ήρθε στο νοσοκομείο λόγω της έξαρσης των συμπτωμάτων. Υποβλήθηκε σε κολονοσκόπηση και τα αποτελέσματα έδειξαν πως η νόσος εκδηλώθηκε σε μεγαλύτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Μετά από συζήτηση με τον γιατρό του, και αφού τον ενημέρωσε για το αποτέλεσμα, κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η χειρουργική θεραπεία είναι η καλύτερη επιλογή που έχει σύμφωνα με την κατάσταση του και πως έπρεπε να υποβληθεί σε κολεκτομή και ως επακόλουθο κολοστομία.

Ο κ. Γιάννης μόλις ενημερώθηκε από τον γιατρό του για την κατάσταση της υγείας του ένιωσε αμέσως φόβο και ανησυχία. Αισθάνθηκε απογοήτευση και κατηγορούσε τον εαυτό του καθώς πίστευε πως αρρώστησε εξαιτίας του τρόπου ζωής του. Όσο σκεφτόταν την χειρουργική επέμβαση άρχισε να τον κατακλύζει το άγχος χωρίς να μπορεί να ελέγξει τις σκέψεις του. Ανησυχούσε για την έκβαση της επέμβασης, φοβόταν για την κολοστομία, σκεφτόταν αρνητικά για την νάρκωση αλλά κυρίως φοβόταν πως θα κάνει άδικα το χειρουργείο καθώς ή νόσος θα υποτροπιάζε με επανεμφάνιση σε άλλο σημείο. Ακόμα, αγχωνόταν πολύ για την οικογένεια του, την γυναίκα του και το παιδί του. Ανησυχούσε πως δεν θα είναι λειτουργικός, πως θα αργούσε να επιστρέψει στους ρυθμούς της ζωής του και φοβόταν για τα οικονομικά τους, καθώς η γυναίκα του ήταν έγκυος και σύντομα θα σταματούσε την δουλειά. Η ψυχολογία του κ. Γιάννη έπεσε κατακόρυφα, συχνά ξεσπούσε σε κλάματα και για τις επόμενες μέρες ήταν πολύ ανήσυχος με αποτέλεσμα να έχει διαταραχές ύπνου.

Πολύ σύντομα, ο κ. Γιάννης ενημερώθηκε εκτενώς για την επέμβαση, του λύθηκαν σημαντικές απορίες και υποστηρίχθηκε ψυχολογικά. Οι νοσηλευτές αναγνώρισαν όλους του παράγοντες που του προκαλούσαν άγχος, συζήτησαν για τον καθένα ξεχωριστά και έτσι σιγά σιγά η ψυχολογία του έγινε καλύτερη. Αναλογίστηκε την νέα κατάσταση της υγείας του και προσπάθησε, όσο είναι δυνατόν, σε τόσο μικρό διάστημα, να προσαρμοστεί με αυτήν. Είδε με μεγαλύτερη αισιοδοξία την χειρουργική επέμβαση, και εξοικειώθηκε λίγο με την ιδέα της κολοστομίας. Αυτό που τον βοήθησε περισσότερο ήταν η συστηματική εκπαίδευση και η διδασκαλία για την προεγχειρητική του προετοιμασία αλλά και για την μετεγχειρητική του πορεία, με στόχο την φροντίδα και την αυτοεξυπηρέτησή του.

Το πρωί της χειρουργικής επέμβασης αποχαιρέτησε την γυναίκα του και τις αδελφές του που ήταν εκεί και τους είπε πως όλα θα πάνε καλά. Δεν ήθελε να τις φορτώσει περισσότερο συναισθηματικά όμως όταν απομακρύνθηκε ξέσπασε σε κλάματα. Όταν ξύπνησε από την αναισθησία, του χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή επειδή πονούσε και ενημερώθηκε πως όλα πήγαν καλά. Ο κ. Γιάννης είχε ανάμεικτα συναισθήματα, καθώς από την μία πλευρά ξεπέρασε τον κίνδυνο της επέμβασης όμως ανησυχεί για το μέλλον του, για πιθανή υποτροπή και για το πως θα προσαρμοστεί με την κολοστομία καθώς είναι μία νέα κατάσταση για αυτόν.

4.3 Νόσος Crohn γενικά

Όσον αφορά στη νόσο του Crohn γενικότερα, είναι μία φλεγμονώδης πάθηση, με υφέσεις και εξάρσεις, που μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, από το στόμα έως τον πρωκτό. Δεν είναι γνωστή η αιτιολογία της πάθησης όμως υπάρχουν παράγοντες που μπορούν να την επηρεάσουν όπως το οικογενειακό ιστορικό, το κάπνισμα κ.ά. (Μουτσόπουλος 2009:Γιωτάκη, 2014)

Τα συμπτώματα της νόσου του Crohn περιλαμβάνουν διάρροια, κολικούς, κοιλιακό άλγος κυρίως στο δεξί κάτω τεταρτημόριο της κοιλιάς, επείγουσα ανάγκη για αφόδευση και απώλεια βάρους (Τσίου Χ. και συν).

Περεταίρω συμπτώματα είναι οι περιοριστικές φλεγμονές, η αρθρίτιδα, η εμφάνιση πυρετού και αίσθηση μάζας όταν γίνεται ψηλάφηση κοιλιάς. Ακόμα, αναιμία, αδυναμία και απώλεια βάρους πιθανότατα να εμφανιστούν μεταγενέστερα (Γιωτάκη, 2014).

Η εμφάνιση ναυτίας και εμετού κυρίως μετά το φαγητό, η αιμορραγία (σπάνια), και περιπρωκτικές αλλοιώσεις όπως ραγάδες είναι μερικά ακόμα από τα συμπτώματα της νόσου (Swartz, 2011).

Πάντως, πρωταρχικός στόχος είναι η ύφεση της νόσου, η ανακούφιση των συμπτωμάτων και εξίσου σημαντική είναι και η ψυχική υγεία του ασθενούς καθώς πολλές φορές βιώνει έντονα συναισθήματα όπως άγχος, θυμός, άρνηση, ή ακόμα και κατάθλιψη (Γιακουμιδάκης και συν., 2011).

Εκτός από τα σωματικά συμπτώματα που προκαλούνται από τη νόσο του Crohn, οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι και με συμπτώματα που επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία. Είναι πολύ συχνό φαινόμενο, άτομα που έχουν αυτή την νόσο να παρουσιάζουν έντονο άγχος, απομόνωση,

αμηχανία λόγω της διάρροιας, ακόμη και ανασφάλεια να βγουν εκτός της οικείας τους. Αυτά σε πιο προχωρημένο στάδιο μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα και επεισόδια κατάθλιψης (Hogan, 2012).

4.4 Κολοστομία-Κολεκτομή

Όσο για την κολεκτομή, είναι μία κατάσταση όπου ο ασθενής καλείται να προσαρμοστεί σε αυτήν καθώς πρόκειται για την αφαίρεση ενός οργάνου. Πολλοί ασθενείς αντιλαμβάνονται την κολοστομία σαν κάτι που επηρεάζει την εικόνα τους, έχοντας πολλές φορές και ζητήματα αυτοσεβασμού (Cotrim & Pereira, 2008).

Το κυριότερο ζήτημα της κολοστομίας είναι η αποδοχής της νέας κατάστασης. Μπορεί να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία κάποιου, έχοντας αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του. Για παράδειγμα, το άγχος και κατάθλιψη είναι συχνά φαινόμενα ενώ ταυτόχρονα επηρεάζεται η ζωή τους σε κοινωνικό επίπεδο (Northhouse et al., 2000).

Οι ασθενείς που έρχονται αντιμέτωποι με τέτοιες καταστάσεις έχουν την ανάγκη όχι μόνο να αντιμετωπιστούν οι παρενέργειες της νόσου αλλά και να διασφαλίσουν μία ισορροπημένη ψυχολογία. Αυτό ωφελεί στο να προσαρμόζονται στην νέα τους κατάσταση πιο εύκολα, ακόμη, στο να αναγνωρίζουν την αξία τους και στο να εξοικειώνονται με το σώμα τους (Moussas et al., 2012).

Πρωταρχικός σκοπός του νοσηλευτή είναι να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει τον ασθενή όσον αφορά στην κολοστομία, στοχεύοντας στην αυτοεξυπηρέτηση του. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής θα αισθάνεται μεγαλύτερη σιγουριά, θα έχει τον έλεγχο και ως αποτέλεσμα θα προάγεται η υγεία του, τόσο η σωματική, όσο και η ψυχική (Kidd et al., 2008).

4.5 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, το να έρχεται κανείς αντιμέτωπος με μια νόσο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ψυχική του υγεία. Είναι πιθανό να αισθάνεται φόβο, άγχος, ανησυχία, λύπη, απομόνωση

ακόμα και ενοχή. Όπως έχει γίνει κατανοητό, καταλυτικό ρόλο έχουν οι νοσηλευτές που με την κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση, την καλή συνεργασία και επικοινωνία μπορούν να προάγουν την υγεία και την ευεξία του εκάστοτε ασθενή.

Φυσικά, πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και ο περίγυρος του ασθενή, είναι μείζονος σημασίας να αισθάνεται ότι περιτριγυρίζεται από υποστηρικτικά άτομα. Ως εκ τούτου, το αίσθημα ασφάλειας μεγαλώνει, έχει καλύτερη εικόνα για τον εαυτό του, προσαρμόζεται με μεγαλύτερη ευκολία στην νέα αυτή κατάσταση που βιώνει και επιτυγχάνεται γρηγορότερα η ανάρρωση του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Acute Kidney Injury Work Group. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *Kidney International* 2012;2(Suppl.):1- 138.
2. Anghelescu D.L., Oakes L.L., & Hankins M.G., (2011). *Treatment of Pain in children after Limbsparing surgery: An institution's 26 year experience*, *Pain management Nursing*, (12): 82 - 94.
3. *AORN Journal* (2021) Preoperative preparation , 113(4).
4. Apfelbaum, J. L., Silverstein, J. H., Chung, F. F., Connis, R. T., Fillmore, R. B., Hunt, S. E., ... Schreiner, M. S. (2013). *Practice Guidelines for Postanesthetic Care*. *Anesthesiology*, 118(2), 291–307.
5. Bae, S. H., Mark, B., & Fried, B. (2010). Impact of nursing unit turnover on patient outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 40-49.
6. Bailey, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN journal*, 92(4), 445-460.
7. Briggs, C. L. (2010). Nursing Students' Thought Processes Underlying Pain Management Decisions. *Nursing Education Perspectives*, 31(2), 84-88.
8. Burns, N., & Grove, S. K. (2010). *Understanding nursing research-eBook: Building an evidence-based practice*. Elsevier Health Sciences.
9. Carl A. Perlino (2001). *Postoperative fever*. *Medical Clinics of North America*, 85(5), 1141-1149
10. Caumo, W., Broenstrub, J. C., Fialho, L., Petry, S. M. G., Brathwait, O., Bandeira, D., ... Ferreira, M. B. C. (2000). *Risk factors for postoperative anxiety in children*. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 44(7), 782–789.

11. Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Adamatti, L. C., ... Ferreira, M. B. C. (2001). *Risk factors for postoperative anxiety in adults. Anaesthesia, 56(8), 720–728.*
12. Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: a case study. *International journal of nursing practice, 16(1), 27-34.*
13. Chen, Y.-F., Huang, X.-Y., Chien, C.-H., & Cheng, J.-F. (2016). *The Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training for Reducing Anxiety. Perspectives in Psychiatric Care, 53(4), 329–336.*
14. Chung, Frances MD, FRCPC; Ritchie, Ewan MBBS; Su, Jun MD (1997), *MSc Postoperative Pain in Ambulatory Surgery, Anesthesia & Analgesia: 85(4), 808-816*
15. Colligan, T. W., & Higgins, E. M. (2006). Workplace stress: Etiology and consequences. *Journal of workplace behavioral health, 21(2), 89-97*
16. Cornel, E. B., Elzevier, H. W., & Putter, H. (2010). Can advance transobturator sling suspension cure male urinary postoperative stress incontinence?. *The Journal of urology, 183(4), 1459-1463*
17. Cotrim, H., & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care. *European Journal of Oncology Nursing, 12(3), 217-226.*
18. Davidson, S., et al. 2009. Pathology. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Χ. Μουτσόπουλος, και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε.
19. Debono, B., Wainwright, T. W., Wang, M. Y., Sigmundsson, F. G., Yang, M. M. H., Smid-Nanninga, H., ... de Boer, H. D. (2021). *Consensus statement for perioperative care in lumbar spinal fusion: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. The Spine Journal, 21(5), 729–752.*
20. Demirtas, Y., Ayhan, S., Tulmac, M., Findikcioglu, F., Ozkose, Z., Yalcin, R., & Atabay, K. (2005). Hemodynamic effects of perioperative stressor events during rhinoplasty. *Plastic and reconstructive surgery, 115(2), 620-626*

21. Denzin, N. & Lincoln, Y. (1998): « Strategies of Qualitative Inquiry». London: Sage Publications.
22. Dewit S., 2001. Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας, Τόμος 1, μτφρ. Σακοράφας Γ., Αθήνα, Λαγός Δημήτριος
23. Dindo, D., & Clavien, P.-A. (2008). *What Is a Surgical Complication? World Journal of Surgery*, 32(6), 939–941.
24. Eiseberg, D., Gollust, S.E., Goldberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*. , 77(4), 534-542
25. Erkilic, E., Kesimci, E., Soykut, C., Doger, C., Gumus, T., & Kanbak, O. (2017). *Factors associated with preoperative anxiety levels of Turkish surgical patients: from a single center in Ankara*. *Patient Preference and Adherence*, 11, 291-296.
26. Evans, D. C., Martindale, R. G., Kiraly, L. N., & Jones, C. M. (2014). Nutrition optimization prior to surgery. *Nutrition in Clinical Practice*, 29(1), 10-21
27. Gan, T. J. (2006). *Risk Factors for Postoperative Nausea and Vomiting*. *Anesthesia & Analgesia*, 102(6), 1884–1898.
28. Ghoneim M., O’Hara B. Surg M. (2016) Depression and postoperative complications: an overview.. *BMC Surg*. 16(5)
29. Golba KL (2015) *Services for people with serious mental illness: the impact of national, state and local policy and practice* [dissertation]. Lincoln, NE: Psychology, University of Nebraska-Lincol
30. Gürsoy, A., Candaş, B., Güner, Ş., & Yılmaz, S. (2016). Preoperative stress: An operating room nurse intervention assessment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(6), 495-503
31. Hogan M.A. Ψυχολογική Προσαρμογή στην Σωματική Νόσο, Γενική επιμέλεια: Μαρία Ν.Κ. Καρανικόλα, Θεολογία Ι. Ζιώγου, Χρυσούλα Π. Νταφογιάννη, Εκδόσεις: Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2012, 351- 368.

32. Ignatavicius, D., & Workman, L. (2008). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη Για Συνεργατική Φροντίδα. Επιστημονική Επιμέλεια Βασιλειάδου, Α. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ. 5(1)
33. Ingram, S. (2017). *Taking a comprehensive health history: learning through practice and reflection. British Journal of Nursing, 26(18), 1033–1037.*
34. Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences, 12(2), 145-148.*
35. Jones, S., & Donelle, L. (2011). Assessment of electronic health record usability with undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship, 8(1).*
36. Kanagaraj, S., & Sivarajan, N. (2019). The Effect Of Direct Eye Contact On Preoperative Surgical Patients And Counseling Intervention On Postoperative Anxiety, Depression And Posttraumatic Stress Disorder. *Global Journal For Research Analysis, 8(6), 1–3.*
37. Kang, Y.S., Choi, S.Y., & Ryu, E. (2009). *The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety and depression experienced by nursing students. Nurse Education Today, 29, 538-543.*
38. Kermansaravi, F., Navidian, A., & Yaghoubinia, F. (2015). Nursing students' views of nursing education quality: a qualitative study. *Global journal of health science, 7(2), 351*
39. Kidd, L., Kearney, N., O'Carroll, R., & Hubbard, G. (2008). *Experiences of self-care in patients with colorectal cancer: a longitudinal study. Journal of Advanced Nursing, 64(5), 469-477.*
40. Kinchin D., (2005). *Post-traumatic stress disorder the invisibly injury.* Wessex Press Wantage Oxfordshire GB.
41. Koivuranta, M., Laara, E., Snare, L., & Alahuhta, S. (1997). *A survey of postoperative nausea and vomiting. Anaesthesia, 52(5), 443–449.*

42. Kring A.M, G.C Davison, J.M Neale, J.M Johnson, (2010). *Psychopathology*, Εκδόσεις Cutenberg, Athens.
43. Kühlmann, A. Y. R., de Rooij, A., Kroese, L. F., van Dijk, M., Hunink, M. G. M., & Jeekel, J. (2018). *Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery. British Journal of Surgery, 105(7), 773–783.*
44. Kukimoto Y., Ooe N., & Idequchi N., (2017). “The Effects of Massage Therapy on Pain and Anxiety after Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis”. *Pain Manag Nurs*, 2017; 18(6):378-399
45. LeMone Priscilla, Burke Karen, Bauldoff Gerene, Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς , Τόμος Α, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 2014, Κεφάλαιο 4, σελ. 60-98.
46. Litke, J., Pikulska, A., & Wegner, T. (2012). Management of perioperative stress in children and parents. Part I—The preoperative period. *Anaesthesiology intensive therapy, 44(3), 165-169.*
47. Liu, Y.R., Shiah, I.S., Chang, Y.C., Lai, T.J., Wang, K.Y., & Chou, K.R. (2004). *Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students’ assertiveness, self-esteem and interpersonal communication satisfaction.* *Nurse Education Today, 24, 655-665.*
48. Luo, J., & Min, S. (2017). *Postoperative pain management in the postanesthesia care unit: an update.* *Journal of Pain Research, Volume 10, 2687–2698.*
49. Madsen, B. K., Zetner, D., Møller, A. M., & Rosenberg, J. (2020). *Melatonin for preoperative and postoperative anxiety in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020(12)*
50. Malek, J., Ctrnacta, E., & Kurzova, A. (2004). *Patients' perioperative worries and experiences, 83(8), 406-410*
51. Moerman N.(1996) *Psychological aspects of anesthesia.* Ridderprint, Ridderkerk, the Netherlands

52. 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
53. *Morgan G.E., Mikhail M.S., Murray M.J., (2016) Clinical Anesthesiology*, New York, McGraw-Hill
54. Mosby, E. (2013). Βασικές Ανώτερες και Εξειδικευμένες Νοσηλευτικές Δεξιότητες. Επιστημονική Επιμέλεια Μπαλτόπουλος, Ι. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ
55. Moussas, G. I., Papadopoulou, A. G., Christodoulaki, A. G., & Karkanias, A. P. (2012). *Psychological and psychiatric problems in cancer patients: Relationship to the localization of the disease*. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23(1), 46-60.
56. Nicholson, A., Lewis, S. R., Alderson, P., & Smith, A. F. (2014). *Alpha-2 adrenergic agonists for the prevention of shivering following general anaesthesia*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
57. Northouse, L. L., Mood, D., Templin, T., Mellon, S., & George, T. (2000). *Couples' patterns of adjustment to colon cancer*. *Social science & medicine*, 50(2), 271-284.
58. Olin K. (2005) *Postoperative complications and longer hospital stays*. *J Epidemiol Community Health*
59. Osborn, S.K., Wraa, E.C., & Watson, B.A. (2014). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. Επιστημονική Επιμέλεια Κουρκούτα, Λ., Μαντζούκας, Σ., Μπατσολάκη, Μ., Παπαδημητρίου, Μ., Ροβίθης, Μ., Τσίου, Χ. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης, Τόμος 1.
60. Perks A, Chakravarti S, Manninen P (2009) *Preoperative anxiety in neurosurgical patients*. *J Neurosurg Anesthesiol* 21(2): 127-30.
61. Perry, G.A., & Potter, P.A. (2012). *Βασική Νοσηλευτική & Κλινικές Δεξιότητες*. Επιστημονική επιμέλεια Σαράφης, Π. Κύπρος: Εκδόσεις Πασχαλίδη.

62. Pinar, G., Kurt, A., & Gungor, T. (2011). *The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study*. *World journal of surgical oncology*, 9(1), 38.
63. Polikandrioti, M., Koutsopoulou, V., (2014). *Anxiety in non-psychiatric patients*. *Rostrum of Asclepius*, 12(1), pp. 65-54.
64. Rawal, N. (2016). *Current issues in postoperative pain management*. *European Journal of Anaesthesiology*, 33(3), 160–171.
65. Sadati, L., Pazouki, A., Mehdizadeh, A., Shoar, S., Tamannaie, Z., & Chaichian, S. (2013). *Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial*. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(4), 994-998.
66. Sheldon, L., (2009). *Communication for nurses: talking with patients*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Ε. Παπαδοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη./
67. Shin, L., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology* .
68. Shinall, M. C., Arya, S., Youk, A., Varley, P., Shah, R., Massarweh, N. N., ... & Hall, D. E. (2020). Association of preoperative patient frailty and operative stress with postoperative mortality. *JAMA surgery*, 155(1), e194620-e194620.
69. Silén, M., Skytt, B., & Engström, M. (2019). Relationships between structural and psychological empowerment, mediated by person-centred processes and thriving for nursing home staff. *Geriatric Nursing*, 40(1), 67-71.
70. Stamenkovic, D. M., Rancic, N. K., Latas, M. B., Neskovic, V., Rondovic, G. M., Wu, J. D., & Cattano, D. (2018). *Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history*. *Minerva Anestesiologica*, 84(11).
71. Sunitha B.S., (2015). The effect of audio therapy to treat postoperative pain in children undergoing major surgery: a randomized controlled trial, *Pediatric Surgery International*, 31 (2): 194 - 201.

72. Swartz, M., (2011). *Κλινική διάγνωση, ιστορικό και φυσική εξέταση*. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός
73. 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. Τ
74. Tung, H. H., Hunter, A., & Wei, J. (2008). *Coping, anxiety and quality of life after coronary artery bypass graft surgery*. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 651-663.
75. Twiss, E., Seaver, J., & McCaffrey, R. (2006). *The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery*. *Nursing in critical care*, 11(5), 224-231.
76. Viftrup, A., Dreyer, P., Nikolajsen, L., & Holm, A. (2020). *Surgery cancellation: A scoping review of patients' experiences*. *Journal of Clinical Nursing*, 30(3-4), 357–371.
77. Vigano, J., Cereda, E., Caccialanza, R., Carini, R., Cameletti, B., Spampinato, M., & Dionigi, P. (2012). Effects of preoperative oral carbohydrate supplementation on postoperative metabolic stress response of patients undergoing elective abdominal surgery. *World journal of surgery*, 36(8), 1738-1743.
78. Way, W.L., & Doherty, M.G. (2007). Σύγχρονη Χειρουργική, Διάγνωση και Θεραπεία. Επιστημονική Επιμέλεια Μπράμης, Α. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης. Τόμος 1.
79. Wennström, B., Törnhaage, C. J., Nasic, S., Hedelin, H., & Bergh, I. (2011). The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol. *Pediatric Anesthesia*, 21(10), 1058-1065.
80. Wilson, C. J., Mitchelson, A. J., Tzeng, T. H., El-Othmani, M. M., Saleh, J., Vasdev, S., ... & Saleh, K. J. (2016). *Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes*. *The American Journal of Surgery*, 212(1)
81. Yilmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., & Bekar, M. (2012). *Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients*. *Journal of clinical nursing*, 21(7-8), 956-964.

82. Αγγελόπουλος, Ν. Β., (2001). *Ψυχιατρικά προβλήματα κατά την περιεγχειρητική περίοδο*. Βραχεία Ανασκόπηση. 18(5):446-450.
83. Αθανάτου Ε. (2010). *Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική*, Έκδοση Ζ', Αθήνα
84. Αλεβίζος, Β., 2008. Άγχος: Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις
85. Αναγνωστόπουλος, Δ. & Παπαγεωργίου, Α., 2010. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
86. Ασκητοπούλου, Ε., & Παπαϊωάννου, Α. (2015). *Παρακολούθηση στην αίθουσα ανάνηψης*. Κεφαλαιο 12. Σελ:442-469.
87. Γιακουμιδάκης, Κ. και συν, 2011. Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου. Νοσηλευτική, 50 (1), σελ. 95-103
88. Γιανοπούλου, Α., 2005. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 5η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Ταβιθά.
89. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή. (2011). Χειρουργική, Από το Διαδίκτυο και το Ερευνητικό Προσωπικό του Χειρουργικού Τομέα. Κύπρος: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
90. Ζαμπούρη-Ευαγέλου, Α., (2017). *Προεγχειρητική Εκτίμηση. Προετοιμασία για Αναισθησία και Εγχείρηση. Προνάρκωση*. ΘΕΜΑΤΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΪΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 4(9)
91. Κέντρου, Α., Γκιώκα, Μ., Παναγιώτου, Ε., Σκάρπα, Ν., & Κωστάκη-Σγουρομάλλη, Σ. (2018). *Προεγχειρητική επίσκεψη: προετοιμασία αρρώστου προ του χειρουργείου*. Σελ 84-85, εκδότης: Επιστημονικό Συμβούλιο Ασκληπιείου Βούλας
92. Κουκιά Ε ., (2014). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. Αθήνα.

93. Κουργιαντάκη Α., Φασόη Γ., Κελέση Μ., Καμπά Ε., Σταυροπούλου Α. (2017) *Ενημέρωση του ασθενή και προεγχειρητικό άγχος*, Το βήμα του Ασκληπιού Volume 16, Issue 1
94. Κουτελέκος Ι., (2015). *Η ανάγκη για επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών*. Περίεγχειρητική Νοσηλευτική, τομ. 4ος, τεύχος 1.
95. Κυριακίδου Ελένη Θ. (2000), *Κοινωνική Νοσηλευτική*, Αθήνα, Εκδόσεις Η Ταφίδα
96. Κωστάκης Ι. Αλκιβιάδης, Σύγχρονη Χειρουργική Διαγνωστική & Θεραπευτική, Τόμος Ι, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, (2005), Κεφάλαιο 19, σελ 331-344
97. Λυκούρας Λ., Σολδάτος Κ., & Ζέρβας Γ. ,(2009). Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
98. Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 6(1), 21-27
99. Παπαδάκη Ε. ,(2013) *Το άγχος και η διαχείριση του*, www.blog.vrisko.gr, ημερομηνία αναζήτησης 27/1
100. Παπαδάκη, Α.Α. (1992). *Το Χειρουργείο στην Βασική Νοσηλευτική Εκπαίδευση*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
101. Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε., (1995). *Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα,
102. Ραγία, Α., (2004). *Η επικοινωνία*. Νοσηλευτική, 42(3), σελ 153-160
103. Στυλιανή Κοτρωτσίου, Θεοδόσιος Παραλίκας, Ιωάννα Παπαθανασίου, Ελένη Λαχανά, Γεωργία Κυπαρίση, Ανδρέας Ριζούλης. (2008) *Η έννοια της φροντίδας* Το βήμα του Ασκληπιού. 7(1) Ιανουάριος-Μάρτιος
104. Τούντα, Κ.Ι. (1975). *Επίτομος Χειρουργική*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός. Τεύχος 1.

- 105.** Τσίου Χ. & Πλάκας Σ., (2015) *ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ*. Perioperative nursing, 4(3)
- 106.** Τσίου, Χ. και συν, (2015). Διερεύνηση Προβλημάτων Ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου - Μια Πιλοτική Μελέτη. Νοσηλευτική, 54 (3), σελ. 250-259
- 107.** Φασουλάκη Α. Ι. (2005) *Αναισθησιολογία*, Εκδόσεις Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- 108.** Χαράτση-Γιωτάκη, Ε., (2014). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Ιωάννινα: Εκδόσεις Γιωτάκης.