



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**Ζητήματα Προεγχειρητικού και Μετεγχειρητικού άγχους και
Νοσηλευτικές Διεργασίες.**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Ιγνατιάδου Ραφαήλα

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Μαίρη Γκούβα

Καθηγήτρια Ψυχολογίας

ΙΩΑΝΝΙΝΑ - Μάϊος 2019

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως αντικείμενο μελέτης το προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος των ασθενών και τις νοσηλευτικές διεργασίες. Σε πρώτη φάση θα περιγράψουμε την διαδικασία εμφάνισης του άγχους, αλλά και την επίδραση του βάσει θεωρητικών πλαισίων. Στην συνέχεια, θα αναλύσουμε τους παράγοντες και τις επιπτώσεις του άγχους των χειρουργικών ασθενών, ενώ παράλληλα θα αναφερθούμε στις θεραπευτικές προσεγγίσεις για την διαχείριση του μέσω νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Με το πέρας της ολοκλήρωσης των σπουδών μου, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές και τις καθηγήτριες μου, για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν και με βοήθησαν να σταθώ αντάξια των ικανοτήτων μου. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω εκ των προτέρων, την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Μαίρη Γκούβα, για την συνεργασία και την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας. Τέλος, ευχαριστώ όλους όσους συνέβαλαν σε αυτήν την προσπάθεια, τόσο για την συμπαράσταση τους, όσο και για την υλική και ηθική βοήθεια.

Πίνακας Περιεχομένων

Πρόλογος.....	1
<i>Περίληψη</i>	4
Summary in English.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΜΕΡΟΣ I	10
ΑΓΧΟΣ	11
1.1 Ιστορική αναδρομή του άγχους.....	11
1.2 Ορισμός άγχους.....	12
1.3 Συμπτωματολογία άγχους.....	19
1.4 Παθοφυσιολογία του άγχους.....	20
ΜΕΡΟΣ II	21
ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΚΑΙ	
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	22
2.1 Προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος.....	22
2.2 Παράγοντες κινδύνου του χειρουργικού άγχους.....	25
2.3 Επιπτώσεις του χειρουργικού άγχους.....	34
2.4 Διαχείριση του άγχους για το χειρουργείο.....	40
2.5 Προεγχειρητική ενημέρωση παροχή πληροφοριών και μείωση του	
άγχους των χειρουργικών ασθενών.....	45
2.6 Ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη.....	48
2.7 Φαρμακευτική υποστήριξη του προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού	
άγχους.....	50
ΜΕΡΟΣ III	52
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	53
3.1 Προεγχειρητική φροντίδα χειρουργικού ασθενή.....	53
3.2 Προεγχειρητική περίοδος.....	53
3.2.1 Διαγνωστικές εξετάσεις και λήψη ιστορικού.....	54
3.2.2 Προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενούς.....	55

3.2.3 Προετοιμασία για το χειρουργείο.....	56
3.3 Διεγχειρητική περίοδος	57
3.4 Αναισθησία.....	57
<i>ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ</i>	58
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	59
4.1 Μετεγχειρητική περίοδος.....	59
4.2 Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα (φάση ανάνηψης).....	59
4.3 Συνεχιζόμενη μετεγχειρητική φροντίδα.....	60
4.4 Παροχή φροντίδας στην μονάδα εντατικής θεραπείας.....	60
4.5 Παρακολούθηση του ασθενή κατά την παραμονή του στο χειρουργικό τμήμα.....	60
4.6 Φροντίδα του ασθενή μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο.....	62
4.7 Μετεγχειρητικές ασκήσεις.....	62
4.8 Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	62
<i>ΜΕΡΟΣ ΙΙΙΙ</i>	64
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ	65
5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του άγχους.....	65
<i>ΜΕΡΟΣ ΙΙΙΙΙ</i>	68
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΈΡΕΥΝΑ	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1: Μοντέλο άγχους και ασθένειας.....	18
---	----

Το άγχος αντιπροσωπεύει ένα από τα κύρια ζητήματα στον κλινικό χώρο του χειρουργείου. Συχνά το άγχος των ασθενών που προγραμματίζονται για χειρουργική επέμβαση, προέρχεται από λανθασμένες αντιλήψεις για το τι πρόκειται να συμβεί κατά την επέμβαση και για το ποιές θα είναι οι συνέπειες. Η επίδραση του άγχους μπορεί να επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις, τόσο στην ψυχική, όσο και σωματική υγεία του ασθενούς. Εκτενέστερα, η προετοιμασία του ασθενή για το χειρουργείο, και η προεγχειρητική εκτίμηση, αποτελούν σημαντικό στοιχείο για την σωστή μετεγχειρητική ανάρρωση. Η σωστή ενημέρωση και η επικοινωνία, αποτελούν βασικό τμήμα μιας καλής επαγγελματικής συμπεριφοράς στην νοσηλευτική και η βάση για την οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης, που θα βοηθήσει στην βελτίωση της φροντίδας, με στόχο την ομαλή εξέλιξη και την μείωση του άγχους.

Σκοπός: Σκοπό αποτελεί η ανάλυση των στρεσογόνων παραγόντων και η διερεύνηση πηγών άγχους και βιολογικών αιτιών, με στόχο την εξάλειψη έντονων συναισθημάτων, που συνοδεύουν τον ασθενή στο χώρο του χειρουργείου. Επιπλέον πρωταρχικό μέλημα αποτελεί η ανάδειξη του ρόλου του νοσηλευτή, τόσο στην διαχείριση του άγχους και των ψυχολογικών παραγόντων, όσο και στην συνολική φροντίδα και αποκατάσταση του χειρουργικού ασθενή.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar, και PubMed. Το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή αυτή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις και συστηματικές μελέτες στην αγγλική και ελληνική γλώσσα. Δεν τέθηκε περιορισμός όσον αφορά την χρονολογία των άρθρων.

Αποτελέσματα: Πολλές μελέτες αναδεικνύουν τη χρησιμότητα της προεγχειρητικής προετοιμασίας μέσω εξειδικευμένης πληροφόρησης και παρεμβάσεων κοινωνικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων. Επίσης, έχει προταθεί η χρήση μεθόδων και στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιούν το άτομο για να μειώσει το άγχος και να χειριστεί τις ψυχοπνευματικές διαστάσεις του επικείμενου χειρουργείου. Τέλος, έχουν

εφαρμοσθεί με επιτυχία διάφορες παρεμβάσεις και άλλες εξειδικευμένες τεχνικές διαχείρισης του άγχους ως μέτρα αντιμετώπισης του προεγχειρητικού άγχους, αλλά και άλλων ψυχολογικών παραμέτρων.

Συμπεράσματα: Η κατάλληλη προεγχειρητική φροντίδα αποτελεί ένα μέσο για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων του χειρουργικού ασθενή, που συμβάλλει στην μείωση του μετεγχειρητικού πόνου, στην βελτίωση της ποιότητας ζωής, στην μετεγχειρητική τους ευημερία και ανάκαμψη και στην πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Λέξεις - Κλειδιά: Άγχος, Χειρουργικός Ασθενής, Ανησυχία, Φόβος, Παράγοντες προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους, Επιπτώσεις άγχους των χειρουργικών ασθενών, Ενημέρωση και Πληροφόρηση Χειρουργικού Ασθενή, Προεγχειρητική Φροντίδα, Μετεγχειρητική Φροντίδα, Πόνος, Αναισθησία, Επιπλοκές, Κατάθλιψη, Νοσηρότητα, Θνησιμότητα.

Summary in English

ABSTRACT: Stress represents one of the main issues in the clinical area of the surgery. Often the anxiety of patients scheduled for surgery is based on misconceptions about what is going to happen during surgery and what the consequences will be. The effect of anxiety can have significant effects on both the mental and physical health of the patient. Extensively, patient preparation for surgery, and preoperative assessment, are an important element for proper postoperative recovery. Proper information and communication are an essential part of good professional behavior in nursing and the basis for building a relationship of trust that will help improve care with a view to smooth progression and anxiety reduction.

AIM: The aim is to analyze stressors and to investigate sources of anxiety and biological causes, in order to eliminate the intense emotions that accompany the patient in the operating room. In addition, the role of the nurse in the management of anxiety and psychological factors, as well as in the overall care and rehabilitation of the surgical patient, is of primary importance.

MATERIALS AND METHODS: A review of the international bibliography in the Google Scholar electronic databases, and PubMed. The material was collected following a detailed study of the relevant literature. This choice was made by general articles, reviews and systematic studies in the English and Greek languages. There was no restriction on the chronology of the articles.

RESULTS: Many studies highlight the usefulness of preoperative preparation through specialized information and social support interventions to address stressors. It has also been proposed to use methods and strategies that act on the individual to reduce anxiety and manage the psychic pressure dimensions of the impending surgery. Finally, various interventions and other specialized anxiety management techniques have been successfully implemented as measures to address pre-operative anxiety, as well as other psychological parameters.

CONCLUSIONS: Appropriate preoperative care is a means of counteracting the psychological impact of the surgical patient, helping to reduce post-operative pain,

improve quality of life, postoperative well-being and recovery, and prevent post-operative complications.

KEY WORDS: Stress, Surgical Patient, Anxiety, Fear, Preoperative and Postoperative Anxiety Factors, Anxiety Effects of Surgical Patients, Surgical Patient Information and Prevention, Preoperative Care, Postoperative Care, Pain, Anesthesia, Complications, Depression, Morbidity, Mortality.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χειρουργική επέμβαση, αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση του προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους. Το άγχος, θεωρείται ότι είναι μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, και αποτελεί μέρος της χειρουργικής διαδικασίας. Το υψηλό άγχος κατά την συνολική περιεγχειρητική περίοδο, μπορεί να επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις και να επηρεάσει την υγεία των χειρουργικών ασθενών.

Η είσοδος του ασθενή στο νοσοκομείο, θεωρείται μια από τις πιο αγχωτικές εμπειρίες της ζωής. Οι ασθενείς που προγραμματίζονται να υποβληθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις, συχνά δηλώνουν ότι αισθάνονται απώλεια ελέγχου της ζωής τους, η οποία συχνά οδηγεί σε σύγχυση, φόβο και πανικό. Τα συναισθήματα που βιώνουν κυρίως οι ασθενείς κατά την χειρουργική περίοδο, είναι συναισθήματα άγχους, φόβου, εξάρτησης, αβεβαιότητας και αδυναμίας (Tusek, Church & Fazio, 1997).

Το ψυχολογικό άγχος των ασθενών, μπορεί ακόμη να οφείλεται στην πρόβλεψη του μετεγχειρητικού πόνου, στον διαχωρισμό από την οικογένεια, τα παθολογικά ευρήματα, στον φόβο της χειρουργικής επέμβαση, της αναισθησίας και του θανάτου (Caumo et al., 2001).

Η χειρουργική διαδικασία εκλαμβάνεται ως απειλή για την υγεία του ασθενούς, και αποτελεί ένα στρεσογόνο γεγονός που μπορεί να πυροδοτήσει συναισθηματικές, γνωσιακές και φυσιολογικές αντιδράσεις. Η προεγχειρητική ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, μπορεί να συνδεθεί με πιθανές επιπλοκές, αλλά και με την μετεγχειρητική πορεία και ανάκαμψη του, επηρεάζοντας έτσι την ποιότητα της ζωής του. Η επιστημονική προσέγγιση του προεγχειρητικού άγχους, περιλαμβάνει την αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων και την εκτίμηση του επιπέδου του άγχους του ασθενή (Osborn, Wraa, Watson & Holleran, 2016).

Η ποιότητα ζωής των ασθενών, συσχετίζεται με την ψυχική, σωματική και κοινωνική τους ευημερία. Η επίτευξη της όμως, καθορίζεται και αλληλεξαρτάται από

διάφορους παράγοντες και για αυτό καθιστάτε δύσκολη, τόσο στην εννοιολογική της σημασία, όσο και στην πραγματοποίηση της. Η ποιότητα ζωής, καταλαμβάνει μεγάλης σημασίας στην προσαρμογή των ασθενών μετά την χειρουργική επέμβαση (Tung, Hunter & Wei, 2008).

Η ένταση και ο βαθμός που κάθε ασθενής θα βιώσει άγχος, εξαρτάται από τις εμπειρίες, την ηλικία, το φύλο, το είδος και την έκταση της χειρουργικής επέμβασης, την προηγούμενη χειρουργική εμπειρία, την προσωπικότητα, καθώς και την αντιμετώπιση του κάθε ασθενή σε αγχωτικές καταστάσεις (Jawaid et al., 2007).

Έχει αποδειχθεί ότι η προεγχειρητική εκπαίδευση, είναι μια από τις πιο ασφαλέστερες και αποτελεσματικότερες μεθόδους για την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, και την μείωση του άγχους των ασθενών. Ως γνωστόν, ένας ενημερωμένος χειρουργικός ασθενής, αισθάνεται λιγότερο φόβο και άγχος πριν, αλλά και μετά την χειρουργική επέμβαση. Η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται σήμερα ολοένα και περισσότερο στην ψυχολογική φροντίδα και τη διαχείριση του άγχους, οι οποίες έχουν γίνει ακρογωνιαίοι λίθοι της νοσηλευτικής περίθαλψης, σε ασθενείς που προγραμματίζονται για χειρουργική επέμβαση (Sadati et al., 2013)

Η προεγχειρητική εκπαίδευση στοχάζει στην επιτυχία ενός καλύτερου αποτελέσματος των ασθενών, συμβάλλοντας έτσι στην γρήγορη αποκατάσταση και την ασφαλή τους επιστροφή στο σπίτι (Bailey, 2010).

ΜΕΡΟΣ Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΓΧΟΣ

1.1 Ιστορική αναδρομή του άγχους

Η λέξη stress προήλθε αρχικά από τα αρχαία γαλλικά (destresse), που παραπέμπει στην εννοιολογική σημασία της στενότητας, καταπίεσης. Μετέπειτα, πέρασε στην αγγλική γλώσσα ως distress και με την χρήση έγινε stress (στρες). Στην αγγλική γλώσσα η λέξη stress, είχε πολλές εννοιολογικές σημασίες, όπως πίεση, ένταση, άγχος. Η ελληνική γλώσσα, δανείστηκε την λέξη από τα αγγλικά και την χρησιμοποίησε με την σημασία της ψυχολογικής πίεσης (Fontana, 1993). Κατά τα τέλη του 18ου και 19ου αιώνα, την λέξη στρες, την χρησιμοποιούσαν για να χαρακτηρίσουν την ένταση, την πίεση, την δύναμη και την σκληρή προσπάθεια (Βάρβογλη, 2006).

Στην αρχή ο όρος στρες χρησιμοποιήθηκε από την επιστήμη της φυσικής, για να περιγράψει την ιδιότητα της ελαστικότητας των υλικών, σύμφωνα με την οποία όταν ένα αντικείμενο δεχθεί πίεση από μία ισχυρή δύναμη, τότε εκδηλώνεται αντίδραση στις παραμορφωτικές τάσεις των δυνάμεων από το αντικείμενο. Κατά την μετάβαση του από τη φυσική, στις επιστήμες της συμπεριφοράς, η χρήση του όρου στρες άλλαξε. Από τότε μέχρι σήμερα ο ορισμός του άγχους έχει μελετηθεί από πολλούς επιστήμονες, και αδιαμφισβήτητα αποτελεί έναν πολυσύνθετο όρο (Rosch, 1998).

Ο Walter Cannon (1928, 1929), ήταν ένας από τους πρώτους ερευνητές, που χρησιμοποίησαν τον όρο στρες. Σύμφωνα με τον ίδιο, ο όρος στρες περιελάμβανε της φυσιολογικές και ψυχολογικές πτυχές. Ο Cannon, ανέπτυξε την θεωρία της ομοιόστασης και την αντίδραση της πάλης ή αποφυγής. «Η έννοια της ομοιόστασης, αναφέρεται στην σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο αυτόνομο νευρικό σύστημα με την λειτουργία της αυτορρύθμισης όλων των φυσιολογικών αντιδράσεων που συμβαίνουν στο σώμα μας». Πιο συγκεκριμένα, το στρες ως απειλή, διαταράσσει την ομοιόσταση, δηλαδή την ισορροπία του οργανισμού, και ο οργανισμός προσπαθώντας να αποκαταστήσει αυτήν την ισορροπία, αντιδρά με αλλαγές στη

λειτουργία και τη συμπεριφορά του. Μετέπειτα, ο όρος της αντίδρασης πάλης ή φυγής, μελετήθηκε από τον Cannon (1932 - 1935), για να περιγράψει τις συνέπειες του στρες στα ζώα και στους ανθρώπους. Μέσω αυτής της αντίδρασης, οι άνθρωποι και τα ζώα, επιλέγουν είτε να αγωνιστούν και να αντιμετωπίσουν τους κινδύνους, είτε να προσπαθήσουν να διαφύγουν (Βιβιλάκη και συν., 2015).

Την έρευνα του Cannon, συνέχισε ο Hans Selye, στις αρχές της δεκαετίας του (1930), ο οποίος θεωρήθηκε και ο πατέρας του στρες. Ο Selye, υποστήριξε ότι άγχος αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, και η ένταση του εξαρτάται από την ένταση των ερεθισμάτων που λαμβάνει το άτομο. Εν συνεχεία, υποστήριξε ότι το άγχος γίνεται αντιληπτό ως δύναμη ή δυνάμεις, που υπάρχουν έξω από το άτομο και ασκούν πίεση, συμπεριλαμβανομένου της έντασης των εξωτερικών ερεθισμάτων και την εκτίμηση του βαθμού πίεσης που ασκούν διάφορες καταστάσεις (Αντωνίου, 2002).

Σύμφωνα με τον Αλεβίζο (2008), λέγεται ότι στην παλιά εποχή, ο πρωτόγονος άνθρωπος αισθανόταν το άγχος ως απειλή για να προστατευτεί από τους κινδύνους (άγρια ζώα), αποκτώντας έτσι την ικανότητα να σκέπτεται και να οργανώνει την άμυνα του ενάντια στους κινδύνους (Αλεβίζος, 2008). Στην σημερινή εποχή, ο Manktelow (2003), παρουσιάζει το άγχος ως ένα οικουμενικό φαινόμενο και μια κατάσταση στην οποία τα άτομα αντιδρούν οργανικά, κοινωνικά και ψυχολογικά στις αλλαγές της ζωής τους, οι οποίες μπορούν να προκληθούν από διάφορα γεγονότα ή καταστάσεις (Osborn, Wraa & Watson, 2012).

1.2 Ορισμός άγχους

Ένας από τους πιο διαδεδομένους και αποδεκτούς ορισμούς από την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα, είναι αυτός του Richard Lazarus και των συνεργατών του (1984). Ο Lazarus και οι συνεργάτες του, αναφέρουν πως το στρες είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης του ατόμου και του περιβάλλοντος του. Με αυτόν τον τρόπο, όταν το άτομο νιώθει αδυναμία να ανταπεξέλθει μέσω των προσωπικών του δυνάμεων και ικανοτήτων, στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, τότε αρχίζει να βιώνει στρες (Βάρβογλη, 2006).

Μπορούμε να πούμε όμως, ότι ο όρος στρες καταλαμβάνει τόσο την αρνητική, όσο και την θετική διάσταση. Η αρνητική διάσταση γνωστοποιείται στην διεθνή

βιβλιογραφία με τον όρο distress, και έρχεται σε διαφοροποίηση με το δημιουργικό στρες (eustress), για να τονιστεί η σημασία της θετικής διάστασης του στρες, που ενεργεί ως κινητήρια δύναμη. Έτσι λοιπόν, μπορούμε να κατηγοριοποιήσουμε το στρες, ανάλογα με το πόσο επιβλαβές είναι για τον οργανισμό, σε εξαντλητικό (distress or stress), αποδοτικό (eustress), και ουδέτερο (neutral), συμπεριλαμβανομένου τη χρονική του διάρκεια και ένταση σε χρόνο και οξύ αλλά και την πηγή προέλευσης του σε σωματικό, περιβαλλοντικό και ψυχολογικό. Ως εκ τούτου, συμπεραίνουμε ότι ο βαθμός του στρες που θα βιώσει ένα άτομο, εξαρτάται από την αντίδραση, και τις δυνατότητες του στο στρεσογόνο παράγοντα (Colligan & Higgins, 2006).

Αργότερα, ο McGrath (1970), χαρακτηρίζει ότι «το στρες αναφέρεται στην έλλειψη ισορροπίας μεταξύ μιας εκλαμβανόμενης ικανότητας και της εκλαμβανόμενης απαίτησης του ατόμου να ανταποκριθεί σε αυτή» (Walker et al., 2011).

Μέσα στα επόμενα χρόνια και πάνω στις θεωρίες, ήρθαν να συμπληρωθούν νέα στοιχεία και ορισμοί. Οι Hoehn-Saric και McLeod (1988), και ο Freeman (1990), περιέγραψαν το άγχος ως μια παγκοσμίως γνωστή εμπειρία, η οποία λειτουργεί σαν μηχανισμός προειδοποίησης ασφάλειας. Ο μηχανισμός αυτός εκπέμπει προειδοποιητικά σήματα σε καταστάσεις κινδύνου που έχουν σχέση με αβεβαιότητα, ενώ φαίνεται να δυσλειτουργεί σ' έναν αριθμό περιπτώσεων, όπως όταν (α) το άγχος είναι υπερβολικά έντονο, (β) διαρκεί πέρα από την έκθεση σε κάποιο κίνδυνο, (γ) παρουσιάζεται σε καταστάσεις οι οποίες αντικειμενικά δεν εμπεριέχουν κίνδυνο ή απειλή, ή (δ) παρουσιάζεται χωρίς κανέναν ιδιαίτερο λόγο (Μητρούση και συν., 2013).

Πέραν όμως της θεωρίας που διατύπωσαν πολλοί ερευνητές, ψυχολόγοι κοινωνιολόγοι, κ.α., θεωρητικά μοντέλα ήρθαν να κάνουν την εμφάνισή τους, ώστε να προσεγγίσουν καλύτερα τον πολυσύνθετο όρο του στρες, και να έρθουν πιο κοντά στην κατανόηση του. Μερικά από αυτά είναι, το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής, Selye (1936), στο οποίο θα γίνει αναφορά παρακάτω, το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο, ή η Γνωστική θεωρία για το στρες και την αντιμετώπιση του, της ομάδας του Lazarus και των συνεργατών του (1993), και οι θεωρίες πόρων του στρες, όπου γίνεται αναφορά από πολλούς ερευνητές. Μια από τις πιο πρόσφατες θεωρίες είναι αυτή του Hobfoll και των συνεργατών του (1996), η οποία περιγράφει, ότι το στρες εμφανίζεται όταν οι άνθρωποι βιώνουν την απώλεια των πόρων, όταν οι πόροι

απειλούνται, ή όταν οι άνθρωποι επενδύουν στους πόρους, χωρίς να υπάρχει κέρδος (Βιβιλάκη και συν., 2015).

Πέραν όλων αυτών, μια άλλη οπτική διάσταση του άγχους μελέτησε ο Freud (1926), όπου ήταν ο πρώτος που εισηγήθηκε τον κρίσιμο ρόλο, που παίζει το άγχος στο σχηματισμό νευρωτικών και ψυχοσωματικών καταστάσεων. Επισημάνε, ότι το άγχος λειτουργεί ως «προειδοποιητικό σήμα» όταν απειλείται το Εγώ και γι' αυτό έχει τη δυνατότητα να θέσει σε λειτουργία τους μηχανισμούς άμυνας (Spielberger, 1982).

Ο Selye (1956), υποστηρίζει ότι το άγχος ως μηχανισμός άμυνας και ως ψυχική κατάσταση έχει πολυπαραγοντική βάση. Σύμφωνα με τον ίδιο, θεωρήθηκε ότι αποτελεί αντίδραση κάθε έμβιου όντος σε εξωτερικές απειλές (Ποταμιάνος, 1995).

Από την άλλη, ο Γαλανός (1976), διατυπώνει πως όταν το άγχος δεν δημιουργείται και δεν πηγάζει από τα περιβαλλοντικά γεγονότα, παίρνει την μορφή ενός σφάλματος και μιας επιβαλλόμενης ποινής από την μοίρα, και για αυτόν τον λόγο, τα άτομα αυτά αισθάνονται μια προσωπική μείωση της ύπαρξης τους, νιώθουν προσωπική προσβολή και αντικατοπτρίζουν το συναίσθημα της ντροπής (Γαλανός, 1976).

Σύμφωνα με τους Kaplan & Sadock (1989), το άγχος κατά έναν ορισμό, είναι μια «κατάσταση αγωνίας, ανησυχίας και αβεβαιότητας με ασαφές αντικείμενο. Βιώνεται ως ψυχολογική πίεση (stress), η οποία με την σειρά της ορίζεται ως μια κοινή ανθρώπινη εμπειρία, η οποία χαρακτηρίζεται από μια προσδοκία φόβου για κάποιο δυσάρεστο γεγονός στο μέλλον» (Ποταμιάνος, 1995).

Παράλληλα, έχοντας αποκτήσει μια πολυδιάστατη προσέγγιση όσον αφορά τον ορισμό του άγχους, πρόσφατοι ερευνητές προσδίδουν διαφορετικές διαστάσεις. Ο Kenworthy και οι συνεργάτες του (1992), υποστηρίζουν πως το άγχος μπορεί να χαρακτηριστεί «ως μια σύνθετη συναισθηματική κατάσταση με την ανησυχία και τον φόβο να είναι τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά», οι Sanders & Wills (2003), χαρακτηρίζουν το άγχος ως μια «εμπειρία του φόβου που έχει καταβάλει την λογική», ενώ σύμφωνα με τους Sprah & Sostaric (2004), το άγχος αποτελεί φυσιολογικό μέρος μιας διαδικασίας με την εμφάνιση απειλής (Rana & Upton, 2009).

Για να μπορέσουμε να αναλύσουμε και να ξεχωρίσουμε τον ορισμό του άγχους, πρέπει να αναπαραστήσουμε την διαδικασία με την οποία το στεσογόνο ερέθισμα κινητοποιεί τον εγκέφαλο, -διαδικασία στρες- και έτσι το άτομο βιώνει το συναίσθημα απειλής, δηλαδή το άγχος (Βάρβογλη, 2006).

Το στρες με το άγχος συνδέεται αναπόφευκτα με τον σωματικό παράγοντα. Συγκεκριμένα «Το σώμα αντιλαμβάνεται πρώτο τον συναγερμό που προκαλεί μια εμπειρία, την οποία το άτομο αξιολογεί ως στεσογόνο ή και αγχογόνο, και είναι το σώμα που κατά προτεραιότητα αντιδρά στον συναγερμό αυτό» (Παλαιολόγου, 2001).

Οι αντιδράσεις του εγκεφάλου μπορεί να επηρεαστούν από φυσικούς παράγοντες, όπως είναι η θερμότητα, το κρύο, και η σωματική προσπάθεια, από ψυχολογικούς παράγοντες, όπως είναι τα συναισθήματα της ανησυχίας, του φόβου κ.α. από κοινωνικούς παράγοντες, δηλαδή το κοινωνικό περιβάλλον, και από βιολογικούς παράγοντες. Τα γεγονότα τα οποία μας εμφανίζουν συναισθήματα στρες, δραστηριοποιούν τον εγκέφαλο (Βάρβογλη, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, ο εγκέφαλος λαμβάνει το στρεσογόνο ερέθισμα, το επεξεργάζεται, και το διαχωρίζει σε στρεσογόνο και μη. Αν το στρεσογόνο ερέθισμα δεν αναγνωριστεί ως απειλητικό, το σύστημα του στρες δεν ενεργοποιείται. Διαφορετικά, αν θεωρηθεί απειλητικό, ο εγκέφαλος δίνει εντολή στο νευρικό και ενδοκρινικό σύστημα να ενεργοποιηθούν, με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η απελευθέρωση και η παραγωγή ορμονών και κατεχολαμινών, με αποτέλεσμα ο οργανισμός να βρίσκεται σε μία κατάσταση διέγερσης μέχρι να εξαλειφθεί το στρεσογόνο ερέθισμα. Κατ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται και η συμπτωματολογία του άγχους. Όταν εξαλειφθεί το στρεσογόνο ερέθισμα, ο οργανισμός πλέον επανέρχεται στη φυσιολογική του κατάσταση και ηρεμεί (Δαρβίρη, 2011).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η έκκριση των ορμονών και των κατεχολαμινών στην εμφάνιση του άγχους αποδίδεται από τον Selye (1936), ο οποίος μελέτησε τους φυσικούς στρεσογόνους παράγοντες και την αντίδραση τους, και κατέληξε ότι οι πιθανοί μεσολαβητές στο στρες είναι οι στεροειδείς ορμόνες που παράγονται στον φλοιό των επινεφριδίων. Αυτοί οι διαφορετικοί παράγοντες δημιουργούσαν την ίδια απάντηση, δηλαδή διόγκωση των επινεφριδίων, υποστροφή του θύμου αδένα, και των λεμφαδένων και έλκος στο βλεννογόνο του στομάχου. Το συμπέρασμα αυτό, προέκυψε από την στιγμή που αποκάλυψε ότι κάτι τέτοιο δεν συνέβαινε σε ζώα με στρες, από τα οποία είχαν αφαιρεθεί τα επινεφρίδια. Επιπρόσθετα, ήταν αυτός που κατέβαλε την πρώτη επιστημονική προσπάθεια για την διαπίστωση της διαδικασίας εμφάνισης των ασθενειών που σχετίζονταν με το στρες. Ο Selye κατηγοριοποίησε αυτήν την διαπίστωση σε τρία στάδια, και τα ονόμασε Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής (Βιβιλάκη και συν., 2015).

Το πρώτο στάδιο, είναι το στάδιο του συναγερμού όπου αποτελείται από μια αρχική φάση σοκ, στην οποία το άτομο είναι φυσιολογικά προετοιμασμένο να αποφύγει τον στρεσογόνο παράγοντα. Οι αμυντικές διεργασίες του σώματος ενεργοποιούνται μέσω του υποθάλαμου, ο οποίος επικοινωνεί με το συμπαθητικό νευρικό σύστημα για να ενεργοποιήσει τις επινεφριδιακές λειτουργίες, οι οποίες αυξάνουν τον καρδιακό ρυθμό, τη ροή του αίματος στους μύες, την καρδιά και τον εγκέφαλο. Αν η διέγερση αυτή συνεχιστεί τότε ο οργανισμός περνάει στο στάδιο της αντίστασης (Colligan & Higgins, 2006).

Στο στάδιο της αντίστασης, τα συμπτώματα της αντίδρασης συναγερμού εξαφανίζονται, γεγονός όπου το σώμα δείχνει να προσαρμόζεται στον στρεσογόνο παράγοντα εξαιτίας της παρασυμπαθητικής παρέμβασης για τη σταθεροποίηση των σωματικών λειτουργιών και τη μείωση της επινεφριδιακής παραγωγής. Εάν η διέγερση αυτή συνεχίσει να υφίσταται, τότε ο οργανισμός εισέρχεται στο στάδιο της εξάντλησης, όπου εκεί έχει εξαντληθεί η ικανότητα του οργανισμού να προσαρμοστεί στον στρεσογόνο παράγοντα και τα συμπτώματα του πρώτου σταδίου επανεμφανίζονται, αλλά η αντίσταση δεν είναι πλέον δυνατή. Ο οργανισμός σε αυτό το στάδιο είναι ανοσοκατεσταλμένος, ευάλωτος στις ασθένειες και το άτομο μπορεί να οδηγηθεί ακόμη και στον θάνατο (Βιβιλάκη και συν., 2015).

Συμπεριλαμβανομένου όλων των παραπάνω, ένα στρεσογόνο ερέθισμα μπορεί να επηρεάσει το άτομο ανάλογα με την υγεία του, την φυσική του κατάσταση, τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το στρεσογόνο ερέθισμα, τις εμπειρίες, καθώς και την προσωπικότητα του, σε συνδυασμό με το κοινωνικό σύστημα υποστήριξης αλλά και τους προσωπικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης του κάθε ατόμου (Dewit, 2009).

Επιπρόσθετα, εκδηλώνεται σε διαφορετικό βαθμό σε κάθε άτομο, και διαφέρει ανάλογα με την νόσο αν είναι οξεία, χρόνια ή τερματική (Rana & Upton, 2009).

Προχωρώντας παρακάτω, πρόσφατες θεωρίες που έγιναν για το άγχος, το περιγράφουν με τρεις τρόπους, ως ερέθισμα, ως ανταπόκριση και ως συναλλαγή ή διαδικασία. Ως ερέθισμα, το άγχος αποδίδεται από καταστροφικά γεγονότα, από σημαντικά γεγονότα της ζωής και από χρόνιες καταστάσεις. Ως ανταπόκριση το άγχος, αναφέρεται στο πώς ανταποκρίνεται το άτομο σε έναν στρεσογόνο παράγοντα, σε οργανικό και ψυχολογικό επίπεδο. Και ως συναλλαγή ή διαδικασία παρουσιάζεται ως το αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων και ρυθμίσεων μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος (Osborn, Wraa & Watson, 2012).

Η προσέγγιση του άγχους σύμφωνα με τον Αλεβίζο (2008), επισημαίνεται με την σύνδεση του με τρία επιστημονικά πεδία, την επιδημιολογία, η οποία ταυτίζεται με το περιβάλλον. Την ψυχολογία και την βιολογία, που έχει ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση του συμπαθητικού και του θαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδιακού άξονα (Αλεβίζος, 2008).

Σε γενικές γραμμές, οι παραπάνω προσεγγίσεις κατατάσσονται στις εξής τρεις κατηγορίες:

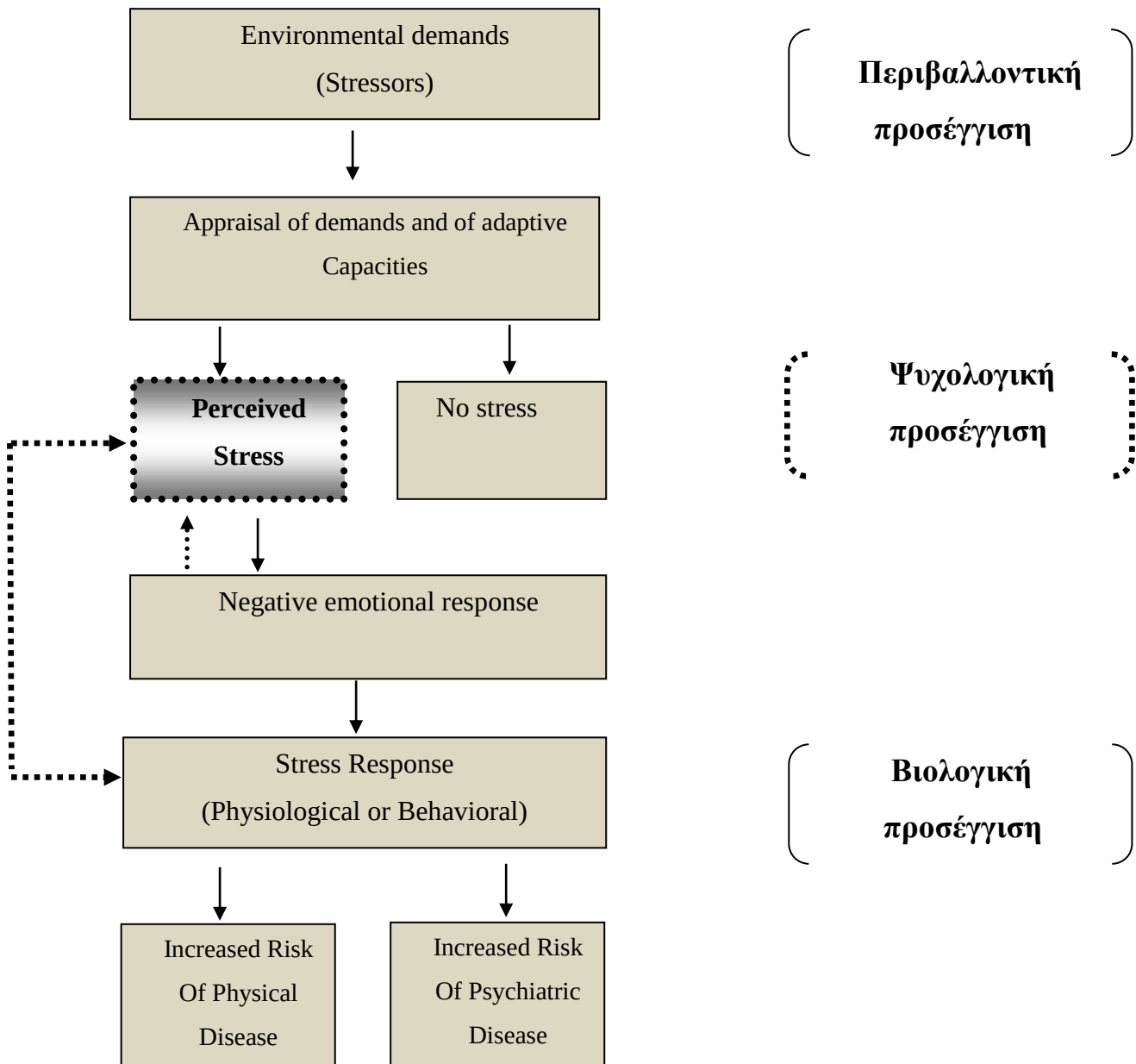
1. Η προσέγγιση του περιβάλλοντος: όπου βασικό ρόλο παίζουν τα γεγονότα και οι εμπειρίες ζωής του ατόμου που αντικειμενικά έχουν αυξημένες προσαρμοστικές απαιτήσεις πχ. θάνατος, σοβαρή νόσος κ.α. Εδώ ανήκουν τα στρεσογόνα γεγονότα (stressors).

2. Η ψυχολογική προσέγγιση: αναφέρεται στο Αντιλαμβανόμενο Στρες (Perceived Stress) και επικεντρώνεται στην υποκειμενική αξιολόγηση του ατόμου για τις απαιτήσεις ενός στρεσογόνου γεγονότος.

3. Η βιολογική προσέγγιση: επικεντρώνεται στην ενεργοποίηση συγκεκριμένων βιολογικών συστημάτων ή σωματικών στρεσογόνων γεγονότων. Η απάντηση στο στρες (stress response) περιλαμβάνει συναισθηματικές, συμπεριφορικές και σωματικές αποκρίσεις (Αλεβίζος, 2008).

Οι παραπάνω προσεγγίσεις θα μπορούσαν να ενταχθούν στο μοντέλο άγχους και ασθένειας του Cohen και των συνεργατών του (2016), που παρουσιάζεται παρακάτω (Εικόνα 1). Ακολουθώντας τα βέλη βλέπουμε πως όταν τα στρεσογόνα γεγονότα (environmental demands/stressors), εκλαμβάνονται από το άτομο ως απαιτητικά (appraisal of demands/ adaptive capacities), τότε οδηγούν στο αντιλαμβανόμενο στρες (perceived stress). Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε αρνητικές συναισθηματικές απαντήσεις, οι οποίες ενεργοποιούν απαντήσεις που προδιαθέτουν σε σωματική ή ψυχική νόσο. Η ψυχολογική προσέγγιση του στρες, δίνει έμφαση στην εκτίμηση ενός ατόμου και την αξιολόγηση του ενδεχόμενου κινδύνου που μπορεί να προκληθεί από ένα στρεσογόνο ερέθισμα. Η αντίληψη της απειλής, προκύπτει όταν οι απαιτήσεις για το άτομο εκλαμβάνονται ότι ξεπερνούν την ικανότητα του να τις αντιμετωπίσει επιτυχώς. Αυτή η ανισορροπία δημιουργεί στο άτομο την εντύπωση ότι είναι στρεσορισμένο και ταυτόχρονα οδηγεί σε μια αρνητική συναισθηματική απάντηση. Είναι πολύ σημαντικό να επισημανθεί, ότι το αντιλαμβανόμενο στρες δεν ορίζεται αποκλειστικά σε σχέση με το ερέθισμα, αλλά περισσότερο σε σχέση με την αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Το ψυχολογικό στρες

περιλαμβάνει την ερμηνεία της επάρκειας των μεθόδων διαχείρισης. Εν συντομία, η ψυχολογική αντίληψη του στρες στηρίζεται στην άποψη ότι το στρες προκύπτει από την εκτίμηση του ατόμου (ακριβή ή όχι) για τη σχέση του με το περιβάλλον (Cohen, Gianaros & Manuck, 2016)



ΕΙΚΟΝΑ 1: ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (COHEN, GIANAROS & MANUCK, 2016).

Πρέπει να σημειωθεί, ότι ο ορισμός του άγχους είναι συμβατικός και δεν αποσαφηνίζει τυχόν εννοιολογικές αντιφάσεις που σχετίζονται με το άγχος ως ψυχική κατάσταση, αλλά ως μηχανισμό ψυχολογικής άμυνας. Στον βαθμό λοιπόν που μια χειρουργική επέμβαση προκαλεί συναισθήματα αγωνίας, ανησυχίας και ψυχολογικής πίεσης, υιοθετείται ο «ανοικτός» ορισμός της έννοιας του άγχους κατά τον τρόπο που προαναφέρθηκε (Ποταμιάνος, 1995).

1.3 Συμπτωματολογία άγχους

Σύμφωνα με την Παλαιολόγου (2001), η συμπτωματολογία του στρες προκύπτει από ψυχολογικούς και βιολογικούς παραμέτρους, καθώς ενδείκνυται ως ένας αιτιοπαθογενετικός παράγοντας, που μπορεί να βιώνει το άτομο όταν εμπλέκονται δυσάρεστες αναμνήσεις με αρνητικές εμπειρίες του παρελθόντος, περιλαμβάνοντας ερεθίσματα του εξωτερικού περιβάλλοντος ή και εσωτερικά γεγονότα του εαυτού του δηλαδή «αισθήματα και συναισθήματα του», συνδυάζοντας τα με παρελθοντικές αρνητικές εμπειρίες που τον οδηγούν σε στρες (Παλαιολόγου, 2001).

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

- Το καρδιοαναπνευστικό σύστημα: ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, ταχύπνοια, διακοπτόμενη αναπνοή, δύσπνοια, πόνος στο στήθος.
- Το γαστρεντερολογικό σύστημα: ξηροστομία, ανορεξία, αίσθημα πνιγμού, αίσθημα "κόμπου στο λαιμό", δυσκαταποσία, ναυτία, κοιλιακά άλγη, διάρροιες, συχνοουρία.
- Το νευρο-μυοσκελετικό σύστημα: τρέμουλο, κρύα χέρια, εφίδρωση, η μυϊκή τάση, κινητική ανησυχία, αδυναμία, ζάλη, ίλιγγος, καφαλαλγία, τάση, τάση λιποθυμίας ή λιποθυμία.
- Την επιδερμίδα: χλωμό ή ερυθρό πρόσωπο, εφίδρωση, κρυάδες ή εξάψεις. (Κουκιά, 2014).
- Τα συμπεριφορικά συμπτώματα: ανησυχία, ανυπομονησία, νευρικότητα, αποφυγή ή επιθετικότητα, διαταραγμένος συντονισμός κινήσεων, μειωμένη ικανότητα ύπνου, αίσθημα απροσδιόριστου φόβου και αγωνίας.
- Τα γνωσιακά συμπτώματα όπου περιλαμβάνει:

- Τις αισθητηριακές διαταραχές: ομιχλώδης σκέψη, αίσθημα αποπραγματοποίησης και αποπροσωποποίησης.
- τις διαταραχές σκέψης: δυσκολία συγκέντρωσης, σύγχυση.
- τις διαταραχές αντίληψης: φόβος απώλειας ελέγχου, φόβος θανάτου, αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας (Μαδιανός, 2003),

1.4 Παθοφυσιολογία του άγχους

Τα κεντρικά στοιχεία του συστήματος του στρες είναι:

- Α. ο παρακοιλιακός πυρήνας του υποθαλάμου (PVN) όπου εκεί εκκρίνεται η κορτικοεκλυτίνη ορμόνη (CRH) και το πεπτίδιο αργινίνης-βασοπρεσσίνης (AVP).
- Β. ο υπομέλανας τόπος (LC) όπου εκεί και κατά μήκος του εγκεφαλικού στελέχους εκκρίνεται η νορεπινεφρίνη (NE).

Κατά την επεξεργασία ενός στρεσογόνου ερεθίσματος ο παρακοιλιακός πυρήνας του εγκεφάλου εκκρίνει την αδρενοκορτικοτρόπο ορμόνη (CRH) και μέσω της πυλαίας κυκλοφορίας φθάνει στην αδενούποφυση. Η CRH προκαλεί την έκκριση της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH). Η ACTH απελευθερώνεται στο αίμα και ενεργοποιεί το φλοιό των επινεφριδίων για έκκριση κορτιζόλης. Οι νευρικές ίνες του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος (ΣΝΣ) απελευθερώνουν το νευροδιαβιβαστή νορεπινεφρίνη (NE) στους ιστούς. Επιπλέον το ΣΝΣ διεγείρει και τον φλοιό των επινεφριδίων για την απελευθέρωση της επινεφρίνης-αδρεναλίνης και της νορεπινεφρίνης-νοραδρεναλίνης. Αυτές οι δύο κατεχολαμίνες μαζί με την κορτιζόλη είναι οι βασικότεροι νευροδιαβιβαστές του συστήματος του στρες. Η κορτιζόλη, αποτελεί το κυριότερο επινεφριδικό γλυκοκορτικοειδές και παίζει κεντρικό ρόλο στο μεταβολισμό και στην ανταπόκριση του σώματος στο άγχος, μειώνει επίσης τη φλεγμονή, προάγει την αναλγησία, συμβάλλει στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και διατηρεί σταθερά επίπεδα σακχάρου και αρτηριακής πίεσης στο αίμα (Felix et al., 2018).

ΜΕΡΟΣ II

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

2.1 Προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος

Η χειρουργική επέμβαση αντικατοπτρίζει την απειλή στην υγεία του ανθρώπου και αποτελεί ένα από τα πλέον αγχογόνα συμβάντα της ανθρώπινης ζωής (Holmes & Rahe, 1967).

Το προεγχειρητικό άγχος, αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο πριν από την χειρουργική επέμβαση με επιπολασμό έως 80%. Οι συχνές αιτίες του προεγχειρητικού άγχους μπορεί περιλαμβάνουν τον φόβο της χειρουργικής επέμβασης, της αναισθησίας και των επιπλοκών, το άγνωστο περιβάλλον και την απειλή σοβαρής ασθένειας (Mohan et al., 2017).

Πολλοί είναι οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την οξύτητα του άγχους, όπως η ένταση των στρεσογόνων παραγόντων, η διάρκεια τους, η ικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων και η αίσθηση ανικανότητας ανταπόκρισης σε αυτά. Όσον αφορά τη χειρουργική επέμβαση, αποτελεί ένα έντονα στρεσογόνο γεγονός που μπορεί να πυροδοτήσει συναισθηματικές, γνωσιακές και φυσιολογικές αντιδράσεις στον ασθενή (Osborn, Wraa, Watson & Holleran, 2016).

Ακόμη, το άγχος των προεγχειρητικών ασθενών μπορεί να προκληθεί από το φόβο, την έλλειψη γνώσης για μια κατάσταση, την ανεπαρκή γνώση για αντιμετώπιση, και τον αποκλεισμό ελέγχου των γεγονότων (Asilioglu & Celik, 2004). Το άγχος είναι μια ατομική εμπειρία και ανεξάρτητα από το πόσο σημαντική ή μικρή είναι μια πράξη, τείνει να αυξήσει ένα ορισμένο επίπεδο άγχους σε κάθε ασθενή (Pinar, Kurt & Gungor, 2011).

Η χειρουργική επέμβαση, επιτυγχάνεται για την διάγνωση ή αντιμετώπιση κάποιον παθολογικών καταστάσεων που χρήζουν άμεση επέμβαση, ή κακώσεις και ανωμαλίες που μπορεί να προκύψουν από εν μέρει μη φυσιολογικές ανατομικές καταστάσεις (Lemone & Burke, 2004). Επιπρόσθετα μπορεί να επιτευχθεί για λόγους θεραπευτικούς, διαγνωστικούς, παρηγορητικούς, αισθητικούς και αποκατάστασης και κατηγοριοποιείται ανάλογα με την γενική ανατομική θέση του χειρουργείου, την συγκεκριμένη επέμβαση που θα πραγματοποιηθεί, τον σκοπό του χειρουργείου, το επείγον χειρουργείο, και τον βαθμό κινδύνου που σχετίζεται με το χειρουργείο (Osborn, Wraa & Watson, 2012).

Εκτιμάται, ότι το ήπιο άγχος των ασθενών πριν από την χειρουργική επέμβαση, έχει ευεργετική επίδραση καθώς οξύνεται η διαδικασία σκέψης του ατόμου και προσθέτει στην αποτελεσματικότητά του. Από την άλλη δύναται να εκτιμηθεί, ότι το έντονο άγχος αποδυναμώνει την αντιμετώπιση και την επεξεργασία πληροφοριών. Εν αντιθέσει, ο φόβος αναφέρεται σε μια συναισθηματική αντίδραση που προκαλείται όταν ένα άτομο βιώνει ότι απειλείται η ανεξαρτησία του, ή η σχέση του με άλλους. Το άγχος συνεπάγεται με ένα διφορούμενο αίσθημα φόβου, στο οποίο το άτομο βιώνει ότι απειλούνται οι βασικές αξίες του, αλλά συχνά δεν είναι σε θέση να εκφράσει την πηγή της απειλής (Koivula et al., 2002).

Το προεγχειρητικό άγχος προέρχεται από το συνδυασμό περιβαλλοντικού, σωματικού και ψυχολογικού stress και για αυτό τον λόγο αποτελεί δευτερογενές άγχος. Το παθολογικό άγχος των ασθενών, διαταράσσει την αρμονική λειτουργία και προκαλεί αρνητικές σκέψεις, αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές δραστηριότητες, και αυξημένο τόνο του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (Αλεβίζος, 2008).

Η ένταση του άγχους που θα βιώσει ένα άτομο, εξαρτάται και από ενδογενείς παράγοντες, όπως είναι η προσωπικότητα, η εμπειρία από προηγούμενα αγχογόνα γεγονότα που δρουν αθροιστικά στη βίωση μιας νέας απειλής, ο τρόπος με τον οποίο το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται το εξωτερικό ερέθισμα, καθώς και ο τρόπος με τον οποίον επιλέγει να το αντιμετωπίσει. Το άγχος του ασθενή δεν περιλαμβάνει μόνο την προεγχειρητική περίοδο, καθώς το μετεγχειρητικό άγχος μπορεί να έχει ίδια ή μεγαλύτερη ένταση, αν και η μορφή του είναι διαφορετική, και συχνά βιώνεται μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης (Ποταμιάνος, 1995).

Η Johnston (1987), υποστηρίζει πως ο ασθενής, συνήθως εμφανίζει αρνητική διάθεση πριν από την επέμβαση, αλλά μετεγχειρητικά η διάθεση του βελτιώνεται.

Αυτό όμως δεν μπορεί να είναι απόλυτο, καθώς ενδέχεται η διάθεση του ασθενούς να μην επιδεινωθεί κατά το προεγχειρητικό στάδιο, ενώ στο στάδιο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο να παρουσιάσει συμπτώματα κατάθλιψης. Σύμφωνα με τους Lazarus & Folkman (1984), ο ασθενής αντιδρά αρνητικά ως προς την επικείμενη επέμβαση με πανικό, φόβο και υψηλές τιμές άγχους, διότι επρόκειτο να βιώσει άγχος δυσανάλογα υψηλό με την σοβαρότητα της κατάστασης του. Αυτό βέβαια οφείλεται στο τρόπο με τον οποίο ο κάθε ασθενής αξιολογεί την επέμβαση, αλλά και κάθε εξωτερικό απειλητικό ερέθισμα γενικότερα (Ποταμιάνος, 1995).

Οι Worrall & May (1989), προσπάθησαν να εξηγήσουν τον μηχανισμό βίωσης δυσανάλογα υψηλών τιμών άγχους, σε σχέση με την πραγματική σοβαρότητα ενός αγγχογόνου ερεθίσματος, αναπτύσσοντας την έννοια του «πυρηνικού άγχους». Πιο συγκεκριμένα παραθέτουν, πως αν ο ασθενής βιώσει ασυνήθιστα υψηλά ποσοστά άγχους κατά την περίοδο της χειρουργικής επέμβασης, ενδέχεται να οφείλονται σε «υπολείμματα» προηγούμενων αγγχογόνων ερεθισμάτων, τα οποία «προσομοιάζουν» την επικείμενη εμπειρία της χειρουργικής επέμβασης, και τα οποία δεν έχουν ξεπεραστεί, με αποτέλεσμα ο ασθενής να αντιλαμβάνεται την διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης ως απειλητική και επικίνδυνη για την ζωή του (Worrall & May, 1989).

Παρόλα αυτά, έχει διαπιστωθεί ότι η σοβαρότητα της χειρουργικής επέμβασης αντανακλά τις επιπτώσεις που μπορεί να αντιμετωπίσει μετεγχειρητικά ο ασθενής, και όχι την καθαυτή δυσκολία του χειρουργείου. Το άγχος πυροδοτείται κατά τη διάρκεια της επέμβασης από το φόβο για τα αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης, επιδεινώνοντας τα συμπτώματα της προϋπάρχουσας ασθένειας και μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στις φυσιολογικές παραμέτρους κατά τη διάρκεια της αναισθησίας, πριν και μετά την επέμβαση, και επίσης να οδηγήσει σε διαταραγμένη ανάκαμψη μετά από τη χειρουργική επέμβαση (Guo, East & Arthur, 2012).

Γενικότερα, η πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης, μπορεί να αυξήσει την ανησυχία του ασθενούς για μετεγχειρητικές αποτυχίες και επιπλοκές. Το άγχος πριν από τη χειρουργική επέμβαση δεν είναι μόνο μια άβολη ψυχολογική κατάσταση, αλλά μπορεί να σχετίζεται με φυσιολογικές αποκρίσεις, όπως ταχυκαρδία, υπέρταση, αυξημένη θερμοκρασία, εφίδρωση, ναυτία κ.α. Προκαλεί αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, η οποία συνδέεται με αργή επούλωση του χειρουργικού τραύματος, μειωμένες ανοσοαποκρίσεις, αυξημένα ποσοστά μόλυνσης, καθώς και των υγρών και

ηλεκτρολυτών. Οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους, έχουν αποδειχθεί ότι έχουν αυξημένο μετεγχειρητικό πόνο, μεγαλύτερη ανάγκη για αναλγητικά, παρατεταμένες διαμονές στο νοσοκομείο, φτωχότερα αποτελέσματα και μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση (Wilson et al., 2016). Κλινικά, το άγχος έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζει την ευεξία του ασθενούς και μειώνει τη χειρουργική επιτυχία (Kagan & Bar-Tal, 2008).

Ο Γολεμάτης (1996), υποστηρίζει πως μερικοί ασθενείς στην προσπάθεια τους να αποφύγουν το έντονο άγχος που τους δημιουργεί η χειρουργική επέμβαση, επιστρατεύουν μηχανισμούς άρνησης του άγχους και εμφανίζουν ανάλογη προς τις περιστάσεις αισιοδοξία. Η άρνηση της σοβαρότητας σε τέτοιες περιστάσεις έχει ως αποτέλεσμα, να μην μπορούν μετεγχειρητικά να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες που απαιτούν οι συνθήκες ανάρρωσης. Σύμφωνα με μια έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με μεγάλο άγχος και άρνηση τους με εξωπραγματικές απαιτήσεις για την εγχείρηση, παρουσίασαν μετεγχειρητικά ψυχιατρικά προβλήματα, ενώ ασθενείς με λιγότερο άγχος παρουσίασαν περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές και αυξημένη θνητότητα (Γολεμάτης, 1996).

2.2 Παράγοντες κινδύνου του χειρουργικού άγχους

Πολλοί είναι οι παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στο επίπεδο ανησυχίας ενός χειρουργικού ασθενούς, και αυτοί οι παράγοντες μπορούν να επιφέρουν ένα συγκεντρωτικό αποτέλεσμα (Bailey, 2010).

Το άγχος που βιώνει ένας ασθενής κατά την χειρουργική περίοδο εκδηλώνεται με πληθώρα συναισθημάτων, όπως ο φόβος, ο πανικός, η οργή, ο θυμός, και η απελπισία. Έχει διαπιστωθεί ότι οι παράγοντες που προκαλούν υψηλό άγχος σε ασθενείς που θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, οφείλονται, στην απώλεια της ανεξαρτησίας των κινήσεων, στο άγνωστο περιβάλλον και στην απειλή σοβαρής ασθένειας. Διαπιστώθηκε, ότι οι τρεις βασικές ανησυχίες τους, σχετίζονται με την επιτυχία της επέμβασης, με την διάρκεια της ανάρρωσης και με τα μετεγχειρητικά προβλήματα υγείας (Ποταμιάνος, 1995).

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση συνήθως εμφανίζουν οξεία ψυχολογική δυσχέρεια κατά την προεγχειρητική περίοδο. Η πρόβλεψη του μετεγχειρητικού πόνου, ο διαχωρισμός από την οικογένεια, η ανικανότητα και ο

φόβος της χειρουργικής επέμβασης και του θανάτου, είναι παράγοντες που προκαλούν συμπτώματα του περιεγχειρητικού άγχους. Επιπλέον, η έκταση αυτής της δυσφορίας, μπορεί να επηρεαστεί από προηγούμενες ψυχιατρικές ασθένειες, όπως κατάθλιψη, άγχος και μικρές ψυχιατρικές διαταραχές. Σε παιδιά, η προεγχειρητική ανησυχία, έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για το μετεγχειρητικό άγχος (Caumo et al., 2001).

Έχει διαπιστωθεί, ότι η χειρουργική επέμβαση, είναι μια διαδικασία που προκαλεί στους ασθενείς απώλεια του ελέγχου. Οι πιο κοινοί φόβοι των προεγχειρητικών ασθενών περιλαμβάνουν, την αλλοίωση του σωματικού ειδώλου, την άγνοια για την έκβαση, την ανησυχία για την απόκρυψη της διάγνωσης και την ανησυχία για οικονομικά θέματα. Αυτοί οι φόβοι των ασθενών, αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην αύξηση του προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους (Παπαγεωργίου, Κελέση & Φασόη, 2013). Επιπρόσθετα, φαίνεται πως η λήψη φαρμάκων, οι σχέσεις με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και τα προβλήματα της επανένταξης στο κοινωνικό πλαίσιο και τον ρυθμό της καθημερινής ζωής, συνδράμουν εξίσου στην αύξηση του άγχους των χειρουργικών ασθενών (Ποταμιάνος, 1995).

Ο Carr και οι συνεργάτες του (2006), υποστηρίζουν πως στις περιπτώσεις του χειρουργείου, το μεγαλύτερο άγχος των ασθενών μπορεί να προκύψει από την ανησυχία σχετικά με την αναισθησία, την δυσφορία και την απώλεια των αισθήσεων (Rana & Upton, 2009).

Σε μια μελέτη, παρακολούθησαν 270 ενήλικες ασθενείς που είχαν προγραμματιστεί για χειρουργική επέμβαση στα πόδια με τοπική αναισθησία. Ωστόσο, την ημέρα της επέμβασης το 23% των ασθενών, εξέφρασαν την προτίμηση τους να αλλάξουν την επιλογή της τοπικής αναισθησίας σε γενική αναισθησία. Οι λόγοι για τους οποίους έγινε αυτή η επιλογή ήταν η ανυπαρξία της αφύπνισης στο χειρουργείο και η δυσάρεστη αναμονή μεταξύ χορήγησης αναισθησίας και χειρουργικής επέμβασης (Shevde & Panagopoulos, 1991; Papanikolaou, 1994; Rees & Tagoe, 2002). Η εμπειρία των ασθενών να είναι ξύπνιοι, ενδεχομένως να αισθάνονται την αφή του χειρουργού, να βλέπουν το ανοιχτό σώμα τους ή η χειρουργική επέμβαση να είναι πιο οδυνηρή από ότι αναμενόταν, είναι παράγοντες που προκαλούν υψηλό άγχος (Mitchell, 2008).

Οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζουν την χειρουργική επέμβαση αναπτύσσοντας ένα μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμού, συναίσθημα φόβου. Ατομα

με πολύ έντονο φόβο και άγχος, παρουσιάζουν τα περισσότερα προβλήματα συναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής μετά την επέμβαση. Σε μια μελέτη βρέθηκε πως το 50% των ασθενών με προβλήματα συναισθηματικής προσαρμογής, παρουσίασαν τις περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Συχνά το άγχος προέρχεται από λανθασμένες αντιλήψεις για το τι πρόκειται να συμβεί κατά την χειρουργική επέμβαση, και για το ποιες θα είναι οι συνέπειες (Γολεμάτης, 1996).

Οι ασθενείς με αγχώδη χαρακτηριστικά προσωπικότητας, διαπιστώνεται ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο στην εμφάνιση προεγχειρητικού άγχους. Οι ασθενείς αυτοί είναι γενικά αγχωμένοι, νευρικοί, απόμακροι, ανασφαλείς, ανήσυχοι, υπερευαίσθητοι στα ερεθίσματα και ψυχολογικά πιο αντιδραστικοί (Caumo et al., 2001). Σύμφωνα με την Βάρβογλη (2006), η προσωπικότητα του κάθε ασθενή, αντανακλά τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά σε στρεσογόνες καταστάσεις. Συνεπώς, η απειλή της χειρουργικής επέμβασης μπορεί για μερικούς να αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση, ενώ για κάποιους άλλους να λειτουργήσει θετικά λόγω της απαλλαγής από κάποιο άλλο πρόβλημα (Βάρβογλη, 2006).

Το άγχος των ασθενών αρχίζει μόλις προγραμματιστεί η χειρουργική επέμβαση και αυξάνεται κατά την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο. Οι ασθενείς μπορεί να αντιλαμβάνονται την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης ως την πιο απειλητική μέρα της ζωής τους. Ο βαθμός στον οποίο κάθε ασθενής εκδηλώνει άγχος, σχετίζεται με το μέλλον του, τις εμπειρίες του, την ηλικία, το φύλο, το είδος και την έκταση της προτεινόμενης χειρουργικής επέμβασης, την προηγούμενη χειρουργική εμπειρία, καθώς και με την αντιμετώπιση του κάθε ασθενή σε αγχωτικές καταστάσεις (Jawaid et al., 2007).

Η προηγούμενη εμπειρία της χειρουργικής επέμβασης, φαίνεται σε μερικούς ασθενείς να μειώνει τον κίνδυνο για προεγχειρητικό άγχος, ενώ σε άλλους ασθενείς να προκαλεί υψηλό προεγχειρητικό άγχος. Οι ερευνητές που μελετούν αυτή την πτυχή, υποδεικνύουν ότι το χειρουργικό και ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, μπορεί είτε να επιδεινώσει, είτε να μετριάσει τον προσυμπτωματικό φόβο και την ποιότητα της προηγούμενης ιατρικής εμπειρίας (Caumo et al., 2001).

Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με τη χειρότερη φυσική κατάσταση, παρουσίασαν υψηλότερο επίπεδο μετεγχειρητικού άγχους. Μερικές μελέτες έχουν βρει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μειωμένης φυσικής κατάστασης και των αναισθητικών επιπλοκών. Στις επιπλοκές αυτές ανήκουν η καρδιακή ανακοπή, η υπόταση και η αναρρόφηση (Kindler et al., 2000).

Σύμφωνα με πολλές μελέτες, οι γυναίκες φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό αποδίδεται συνήθως στις υψηλότερες τιμές άγχους που χαρακτηρίζουν την γυναικεία προσωπικότητα (Ποταμιάνος, 1995). Πολλοί ερευνητές, θεωρούν ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες περιεγχειρητικά, σε σχέση με τους άνδρες να εμφανίσουν προσωρινό, ή μόνιμο άγχος, είτε άγχος με κατάθλιψη ή μετεγχειρητικά ναυτία και έμετο (Kindler et al., 2000). Σύμφωνα με προκλινικές μελέτες, έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο για προεγχειρητικό άγχος, λόγω των διακυμάνσεων στα επίπεδα οιστρογόνου και προγεστερόνης που εμπλέκονται στην αιτιολογία της διάθεσης και των διαταραχών άγχους (Caumo et al., 2001).

Έχει επίσης φανερωθεί, ότι το άγχος προς την χειρουργική επέμβαση μειώνεται σε μεγαλύτερες ηλικίες, αν και εγκυρότητα ανάλογων ευρημάτων είναι αμφιλεγόμενη (Ποταμιάνος, 1995). Σε μια μελέτη φάνηκε, πως οι ενήλικοι ασθενείς, οι γυναίκες, οι ασθενείς που ήθελαν να λάβουν περισσότερες πληροφορίες για την αναισθησία και οι ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο εμφάνισαν τους μεγαλύτερους φόβους για την χειρουργική επέμβαση (Hobson et al., 2006).

Σύμφωνα με τον Cauomo και τους συνεργάτες του (2001), οι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, φαίνεται να είναι πιο ανήσυχοι από εκείνους με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Μία πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι ότι τα πιο μορφωμένα άτομα, γνωρίζουν τους κινδύνους που ενέχει η χειρουργική επέμβαση και η αναισθησία. Ορισμένες μελέτες όμως, υποστηρίζουν ότι αυτά τα άτομα μπορεί να εκφραστούν καλύτερα στις αυτό-αναφερόμενες εκτιμήσεις του άγχους (Caumo et al., 2001).

Σύμφωνα με την Mavridou και τους συνεργάτες της (2013), οι ασθενείς εμφανίζουν υψηλό άγχος πριν από την επέμβαση, λόγω του φόβου που σχετίζεται τόσο με την αναισθησία, όσο και με τις επιπτώσεις της. Σκοπός αυτής της μελέτης, ήταν να ληφθούν πληροφορίες για τους φόβους αυτούς, και να διερευνηθούν εάν επηρεάζονται από το φύλο, την ηλικία, την εκπαιδευτική κατάσταση, ή την προηγούμενη εμπειρία της αναισθησίας. Στην μελέτη αυτή συμμετείχαν 400 ασθενείς, από τους οποίους το 81% παρουσίασαν προεγχειρητικό άγχος. Το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών οφείλονταν κατά 84% στον μετεγχειρητικό πόνο, κατά 64,8% στο φόβο ότι δεν θα ξυπνήσουν από την χειρουργική επέμβαση (φόβος θανάτου), κατά 60,2% για ναυτία και εμετό, και κατά 59,5% για βελόνες και παροχετεύσεις. Φάνηκε, ότι οι ασθενείς ανησύχησαν λιγότερο για την παράλυση

λόγω αναισθησίας κατά 35,5% και για την αποκάλυψη προσωπικών θεμάτων κατά 18,8%. Όσον αφορά το φύλο, οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερους φόβους για την αναισθησία κατά 85,3%, έναντι των αντρών κατά 75,6%. Τα αποτελέσματα της ηλικίας των ασθενών, του επιπέδου εκπαίδευσης και της προηγούμενης εμπειρίας της αναισθησίας ήταν μικρά (Mavridou et al., 2013).

Η ανάγκη για χειρουργική επέμβαση, έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνει το άγχος των ασθενών, ανεξάρτητα από την έκταση της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης (Bailey, 2010).

Επιπρόσθετα, η ελάχιστη πληροφόρηση του ασθενή, όσο αναφορά την διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης (Rosén et al., 2008), και η έλλειψη υποστήριξης από συγγενείς και φίλους, αποτελούν εξίσου σημαντικούς παράγοντες στην αύξηση του προεγχειρητικού άγχους (Panagoroulou et al., 2006).

Μελέτες έχουν αποκαλύψει, ότι η ελάχιστη συναισθηματική υποστήριξη συνδέεται με την χειρότερη λειτουργική ικανότητα του ασθενούς μετά την επέμβαση. Σύμφωνα με πολλούς συγγραφείς (Stanton, 1984; Wallace, 1985; Thompson, 1989), αναφέρεται ότι οι φόβοι και το άγχος των ασθενών, μπορούν να μειωθούν σημαντικά τόσο με την υποστήριξη που παρέχει η οικογένεια και οι νοσηλευτές, όσο και με την εκπαίδευση και διδασκαλία που λαμβάνουν (Koivula et al., 2002).

Παρατηρείται, ότι οι γιατροί συχνά δεν ελέγχουν πόσο καλά έχουν κατανοήσει οι ασθενείς τις πληροφορίες που δόθηκαν και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε δυσαρέσκεια των ασθενών και στις χειρότερες περιπτώσεις, μπορεί να οδηγήσει σε παρεξηγήσεις. Εν ολίγοις, η κακή επικοινωνία μεταξύ ασθενών και ιατρών, αφήνει αναπάντητες ερωτήσεις σχετικά με τη διάγνωση, την επέμβαση και την μετεγχειρητική φροντίδα και μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση του προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους (Lim et al., 2011).

Η προεγχειρητική αναμονή αναφέρθηκε σε πολλές μελέτες ως ένας μεγάλος παράγοντας προεγχειρητικού άγχους. Η μεγάλη αναμονή των ασθενών σε συνδυασμό με μειωμένη πληροφόρηση, συμβάλλει ακόμη περισσότερο στην εμφάνιση του άγχους. Σε μια μελέτη αναφέρεται, πως οι ασθενείς ένιωθαν μια αίσθηση εγκατάλειψης κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου, ενώ μερικοί ασθενείς ανέφεραν ότι δεν μπορούσαν να μοιραστούν τις ανησυχίες τους, λόγω μειωμένης πληροφόρησης, ανεπαρκή σεβασμό και ανεπαρκή ενσυναίσθηση. Οι παράγοντες αυτοί αύξησαν το άγχος των ασθενών και των μελών της οικογένειας, και μείωσαν την εμπιστοσύνη τους προς το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης (Bailey, 2010).

Ακόμη, διερευνήθηκε ότι προεγχειρητική αβεβαιότητα και το άγχος, έχουν σημαντικό αντίκτυπο στις χειρουργικές επεμβάσεις. Η αβεβαιότητα στην ασθένεια μπορεί να εκληφθεί ως απειλή (κίνδυνος), και να οδηγήσει σε συναισθήματα ψυχικής δυσφορίας, καθώς αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα της αδυναμίας δημιουργίας γνωστικών σχημάτων για συμπτώματα ασθενείας και χαρακτηρίζεται από διάφορες πιθανές εκβάσεις, δημιουργώντας άγχος στον ασθενή. Η συσχέτιση μεταξύ του προεγχειρητικού άγχους, της αβεβαιότητας και της μετεγχειρητικής ανάκαμψης, έδειξε ότι το άγχος και η αβεβαιότητα σχετίζονται αρνητικά με την μετεγχειρητική ευεξία και την ψυχική υγεία του ασθενούς (Kagan & Bar-Tal, 2008).

Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι η νοσηλεία για την χειρουργική επέμβαση μπορεί να αντιμετωπιστεί ως απειλή και μπορεί να προκαλέσει άγχος στους ασθενείς. Το άγχος παρατηρείται στην προεγχειρητική φάση, καθώς οι ασθενείς αναμένουν ένα άγνωστο συμβάν με δυνητικό πόνο, αλλαγές στην εικόνα του σώματος, και αυξημένη εξάρτηση από άλλους (Pinar, Kurt & Gungor, 2011).

Από την άλλη ενδέχεται επίσης, η εκπαίδευση των ασθενών να αυξήσει το επίπεδο ανησυχίας τους, και να προκαλέσει σύγχυση αν είναι ασυμβίβαστη με τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες (Koivula et al., 2002).

Στατιστικά, η διάγνωση της ασθένειας, οι διαγνωστικές εξετάσεις, και οι επιλογές της θεραπείας, συγκαταλέγονται στους σημαντικότερους παράγοντες υψηλού προεγχειρητικού άγχους των ασθενών (Akinsulore et al., 2015).

Πολλοί συγγραφείς συνεκτιμούν το γεγονός ότι το περιβάλλον του ασθενή, επιδρά σημαντικά στην εμφάνιση του άγχους. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να οφείλονται σε ήχους συναγερμών, σε μηχανήματα και σε θορύβους από χειρουργικά εργαλεία (Bailey, 2010). Επιπρόσθετα η στενότητα του χειρουργικού κρεβατιού, η χαμηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος και ο χαμηλός φωτισμός μέσα στην χειρουργική αίθουσα, αποτελούν εξίσου διαβεβαιωμένους παράγοντες άγχους των ασθενών (Mitchell, 2008). Για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση, θεωρείται ότι ο τύπος της επέμβασης, ο τύπος της αναισθησίας και το βάθος του γενικού αναισθητικού, καθορίζουν το βαθμό θορύβου στον οποίο εκτίθενται οι ασθενείς (Tsiou, Efthymiatos & Katostaras, 2008).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας στην εμφάνιση προεγχειρητικού άγχους, μπορεί να είναι η στέρηση ύπνου η οποία οφείλεται κυρίως στην πρόωρη αφύπνιση. Η στέρηση ύπνου μπορεί να μειώσει τη διανοητική απόδοση του ασθενή, να προκαλέσει μειωμένη ικανότητα προσοχής, να αυξήσει την επιθετικότητα του και να

εμφανίσει καταθλιπτική ή αρνητική διάθεση. Επιπλέον, το αυξημένο άγχος του ασθενή, ενδέχεται να διακόπτει τους φυσιολογικούς ρυθμούς του νευρικού συστήματος κατά την διάρκεια των σταδίων του ύπνου (Βάρβογλη, 2006).

Σύμφωνα με τους Rana & Upton (2009), η επιθετικότητα προέρχεται από κάποιο απογοητευτικό γεγονός ή κατάσταση. Ο ασθενής καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο, μπορεί να αντιμετωπίσει πολλούς παράγοντες που θα μπορούσαν να του προκαλέσουν απογοήτευση και στην συνέχεια να καταλήξουν σε επιθετικότητα (Rana & Upton, 2009).

Ως εκ τούτου, η επιθετικότητα των ασθενών, το κλάμα, η φλυαρία, και η ταραχή, αποτελούν μηχανισμούς άμυνας των αγχωμένων ασθενών (Lin & Wang, 2005).

Ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για υψηλό προεγχειρητικό άγχος, αποτελούν η διάγνωση του καρκίνου, η μελλοντική αυτό-αντίληψη, η ιδιαιτερότητα του άγχους, το θετικό ιστορικό πόνου και το μέγεθος της χειρουργικής επέμβασης. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, οι ασθενείς με αρνητική αντίληψη για το μέλλον και μέτρια έως έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα, παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα άγχους (Caumo et al., 2001).

Έχει διαπιστωθεί, ότι το άγχος των ασθενών με καρκίνο οφείλεται κυρίως στην ύπαρξη μεταστάσεων, στην αφαίρεση τμήματος ή ολοκλήρου οργάνου, στην εξάπλωση πιθανού καρκίνου, στην αύξηση της ανάπτυξης του όγκου, στις χειρουργικές επιπλοκές και στις αλλαγές του τρόπου ζωής (Hollaus et al., 2003).

Σύμφωνα με την Kyranou και τους συνεργάτες της (2014), η διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε συνδυασμό με την πρόβλεψη της χειρουργικής επέμβασης προκαλεί φόβο, αβεβαιότητα, και άγχος στις περισσότερες γυναίκες. Οι συγγραφείς σχεδίασαν αυτή τη μελέτη για να ερευνήσουν τα δημογραφικά κλινικά συμπτώματα, αλλά και τα χαρακτηριστικά της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου του μαστού. Στην μελέτη αυτή συμπεριλήφθησαν 396 ασθενείς, οι οποίοι εντάχθηκαν προεγχειρητικά και παρακολούθηθηκαν για 6 μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι ασθενείς παρουσίασαν μέτρια επίπεδα άγχους πριν από την χειρουργική επέμβαση, υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αβεβαιότητα για το μέλλον, χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την ζωή, λιγότερη αίσθηση του ελέγχου, καθώς και μεγαλύτερη δυσκολία αντιμετώπισης. Οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους, παρουσίασαν μειωμένη σωματική ευεξία, μειωμένη αίσθηση του ελέγχου, καθώς και περισσότερα συναισθήματα απομόνωσης. Εν τούτοις, τα χαρακτηριστικά

προσωπικότητας όπως η νεύρωση, συνδέθηκαν με τα υψηλότερα επίπεδα κινδύνου στις διάφορες φάσεις της ασθένειας (Kyranou et al., 2014).

Υπολογίζεται ότι η διάγνωση του καρκίνου, μπορεί να παράγει ψυχιατρικές διαταραχές ως αποτέλεσμα της ψυχολογικής κρίσεως. Κατά τη διάρκεια ψυχολογικών κρίσεων, οι κύριες ανησυχίες του ασθενούς είναι ο φόβος του θανάτου, του ακρωτηριασμού, (όπως η υστερεκτομή, η μαστεκτομή και η προστατεκτομή), της εξάρτησης από τις φαρμακευτικές απαιτήσεις, της αναπηρίας, της απώλειας λειτουργικού ρόλου, της οικονομικής κατάστασης και τα συμπτώματα άγχους, θλίψης και θυμού (Caumo et al., 2001).

Η Hellstadius και οι συνεργάτες της (2016), αξιολόγησαν μια μελέτη όσον αφορά την ανησυχία, το άγχος, και την κατάθλιψη των ασθενών με καρκίνο του οισοφάγου, μετά την διάγνωση και πριν από την προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Η μελέτη αυτή περιλάμβανε 106 ασθενείς, από τους οποίους το 34% εμφάνισε άγχος και ανησυχία, ενώ το 23% σημειώθηκε για κίνδυνο κατάθλιψης. Επιπλέον, οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να εκθέσουν την ανησυχία τους από τους άντρες κατά 4,04% ενώ οι ασθενείς που παρουσίασαν περιορισμούς στην κατάσταση δραστηριότητάς τους, είχαν πέντε φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη κατά 6,07%. Συμπερασματικά, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με καρκίνο του οισοφάγου, αναφέρει άγχος ή κατάθλιψη πριν από την χειρουργική επέμβαση, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη ειδικής συναισθηματικής υποστήριξης (Hellstadius et al., 2016).

Υπάρχουν λίγα αξιόπιστα δεδομένα για να αποδειχθεί ότι το μήκος της περιόδου αναμονής σε ασθενείς με καρκίνο, επηρεάζει την ογκολογική πρόγνωση. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό για την ευημερία αυτών των ασθενών να διατηρήσουν την περίοδο αναμονής όσο το δυνατόν λιγότερο (Visser et al., 2006).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι μείζονες αλλαγές που συνοδεύουν τη μετεγχειρητική ζωή του ασθενή και ο χρόνος νοσηλείας του, ανεξάρτητα από οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση, είναι γνωστό ότι προκαλεί άγχος στους χειρουργικούς ασθενείς. Αν δεν αναγνωριστεί η αιτία πρόκλησης άγχους, η παρατεταμένη ανησυχία μπορεί κατά συνέπεια να διαταράξει την ψυχική τους ισορροπία και να επηρεάσει την πρόγνωση τους (Yilmaz et al., 2012).

Το μετεγχειρητικό άγχος των ασθενών, μπορεί να προκληθεί από περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως είναι οι ψυχρές θερμοκρασίες, ο θόρυβος και ο έντονος φωτισμός. Ακόμη, η μετεγχειρητική αποκατάσταση και η χρονική της

διάρκεια, η εμφάνιση πιθανών επιπλοκών, ο μετεγχειρητικός πόνος, το χειρουργικό τραύμα ανάλογα με την έκταση του και η ανάπαυση στο κρεβάτι, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην εμφάνιση μετεγχειρητικού άγχους (Twiss, Seaver & McCaffrey, 2006).

Σε πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Νιγηρία, αξιολογήθηκαν 51 ασθενείς μετά από σοβαρή χειρουργική επέμβαση, για την εμφάνιση προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους. Το 51,0% των ασθενών, είχαν εμφανίσει υψηλό προεγχειρητικό άγχος ενώ, το 15,7% των ασθενών εμφάνισαν μετεγχειρητικό άγχος. Στατιστικά τα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους φάνηκε πως ήταν υψηλότερα σε σύγκριση με τα επίπεδα μετεγχειρητικού άγχους. Οι παράγοντες που ήταν υπεύθυνοι για το προεγχειρητικό άγχος ήταν, ο φόβος των επιπλοκών κατά 70,6%, η ανησυχία για την οικογένεια κατά 54,9% και ο φόβος του θανάτου κατά 52,9%. Μόνο το 11,8% των ασθενών, ήταν ανήσυχοι για πιθανά λάθη που μπορούν να προκύψουν κατά την συνολική διάρκεια της περιεγχειρητικής φάσης, από τον γιατρό ή τον νοσηλευτή (Akinsulore et al., 2015).

Ακόμη, φαίνεται πως οι προσδοκίες των ασθενών σχετικά με τη συμπεριφορά του προσωπικού προς αυτούς, επηρεάζει το άγχος τους, καθώς και την συνολική τους εμπειρία στο νοσοκομείο (Mohan et al., 2017).

Επισημαίνεται μάλιστα, ότι οι ασθενείς με χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση και οι ντροπαλοί ασθενείς, έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης άγχους σε σχέση με τους άλλους ασθενείς (Βάρβογλη, 2006).

Ο Schiffer (2007), αναφέρει ότι το άγχος μπορεί να προέρχεται επίσης από οποιαδήποτε κατάσταση ή σκέψη που κάνει το άτομο, κάνοντας το να νιώθει θυμωμένο, νευρικό και ανήσυχο, πράγμα που μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της δυσφορίας του (Βιβιλάκη και συν., 2015).

Οι επικείμενες αλλαγές στην ενδυμασία, στη δίαιτα και η ύπαρξη παροχετεύσεων, συμβάλλουν στα αυξημένα επίπεδα άγχους, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά (Malek, Ctrnacta & Kurzova, 2004). Η μεταφορά στην αίθουσα του χειρουργείου και η διαδικασία της παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών, μέχρι την εισαγωγή στην αναισθησία αυξάνουν το προεγχειρητικό άγχος, πυροδοτώντας την αύξηση της καρδιακής συχνότητας (Demirtas et al., 2005).

Οι ασθενείς μετά από την επικείμενη χειρουργική επέμβαση, είναι πιθανόν να νοσηλευτούν στην μονάδα εντατικής θεραπείας. Το περιβάλλον αυτό μπορεί να είναι «άγρια άγνωστο» αποστερώντας τους ασθενείς από τις κανονικές αλληλεπιδράσεις

και τις αισθήσεις τους, ενώ τους βομβαρδίζει συνεχώς παράξενα αισθητήρια ερεθίσματα, (σύγχυση, αποπροσανατολισμός και ψευδαισθήσεις). Αυτή η κατάσταση, μπορεί να επιδεινώσει τα συναισθήματα άγχους που μπορεί να είχε βιώσει ο ασθενής ήδη από τη χειρουργική επέμβαση (Scott, 2004).

Η μελέτη του Schelling και των συνεργατών του (2003), αξιολόγησε την ποιότητα ζωής καρδιοχειρουργικών ασθενών, που μεταφέρθηκαν στην καρδιολογική μονάδα εντατικής θεραπείας. Η μελέτη περιλάμβανε 148 ασθενείς, οι οποίοι αξιολογήθηκαν για τραυματικές αναμνήσεις, όπως η υποκειμενική ανάμνηση του πόνου, η αναπνευστική δυσχέρεια, το άγχος, ο πανικός, και οι εφιάλτες. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν έδειξαν, πως το 18,2% των ασθενών, εμφάνισαν μετα-τραυματικό στρες στους 6 μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση, ενώ το 4,8% των ασθενών, είχαν ενδείξεις προϋπάρχουσας διαταραχής μετα-τραυματικού στρες πριν από την επέμβαση. Το 18,2% των ασθενών, διαπιστώθηκε πως είχαν σημαντικά υψηλότερο αριθμό με τραυματικές μνήμες, μετεγχειρητικά από την παραμονή τους στην μονάδα. Συμπερασματικά, η υψηλή έκθεση στο στρες μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής σε αυτούς τους ασθενείς (Schelling et al., 2003).

Οι χρόνιοι αλκοολικοί σύμφωνα με την μελέτη του Kudoh και των συνεργατών του (2007), δείχνουν να έχουν αυξημένα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους, λόγω του γεγονότος της επίδρασης του στον θαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδιακό άξονα (Kudoh et al., 2007). Αντιστοίχως, το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και με τους καπνιστές. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να εξηγηθεί από τα συμπτώματα απόσυρσης της νικοτίνης κατά την περίοδο πριν από την διακοπή του καπνίσματος, και αμέσως μετά την διακοπή. Επιπλέον, προηγούμενη έρευνα έχει δείξει, ότι το κάπνισμα είναι χρόνια αγχογόνο. Ένας πιθανός μηχανισμός αγχολυτικής νικοτίνης, είναι η αλληλεπίδραση του με άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών (π.χ. σεροτονίνη, ντοπαμίνη και νοραδρεναλίνη) (Caumo et al., 2001).

2.3 Επιπτώσεις του χειρουργικού άγχους

Το άγχος είναι μια ανθρώπινη αντίδραση σε οποιαδήποτε άγνωστη κατάσταση. Το περιεγχειρητικό άγχος θεωρείται μέρος της χειρουργικής εμπειρίας, και αποτελεί ένα διαδεδομένο πρόβλημα με αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία του ασθενή (Bailey, 2010).

Οι προεγχειρητικοί ψυχολογικοί παράγοντες, έχουν σημαντικές συνέπειες μετεγχειρητικά στην ανάρρωση των ασθενών. Όσο μεγαλύτερο προεγχειρητικό άγχος και ανησυχία έχει ο ασθενής προεγχειρητικά, τόσο δυσκολότερη θα είναι η προσαρμογή του και η ανάρρωση του μετά το χειρουργείο. Οι ασθενείς που εμφανίζουν υψηλό προεγχειρητικό άγχος και ανησυχία, μετεγχειρητικά φαίνεται να χρησιμοποιούν παυσίπονα συχνότερα, να παραμένουν περισσότερο χρόνο στο νοσοκομείο, και να εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος και θλίψη κατά την διάρκεια της ανάρρωσης τους, σε σχέση με τους ασθενείς που παρουσιάζουν χαμηλό προεγχειρητικό άγχος (Rana & Upton, 2009).

Ένα απειλητικό γεγονός όπως η χειρουργική επέμβαση, μπορεί να προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα όπως αγωνία, πανικό και θυμό. Επιπλέον μπορεί να προκαλέσει εμμονικές σκέψεις, ανησυχία και αδυναμία συγκέντρωσης. Άλλα έκδηλα συμπτώματα μπορούν να παρουσιάσουν μερική αδεξιότητα στις κινήσεις, υπερκινητικότητα ή κοινωνική απομόνωση (Ποταμιάνος, 1995).

Το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών, μετεγχειρητικά μπορεί να οδηγήσει σε ευερεθιστότητα, ανικανότητα για χαλάρωση, αϋπνία και ανυπομονησία (Aust et al., 2016).

Η ακραία μορφή του άγχους πριν από την χειρουργική επέμβαση, έχει αποδειχθεί, ότι οδηγεί σε καρδιαγγειακές διαταραχές, όπως, η ταχυκαρδία, η υπέρταση και οι αρρυθμίες. Πολλοί ερευνητές, έχουν διαπιστώσει ότι οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους, απαιτούν υψηλότερες δόσεις αναισθητικών (Akinsulore et al., 2015).

Σύμφωνα με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Ουγγρικό ινστιτούτο καρδιολογίας το (2012), διαπιστώθηκε ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, συμβάλλουν στην ανάπτυξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να ερευνηθούν τα προεγχειρητικά επίπεδα ανησυχίας και να συσχετιστούν μεταξύ του άγχους, της κατάθλιψης και της θνησιμότητας των ασθενών 7,5 χρόνια μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση. Στην μελέτη συμπεριλήφθησαν 180 ασθενείς, που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση και παρακολούθηθηκαν για 10 χρόνια. Τα προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά αποτελέσματα έδειξαν πως το 29,8% των ασθενών, δεν εμφάνισαν άγχος ή κατάθλιψη, το 26,5% των ασθενών, εμφάνισαν μόνο άγχος, το 7,7% των ασθενών, εμφάνισαν κατάθλιψη και το 35,9% των ασθενών, εμφάνισαν τόσο άγχος όσο και κατάθλιψη, καθώς και τα σημαντικά ποσοστά υψηλότερου κίνδυνου θανάτου. Κατά

την μέση παρακολούθηση των 7,5 χρόνων, το ποσοστό της θνησιμότητας ανήλθε στο 23,6% των ασθενών. Συμπερασματικά, οι ασθενείς που οδηγήθηκαν στην θνησιμότητα, είχαν υψηλότερες προεγχειρητικές βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης, και τα αποτελέσματα αυτά τονίζουν την σημασία της προεγχειρητικής ανίχνευσης του άγχους (Cserep et al., 2012).

Οι παθοφυσιολογικοί δεσμοί μεταξύ των αρνητικών συναισθημάτων και της ισχαιμικής καρδιακής νόσου, έχουν αποκαλύψει ότι το άγχος και η κατάθλιψη επιδρούν στα στεφανιαία συμβάματα, λόγω αυξημένων επιπέδων κατεχολαμίνης, αυξημένη δραστηριότητα αιμοπεταλίων και υποξεία χρόνια φλεγμονή. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που σχετίζονται με το έμφραγμα του μυοκαρδίου, αυξάνονται με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (Cserep et al., 2012).

Το άγχος πριν από την χειρουργική επέμβαση, μπορεί να οδηγήσει σε μετεγχειρητικές δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, όπως, διατροφικές δυσκολίες, απάθεια και απόσυρση. Εκτός από τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, το προεγχειρητικό άγχος, ενεργοποιεί την ανθρώπινη αντίδραση στο στρες, οδηγώντας σε αυξημένη κορτιζόλη ορού, επινεφρίνη και σε αυξημένη δραστηριότητα των κυττάρων. Αυτή η απόκριση στρες μπορεί να ενεργοποιηθεί από πολλά διαφορετικά ερεθίσματα, όπως είναι το άγχος, η χειρουργική επέμβαση, η λοίμωξη κ.α. Η περιεγχειρητική ανταπόκριση, θεωρείται ένας ομοιοστατικός μηχανισμός για την προσαρμογή στον περιεγχειρητικό τραυματισμό. Οι επιπτώσεις της χειρουργικής αντίδρασης στο στρες, ωστόσο, μπορεί να είναι επιζήμιες, νευροενδοκρινείς ορμόνες (π.χ., κορτιζόλη, κατεχολαμίνες) και κυτοκίνες (π.χ., ιντερλευκίνη-6), προκαλούν ένα αρνητικό ισοζύγιο αζώτου, επηρεάζουν τον καταβολισμό, και μπορούν να προκαλέσουν μετεγχειρητική ανοσοκαταστολή (McCann & Kain, 2001).

Είναι γενικά αποδεκτό, ότι το άγχος σε κάθε μετεγχειρητικό ασθενή, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τα χειρουργικά αποτελέσματα. Έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα, ότι η συσχέτιση μεταξύ υψηλότερων επιπέδων άγχους και αυξημένου μετεγχειρητικού πόνου, αύξησαν τα επίπεδα πόνου και επηρέασαν δυσμενώς την ανάρρωση του ασθενούς. Σύμφωνα με τον Broadbent και τους συνεργάτες του (2003), τα αυξημένα επίπεδα μετεγχειρητικού άγχους, εξασθένησαν την φλεγμονώδη απόκριση και τις διεργασίες αποικοδόμησης, στην επούλωση πληγών μετά από χειρουργική επέμβαση. Αυτές οι μελέτες, δείχνουν την ανάγκη για παρεμβάσεις για τη μείωση του άγχους, τη μείωση των επιδράσεων των εξωτερικών ερεθισμάτων που

βιώνουν οι μετεγχειρητικοί ασθενείς, και την παροχή ενός περιβάλλοντος που ευνοεί περισσότερο στην επούλωση (Twiss, Seaver & McCaffrey, 2006).

Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, ήταν να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των προεγχειρητικών ψυχολογικών παραγόντων και του μετεγχειρητικού πόνου. Συμπερασματικά, προέκυψε ότι το άγχος ήταν ένας από τους τέσσερις παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται με τον οξύ μετεγχειρητικό πόνο, ενώ οι άλλοι τρεις ήταν η ηλικία, ο τύπος χειρουργικής επέμβασης και ο προϋπάρχον πόνος. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να εμφανιστεί σε ποσοστό 10% έως 70% των ασθενών μετά από σοβαρή χειρουργική επέμβαση και συνδέεται με μακροχρόνια μείωση της ποιότητας ζωής και σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις (Ip et al., 2009).

Έχει φανερωθεί, ότι η αύξηση του βαθμού του προεγχειρητικού άγχους, είναι δυνατόν να μεγιστοποιήσει το ενδεχόμενο του κίνδυνου υποτροπιασμού και κατ' επέκταση του θανάτου. Έχει παρατηρηθεί άλλωστε, ότι μετά από επεμβάσεις αγγειοπλαστικής στεφανιαίων αρτηριών, η αύξηση του επιπέδου του άγχους επέφερε αρνητικά αποτελέσματα και μεγιστοποίηση των θανάτων (Perks, Chakravarti & Manninen, 2009).

Σε πρόσφατη μελέτη που έλαβε χώρα στις Η.Π.Α διερευνήθηκαν τα ποσοστά των επιπλοκών που θα προέκυπταν στις επόμενες 90 ημέρες, από χειρουργικές επεμβάσεις της σπονδυλικής στήλης, σε ασθενείς 80 ετών και άνω. Οι συγγραφείς οδηγήθηκαν σε αυτή την μελέτη, για να συγκρίνουν αυτά τα ποσοστά των επιπλοκών, με τα ποσοστά των επιπλοκών των ηλικιωμένων ασθενών μεταξύ 65 - 79 ετών, αλλά και αυτά που θα οδηγήσουν στην θνησιμότητα. Η μελέτη αφορούσε τους ηλικιωμένους ασθενείς, γιατί οι ασθενείς άνω των 80 ετών αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών με πάνω από 11 εκατομμύρια το 2010. Στη μελέτη αυτή συμπεριλήφθησαν 72.547 ασθενείς ηλικίας 65 - 79 ετών, και 12.187 ασθενείς ηλικίας 80 ετών και άνω. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς ηλικίας 80 ετών και άνω, εμφάνισαν τουλάχιστον μια σημαντική επιπλοκή κατά 13,87%, ενώ οι ασθενείς ηλικίας 65 - 79 ετών κατά 9,52%. Αντίστοιχα η θνησιμότητα στους ασθενείς ηλικίας 80 ετών και άνω, ανήλθε σε ποσοστό 0,48%, ενώ στους ασθενείς ηλικίας 65 - 79 ετών, σε ποσοστό 0,18% (Puvanesarajah et al., 2016).

Επιπρόσθετα, οι Ghoneim & O'Hara (2016), αναφέρουν ότι η αλληλεπίδραση της κατάθλιψης, της αναισθησίας και της χειρουργικής επέμβασης, μπορεί να

οδηγήσει σε σημαντική αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των ασθενών και να παρουσιάσει μεγαλύτερη αναρρωτική κατάσταση. Η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος στις καταθλιπτικές διαταραχές, μπορεί να εκθέσει τους ασθενείς σε αυξημένα ποσοστά μετεγχειρητικών λοιμώξεων, μετεγχειρητικών επιπλοκών, και αυξημένη θνησιμότητα. Σύμφωνα με μελέτες, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη, και η κατάθλιψη μειώνει το όριο του πόνου. Διαπιστώνεται επίσης, ότι η κατάθλιψη αποτελεί έναν ισχυρό προγνωστικό παράγοντα και συσχετίζεται με το χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο (Ghoneim & O'Hara, 2016).

Οι επιπτώσεις της καταθλιπτικής διαταραχής, χαρακτηρίζονται από αρνητικά συμπτώματα γνωστικής λειτουργίας και περιλαμβάνουν το αίσθημα θλίψης, άνευ αξίας, απελπισίας και επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας (Caumo et al., 2001).

Έχει διαπιστωθεί, ότι το άγχος αυξάνει τον μετεγχειρητικό πόνο και ωστόσο τις φαρμακευτικές απαιτήσεις, που μπορούν να επηρεάσουν την μετεγχειρητική ανάκαμψη και να οδηγήσουν σε μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως για παράδειγμα η ανάγκη για ανάπαυση στο κρεβάτι συμβάλλει στην μείωση της δραστηριότητας, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο θρόμβωσης και τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών του εντέρου και η μείωση των αναπνοών, γεγονός που αυξάνει τους πνευμονικούς κινδύνους (Bailey, 2010).

Σύμφωνα με την Miaskowski και τους συνεργάτες της (2014), δύναται να εκτιμηθεί ο πόνος των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου του μαστού, αλλά και να αξιολογηθεί η επικράτηση και τα χαρακτηριστικά του επίμονου πόνου, στον βραχίονα / ώμο. Οι συγγραφείς, μελέτησαν 398 γυναίκες μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου στον ένα μαστό, και αξιολογήθηκαν πριν και μηνιαία για 6 μήνες, μετά την χειρουργική επέμβαση. Συμπερασματικά, εκτιμήθηκε ότι το 41,6% των ασθενών δεν αισθάνθηκε κανένα πόνο, στο 23,6% των ασθενών ο πόνος ήταν ήπιος, και στο 34,8% των ασθενών ο πόνος ήταν μέτριος. Έναντι της κατηγορίας πόνου, οι ασθενείς που βρίσκονταν στην μέτρια κατηγορία πόνου, ήταν σημαντικά νεώτεροι, είχαν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος, και ήταν πιο δυνατόν να αναφέρουν οίδημα στην πληγείσα μαστού. Επιπλέον, ανέφεραν τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και διαταραχές ύπνου, πριν από την χειρουργική επέμβαση, καθώς παρουσίασαν τις περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, σε σύγκριση με τις άλλες κατηγορίες πόνου. Οι αξιολογήσεις του μέτριου πόνου στον

βραχίονα / ώμο, διαπιστώθηκε ότι έδρευσαν στις εκτιμήσεις του χειρότερου πόνου, και συνδέθηκε με τις κλινικά σημαντικές μειώσεις στην λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής των ασθενών, μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου του μαστού (Miaskowski et al., 2014).

Άλλες μελέτες υποστηρίζουν, πως περίπου το 30% των χειρουργικών ασθενών, εμφανίζουν μετεγχειρητική ναυτία και έμετο, και από αυτούς το 1% επαναλαμβάνεται για σοβαρή ναυτία και έμετο. Εκτός από την ταλαιπωρία των ασθενών και τον κίνδυνο αναρρόφησης, αυτά τα συμπτώματα αυξάνουν επίσης το φόρτο εργασίας του νοσηλευτή. Επομένως, κατά την μετεγχειρητική περίοδο θα πρέπει να εφαρμόζονται μέθοδοι για τον έλεγχο της ναυτίας και του εμέτου. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η ευεργετική επίδραση μιας επίσκεψης πριν από τη χειρουργική επέμβαση, βοηθά στη σωματική ανάκαμψη, μειώνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, τον μετεγχειρητικό πόνο, την ναυτία και τον εμετό (Sadati et al., 2013).

Για πολλούς ασθενείς, η χειρουργική επέμβαση είναι ένα γεγονός με δραματική εμπειρία, και ως εκ τούτου μπορεί να επιφέρει συνέπειες τόσο στην προσωπική, όσο στην επαγγελματική και οικονομική τους ζωή (Jawaid et al., 2007).

Ουσιαστικά, το άγχος μπορεί να επηρεάσει την άνεση του ασθενούς, την ποιότητα ζωής, την ικανότητα λήψης κατάλληλων αποφάσεων θεραπείας και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, επηρεάζοντας έτσι την επιβίωση τους (Caumo et al., 2001).

Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, οι καρδιακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, και η στεφανιαία καρδιακή νόσος αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ποσοστό καρδιακών παθήσεων. Οι συγγραφείς, μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στο άγχος και την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης σε 100 ασθενείς, από τους οποίους οι 50 ήταν γυναίκες και άλλοι 50 άνδρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν, πως οι άνδρες, πέτυχαν καλύτερη ποιότητα ζωής μετεγχειρητικά, με μέσο όρο 45,5 από ό, τι οι γυναίκες με μέσο όρο 40,1. Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα άγχους από ό, τι οι άνδρες (Tung, Hunter & Wei, 2008).

Είναι φανερό ότι οι προσδοκίες των ασθενών για τη μελλοντική τους υγεία μπορεί να διαφέρουν, πράγμα που μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους. Σύμφωνα με την μελέτη διαπιστώθηκε πως η κόπωση, η συναισθηματική δυσφορία, οι διαταραχές ύπνου, η αντιμετώπιση νέων καταστάσεων, η ύπαρξη

ασθένειας όπως ο καρκίνος, και οι επιπτώσεις της ασθένειας, επηρεάζουν περισσότερο την ποιότητα ζωής των ασθενών (Visser et al., 2006).

Η μελέτη του Oppedal και των συνεργατών του (2012), αναφέρει πως η επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ, έχει συσχετιστεί με αυξημένο ποσοστό μετεγχειρητικών επιπλοκών, μετά από χειρουργική επέμβαση. Εκτός από τις γνωστές διαταραχές που μπορεί να προκαλέσει στο ήπαρ, το πάγκρεας και το νευρικό σύστημα, μπορεί να επηρεάσει την καρδιακή λειτουργία, την ανοσοποιητική ικανότητα, την αιμόσταση και να αυξήσει το άγχος κατά την διάρκεια της χειρουργικής περιόδου (Oppedal et al., 2012).

2.4 Διαχείριση άγχους για το χειρουργείο

Το άγχος και η αντιμετώπιση του, έχουν αναγνωριστεί ως σημαντικοί παράγοντες που συνδέονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών, μετά από χειρουργική επέμβαση. Τα υψηλά επίπεδα άγχους, μπορούν να προκύψουν από την αναποτελεσματική αντιμετώπιση και η αντιμετώπιση μπορεί να επηρεαστεί από το άγχος. Η ποιότητα ζωής έχει πολλαπλές διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των παραγόντων που σχετίζονται με σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις. Η ποιότητα ζωής αντικατοπτρίζει τα κύρια χαρακτηριστικά του αποτελέσματος της προσαρμογής των ασθενών (Tung, Hunter & Wei, 2008).

Η αντιμετώπιση του άγχους, σχετίζεται με τον βαθμό ελέγχου της κατάστασης που μπορεί να διαχειριστεί το άτομο. Όσο περισσότερο μπορεί να ελέγξει την κατάσταση, τόσο περισσότερο την αντιμετωπίζει. Σύμφωνα με τους Edelman & Remond (2004), MacArthur (1998), και Manktelow (2003), υπάρχουν στρατηγικές αντιμετώπισης για την διαχείριση του άγχους, όπου σύμφωνα με αυτές το άτομο προσπαθεί «να κυριαρχήσει, να ανεχθεί, να μειώσει, ή να ελαχιστοποιήσει τα στρεσογόνα γεγονότα». Οι στρατηγικές αυτές ονομάζονται ενεργητικές και στρατηγικές αποφυγής της αντιμετώπισης, και έχουν σκοπό να αλλάξουν την φύση του στρεσογόνου παράγοντα, και τον τρόπο σκέψης του ατόμου. Ο Manktelow (2003), ισχυρίζεται πως η αλλαγή του περιβάλλοντος ή της κατάστασης, η διαχείριση του άγχους με άλλη ερμηνεία, η αλλαγή του τρόπου που ένα άτομο βιώνει το άγχος και ο εστιασμός στην επιβίωση από το άγχος, μπορούν αποτελεσματικά να μειώσουν το άγχος που βιώνει ένα άτομο (Osdorn, Wraa & Watson, 2012).

Σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς που προσέγγισαν τη χειρουργική επέμβαση με μια αίσθηση του ελέγχου, διαπιστώθηκε ότι ανέφεραν καλύτερα αποτελέσματα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τις χειρουργικές επεμβάσεις, από ασθενείς που αισθάνονταν ανήσυχοι ή συγκλονισμένοι καθόλη τη διάρκεια της χειρουργικής περιόδου. Ως εκ τούτου, η αντιμετώπιση του άγχους μέσω κατάλληλων τεχνικών, μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αξιολογήσουν τους συναισθηματικούς και πνευματικούς τους πόρους, να ελέγξουν τις αντιδράσεις τους στο άγχος, την κατάθλιψη, και τις αγχωτικές καταστάσεις, και τους επιτρέπει να συμμετέχουν στη φροντίδα τους. Διαβεβαιώνεται ότι η ενεργή συμμετοχή των ασθενών στην φροντίδα και την θεραπεία τους, τους δίνει μια αίσθηση αυτοπεποίθησης, και μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν το άγχος και τον πόνο με νέους τρόπους (Tusek, Church & Fazio, 1997).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η προσωπικότητα του ασθενούς καταλαμβάνει μεγάλης σημασίας, όχι μόνο στην αντιμετώπιση του άγχους, αλλά και στη συνολική υποκειμενική εμπειρία της χειρουργικής επέμβασης, τόσο πριν από αυτή, όσο και κατά την ανάρρωση και την επανένταξη του ασθενούς. Σύμφωνα με τους Pittner, Houston & Spiridigliozzi (1983), και τον Byrne (1961), η προσωπικότητα εμπλέκεται στην διαδικασία επιλογής στρατηγικών αντιμετώπισης ενός αγχογόνου ερεθίσματος. Οι συγγραφείς, διερεύνησαν μια άλλη διάσταση της προσωπικότητας, την ευαισθητοποίηση, σε αντιπαράθεση με την με την απώθηση ή την άρνηση. Έτσι λοιπόν το άτομο, αντιδρά προς την χειρουργική επέμβαση, είτε εντείνοντας την προσοχή του στην κατάσταση (ευαισθητοποίηση), είτε προσπαθώντας να την αγνοήσει (άρνηση). Συμπερασματικά οι ευαισθητοποιημένοι ασθενείς προετοιμάζονται ψυχολογικά, συλλέγοντας «ανήσυχα» πληροφορίες σχετικά με τις διαδικασίες της επέμβασης, και όσον αφορά την μετεγχειρητική τους πορεία, σε αντίθεση με τους ασθενείς που αρνούνται την κατάσταση και δεν ανησυχούν καθόλου (δηλαδή αυτούς που απωθούν), ή ανησυχούν υπερβολικά (προσηλωμένους). Συγκεκριμένα, η ευαισθητοποίηση ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας, βοηθάει τους ασθενείς να προσαρμοστούν στην κατάσταση τους. Η Johnston (1988), αναφέρει, πως πιθανόν ο ασθενής που «αρνείται» ή «αποφεύγει» την πραγματικότητα, να υποφέρει το ίδιο με τους «ευαισθητοποιημένους» ασθενείς, αλλά να μην είναι σε θέση να γνωστοποιήσει την κατάσταση του στο νοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα να δέχεται λιγότερη προσοχή και να θεωρείται ότι είναι

έτοιμος για έξοδο από το νοσοκομείο, νωρίτερα από ότι οι άλλοι ασθενείς (Ποταμιάνος, 1995).

Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να εκτιμηθεί ως άσχετη, καλοήθης, επιβλαβής, απειλητική ή προκλητική (Garbee & Gentry, 2001).

Οι Lazarus & Folkman (1984), υποστηρίζουν, πως στην περίπτωση που το αγχογόνο ερέθισμα εκληφθεί ως πρόκληση, το άτομο εφαρμόζει στρατηγικές αντιμετώπισης επικεντρωμένες στο πρόβλημα, με μεγάλη δυνατότητα ελέγχου της κατάστασης και επομένως περιστολής του άγχους. Αν το εξωτερικό ερέθισμα εκληφθεί ως απειλή, το άτομο καταφεύγει σε στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους επικεντρωμένες στο πρόβλημα ή και το συναίσθημα. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η χειρουργική επέμβαση εκτιμάται ως απειλή, διότι ενέχει τον κίνδυνο του θανάτου, το ενδεχόμενο της απώλειας της σωματικής ακεραιότητας και την πιθανότητα αρνητικών επιπτώσεων τόσο στην υγεία, όσο και στην καθημερινή ζωή. Η Γκίκα (1995), αναφέρει πως αν ο ασθενής χρησιμοποιήσει τον πρώτο τρόπο στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους που προαναφέρθηκε, είτε απαιτεί συγκεκριμένες πληροφορίες για την κατάσταση του και ζητά υποστήριξη από άτομα του περιβάλλοντος του, είτε προσφεύγει σε ενδοψυχικούς μηχανισμούς άμυνας, που συνιστούν τον δεύτερο τύπο αντιμετώπισης του άγχους. Για παράδειγμα, ενδέχεται να αρνείται την σοβαρότητα της κατάστασης του ή να ελπίζει ότι η επέμβαση θα αποφευχθεί κατά κάποιον μαγικό τρόπο. Συνήθως το άγχος αντιμετωπίζεται με εφαρμογή στρατηγικών επικεντρωμένων τόσο στο πρόβλημα, όσο και στο συναίσθημα (Ποταμιάνος, 1995).

Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, η οποία επικεντρώθηκε πάνω στην θεωρία των Lazarus & Folkman (1984), σε ασθενείς μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς χρησιμοποίησαν περισσότερες στρατηγικές αντιμετώπισης επικεντρωμένες στο πρόβλημα, από τις στρατηγικές που επικεντρώνονται στο συναίσθημα. Οι ασθενείς που χρησιμοποίησαν στρατηγικές με επίκεντρο το πρόβλημα, προσέδωσαν μεγαλύτερη προσοχή στην παρακολούθηση των φυσικών τους προβλημάτων, παρά στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αντιμετώπιση του προβλήματος, σχετίζεται αρνητικά με το επίπεδο άγχους και θετικά με την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών (Tung, Hunter & Wei, 2008).

Ακόμη, ένας αποτελεσματικός τρόπος στην διαχείριση του άγχους, έχει αποδειχθεί η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία η οποία έχει εξακριβωθεί ότι

αποτελεί σημαντικό συστατικό της προετοιμασίας των ασθενών πριν από την χειρουργική επέμβαση (Langer, Janis & Wolfer, 1975).

Η Lindgreen και οι συνεργάτες της, μέσα από μια έρευνα που πραγματοποίησαν το (2016), ανέφεραν ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση σπονδυλικής στήλης, συχνά παρουσιάζουν επίμονο μετεγχειρητικό πόνο που επηρεάζει αρνητικά την καθημερινή τους ζωή. Οι συγγραφείς, μελέτησαν την διεπιστημονική θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς σε αυτούς τους ασθενείς, η οποία αναγνωρίζεται ως αποτελεσματική παρέμβαση για την βελτίωση της συμπεριφοράς αντιμετώπισης του πόνου, διευκολύνοντας έτσι την διαδικασία αποκατάστασης των ασθενών με χρόνια πόνο. Η μελέτη περιλάμβανε 10 ασθενείς, οι 5 εκ των οποίων ακολούθησαν την θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς και οι άλλοι 5 έλαβαν μια συνηθισμένη φροντίδα αντιμετώπισης του πόνου. Η συμπεριφορά αντιμετώπισης του πόνου διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων. Οι ασθενείς που έλαβαν την θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς, απέτρεψαν ή ελαχιστοποίησαν τον πόνο με ανάπαυση πριν από την έναρξη του πόνου, ενώ οι ασθενείς που δεν έλαβαν την θεραπεία, περίμεναν την έναρξη του πόνου πριν από την ανάπαυση. Συμπερασματικά, η μετεγχειρητική τους εμπειρία συνεπαγόταν με την αμφιθυμία, προκαλώντας αβεβαιότητα, ανησυχία και ανασφάλεια και ανακουφίστηκε όταν οι άλλοι αναγνώρισαν τον πόνο τους και προσέφεραν υποστήριξη. Η θεραπεία αυτή ως τμήμα αποκατάστασης, ενθάρρυνε την ευεργετική αντιμετώπιση του πόνου, με την αλλαγή της αντίληψης του πόνου των ασθενών, και την αντιμετώπιση της συμπεριφοράς με αυτόν τον τρόπο, μειώνοντας έτσι τα δυσμενή αποτελέσματα του πόνου (Lindgreen et al., 2016).

Μελέτες έχουν αποκαλύψει, ότι οι προεγχειρητικές παρεμβάσεις με τη χρήση συναισθηματικής προσέγγισης, συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του άγχους. Αν και η ενσυναίσθηση είναι μια σύνθετη έννοια, στην κλινική πράξη, θεωρείται ως η εκτίμηση των συναισθημάτων του ασθενούς και η έκφραση της ευαισθητοποίησης στον ασθενή. Η προσέγγιση αυτή, περιλαμβάνει τη διερεύνηση του κύριου λόγου του ασθενούς για την επίσκεψη, τις ανησυχίες, τις προσδοκίες, την ανάγκη για ενημέρωση, τις συναισθηματικές ανάγκες και τα ζητήματα της ζωής. Οι στόχοι των εμφατικών προσεγγίσεων μπορούν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη και προσαρμοσμένες πληροφορίες. Οι επιτυχείς παρεμβάσεις, αποσκοπούν επίσης να απαντήσουν σε ερωτήσεις των ασθενών με ήρεμο, υποστηρικτικό και σίγουρο τρόπο, μέσα σε ένα

περιβάλλον ιδιωτικότητας και φροντίδας, με σεβασμό και χωρίς επικριτική στάση (Pereira, Figueiredo-Braga & Carvalho, 2016).

Ο ιατρός (χειρουργός - αναισθησιολόγος), μπορεί επίσης να συμβάλλει στη μείωση του προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους, εξασφαλίζοντας μια καλή σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, η οποία με την σειρά της προάγει την εμπιστοσύνη του στη χειρουργική του ικανότητα και προσέγγιση, αυξάνει το ενδιαφέρον του ασθενούς και την προθυμία του να συζητήσει για τη θεραπεία και να είναι σε θέση να διευκρινίσει τυχόν ερωτήσεις που τον απασχολούν (Holland & Mastrovito, 1980).

Συνήθως, δεν είναι εύκολο ο ασθενής να εξαλείψει μόνος του τα επιβλαβή ερεθίσματα που του προκαλούν άγχος. Το συγγενικό περιβάλλον και το προσωπικό του νοσοκομείου μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τα αγχωτικά γεγονότα, έτσι ώστε ο ασθενής να νιώσει ανακούφιση, ανταμοιβή, ψυχραιμία και ισορροπία. Ένας από τους πιο σημαντικούς τρόπους αντιμετώπισης του άγχους του ασθενή είναι η πληροφόρηση, πράγμα που σημαίνει ότι ο ασθενής προσπαθεί ακριβώς να μάθει τι είναι πιο πιθανό να συμβεί, με αποτέλεσμα να είναι καλύτερα προετοιμασμένος, να έχει καλύτερο έλεγχο της κατάστασης του, και να είναι λιγότερο ανήσυχος (Scott, 2004).

Η οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη, διαπιστώθηκε ότι μπορεί να μειώσει τα επίπεδα του άγχους των ασθενών, καθώς διερευνήθηκε ότι επηρεάζει θετικά την υγεία και την ευημερία τους. Μια μελέτη, έδειξε ότι οι ασθενείς που σημείωσαν υψηλό ποσοστό οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης, είχαν μικρότερη ανησυχία, έλαβαν χαμηλότερες δόσεις φαρμάκων, και είχαν μικρότερη διαμονή στο νοσοκομείο, από ασθενείς που είχαν χαμηλά επίπεδα υποστήριξης (Yilmaz et al., 2012).

Ωστόσο, ο βασικός πυλώνας της αντιμετώπισης του προεγχειρητικού άγχους εδράζεται στην πρόληψη του, καθώς το άγχος είναι αποτέλεσμα της υποκειμενικής εκτίμησης της απειλής που νοιώθει ότι δέχεται ο ασθενής (Aust et al., 2016). Συνεπώς, η αντιμετώπιση μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική, εάν υποστηρίζεται από τους νοσηλευτές, ειδικά σε ασθενείς με υψηλό προεγχειρητικό άγχος (Ward et al., 2015).

Τέλος, η χρήση ναρκωτικών, υπνωτικών, καταπραϋντικών και αγχολυτικών φαρμάκων μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην μείωση του άγχους και του πόνου των ασθενών πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση. Η χρήση αυτών των

φαρμάκων βέβαια, μπορούν να επιφέρουν σημαντικές παρενέργειες στην υγεία των ασθενών (Mohan et al., 2017).

2.5 Προεγχειρητική ενημέρωση παροχή πληροφοριών και μείωση του άγχους των χειρουργικών ασθενών

Η παροχή πληροφοριών πριν από την χειρουργική επέμβαση έχει δύο στόχους, πρώτον, να παρέχει στους ασθενείς την ευκαιρία να μπορούν να συμμετέχουν στις αποφάσεις θεραπείας, με πλήρη κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις προτεινόμενες προτάσεις φροντίδας και δεύτερον, να βελτιώσει την μετεγχειρητική ανάκαμψη και να μειώσει το άγχος των ασθενών (Luck et al., 1999).

Πιο αναλυτικά, η παροχή πληροφοριών στους ασθενείς σχετικά με την θεραπεία τους, μπορεί να δώσει την αναγκαία αίσθηση ελέγχου και το αίσθημα ασφάλειας. Οι δύο πιο συνηθισμένοι τρόποι παροχής προεγχειρητικής πληροφόρησης, είναι η προφορική κατά τη διάρκεια μιας επίσκεψης πριν από την επέμβαση, και η παροχή γραπτού υλικού (Scott, 2004).

Οι προεγχειρητικές πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς, βελτιώνουν την μετεγχειρητική τους ευημερία και οι καλά ενημερωμένοι ασθενείς κινητοποιούνται ευκολότερα, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν γνωρίζουν τους κινδύνους που ενέχει η χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς που εκτιμούν επίσης τη λήψη πληροφοριών, τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που λαμβάνουν (Asilioglu & Celik, 2004).

Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο πόνος είναι μια πολυδιάστατη εμπειρία και απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση στη θεραπεία και στη συμπεριφορική προετοιμασία του ασθενούς. Έχει επιβεβαιωθεί επανειλημμένα ότι το 30-80% των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση, υποφέρουν από ανεπαρκώς αντιμετωπίσιμο πόνο (Sjöling, 2003).

Στην παρούσα έρευνα, μελετήθηκαν 150 ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε ολική επέμβαση ισχίου ή ολική αντικατάσταση γόνατος. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, από τις οποίες το 51% των ασθενών παρακολούθησαν μια δομημένη προεγχειρητική εκπαίδευση, ενώ το 49% των ασθενών ακολούθησαν μια συνήθη προεγχειρητική φροντίδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ασθενείς που παρακολούθησαν την προεγχειρητική εκπαίδευση,

ένιωσαν καλύτερα προετοιμασμένοι για χειρουργική επέμβαση σε σχέση με την άλλη ομάδα, αντιμετώπισαν καλύτερα τον μετεγχειρητικό πόνο, και έλαβαν καλύτερα μέτρα για την πρόληψη των επιπλοκών. Το ποσοστό των επιπλοκών ανήλθε στην ομάδα που παρακολούθησε την εκπαίδευση κατά 4,5%, έναντι της άλλης ομάδας που ανήλθε σε ποσοστό κατά 12,9% (Kearney et al., 2011).

Ο LaMontagne και οι συνεργάτες του, μέσα από μια έρευνα που πραγματοποίησαν το (2003), κατέληξαν ότι το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών, μειώνεται σημαντικά με την παροχή πληροφοριών πριν από την χειρουργική επέμβαση. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν πληροφορίες για την επικείμενη χειρουργική εμπειρία, οι οποίες συνοδεύονται με ακριβείς προειδοποιήσεις για το τι πρέπει να περιμένει ο ασθενής, και σχετικές διαβεβαιώσεις, οδηγούν σε ένα εποικοδομητικό "έργο ανησυχίας", στο οποίο ο ασθενής αναπτύσσει μια διανοητική πρόβλεψη των επικείμενων απειλών, μέσω ρεαλιστικών αυτό-παραδόμενων καθησυχασμών, με στόχο να εμποδίσουν τις συναισθηματικές συγκρούσεις, την απογοήτευση και τα αισθήματα αδυναμίας απέναντι στις απειλές. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αλλάξουν την σκέψη του ασθενή, και να ενισχυθεί η αίσθηση του ελέγχου και της εμπιστοσύνης στην αντιμετώπιση της χειρουργικής εμπειρίας (LaMontagne et al., 2003).

Σύμφωνα με την μελέτη των Pinar, Kurt & Gungor (2011), ενισχύθηκε ο ρόλος της προεγχειρητικής διδασκαλίας και εκπαίδευσης των προεγχειρητικών ασθενών και διερευνήθηκε η επιρροή της στην μετεγχειρητική ανάκαμψη, σχετικά με ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση υστερεκτομής. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που έλαβαν συστηματική εκπαίδευση και διδασκαλία, απέκτησαν σωστές και επαρκείς πληροφορίες και ανέπτυξαν μια θετική στάση. Παρατηρήθηκε πως όταν μειώνεται το άγχος, μειώνονται επίσης και οι αρνητικές ψυχικές και συναισθηματικές καταστάσεις, όπως η επιθετικότητα, η έλλειψη συγκέντρωσης και η κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, βοήθησε τους ασθενείς να ανακάμψουν ταχύτερα και να μειώσουν τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Η παροχή κατάλληλης γνώσης έχει διαβεβαιωθεί, ότι μπορεί να κάνει τους ασθενείς να αλλάξουν τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές τους (Pinar, Kurt & Gungor, 2011).

Η μελέτη του Zhang και των συνεργατών του (2012), αξιολόγησε την επίδραση των νοσηλευτών στην προεγχειρητική εκπαίδευση των ασθενών, και την παροχή συμβουλών στο μετεγχειρητικό άγχος, καθώς και στις μετεγχειρητικές επιπλοκές, σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας

παράκαμψης με μόσχευμα (CABG). Οι συγγραφείς οδηγήθηκαν σε αυτήν την αξιολόγηση για να ενισχύσουν την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών, να αξιολογήσουν το άγχος των ασθενών, και να προάγουν την βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων μετά από CABG. Στην μελέτη αυτή συμπεριλήφθησαν 40 ασθενείς, οι οποίοι χωρίστηκαν σε ομάδες μελέτης και ελέγχου. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν τυπική προεγχειρητική φροντίδα, αλλά οι ασθενείς της ομάδας μελέτης ολοκλήρωσαν μια δομημένη σειρά μαθημάτων εκπαίδευσης και παροχής συμβουλών από τους νοσηλευτές, τρεις ημέρες πριν από την χειρουργική επέμβαση. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την αξιολόγηση, έδειξαν πως οι επιπλοκές στην ομάδα μελέτης ήταν χαμηλότερες από ότι στην ομάδα ελέγχου. Οι μέσες βαθμολογίες μετεγχειρητικού άγχους στην ομάδα μελέτης ανήλθαν σε ποσοστό 40,1%, ενώ στην ομάδα ελέγχου σε ποσοστό 48,9%. Συμπερασματικά, η προεγχειρητική εκπαίδευση από τους νοσηλευτές και η παροχή συμβουλών, συνδέθηκαν με ένα μειωμένο επίπεδο άγχους μετά από CABG (Zhang et al., 2012).

Πέρα από τα παραπάνω, έχει αποδειχθεί ότι η προεγχειρητική επίσκεψη και νοσηλεία, εκτός του ότι συμβάλλει στην μείωση του άγχους, έχει σκοπό να προάγει την αυτό-εκπαίδευση και αυτό-εξυπηρέτηση του ασθενούς (Morillo, 2015).

Σύμφωνα με την Weiss και τους συνεργάτες της (2007), η ποιότητα της διδασκαλίας, αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό δείκτη ετοιμότητας των ασθενών για την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Οι συγγραφείς μελέτησαν 147 χειρουργικούς ασθενείς, οι οποίοι διδάχθηκαν από τους νοσηλευτές την εξ' ολοκλήρου φροντίδα με σκοπό την αυτό-εξυπηρέτηση τους, μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Συμπερασματικά το 51% των ασθενών εφάρμοσε άριστη φροντίδα, ενώ το 16% των ασθενών αντιμετώπισε δυσκολίες όσον αφορά την προσωπική τους φροντίδα και αυτό-εξυπηρέτηση τους, με αποτέλεσμα να αναφέρουν τις περισσότερες επανεισαγωγές στο νοσοκομείο (Weiss et al., 2007).

Έχει διαπιστωθεί ότι οι χειρουργικοί ασθενείς, επιθυμούν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αναισθησία, τη ζωή μετά από την χειρουργική επέμβαση και ότι αφορά τη χειρουργική διαδικασία. Είναι προφανές, ότι οι φοβισμένοι και προβληματισμένοι ασθενείς, εκτιμούν κριτικά την ποιότητα της εκπαίδευσης και ότι η ικανότητα τους να αφομοιώνουν πληροφορίες, μπορεί να αποδυναμωθεί εξαιτίας ισχυρών συναισθημάτων (Koivula et al., 2002).

Σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς που ζητούν περισσότερες πληροφορίες εμφανίζουν περισσότερο άγχος. Οι υπερβολικές λεπτομερείς πληροφορίες, μπορεί να

διαβεβαιώσουν ορισμένους ασθενείς, αλλά και να δημιουργήσουν νέους φόβους και υψηλό άγχος σε άλλους. Για τον λόγο αυτό οι πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς, θα πρέπει να είναι σαφείς, κατανοητές και αξιόπιστες και να βοηθούν τον ασθενή να κατανοήσει τον επιδιωκόμενο στόχο και τις προτεινόμενες διαδικασίες (Doñate et al., 2015). Ορισμένοι συγγραφείς δηλώνουν ακόμη, ότι το πολιτιστικό επίπεδο και η ηλικία σχετίζονται με την κατανόηση των πληροφοριών (Morillo, 2015).

Έτσι λοιπόν, η διδασκαλία και η παροχή πληροφοριών των χειρουργικών ασθενών, θα πρέπει να προσαρμόζεται στο επίπεδο του άγχους του κάθε ασθενή που του δημιουργεί πίεση. Οι ασθενείς που εκτιμάται ότι έχουν ήπιο άγχος, λαμβάνουν αντικειμενικά την πληρέστερη διδασκαλία. Οι ασθενείς με μέτρια επίπεδα άγχους, λαμβάνουν κατά κόρον λιγότερες πληροφορίες, και οι νοσηλευτές θα πρέπει να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή σε αυτούς τους ασθενείς. Στους ασθενείς με υψηλό άγχος, θα πρέπει ουσιαστικά να παρέχονται μόνο οι βασικές πληροφορίες, δίνοντας έτσι την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τις ανησυχίες του. Εάν οι ασθενείς βρίσκονται σε κατάσταση πανικού, δεν είναι σε θέση να λάβουν πληροφορίες, για τον λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ των αρκετών και των πάρα πολλών πληροφοριών, έτσι ώστε να μην δημιουργείται περαιτέρω άγχος στους ασθενείς όσον αφορά την παροχή πληροφοριών (Garbee & Gentry, 2001).

2.6 Ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη

Μια νέα πλατφόρμα κινητής ψηφιακής επικοινωνίας, διευκολύνει την άμεση ανταλλαγή περιεγχειρητικών πληροφοριών μέσω μηνυμάτων, μεταξύ των ασθενών και των χειρουργών. Τέτοια προγράμματα έχουν στόχο να βελτιώσουν την φροντίδα των ασθενών και να ενισχύσουν τη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Όλοι οι χρήστες, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, κατέγραψαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης (Gordon, 2015).

Ένα νέο πρόγραμμα μέσω εξατομικευμένων εφαρμογών smartphone, σχεδιάστηκε σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις για να παρέχει δευτερογενής πρόληψη. Το πρόγραμμα αυτό ονομάζεται mHealth, έχει διάρκεια έξι μήνες και περιλαμβάνει την ανταλλαγή μηνυμάτων και την τηλεφωνική συνομιλία μεταξύ ασθενούς και ιατρού. Παρέχει στους ασθενείς συστηματική υποστήριξη, συμβουλές,

κίνητρα και πληροφορίες που αποσκοπούν στην βελτίωση της διατροφής, την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, την φαρμακευτική αγωγή και την ενθάρρυνση διακοπής καπνίσματος. Οι ασθενείς που συμπεριλήφθησαν σε αυτό το πρόγραμμα, είχαν αυξημένη προσκόλληση στην ιατρική θεραπεία, την ικανότητα να επιτύχουν φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης και χοληστερόλης, την προθυμία για άσκηση, και παρουσίασαν μικρότερο άγχος και ανησυχία. Τα αποτελέσματα αυτού του προγράμματος ήταν ικανοποιητικά, καθώς συνέβαλαν στην μείωση της στηθάγχης, μείωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου, μειωμένη επανεισδοχή στο νοσοκομείο και χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας (Gandhi et al., 2017).

Στη μελέτη του Mohan και των συνεργατών του (2017), δόθηκαν πληροφορίες σε μια ομάδα ασθενών με την μορφή βίντεο και εικόνων, από προηγούμενες εμπειρίες ασθενών, όσον αφορά την χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία. Ο στόχος ήταν να αντιληφθεί ο ασθενής τη διαδικασία της αναισθησίας, τα αποτελέσματά και τις επιπλοκές, ώστε να έχει μια ιδέα τι μπορεί να συμβεί, χωρίς να αυξήσει την ανησυχία του και να εξαλείψει τυχόν παρερμηνείες που σχετίζονται με αυτό. Το βίντεο και οι εικόνες δόθηκαν στους ασθενείς 1 ώρα πριν, και 8 ώρες μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς που έλαβαν τις πληροφορίες μέσω των βίντεο και των εικόνων, φάνηκε πως μείωσαν σημαντικά το άγχος πριν από την χειρουργική επέμβαση, και είχαν καλύτερη μετεγχειρητική ανάρρωση σε σχέση με τους άλλους ασθενείς (Mohan et al., 2017).

Η προεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση στην αντιμετώπιση του πόνου διαπιστώθηκε πως μείωσε σημαντικά τα επίπεδα του προεγχειρητικού άγχους και εμπλούτισε τις γνώσεις των ασθενών. Η παρέμβαση αυτή είχε ως στόχο να εξηγήσει τους παράγοντες πρόκλησης του πόνου, να διδάξει τους ασθενείς σχετικά με την μείωση του πόνου μέσω φαρμακευτικών απαιτήσεων, να εξηγήσει πόσο σημαντικό είναι οι ασθενείς παρά τον πόνο να σηκωθούν από το κρεβάτι και να ενθαρρύνει τους ασθενείς να εκφράζουν τα συναισθήματά τους και να υποβάλλουν ερωτήσεις (Lin & Wang, 2005).

Διαπιστώθηκε, πως οι ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου που έλαβαν πληροφορίες από τον αναισθησιολόγο 15 ημέρες πριν από την χειρουργική επέμβαση, μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων, και εικόνων, ένιωσαν καλύτερα προετοιμασμένοι, μείωσαν το άγχος τους και δεν παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης, σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν πληροφορίες (Lemos et al., 2019).

Κλινικές μελέτες έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα της μουσικής ως θεραπευτική παρέμβαση στην μείωση του άγχους σε ασθενείς μετά από καρδιαγγειακή χειρουργική επέμβαση. Η μουσική βελτιώνει τα κίνητρα, τη διάθεση και προωθεί τα συναισθήματα χαλάρωσης. Επιπλέον θεωρείται ότι απελευθερώνει ενδορφίνες και μεταβάλλει τα επίπεδα της κατεχολαμίνης, συμβάλλοντας στην ανακούφιση από τον πόνο, στην μείωση της αρτηριακής πίεσης, του καρδιακού και αναπνευστικού ρυθμού, την κατανάλωση οξυγόνου και τα επίπεδα γαλακτικού οξέος στον ορό (Twiss, Seaver & McCaffrey, 2006).

Η χρήση λοιπόν του διαδικτύου, των CD-ROM, video και των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων αποδεδειγμένα μπορούν να μειώσουν το άγχος των ασθενών, και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους (Hawighorst et al., 2004).

2.7 Φαρμακευτική υποστήριξη του προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους

Η χορήγηση προεγχειρητικής καταστολής έχει σημαντικά αποτελέσματα στην μείωση του προεγχειρητικού άγχους και στην μείωση της απελευθέρωσης της κορτιζόλης (Pekcan et al., 2005).

Η χορήγηση διαζεπάμης (10mg) δια του στόματος 1 ώρα πριν την χειρουργική επέμβαση μειώνει το μετεγχειρητικό άγχος, καθώς και τα ποσοστά κινδύνου μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος μέχρι και 30 ημέρες μετά το χειρουργείο (Rosén et al., 2008). Ωστόσο, οι βενζοδιαζεπίνες όπως η διαζεπάμη, μπορούν να εξασθενήσουν τις αναπνευστικές και ψυχοκινητικές λειτουργίες (Oshima et al., 2001).

Η ταντοσπρόνη, ένας 5-υδροξυτρυπταμίνη 1 A αγωνιστής, ανήκει στην κατηγορία των αγχολυτικών φαρμάκων και η δόση της (10mg-30mg) δια του στόματος, μειώνει το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών, επίσης χορηγείται σε καταθλιπτικές διαταραχές και έχει την ίδια δράση με την διαζεπάμη. Μπορεί ακόμη, να χρησιμοποιηθεί ως προφυλακτική αγωγή για το άγχος, πριν από την χειρουργική επέμβαση (Oshima et al., 2001).

Η μιδαζολάμη είναι μια βενζοδιαζεπίνη βραχείας δράσης με ευεργετική επίδραση στην καταστολή. Η χορήγηση της σε δόση 0,02mg/kg, συμβάλλει στην μείωση του περιεγχειρητικού άγχους, της μετεγχειρητικής ναυτίας και του εμετού, του μετεγχειρητικού πόνου και της αμνησίας (Bauer et al., 2004).

Η χορήγηση γκαμπαπεντίνης (1200mg) πριν από την χειρουργική επέμβαση, μειώνει τα υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους, καθώς και τον μετεγχειρητικό πόνο, αλλά φαίνεται πως η χορήγηση δια του στόματος παρουσιάζει αργή απορρόφηση από τον οργανισμό 3-4 ωρών (Clarke et al., 2013). Σύμφωνα με άλλες μελέτες η γκαμπαπεντίνη μείωσε την ποσότητα της μετεγχειρητικής κατανάλωσης της μορφίνης και αύξησε το χρόνο μέχρι το πρώτο αίτημα για αναλγησία (Gonano et al., 2011).

Η χορήγηση πρεγκαμπαλίνης δια του στόματος (300mg) 1 ώρα πριν από την χειρουργική επέμβαση οδηγεί σε σημαντική μείωση του προεγχειρητικού άγχους, και βελτιώνει την καταστολή χωρίς να προκαλεί σημαντικές παρενέργειες. Επιπρόσθετα, παρέχει αναλγητικές και αντισπασμωδικές ιδιότητες, και έχει γρηγορότερη απορρόφηση από τον οργανισμό εντός 1 ώρας, σε σχέση με την γκαμπαπεντίνη (Ghai et al., 2012).

Η μιτραζαπίνη είναι ένας ισχυρός αγωνιστής των α_2 -αυτοϋποδοχέων και ανταγωνιστής των 5-HT₂ και 5-HT₃ υποδοχέων (Chen et al., 2008). Είναι ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο, το οποίο λόγω της παρεμπόδισης του υποδοχέα 5-HT₃, έχει αντιεμετική χρήση. Η χρήση της μιτραζαπίνης έχει άριστα αποτελέσματα ως αντιεμετικό φάρμακο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Η χορήγηση της σε δόση 30mg δια του στόματος, 2 ώρες πριν από την χειρουργική επέμβαση παράγει αγχολυτικές και κατασταλτικές δράσεις, και δείχνει να απορροφάται ταχέως από τον οργανισμό. Άλλα φάρμακα όπως η αμιτριπτυλίνη, η κλομιπραμίνη και η δοξεπίνη, έχουν αποδειχθεί εξίσου αποτελεσματικά όπως η μιτραζαπίνη (Teixeira et al., 2005).

Η κλονιδίνη είναι ένας Α αδρενεργικός αγωνιστής και έχει αναλγητικές, αγχολυτικές και κατασταλτικές ιδιότητες. Η δια του στόματος χορήγηση κλονιδίνης 45 λεπτά πριν από την χειρουργική επέμβαση, σε δόση 4 $\mu\text{g/kg}$ προκαλεί αξιόπιστη καταστολή, μειώνει τις απαιτήσεις αναισθησίας και μειώνει την απαίτηση για μετεγχειρητικά αναλγητικά (McCann & Kain, 2001).

Ωστόσο, έχει αποδειχθεί ότι η μείωση του προεγχειρητικού άγχους με βενζοδιαζεπίνες οδηγεί σε καλύτερη αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου (Lemos et al., 2019).

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

3.1 Προεγχειρητική φροντίδα χειρουργικού ασθενή

Η φροντίδα του χειρουργικού ασθενή περιλαμβάνει:

- την προεγχειρητική φροντίδα που αποτελείται:
 - από τις διαγνωστικές εξετάσεις και την λήψη ιστορικού,
 - την προεγχειρητική εκτίμηση, και
 - την προετοιμασία για το χειρουργείο.
- την διεγχειρητική περίοδο.
- την αναισθησία.
- την μετεγχειρητική φροντίδα που περιλαμβάνει:
 - την παρακολούθηση του ασθενή στην αίθουσα ανάνηψης,
 - την παροχή φροντίδας στην μονάδα εντατικής θεραπείας αν το απαιτεί η κατάσταση, και
 - την παρακολούθηση του ασθενή κατά την παραμονή του στο χειρουργικό τμήμα.
- την φροντίδα του ασθενούς μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο, έως την πλήρη ανάρρωση του (Way & Doherty, 2007).

3.2 Προεγχειρητική περίοδος

Η προεγχειρητική περίοδος, αρχίζει από την στιγμή που ο ασθενής προγραμματίζεται για το χειρουργείο και τελειώνει με την μεταφορά του στο χειρουργείο. Η περίοδος αυτή περιλαμβάνει την εκπαίδευση του ασθενή και την

παρέμβαση του νοσηλευτή, έχοντας ως αποτέλεσμα την μείωση του άγχους του, την αντιμετώπιση των επιπλοκών, και την προαγωγή της συνεργασίας (Ignatavicius & Workam, 2008).

3.2.1 Διαγνωστικές εξετάσεις και λήψη ιστορικού

Για να τεθεί η διάγνωση που θα οδηγήσει στις προαπαιτούμενες εξετάσεις, χρειάζεται να ληφθεί υπόψη η κλινική εικόνα του ασθενούς, η οποία «είναι το σύνολο των υποκειμενικών ενοχλημάτων (συμπτωμάτων) του ασθενούς και τα αντικειμενικά ευρήματα (φυσικά σημεία)», που παραπέμπουν στην καταγραφή του ιστορικού του ασθενή. Το ιστορικό περιλαμβάνει:

- την ολοκληρωτική καταγραφή όλων των δημογραφικών στοιχείων,
- την αιτία προέλευσης του ασθενή στο νοσοκομείο,
- την ύπαρξη κάποιου κληρονομικού ιστορικού,
- το ατομικό ιστορικό,
- το γυναικολογικό ή ανδρολογικό ιστορικό,
- της συνήθειες και τον τρόπο ζωής του ασθενή,
- την παρουσία κάποιας νόσου,
- την χρήση φαρμάκων και ουσιών, και
- το ενδεχόμενων αλλεργιών (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2011).

Σε αυτή τη φάση ο ασθενής υποβάλλεται σε εξετάσεις για την διαπίστωση της ομαλής φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας, που δύναται να εκτιμηθεί:

- από το ιστορικό του ασθενή, όσον αναφορά την ύπαρξη δύσπνοιας κατά την άσκηση, το κάπνισμα ή αν είναι πάσχων χρόνιων νόσων του αναπνευστικού, που εμφανίζουν μειωμένη αναπνευστική λειτουργία.
- από την κλινική εξέταση, όπου παρατηρούνται ανωμαλίες στην αναπνοή, στο βάθος, στην συχνότητα, και τον τύπο κατά την ψηλάφηση, επίκρουση και ακρόαση για την ανίχνευση παθολογικών καταστάσεων. Ο ασθενής υποβάλλεται σε ακτινογραφία θώρακος, σε ειδικές εξετάσεις πνευμονικού αερισμού και σε εξετάσεις αερίων αίματος.

Υποβάλλεται σε εξετάσεις για την διαπίστωση ομαλής και φυσιολογικής καρδιακής λειτουργίας, που δύναται να εκτιμηθεί:

- από το ιστορικό, κυρίως σε ασθενείς ηλικίας άνω των 40 ετών, και σε περιπτώσεις ρευματοπάθειας, δύσπνοιας ή στεφανιαίας νόσου.
- από την αντικειμενική εξέταση, όπου παρατηρούνται ευρήματα από την ακρόαση καρδιακού ρυθμού.
- από τις παρακλινικές εξετάσεις, απαιτείται ακτινογραφικός έλεγχος καρδιάς και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Υποβάλλεται σε εξετάσεις για την διαπίστωση ομαλής και φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας, που δύναται να εκτιμηθεί:

- από το ιστορικό, ύπαρξη αιματουρίας, ουραιμίας.
- από τις παρακλινικές εξετάσεις, ο ασθενής υποβάλλεται σε γενική ούρων.

Υποβάλλεται σε εξετάσεις για την διαπίστωση ομαλής και φυσιολογικής ηπατικής λειτουργίας, που δύναται να εκτιμηθεί:

- από το ιστορικό, χρήση οινόπνευματών και ιστορικό ηπατικής δυσλειτουργίας.
- από την κλινική εξέταση, με ψηλάφηση και εργαστηριακά ελέγχονται τα λευκώματα του ορού, η χολερυθρίνη ορού, ο χρόνος προθρομβίνης, οι τρανσαμινάσες και η αλκαλική φωσφατάση (Τούντα, 1975).

Ακόμη, υποβάλλεται σε διαγνωστικές εξετάσεις, που περιλαμβάνουν: την γενική αίματος, τον βιοχημικό έλεγχο, τον έλεγχο πηκτικότητας για ηπατίτιδα, την ομάδα Rhesus και τον έλεγχο ορμονών σε περιπτώσεις παθήσεων θυρεοειδούς. Περαιτέρω εξετάσεις πραγματοποιούνται σε περίπτωση που το απαιτεί η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Οι προαπαιτούμενες εξετάσεις, αποτρέπουν τον κίνδυνο για ενδοεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές και βοηθούν στην δημιουργία κατάλληλου προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού πλάνου εκπαίδευσης (Obson, Wraa & Watson, 2012).

3.2.2 Προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενούς

Η προεγχειρητική εκτίμηση, αποτελεί την συνολική αξιολόγηση της γενικής κατάστασης της υγείας του ασθενούς, που αποσκοπεί στην ανεύρεση νοσηρών καταστάσεων ή παθήσεων που θα μπορούσαν να αυξήσουν τους κινδύνους μιας χειρουργικής επέμβασης, ή να επηρεάσουν δυσμενώς την ανάρρωση του ασθενούς

(Way & Doherty, 2007). Η νοσηλευτική αντιμετώπιση κατά το προεγχειρητικό στάδιο, έχει ως στόχο να εξετάσει, να σχεδιάσει, να εκπαιδεύσει και να επανεκτιμήσει την κατάσταση του ασθενούς. Ο σκοπός της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας, είναι να εκτιμήσει την ετοιμότητα του ασθενούς για το χειρουργείο, να αναγνωρίσει πιθανούς κινδύνους, να ενημερώσει τον ασθενή όσον αφορά την χειρουργική διαδικασία, να προετοιμάσει τον ασθενή για την του μετεγχειρητική εμπειρία, να παρέχει συναισθηματική υποστήριξη, και να τον εκπαιδεύσει για την αυτό-εξυπηρέτηση του (Obson, Wraa & Watson, 2012).

3.2.3 Προετοιμασία για το χειρουργείο

Η προετοιμασία για το χειρουργείο ξεκινά με την εφαρμογή του πρωτοκόλλου, αρχικά αναγνωρίζεται ο ασθενής καταγράφοντας τα στοιχεία του, και την συνολική του εκτίμηση, συμπεριλαμβανομένου της όρασης, της ακοής και της επικοινωνίας και αξιολογείται ο βαθμός κατανόησης του ασθενή για την επέμβαση και την αναισθησία. Στην συνέχεια πραγματοποιείται λήψη ζωτικών σημείων για την διαπίστωση της ομαλής και φυσιολογικής λειτουργίας του ασθενή. Τέλος λαμβάνεται η συγκατάθεση του για την πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης (Mosby, 2013).

Το βράδυ πριν, αλλά και κατά την ημέρα της επέμβασης απαγορεύεται η τροφή και η λήψη υγρών πριν την εισαγωγή του ασθενή στο χειρουργείο. Ο ασθενής υποβάλλεται σε υποκλυσμό εντέρου, πραγματοποιείται καθαριότητα του δέρματος του ασθενή και αφαιρούνται τα βερνίκια από τα νύχια, τα κοσμήματα, τα γυαλιά, οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και οι φακοί επαφής (Παπαδάκη, 1992).

Πραγματοποιείται κένωση της ουροδόχου κύστεως με τοποθέτηση καθετήρα, σε επείγουσες επεμβάσεις γίνεται ειδική προετοιμασία στομάχου και τοποθετείται Levin. Μιάμιση ώρα πριν από το χειρουργείο, χορηγείται στον ασθενή ατροπίνη ή κάποιο ηρεμιστικό σε μικρές ποσότητες, με αποτέλεσμα ο ασθενής να παραμείνει ήρεμος και να ακολουθήσει μια ανώδυνη χειρουργική επέμβαση (Τούντα, 1975).

Μία μέρα πριν από την επέμβαση πραγματοποιείται το προεγχειρητικό ξύρισμα του δέρματος, ανάλογα με το σημείο που θα γίνει η επέμβαση. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμβουλευτεί ειδικό χάρτη για τα σημεία ξυρίσματος, καθώς θα πρέπει να γίνει με προσοχή για την αποφυγή κοψιμάτων ή γδαρσιμάτων που μπορούν να

οδηγήσουν σε μετεγχειρητική μόλυνση. Επιπλέον αξιολογείται η ψυχική κατάσταση του ασθενή για την αποφυγή της ανησυχίας και του πανικού. (Παπαγεωργίου, Κελέση & Φασόη, 2013).

Το συγγενικό περιβάλλον του ασθενή θα πρέπει να παραμείνει κοντά του μέχρι την στιγμή του χειρουργείου. Ο ασθενής ντύνεται με το καθαρό πουκάμισο του χειρουργείου, και μεταφέρεται στην χειρουργική αίθουσα (Παπαδάκη, 1992).

3.3 Διεγχειρητική περίοδος

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

3.4 Αναισθησία

Η αναισθησία πραγματοποιείται στις χειρουργικές επεμβάσεις για την αποφυγή του πόνου, την επίτευξη επαρκούς μυϊκής χάλασης, την αντιμετώπιση του φόβου και του άγχους και την απομάκρυνση της δυσάρεστης εμπειρίας από την μνήμη, και περιλαμβάνει :

- την γενική αναισθησία,
- την περιοχική αναισθησία,
- την νευροπηπταναλγησία, και
- την τοπική αναισθησία (Devit, 2001).

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

4.1 Μετεγχειρητική περίοδος

Η μετεγχειρητική περίοδος ξεκινάει από την στιγμή που τελειώνει το χειρουργείο και ο ασθενής μεταφέρεται στην μονάδα μετεγχειρητικής ανάνηψης, και διαρκεί μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο, έως και την πλήρη ανάρρωση του. Είναι η περίοδος όπου ο ασθενής συνέρχεται από την αναισθησία. Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει την άμεση και την συνεχιζόμενη μετεγχειρητική φροντίδα (Osborn, Wraa & Watson, 2012).

4.2 Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα (φάση ανάνηψης)

Οι νοσηλευτές της ανάνηψης αξιολογούν τους μετεγχειρητικούς ασθενείς, δίνοντας έμφαση στην πρόληψη των επιπλοκών της αναισθησίας ή της επέμβασης. Οι αξιολογήσεις περιλαμβάνουν την αναπνευστική κατάσταση, την κατάσταση του καρδιαγγειακού συστήματος, του κεντρικού νευρικού συστήματος, των υγρών του τραύματος, και την γενική κατάσταση του ασθενούς. Οι αξιολογήσεις αυτές γίνονται κάθε 10 - 15 λεπτά. Η μέση διάρκεια παραμονής στην αίθουσα ανάνηψης, είναι περίπου 2 ώρες, αλλά αυτό εξαρτάται από τον τύπο της επέμβασης, την χρονική διάρκεια της αναισθησίας και την αντίδραση του ασθενούς (Taylor, Lillis & Lemone, 2006).

4.3 Συνεχιζόμενη μετεγχειρητική φροντίδα

Η συνεχιζόμενη μετεγχειρητική φροντίδα σχεδιάζεται για να προάγει την ανάρρωση από την επέμβαση και την αντιμετώπιση των διαταραχών. Το σχέδιο φροντίδας βασίζεται σε εξατομικευμένες νοσηλευτικές διαγνώσεις και περιλαμβάνει την προαγωγή της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, την πρόληψη των επιπλοκών και την διδασκαλία αυτό-φροντίδας όταν ο ασθενής επιστρέψει στο σπίτι (Taylor, Lillis & Lemone, 2006).

4.4 Παροχή φροντίδας στην μονάδα εντατικής θεραπείας

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, αποσκοπεί στην αντιμετώπιση των βαριά πασχόντων χειρουργικών ασθενών μετά από σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να προκύψουν είτε από την επέμβαση, είτε από ήδη παθολογικές συνυπάρχουσες καταστάσεις του ασθενή. Η εντατική νοσηλεία αφορά συνήθως τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες ή και μέρες, μέχρι την αποκατάσταση της λειτουργίας των κυριότερων οργάνων, όπως του καρδιαγγειακού, αναπνευστικού και ουροποιητικού συστήματος (Γολεμάτης, 1996).

4.5 Παρακολούθηση του ασθενή κατά την παραμονή του στο χειρουργικό τμήμα

Κατά την παρακολούθηση του ασθενή στο χειρουργικό τμήμα, εξετάζεται το επίπεδο της συνείδησης του, ο προσανατολισμός του στο χώρο, στον χρόνο, καθώς και τα πρόσωπα. Επιπλέον ελέγχεται η αντίδραση του ασθενή στα λεκτικά ερεθίσματα και στην ικανότητα του να κινεί τα άκρα. Γίνεται μέτρηση των ζωτικών σημείων ανά 15 λεπτά μέχρι να σταθεροποιηθούν, και εξετάζονται πιθανά σημεία κυκλοφορικών προβλημάτων όπως η μετεγχειρητική υπόταση, αιμορραγία ή καταπληξία. Παρατηρείται το χρώμα του δέρματος του ασθενή, ιδιαίτερα στα χείλη και στα νύχια και η θερμοκρασία. Ο νοσηλευτής, εξετάζει τον τύπο και την ποσότητα των ενδοφλεβίων χορηγούμενων υγρών, καθώς επίσης τον ρυθμό και το σημείο έγχυσης. Φροντίζει το τραύμα, τα επιθέματα και τα κλινοσκεπάσματα να είναι

καθαρά και ελέγχει τακτικά για κίνδυνο αιμορραγίας. Παρακολουθεί τις παροχετεύσεις και του σωλήνες ελέγχοντας το χρώμα, την σύσταση και την ποσότητα της παροχέτευσης σε όλους τους σωλήνες και τις συσκευές παροχέτευσεων, καθώς όλοι οι σωλήνες θα πρέπει να επιβεβαιώνονται πως λειτουργούν σωστά. Και τέλος φροντίζει για την άνεση του ασθενή (Berman, Snyder & Jackson, 2009).

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να αναλάβει την μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενή και την συστηματική παρακολούθηση του στην κλινική. Η συστηματική παρακολούθηση περιλαμβάνει :

- το καρδιαγγειακό σύστημα (σφίξεις, αρτηριακή και φλεβική πίεση),
- το αναπνευστικό σύστημα, ο νοσηλευτής ελέγχει το βάθος της αναπνοής, τους αναπνευστικούς ήχους, το βήχα και τις εκκρίσεις. Επιπλέον, βοηθάει τον ασθενή για την εκτέλεση αναπνευστικών ασκήσεων που θα τον βοηθήσουν στην εισπνοή και στην αποφυγή δημιουργίας ατελεκτασίας,
- το ουροποιητικό σύστημα, ο ασθενής θα πρέπει να ουρήσει εντός της ίδιας ημέρας,
- το πεπτικό σύστημα, συχνά παρουσιάζεται ναυτία και εμετός. Την επόμενη μέρα της επέμβασης ξεκινά η διατροφή με ελαφρά σίτιση. Η πλήρης σίτιση ξεκινά την 3η μετεγχειρητική ημέρα, μετά την πρώτη κένωση του ασθενή,
- την κινητοποίηση του ασθενή, πρέπει να πραγματοποιηθεί μετά από λίγες ώρες από την στιγμή που ο ασθενής θα εισέλθει στην κλινική, για τη πρόληψη των επιπλοκών κυρίως από τους πνεύμονες, την αποφυγή θρομβοεμβολικών επεισοδίων, και την κινητοποίηση του εντέρου, και
- την φροντίδα για την διατήρηση ενυδάτωσης, θερμίδων και ηλεκτρολυτών του ασθενή (Τούντα, 1975).

Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τις τροφές και τα υγρά που επιτρέπεται να λάβει από το στόμα, τα ενδοφλέβια διαλύματα και την φαρμακευτική αγωγή, την θέση του ασθενούς στην κλινική, τις εργαστηριακές εξετάσεις, την πρόσληψη και αποβολή υγρών (έλεγχος για χρώμα, σύσταση, οσμή, ποσότητα), και την επιτρεπόμενη δραστηριότητα, συμπεριλαμβανόμενης της βάδισης. Ο νοσηλευτής επίσης ελέγχει το είδος της χειρουργικής επέμβασης, το αναισθητικό που χρησιμοποιήθηκε, την μετεγχειρητική διάγνωση, την εκτιμώμενη απώλεια αίματος

και την φαρμακευτική αγωγή που χορηγήθηκε στον θάλαμο ανάνηψης (Berman, Snyder & Jackson, 2009).

Η διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή, η ανακούφιση του από τον πόνο, η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των επιπλοκών, η πρόληψη των κατακλίσεων, η εκτίμηση της ψυχικής του κατάστασης, και η παροχή εκπαίδευσης και διδασκαλίας για την ανεξαρτητοποίηση του από την φροντίδα άλλων, αποτελούν το βασικό πλάνο φροντίδας του νοσηλευτή (Osborn, Wraa & Watson, 2012).

4.6 Φροντίδα του ασθενή μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο

Η παροχή οδηγιών στον ασθενή και η εκπαίδευση του μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο, παίζουν σημαντικό ρόλο και απαιτούν την ενημέρωση του για την φροντίδα του χειρουργικού τραύματος. Ο ασθενής θα πρέπει να λάβει γνώσεις για την φαρμακευτική αγωγή, τις δραστηριότητες που μπορεί να κάνει, την δίαιτα που πρέπει να ακολουθήσει και να λάβει γνώση για την διαχείριση των συμπτωμάτων, με στόχο την εκπλήρωση της αυτό-φροντίδας του. Η εκπαίδευση δεν αφορά μόνο τον ασθενή αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον. Οι νοσηλευτές πρέπει να αντιλαμβάνονται πως οι οδηγίες έγιναν κατανοητές στον ασθενή (Osborn, Wraa & Watson, 2012).

4.7 Μετεγχειρητικές ασκήσεις

Οι μετεγχειρητικές ασκήσεις βοηθούν σημαντικά στην αποφυγή των μετεγχειρητικών επιπλοκών, και περιλαμβάνουν την παρότρυνση του ασθενή για βήχα, την εκμάθηση του ασθενή για διαφραγματική αναπνοή, την αλλαγή πλευράς, τις ασκήσεις κάτω άκρων και την κινητοποίηση (Perry & Potter, 2012).

4.8 Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Μετά την χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής πρέπει να αποκαταστήσει προοδευτικά την λειτουργία όλων των συστημάτων του οργανισμού του, και έπειτα

από μια μικρού μήκους περιόδου ανάρρωσης, να επιστρέψει στην καθημερινότητα του. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές διακρίνονται σε ειδικές που σχετίζονται με το χειρουργούμενο σύστημα και την χειρουργική επέμβαση και σε γενικές που αφορούν οποιοδήποτε σύστημα του οργανισμού. Οι γενικές επιπλοκές μπορεί να προέρχονται από το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό, το ουροποιητικό και το πεπτικό σύστημα. Οι επιπλοκές που εμφανίζονται στις πρώτες 30 ημέρες από την επέμβαση, θεωρούνται πρώιμες, και αυτές που εμφανίζονται αργότερα καλούνται όψιμες ή αψότερες επιπλοκές (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2011).

Στις γενικές επιπλοκές ανήκουν, η αναπνευστική ανεπάρκεια, η ατελεκτασία - πνευμονία, το πνευμονικό οίδημα, η πνευμονική εμβολή, η καρδιακή ανεπάρκεια, η επίσχεση ούρων, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, οι καρδιακές αρρυθμίες, ο μετεγχειρητικός ειλέος, και η διάρροια. Στις ειδικές μετεγχειρητικές επιπλοκές ανήκουν, η μετεγχειρητική αιμορραγία, η διάσπαση τραύματος, η συλλογή υγρού και τα συρίγγια. Ο μετεγχειρητικός πυρετός, η ναυτία και ο εμετός, μπορούν να διακριθούν σε γενικές ή ειδικές επιπλοκές, ανάλογα με την αιτία πρόκλησης τους (Αλκιβιάδης, 2005).

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του άγχους

Η αντιμετώπιση του άγχους περιλαμβάνει αρχικά την εκτίμηση του επιπέδου του άγχους του ασθενή. Η ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες και τα προβλήματα του σχετικά με την επέμβαση, αποσκοπεί στην ανακούφιση του και συμβάλει στην μείωση του άγχους του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει, ώστε ο ασθενής να συμμετέχει ενεργά στον σχεδιασμό της νοσηλευτικής του φροντίδας και στην λήψη αποφάσεων. Η εποικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή, του παρέχει το δικαίωμα να συζητήσει για τυχόν προβλήματα που μπορούν να προκύψουν και προσδίδει το αίσθημα της ασφάλειας (Speer, 1999).

Η παροχή βοήθειας στον ασθενή να αναγνωρίσει τους παράγοντες που του προκαλούν άγχος, συμβάλει στην ανεύρεση νέων τρόπων αντιμετώπισης του άγχους. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να επανεξετάσει τα γεγονότα, τις σκέψεις και τα συναισθήματα που βίωσε από μια κατάσταση που του προκάλεσε άγχος, με σκοπό να αναγνωρίσει τις ενέργειες που είχε χρησιμοποιήσει ο ασθενής στο παρελθόν με επιτυχία, ώστε να τις επαναλάβει (Doenges, Moorhouse & Murr, 2009).

Επιπρόσθετα, η παροχή πληροφοριών σχετικά με το τι πρόκειται να συμβεί κατά την διάρκεια της περιεγχειρητικής φάσης, τι αναμένεται να αισθανθεί ο ασθενής, η παροχή εγγυήσεων ότι θα ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση του πόνου, και η εξασφάλιση ενός ήρεμου περιβάλλοντος, κατευνάζουν το άγχος των ασθενών (Osborn, Wraa & Watson, 2012).

Σύμφωνα με την Σαββοπούλου (2004), η δημιουργία μιας ατμόσφαιρας αποδοχής, που περιλαμβάνει την έκφραση συμπάθειας, ζεστασιάς και φιλικότητας, η λεκτική ενθάρρυνση, η επίδειξη ηρεμίας, η συνεχής παρακολούθηση του ασθενή, η υπενθύμιση των δυναμικών στοιχείων της προσωπικότητας του και η παροχή αξιόπιστων και υπεύθυνων πληροφοριών από τον νοσηλευτή προς τον ασθενή, προσδίδουν το αίσθημα υποστήριξης και συμπαράστασης και αποτελούν σημαντικές παρεμβάσεις για την μείωση του άγχους (Σαββοπούλου, 2004).

Η δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης που περιλαμβάνει την ενσυναίσθηση, προσδίδει τον σεβασμό στην υποκειμενικότητα του ασθενή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογεί τα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα που εκφράζουν τα συναισθήματα του ασθενή και να χρησιμοποιήσει δεξιότητες για ενεργητική ακρόαση. Αυτό συμβάλλει στην δημιουργία ενός κλίματος συνεργασίας και κατανόησης (Doenges, Moorhouse & Murr, 2009).

Στην μελέτη του Tabatabaee και των συνεργατών του (2016), το θεραπευτικό άγγιγμα αναφέρθηκε ως υποκειμενικός δείκτης για την μείωση του άγχους των ασθενών με καρκίνο. Οι συγγραφείς εξέτασαν την επίδραση του θεραπευτικού αγγίγματος στους ασθενείς, και συμπέραναν ότι παρουσίασαν βελτιωμένη διάθεση και ευεξία, μειωμένη ναυτία και κόπωση και αυξημένη ζωτικότητα και ικανοποίηση των ασθενών από την θεραπεία. Άλλες μελέτες έδειξαν, ότι το θεραπευτικό άγγιγμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συμπλήρωμα στην ανακούφιση του πόνου σε ασθενείς μετά από χειρουργική επέμβαση (Tabatabaee et al., 2016).

Πέρα από τα παραπάνω, έχει αποδειχθεί ότι οι ασκήσεις χαλάρωσης, και η διαφραγματική αναπνοή, που μπορούν να εφαρμοστούν με την βοήθεια του νοσηλευτή, μπορούν να συμβάλλουν στην διαχείριση και στη μείωση του άγχους του ασθενούς. Ο νοσηλευτής μέσα στα πλαίσια της εκπαίδευσης μαθαίνει τον ασθενή να παίρνει σωστές αναπνοές. Η ελεγχόμενη αναπνοή βοηθάει τον ασθενή να ελαττώσει το άγχος και να διατηρήσει τον έλεγχο του εαυτού του. Συμβάλλει επίσης στην μείωση της έντασης των μυών, και στην γενικότερη μείωση της συναισθηματικής και ψυχολογικής έντασης (Βιβιλάκη και συν., 2015).

Ο περισπασμός έχει διαπιστωθεί ως μια ακόμη παρέμβαση του άγχους, ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες 24 ώρες πριν από την επέμβαση. Η μουσική, η τηλεόραση, το διάβασμα, και οι επισκέψεις οικείων προσώπων, μπορούν να συμβάλλουν στον περιορισμό του άγχους (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η προεγχειρητική προετοιμασία και διδασκαλία των ασθενών, έχει αποδειχθεί ότι μειώνει το άγχος των ασθενών και τον κίνδυνο των επιπλοκών (Perry & Potter, 2012). Ο στόχος της περιεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι να παρέχει καλύτερο περιβάλλον και ποιότητα ζωής στον ασθενή πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την χειρουργική επέμβαση και να αυξήσει την ικανότητα του για αυτό-φροντίδα και αυτό-εξυπηρέτηση (Sigdel, 2015). Ακόμη, η προεγχειρητική διδασκαλία παρέχει στους ασθενείς τους μηχανισμούς αντιμετώπισης για την διαχείριση της χειρουργικής εμπειρίας (Garbee & Gentry, 2001).

Επομένως, τα άτομα που είναι υπεύθυνα για την προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς, θα ήταν πιθανώς πιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του προεγχειρητικού άγχους, αν είχαν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τους δυνητικούς προγνωστικούς παράγοντες της προεγχειρητικής ανησυχίας (Caumo et al., 2001).

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κεντρικό ζήτημα για την διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας αποτελεί η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος. Πρόκειται για μια επιλογή που καθορίζεται τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, τις εμπειρίες και το σύστημα αξιών του ερευνητή όσο και από περισσότερο «αντικειμενικούς» παράγοντες όπως η επικαιρότητα, η σημασία του υπό διερεύνηση ζητήματος καθώς και η ύπαρξη προηγούμενης επιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο αυτό έχει προσεγγισθεί ή οι πλευρές που δεν έχουν τυχόν ερευνηθεί (Hitchcock & Hughes, 1989).

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

Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης:

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

Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος:

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

Παρουσίαση του Κοινωνικού Ιστορικού

Ο κύριος Παναγιώτης είναι 53 ετών, με ύψος 1.75 και βάρος 70 κιλά. Εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος και τα τελευταία δύο χρόνια ασχολείται με τον αθλητισμό. Πέρα από αυτό, ο ίδιος προπονεί μικρές τοπικές ομάδες ποδοσφαίρου και είναι πολύ ευχαριστημένος με αυτήν του την ενασχόληση. Πριν ασχοληθεί με τον αθλητισμό, ο κ. Παναγιώτης ήταν καπνιστής, και δεν πρόσεχε καθόλου τις διατροφικές του συνήθειες, πλέον ακολουθεί έναν υγιεινό τρόπο ζωής, δεν καπνίζει, δεν πίνει, και δηλώνει πως ο αθλητισμός έχει καλύτερψει σημαντικά την ποιότητα της ζωής του. Το υποστηρικτικό του περιβάλλον αποτελείται από τη σύζυγο του, τους δύο γιούς του, τον πατέρα του, τους φίλους και τους συνεργάτες. Οι σχέσεις με την μητέρα του δεν είναι καλές τα τελευταία χρόνια. Αυτό τον κάνει να νιώθει θυμό και να διατηρεί

μια ενοχική στάση. Δηλώνει πως του αρέσουν τα ταξίδια, και πως με το πέρασ του χρόνου θα ήθελε να εξελίξει τις επαγγελματικές του ικανότητες στον αθλητισμό.

Παρουσίαση του Ιστορικού των συμπτωμάτων

Ο κ. Παναγιώτης άρχισε να εμφανίζει δύσπνοια, αδυναμία και κόπωση μετά από τρέξιμο, και ανεξήγητη απώλεια βάρους. Η δύσπνοια χειροτέρευε σταδιακά κατά τους τελευταίους δύο μήνες. Ο λόγος που ο κ. Παναγιώτης αποφάσισε να επισκεφθεί το νοσοκομείο ήταν η δύσπνοια, όπου αναγκάστηκε να περιορίσει τη συχνότητα και την διάρκεια του τρεξίματος, και η σημαντική απώλεια βάρους, από την στιγμή που τρεφόταν σωστά και ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Από τις ερωτήσεις που τέθηκαν στον κ. Παναγιώτη, δήλωσε πως δεν έχει ξανά νοσηλευτεί στο νοσοκομείο, καθώς η κατάσταση της υγείας του ήταν καλή και δεν λάμβανε κάποια φαρμακευτική αγωγή. Υποβλήθηκε σε γενική αίματος, από όπου διαπιστώθηκαν χαμηλές τιμές αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη και ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα δεν έδειξαν άλλες παθολογικές καταστάσεις. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις που έκανε βρέθηκε ότι είχε σοβαρή μικροκυτταρική, υποχρωμική αναιμία, που προκάλεσε τη λήψη δειγμάτων ούρων και κοπράνων για αιματοουρία και αιματοχесία. Οι εξετάσεις κοπράνων βρήκαν θετικές. Έπειτα από όλα αυτά κρίθηκε σκόπιμη η ανάγκη για εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Λόγω της μικροκυτταρικής, υποχρωμικής αναιμίας του χορηγήθηκαν ερυθρά αιμοσφαίρια. Την επόμενη μέρα της νοσηλείας ο κ. Παναγιώτης υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση. Η γαστροσκόπηση δεν έδειξε ασυνήθιστες ανωμαλίες, όπως σημεία αιμορραγίας ή όγκους, από την άλλη, η κολονοσκόπηση αποκάλυψε πολλαπλούς πολύποδες, και εστάλη δείγμα βιοψίας. Το χειρότερο από όλα ήταν ότι η κολονοσκόπηση έδειξε την ύπαρξη όγκου του παχέος εντέρου. Την ίδια ημέρα υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας και τα αποτελέσματα που προέκυψαν έδειξαν ότι ο κ. Παναγιώτης βρισκόταν στο 3 στάδιο καρκίνου του παχέος εντέρου, με την εντόπιση του όγκου στο δεξιό τμήμα του εντέρου, στο ανιόν κόλον, χωρίς εμφανείς μεταστάσεις. Μετέπειτα, υποβλήθηκε σε ιστολογική-

παθολογοανατομική εξέταση, η οποία τελικά θα αποκαλύψει το βάθος διείσδυσης του όγκου στο τοίχωμα του εντέρου, ενώ θα καταδείξει και την πιθανή λεμφαδενική συμμετοχή. Ο γιατρός ενημέρωσε τον κ. Παναγιώτη για την κατάσταση της υγείας του, και τον πληροφόρησε πως πρέπει άμεσα να προγραμματιστεί για χειρουργική επέμβαση δεξιάς κολεκτομής, με πιθανή κολοστομία και μετέπειτα να υποβληθεί σε χημειοθεραπείες για την ελάττωση της πιθανότητας υποτροπής του καρκίνου.

Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου

Ο κ. Παναγιώτης μόλις ενημερώθηκε από τον γιατρό για την κατάσταση της υγείας του, ένιωθε καταβεβλημένος, θυμωμένος και ξέσπασε σε κλάματα. Το άγχος και ο φόβος ήταν τα κύρια συναισθήματα που ένιωθε όταν έμαθε για την ασθένεια του. Η ανάγκη για χειρουργική επέμβαση έκανε τα συναισθήματα του κ. Παναγιώτη ακόμα μεγαλύτερα. Το άγχος του προέρχονταν από την επιτυχία της χειρουργικής επέμβασης, τον κίνδυνο υποτροπιασμού της νόσου, τις χημειοθεραπείες που πρέπει να ακολουθήσει μετά την χειρουργική επέμβαση, και την ύπαρξη κολοστομίας. Αυτό που τον απασχολούσε περισσότερο ήταν αν θα μπορέσει να επιστρέψει στον ρυθμό της καθημερινής ζωής, και αν θα μπορέσει να είναι λειτουργικός όπως πριν. Δύο μέρες πριν από την προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση, ο ίδιος ζήτησε να ενημερωθεί από τον γιατρό για τις προτεινόμενες εκβάσεις της χειρουργικής επέμβασης, αλλά και της ασθένειας του. Αυτό τον βοήθησε στο να προετοιμαστεί καλύτερα για την χειρουργική επέμβαση, να έχει καλύτερο έλεγχο της κατάστασης του, και να κατευνάσει το άγχος και τον φόβο του. Έλαβε συστηματική εκπαίδευση και διδασκαλία όσον αφορά την προετοιμασία του για το χειρουργείο, αλλά και για την μετεγχειρητική του πορεία με στόχο την φροντίδα και αυτό-εξυπηρέτηση του. Η προεγχειρητική ενημέρωση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου, βοήθησε τον κ. Παναγιώτη να αναλογιστεί την νέα κατάσταση της υγείας του, και να προσπαθήσει εν μέρει να προσαρμοστεί σε αυτήν. Όταν πήγα στο θάλαμο, τον είδα λιγότερο ανήσυχο, μου είπε χαρακτηριστικά ότι η χειρουργική επέμβαση θα είναι μια πρόκληση για αυτόν. Πίστευε ότι θα νικήσει την ασθένεια του λόγω της καλής φυσικής του κατάστασης, και λόγω της δύναμης που ένιωθε από την αγάπη της οικογένειάς του, αλλά και των φίλων και συνεργατών του. Θεώρησε, ότι η

ασθένεια του μπορεί να οφείλεται στην κακή διατροφή που έκανε τόσα χρόνια, αλλά την αποδίδει περισσότερο στην κληρονομικότητα, καθώς δήλωσε ότι και ο πατέρας του είχε τον ίδιο τύπο πολύποδων που είχε αφαιρέσει πριν πέντε χρόνια και τώρα είναι καλά. Είπε χαρακτηριστικά ότι αυτό το γεγονός του δίνει δύναμη και ελπίδα να συνεχίσει. Έπειτα, ο ίδιος όμως φάνηκε να νιώθει ενοχές για την κατάσταση της υγείας του, και θυμωμένος εξέφρασε τα παράπονα του για την μητέρα του, μιας και η ίδια δεν ήρθε να του σταθεί σε αυτή τη δύσκολη στιγμή της ζωής του. Την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης αποχαιρέτησε την οικογένεια του και τόνισε πως όλα θα πάνε καλά. Ίσως ο ίδιος να μην ήθελε να επιβαρύνει περισσότερο συναισθηματικά τους δικούς του ανθρώπους, αλλά μόλις έφτασε έξω από την χειρουργική αίθουσα ξέσπασε σε κλάματα. Ο κ. Παναγιώτης ξύπνησε με πόνο που σύντομα ανακουφίστηκε από φαρμακευτική αγωγή. Ενημερώθηκε ότι όλα πήγαν καλά όσον αφορά την διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης. Τα συναισθήματα του ήταν ανάμεικτα αφού ξεπέρασε τον κίνδυνο της επέμβασης, αλλά από την άλλη πλευρά αγχώνεται και φοβάται για το μέλλον του, τους κινδύνους της χημειοθεραπείας, καθώς για το πώς θα προσαρμοστεί στην νέα του κατάσταση όσον αφορά την κολοστομία.

Στόχοι φροντίδας

Η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, αποτελεί μια απειλητική κατάσταση για την ζωή του ασθενή. Ο ασθενής που υποβάλλεται σε κολεκτομή, καλείται να προσαρμοστεί στην απώλεια ενός οργάνου. Ψυχολογικά ο ασθενής που φέρει κολοστομία αντιλαμβάνεται ότι η εικόνα του σώματος του έχει αλλοιωθεί με αποτέλεσμα να μειώνεται η αυτοεκτίμηση του (Cotrim & Pereira, 2008).

Το μεγαλύτερο πρόβλημα της κολοστομίας είναι η παραδοχή της νέας πραγματικότητας. Τις περισσότερες, φορές τόσο ο ασθενής, όσο και η οικογένεια αρνούνται να παραδεχτούν την νέα κατάσταση. Η κολοστομία είτε είναι μόνιμη, είτε είναι προσωρινή, εκτός από τα σωματικά συμπτώματα που προκαλεί, έχει και σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική ευεξία, ο ασθενής παρουσιάζει μεγάλο άγχος, ακόμη και κατάθλιψη, επηρεάζοντας έτσι την ποιότητα ζωής του. Σε μια μελέτη αναφέρεται πως οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, παρουσίασαν υψηλά επίπεδα άγχους, που συσχετίστηκαν με την χειρότερη προσαρμοστική κατάσταση του

ασθενή. Ωστόσο, η προσαρμογή του ασθενούς μπορεί ακόμη να επηρεαστεί από την κοινωνική και οικογενειακή στήριξη. Οι ασθενείς με κολοστομία αναφέρουν μεγαλύτερη συναισθηματική δυσχέρεια, περιορισμούς στην κοινωνική λειτουργία και σεξουαλικά προβλήματα (Northouse et al., 2000).

Ο ασθενής μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο, θα πρέπει να αλλάξει τις διατροφικές του συνήθειες και να ακολουθήσει μια δίαιτα πλούσια σε θρεπτικές ουσίες. Μελέτες δείχνουν ότι η σωματική άσκηση και η διατροφή, μπορούν να βελτιώσουν την επιβίωση και να μειώσουν την υποτροπή του καρκίνου. Τα ψυχολογικά προβλήματα που πιθανά θα αντιμετωπίσουν οι ασθενείς, περιλαμβάνουν τις αλλαγές στην καθημερινότητα, τις παρενέργειες που σχετίζονται με τη θεραπεία, την ανησυχία για το μέλλον και τον κίνδυνο υποτροπής του καρκίνου (Anderson, Steele & Coyle, 2013).

Η έναρξη της θεραπείας είτε είναι χημειοθεραπεία, ακτινοβολία, χειρουργική είτε συνδυασμός αυτών, αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για τον ασθενή, στην οποία ο ίδιος καταπονείται φυσικά και συναισθηματικά (Cotrim & Pereira, 2008). Σε όλη την διαδικασία της νόσου και των θεραπειών, θεωρείται απαραίτητη η συνεχή υποστήριξη των μελών της οικογένειας. Η οικογένεια του ασθενή με καρκίνο μπορεί να παρέχει τόσο συναισθηματική όσο και πρακτική υποστήριξη. Μελέτες αναφέρουν ότι η καλή οικογενειακή επικοινωνία και τα υψηλά ποσοστά υποστήριξης της οικογένειας, σχετίζονται με την χαμηλή ψυχολογική δυσχέρεια σε ασθενείς με καρκίνο. Η έκφραση των συναισθημάτων του ασθενή, η αποδοχή της ασθένειας αλλά και η αποδοχή από την οικογένεια, αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς (Emslie et al., 2009).

Ο ασθενής χρήζει ανάγκη φροντίδας, τόσο για την αντιμετώπιση των σωματικών παρενεργειών της νόσου και της θεραπείας, όσο και για την διατήρηση της ψυχικής του ισορροπίας. Η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, κρίνεται σκόπιμη για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή, την προσαρμογή του στην ασθένεια, την προαγωγή της αυτοεκτίμησης του, αλλά και για την αποδοχή μιας θετικής και ρεαλιστικής εικόνας του σώματος του (Moussas et al., 2012).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός, για την αποκατάσταση του ασθενή με καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις με τον σχεδιασμό της φροντίδας του ασθενή, περιλαμβάνουν τις σωματικές και συναισθηματικές του ανάγκες (Kidd et al., 2008). Σύμφωνα με μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με κολοστομία ανησυχούσαν περισσότερο για την

ικανότητα τους να χειρίζονται την στομία (Northouse et al., 2000). Ο πιο σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή στα πλαίσια της φροντίδας, περιλαμβάνει την ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με την κολοστομία, με σκοπό να προάγει την αυτό-φροντίδα του, μέσα από την οποία θα μάθει να διαχειρίζεται τις φυσικές επιπτώσεις της νόσου, και να προάγει την πρόληψη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών. Αυτό θα οδηγήσει τον ασθενή στο αίσθημα του ελέγχου και στην βελτίωση της σωματικής του υγείας και ευεξίας (Kidd et al., 2008).

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί ένα αληθινό σοκ για τον ασθενή, αλλά και τους οικείους του. Ο ασθενής καλείται να προσαρμοστεί σε μια νέα κατάσταση που διαταράσσει την σωματική και ψυχική του υγεία. Τα συναισθήματα που νιώθει ο ασθενής μπορεί να είναι συναισθήματα φόβου, άγχους, θυμού, ενοχής, θλίψης, απελπισίας, απομόνωσης κ.α. Πέραν των ισχυρών συναισθημάτων, ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος τόσο με τα συμπτώματα της νόσου, όσο και με τις παρενέργειες της θεραπείας. Είναι φανερό ότι η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική επέμβαση είναι μια δύσκολη περίοδος για τον ασθενή και για την οικογένεια του. Ο συνδυασμός όλων των παραπάνω, είναι αναπόφευκτα ένα γεγονός με σημαντικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.

Οι ψυχολογική δυσφορία του ασθενή και η διάγνωση της νόσου, μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της ζωής του, τις διαπροσωπικές του σχέσεις, την σεξουαλικότητα του και τον οικογενειακό και εργασιακό του ρόλο. Η σχέση του νοσηλευτή και του ασθενή, παρέχει στον νοσηλευτή την ευκαιρία να κατανοήσει τους στόχους και τις αξίες του ασθενούς που σχετίζονται με την εμπειρία του καρκίνου, για την δημιουργία ενός πλάνου φροντίδας που θα περιλαμβάνει τόσο τις ψυχολογικές, όσο και τις σωματικές ανάγκες του ασθενή. Η παροχή πληροφοριών από τον νοσηλευτή στον ασθενή, είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες της υποστηρικτικής φροντίδας του καρκίνου. Η παροχή κατάλληλων πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει σε τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων, καλύτερη τήρηση της θεραπείας, χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς, υψηλότερα επίπεδα στην ποιότητα ζωής των ασθενών, και τους δίνει την δυνατότητα να συμμετέχουν στις αποφάσεις θεραπείας τους.

Ο στόχος του νοσηλευτή είναι να προάγει την αυτό-φροντίδα και αυτό-εξυπηρέτηση του ασθενή, αυτό προσδίδει στον ασθενή την αίσθηση του ελέγχου, την διαχείριση των συμπτωμάτων, και την αίσθηση της αυτοπεποίθησης.

Επιπλέον, σημαντική θεωρείται η τόσο η οικογενειακή και κοινωνική, όσο και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή με καρκίνο. Τα επίπεδα της υποστήριξης μπορούν να συνδράμουν στην βελτίωση της εικόνας για τον εαυτό, στην προσαρμογή της ασθένειας και της θεραπείας, στην μείωση του άγχους, και στην αντιμετώπιση της νέας πραγματικότητας, και προσδίδουν το αίσθημα συμπαράστασης και ασφάλειας στον ασθενή.

Βιβλιογραφία

1. **Akinsulore, A. D. E. S. A. N. M. I., Owojuyigbe, A. M., Faponle, A. F., & Fatoye, F. O.** (2015). Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East J Anaesthesiol*, 23(2), 235-40.
2. **Anderson, A. S., Steele, R., & Coyle, J.** (2013). Lifestyle issues for colorectal cancer survivors—perceived needs, beliefs and opportunities. *Supportive Care in Cancer*, 21(1), 35-42.
3. **Asilioglu, K., & Celik, S. S.** (2004). The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient education and counseling*, 53(1), 65-70.
4. **Aust, H., Rüsç, D., Schuster, M., Sturm, T., Brehm, F., & Nestoriuc, Y.** (2016). Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC health services research*, 16(1), 250.
5. **Bailey, L.** (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN journal*, 92(4), 445-460.
6. **Bauer, K. P., Dom, P. M., Ramirez, A. M., & O'Flaherty, J. E.** (2004). Preoperative intravenous midazolam: benefits beyond anxiolysis. *Journal of clinical anesthesia*, 16(3), 177-183.
7. **Berman, A., Snyder, S., Jackson, C.** (2009). *Η Νοσηλευτική στην Κλινική Πράξη*. Επιστημονική επιμέλεια Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη, Η. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός. 6η έκδοση.
8. **Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Bandeira, D., & Ferreira, M. B. C.** (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45(3), 298-307.
9. **Chen, C. C., Lin, C. S., Ko, Y. P., Hung, Y. C., Lao, H. C., & Hsu, Y. W.** (2008). Premedication with mirtazapine reduces preoperative anxiety and postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 106(1), 109-113.
10. **Clarke, H., Kirkham, K. R., Orser, B. A., Katznelson, R., Mitsakakis, N., Ko, R., ... & Katz, J.** (2013). Gabapentin reduces preoperative anxiety and pain catastrophizing in highly anxious patients prior to major surgery: a blinded randomized placebo-controlled trial. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 60(5), 432-443.

11. **Cohen, S., Gianaros, P. J., & Manuck, S. B.** (2016). A Stage Model of Stress and Disease. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 11(4), 456-463.
12. **Colligan, T. W., & Higgins, E. M.** (2006). Workplace stress: Etiology and consequences. *Journal of workplace behavioral health*, 21(2), 89-97.
13. **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.
14. **Cserép, Z., Losoncz, E., Balog, P., Szili-Török, T., Husz, A., Juhász, B., ... & Székely, A.** (2012). The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. *Journal of cardiothoracic surgery*, 7(1), 86.
15. **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.
16. **Denzin, N. & Lincoln, Y.** (1998): « Strategies of Qualitative Inquiry». London: Sage Publications.
17. **Dewit, S.** (2001). *Βασικές Αρχές Και Δεξιότητες Νοσηλευτικής Φροντίδας*. Επιστημονική Επιμέλεια Κοτρώτσιου, Ε. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός. Τόμος 3.
18. **Dewit, S.** (2009). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες & Πρακτική*. Επιστημονική Επιμέλεια Λαμπρινού – Λεμονίδου. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης. Τόμος 1.
19. **Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A.C.** (2009). *Οδηγός Ανάπτυξης Σχεδίου Νοσηλευτικής Φροντίδας, Διαγνώσεις, Παρεμβάσεις και Αιτιολογήσεις*. Επιστημονική Επιμέλεια Ελισάβετ Πατηράκη-Κουρμπάνη. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ. 11η Έκδοση.
20. **Doñate Marín, M., Litago Cortés, A., Monge Sanz, Y., & Martínez Serrano, R.** (2015). Preoperative aspects of information related to patient anxiety scheduled for surgery. *Enfermería Global*, 14(1), 170-180.
21. **Emslie, C., Browne, S., MacLeod, U., Rozmovits, L., Mitchell, E., & Ziebland, S.** (2009). 'Getting through' not 'going under': A qualitative study of gender and spousal support after diagnosis with colorectal cancer. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1169-1175.

22. **Felix, M. M. D. S., Ferreira, M. B. G., Oliveira, L. F. D., Barichello, E., Pires, P. D. S., & Barbosa, M. H.** (2018). Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26.
23. **Fontana, D.** (1993). *Άγχος και η αντιμετώπιση του*. Επιστημονική επιμέλεια Δέλγερης, Ν. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
24. **Gandhi, S., Chen, S., Hong, L., Sun, K., Gong, E., Li, C., ... & Schwalm, J. D.** (2017). Effect of mobile health interventions on the secondary prevention of cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *Canadian Journal of Cardiology*, 33(2), 219-231.
25. **Garbee, D. D., & Gentry, J. A.** (2001). Coping with the stress of surgery. *AORN journal*, 73(5), 946-951.
26. **Ghai, A., Gupta, M., Rana, N., & Wadhera, R.** (2012). The effect of pregabalin and gabapentin on preoperative anxiety and sedation: a double blind study. *Anaesth Pain Intensive Care*, 16, 257-61.
27. **Ghoneim, M. M., & O'Hara, M. W.** (2016). Depression and postoperative complications: an overview. *BMC surgery*, 16(1), 5.
28. **Gonano, C., Latzke, D., Sabeti-Aschraf, M., Kettner, S. C., Chiari, A., & Gustorff, B.** (2011). The anxiolytic effect of pregabalin in outpatients undergoing minor orthopaedic surgery. *Journal of psychopharmacology*, 25(2), 249-253.
29. **Gordon, C. R., Rezzadeh, K. S., Li, A., Vardanian, A., Zelken, J., Shores, J. T., ... & Jarrahy, R.** (2015). Digital mobile technology facilitates HIPAA-sensitive perioperative messaging, improves physician-patient communication, and streamlines patient care. *Patient safety in surgery*, 9(1), 21.
30. **Guo, P., East, L., & Arthur, A.** (2012). A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 129-137.
31. **Hawighorst, S., Schoenefuss, G., Fusshoeller, C., Franz, C., Seufert, R., Kelleher, D. K., ... & Koelbl, H.** (2004). The physician–patient relationship before cancer treatment: a prospective longitudinal study. *Gynecologic oncology*, 94(1), 93-97.

32. **Hellstadius, Y., Lagergren, J., Zylstra, J., Gossage, J., Davies, A., Hultman, C. M., ... & Wikman, A.** (2016). Prevalence and predictors of anxiety and depression among esophageal cancer patients prior to surgery. *Diseases of the Esophagus*, 29(8), 1128-1134.
33. **Hitchcock, G. & Hughes, D.** (1989). «*Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research*», London, Routledge.
34. **Hobson, J. A., Slade, P., Wrench, I. J., & Power, L.** (2006). Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *International journal of obstetric anaesthesia*, 15(1), 18-23.
35. **Holland, J. C., & Mastrovito, R.** (1980). Psychologic adaptation to breast cancer. *Cancer*, 46(S4), 1045-1052.
36. **Hollaas, P. H., Pucher, I., Wilfing, G., Wurnig, P. N., & Pridun, N. S.** (2003). Preoperative attitudes, fears and expectations of non-small cell lung cancer patients. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*, 2(2), 206-209.
37. **Holmes, T.H. & Rahe, R.H.** (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
38. **Ignatavicius, D., & Workman, L.** (2008). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη Για Συνεργατική Φροντίδα*. Επιστημονική Επιμέλεια Βασιλείαδου, Α. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ. Τόμος 1. 5η έκδοση.
39. **Ip, H. Y. V., Abrishami, A., Peng, P. W., Wong, J., & Chung, F.** (2009). Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption A Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 111(3), 657-677.
40. **Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z.** (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2), 145-148.
41. **Kagan, I., & Bar-Tal, Y.** (2008). The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 576-583.
42. **Kearney, M., Jennrich, M. K., Lyons, S., Robinson, R., & Berger, B.** (2011). Effects of preoperative education on patient outcomes after joint replacement surgery. *Orthopaedic Nursing*, 30(6), 391-396.

43. **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.
44. **Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., & Scheidegger, D.** (2000). The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia & Analgesia*, 90(3), 706-712.
45. **Koivula, M., Paunonen-Ilmonen, M., Tarkka, M. T., Tarkka, M., & Laippala, P.** (2002). Social support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Journal of clinical nursing*, 11(5), 622-633.
46. **Kudoh, A., Takase, H., Matsuno, S., & Katagai, H.** (2007). A history of aggression is a risk factor for postoperative confusion in elderly male drinkers. *Journal of anesthesia*, 21(1), 13-18.
47. **Kyranou, M., Puntillo, K., Dunn, L. B., Aouizerat, B. E., Paul, S. M., Cooper, B. A., ... & Miaskowski, C.** (2014). Predictors of initial levels and trajectories of anxiety in women prior to and for six months following breast cancer surgery. *Cancer nursing*, 37(6), 406.
48. **LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., Cohen, F., & Salisbury, M. H.** (2003). Cognitive-behavioral intervention effects on adolescents' anxiety and pain following spinal fusion surgery. *Nursing Research*, 52(3), 183-190.
49. **Langer, E. J., Janis, I. L., & Wolfer, J. A.** (1975). Reduction of psychological stress in surgical patients. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11(2), 155-165.
50. **Lemone, P., Burke, K.** (2004). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική Σκέψη Κατά Την Φροντίδα του Ασθενούς*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός. Επιστημονική Επιμέλεια Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη. Τόμος 1. 3η έκδοση.
51. **Lemos, M. F., Lemos-Neto, S. V., Barrucand, L., Verçosa, N., & Tibirica, E.** (2019). Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: Usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 69(1), 1-6.
52. **Lim, L., Chow, P., Wong, C. Y., Chung, A., Chan, Y. H., Wong, W. K., & Soo, K. C.** (2011). Doctor–patient communication, knowledge, and question prompt lists in reducing preoperative anxiety—A randomized control study. *Asian journal of surgery*, 34(4), 175-180.

53. **Lin, L. Y., & Wang, R. H.** (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *Journal of advanced nursing*, 51(3), 252-260.
54. **Lindgreen, P., Rolving, N., Nielsen, C. V., & Lomborg, K.** (2016). Interdisciplinary cognitive-behavioral therapy as part of lumbar spinal fusion surgery rehabilitation: experience of patients with chronic low back pain. *Orthopedic nursing*, 35(4), 238.
55. **Luck, A., Pearson, S., Maddem, G., & Hewett, P.** (1999). Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: a randomised trial. *The Lancet*, 354(9195), 2032-2035.
56. **Malek, J., Ctrnacta, E., & Kurzova, A.** (2004). Patients' perioperative worries and experiences. *Rozhledy v chirurgii: mesicnik Ceskoslovenske chirurgicke spolecnosti*, 83(8), 406-410.
57. **Mavridou, P., Dimitriou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Papadopoulos, G.** (2013). Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *Journal of anesthesia*, 27(1), 104-108.
58. **McCann, M. E., & Kain, Z. N.** (2001). The management of preoperative anxiety in children: an update. *Anesthesia & Analgesia*, 93(1), 98-105.
59. **Miaskowski, C., Paul, S. M., Cooper, B., West, C., Levine, J. D., Elboim, C., ... & Langford, D. J.** (2014). Identification of patient subgroups and risk factors for persistent arm/shoulder pain following breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 242-253.
60. **Mitchell, M.** (2008). Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *Journal of advanced Nursing*, 64(3), 261-271.
61. **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.
62. **Morillo, D.** (2015). Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing. *Enfermería Global*, (39), 41.
63. **Mosby, E.** (2013). *Βασικές Ανώτερες και Εξειδικευμένες Νοσηλευτικές Δεξιότητες*. Επιστημονική Επιμέλεια Μπαλτόπουλος, Ι. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

64. **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.
65. **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.
66. **Oppedal, K., Møller, A. M., Pedersen, B., & Tønnesen, H.** (2012). Preoperative alcohol cessation prior to elective surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
67. **Osborn, S.K., Wraa, E.C., & Watson, B.A.** (2012). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. Επιστημονική Επιμέλεια Κουρκούτα, Λ., Μαντζούκας, Σ., Μπατσολάκη, Μ., Παπαδημητρίου, Μ., Ροβίθης, Μ., Τσίου, Χ. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης. Τόμος 1.
68. **Osborn, S.K., Wraa, E.C., Watson, B.A., & Holleran, R.** (2016). *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 2.
69. **Oshima, T., Kasuya, Y., Terazawa, E., Nagase, K., Saitoh, Y., & Dohi, S.** (2001). The anxiolytic effects of the 5-hydroxytryptamine-1A agonist tandospirone before otolaryngologic surgery. *Anesthesia & Analgesia*, 93(5), 1214-1216.
70. **Panagopoulou, E., Maes, S., Rimé, B., & Montgomery, A.** (2006). Social sharing of emotion in anticipation of cardiac surgery: Effects on preoperative distress. *Journal of health psychology*, 11(5), 809-820.
71. **Pekcan, M., Celebioglu, B., Demir, B., Saricaoglu, F., Hascelik, G., Yukselen, M. A., ... & Aypar, U.** (2005). The effect of premedication on preoperative anxiety. *Middle East journal of anaesthesiology*, 18(2), 421-433.
72. **Pereira, L., Figueiredo-Braga, M., & Carvalho, I. P.** (2016). Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient education and counseling*, 99(5), 733-738.
73. **Perks, A., Chakravarti, S., & Manninen, P.** (2009). Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *Journal of neurosurgical anesthesiology*, 21(2), 127-130.

74. **Perry, G.A., & Potter, P.A.** (2012). *Βασική Νοσηλευτική & Κλινικές Δεξιότητες*. Επιστημονική επιμέλεια Σαράφης, Π. Κύπρος: Εκδόσεις Πασχαλίδη.
75. **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.
76. **Puvanesarajah, V., Jain, A., Shimer, A. L., Li, X. J., Singla, A., Shen, F. H., & Hassanzadeh, H.** (2016). Complications and Mortality following 1-to 2-Level Lumbar Fusion Surgery in Patients Older than 80 Years of Age. *The Spine Journal*, 16(10), S292.
77. **Rana, D., & Upton, D.** (2009). *Η Ψυχολογία στη Νοσηλευτική Επιστήμη*. Επιστημονική Επιμέλεια Καλβανά. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ.
78. **Rosch, P. J.** (1998). Reminiscences of Hans Selye and the birth of 'stress'. *Stress Medicine*, 14(1), 1-6.
79. **Rosén, S., Svensson, M., & Nilsson, U.** (2008). Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. *Journal of perianesthesia nursing*, 23(4), 237-246.
80. **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.
81. **Schelling, G., Richter, M., Roozendaal, B., Rothenhäusler, H. B., Krauseneck, T., Stoll, C., ... & Kapfhammer, H. P.** (2003). Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery. *Critical care medicine*, 31(7), 1971-1980.
82. **Scott, A.** (2004). Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nursing in critical care*, 9(2), 72-79.
83. **Sigdel, S.** (2015). Perioperative anxiety: A short review. *Glob Anesth Perioper Med*, 1(4), 107-8.
84. **Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., & Asplund, K.** (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient education and counseling*, 51(2), 169-176.

85. **Speer, K. M., Pixler, S. L., Schmidt, C. K.** (1999). *Παιδιατρική Νοσηλευτική*. Επιστημονική Επιμέλεια Καραχάλιος, Γ. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
86. **Spielberger, C.** (1982). *Άγχος, Stress και πώς να το καταπολεμήσετε*. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός.
87. **Tabatabaee, A., Tafreshi, M. Z., Rassouli, M., Aledavood, S. A., AlaviMajd, H., & Farah-mand, S. K.** (2016). Effect of therapeutic touch in patients with cancer: a literature review. *Medical Archives*, 70(2), 142.
88. **Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P.** (2006). *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής, η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας*. Επιστημονική επιμέλεια Λεμονίδου, Χ., Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ. Τόμος 2
89. **Teixeira, F. V., Novaretti, T. M., Pilon, B., Pereira, P. G., & Breda, M. F. C.** (2005). mirtazap-ine (remeron™) as Treatment for Non-mechanical Vomiting after Gastric Bypass. *Obesity surgery*, 15(5), 707-709.
90. **Tsiou, C., Efthymiatos, G., & Katostaras, T.** (2008). Noise in the operating rooms of Greek hospitals. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 123(2), 757-765.
91. **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.
92. **Tusek, D., Church, J. M., & Fazio, V. W.** (1997). Guided imagery as a coping strategy for perioperative patients. *AORN journal*, 66(4), 644-649.
93. **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.
94. **Visser, M. R., van Lanschot, J. J. B., van der Velden, J., Kloek, J. J., Gouma, D. J., & Sprang-ers, M. A.** (2006). Quality of life in newly diagnosed cancer patients waiting for surgery is seriously impaired. *Journal of surgical oncology*, 93(7), 571-577.
95. **Walker, J., Payne, S., Smith, P., Jarrett N.** (2011). *Στρες και Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
96. **Ward, P. R., Rokkas, P., Cenko, C., Pulvirenti, M., Dean, N., Carney, S., ... & Meyer, S.** (2015). A qualitative study of patient (dis) trust in public and private hospitals: the im-portance of

choice and pragmatic acceptance for trust considerations in South Australia. *BMC health services research*, 15(1), 297.

97. **Way, W.L., & Doherty, M.G.** (2007). Σύγχρονη Χειρουργική, Διάγνωση και Θεραπεία. Επιστημονική Επιμέλεια Μπράμης, Α. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης. Τόμος 1.
98. **Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., ... & Vega-Stromberg, T.** (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42.
99. **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), 151-159.
100. **Worrall, N., & May, D.** (1989). Towards a person-in-situation model of teacher stress. *British Journal of Educational Psychology*, 59(2), 174-186.
101. **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.
102. **Zhang, C. Y., Jiang, Y., Yin, Q. Y., Chen, F. J., Ma, L. L., & Wang, L. X.** (2012). Impact of nurse-initiated preoperative education on postoperative anxiety symptoms and complications after coronary artery bypass grafting. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(1), 84-88.
103. **Αλεβίζος, Β.** (2008). Άγχος Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
104. **Αντωνίου, Α. Σ.** (2002). Ζώντας με στρες. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός Α.Ε.
105. **Βάρβογλη, Λ.** (2006). *Η Νευροψυχολογία Του Στρες Στην Καθημερινή Ζωή*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη. 2η Έκδοση.
106. **Βιβιλάκη, Β., Γιαννακοπούλου, Μ., Γκοβίνα, Ο., Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Μ., Θεοδοσοπούλου, Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Καμπά, Ε., Κανελόπουλος, Α., Καυγά, Α., Κουκιά, Θ., Κοντέος, Γ., Κουρκούτα, Λ., Κριτσωτάκης, Γ., Κωνσταντινίδης, Θ., Λαβδανίτη, Μ., Λαχανά, Μ., Μαντζούκας, Σ., Μάργαρη, Ν., Μηνασίδου, Ε., Μπακάλης, Ν., Μπαμίδης, Π., Μπελλάλη, Θ., Νταφογιάννη, Χ., Παπασταύρου, Ε., Σαράφης, Π., Σιαμάγκα, Ε., Τσελίκια, Α., Χαραλάμπους, Α.** (2015). *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη*

Φροντίδα Υγείας. Συντονισμός Ύλης Σαράφης, Π., Κωνσταντινίδης, Θ. Κύπρος: Εκδόσεις Πασχαλίδης.

- 107. Γαλανός, Γ.** (1976). *Το Άγχος*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μπαρμπουνάκης.
- 108. Δαρβίρη, Χ.** (2011). *Εγχειρίδιο Επιδημιολογίας του στρες*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- 109. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή.** (2011). *Χειρουργική, Από το Διαδίκτυο και το Ερευνητικό Προσωπικό του Χειρουργικού Τομέα*. Κύπρος: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- 110. Κουκιά, Ε.** (2014). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική-Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- 111. Μαδιανός, Μ. Γ.** (2003). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- 112. Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ.** (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1), 21-27.
- 113. Παλαιολόγου, Α.Μ.** (2001). *Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. 5η Έκδοση.
- 114. Παπαγεωργίου, Δ., Κελέση, Μ., & Φασόη, Γ.** (2013). *Βασική Νοσηλευτική, Θεωρία, Εκπαίδευση, Εφαρμογή*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας. Τόμος 1.
- 115. Παπαδάκη, Α.Α.** (1992). *Το Χειρουργείο στην Βασική Νοσηλευτική Εκπαίδευση*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- 116. Ποταμιάνος, Γ.Α.** (1995). *Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας*. Επιστημονική Επιμέλεια Ποταμιάνος Γ. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- 117. Σαββοπούλου, Γ.** (2004). *Βασική Νοσηλευτική, Μια Βιο-Ψυχοκοινωνική Προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α. 4η Έκδοση.
- 118. Τούντα, Κ.Ι.** (1975). *Επίτομος Χειρουργική*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός. Τεύχος 1.