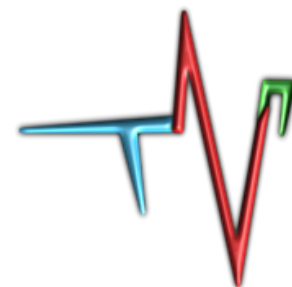




**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
«ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ –  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΚΑΡΑΒΙΑΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ  
ΜΠΡΕΝΤΑ ΓΕΩΡΓΙΑ. Msc, Phd(c)**

**ΠΑΤΡΑ, 2020**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μία προσπάθεια ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο τμήμα της νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών (πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας). Η εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των ψυχιατρικών διαταραχών που εμφανίζονται κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Κατά την εκπόνηση της συγκεκριμένης πτυχιακής, μου έγινε σαφές πως η διατήρηση της ψυχικής υγείας αποτελεί σημαντικό στόχο στη περιεγχειρητική νοσηλευτική εξέισου με τη σωματική υγεία. Η ημέρα της χειρουργικής επέμβασης θεωρείται για πολλούς ασθενείς μία μέρα απειλητική για τη ζωή τους. Οι ψυχολογικές διαστάσεις αυτής της «απειλής», επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην έκβαση της χειρουργικής επέμβασης όσο και σε κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο. Θεωρώ πως το συγκεκριμένο αντικείμενο χρήζει περαιτέρω έρευνας και μελέτης.

Με εκτίμηση,  
Σωτήριος Καραβίας

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι χειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν για τον άνθρωπο, αρκετά στρεσογόνες καταστάσεις με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διάφορα ψυχιατρικά προβλήματα. Ο φόβος για τη διαδικασία της επέμβασης, φόβος για το άγνωστο, το άγχος του θανάτου μαζί με τις αλλαγές σε πρωτότερος προσωπικούς, οικογενειακούς και επαγγελματικούς ρόλους, προκαλούν την εκδήλωση προβλημάτων από την ψυχική σφαίρα. Η επίδραση των ψυχιατρικών διαταραχών μπορεί να επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στη ψυχική όσο και στην σωματική υγεία του ασθενή.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας πτυχιακής είναι η σφαιρική παρουσίαση των ψυχιατρικών διαταραχών κατά την περιεγχειρητική περίοδο καθώς και η ανάλυση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

**Υλικό και μέθοδος:** Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η συγγραφή πραγματοποιήθηκε από μελέτη βιβλίων, επιστημονικών άρθρων και διαδικτυακή αναζήτηση.

**Αποτελέσματα:** Τα ψυχιατρικά προβλήματα όπως το άγχος, η κατάθλιψη, το παραλήρημα κατά την εμφάνισή τους, επηρεάζουν την προεγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία του ασθενή. Ωστόσο υπάρχουν διάφορες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είτε κατά την προεγχειρητική περίοδο με σκοπό την πρόληψή τους (εξειδικευμένη πληροφόρηση, κοινωνική υποστήριξη κ.α.) είτε κατά την μετεγχειρητική περίοδο, με σκοπό την αντιμετώπιση τους (φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπείες κ.α.).

**Συμπεράσματα:** Η αξιολόγηση των ψυχιατρικών διαταραχών που βιώνουν οι ασθενείς θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της περιεγχειρητικής φροντίδας. Η έγκαιρη διάγνωση και η πρόωμη αντιμετώπιση τους σχετίζεται με την αποφυγή της χρονιότητας και των σοβαρών επιπλοκών.

**Λέξεις κλειδιά:** Ψυχιατρικά προβλήματα, άγχος, κατάθλιψη, μετεγχειρητικό παραλήρημα, περιεγχειρητική φροντίδα, νοσηλεύτριας.

## ABSTRACT

Surgery is a very stressful situation for humans. resulting in various psychiatric problems. Fear of the intervention process, fear of the unknown, anxiety of death along with changes in prior personal, family and professional roles, cause problems in the mental sphere. The impact of psychiatric disorders can have significant effects on both the patient's mental and physical health.

**Purpose:** The purpose of this thesis is to provide a comprehensive overview of psychiatric disorders during the perioperative period and to analyze the effectiveness of nursing interventions.

**Material and Method:** The method used for writing this thesis is the literature review. The writing was done through a study of books, scientific articles and an internet search.

**Results:** Psychiatric problems such as anxiety, depression, delirium on their appearance, affect the patient's preoperative and postoperative course. However, there are various nursing interventions either during the preoperative period to prevent them (specialized information, social support, etc.) or during the postoperative period, to treat them (medication, psychotherapy, etc.).

**Conclusions:** Assessment of the psychiatric disorders experienced by patients should be an integral part of perioperative care. Early diagnosis and early treatment is related to the avoidance of chronicity and serious complications.

**Keywords:** Psychiatric problems, anxiety, depression, postoperative delirium, perioperative care, nurse.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ....	10
Περιεγχειρητική Φροντίδα .....	10
1.1. Χειρουργική επέμβαση .....	10
1.2. Περιεγχειρητική φροντίδα .....	11
1.2.1. Προεγχειρητική φροντίδα .....	12
1.2.2. Διεγχειρητική φροντίδα.....	14
1.2.3. Μετεγχειρητική φροντίδα .....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ....	17
Ψυχιατρικές διαταραχές.....	17
2.1. Χαρακτηριστικά ψυχικής υγείας.....	17
2.2. Ψυχικά Νοσήματα .....	17
2.3. Άγχος .....	19
2.3.1 Τύποι Αγχωδών Διαταραχών .....	21
2.3.2. Η θεωρία του Spielberger .....	22
2.3.3. Κλίμακες εκτίμησης του άγχους.....	23
2.3.3..1. Κλίμακα Αξιολόγησης State-TraitAnxietyInventory (STAI) .....	23
2.3.3.2. Η Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Άγχους Hamilton .....	23

2.3.3.3 Κλίμακα Άγχους Beck' s Anxiety Inventory .....	24
2.3.3.4. Η κλίμακα HADS ( The Hospital Anxiety and Depression Scale ).....	24
2.4. Στρες.....	25
2.5. Κατάθλιψη.....	26
2.5.1 Τύποι Κατάθλιψης.....	26
2.5.2 Αίτια της κατάθλιψης.....	29
2.5.3 Συμπτώματα κατάθλιψης .....	30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ....</b>	<b>32</b>
Περιεγχειρητικές ψυχικές διαταραχές .....	32
3.1. Περιεγχειρητικό Άγχος.....	32
3.1.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες .....	32
3.1.3. Αιτιολογικοί παράγοντες .....	33
3.1.4. Επιπλοκές.....	35
3.2. Μετεγχειρητικό παραλήρημα .....	37
3.3. Μετεγχειρητική Κατάθλιψη .....	38
3.4. Κρίση πανικού.....	39
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ....</b>	<b>41</b>
Στρατηγικές αντιμετώπισης περιεγχειρητικών ψυχιατρικών διαταραχών .....	41
4.1. Γενικά.....	41
4.2. Διαχείριση του στρες .....	41
4.3. Συναισθηματική αποκάλυψη και κοινωνική υποστήριξη.....	43
4.4. Περιεγχειρητική ενημέρωση και εκπαίδευση .....	44
4.5. Τρόποι ενημέρωσης και ψυχολογική υποστήριξη .....	46
4.6. Φαρμακευτική υποστήριξη.....	46
4.6.1.Αγχώδεις διαταραχές.....	46

4.6.2. Κατάθλιψη.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	49
Νοσηλευτική προσέγγιση .....	49
5.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προαγωγή της ψυχικής υγείας .....	49
5.2. Νοσηλευτική Εκτίμηση.....	51
5.3. Νοσηλευτικές διαγνώσεις.....	51
5.3.1. Περιεγχειρητικό άγχος.....	51
5.3.2. Κατάθλιψη.....	53
5.3.3. Μετεγχειρητικό παραλήρημα .....	55
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	59
Παρουσίαση περιστατικών .....	59
6.1. Μελέτη 1ης περίπτωσης ασθενούς .....	59
6.2. Μελέτη 2ης περίπτωσης ασθενούς .....	64
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	70

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία διαπραγματεύεται τις ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζονται κατά την περιεγχειρητική περίοδο καθώς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις αυτών. Είναι ευρέως αποδεκτό πως κάθε χειρουργική επέμβαση είναι μία στρεσογόνα κατάσταση με σωματικές αλλά και ψυχολογικές επιδράσεις.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται γενική αναφορά στις χειρουργικές επεμβάσεις καθώς και στα στάδια της περιεγχειρητικής φροντίδας. Στο δεύτερο κεφάλαιο προσδιορίζονται τα χαρακτηριστικά της ψυχικής υγείας και γίνεται αναφορά σε επιλεγμένες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως άγχος, κατάθλιψη κ.α.. Το τρίτο κεφάλαιο διαπραγματεύεται τις ψυχικές διαταραχές που προκύπτουν κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Αναλύονται οι παράγοντες εμφάνισης, η συμπτωματολογία καθώς και οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών των χειρουργικών ασθενών. Ακολούθως στο τέταρτο κεφάλαιο, περιγράφονται οι στρατηγικές αντιμετώπισης περιεγχειρητικών ψυχιατρικών διαταραχών οι οποίες απαιτούν την συνεργασία του ασθενή τόσο με την ιατρική όσο και με την νοσηλευτική ομάδα.

Στη συνέχεια τα κεφάλαια πέντε και έξι αναλύουν την νοσηλευτική προσέγγιση των παραπάνω. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναπτύσσεται ο ρόλος τον οποίο μπορεί να διαδραματίσει ο νοσηλευτής για να μπορέσει μέσω των εξειδικευμένων γνώσεων του και της εμπειρίας του να εκτιμήσει την ψυχική κατάσταση του ασθενή και να εφαρμόσει ανάλογες παρεμβάσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση τυχόν ψυχιατρικών διαταραχών. Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση δύο πραγματικών περιστατικών και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση των συμπερασμάτων μου, που συνηγορούν στην σπουδαιότητα των ψυχικών διαταραχών κατά την περιεγχειρητική περίοδο, στην σημαντικότητα της σωστής αντιμετώπισης τους για την επιτυχή έκβαση της χειρουργικής επέμβασης, αλλά και το στρατηγικό ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει ένας περιεγχειρητικός νοσηλευτής.



## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

### Περιεγχειρητική Φροντίδα

#### 1.1. Χειρουργική επέμβαση

Χειρουργική επέμβαση είναι η άμεση επέμβαση πάνω στο ανθρώπινο σώμα με σκοπό την αποκατάσταση της λειτουργίας κάποιων οργάνων, την αφαίρεση ενός οργάνου που πάσχει, την αποκατάσταση οργάνων με χρήση προθέσεων, την τροποποίηση της λειτουργίας ενός οργάνου, την τροποποίηση της λειτουργίας του οργανισμού σε διάφορα συστήματα, για αισθητικούς ή λειτουργικούς λόγους και τέλος την μεταμόσχευση οργάνων ή τμημάτων αυτών.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις συνήθως προγραμματίζονται, συχνά όμως παρίσταται η ανάγκη να γίνει η επέμβαση επειγόντως σε ειδικές περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαίο . Οπότε οι επεμβάσεις μπορεί να διακριθούν σε :

- Υπερεπείγουσες όπου ο ασθενής οδηγείται άμεσα στο χειρουργείο καθώς κινδυνεύει άμεσα η ζωή του, όπως σε ρήξη ανευρύσματος, επισκληρίδιο αιμάτωμα.
- Επείγουσες όπου ο ασθενής πρέπει να χειρουργηθεί εντός 24 – 48 ωρών, όπως σε περιτονίτιδα , απόφραξη
- Προγραμματισμένες όπου υπάρχει άνεση χρόνου και η χειρουργική επέμβαση μπορεί να προγραμματιστεί εντός εβδομάδων ή μηνών όπως σε χολολιθίαση, σκολίωση ρινικού διαφράγματος (Anghelescu et.al. 2011).

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι κάθε χειρουργική επέμβαση αποτελεί από τα πλέον στρεσογόνα γεγονότα της ανθρώπινης ζωής και πυροδοτεί συναισθηματικές, γνωστικές και φυσιολογικές αντιδράσεις στον ασθενή. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αβεβαιότητα για την έκβαση του χειρουργείου, στην ανασφάλεια, στον φόβο μπροστά στον μετεγχειρητικό πόνο και στις πιθανές επιπλοκές, στο φόβο του αποχωρισμού από την οικογένεια, στο φόβο της αναισθησίας καθώς και στην απώλεια της αυτονομίας και του ελέγχου. Η διερεύνηση της περιεγχειρητικής περιόδου και φροντίδας καθώς και των ιατρονοσηλευτικών πράξεων που λαμβάνουν χώρα κατά την περίοδο αυτή είναι ουσιαστική για την εκτίμηση της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης στην οποία περιέρχεται ο ασθενής που υποβάλλεται σε μία χειρουργική επέμβαση (Κουργιαντάκη κ.α. 2017).

## 1.2. Περιεχειρητική φροντίδα

Ένα ευρύ φάσμα ασθενειών και τραυματισμών μπορεί να απαιτεί ως θεραπεία κάποιο είδος χειρουργικής επέμβασης. Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή πριν, κατά και μετά τη χειρουργική επέμβαση ονομάζεται περιεχειρητική φροντίδα. Στην σημερινή εποχή, οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν εξελιχθεί με νέες τεχνολογίες που επηρεάζουν τον ιατρικό, τον φαρμακευτικό και τον υποστηρικτικό τομέα. Με αυτόν τον τρόπο, επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό και η Περιεχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα. Συγκεκριμένα όλα πλέον τα άτομα που απαρτίζουν ένα χειρουργείο, μαζί και οι νοσηλευτές, είναι εκπαιδευμένοι και ενημερωμένοι στις νέες μεθόδους. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν στο χειρουργείο σπουδαίο ρόλο αφού λειτουργούν ως αρωγοί υγείας, προλαμβάνουν τυχόν επιπλοκές, δρουν θεραπευτικά και επιπλέον παρέχουν περιεχειρητική εκπαίδευση, η οποία είναι πολύπλευρη και βασικό στοιχείο ενός επαγγελματία νοσηλευτή (Sunitha, 2015).

Οι περιεχειρητικοί νοσηλευτές εργάζονται στενά με τους χειρουργούς, αναισθησιολόγους, τεχνολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας, παρέχοντας προεχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα κυρίως στο χώρο του χειρουργείου. Παράλληλα, οι περιεχειρητικοί νοσηλευτές επιτελούν διάφορους ρόλους, συμπεριλαμβανομένων του Νοσηλευτή κυκλοφορίας, του Νοσηλευτή αναισθησιολογίας, του Νοσηλευτή προνάρκωσης και ανάνηψης, του Νοσηλευτή περιεχειρητικού καθαρισμού, του Νοσηλευτή προεχειρητικής ετοιμασίας ή ακόμα και του διευθυντή χειρουργικού τμήματος. Σε ειδικές περιπτώσεις, στο αντικείμενο της Περιεχειρητικής φροντίδας μπορεί να εντάσσονται και μερικοί άλλοι τομείς, όπως νοσηλεία μιας ημέρας, ενδοσκοπήσεις, αποστείρωση, επεμβατική ακτινολογία και διαχείριση πόνου. Η πολυπλοκότητα των ρόλων συνιστά πρόκληση στην ανάπτυξη αρμοδιοτήτων του Περιεχειρητικού Νοσηλευτή (Dewit, 2009).

Η Περιεχειρητική φροντίδα αποτελεί μία περίοδο, όπου χρειάζεται ιδιαίτερη εμπειρία και εξειδίκευση και χωρίζεται σε τρία μέρη:

- Προεχειρητική, που ξεκινά από τη στιγμή που δίνεται εντολή για χειρουργείο και ολοκληρώνεται όταν μεταφέρεται ο ασθενής στο χειρουργικό κρεβάτι.
- Διεγχειρητική, ακολούθως ξεκινά από το χειρουργείο έως τη μεταφορά στην αίθουσα της ανάνηψης
- Μετεγχειρητική, που περιλαμβάνει την φροντίδα του ασθενούς στην αίθουσα ανάνηψης, μέχρι τη στιγμή που πλήρως αναρρώνει από το χειρουργείο. (Baxter, 2003)

### 1.2.1. Προεγχειρητική φροντίδα

Η προεγχειρητική φροντίδα αρχίζει τη στιγμή που αποφασίζεται ότι είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση μέχρι ο ασθενής να φτάσει στο χειρουργείο. Γενικά σκοπός της προεγχειρητικής φάσης, είναι η εξασφάλιση καλής ψυχολογικής και σωματικής προεγχειρητικής κατάστασης και η πρόληψη των επιπλοκών με την καλύτερη και ταχύτερη ανάρρωση του ασθενούς. Η προετοιμασία του ασθενούς για την χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει δραστηριότητες και διαδικασίες που βοηθούν να μειωθεί το άγχος, εξασφαλίζουν την ασφάλεια του και μειώνουν τον κίνδυνο επιπλοκών (Vesterfaard, 2016)

Η εκπαίδευση-διδασκαλία είναι πολύ σημαντικό κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Ενημέρωση που παρέχεται από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας (φυσικοθεραπευτές, νοσηλευτές, γιατρούς), εξασφαλίζει μια μεγάλη ποικιλία πληροφοριών σε διάφορα θέματα. Χωρίς ενημέρωση, οι ασθενείς είναι ανίκανοι να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην μετεγχειρητική τους φροντίδα. Για παράδειγμα, εάν δεν γνωρίζουν την σημασία της κινητοποίησης, μετεγχειρητικά, θα παραμείνουν παθητικά κλινήρεις έχοντας μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η αποτελεσματική προεγχειρητική εκπαίδευση συνδέεται άμεσα με καλύτερα μετεγχειρητικά αποτελέσματα όπως, μείωση του αναφερόμενου από το ασθενή πόνου, του στρες και αύξηση του αισθήματος ευεξίας.

Η εκπαίδευση συντελεί στην καλύτερη προετοιμασία έτσι ώστε να περιοριστούν οι μετεγχειρητικές δυσχέρειες, αλλά και να αποτραπούν οι άμεσες σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Όσον αφορά την προεγχειρητική διδασκαλία, ασθενής μέσω του νοσηλευτή, γίνεται αποδέκτης πλήθους πληροφοριών, τις οποίες καλείται να αξιοποιήσει πρακτικά ώστε να μεταβάλει προς το επιθυμητό τη συμπεριφορά του, στοχεύοντας στην πρόληψη επιπλοκών μετεγχειρητικά αλλά και στην επίτευξη του μέγιστου βαθμού αποκατάστασης (Παπαγεωργίου κ.α. 2013).

Η εκπαίδευση του ασθενή προεγχειρητικά περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τη διδασκαλία της διαφραγματικής αναπνοής, της σπειρομέτρησης, του αποτελεσματικού βήχα, της αλλαγής θέσεων στο κρεβάτι και τις κινήσεις των κάτω άκρων. Η αποτελεσματική προεγχειρητική εκπαίδευση συνδέεται άμεσα με καλύτερα μετεγχειρητικά αποτελέσματα όπως στην :

- Αναπνευστική λειτουργία. Ο εκπαιδευόμενος ασθενής παρουσιάζει βελτιωμένη ικανότητα και προθυμία βαθιάς αναπνοής και αποτελεσματικού βήχα, μετεγχειρητικά. Η

προεγχειρητική διδασκαλία αναπνευστικών κινήσεων έχει μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης πνευμονικών επιπλοκών.

- Φυσική λειτουργική ικανότητα. Η διδασκαλία μειώνει το χρόνο επανένταξης του ατόμου στις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Διαχείριση του άγχους. Οι ασθενείς οι οποίοι είναι ενημερωμένοι για την χειρουργική επέμβαση βιώνουν λιγότερο άγχος και μεγαλύτερη ψυχολογική ευεξία.
- Ανησυχία για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου και την αναγκαιότητα λήψης αναλγητικών φαρμάκων. Οι ασθενείς που πληροφορούνται για τον μετεγχειρητικό πόνο και τους τρόπους αντιμετώπισης του, ανησυχούν λιγότερο και ζητούν λιγότερα αναλγητικά φάρμακα.
- Στην διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Η διδασκαλία μειώνει την διάρκεια παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο, με την πρόληψη ή την ελαχιστοποίηση των μετεγχειρητικών επιπλοκών (Sayin et.al. 2012).

Προτού γίνει η εγχείρηση, ο ασθενής θα πρέπει μέσα από γενικές ερωτήσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να παρέχει κάθε πληροφορία έτσι ώστε να οριστούν οι προβληματικοί ασθενείς. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν κυρίως (Baxter, 2003) :

- Την ηλικία του ασθενή. Διευκρινίζεται προκειμένου να υπάρξει σχετική αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ατόμων.
- Το βάρος του ασθενή. Παίζει σημαντικό ρόλο, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις παχυσαρκίας καθώς αυξάνονται οι τεχνικές δυσκολίες κατά την εγχείρηση και τη νάρκωση και δύναται να προκληθούν λοιμώξεις και φλεγμονές ή θρομβοεμβολικά επεισόδια.
- Η υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία. Αφορά τη δίαιτα που πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τον εκάστοτε ασθενή.
- Φάρμακα. Ο ιατρός θα πρέπει να έχει πλήρη εικόνα για τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής, καθώς θα πρέπει να αποφασίσει για την συνέχεια τους ή όχι.

Στη συνέχεια πραγματοποιούνται ορισμένες διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες θα πρέπει να είναι σε σχετικό βαθμό προκειμένου να εκτελεστεί η χειρουργική επέμβαση. Οι εξετάσεις αυτές αφορούν τη γενική ούρων και αίματος, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, την ακτινογραφία θώρακα, την ομάδα RHESUS, την προθρομβίνη (APTT), το αυστραλιανό αντιγόνο (Ηπατίτιδα Β), τα αφροδίσια και το AIDS (Shiells, et.al. 2019).

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην υγιεινή του ασθενούς για την ελάττωση του κινδύνου νοσοκομειακής λοίμωξης. Έτσι γίνεται ιδιαίτερη προετοιμασία του δέρματος, που αποτελεί και την βασικότερη πηγή εισόδου μικροβίων στο χειρουργικό χώρο. Το δέρμα της περιοχής αρχικά καθαρίζεται και στη συνέχεια ακολουθεί ξύρισμα της περιοχής γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Τα αποδεικτικά στοιχεία υπέρ της αφαίρεσης τριχών από το χειρουργικό πεδίο για τη μείωση των χειρουργικών λοιμώξεων είναι ανεπαρκή. Αντίθετα μάλιστα, η χρήση ξυραφιού ίσως αυξάνει την πιθανότητα της χειρουργικής λοίμωξης. Μετά τον καθαρισμό και το ξύρισμα του εγχειρητικού πεδίου υπήρχε η τακτική να πραγματοποιείται αντισηψία του δέρματος. Ωστόσο η διαδικασία αυτή σήμερα αμφισβητείται από πολλούς ερευνητές επειδή πιστεύουν ότι με τον τρόπο αυτό αφαιρούνται από το δέρμα οι φυσικές του εκκρίσεις που έχουν βακτηριοστατικό αποτέλεσμα (Oshvandi et.al. 2018).

### **1.2.2. Διεγχειρητική φροντίδα**

Η Διεγχειρητική φάση αρχίζει όταν ο ασθενής εισέρχεται στον χώρο της χειρουργικής αίθουσας και τελειώνει με την έξοδο από αυτήν. Σε χειρουργεία μικρής ή μεγάλης διάρκειας, πολύ συχνά εμφανίζονται διεγχειρητικές επιπλοκές που μπορεί να είναι δραματικές για τον ασθενή, την οικογένεια του και τον γιατρό (Perna, et.al. 2018). Έτσι η φάση αυτή θέλει ιδιαίτερη προσοχή για την εξασφάλιση της υγείας του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής μέσα στο χειρουργείο συνήθως αναλαμβάνει τον ρόλο του νοσηλευτή κίνησης ή του εργαλειοδότη νοσηλευτή, ή του νοσηλευτή αναισθησιολογικού ή του νοσηλευτή αποστείρωσης. Ο νοσηλευτής κίνησης βοηθά τους χειρουργούς και τους βοηθούς να φορέσουν μπλούζα και γάντια και είναι υπεύθυνος γενικά για όλη την χειρουργική αίθουσα. Επιβεβαιώνει με τον ασθενή το είδος και το σημείο της χειρουργικής επέμβασης. Δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή και εκτελεί μια σύντομη εκτίμηση της κατάστασης του, σύμφωνα με το πρότυπο, που συνιστάται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως λίστα ελέγχου πριν από την εισαγωγή στην αναισθησία. Καταγράφει τις εκτελούμενες ενέργειες με ακρίβεια και πληρότητα και βοηθάει τον νοσηλευτή εργαλειοδοσίας στον εντοπισμό και στην καταμέτρηση γαζών, βελονών και εργαλείων (Cohen, 2018).

Ο εργαλειοδότης με αποστειρωμένη τεχνική παρέχει στον χειρουργό εργαλεία και υλικά, με ιδιαίτερη ταχύτητα. Προετοιμάζει το χειρουργικό τραπέζι εργαλειοδοσίας και είναι υπεύθυνος για τη διατήρηση του αποστειρωμένου πεδίου κατά τη χειρουργική διαδικασία και την αυστηρή

τήρηση της χειρουργικής ασηψίας. Αποτελεί άτομο με εξιδεικευμένες δεξιότητες και γνώσεις όπως την ψυχραιμία και την δεξιοτεχνία που απαιτεί μια χειρουργική αίθουσα. Απορρίπτει ακάθαρτους σπόγγους, και είναι υπεύθυνος για τους σπόγγους, τα αιχμηρά αντικείμενα και τα εργαλεία στο χειρουργικό πεδίο. Τέλος ο νοσηλευτής αναισθησιολογίας μαζί με τον αναισθησιολόγο γιατρό συνεργάζονται και είναι υπεύθυνοι για την έκβαση της επέμβασης και της ορθής ανάνηψης του ασθενούς (Oshvandi et.al. 2018).

### **1.2.3. Μετεγχειρητική φροντίδα**

Η μετεγχειρητική περίοδος ξεκινά αμέσως μετά την ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης. Η φροντίδα που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό χωρίζεται σε δύο φάσεις: την **άμεση αποκατάσταση** και την **μετεγχειρητική ανάρρωση**. Αποτελεί ένα σημαντικό στάδιο η μετεγχειρητική περίοδος, διότι από την επίδραση της αναισθησίας μαζί και τους παράγοντες άγχους που προκαλούνται από μία χειρουργική επέμβαση, μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές στην υγεία του ασθενή. Για να μειωθεί ο κίνδυνος μετεγχειρητικών επιπλοκών, είναι απαραίτητες συχνές αξιολογήσεις και παρεμβάσεις.

Η πρώτη φάση είναι η στιγμή που ο ασθενής φεύγει από το χειρουργείο μέχρι τη στιγμή που έχει σταθεροποιηθεί στην αίθουσα ανάνηψης ή Μονάδα Μετααναισθητικής Φροντίδας. Στην αίθουσα ανάνηψης ο ασθενής κάθεται για κάποιο χρονικό διάστημα για αξιολόγηση μετά την επίδραση της αναισθησίας καθώς και καθαρισμού των αεροφόρων οδών, τις καρδιαγγειακές επιπλοκές, τον έλεγχο θερμοκρασίας και την νευρολογική λειτουργία.

Η δεύτερη φάση εκτείνεται από την αποχώρηση του ασθενή από την αίθουσα ανάνηψης μέχρι την στιγμή που φεύγει από το νοσοκομείο. Όσον αφορά την νοσηλευτική φροντίδα, που θα υποβληθεί σε ένα χειρουργημένο ασθενή, διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Σημαντικό ρόλο παίζει η φύση της χειρουργικής επέμβασης του ασθενούς, το ιατρικό ιστορικό του, οι ενδεχόμενες επιπλοκές και η ταχύτητα ανάρρωσης.

Οι συνηθέστερες νοσηλευτικές ενέργειες μετεγχειρητικής φροντίδας που είναι απαραίτητες σχεδόν για όλους τους χειρουργημένους ασθενείς είναι: Καταγραφή ζωτικών σημείων σε σταθερά χρονικά διαστήματα, ρύθμιση παρεντερικής χορήγησης υγρών (έναρξης-διακοπής), χρήση μάσκας οξυγόνου για 12 με 72 ώρες και περιποίηση τραύματος. Η παρότρυνση για κινητοποίηση του ασθενή για βελτίωση της κατάστασης του αποτελεί επίσης σημαντικό σημείο. Χορήγηση αναλγητικής αγωγής. Ψυχολογική ενθάρρυνση στον ασθενή για να

αντιμετωπίσει τις σωματικές αλλαγές και τις παραμορφώσεις. Εκπαίδευση του ασθενή για περιορισμούς και μετά την χειρουργική επέμβαση. Τέλος όλα αυτά θα πρέπει να περιβάλλονται από εξατομικευμένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, που θα λαμβάνει υπόψη τις αξίες του ασθενή, τα θρησκευτικά του πιστεύω, τη φυλή του, το κοινωνικοοικονομικό, υποβοηθητικό προσωπικό του χειρουργείου και τους εκπαιδευόμενους, να συμπεριφέρεται με επαγγελματισμό και σεβασμό χωρίς προκαταλήψεις και διακρίσεις (Sayin et.al. 2012).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

### Ψυχιατρικές διαταραχές

#### 2.1. Χαρακτηριστικά ψυχικής υγείας

Για να θεωρηθεί ένα άτομο με ψυχική νόσο, θα πρέπει πρώτα να αποσαφηνιστεί πότε ένα άτομο είναι ψυχικά υγιές. Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία αποτελεί μια κατάσταση που αποτυπώνει την ευημερία ενός ατόμου. Συγκεκριμένα, το άτομο είναι σε θέση να συνειδητοποιήσει τις δικές του δυνατότητες, να αντιμετωπίσει τις φυσιολογικές πιέσεις της ζωής και μπορεί να εργασθεί παραγωγικά συνεισφέροντας στην κοινότητα του (Lando et.al. 2006).

Η ψυχική υγεία έχει απασχολήσει πολύ την ανθρωπότητα καθώς συντελεί στην καλύτερη ποιότητα ζωής του ατόμου. Τα βασικά συστατικά για να θεωρηθεί ένα άτομο υγιές αποτελούν τόσο η σωματική όσο και η ψυχική υγεία του.

Τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ψυχική υγεία είναι επτά. Ανάλογα με την σκέψη, το συναίσθημα και την συμπεριφορά του ατόμου, κρίνονται σε υγιή και παθολογικά. Συγκεκριμένα:

- Είναι ικανοί να ερμηνεύσουν την πραγματικότητα όπως είναι.
- Έχουν υγιή αυτοαντίληψη.
- Ικανότητα δημιουργίας σχέσεων με άλλους ανθρώπους.
- Επιτυγχάνουν να βρουν νόημα στη ζωή τους.
- Χαρακτηρίζονται από δημιουργικότητα και παραγωγικότητα.
- Ικανότητα ελέγχου της συμπεριφοράς τους.
- Προσαρμογή στις μεταβολές και στις συγκρούσεις (Ferrari, 2015).

#### 2.2. Ψυχικά Νοσήματα

Το άτομο στην διάρκεια της ζωής του, αποκτά συναισθήματα άγχους, θλίψης ακόμα και πίεσης από διάφορες δυσκολίες. Εάν δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει αυτά τα συναισθήματα για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε θα υπάρξει μεγάλος κίνδυνος διατάραξης της ψυχικής του υγείας, με επιρροή τόσο στις καθημερινές λειτουργίες του όσο και στον τρόπο ζωής του.

Η διατάραξη της ψυχικής υγείας ενός ατόμου για μεγάλο χρονικό διάστημα, οδηγεί σε ψυχική νόσο. Με τον όρο αυτόν εκφράζεται μια μεγάλη ομάδα διαταραχών που επηρεάζουν την σκέψη,

το συναίσθημα, τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και την επικοινωνία με τον συνάνθρωπο. Τα συμπτώματα για να πληρούν τα κριτήρια για πιθανή ψυχολογική διαταραχή θα πρέπει να συνδέονται με τα τρία στοιχεία-κλειδιά, σύμφωνα με το DSM-IV-TR.

- ◆ Μια διαταραχή είναι πρόδηλη σε συμπτώματα που περιλαμβάνουν ενοχλήσεις στη συμπεριφορά, σκέψεις ή συναισθήματα.
- ◆ Τα συμπτώματα σχετίζονται με σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή βλάβη.
- ◆ Τα συμπτώματα προέρχονται από μια εσωτερική δυσλειτουργία (σωματική, ψυχολογική, ή και τα δύο) . (Walker et.al. 2007)

Τα αίτια που αποδίδονται στην εκδήλωση μιας ψυχικής νόσου είναι τριών μορφών. Αρχικά είναι τα ιατρικά, δηλαδή οφείλονται σε οργανικούς παράγοντες (ανατομία νευρικού συστήματος). Μια άλλη μορφή έχει να κάνει με την ψυχογενετική κατάσταση, δηλαδή οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε ενδοψυχικά αίτια. Τέλος, η κοινωνιογενετική κατάσταση του ατόμου, όπου οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν την προσωπικότητα του ατόμου.

Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν μια ψυχική νόσο χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τα νευρωτικά και τα ψυχωτικά. Τα ψυχικά συμπτώματα εμφανίζονται όταν ο ασθενής προσθέτει στην σκέψη του ιδέες παραληρητικές με αποτέλεσμα να εμπλέκει την αντίληψη του με την πραγματικότητα. Έχει οφθαλμαπάτες, νιώθει ότι κάποιος ελέγχει την σκέψη του, μυρίζει και αισθάνεται πράγματα που δεν υφίστανται. Η νεύρωση από την άλλη αποτελεί μία πιο ελαφριά μορφή διαταραχής και τα συμπτώματα της έχουν να κάνουν με «φυσιολογικές» συναισθηματικές εμπειρίες. Ένα στοιχείο που διαφοροποιεί την νεύρωση από την ψύχωση είναι ότι το άτομο δεν χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα, κάτι που συμβάλει πολλές φορές στο να μην γίνεται αντιληπτό ότι υποφέρει, μέχρι και από το ίδιο του το οικογενειακό περιβάλλον. Οι ασθένειες που χαρακτηρίζονται από τα συμπτώματα τους ως ψυχώσεις, μπορεί να είναι το άγχος, η κατάθλιψη, ο πανικός, κτλ. (Συλλογικό έργο, 2016)

Κατά την περιεγχειρητική περίοδο, ο άνθρωπος αποκτά ίσως την αμεσότερη εμπειρία του με την απειλή της υγείας του, μία κατάσταση που προκαλεί δικαίως προβλήματα στην ψυχική υγεία του. Σύμφωνα με τις αρχικές υποθέσεις της Ψυχολογίας της Υγείας, το άγχος είναι υψηλότερο κατά το προεγχειρητικό στάδιο. Αυτό στηρίχθηκε στο γεγονός ότι μετά την ολοκλήρωση την επέμβασης ο ασθενής αρχίζει και ηρεμεί, καθώς η αβεβαιότητα του για την έκβαση της και η απειλή της υγείας του έχουν παρέλθει. Ωστόσο αν μετρηθεί συνολικά καθ' όλη τη διάρκεια της χειρουργικής περιόδου, τότε θα διαπιστωθεί πως τα επίπεδα του παραμένουν υψηλά και στην

μετεγχειρητική περίοδο. Ενδέχεται, μάλιστα το μετεγχειρητικό άγχος να εμφανίσει υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με το προεγχειρητικό. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και με την διάθεση του ασθενή (Bakken et.al. 2014).

Συγκεκριμένα ο ασθενής παρουσιάζει αρνητική διάθεση πριν το χειρουργείο, ενώ μετεγχειρητικά η διάθεση του βελτιώνεται. Αυτό όμως δεν είναι απόλυτο. Για παράδειγμα, ενδέχεται ο ασθενής να μην παρουσιάσει αρνητικά συμπτώματα πριν το χειρουργείο, ενώ μετά την χειρουργική επέμβαση να παρουσιάσει συμπτώματα κατάθλιψης. Τέλος, όσον αφορά τη διεγχειρητική περίοδο, λόγω της πλήρους αναισθησίας που βρίσκεται ο ασθενής, δεν εμφανίζονται ψυχολογικές αντιδράσεις. Ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι τα σχόλια που γίνονται από τους επαγγελματίες υγείας κατά τη διεγχειρητική περίοδο, μπορεί να προκαλέσουν μετεγχειρητική συναισθηματική δυσφορία (Barnes, 2011).

### 2.3. Άγχος

Το άγχος είναι μια αντίδραση του ανθρώπου μεγάλης διάρκειας προς μια άγνωστη αόριστη απειλή και αυτό γιατί το ερέθισμα που τη προκαλεί δεν είναι ξεκάθαρο. Ετυμολογικά, η ρίζα του όρου «Άγχος» βρίσκεται στο αρχαιοελληνικό ρήμα *άγχω*, το οποίο μπορεί να αποδοθεί ως *πιέζω*, *πνίγω* ή *στραγγαλίζω*. Ένα άτομο όταν διακατέχεται από άγχος, παρουσιάζει ένταση, αίσθηση ενός ακαθόριστου φόβου, αναμονή για έναν επικείμενο κίνδυνο ή μιας δυσκολίας χωρίς να υπάρχει δικαιολογημένη αφορμή. Ωστόσο αν και συνοδεύεται από δυσάρεστα συναισθήματα, στον άνθρωπο αποτελεί χρήσιμο διότι, έχει προειδοποιητικό ρόλο. Συγκεκριμένα, ο άνθρωπος μέσω του άγχους, ενεργοποιείται σωματικά και ψυχικά για την αντιμετώπιση μια πιθανής απειλής. Με αυτόν τον τρόπο οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις αυξάνονται και ενδυναμώνονται (Barlow, 2000).

Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές φορές χρησιμοποιούνται οι έννοιες άγχος και φόβος ως συνώνυμα καθώς προειδοποιούν για την ύπαρξη κινδύνου και κινητοποιούν το άτομο να είναι σε ετοιμότητα ώστε να μπορέσει να τον αντιμετωπίσει. Παρόλα αυτά υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα ο φόβος είναι μία συναισθηματική αντίδραση απέναντι σε ένα συγκεκριμένο κίνδυνο και απευθύνεται σε παρούσα απειλή. Αντίθετα το άγχος αποτελεί μία υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση υπερβολικής ανησυχίας, αβεβαιότητας, παράλογου φόβου όπου προκαλείται από μία απειλή που η πηγή της είναι είτε άγνωστης αιτιολογίας είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση της φυσιολογικής και συναισθηματικής

(ψυχολογικής) αντίδρασης που προκαλεί. Ο φόβος οδηγεί σε συγκεκριμένες δραστηριότητες όπως είναι η φυγή ή επίθεση ενώ το άγχος έχει τη δυνατότητα να καταφέρει να αποσυντονίσει και να αποδιοργανώσει τον πάσχοντα. Ο φόβος ασκεί μεταβολές τόσο σε ψυχολογικό επίπεδο (υποκειμενική αίσθηση φόβου) όσο και σε φυσιολογικό επίπεδο (επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, επιτάχυνση της αναπνοής, ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάχνα στους μεγάλους μυς). Οι μεταβολές αυτές προετοιμάζουν το σώμα για μυϊκή δραστηριότητα (πάλη ή φυγή), που μπορεί να είναι απαραίτητη ως απάντηση στην απειλή (Μάνος, 1997).

Όταν το άγχος υπερβαίνει το φυσιολογικό βαθμό, και επικρατεί για μεγάλο χρονικό διάστημα τότε αποτελεί νοσηρή εκδήλωση, και θεωρείται παθολογικό με αποτέλεσμα να διαταράζει τη προσαρμοστική ικανότητα του ανθρώπου. Ως παθολογικό άγχος ορίζεται η δυσανάλογη αντίδραση σε μια κατάσταση ή η αντίδραση που προέρχεται μέσα από συγκρούσεις που ανήκουν στο παρελθόν του ατόμου. Το παθολογικό άγχος αποτελεί το κεντρικό σύμπτωμα στις αγχώδεις διαταραχές και συνοδεύεται από σωματικά και ψυχικά συμπτώματα.

### **Σωματικά Συμπτώματα**

- Πόνος στο στήθος
- ανορεξία
- δύσπνοια
- ξηροστομία
- ναυτία
- Το αίσθημα πνιγμού

### **Ψυχικά Συμπτώματα**

- Η προσμονή αόριστης απειλής
- Η δυσκολία συγκέντρωσης
- Η ανυπομονησία
- Η νευρικότητα
- Η διάσπαση της προσοχής
- Το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας
- Οι αρνητικές αντιδράσεις

### 2.3.1 Τύποι Αγχωδών Διαταραχών

Οι αγχώδεις διαταραχές απασχολούν ιδιαίτερη την σημερινή κοινωνία καθώς αποτελούν τις βασικότερες μορφές ψυχιατρικών διαταραχών. Ο ασθενής όταν πάσχει από αυτήν την διαταραχή, τα συμπτώματα που εμφανίζει είναι πιο σοβαρά από την κατάσταση που τα προκάλεσε και η καθημερινότητα του διαταράσσεται συνεχώς. Οι διαταραχές άγχους από τις οποίες η Διαταραχή Πανικού και η Ψυχαναγκαστική Διαταραχή αποτελούν τις συχνότερες μορφές, διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

**Διαταραχή Πανικού:** Επαναλαμβανόμενη περίοδος με αισθήματα φόβου ή δυσφορίας, τα οποία στην διάρκεια μιας ώρας, κορυφώνονται μέσα σε 10 λεπτά και συνοδεύονται με συμπτώματα όπως εφίδρωση, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, μυϊκός τρόμος, έντονος τρόμος.

**Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή:** Εκδηλώνεται είτε με ιδεοληψίες είτε με ψυχαναγκασμούς. Όσον αφορά τις πρώτες, το άτομο αναγκάζεται να κάνει επαναλαμβανόμενες σκέψεις και εικόνες οι οποίες έχουν ενοχλητικό περιεχόμενο. Οι σκέψεις αυτές προέρχονται από το δικό του νου και όχι από κάποιον άλλο, κάτι που γνωρίζει και το ίδιο το άτομο. Ψυχαναγκασμοί, είναι οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές που αποσκοπούν στον έλεγχο αυτών των σκέψεων.

**Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή:** Χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος και επιμονή που διακατέχει το άτομο για μια περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών, για σειρά καθημερινών γεγονότων και δραστηριοτήτων που έχει να βγάλει εις πέρας. Κύρια συμπτώματα που εμφανίζονται είναι η εύκολη κόπωση, η μυϊκή τάση, η ευερεθιστικότητα, η κόπωση και η διαταραχή ύπνου.

**Αγοραφοβία:** Χαρακτηρίζεται από το αίσθημα του έντονου φόβου που έχει το άτομο, όταν βρίσκεται σε μέρη ή καταστάσεις όπου η διαφυγή είναι δύσκολη, του προκαλεί αμηχανία καθώς και φόβο ότι δεν θα υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια σε περίπτωση που θα την χρειαστεί.

**Συγκεκριμένες φοβίες:** Έντονοι φόβοι σχετικά με συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις, οι οποίοι διαταράσσουν τη ζωή του ατόμου. (Coughlin et.al. 2015).

**Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από σωματικό νόσημα:** Κάθε σωματική νόσος επιφέρει στο άτομο πολλά αρνητικά αισθήματα, βιώνοντας σε καθημερινή βάση το άγχος, την απαισιοδοξία, την απελπισία και την αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο εξαντλεί τα σωματικά και ψυχικά αποθέματα του ατόμου με αποτέλεσμα την εκδήλωση ασθενειών ή συμπτωμάτων από τη ψυχική σφαίρα, όπως άγχος, κατάθλιψη, νεύρωση φόβος. Πολλά σωματικά νοσήματα αποτελούν αιτία εμφάνισης αγχωδών διαταραχών. Τα νοσήματα αυτά κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- Ενδοκρινικές διαταραχές (δυσλειτουργία του θυροειδούς)
- Αυτοάνοσα νοσήματα (ρευματοειδής αρθρίτιδα)
- Συστηματικές νόσοι (αναπνευστική ανεπάρκεια)
- Νευρολογικά (Όγκοι του εγκεφάλου) (Μάνος, 1997).

### 2.3.2. Η θεωρία του Spielberger

Το άγχος σύμφωνα με τη θεωρία του Spielberger το 1966, διακρίνεται στο περιστασιακό, παροδικό και στο μόνιμο. Το άτομο όταν έχει ως μόνιμο χαρακτηριστικό του εαυτού το άγχος, φυσιολογικά γεγονότα τα λαμβάνει ως απειλητικά και τα διαχειρίζεται με ένταση, μεγαλύτερη από τα γεγονότα που το εμφανίζουν, με έντονο συναίσθημα απειλής και άγχους. Το περιστασιακό άγχος σύμφωνα με τον Spielberger, αναφέρεται στην υποκειμενική κατάσταση του ατόμου και χαρακτηρίζεται από συναισθήματα έντασης και ανησυχίας που συνοδεύονται ή συσχετίζονται με την ενεργοποίηση ή διέγερση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος. Η θεωρία του Spielberger (1972a) για το μόνιμο και παροδικό άγχος βασίζεται στις παρακάτω υποθέσεις:

1. τα εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα για ένα άτομο που γίνονται αντιληπτά ως απειλητικά προκαλούν αντιδράσεις παροδικού άγχους. Μέσω των αισθητηριακών και γνωστικών μηχανισμών ανατροφοδότησης τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους βιώνονται ως δυσάρεστα
2. όσο μεγαλύτερη είναι η ένταση της απειλής που γίνεται αντιληπτή, τόσο πιο έντονη είναι η αντίδραση παροδικού άγχους
3. η μονιμότητα της αντίδρασης του παροδικού άγχους είναι ανάλογη με την διάρκεια της απειλής που νιώθει το άτομο.
4. σε σύγκριση με τα άτομα που συγκεντρώνουν χαμηλό επίπεδο μόνιμου άγχους, τα άτομα με υψηλό επίπεδο μόνιμου άγχους, αντιλαμβάνονται περισσότερες καταστάσεις ως απειλητικές, απαντούν με πιο έντονες αντιδράσεις παροδικού άγχους ή και τα δύο. Οι καταστάσεις που ενέχουν τον κίνδυνο αποτυχίας ή απειλής της αυτοεκτίμησης είναι περισσότερο πιθανό να αποτελέσουν πηγές απειλής απ' ό,τι είναι οι καταστάσεις που μπορούν να απειλήσουν τη φυσική υγεία
5. τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους εμπεριέχουν τέτοια ώθηση ώστε εκδηλώνονται στη συμπεριφορά ή κινητοποιούν τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που έχουν υπάρξει ικανοί κατά το παρελθόν στη μείωση του παροδικού άγχους

6. η συχνή εμφάνιση στρεσογόνων καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην ανάπτυξη συγκεκριμένων ψυχολογικών μηχανισμών άμυνας με στόχο τη μείωση του παροδικού άγχους (Eisenberg et.al. 2007).

### **2.3.3. Κλίμακες εκτίμησης του άγχους**

#### **2.3.3.1. Κλίμακα Αξιολόγησης State-TraitAnxietyInventory (STAI)**

Η κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI) είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε ερευνητικό επίπεδο και σε κλινική πρακτική. Εισήχθη το 1970 από τον Spielberger. Η κλίμακα αυτή μέσω 40 ερωτήσεων, διαχωρίζει το άγχος ως κατάσταση (state) και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ανθρώπου (trait). Το ερωτηματολόγιο διαχωρίζεται σε δύο ομάδες των είκοσι. Οι πρώτες είκοσι είχαν αρχικά την μορφή X και ύστερα από αναθεώρηση της κλίμακας, που αφορούσε κατά κύριε λόγο την διάκριση της κατάθλιψης, προέκυψε από τον ίδιο τον Spielberger η μορφή Y. Με αυτές τις ερωτήσεις διαπιστώνεται η συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης). Στη δεύτερη εικοσάδα διαπιστώνεται το άγχος ως μόνιμο που διέπει τον χαρακτήρα και αντιστοιχεί στο πόσο απειλητικές προσλαμβάνει το άτομο τις καταστάσεις που του εμφανίζονται. Για την απάντηση των ερωτήσεων ο ασθενής έχει την δυνατότητα επιλογής μία από τις 4 πιθανές απαντήσεις. Και στις δύο υποκλίμακες, κάθε δήλωση βαθμολογείται από «καθόλου» , «λίγο», «μέτρια», «πάρα πολύ». Όσο πιο χαμηλή είναι η τιμή στην κλίμακα άγχους, τόσο περισσότερο είναι το άτομο απαλλαγμένο από το άγχος. Η ελάχιστη τιμή σε κάθε υποκλίμακα είναι το 20 ενώ η μέγιστη το 80. Η υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε μεγαλύτερη εμφάνιση άγχους. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Kang et.al 2009).

#### **2.3.3.2. Η Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Άγχους Hamilton**

Η κλίμακα του Hamilton πρόκειται για μία από τις πρώτες μεθόδους αυτοπροσδιορισμού του άγχους όπου με τις 13 ερωτήσεις- καταστάσεις εστιάζει ταυτόχρονα στην αξιολόγηση συνολικά του επιπέδου άγχους αλλά και της έντασης των επιμέρους συμπτωμάτων άγχους. Συγκεκριμένα οι 13 επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας είναι: αγχώδης διάθεση, υπέρταση,

φοβίες, διαταραχές ύπνου, γνωστικές διαταραχές, καταθλιπτική διάθεση, καθώς και συμπτώματα από το νευρομυϊκό σύστημα, το αισθητηριακό σύστημα, το καρδιαγγειακό σύστημα, το αναπνευστικό σύστημα, το γαστρεντερικό σύστημα, το ουρογεννητικό σύστημα και το ΑΝΣ. Η αξιολόγηση της έντασης των συμπτωμάτων γίνεται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα (0-1-2-3-4), όπου το 0 αντιστοιχεί στην απουσία συμπτώματος και το 4 στην παρουσία πάρα πολύ έντονου συμπτώματος. Η ταξινόμηση της έντασης των συμπτωμάτων αντιστοιχεί σε καμιά, ήπια, μέτρια, σοβαρή, πολύ σοβαρή διαταραχή, όπου το σημείο 2 θεωρείται ως οριακό, ώστε οι τιμές υψηλότερες από αυτό να ερμηνεύονται ως σοβαρή και πολύ σοβαρή διαταραχή. Η συνολική βαθμολογία μπορεί να κυμαίνεται από 0-56 βαθμούς. Από 0-17 αντιστοιχεί σε ήπιο άγχος, από 18-24 σε ήπιο έως μέτριο, 25-30 σε μέτριο προς σοβαρό, ενώ πάνω από 30 σε σοβαρό άγχος. Έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν σε πληθυσμό Ελλήνων νοσηλευτών με ικανοποιητικά μετρικά χαρακτηριστικά και πρόκειται για ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο (Karademas et.al. 2004).

### **2.3.3.3 Κλίμακα Άγχους Beck' s Anxiety Inventory**

Αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που εισήχθη το 1988, με 21 ερωτήσεις για την αξιολόγηση της βαρύτητας του άγχους. Από τις 21 ερωτήσεις, οι 14 εστιάζουν στα σωματικά συμπτώματα και οι υπόλοιπες 7 στην υποκειμενική αντίληψη του άγχους και του πανικού. Ζητείται από τον ασθενή να απαντήσει σε αυτές τις ερωτήσεις με κλίμακα 0-3 όπου το 0 αντιστοιχεί στο καθόλου και το 3 στο μέγιστο βαθμό άγχους, τον βαθμό στον οποίο τον ενόχλησαν τα συμπτώματα την τελευταία εβδομάδα. Η βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των 21 ερωτήσεων. Συνολική βαθμολογία από 0-9 αντιστοιχεί σε ελάχιστο άγχος, 10-15 σε ήπιο έως μέτριο άγχος, 20-29 σε μέτριο προς το σοβαρό και πάνω από 30 σε σοβαρό άγχος (Kanji et.al. 2006).

### **2.3.3.4. Η κλίμακα HADS ( The Hospital Anxiety and Depression Scale )**

Η κλίμακα HADS αποτελεί την πιο γνωστή κλίμακα για την αξιολόγηση των ασθενών του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών. Η κλίμακα αυτή προτάθηκε το 1983 από τους Zigmond AS & Snaith RP. Αποτελείται από 14 ερωτήσεις με σκοπό να αξιολογήσουν του ερωτώμενους πώς αισθάνονταν κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Οι μισές αξιολογούν τα επίπεδα κατάθλιψης και οι άλλες μισές τα επίπεδα άγχους. Τα σκορ που αποδίδονται στις ερωτήσεις, αθροίζονται ξεχωριστά για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την



κατάθλιψη και αυτές που αξιολογούν το άγχος, οδηγώντας σε δύο ξεχωριστά σκορ. Οι υψηλότερες τιμές των σκορ υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης αντίστοιχα. Η κλίμακα άγχους HADS έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει ελεγχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της σε ασθενείς παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων από τον Μιχόπουλο και τους συνεργάτες του (Liu et.al 2004).

## 2.4. Στρες

Ο όρος στρες προέρχεται από την αγγλική λέξη «stress» η οποία έχει ρίζες στις λατινικές λέξεις «strictas» (= σφικτός/στενός) και stingere (παθητική μετοχή) που σημαίνει σφίγγω. Κατά τον 18ο και 19ο αιώνα η λέξη στρες χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει την ταλαιπωρία, την πίεση, την ένταση και την έντονη προσπάθεια. Παρά την ευρεία χρήση του από την επιστημονική κοινότητα, δεν έχει καθοριστεί ακόμα ακριβής ορισμός λόγω της πολυεπίπεδης σημασίας που έχει αποδοθεί κατά καιρούς. Σύμφωνα με τον Lazarus και τους συνεργάτες του, το στρες αποτελεί μια σειρά αντιδράσεων όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με δύσκολες καταστάσεις του περιβάλλοντος και οι προσωπικές του δυνάμεις δεν επαρκούν για να ανταπεξέλθει. Γενικά αποτελεί μία κατάσταση κατά την οποία επηρεάζονται όλες οι ανθρώπινες διαστάσεις του ατόμου όπως η διανοητική, η σωματική, η συναισθηματική, η βιολογική, η κοινωνική και η πνευματική. Το στρες αποτελεί την αντίληψη του ατόμου σε γεγονότα που λαμβάνονται ως απειλή, όπου οι αντιδράσεις σε αυτά είναι εξατομικευμένες και διαφέρουν από άτομο σε άτομο και από μία χρονική περίοδο σε άλλη (Kang et.al. 2009).

Το eustress αποτελεί το θετικά θεωρούμενο στρες και έχει θετικά αποτελέσματα στον ανθρώπινο οργανισμό σε αντίθεση με το distress. Το στρες που εκδηλώνεται μέχρι ενός βαθμού, αποτελεί δημιουργικό για τον οργανισμό, καθώς η ελεγχόμενη ένταση διατηρεί μια συνεχή επαφή μεταξύ οργανισμού και περιβάλλοντος και κρατάει τον βιολογικό οργανισμό σε εγρήγορση.

Συχνά το άγχος και το στρες συγχέονται χωρίς οι έννοιες τους να είναι ταυτόσημες αλλά ανήκουν σημασιολογικά σε ομόκεντρους κύκλους. Εν κατακλείδι, το άγχος και στο στρες αν το συγκρίνουμε θα διαπιστώσουμε πως αυτά λειτουργούν. Κατά την διαδικασία του στρες, το στρεσογόνο ερέθισμα, κινητοποιεί τον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να προκαλείται στο άτομο το συναίσθημα του άγχους (Kanji et.al. 2006)

## **2.5. Κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη ήταν γνωστή από αρχαιοτάτων χρόνων. Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε πρώτος τους όρους μανία και μελαγχολία για να διακρίνει την κατάθλιψη. Ως μανία όριζε τις γενικές λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ ο όρος μελαγχολία φαίνεται ότι αναφερόταν στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές και όχι στην νοσολογική έννοια της κατάθλιψης όπως έχει διαμορφωθεί έως σήμερα.

Ο λόγος που οι επαγγελματίες υγείας ασχολούνται ιδιαίτερα με την αναγνώριση, με την αξιολόγηση και την θεραπεία της κατάθλιψης, είναι γιατί υπάρχει μεγάλος βαθμός αυτοκτονιών. Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχική διαταραχή που απαρτίζεται από ένα σύνολο συμπτωμάτων. Το άτομο που έχει κατάθλιψη, παρουσιάζει μειωμένη διάθεση, συνεχή θλίψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση καθώς και έλλειψη συγκέντρωσης. Η κατάθλιψη ωστόσο εκτός των συμπτωμάτων με νοητικό-συναισθηματικό επίπεδο, έχει και συμπτώματα με σωματικό επίπεδο. Η διάρκεια αυτών των συμπτωμάτων διαρκεί περίπου 2 εβδομάδες και μπορούν να αποτελέσουν αίτια σημαντικών βλαβών της ικανότητας του ατόμου να διαχειριστεί τις καθημερινές του ανάγκες.

Μερικούς από τους παράγοντες που οφείλονται στον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης είναι η οικογενειακή και η εργασιακή κατάσταση, το φύλο, η ηλικία, οι εθνικές και πολιτισμικές ομάδες, οι χρόνιες σωματικές ή ψυχικές διαταραχές και το οικογενειακό ιστορικό. Η κατάθλιψη είναι συχνότερη σε άγαμους, διαζευγμένους και σε κατοίκους των αγροτικών περιοχών (WHO, 2012). Υπολογίζεται πως το 6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως και 550 χιλιάδες στην Ελλάδα. Παγκοσμίως οι γυναίκες αντιμετωπίζουν κατάθλιψη δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες (Karg et.al. 2011).

### **2.5.1 Τύποι Κατάθλιψης**

#### **Μείζων καταθλιπτική διαταραχή**

Η μορφή της μείζων κατάθλιψης είναι γνωστή και ως μονοπολική κατάθλιψη. Η διάγνωση αυτής τίθεται εάν ο ασθενής παρουσιάζει πέντε ή περισσότερα συμπτώματα κατά την διάρκεια δύο ή περισσότερων εβδομάδων σύμφωνα με το DSM-IV-TR. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι εκ διαμέτρου αντίθετα (υπερφαγία - ηθελημένη απουσία από το φαγητό), καθώς επίσης δεν είναι απαραίτητο να συνυπάρχει μεγάλη λύπη ή απελπισία παρότι σκέψεις αυτομορφής ή αυτοχειρίας δεν είναι ασυνήθιστες.

## Κριτήρια Διάγνωσης Μείζων Κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-IV

- Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
- Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες, ή σχεδόν σε όλες, τις δραστηριότητες
- Σημαντική απώλεια βάρους
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
- Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ενοχής
- Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου
- Κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας

### Εποχιακή κατάθλιψη

Συγκεκριμένος τύπος κατάθλιψης ο οποίος περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενα καταθλιπτικά επεισόδια, σε εποχιακή βάση. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα επεισόδια ξεκινούν το φθινόπωρο και υποχωρούν την άνοιξη. Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι : η μεγάλη κατανάλωση υδατανθράκων, αίσθημα κόπωσης και απώλεια ενεργητικότητας, υπερυπνία (Tsunpo et.al. 2016).

### Δυσθυμία

Τα ίδια γνωστικά και σωματικά συμπτώματα με την μείζων καταθλιπτική διαταραχή, είναι παρόντα και σε αυτόν τον τύπο κατάθλιψης. Η μεγάλη διαφορά φαίνεται στην διάρκεια και στην ένταση τους. Τα συμπτώματα στην δυσθυμία είναι είναι λιγότερο έντονα αλλά συναντώνται τις περισσότερες μέρες κατά την διάρκεια τουλάχιστον δύο χρόνων.

### Διπολική διαταραχή I

Η ασθένεια αυτή είναι γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη. Είναι μια ασταθή συγκινησιακή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από κύκλους παθολογικής, επίμονης υψηλής διάθεσης (μανία) και χαμηλή διάθεση (κατάθλιψη). Η διπολική διαταραχή εμφανίζεται συνήθως στο τέλος της εφηβικής ηλικίας ενός ατόμου, το μεγαλύτερο ποσοστό την εμφανίζει σε ηλικία κάτω των 25 ετών. Τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας, ενώ πάλι δεν είναι λίγες οι

φορές που άλλα άτομα μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα πολύ αργότερα στην ζωή τους, σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή.

Κατά την διάρκεια ύφεσης της διαταραχής, οι περισσότεροι επιστρέφουν στην φυσιολογική λειτουργικότητα τους. Ωστόσο ένα ποσοστό 20 % με 30 % παρουσιάζουν ακόμη κάποια συμπτώματα ενώ άλλοι ίσως έχουν περιόδους υποτροπής. Κατά την διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου, το οποίο πρέπει να διαρκέσει τουλάχιστον μια εβδομάδα για να πληροί τα κριτήρια του DSM παρουσιάζονται κάποια συμπτώματα. Η διάθεση του ατόμου μπορεί να είναι ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη. Άλλα εμφανή συμπτώματα είναι διάσπαση προσοχής και αδυναμία συγκέντρωσης, φλυαρία και ριψοκίνδυνες συμπεριφορές. Νιώθει συνεχώς ξεκούραστος, χωρίς να έχει την ανάγκη για ύπνο. Οι παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις όπου το άτομο χάνει την επαφή του από την πραγματικότητα, αποτελούν τα πιο σοβαρά συμπτώματα που θα χρειαστούν ιδιαίτερη προσοχή. Τα συμπτώματα της καταθλιπτικής φάσης της διπολικής διαταραχής περιλαμβάνουν απώλεια ενδιαφέροντος, κόπωση, απελπισία, διαταραχές στον ύπνο και στην διατροφή. Επίσης δεν είναι λίγες οι φορές που υπάρχουν και οι σκέψεις για αυτοκτονία (Tsunno et.al. 2016).

## **Διπολική διαταραχή II**

Χαρακτηρίζεται από εναλλαγή μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων με επεισόδια υπομανίας. Η συμπεριφορά του ασθενούς είναι εντελώς διαφορετική από την συνηθισμένη του συμπεριφορά, και αυτό έχει διάρκεια τουλάχιστον 4 ημερών. Γενικότερα θεωρείται πως η υπομανία δεν αποτελεί μια αυτοτελή διαταραχή αλλά ένα μέρος της διπολικής διαταραχής 2. Τα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Στη συνέχεια έρχεται μια περίοδος στεναχώριας και απελπισίας. Γενικά η υπομανία αποτελεί μια πιο ήπια μορφή μανίας, και δεν αποτελεί κίνδυνο για εναλλαγές και δυσκολίες στην λειτουργικότητα του ατόμου.

## **Ψυχωτική κατάθλιψη**

Η Ψυχωτική κατάθλιψη θεωρείται μία από τις σοβαρές μορφές κατάθλιψης. Το άτομο χάνει την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας. Άτομα με μείζονα κατάθλιψη, μπορεί να εμφανίσουν αργότερα και ψυχωτική κατάθλιψη. Ο ασθενής ζει με τις ψευδαισθήσεις, οι οποίες μπορεί να είναι οπτικές, ακουστικές, γευστικές, οσφρητικές. Δηλαδή το άτομο έχει συνέχεια τον φόβο ότι κάποιος τον παρακολουθεί και προσπαθεί να τον βασανίσει (Tsunno et.al. 2016)..

### **2.5.2 Αίτια της κατάθλιψης**

Μέχρι και σήμερα, η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της πολυπαραγοντικής ιδιότητας που την διακατέχει, είναι δύσκολο να προσδιορίσουν την ακριβή αιτιολογία της. Ωστόσο η αλληλεπίδραση γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων, μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην εμφάνιση της νόσου.

#### **Γενετικοί παράγοντες**

Το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης εφόσον υπάρχει αυξάνει αρκετά τις πιθανότητες να πάθει κανείς κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, γενετικές μελέτες καταδεικνύουν ότι όταν εμπλέκονται στην μεταφορά διάφορα γονίδια με βιολογικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τότε αυξάνεται η προδιάθεση του ατόμου για να εμφανίσει κατάθλιψη.

#### **Βιολογικοί παράγοντες**

Η νοραδρεναλίνη, η σεροτονίνη, η ντοπαμίνη, η ακετυλοχολίνη και το γ - αμινοβουτυρικό οξύ αποτελούν τους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου. Η μείωση αυτών και οι διαταραχές της φυσιολογικής λειτουργίας τους, οδηγεί στην εμφάνιση κατάθλιψης. Υπάρχουν φάρμακα που μειώνουν την συγκέντρωση των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της νόσου. Τότε η λύση στο πρόβλημα είναι η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με σκοπό την αύξηση των προαναφερόμενων ουσιών. Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις που σχετίζονται με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ), οι οποίες είναι ικανές να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Οι παθήσεις αυτές είναι:

- Νόσος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως Πάρκινσον, Alzheimer, σκλήρυνση κατά πλάκας.
- Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός.
- Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ όπως το AIDS.
- Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία

#### **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Μελέτες παρουσιάζουν ότι παιδικά τραύματα, σημαντικές απώλειες όπως η βίωση του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου, η βίωση ενός χωρισμού συμβάλουν ως ψυχολογικές

καταστάσεις, στην εμφάνιση κατάθλιψης. Επίσης κοινωνικές καταστάσεις όπως απώλεια εργασίας, αναζήτηση εργασίας και οικονομικό υπόβαθρο, αποτελούν παράγοντες εμφάνισης κατάθλιψης. Τέλος η συχνή επαφή με καθημερινά προβλήματα, οδηγεί στην αλλοίωση της αντίληψης του ατόμου για το τι συμβαίνει γύρω του, με αποτέλεσμα σε μερικές περιπτώσεις να ευνοεί τη δημιουργία κατάθλιψης (Karg et.al. 2011).

### 2.5.3 Συμπτώματα κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση που διακατέχει το άτομο και του δημιουργεί παθολογική θλίψη με αποτέλεσμα την επιβράδυνση νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Παρόλου που η κατάθλιψη αποτελεί ασθένεια η οποία μπορεί να θεραπευτεί πλήρως, αν αυτή δεν διαγνωστεί εγκαίρως ώστε να θεραπευτεί είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά τη ψυχοκοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Για να καταπολεμηθεί η ασθένεια αυτή, είναι σημαντικό η γρήγορη κατανόηση της, δηλαδή η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων. Αυτό θα οδηγήσει σε εφαρμογή τεχνικών με σκοπό την αντιμετώπιση της ασθένειας. Τα κύρια συμπτώματα ατόμων με καταθλιπτική συμπεριφορά είναι τα εξής:

- ❖ Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη νιώθει μια ανεξήγητη οδύνη και θλίψη. Σε καθημερινή βάση ο ασθενής κλαίει συχνά και φαίνεται μονίμως στεναχωρημένος χωρίς λόγο και αιτία.
- ❖ Μείωση ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα. Η αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου είναι αντιληπτή τόσο στο οικογενειακό όσο και στο κοινωνικό του περιβάλλον. Ενέργειες που έκανε και του πρόσφεραν ευχαρίστηση, παροχή φροντίδας στα άτομα της οικογένειας του και η εργασία, του φαίνονται ασήμαντα πράγματα.
- ❖ Αισθήματα ενοχής και απαξίωσης. Το καταθλιπτικό άτομο κατηγορεί τον εαυτό του και επικρίνει την συμπεριφορά του ακόμα και σε λάθη άλλων και νιώθει ότι δεν αξίζει τον σεβασμό και την εκτίμηση των γύρων του.
- ❖ Ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Το άτομο βλέποντας τα πράγματα να οδηγούν από το κακό στο χειρότερο, νιώθει ανήμπορο και κατασκευάζει σενάρια αυτοκτονίας.

Τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι τα εξής:

- ❖ Διατροφικές διαταραχές. Παρατηρείται απώλεια όρεξης για τροφή, με αποτέλεσμα το άτομο να χάνει σωματικό βάρος, ενώ δεν είναι και λίγες οι φορές που μπορεί να

παρουσιαστεί αυξημένη όρεξη για τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες με αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους.

- ❖ Διαταραχές στον ύπνο. Το άτομο με κατάθλιψη παρουσιάζει προβλήματα στον ύπνο του. Υπάρχουν περιπτώσεις που εκδηλώνει αυπνίες και δυσκολεύεται να κοιμηθεί, ενώ σε άλλες περιπτώσεις παρουσιάζει υπερυπνίες, με έντονη την ανάγκη ύπνου για πολλές ώρες και δυσκολία αφύπνισης.
- ❖ Πόνοι στις αρθρώσεις και στα άκρα. Έντονοι πόνοι που συνοδεύουν ένα άτομο με κατάθλιψη, ενώ εάν προϋπήρχαν γίνονται ισχυρότεροι. Οι πόνοι παρουσιάζονται στην πλάτη στον θώρακα, στα άκρα και στον αυχένα.
- ❖ Αισθήματα κόπωσης και αδυναμίας. Ο ασθενής νιώθει κούραση και εξάντληση ακόμα και στις βασικές του καθημερινές δραστηριότητες.
- ❖ Προβλήματα κίνησης. Το καταθλιπτικό άτομο προτιμά να μην περπατήσει και να μείνει ακίνητο, κάτι το οποίο μπορεί να επηρεάσει πολύ εύκολα και τον τρόπο ομιλίας του. Ο ρυθμός ομιλίας είναι αργός και μονότονος κάτι που μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στην αδυναμία ολοκλήρωσης φράσεων. Υπάρχουν όμως και καταθλιπτικοί ασθενείς που προτιμούν να κινηθούν καθώς τους είναι δύσκολο να μείνουν ακίνητοι για μεγάλο διάστημα στο ίδιο σημείο (Karg et.al. 2011).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

### Περιεγχειρητικές ψυχικές διαταραχές

Η χειρουργική επέμβαση είναι ευρέως αποδεκτό ότι αποτελεί μία από τις πιο στρεσογόνες καταστάσεις για τον άνθρωπο. Κατά την διάρκεια της επέμβασης η ψυχοσωματική κατάσταση του ασθενή προσβάλλεται, μέσω ψυχικών και σωματικών παραγόντων καθώς και μέσω κοινωνικών και πολιτιστικών στοιχείων. Ο ασθενής πριν το χειρουργείο εκδηλώνει ψυχολογικές αντιδράσεις όπως αισθήματα αμφιθυμίας, μελαγχολίας, μοναξιάς από τον διαχωρισμό με την οικογένεια του καθώς και άγχος για τον μετεγχειρητικό πόνο.

#### 3.1. Περιεγχειρητικό Άγχος

Η διαδικασία της αναισθησίας στο χειρουργείο βιώνεται ως απειλή απώλειας ελέγχου ενώ η διατομή ως κίνδυνος αλλαγής της εικόνας του σώματος. Ο φόβος για πιθανή ανεπιτυχή χειρουργική επέμβαση μαζί με την ανησυχία για το αν θα ξυπνήσει μετά το χειρουργείο, αποτελούν από τους κυριότερους αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισης προεγχειρητικού άγχους. Γενικά τα αποτελέσματα ενός χειρουργείου αναγκάζουν τον ασθενή να περιορίσει τον λειτουργικό ρόλο του σε προσωπικό, επαγγελματικό, κοινωνικό και οικογενειακό τομέα με αποτέλεσμα να βιώνει διαταραχές από την ψυχική σφαίρα, όπως άγχος και κατάθλιψη (Golba, 2015).

Έρευνες δείχνουν ότι η ψυχοσωματική ενότητα του ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο για την πρόγνωση της ασθένειας και την έκβαση ενός χειρουργείου. Τα έντονα συναισθήματα άγχους και φόβου, αισθήματα αβεβαιότητας ή άρνησης της σοβαρότητας της νόσου επηρεάζουν την προετοιμασία της χειρουργικής επέμβασης καθώς και την μετεγχειρητική πορεία (Golba, 2015).

#### 3.1.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες συνδέονται στενά με το περιεγχειρητικό άγχος και το επηρεάζουν τόσο στην εμφάνιση όσο και στο βαθμό του. Πιο συγκεκριμένα:

- Το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση του περιεγχειρητικού άγχους. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε επεμβάσεις, παρουσιάζουν μεγαλύτερο άγχος.
- Η ηλικία. Το άγχος αν και εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες, τα παιδιά κάτω των δώδεκα ετών και οι ηλικιωμένοι, παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά.



- Το μορφωτικό επίπεδο. Άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο εκδηλώνουν μεγαλύτερο ποσοστό άγχους καθώς έχουν μεγαλύτερη εκτίμηση της χειρουργικής επέμβασης.
- Η οικογενειακή κατάσταση. Οι παντρεμένοι έχουν συναισθηματική υποστήριξη και τα επίπεδα άγχους είναι λιγότερα σε σχέση με τους ανύπαντρους ή χωρισμένους.
- Η προσωπικότητα κάθε ατόμου επηρεάζει τον τρόπο αντίδρασης και διαχείρισης στρεσογόνων καταστάσεων. Μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης περιεγχειρητικού άγχους έχουν ασθενείς που έχουν άγχος από την φύση τους και αυτοκριτική συμπεριφορά.
- Η κοινωνική υποστήριξη. Η συμπαράσταση που θα λάβει το άτομο από τον περίγυρο, θα βοηθήσει στο να ξεχαστεί από όλη αυτήν την πίεση καθώς και να σταθεί πιο δυνατός στις στρεσογόνες καταστάσεις. Έρευνες έχουν δείξει ότι η σοβαρότητα μιας επέμβασης, συνδέεται με υψηλό επίπεδο άγχους, καθώς δεν παίζει ρόλο μόνο η δυσκολία της επέμβασης και το αποτέλεσμα της, αλλά και τί επιπτώσεις θα υπάρξουν στην υγεία του ατόμου και στην εικόνα του σώματος του.
- Η εμπειρία από προηγούμενη χειρουργική εμπειρία, μειώνει το περιεγχειρητικό άγχος, καθώς το άτομο είναι εξοικειωμένο.
- Τέλος σημαντικό ρόλο παρουσιάζει η σχετική πληροφόρηση που θα αφορά την χειρουργική επέμβαση και την μετεγχειρητική πορεία (Golba, 2015).

### **3.1.3. Αιτιολογικοί παράγοντες**

Για να αντιμετωπιστεί το περιεγχειρητικό άγχος θα πρέπει πρώτα να δοθεί προσοχή στα αίτια που το προκαλούν. Τα αίτια ομαδοποιούνται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- Σε αυτά που έχουν να κάνουν με την διαδικασία της επέμβασης, και τα σχετικά με αυτήν.
- Σε αυτά που αφορούν την μετεγχειρητική πορεία και την εξέλιξη της.
- Σε αυτά που έχουν κοινό σημείο αναφοράς τον ασθενή και την προσωπικότητα αυτού.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στο επίπεδο ανησυχίας ενός χειρουργικού ασθενούς. Το άγχος των ασθενών αρχίζει μόλις προγραμματιστεί η χειρουργική επέμβαση και αυξάνεται κατά την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο. Όσον αφορά την χειρουργική επέμβαση, παρατηρείται το άτομο να έχει υψηλά επίπεδα άγχους, το οποίο οφείλεται στην απώλεια της ανεξαρτησίας των κινήσεων, στο περιβάλλον το οποίο του φαίνεται άγνωστο και στην απειλή σοβαρής ασθένειας. Ο φόβος για το άγνωστο για αυτούς που χειρουργούνται πρώτη φορά καθώς και το αποτέλεσμα του χειρουργείου με πιθανότητες θανάτου κατά την

διάρκεια της επέμβασης αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην αύξηση συμπτωμάτων προεγχειρητικού άγχους. Γενικώς, η χειρουργική επέμβαση προκαλεί την εξάρτηση του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό δημιουργώντας το αίσθημα απώλειας ελέγχου, κάτι που προκαλεί φόβο και αύξηση του άγχους.

Σημαντικό πρόβλημα για τον ασθενή που πρόκειται να χειρουργηθεί αποτελεί ο φόβος για την αναισθησία. Ο φόβος ότι θα ξυπνήσουν κατά την διάρκεια της αναισθησίας ή ότι θα αντιλαμβάνονται όλα όσα συμβαίνουν κατά την διάρκεια της επέμβασης, αποτελούν κύρια αίτια προεγχειρητικού άγχους. Αυτό αναδεικνύεται και από τις μελέτες του Kindler και συν. (Kindler, 2000), καθώς και από του Jawaid και συν. (Jawaid, 2007), όπου οι συμμετέχοντες ασθενείς δήλωσαν ότι η λεπτομερής ενημέρωση από τους αρμόδιους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την αναισθησία, θα μείωνε σημαντικά το άγχος τους. Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί ότι το επικοινωνιακό περιβάλλον μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας παίζει καθοριστικό ρόλο στην αύξηση τόσο του προεγχειρητικού όσο και του μετεγχειρητικού άγχους. Συγκεκριμένα οι ελλείψεις απαραίτητων γνώσεων και δεξιοτήτων προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να ενημερώσουν σωστά και επαρκώς τον ασθενή, μπορεί να οδηγήσουν σε δυσαρέσκεια των ασθενών και διατάραξη της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ γιατρών και ασθενών.

Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει ότι σημαντικός παράγοντας αύξησης προεγχειρητικού άγχους, αποτελεί η αναμονή για το χειρουργείο, καθώς ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να περιμένει σε συνδυασμό με μειωμένη πληροφόρηση μία δυσάρεστη αλλά αναπόφευκτη χειρουργική διαδικασία. Σε μια πρόσφατη μελέτη στη Νιγηρία (Akinsulore et al., 2015), με σκοπό την αξιολόγηση του προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους, έλαβαν μέρος 51 ασθενείς οι οποίοι είχαν χειρουργηθεί. Το 51 % των ασθενών εμφάνισαν προεγχειρητικό άγχος ενώ το 15,7 % το μετεγχειρητικό. Οι παράγοντες που ευθύνονταν για το προεγχειρητικό άγχος ήταν ο φόβος για επιπλοκές που μπορεί να συμβούν στην διαδικασία της επέμβασης κατά 70,6 %, η ανησυχία για την οικογένεια κατά 54,9 %, και ο φόβος του θανάτου κατά την διάρκεια της επέμβασης.

Όσον αφορά την μετεγχειρητική πορεία και ο φόβος για τις μείζονες αλλαγές που θα υπάρξουν στην ζωή του μετεγχειρητικά καθώς και η προσπάθεια προσαρμογής του, συντελούν στην αύξηση του άγχους. Παράγοντας αβεβαιότητας που επιφέρει άγχος όσον αφορά την μετεγχειρητική πορεία, αποτελούν οι πιθανές επιπλοκές που μπορεί να συμβούν κατά την διάρκεια της επέμβασης. Άλλος παράγοντας θεωρείται και ο μετεγχειρητικός πόνος ο οποίος συχνά αναδεικνύεται με την μεγαλύτερη επίπτωση.

Σημαντική πηγή προεγχειρητικού άγχους αποτελεί και η προσωπικότητα του ασθενή. Η απουσία στήριξης από τα μέλη της οικογενείας, η οποία θεωρείται απαραίτητη σε μια επέμβαση, συνδέεται με την χειρότερη ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, κάτι που αποτελεί αφορμή άγχους. Επίσης όταν οι ασθενείς έχουν τον φόβο ότι μετά το χειρουργείο δεν θα έχουν την δυνατότητα να στηρίξουν οικονομικά και κοινωνικά τα άτομα του συγγενικού τους περίγυρου, αυτό αποτελεί άλλη μία πηγή άγχους. Σε ορισμένους ασθενείς, το νοσοκομειακό περιβάλλον επιδρά σημαντικά στην εμφάνιση του άγχους. Συγκεκριμένα οι παράγοντες αυτοί μπορεί να οφείλονται σε χαρακτηριστικών ήχων από μηχανήματα, στη χαμηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος καθώς και στις οσμές του νοσοκομειακού χώρου.

Τέλος αφορμή άγχους αποτελεί και η οικονομική κατάσταση του ασθενούς. Συγκεκριμένα οικονομικές δυσκολίες λόγω μείωσης του βαθμού παραγωγικότητας σε συνδυασμό με την κάλυψη χειρουργικών εξόδων και μετεγχειρητικών οικονομικών απαιτήσεων, αποτελούν σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα (Golba, 2015).

#### **3.1.4. Επιπλοκές**

Το περιεγχειρητικό άγχος αν και θεωρείται μέρος της χειρουργικής εμπειρίας, ωστόσο μπορεί να επιφέρει πολλές επιπλοκές που σχετίζονται είτε με τη χειρουργική επέμβαση είτε με τη μετεγχειρητική πορεία. Έχει διαπιστωθεί ότι τα αυξημένα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους αυξάνουν το ενδεχόμενο του κινδύνου νοσηρότητας και θνητότητας. Συγκεκριμένα σε επεμβάσεις αγγειοπλαστικής στεφανιαίων αρτηριών τα υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους διεγείρουν την αύξηση κινδύνου αρνητικών αποτελεσμάτων και μεγιστοποίηση των θανάτων (Karg et.al. 2011).

Ο συνδυασμός άγχους και κατάθλιψης, αυξάνει τον κίνδυνο αρρυθμίας και τις πιθανότητες εμφάνισης συμπεριφορών του ασθενή, οι οποίες αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση θνητότητας όπως η καθιστική ζωή και το κάπνισμα. Σε μελέτη των Η.Π.Α διαπιστώθηκε ότι ο φόβος μαζί με το προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος επηρεάζουν το χειρουργικό αποτέλεσμα και την έγκαιρη πρόσβαση στο χειρουργείο (Kang, et.al.2009). Γενικά όσο μεγαλύτερα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους εμφανίζονται σε έναν ασθενή τόσο πιο δύσκολη γίνεται η μετεγχειρητική του πορεία και η προσαρμογή του στους νέους ρυθμούς.

**Συμπαθητική δραστηριότητα.** Το άγχος μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στη φυσιολογία του οργανισμού και συμπεριφορά που μοιάζει με αυτή που προκαλεί το αίσθημα του

φόβου. Τα επίπεδα αδρεναλίνης προεγχειρητικά και διεγχειρητικά είναι αυξημένα και αυτό μπορεί να προξενήσει ανεπιθύμητες φαρμακοκινητικές αλληλεπιδράσεις με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την εισαγωγή στην αναισθησία. Παρατηρούνται αντιδράσεις όπως αγγειοσύσπαση του δέρματος, αύξηση του σακχάρου του αίματος, καθώς και καρδιαγγειακές διαταραχές όπως ταχυκαρδία και υπέρταση (Bentwich et.al. 2018).

**Αναλγητικές - Αναισθητικές απαιτήσεις.** Το προεγχειρητικό άγχος συσχετίζεται με τις αναισθητικές ανάγκες, τις αναλγητικές απαιτήσεις και το μετεγχειρητικό άλγος. Όταν το άτομο βιώνει το άγχος σε υψηλά επίπεδα τότε η χρήση των παυσίπονων είναι συχνότερη καθώς είναι συχνότερος και εντονότερος ο μετεγχειρητικός πόνος. Το ίδιο συμβαίνει και με τα αναισθητικά φάρμακα κατά την διάρκεια της αναισθησίας. Οι αγχωμένοι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στην αναισθησία με τον ίδιο βαθμό. Έχει διαπιστωθεί σε μελέτη ότι κατά το στάδιο εισαγωγής στην αναισθησία, τα άτομα που είχαν μεγαλύτερο προεγχειρητικό άγχος, χορηγήθηκαν μεγαλύτερες δόσεις προποφόλης, κατά την διάρκεια της αναισθησίας περισσότερα δόσεις κατασταλτικών, καθώς και αγχολυτικών και αναλγητικών μετεγχειρητικά (Bentwich et.al. 2018).

Οι αρκετές δόσεις φαρμάκων μπορεί να προκαλέσουν επιπλοκές, όπως στο να επιβραδύνουν την αναπνοή, να αυξήσουν τον πνευμονικό κίνδυνο και να οδηγήσουν στην μείωση της δραστηριότητας, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο θρόμβωσης και εμφάνισης διαταραχής του εντέρου. Το προεγχειρητικό άγχος έχει κατηγορηθεί ότι αποτελεί παράγοντα αύξησης του μετεγχειρητικού πόνου τόσο κατά την διάρκεια που νοσηλεύεται στον θάλαμο ο ασθενής, όσο και κατά την επιστροφή του σπίτι προκαλώντας χρόνιο μετεγχειρητικό άλγος (Golba, 2015).

**Κίνδυνος λοιμώξεων.** Το άγχος επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση κάποιος μόλυνσης και στη μείωση της απόκρισης του ανοσοποιητικού συστήματος, με αποτέλεσμα την παράταση της νοσηλείας κάτι που επιφέρει αυξημένο οικονομικό κόστος. Ωστόσο μελέτη που έγινε σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή, διαπιστώθηκε ότι η δράση της βενζοδιαζεπίνης στους βενζοδιαζεπινικούς υποδοχείς, παρεμβαίνει στην μείωση της κορτικοτροπίνης ορμόνης, η οποία προκαλείται λόγω του stress και είναι υπεύθυνη για την ανοσοκαταστολή, με αποτέλεσμα να μειώνεται η μετεγχειρητική μόλυνση μέχρι και 30 ημέρες από την επέμβαση (Golba, 2015).

**Ναυτία - Έμετος - Κινητικότητα.** Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι το προεγχειρητικό άγχος αποτελεί παράγοντα εμφάνισης μετεγχειρητικής ναυτίας και έμετου. Επίσης μελέτη που έγινε σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε off pump αγγειοπλαστική στεφανιαίου αρτηριών,

παρατηρήθηκε ότι προδιαθέτει σε δυσκολία μετεγχειρητικής ψυχολογικής προσαρμογής και μειωμένη κινητική λειτουργία

**Ψυχολογικές επιπτώσεις - Αποκατάσταση.** Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί για τον άνθρωπο ένα απειλητικό γεγονός, όπου το προεγχειρητικό άγχος που τον διακατέχει μπορεί να επιφέρει αλλαγές στις λειτουργίες του οργανισμού, είτε γνωστικές είτε συμπεριφορικές. Άλλα έκδηλα συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζουν επιθετική συμπεριφορά ως προς το εξειδικευμένο προσωπικό, την οικογένεια και ιδιαίτερα στους συζύγους, όπως και συναισθηματική ευαισθησία με κλάμα, φλυαρία και ταραχή. Ως εκ τούτου η επιθετικότητα και η συναισθηματική ευαισθησία αποτελούν μηχανισμούς άμυνας των αγχωμένων ασθενών (Kang et.al. 2009).

Τα υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους διαταράσσουν την αρμονική λειτουργία του ατόμου και εμποδίζουν την μετεγχειρητική του ανάρρωση και αποκατάσταση. Συγκεκριμένα σε μελέτη που έγινε σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αρθροπλαστική ισχίου ή γόνατος, το υψηλό προεγχειρητικό άγχος επηρέασε αρνητικά την ποιότητα αποκατάστασης.

**Διαταραχές ύπνου.** Η παρατεταμένη αυπνία και γενικά η κακή ποιότητα του ύπνου που συχνά συνοδεύει το άγχος μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε επιθετική και καταθλιπτική συμπεριφορά καθώς και σε διαταραχή προσοχής και συγκέντρωσης, με αποτέλεσμα την μη ικανότητα λήψης κατάλληλων αποφάσεων θεραπείας και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία.

### **3.2. Μετεγχειρητικό παραλήρημα**

Το μετεγχειρητικό παραλήρημα αποτελεί κλινικό σύνδρομο με καθοριστικό σύμπτωμα την διαταραχή της συνείδησης και την έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών. Εμφανίζεται σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση και αναισθησία. Συνήθως έχει αιφνίδια εισβολή, βραχεία και με διακυμάνσεις πορεία ενώ όταν ανευρεθεί και εξουδετερωθεί ο αιτιολογικός παράγοντας, παρουσιάζεται ταχεία βελτίωση.

Οι αιτίες για την εμφάνιση του μετεγχειρητικού παραληρήματος είναι το stress της εγχείρησης, ο μετεγχειρητικός πόνος, τα αναλγητικά, η αυπνία, η λοίμωξη και η απώλεια αίματος. Σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση του αποτελεί και η ηλικία. Περίπου το 30-40 % των άνω 65 ετών νοσηλευόμενων ασθενών, παρουσιάζει ένα επεισόδιο παραληρήματος.

Σε παρόμοια έρευνα του Olin και των συνεργατών του (2005), όπου συμμετείχαν 51 ηλικιωμένοι ασθενείς μετά από μείζονα χειρουργική επέμβαση κοιλίας, παρατηρήθηκε ότι το 50 % (26 ασθενείς) παρουσίασαν μετεγχειρητικό παραλήρημα. Στους 14 ασθενείς είχε διάρκεια 1 –

2 ημερών ενώ στους 12 ασθενείς διάρκεσε 3 ή περισσότερες ημέρες. Οι δεύτεροι παρουσίασαν μεγαλύτερες απώλειες αίματος και ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών, υψηλότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές και μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο (Olin, 2005).

Το είδος της επέμβασης ( π.χ. επεμβάσεις ανοικτής καρδιάς ) και οι μεγάλες ανάγκες για μετάγγιση αίματος, σχετίζονται θετικά με τις πιθανότητες εμφάνισης του μετεγχειρητικού παραληρήματος. Το παραλήρημα αποτελεί μία κλινική διαταραχή που δεν αναγνωρίζεται και δεν διαγιγνώσκεται πάντα λόγω της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας του. Τα κλινικά χαρακτηριστικά του παραληρήματος είναι τα εξής :

- Διαταραχή μνήμης και προσοχής. Ανικανότητα καταγραφής και συγκράτησης και διαταραχές στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων.
- Διαταραχές στον λόγο και στην σκέψη. Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν ασυνάρτητο λόγο και διαταραγμένη ικανότητα κατανόησης του λόγου. Επίσης το άτομο δυσκολεύεται στην συγκέντρωση και στην στοχο - κατευθυνόμενη σκέψη.
- Διαταραχές στην αντίληψη. Οι ψευδαισθήσεις είναι αρκετά συχνές κυρίως οπτικές και ακουστικές.
- Διαταραχές στην διάθεση και στο συναίσθημα. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι ο θυμός και ο αδικαιολόγητος φόβος. Πολλές φορές τα συναισθήματα εν αλλάζονται συνεχώς και μπορούν να εμφανιστούν ακόμη και συμπτώματα κατάθλιψης, ευφορίας και απάθειας.

### **3.3. Μετεγχειρητική Κατάθλιψη**

Μετά από μία χειρουργική επέμβαση, εμφανίζονται κάποιες συναισθηματικές διαταραχές. Στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται για ήπιες μορφές κατάθλιψης. Οι παράγοντες που συμβάλλουν για την εμφάνιση τέτοιων διαταραχών είναι οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και το μετεγχειρητικό άλγος που οδηγούν τους ασθενείς σε μία κατάσταση δυσφορίας. Η κατάθλιψη ασκεί αρνητική επίδραση στην πορεία μιας νόσου καθώς σχετίζεται με μειωμένη συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες, απροθυμία τροποποίησης παραγόντων κινδύνου συμπεριλαμβανομένων των συμπεριφορών που προκαλούν κίνδυνο (κάπνισμα, αλκοόλ), καθώς και απροθυμία συμμετοχής σε προγράμματα σωματικής αποκατάστασης που θεωρήθηκαν αναγκαία ύστερα από την χειρουργική επέμβαση (Eisenberg et.al. 2007).

Οι Ghoneim και O ' Hara ( 2016 ) αναφέρουν ότι η αλληλεπίδραση της κατάθλιψης, της αναισθησίας και της χειρουργικής επέμβασης συμβάλλουν στην αύξηση της νοσηρότητας και της

θνησιμότητας των ασθενών και επηρεάζουν την αναρρωτική τους κατάσταση. Οι καταθλιπτικές διαταραχές επηρεάζουν την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος με αποτέλεσμα οι ασθενείς να είναι εκτεθειμένοι σε μετεγχειρητικές επιπλοκές, λοιμώξεις και σε αυξημένη θνησιμότητα. Ένας άλλος παράγοντας πρόκλησης μετεγχειρητικής κατάθλιψης είναι ο πόνος. Συγκεκριμένα η κατάθλιψη αποτελεί ένα ισχυρό προγνωστικό παράγοντα και συσχετίζεται με το χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο (Ghoneim et.al. 2016).

Οι επιπτώσεις της καταθλιπτικής διαταραχής περιλαμβάνουν αρνητικά συμπτώματα γνωστικής λειτουργίας και περιλαμβάνουν το αίσθημα θλίψης άνευ αξίας, απελπισίας και επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας. Μία άλλη επίπτωση είναι και η επιρροή της βιολογικής πορείας της νόσου κάτι που οδηγεί στην μεγαλύτερης διάρκειας παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο.

Επιπρόσθετα, οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο αλλά και μετά το χειρουργείο, λόγω του ότι οι επαγγελματίες υγείας τις θεωρούν ως φυσική συνέπεια της νόσου, δεν ανιχνεύονται και δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς οι επιπλοκές που αυτές προκαλούν.

Επομένως όπως στο άγχος, έτσι και η κατάθλιψη για να αντιμετωπιστεί, προϋποθέτει την προεγχειρητική και μετεγχειρητική αξιολόγηση της έντασης της, την ελαχιστοποίηση των πιθανών επιπλοκών, τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, την παροχή ψυχολογικής στήριξης από τους επαγγελματίες υγείας και το υποστηρικτικό δίκτυο και σε προγράμματα αποκατάστασης. Τέλος η αντικαταθλιπτική αγωγή εξαρτάται από το βάθος και την διάρκεια της κατάθλιψης, αλλά τις περισσότερες φορές θεωρείται αναγκαία (Eisenberg et.al. 2007).

### **3.4. Κρίση πανικού**

Το στρες της χειρουργικής επέμβασης, ο φόβος του αγνώστου, ο φόβος της αρρώστιας και ο φόβος για την ζωή αυξάνουν την ανησυχία των ασθενών. Επίσης η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, η αναπηρία ως αποτέλεσμα του χειρουργείου, ή η υποτροπή μιας χρόνιας νόσου και άλλες οδυνηρές καταστάσεις που μπορούν να εμφανιστούν προεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή σε κρίση.

Συγκεκριμένα μία κρίση μπορεί να προκληθεί με αφορμή ενός απροσδόκητου απειλητικού γεγονότος όπως είναι μία μετεγχειρητική επιπλοκή, ενώ άλλοτε μπορεί να εμφανιστεί λόγω της μεγάλης παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο και στην αδυναμία του να επιλύσει

αποτελεσματικά αυτήν την στρεσογόνα κατάσταση. Η διαδικασία της επέμβασης, η εξέλιξη της μετεγχειρητικής πορείας και η ερμηνεία που αποδίδει το άτομο στο γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ως καταστροφικό και εξαιρετικά απειλητικό, προκαλούν την απότομη αύξηση πραγματικού φόβου σε συνδυασμό με το ρεαλιστικό άγχος. Έτσι το άτομο στην προσπάθεια αντιμετώπισης αυτής της κατάστασης μπορεί να υπερβεί τα αποθέματα το και να οδηγηθεί σε κρίση. Κατά την διάρκεια της κρίσης το άτομο παρουσιάζει κάποια συμπτώματα όπως είναι το αίσθημα των παλμών, η επιτάχυνση καρδιακού ρυθμού, αίσθημα δύσπνοιας, φόβου να χάσει τον έλεγχο και να πεθάνει. Αν το άτομο υποφέρει από επανειλημμένες και απρόβλεπτες κρίσεις πανικού μαζί με έντονο φόβο ότι θα ξανασυμβεί μία κρίση, καθώς και σημαντική τροποποίηση της συμπεριφοράς του λόγω των κρίσεων, τότε μιλάμε για διαταραχή πανικού (Κουκιά, 2014)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

### Στρατηγικές αντιμετώπισης περιεγχειρητικών ψυχιατρικών διαταραχών

#### 4.1. Γενικά

Η χειρουργική επέμβαση ως στρεσογόνος παράγοντας σε συνοδεία με άλλων αρνητικών παραγόντων όπως μικρότερη πληροφόρηση, δυσκολία κατανόησης ιατρικών πληροφοριών και δυσκολία υποβολής ερωτήσεων, συμβάλλει στο να δημιουργεί στους ασθενείς υψηλό άγχος. Η διερεύνηση της ψυχικής υγείας και η έγκαιρη διάγνωση ατόμων που πάσχουν από αγχώδη διαταραχές και κατάθλιψη καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση τους, συμβάλλουν στο να περιορίζουν την επανεισαγωγή και το κόστος νοσηλείας.

Το άγχος πολλές φορές συνδέεται με το σωματική νόσο και την επηρεάζει αρνητικά. Η επιτυχής διαχείριση του άγχους, συμβάλλει στην εξουδετέρωση ή στην αποτροπή επίδρασης που αυτό ασκεί στη σωματική υγεία. Σύμφωνα με τον Lazarus και τον Lanier, ο όρος <<τρόποι αντιμετώπισης του άγχους>>, έχει να κάνει με τις προσπάθειες διαχείρισης περιβαλλοντικών απαιτήσεων, ενδοατομικών απαιτήσεων και των μεταξύ τους συγκρούσεων. Συγκεκριμένα αποτελούν στρατηγικές που μπορεί να χρησιμοποιήσει το άτομο είτε για να κυριαρχήσει, είτε για να ανεχθεί, είτε για να μειώσει ή να ελαχιστοποιήσει τα στρεσογόνα γεγονότα. Σπουδαίο ρόλο για την αντιμετώπιση του άγχους που συνοδεύει μια χειρουργική επέμβαση, αποτελεί η προσωπικότητα του ατόμου.

Η ευαισθητοποίηση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας απέναντι σε μια χειρουργική επέμβαση, σε αντίθεση με την απώθηση βοηθάει τον ασθενή να προετοιμαστεί ψυχολογικά και να προσαρμοστεί στην κατάσταση. Η απώθηση από την άλλη των ασθενών στην πραγματικότητα και η άρνηση της κατάστασης τους, επηρεάζει την θεραπευτική σχέση ασθενή - νοσηλεύτη (Watson, 2015).

#### 4.2. Διαχείριση του στρες

Σύμφωνα με τον Lazarus και τον Folkman, οι τρόποι αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, διακρίνονται σε στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος και σε στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα. Όσον αφορά την πρώτη περίπτωση, στόχος της είναι να ελεγχθεί η κατάσταση και να μειωθεί το άγχος είτε με εμπλουτισμό των πόρων που θα χρειαστεί το άτομο, είτε με την μείωση των απαιτήσεων της. Στην αντιμετώπιση που εστιάζεται στο

πρόβλημα, κάποια άτομα μπορεί να εφαρμόσουν προσχεδιασμένη η προληπτική αντιμετώπιση. Με άλλα λόγια τα άτομα λαμβάνουν μέτρα εκ των προτέρων για την αντιμετώπιση μια κατάστασης ενδεχομένως στρεσογόνας ,ώστε ακόμα και να εμφανιστεί να είναι καλύτερα προετοιμασμένοι.

Από την άλλη όταν τα γεγονότα είναι τετελεσμένα και δεν μπορούν να αλλάξουν, τότε το άτομο καταφεύγει σε προσπάθειες αντιμετώπισης που εστιάζεται στο συναίσθημα. Μέσω της γνωστικής επαναξιολόγησης της κατάστασης, την επιδίωξη συναισθηματικής υποστήριξης από τον κοινωνικό του περίγυρο και από την προσπάθεια αποδοχής του προβλήματος εφόσον δεν μπορεί να αλλάξει κάτι και από την αποφόρτιση του συναίσθηματος, το άτομο ελέγχει και ρυθμίζει τις συναισθηματικές συνέπειες μιας στρεσογόνας κατάστασης. Επίσης μπορεί να πραγματοποιηθεί χρήση ηρεμιστικών, κατανάλωση αλκοόλ και προσπάθειες για απόσπαση της προσοχής με άλλα πράγματα.

Η χειρουργική επέμβαση αποτελώντας για το άτομο απειλή που προκαλεί άγχος, ο ασθενής καταφεύγει σε στρατηγικές αντιμετώπισης του εστιασμένες τόσο στο πρόβλημα, όσο και στο συναίσθημα. Όσον αφορά τις πρώτες, αναζητά πληροφορίες από τους γιατρούς για τις πιθανές επιπτώσεις του χειρουργείου και συμμετέχει κατά την περιεγχειρητική εκπαίδευση του. Στην αντιμετώπιση επικεντρωμένη στο συναίσθημα, καταφεύγει σε υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας και σε ενδοψυχικούς μηχανισμούς άμυνας. Για παράδειγμα αρνείται την σοβαρότητα της κατάστασης θεωρώντας ότι υπάρχουν και χειρότερα. Οι προσπάθειες που γίνονται εστιασμένες στο πρόβλημα μετά από μία εγχείρηση, επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο άγχους και θετικά την ποιότητα ζωής των χειρουργημένων. Αυτό διαπιστώθηκε σε μελέτη που έγινε σε ασθενείς μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, όπου δόθηκε μεγαλύτερη προσοχή από τους ασθενείς στις μετεγχειρητικές τους επιπλοκές παρά στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις (Tung, et.al. 2008)

Ακολουθούν οι συνηθέστερες στρατηγικές αντιμετώπισης που εφαρμόζει το άτομο όταν βιώνει στρες, σύμφωνα με τον Cohen και τον Lazarus (2012):

- ❖ Η αναζήτηση πληροφοριών εστιάζεται στην εξέταση των διαθέσιμων επιλογών όσον αφορά την ανάληψη κάποιας δράσης και στην αύξηση των γνώσεων για την αντιμετώπιση μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης. Αυτή η στρατηγική άλλοτε αποβλέπει στην επίλυση του προβλήματος και άλλοτε στην συναισθηματική ρύθμιση. Για παράδειγμα ο ασθενής αναζητά πληροφορίες για εναλλακτικές θεραπείες πριν δώσει την συγκατάθεση του

(επίλυση στο πρόβλημα), ή ζητά μια δεύτερη ιατρική γνώμη για να βεβαιωθεί ότι παίρνει σωστές αποφάσεις και να νιώσει ότι έχει εξαντλήσει όλες τις προσπάθειες (συναισθηματική ρύθμιση).

- ❖ Η ανάληψη άμεσης δράσης εστιάζεται στην προσπάθεια εκδήλωσης συγκεκριμένων ενεργειών για την αντιμετώπιση της κατάστασης που του δημιουργεί στρες. Για παράδειγμα ο ασθενής συμμετέχει στην περιεγχειρητική του φροντίδα παίρνοντας συμβουλές από τον γιατρό, συμμετέχει στις αποφάσεις που τον αφορούν κ.λπ.
- ❖ Η καταβολή προσπάθειας σε ενδοψυχικό επίπεδο αφορά ενέργειες δραστηριοποίησης σε τομείς που δεν έχουν καμία σχέση με το πρόβλημα της υγείας τους, συμβάλλοντας στην απομάκρυνση των σκέψεων που του δημιουργούν στρες και στην ρύθμιση των συναισθημάτων του.
- ❖ Η έκκληση υποστήριξης από τους άλλους αφορά προσπάθειες είτε για την ρύθμιση των συναισθημάτων είτε για την επίλυση του προβλήματος. Για παράδειγμα το άτομο που νοσηλεύεται στρέφεται για συντροφιά ενός φίλου (συναισθηματική ρύθμιση) ενώ άλλες φορές μπορεί να ζητήσει από κάποιο συγγενικό του άτομο να αναλάβει κάποιες υποχρεώσεις του, λόγω του ότι νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

#### **4.3. Συναισθηματική αποκάλυψη και κοινωνική υποστήριξη**

Μια χειρουργική επέμβαση συνοδεύεται κατά κανόνα από αρνητικά συναισθήματα τα οποία μπορούν να προκαλούν αντιδράσεις τόσο σε συναισθηματικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο φυσιολογίας. Η καταπίεση των αρνητικών συναισθημάτων περιλαμβάνει αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης και εφίδρωση.

Η συναισθηματική αποκάλυψη είναι ένας τρόπος ελεύθερης έκφρασης και συναισθηματικών εμπειριών σε άλλα άτομα είτε με γραπτή μορφή είτε με προφορική μορφή. Όσον αφορά την προφορική μορφή συναισθηματικής αποκάλυψης που είναι και η συνηθέστερη, πολλές φορές τα άτομα που έχουν την ανάγκη να μιλήσουν, καταπιέζονται από τους γύρω τους να σταματήσουν να μιλάνε άλλο για αυτό. Έτσι πολλές φορές τα άτομα καταπιέζονται και προσπαθούν να παραπλανήσουν τους άλλους ώστε να μην αντιληφθούν τα αληθινά συναισθήματα, κάτι που μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στην υγεία τους.

Ο ψυχολόγος James Pennebaker στην προσπάθεια του να μελετήσει αν η έκφραση του γεγονότος οδηγεί στο να ξεπεραστεί το τραυματικό γεγονός που έχει αντίκτυπο στην ψυχική υγεία

του ατόμου, διεξήγαγε πολλές μελέτες στις οποίες οι συμμετέχοντες είτε είχαν την δυνατότητα να εκμυστηρευτούν έντονα συναισθηματικά γεγονότα της ζωής τους είτε λαμβάνουν την οδηγία να κρατήσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους για τον εαυτό τους. Τα αποτελέσματα απέδειξαν ότι οι άνθρωποι που εκφράστηκαν γραπτώς ή μίλησαν με άλλα άτομα, οδήγησε στην αποφόρτιση του στρες και αποτέλεσε παράγοντα αντιμετώπισης ενός ψυχικά επώδυνου γεγονότος (Golba, 2015).

Δεύτερον, η κοινωνική επαφή έχει θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση μια στρεσογόνας κατάστασης, όπως είναι η διαδικασία του χειρουργείου. Τα άτομα που προβαίνουν στην συζήτηση ενός γεγονότος, έχουν την δυνατότητα κοινωνικής σύγκρισης που οδηγεί σε συναισθηματική στήριξη. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την μελέτη που διεξήγαγαν ο Mayne και Bagaoisan (2009), σε ασθενείς που επρόκειτο να κάνουν χειρουργείο καρδιάς. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε θαλάμους με συγκάτοικο ασθενή που ετοιμαζόταν για χειρουργείο και σε θάλαμο με συγκάτοικο που είχε κάνει ήδη χειρουργείο, ενώ άλλοι τοποθετήθηκαν σε ασθενή που είχε κάνει ίδιου ή διαφορετικού είδους χειρουργείο με το δικό τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ευνοημένοι βρέθηκαν αυτοί που είχαν μετεγχειρητικό συγκάτοικο, χωρίς να αποτελέσει παράγοντα το είδος της επέμβασης. Αυτό μπορεί να συνέβη γιατί ο μετεγχειρητικός ασθενής πρόσφερε ένα βαθμό συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης είτε επειδή μπορεί να αναφέρθηκε στον τρόπο που βίωσε το χειρουργείο και το πως ένιωθε μετά από αυτό, είτε γιατί μπορεί να παρέσχε πληροφορίες σχετικά με την μετεγχειρητική πορεία. (Mayne et.al. 2009)

#### **4.4. Περιεγχειρητική ενημέρωση και εκπαίδευση**

Με βάση τις τελευταίες έρευνες η πληροφοριακή αξία της προεγχειρητικής επικοινωνίας, έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση μια ψυχοπιεστικής κατάστασης. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα που προετοιμάζονται μέσω της πληροφόρησης, προσαρμόζονται ευκολότερα στο χειρουργείο. Η εκπαίδευση συνεπάγεται πολλά οφέλη για τον ασθενή όπως βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, αύξηση του βαθμού ικανοποίησης, μείωση του άγχους, προαγωγή της αυτοφροντίδας, όπως επίσης μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και συνεπώς του κόστους νοσηλείας. Οι ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν δεχτεί την κατάλληλη πληροφόρηση και ενημέρωση παρουσιάζουν φτωχότερη μετεγχειρητική προσαρμογή με έντονο το μετεγχειρητικό άγχος.

Μία από τις παρατηρήσεις του Αμερικάνου ψυχολόγου Irving Janis , ο οποίος θεωρούσε ότι το άτομο που δεν έχει ανησυχία πριν το χειρουργείο δεν θα μπορέσει να αντιμετωπίσει την στρεσογόνα διαδικασία του χειρουργείου, έδωσε το έναυσμα στον Pollo και τους συνεργάτες του να διεξάγουν άλλη μελέτη. Στην μελέτη συμμετείχαν ασθενείς που επρόκειτο να κάνουν χειρουργείο κοιλίας. Οι μισοί από τους ασθενείς είχαν ενημερωθεί για την επικείμενη χειρουργική εμπειρία, είχαν προειδοποιηθεί για το τι πρέπει να περιμένουν, για την ύπαρξη μετεγχειρητικού πόνου καθώς και εκπαίδευση μέσω ασκήσεων αναπνοής για την μείωση του. Οι άλλοι μισοί δεν είχαν δεχτεί κάποια ενημέρωση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πληροφορίες που δόθηκαν στους ασθενείς οδήγησαν στην μετεγχειρητική τους ανάκαμψη. Οι ενημερωμένοι ασθενείς παρουσίασαν λιγότερες ανησυχίες κάτι που τους οδήγησε στο να πάρουν πιο γρήγορα εξιτήριο. Αντίθετα οι μη ενημερωμένοι ασθενείς παρουσίασαν κατά την μετεγχειρητική εξέταση, αυξημένο άγχος και ανάγκη για αρκετά παυσίπονα (Pollo et.al. 2001).

Παρόμοια σε μελέτη των Pinar, Kurt και Gungor (2011), διαπιστώθηκε ότι η παροχή συστηματικής εκπαίδευσης και διδασκαλίας, οδήγησε ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση υστερεκτομής, στην βελτίωση της μετεγχειρητικής πορείας τους. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα που έλαβαν ενημέρωση σχετικά με την πορεία του χειρουργείου, παρουσίασαν βελτίωση όσον αφορά τις αρνητικά ψυχικές και συναισθηματικές καταστάσεις όπως η επιθετικότητα και η κατάθλιψη.

Ωστόσο άλλες μελέτες έχουν αποδείξει ότι λόγω των ισχυρών συναισθημάτων που καταβάλουν τους ασθενείς, οι αρκετές πληροφορίες μπορεί να έχουν και αρνητικές επιπτώσεις (Koivulaetal 2002). Λόγω της αδυναμίας να αφομοιώσουν πολλές πληροφορίες , οι ασθενείς αποκτούν νέους φόβους και αυξάνεται το άγχος τους. Επομένως η ενημέρωση και η παροχή πληροφοριών σε άτομα που επρόκειτο να χειρουργηθούν πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στο επίπεδο του άγχους του κάθε ασθενή, ώστε να μην δημιουργείται περαιτέρω άγχος. Έτσι οι πληροφορίες που πρέπει να δίνονται στους ασθενείς πρέπει να είναι συγκεκριμένες, ξεκάθαρες και να απαντά σε συγκεκριμένες ερωτήσεις των ασθενών χωρίς να χρησιμοποιούνται δυσνόητοι ιατρικοί όροι, ώστε ο ασθενής να μπορεί να τις αφομοιώσει και να τις αξιοποιήσει στην μετεγχειρητική πορεία του (Donate et al. 2015).

#### **4.5. Τρόποι ενημέρωσης και ψυχολογική υποστήριξη**

Για να διευκολυνθεί η θεραπευτική σχέση ιατρού - ασθενή, έχουν ανακαλυφθεί διάφορα πολυμέσα τα οποία παρά το γεγονός ότι μόνα του δεν φαίνεται να έχουν αποτελεσματικότητα στην μείωση του άγχους, σε συνδυασμό με συναντήσεις, συζήτηση και καλή επικοινωνία με τον αναισθησιολόγο γιατρό, βοηθούν στην καταπολέμηση του άγχους και την δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενή. Η διαμόρφωση ενός περιεκτικού προγράμματος εκπαίδευσης των ασθενών προσαρμοσμένο στις γνώσεις τους, που περιλαμβάνει συστηματική υποστήριξη, συμβουλές, κίνητρα και πληροφορίες που αποσκοπούν στην βελτίωση του επιπέδου ζωής, έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση του άγχους προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά και την αύξηση της αυτοπεποίθησης.

Σε μελέτη του Mohan και των συνεργατών του (2017), με σκοπό να αντιληφθεί ο ασθενής τη διαδικασία της αναισθησίας στην χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιήθηκαν βίντεο και εικόνες που περιλάμβαναν προηγούμενες εμπειρίες ασθενών πάνω στο ίδιο θέμα. Οι πληροφορίες αυτές που έλαβαν με μορφή εικόνων και βίντεο 1 ώρα πριν και 8 ώρες μετά από την χειρουργική επέμβαση, βοήθησε του ασθενείς να νιώσουν καλύτερα προετοιμασμένοι και να μειώσουν το άγχος τους (Mohan et al., 2017).

Σε ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε επέμβαση στο ισχίο, η ενημέρωση από τον χειρουργό αναισθησιολόγο, η διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων, η χρήση βίντεο και πολυμέσων και η διαδραστική συζήτηση μείωσαν το προεγχειρητικό άγχος.

Επομένως η χρήση της τεχνολογίας, του διαδικτύου και των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων αποσκοπούν στην μείωση του άγχους των ασθενών και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Hawighorst et al. 2004).

#### **4.6. Φαρμακευτική υποστήριξη**

##### **4.6.1. Αγχώδεις διαταραχές**

Η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο για την αντιμετώπιση του άγχους και των αγχώδων διαταραχών. Η φαρμακευτική θεραπεία ακολουθεί δύο στρατηγικές: Τη βραχεία διάρκειας θεραπεία και την μακρά διάρκειας θεραπεία.

Όσον αφορά την βραχεία διάρκειας θεραπεία, στόχος της είναι να ελαχιστοποιήσει τα συμπτώματα και να βοηθήσει τον πάσχοντα να επανέλθει στην πρώτη φυσιολογική του

κατάσταση. Η μακράς διάρκειας θεραπεία, στοχεύει εκτός από το θεραπευτικό αποτέλεσμα και στην αποτροπή εκδήλωσης νέου επεισοδίου στο μέλλον.

Η χορήγηση προεγχειρητικής καταστολής μειώνει τα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους και την απελευθέρωση της κορτιζόλης ως αποτέλεσμα της επέμβασης και του στρες (Pekcan et al. 2005 ).

Η χορήγηση διαζεπάμης δια του στόματος τη νύχτα προ του χειρουργείου και μία ώρα προ της επέμβασης σε ασθενείς που έχουν εμφανίσει προεγχειρητικό άγχος, οδηγεί στην μείωση του μετεγχειρητικού άγχους καθώς και τα ποσοστά μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος μέχρι και 30 ημέρες μετά του χειρουργείου (Rosenet al.2009).

Στην κατηγορία των αγχολυτικών φαρμάκων ανήκει και η ταντοσπιρόνη, ένας 5-υδροξυτρυπταμίνη 1 A αγωνιστής. Αντί για την χορήγηση διαζεπάμης από το στόμα, μπορεί να χορηγηθεί η ταντοσπιρόνη με δόση 10mg – 30mg δια το στόματος, καθώς έχει την ίδια δράση. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως προφυλακτική αγωγή για το άγχος πριν από την χειρουργική επέμβαση (Oshima et.al. 2001).

Η μιδαζολάμη έχει ευεργητική επίδραση στην καταστολή και την μείωση του προεγχειρητικού άγχους, τις μετεγχειρητικής ναυτίας και του εμετού. Η μιδαζολάμη θεωρείται ως μία βενζοδιαζεπίνη βραχείας δράσης και χορηγείται σε δόση 0,02 mg/kg.

Η χορήγηση πρεγκαμπαλίνης με δόση 300 mg 1 ώρα πριν το χειρουργείο, παρέχει κατασταλτικές και αγχολυτικές δράσεις. Επίσης παρέχει αναλγητικές και αντισπασμωδικές ιδιότητες και έχει γρήγορη απορρόφηση από τον οργανισμό εντός 1 ώρας.

Ωστόσο για να τεθεί η εφαρμογή φαρμακευτικής θεραπείας θα πρέπει πρώτα να διευκρινιστεί με βάση τη συμπτωματολογία, από ποια ψυχική διαταραχή οφείλεται. Αν η αγχώδης συμπτωματολογία είναι δευτεροπαθής και οφείλεται σε άλλη ψυχική διαταραχή όπως κατάθλιψη, τότε προτάσσεται η θεραπεία της πρωταρχικής νόσου. Τέλος η αγχολυτική θεραπεία με φάρμακα δεν θα πρέπει να αποτελεί την κύρια λύση. Ακόμα και αν είναι απαραίτητη λόγω παθολογικού άγχους, θα πρέπει πρώτα να δοκιμάζεται και η συμβουλευτική θεραπεία , όπου μέσω της ψυχοθεραπείας και της καθημερινής άσκησης, επιτυγχάνεται η διαχείριση του στρες (Stephen, 2008)

#### 4.6.2. Κατάθλιψη

Εφόσον διαγνωστεί ο ασθενής ότι πάσχει από κατάθλιψη, χρησιμοποιούνται διαφορετικοί θεραπευτικοί μέθοδοι που συμβάλλουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Το είδος και η κλινική εικόνα της κατάθλιψης θα επιβάλουν και την επιλογή της θεραπευτικής στρατηγικής. Συνηθέστερα θεραπευτικό σχήμα στην αντιμετώπιση των καταθλίψεων είναι ένας συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής. Απαραίτητη προϋπόθεση για την έναρξη της θεραπείας αποτελεί η συγκατάθεση του ασθενή, ο οποίος θα δεχτεί την κρισιμότητα της κατάστασης και την αναγκαιότητα της αντιμετώπισης της (Brown, 2010).

Όσον αφορά τα φάρμακα έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικά σε εκδηλώσεις περιεγχειρητικής κατάθλιψης. Τόσο τα νοραδρενεργικά, οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, τα σεροτονινεργικά όπως και τα αντικαταθλιπτικά συμβάλλουν θετικά στην θεραπεία των διάφορων μορφών κατάθλιψης. Ωστόσο δεν υπάρχει μόνο μία φαρμακευτική αγωγή που να είναι αποτελεσματική για όλους τους ασθενείς. Υπάρχουν σοβαροί περιορισμοί που αφορούν τόσο τον χρόνο δράσης της φαρμακευτικής αγωγής όσο και παρενέργειες τους, που κάποιες φορές μπορεί να είναι χειρότερες και από την ίδια την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα χρειάζεται υπομονή μερικών εβδομάδων μέχρι να εμφανιστούν τα αποτελέσματα της αγωγής. Επίσης χρειάζεται προσοχή όσον αφορά τον χρόνο διακοπής της θεραπείας μετά την αποκατάσταση του ασθενούς, καθώς η πρόωρη διακοπή της αγωγής ύστερα από την ανταπόκριση του ασθενούς έχει ως αποτέλεσμα την επανεμφάνιση των αρχικών συμπτωμάτων στο 50 % περίπου των ασθενών (Αγγελόπουλος, 2009).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Νοσηλευτική προσέγγιση

#### 5.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προαγωγή της ψυχικής υγείας

Ο νοσηλευτής θεωρείται από τους περισσότερους ότι έχει μόνο τον ρόλο της περιποίησης και της φροντίδας των ασθενών. Από την άλλη ο ασθενής φαίνεται ότι έχει παθητικό ρόλο, σαν κάποιος που απλά δέχεται την φροντίδα, την περιποίηση και την θεραπεία χωρίς να κάνει κάτι ο ίδιος. Η σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική δίνει έμφαση στην ιδέα ότι ο ασθενής παίζει έναν ενεργό ρόλο στην θεραπεία που πραγματικά μπορεί να καθυστερήσει, αν ο νοσηλευτής αυξήσει το βαθμό εξάρτησης του ασθενούς. Προκειμένου ο νοσηλευτής να μπορέσει να ανταποκριθεί στη σύγχρονη αντίληψη της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, θα πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας. Τα κατάλληλα προσόντα που πρέπει να έχει ο νοσηλευτής είναι:

- Σεβασμός στην υποκειμενικότητα του ασθενή
- Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο
- Διάθεση να βοηθήσει τους αρρώστους με τη δημιουργία συνθηκών θεραπευτικού περιβάλλοντος
- Συμπάθεια, φιλικότητα, ευγένεια, εχεμύθεια
- Λεκτική ενθάρρυνση και παραχώρηση χρόνου για να τους ακούσει προσεκτικά
- Αποδοχή και όχι κριτική στάση απέναντι στον ασθενή
- Πίστη και αγάπη στο έργο του νοσηλευτή
- Ψυχική υγεία (Ραγιά, 2001)

Οι νοσηλευτές συμβάλλουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας με :

- α) την παρατήρηση
- β) τον τρόπο νοσηλείας
- γ) την ψυχοθεραπεία
- δ) τη φροντίδα και την προστασία του ασθενούς

➤ **Παρατήρηση.** Όσον αφορά την παρατήρηση, ο νοσηλευτής που είναι το άτομο που έρχεται σε πρώτη επαφή με τον ασθενή και περνάει τον περισσότερο χρόνο μαζί του, είναι κατάλληλος για αυτό το έργο. Η απαραίτητη εκπαίδευση και η έμφυτη ικανότητα του,

θεωρούνται απαραίτητα προσόντα για να είναι σε θέση να παρατηρήσει και να αναγνωρίσει τις ανεπαίσθητες αλλαγές συμπεριφοράς, που δείχνουν ιδιαίτερες ψυχικές καταστάσεις.

➤ **Τρόπος νοσηλείας.** Η περιεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί μέρος των αρμοδιοτήτων του νοσηλευτή. Πριν ξεκινήσει ο νοσηλευτής μία τεχνική που αποτελεί για αυτόν συνηθισμένη, θα πρέπει να έχει στο μυαλό του ότι για τον ασθενή μπορεί να είναι μία μοναδική και ανησυχητική εμπειρία. Η ρεαλιστική πληροφόρηση του ασθενή και η γνώση του τι θα γίνει και γιατί, βοηθούν στην μείωση του άγχους που προέρχεται από την αβεβαιότητα και υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεργασθεί με τον νοσηλευτή για την φροντίδα του. Επιπλέον η πληροφόρηση αυτή θα πρέπει να ταιριάζει στην προσωπικότητα του ασθενούς.

➤ **Ψυχοθεραπεία.** Ο ρόλος του νοσηλευτή ως ψυχοθεραπευτή αποτελεί μία χρήσιμη θεραπευτική μέθοδος, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με την φαρμακευτική αγωγή. Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι να μάθει στον ασθενή να ζει με την κατάθλιψη και να του αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται και λειτουργεί ώστε να είναι λιγότερο ευάλωτος σε διάφορες πειστικές καταστάσεις όπως αυτή του χειρουργείου. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι λιγότερο ανασφαλής και απογοητευμένος. Να προσπαθήσει ξανά να επιστρέψει στον εαυτό του, να νιώσει και πάλι δυνατός ώστε να διαχειρίζεται τα προβλήματα που τον ταλαιπωρούν και να καταπολεμά τις αρνητικές σκέψεις (Stephen, 2008).

Η παροχή ενός περιβάλλοντος όπου υπάρχει άνεση, εμπιστοσύνη, σεβασμός στο άτομο που έχει απέναντι του ο ψυχοθεραπευτής - νοσηλευτής το οποίο προσπαθεί να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του, αποδοχή και όχι κριτική στάση απέναντι στον άρρωστο, αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν για να λειτουργήσει θεραπευτικά η ψυχοθεραπεία. Γενικά μέσω των συναντήσεων ο θεραπευτής προσπαθεί να θέσει κάποιους όρους και συμβουλές τις οποίες ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να τις ακολουθήσει πιστά. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να αρχίσει να βλέπει τη ζωή πιο αισιόδοξα, να επιδιώκει να προσπερνά ευχάριστα τις δυσκολίες του χειρουργείου και να είναι ανεξάρτητος χωρίς να εξαρτάται από την γνώμη κανενός. Συνήθως προτιμώνται οι λεγόμενες συνοπτικές ψυχοθεραπείες, η βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία, γνωσιακή ψυχοθεραπεία και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, που στη διάρκεια τους δεν υπερβαίνει τις 15 – 20 συνεδρίες.

➤ **Η φροντίδα και η προστασία του ασθενούς.** Υπάρχουν αρκετές φορές όπου οι νοσηλευτές θα πρέπει να κρατήσουν τους ασθενείς στο νοσοκομείο παρά την θέληση τους είτε για την προσωπική τους ασφάλεια είτε για την ασφάλεια της κοινωνίας. Αν ο νοσηλευτής κρίνει

ότι ο ασθενής μπορεί να βλάψει τον εαυτό του ή κάποιον άλλο, είναι καθήκον του να τον κρατήσει μέχρι να τον δει ο γιατρός που τον παρακολουθεί. Όσον αφορά την φροντίδα των ασθενών, οι νοσηλευτές προσπαθούν ενθαρρύνοντας τους να φροντίζουν μόνοι τους τον εαυτό τους, εκτός και αν χρειάζονται ειδική βοήθεια.

## **5.2. Νοσηλευτική Εκτίμηση**

Η έγκαιρη αναγνώριση του άγχους των χειρουργικών ασθενών καθώς και ο έλεγχος και η διαχείριση αυτού κρίνονται απαραίτητα με σκοπό, στο πλαίσιο της προεγχειρητικής ετοιμασίας, να εφαρμοστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την πρόληψη και μείωση του άγχους. Η νοσηλευτική εκτίμηση αποτελεί το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Παρακάτω ακολουθούν με σειρά τα βήματα που πραγματοποιούνται :

- 1) Λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού
- 2) Παρατήρηση και καταγραφή της γενικότερης συναισθηματικής και ψυχικής κατάστασης του ατόμου
- 3) Εκτίμηση πιθανών αυτοκτονικών συμπεριφορών
- 4) Εκτίμηση της οικογένειας ως υποστηρικτικό σύστημα

## **5.3. Νοσηλευτικές διαγνώσεις**

### **5.3.1. Περιεγχειρητικό άγχος**

Εκτιμούμε τον ασθενή για σημεία και συμπτώματα άγχους. Η πρόωπη αναγνώριση τους, επιτρέπει την έγκαιρη παρέμβαση. Έχουμε υπόψη ότι κάθε επίπεδο άγχους (ήπιο, μέτριο, σοβαρό), απαιτεί ιδιαίτερη νοσηλευτική παρέμβαση. Το προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος σχετίζεται με :

- Εξωτερίκευση των φόβων και των ανησυχιών
- Αυπνία
- Ένταση
- Τρόμος
- Ευερεθιστότητα
- Υπερκινητικότητα
- Εφιδρώσεις
- Ταχύπνοια, ταχυκαρδία

- Αύξηση αρτηριακής πίεσης
- Ελάττωση του πεδίου αντίληψης
- Απομόνωση

**Στόχοι:** Το επιθυμητό αποτέλεσμα του νοσηλευτή είναι να ελαττωθεί το άγχος του ασθενή. Οι επιλεγμένοι στόχοι του αφορούν :

- Την έκφραση συναισθημάτων μειωμένου άγχους και φόβου
- Τον συνηθισμένο τύπο ύπνου
- Την ήρεμη έκφραση του προσώπου και τις κινήσεις του σώματος
- Τα σταθερά ζωτικά σημεία
- Τη συνηθισμένη δυνατότητα αντίληψης και σχέσεων με άλλα άτομα

**Παρεμβάσεις:** Εφαρμόζουμε σε συνεργασία με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας το σχέδιο φροντίδας του ασθενούς με σκοπό την μείωση του άγχους και του φόβου. Συγκεκριμένα:

- Προσανατολίζουμε τον άρρωστο στο περιβάλλον του νοσοκομείου, στα μηχανήματα και στις διαδικασίες.
- Συστήνουμε το προσωπικό που θα συμμετέχει στη φροντίδα του ώστε να δημιουργούνται αισθήματα σταθερότητας και άνεσης με το περιβάλλον.
- Βεβαιώνουμε τον άρρωστο ότι το προσωπικό βρίσκεται κοντά του.
- Διατηρούμε ένα ήρεμο, ενισχυτικό, με αυτοπεποίθηση, τρόπο ανταπόκρισης προς τον άρρωστο.
- Δημιουργούμε μια θεραπευτική επικοινωνία με τον ασθενή, με σκοπό κύριος καθοδηγητής της συζήτησης να είναι ο ίδιος.
- Εξηγούμε όλη την προεγχειρητική πορεία στον ασθενή.
- Διευκολύνουμε τον άρρωστο να αποκτήσει αίσθηση ελέγχου με τη συμμετοχή του στο σχεδιασμό της προεγχειρητικής φροντίδας και δίνοντας τη δυνατότητα της επιλογής όπου αυτό είναι εφικτό.
- Εξασφαλίζουμε ένα ήρεμο περιβάλλον.
- Καθησυχάζουμε τον ασθενή ότι μετεγχειρητικά θα του χορηγηθούν παυσίπονα.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να ανακαλύψει τα στρεσογόνα ερεθίσματα, και τις στρατηγικές αντιμετώπισης τους.

- Διευκρινίζουμε τυχόν λανθασμένες αντιλήψεις που έχει ο ασθενής σχετικά με την χειρουργική επέμβαση.
- Χορηγούμε τα φάρμακα, εφόσον έχουμε γραπτή ιατρική εντολή.
- Ενθαρρύνουμε τα άτομα από το περιβάλλον του να αποτελέσουν υποστηρικτικό σύστημα για τον ασθενή.
- Παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες του αρρώστου και των ατόμων του περιβάλλοντος του, σε κατανοητή γλώσσα.
- Εάν αποτύχουν αυτές οι προσπάθειες για την μείωση του άγχους και του φόβου, απευθυνόμαστε στον γιατρό (Mohan et.al. 2017).

### **5.3.2. Κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη έχει να κάνει και αυτή με τη διάθεση του ασθενή, όπως το άγχος. Επομένως αναλύουμε και στην κατάθλιψη τα επίπεδα άγχους και το βαθμό αυτοελέγχου και αναζητάμε σημεία και συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής. Επίσης καθορίζουμε την επικινδυνότητα για αυτοκτονικές συμπεριφορές, κατανοώντας ότι ο ασθενής με κατάθλιψη είναι υψηλού κινδύνου. Εφαρμόζουμε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση σε αυτά τα άτομα, και ανάλογα με τα συμπτώματα που παρουσιάζουν πραγματοποιούμε και ανάλογες παρεμβάσεις για την μείωση τους.

### **ΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙ ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ**

#### **Νοσηλευτικοί στόχοι:**

- Ο ασθενής να συμμετέχει στη περιεγχειρητική φροντίδα και σε δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης.

#### **Παρεμβάσεις**

- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του με οποιοδήποτε τρόπο (π.χ. γράφοντας, συνομιλώντας).
- Βοηθάμε να αναγνωρίσει τα αποθέματα του ψυχικών του δυνάμεων που τον βοήθησαν να ξεπεράσει παρόμοιες καταστάσεις ψυχικής διαταραχής.
- Διαβεβαιώνουμε τον ασθενή ότι η απελπισία αποτελεί μέρος της κατάθλιψης και ότι θα βελτιωθεί.
- Υποστηρίζουμε ρεαλιστικές ελπίδες για τις αλλαγές που μπορεί να υποστεί μετεγχειρητικά.

## **ΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ**

### **Νοσηλευτικοί στόχοι:**

- Ο ασθενής να μειώσει τις αρνητικές εκδηλώσεις.
- Ο ασθενής να παρουσιάσει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.

### **Παρεμβάσεις:**

- Παροτρύνουμε για ένταξη σε ομάδες υποστήριξης που μπορούν να βοηθήσουν τον άρρωστο να ξεπεράσει την κατάθλιψη.
- Εξηγούμε τις φάσεις της κατάθλιψης σε άτομα του περιβάλλοντος του και ενθαρρύνουμε την υποστήριξη και την κατανόηση τους.
- Διαβεβαιώνουμε τους ασθενείς ότι οι αρνητικές σκέψεις είναι μέρος της κατάθλιψης.
- Του κάνουμε ερωτήσεις ή του εκφράζουμε αμφιβολίες σχετικά με την αρνητική εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την ελαττωμένη αυτοεκτίμηση.

## **ΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ**

### **Νοσηλευτικοί στόχοι:**

- Να αρχίσει να συναλλάσσεται ο ασθενής με τα άτομα του νοσοκομείου
- Να αυξήσει την κοινωνικότητα του και να νιώσει κοινωνικά αποδεκτός

### **Παρεμβάσεις:**

- Παροτρύνουμε τον ασθενή να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, προσφέροντας του όση υποστήριξη χρειάζεται.
- Συμβουλευόμαστε τις κοινωνικές συναλλαγές με την οικογένεια και τους φίλους.
- Εκτιμούμε το επίπεδο κοινωνικής συναλλαγής του ασθενή με τους άλλους ασθενείς και με το προσωπικό.

## **ΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟ ΙΔΕΑΣΜΟ**

Βασική επιδίωξη μας σε αυτήν την περίπτωση, είναι να προστασία της ζωής του αυτοκτονικού ατόμου. Εφαρμόζουμε συστηματική παρατήρηση και εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή ώστε να προληφθούν τυχόν αυτοκαταστροφικές ενέργειες. Επομένως δίνουμε προτεραιότητα σε ενέργειες που σώζουν την ζωή, όπως:

- Να διασφαλίσουμε ένα ασφαλές περιβάλλον για τον ασθενή απομακρύνοντας επικίνδυνα ή αιχμηρά αντικείμενα.
- Να διασφαλίσουμε ένα χώρο εύκολα προσδόκιμο για την δυνατότητα συνεχής παρακολούθησης του ασθενή.
- Ενεργούμε έτσι ώστε να προάγουμε την εμπιστοσύνη του αρρώστου (απαντάμε σε όλες τις ερωτήσεις του με ειλικρίνεια)
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συζητήσουμε σχετικά με όσα τον θυμώνουν, του προκαλούν άγχος και τον ενοχλούν.
- Βοηθάμε τον ασθενή να βρει λύσεις στα προβλήματα του, που για αυτόν φαίνονται άλυτα.
- Ενισχύουμε την αυτοεκτίμηση του αρρώστου προτείνοντας τον να συνεχίσει την ατομική του φροντίδα και τις καθημερινές του δραστηριότητες (Pinar, et.al. 2011).

### Νοσηλευτικές ευθύνες για την χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Ο ρόλος των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι να ανυψώσουν την διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Έχουμε την ευθύνη να φροντίζει ο ασθενής να λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή που του έχει χορηγηθεί. Παρακολουθούμε τον ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν. Τέλος εκπαιδεύουμε τους την οικογένεια του ασθενή στη φαρμακευτική αγωγή, στις ανεπιθύμητες δόσεις, στη σωστή δοσολογία και την τήρηση των οδηγιών για τον τρόπο χορήγησης και τη δόση χορήγησης και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα ή τροφές.

### **5.3.3. Μετεγχειρητικό παραλήρημα**

Το παραλήρημα πολλές φορές υποδιαγνώσκεται από τους γιατρούς και τις νοσοκόμες λόγω του ότι εμφανίζεται κατά την διάρκεια της ημέρας, της σύγχυσης του ασθενούς με την άνοια και της υποεκτίμησης της κλινικής του σημασίας. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι η αναγνώριση των πρωταρχικών αιτίων για την εμφάνιση του παραληρήματος και μέσα από τις γνώσεις που διαθέτει, να αναπτύξει στρατηγικές για τον αποκλεισμό τους από τους ασθενείς τους. Πιο συγκεκριμένα ως αίτια θεωρούνται τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής με παραλήρημα, τα οποία ο νοσηλευτής εφόσον τα αναγνωρίσει γρήγορα, θα ξεκινήσει σε συνεργασία με την

υπόλοιπη ομάδα των επαγγελματιών υγείας ένα πλάνο φροντίδας που θα περιλαμβάνει νοσηλευτικές παρεμβάσεις με σκοπό την άμεση θεραπεία αυτής της διαταραχής.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν ως στόχο να ενισχύσουν την γνωστική κατάσταση του ασθενούς, την αίσθηση ασφάλειας του και την ανακούφιση του. Πιο συγκεκριμένα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τα εξής (Stephen, 2008):

#### **Παροχή υποστήριξης του προσανατολισμού**

- ❖ Συχνός διάλογος με τον ασθενή για την βελτίωση προσανατολισμού (υπενθύμιση του τόπου και χώρου στον οποίο βρίσκεται).
- ❖ Παροχή απαραίτητων μέσων που ευνοούν την διατήρηση του προσανατολισμού σε χρόνο και τόπο (ρολόι, ημερολόγιο, πρόγραμμα της ημέρας).
- ❖ Ενεργοποίηση της οικογένειας και των ατόμων που τον φροντίζουν ώστε να ενισχύεται το αίσθημα ασφάλειας και προσανατολισμού.
- ❖ Ύπαρξη οικείων αντικειμένων από το σπίτι στο δωμάτιο νοσηλείας.

#### **Παροχή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος**

- ❖ Ελάττωση της έντασης των ηχητικών ερεθισμάτων κατά τη διάρκεια της νύκτας (εξαιτίας μηχανημάτων, του προσωπικού, των επισκεπτών).
- ❖ Νοσηλεία σε μονόκλινο δωμάτιο για μείωση αισθητηριακών ερεθισμάτων και ηρεμία.
- ❖ Διατήρηση σταθερής θερμοκρασίας και επαρκούς φωτισμού.

#### **Διατήρηση λειτουργικότητας**

- ❖ Ενθαρρύνουμε τον ασθενή στην ατομική φροντίδα του και στην συμμετοχή του στην θεραπεία.
- ❖ Ενθάρρυνση των μετεγχειρητικών ασθενών για άμεση κινητοποίηση.
- ❖ Παροχή βοηθημάτων βάδισης και διόρθωσης αισθητηριακών διαταραχών (γυαλιά, ακουστικά βαρηκοΐας, τεχνητές οδοντοστοιχίες).

#### **Υποστηρικτικές παρεμβάσεις**

Στόχος αυτών των παρεμβάσεων είναι να μειωθεί το άγχος του ασθενούς που προκαλείται μέσω της συναισθηματικής αντίδρασης του στα συμπτώματα του παραληρήματος καθώς αποτελεί ένα σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα.



Συγκεκριμένα:

- ❖ Ενημερώνουμε τον ασθενή και την οικογένεια του ότι το παραλήρημα είναι κάτι παροδικό και τα συμπτώματα που εμφανίζει θα εξαφανιστούν και αυτά. Επομένως δεν πρόκειται για μία μόνιμη ψυχιατρική διαταραχή.
- ❖ Εξασφαλίζουμε μία συνεχή επικοινωνία και εκπαίδευση στον ασθενή και τα μέλη της οικογένειας του γύρω από το παραλήρημα. Οι έλλειψη γνώσεων οδηγεί και τους δύο στο να φοβούνται και να αποθαρρύνονται κάτι που επιβαρύνει την κατάσταση του ασθενή (Stephen, 2008).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Παρουσίαση περιστατικών

#### 6.1. Μελέτη 1ης περίπτωσης ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Χ

Ηλικία: 75 ετών

Επάγγελμα: Οικιακά

Καταγωγή: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος

Τέκνα: 2 παιδιά

Σχέση με την οικογένεια του: Υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση: Μέτρια

Ασφαλιστικός Φορέας: ΙΚΑ

Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών : Καμία

Ημερομηνία Εισαγωγής: 20/12/19

Διάγνωση Εισαγωγής: Οστεοαρθρίτιδα Γόνατος αριστερά

Πηγή Ιστορικού : Ο ίδιος ο ασθενής

Ασθενής ονόματι Χ, 75 ετών, εισήλθε στο τμήμα των εξωτερικών ιατρείων συνοδεία της γυναίκας του, με αναφερόμενο άλγος της αριστερής άρθρωσης του γόνατος (από διέτιας) και επιδεινούμενο άλγος το τελευταίο έτος. Το άλγος παρουσιάζεται τόσο κατά τη φόρτιση όσο και κατά τη φάση της ηρεμίας. Αναφέρει δυσκολία κατά τη κάμψη του γόνατος. Έγινε εισαγωγή στην Ορθοπαιδική Κλινική με πιθανή διάγνωση «οστεοαρθρίτιδα γόνατος αριστερά». Κατόπιν κλινικής εξέτασης και διαγνωστικού ελέγχου(εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφικός έλεγχος κ.ά.) προγραμματίστηκε χειρουργική επέμβαση στις 21/12/19. Ωστόσο ο ασθενής από την πρώτη μέρα εισαγωγής του, παρουσίασε συμπτώματα έντονου άγχους και κατάθλιψης, με αποτέλεσμα να αναβληθεί το χειρουργείο. Παρακάτω ακολουθεί το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας ασθενούς.

Νοσηλευτική Διάγνωση (Προβλήματα–Ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει έντονο άγχος και φόβο που σχετίζεται με:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τη μη κατανόηση των διαγνωστικών εξετάσεων και της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης.</li> <li>• Το μη οικείο περιβάλλον και τον αποχωρισμό από τα οικεία του πρόσωπα.</li> <li>• Τη στενοχώρια, τη δυσφορία τους αλλά και τους περιορισμούς και τις αλλαγές στον συνηθισμένο τρόπο ζωής και ρόλο.</li> <li>• Τη πιθανότητα θανάτου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να μειωθεί το άγχος.</li> <li>▪ Ο ασθενής να προέλθει ήρεμος στη χειρουργική αίθουσα.</li> </ul>	<p>Να εφαρμοστούν μέτρα για την μείωση του άγχους και του φόβου όπως :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να προσαρμοστεί ο άρρωστος στο περιβάλλον του νοσοκομείου, στα μηχανήματα και στις διαδικασίες</li> <li>▪ Να διατηρηθεί ένας ήρεμος, ενισχυτικός, με αυτοπεποίθηση, τρόπος ανταπόκρισης προς τον άρρωστο.</li> <li>▪ Να ενθαρρυνθεί η έκφραση του φόβου και της ανησυχίας.</li> <li>▪ Να εξηγηθούν με απλό τρόπο οι ιατρικές πράξεις και να διευκρινιστούν λανθασμένες αντιλήψεις που έχει ο άρρωστος σχετικά με την επέμβαση.</li> <li>▪ Να αναγνωριστούν αγχογόνα ερεθίσματα και να εφαρμοστούν τρόποι αντιμετώπισης τους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Έγινε παρουσίαση στον άρρωστο του περιβάλλοντος του νοσοκομείου, των μηχανημάτων και των διαδικασιών.</li> <li>▪ Διατηρήθηκε ένα ήρεμος, ενισχυτικός με αυτοπεποίθηση τρόπος ανταπόκρισης προς τον άρρωστο.</li> <li>▪ Ενθαρρύνθηκε η έκφραση του φόβου και της ανησυχίας του.</li> <li>▪ Εξηγήθηκαν με απλό τρόπο οι ιατρικές πράξεις και διευκρινίστηκαν λανθασμένες αντιλήψεις που είχε ο άρρωστος σχετικά με την επέμβαση.</li> <li>▪ Αναγνωρίστηκαν πιθανά αγχογόνα ερεθίσματα και εφαρμόστηκαν τρόποι αντιμετώπισης τους.</li> <li>▪ Παραδόθηκαν μαθήματα προσανατολισμού και διδασκαλίας σε άτομα από το περιβάλλον του,</li> </ul>	<p>Το άγχος του ασθενή φαίνεται πως ελαττώθηκε από:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Την έκφραση συναισθημάτων μειωμένου άγχους και φόβου.</li> <li>▪ Την ήρεμη έκφραση του προσώπου και τις κινήσεις του σώματος.</li> <li>▪ Τη συνηθισμένη δυνατότητα αντίληψης και των σχέσεων με άλλα άτομα.</li> <li>▪ Τα σταθερά ζωτικά σημεία.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Να πραγματοποιηθούν μαθήματα προσανατολισμού και διδασκαλίας σε άτομα από το περιβάλλον του, που θα ενθαρρύνουν την συνεχή υποστήριξη τους προς τον άρρωστο.</li><li>▪ Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων.</li></ul>	<p>που ενθαρρύνουν την συνεχή υποστήριξη τους προς τον άρρωστο.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Έγινε λήψη ζωτικών σημείων.</li></ul>	
--	--	---	---	--

Νοσηλευτική Διάγνωση (Προβλήματα–Ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει απελπισία και διαταραχή της αυτοεκτίμησης του λόγω των αναμενόμενων εξελίξεων που σχετίζονται με τη δυνητική απώλεια ή μεταβολή στη συνήθη λειτουργία του σώματος.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ο ασθενής να μειώσει τις αρνητικές εκδηλώσεις</li> <li>▪ Ο ασθενής να παρουσιάσει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να εξασφαλιστεί μία ατμόσφαιρα φροντίδας και ενδιαφέροντος προς τον ασθενή ώστε να αισθανθεί ελεύθερος και να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματα του.</li> <li>▪ Να διατηρηθεί ένα αίσθημα ελπίδας.</li> <li>▪ Να γίνουν ενέργειες ώστε το άτομο να αναγνωρίσει τα αποθέματα των ψυχικών του δυνάμεων έτσι ώστε να ξεπεράσει παρόμοιες καταστάσεις ψυχικής διαταραχής.</li> <li>▪ Να αποκτήσει ο ασθενής αίσθηση ελέγχου με τη συμμετοχή του στο σχεδιασμό της προεγχειρητικής φροντίδας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξασφαλίστηκε ατμόσφαιρα φροντίδας και ενδιαφέροντος ώστε ο ασθενής να αισθανθεί ελεύθερος και να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματα του.</li> <li>• Έγινε προσπάθεια υποστήριξης ρεαλιστικών ελπίδων για τις αλλαγές που μπορεί να υποστεί μετεγχειρητικά.</li> <li>• Πραγματοποιήθηκε συζήτηση με τον ασθενή με μη επικριτική στάση, επικέντρωση στα συναισθήματα του και τις θετικές πλευρές, διατηρώντας μια ρεαλιστική προσέγγιση.</li> </ul>	<p>Ο ασθενής παρουσίασε πρόοδο καθώς :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δείχνει πιο ευδιάθετος</li> <li>• Εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματα του σχετικά με την αναμενόμενη αλλαγή της εικόνας του σώματος του και της συνηθισμένης σωματικής λειτουργίας.</li> <li>• Συμμετέχει στην προεγχειρητική φροντίδα και σε δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης.</li> </ul>

Νοσηλευτική Διάγνωση (Προβλήματα-Ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
Ο ασθενής παρουσιάζει κοινωνική απομόνωση και έλλειψη συνεργασίας με το προσωπικό	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στον ασθενή</li> <li>▪ Να αρχίσει να συναλλάσσεται με τα άτομα του νοσοκομείου και να συνεργαστεί με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να εξασφαλιστεί ένα ήρεμο και αναπαιτικό περιβάλλον.</li> <li>▪ Να παροτρυνθεί ο ασθενής να έρθει σε κοινωνικές συναλλαγές με τους άλλους ασθενείς και με το προσωπικό.</li> <li>▪ Να προσδιοριστεί η σημαντικότητα της συνεργασίας του στο θεραπευτικό πλάνο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξασφαλίστηκε ήρεμο και αναπαιτικό περιβάλλον.</li> <li>• Εκτιμήθηκε το επίπεδο κοινωνικής συναλλαγής του ασθενή με τους άλλους ασθενείς και με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.</li> <li>• Παροτρύνθηκε ο ασθενής να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες</li> </ul>	Ο ασθενής αρχίζει να επανέρχεται στην συνηθισμένη για αυτόν δυνατότητα αντίληψης και σχέσεων με άλλα άτομα. Επιπλέον κατανόησε τη σημαντικότητα συνεργασίας του με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

## 6.2. Μελέτη 2ης περίπτωσης ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Χ

Ηλικία: 62 ετών

Επάγγελμα: Λογιστής

Καταγωγή: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος

Τέκνα: 3 παιδιά

Σχέση με την οικογένεια του: Υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση: Μέτρια

Ασφαλιστικός Φορέας: ΕΟΠΥΥ

Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών : Καμία

Ημερομηνία Εισαγωγής: 15/12/19

Πηγή Ιστορικού : Ο ίδιος ο ασθενής

Άνδρας ηλικίας 62 ετών εισάγεται στο Γενικό Νοσοκομείο του Ρίου στην Πάτρα στις 15-12-19 για να υποβληθεί σε χειρουργική διαδικασία δημιουργίας ειλεοστομίας. Πριν την έναρξη του χειρουργείου έγιναν οι απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις για να διαπιστωθεί ότι η διαδικασία μπορεί να εξελιχθεί ασφαλώς. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων έδειξαν ότι η διαδικασία μπορεί να προχωρήσει κανονικά. Η χειρουργική διαδικασία ολοκληρώνεται επιτυχώς και βρισκόμαστε στην πρώτη μετεγχειρητική μέρα. Ο ασθενής εξαιτίας του stress της επέμβασης, της αυπνίας και του μετεγχειρητικού πόνου, εμφανίζει συμπτώματα μετεγχειρητικού παραληρήματος. Παρακάτω ακολουθεί το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας ασθενούς.



Νοσηλευτική Διάγνωση (Προβλήματα-Ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχές στο συναίσθημα και στη διάθεση με συμπτώματα αδικαιολόγητου φόβου και απάθειας, λόγω των συμπτωμάτων του παραληρήματος που εμφανίζει.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Υποστηρικτικές παρεμβάσεις.</li> <li>▪ Διατήρηση της λειτουργικότητας του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Συχνές συζητήσεις που θα επιβεβαιώνουν τον ασθενή ότι το παραλήρημα είναι κάτι παροδικό και τα συμπτώματα που εμφανίζει θα εξαφανιστούν και αυτά.</li> <li>▪ Να εξασφαλιστεί συνεχή επικοινωνία και εκπαίδευση του ασθενή και στα μέλη της οικογένειας γύρω από το παραλήρημα. Η έλλειψη γνώσεων και των δύο, επιβαρύνει την κατάσταση του ασθενή.</li> <li>▪ Παρότρυνση για άμεση κινητοποίηση</li> <li>▪ Να ενθαρρυνθεί η συμμετοχή του ασθενή στην ατομική φροντίδα και στην θεραπεία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Προσπάθεια κατανόησης του ψυχικού άλγος του ασθενούς</li> <li>▪ Έγιναν συζητήσεις με τον ασθενή και με τα μέλη της οικογένειας γύρω από το παραλήρημα.</li> <li>▪ Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να συμμετέχει στην ατομική φροντίδα του και στην θεραπεία.</li> </ul>	<p>Ο ασθενής φαίνεται πιο ήρεμος και η διάθεσή του έχει βελτιωθεί.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση (Προβλήματα-Ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει γνωσιακή δυσλειτουργία και αποπροσανατολισμό.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Παροχή υποστήριξης του προσανατολισμού.</li> <li>▪ Παροχή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος.</li> <li>▪ Διαχείριση της γνωσιακής δυσλειτουργίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Συχνός διάλογος με τον ασθενή για την βελτίωση προσανατολισμού (υπενθύμιση του τόπου και χώρου στον οποίο βρίσκεται).</li> <li>▪ Παροχή κατάλληλου φωτισμού και βοηθήματα που ευνοούν τη διατήρηση του προσανατολισμού σε χρόνο και τόπο (π.χ. ρολόι, ημερολόγιο σε ορατό για τον ασθενή σημεία).</li> <li>▪ Να γίνει ενημέρωση και εκπαίδευση στους συγγενείς για την σωστή διαχείριση ενός ατόμου με παραλήρημα.</li> <li>▪ Παροχή γνωστικών ερεθισμάτων για βελτίωση του γνωστικού ελλείματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Έγιναν συζητήσεις σχετικά με την καθημερινή πραγματικότητα (π. χ συνθήκες καιρού, προετοιμασία γευμάτων) που αποσπούν την προσοχή του ασθενή και επαναφέρουν τον προσανατολισμό του στην πραγματικότητα.</li> <li>▪ Δημιουργήθηκε ένα κατάλληλα διαμορφωμένα περιβάλλον. Τοποθετήθηκε ρολόι και ημερολόγιο σε εμφανή θέση και προστέθηκαν οικεία αντικείμενα από το σπίτι του στο δωμάτιο νοσηλείας.</li> <li>▪ Παροχή κατάλληλων περιβαλλοντικών ερεθισμάτων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ο ασθενής έχει βελτιώσει τον προσανατολισμό του.</li> <li>▪ Η γνωσιακή του δυσλειτουργία βελτιώθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα.</li> </ul>

Νοσηλευτική Διάγνωση (Προβλήματα–Ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχές στον ύπνο (υπνηλία, χασμουρητά), λόγω οργανικής και ψυχολογικής εξάντλησης του.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή.</li> <li>▪ Επαναφορά του ύπνου του ασθενούς στις απαιτούμενες ώρες.</li> <li>▪ Ο ασθενής να είναι πιο ήρεμος και πιο ξεκούραστος στις επόμενες μέρες.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον όσο και από το προσωπικό του νοσοκομείου.</li> <li>▪ Εξασφάλιση απαραίτητης άνεσης πριν από τον ύπνο με διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος, καλό αερισμό δωματίου, κατάλληλη θερμοκρασία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να αναγνωρίσει τα αποθέματα των ψυχικών του δυνάμεων</li> <li>▪ Το δωμάτιο αερίστηκε σωστά, περιορίστηκαν οι θόρυβοι, χαμήλωσαν τα φώτα, εξασφαλίστηκε κατάλληλη θερμοκρασία.</li> <li>▪ Π ασθενής μεταφέρθηκε σε μονόκλινο δωμάτιο με σκοπό την μείωση αισθητηριακών ερεθισμάτων και διατήρηση ηρεμίας.</li> </ul>	<p>Ο ασθενής είναι πιο ευδιάθετος και ξεκούραστος, γεγονός που οφείλεται στη βελτίωση των διαταραχών του ύπνου και στην βελτίωση της ψυχολογικής του κατάστασης.</p>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η δεδομένη πτυχιακή εργασία αφορά την αποτύπωση των ψυχιατρικών διαταραχών που εμφανίζονται κατά το περιεγχειρητικό στάδιο και τον ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει ο νοσηλευτής σε αυτές. Μέσω της εργασίας αυτής αναδείχθηκαν συμπεράσματα σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ασθενών κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Γίνεται μεγάλη αναφορά στο περιεγχειρητικό άγχος και την κατάθλιψη, καθώς αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες εκδήλωσης ψυχιατρικών διαταραχών.

Αρχικά η χειρουργική επέμβαση παραμένει μέχρι και σήμερα από τη φύση της, μια εξαιρετικά στρεσογόνα κατάσταση τόσο για το άτομο που πρόκειται να χειρουργηθεί όσο και για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του. Λίγοι ασθενείς βλέπουν με ηρεμία την πιθανότητα μιας χειρουργικής επέμβασης έστω και μικρής. Πολλές φορές μετά την διάγνωση και την ιατρική απόφαση για χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής καθυστερεί την διαδικασία. Αυτό οφείλεται σε μία αμφίρροπη σύγκρουση μεταξύ ελπίδας και φόβου που τον καθιστά αναποφάσιστο. Παράγοντες όπως ο φόβος για τον αναμενόμενο μετεγχειρητικό πόνο, τον βαθμό που απειλείται η ζωή του ασθενούς από την χειρουργική επέμβαση, ο χωρισμός από την οικογένεια, αποτελούν την αιτία για εκδήλωση προβλημάτων από τη ψυχική σφαίρα.

Τα ψυχιατρικά προβλήματα κατά το περιεγχειρητικό στάδιο εμπεριέχουν αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας και γενικότερα αναγκάζουν τον ασθενή σε παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο σε συνδυασμό πιθανόν με περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων των ψυχιατρικών διαταραχών και η πρόωπη αντιμετώπιση τους κρίνεται απαραίτητη για την ύπαρξη μια ομαλής περιεγχειρητικής πορείας ενός ασθενή.

Η ψυχολογική δυσφορία του ασθενή και η διάγνωση της νόσου, μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της ζωής του, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και τον οικογενειακό και εργασιακό του ρόλο. Εφόσον διαγνωσθεί το άγχος ως αντίδραση του ασθενή στην χειρουργική επέμβαση, θα πρέπει να διερευνηθούν οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που κινητοποιεί προκειμένου να το αντιμετωπίσει, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενούς, το υποστηρικτικό του δίκτυο, η προσωπικότητα του και το προσωπικό νόημα που αποδίδει στη νόσο.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση στο μετεγχειρητικό στάδιο είναι φανερό το άγχος του ασθενούς. Σε όλα τα επίπεδα της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής περιόδου οι ψυχικές διαταραχές που δύναται να εμφανίσει ο ασθενής είναι διαταραχή πανικού,

ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αγοραφοβία, συγκεκριμένες φοβίες και αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από σωματικό νόσημα.

Από την πλευρά του νοσηλευτή, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι έχει και μπορεί να διαδραματίσει ένα σπουδαίο ρόλο στη ζωή των ανθρώπων που φέρουν τέτοιου είδους προβλήματα. Αρχικά ο νοσηλευτής είναι ένα από τα πρώτα άτομα το οποίο έρχεται σε επαφή με τον ασθενή καθώς είναι αυτός που θα τον βοηθήσει προεγχειρητικά στην ετοιμασία του για το χειρουργείο, καθώς επίσης και στην ανάρρωση του μετεγχειρητικά. Οι Περιεγχειρητικοί Νοσηλευτές με τις κατάλληλες γνώσεις και πρακτικές δεξιότητες καλύπτουν μια ολιστική φροντίδα του ασθενή, η οποία έχει να κάνει εκτός από τη σωματική του αποκατάσταση, και με την ψυχική του αποκατάσταση. Ανάλογα με το ψυχιατρικό πρόβλημα εφαρμόζονται και ανάλογες νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη μείωση τους.

Βασική νοσηλευτική παρέμβαση για την πρόληψη και την μείωση των ψυχιατρικών διαταραχών αποτελεί η παροχή προγραμματισμένων καλοσχεδιασμένων πληροφοριών πριν από το χειρουργείο, καθώς και συνεχή επικοινωνία νοσηλευτή - ασθενή και θετική ενθάρρυνση. Η περιεγχειρητική εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών, ανεξάρτητα του τρόπου εφαρμογής της, αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας και ταυτόχρονα ανεξάρτητη νοσηλευτική παρέμβαση ενισχύοντας την αυτονομία του νοσηλευτή αλλά και βελτιώνοντας την ψυχική υγεία του ασθενή. Οι ενημερωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν λιγότερες ανησυχίες και μετεγχειρητική ανάκαμψη, σε αντίθεση με τους μη ενημερωμένους ασθενείς που παρουσιάζουν κατά την μετεγχειρητική τους εξέταση, αυξημένο άγχος και ανάγκη για αρκετά παυσίπονα.

Αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση τους, αποτελεί ακόμη ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν γραπτής ιατρικής εντολής (βενζοδιαζεπίνες, αντικαταθλιπτικά), με ψυχολογικές θεραπείες όπως η γνωσιακή και συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, οι οποίες έχουν ως στόχο να αλλάξουν τα πρότυπα σκέψης, συμπεριφοράς και πεποιθήσεων.

Η αξιολόγηση των ψυχιατρικών διαταραχών που βιώνουν οι χειρουργημένοι ασθενείς θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας. Τα ψυχιατρικά προβλήματα πρέπει να μελετηθούν εκτενέστερα, προκειμένου να οργανωθούν καλύτερες προσεγγίσεις για την υγειονομική περίθαλψη για τα άτομα αυτά.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Akinsulore A, Owojuyigbe AM, Faponle AF, Fatoye FO.(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.
- Anghelescu D.L., Oakes L.L., & Hankins M.G., (2011). Treatment of Pain in children after Limb-sparing surgery: An institution's 26 year experience, Pain management Nursing, (12): 82 - 94.
- Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. (2014). Early and late onset groups of substance misusers: Differences in primary and secondary psychiatric disorders. Journal of Substance Use. 9(5):224–234.
- Barnes TR (2011). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 25:567–62
- Baxter H. (2003) Management of surgicalwounds, Nursing Times, VOL 99, NO 13, 01 April 2003
- Bentwich, M.E., Dickman, N., Oberman, A. (2018) Human dignity and autonomy in the care for patients with dementia: Differences among formal caretakers from various cultural backgrounds, Ethnicity and Health, 23(2), pp. 121-141
- Brown,E., 2010. Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία, Αθήνα: Λαγός
- Cohen M. Lazarus L. (2012) The anxiolytic effect of pregabalin in outpatients undergoing minor orthopaedic surgery. Journal of psychopharmacology, 25(2), 249-253
- Cohen, M.R. (2018) Common missteps with medication safety: Rolling a single dice, ineffective strategies, and unexecuted action plans, Hospital Pharmacy 53(1), pp. 25-28
- Coughlin CG, Cohen SC, Mulqueen JM, Ferracioli-Oda E, Stuckelman ZD, Bloch MH. (2015). Meta-analysis: Reduced risk of anxiety with psychostimulant treatment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol 25:611–617

Dewit S.C., (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική, τόμος I, (επιμέλεια/ μετάφραση Λαμπρινού Α. & Λεμονίδου Χ.), Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης.

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.

Eisenberg, D., Gollust, S. E., Goldberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry.* , 77(4), 534-542

Ferrari P. (2015). The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS ONE*.

Ghoneim M., O'Hara B. Surg M. (2016) Depression and postoperative complications: an overview.. *BMC Surg.* 2;16:5.

Golba KL.(2015) Services for people with serious mental illness: the impact of national, state and local policy and practice [dissertation]. Lincoln, NE: Psychology, University of Nebraska—Lincoln

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

Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z.(2007) Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences (Riyadh)* 12(2):145-8.

Kang, Y.S., Choi, S.Y., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety and depression experienced by nursing students. *Nurse Education Today*, 29, 538-543.

Kanji, N., White, A., & Ernst, E. (2006). Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 729-735.

- Karademas, E.C., & Kalantzi-Azizi, A. (2004). The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and Individual Differences*, 37, 1033-1043
- Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Arch Gen Psychiatry*. 68:444–54
- Kindler C, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T. and Scheidegger D.(2000) The visual analogue scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anaesthetic concerns. *Anesth Analg*, 90:706-712.
- 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
- Lando J, Marshall Williams S, Sturgis S, et al. (2006). A logic model for the integration of mental health into chronic disease prevention and health promotion. *Prev Chronic Dis*. April;3(2):A61.
- Liu, Y.R., Shiah, I.S., Chang, Y.C., Lai, T.J., Wang, K.Y., & Chou, K.R. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24, 655-665.
- Mayne N. Bagaoisan K ( 2009) 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.
- 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
- Olin K. (2005) Postoperative complications and longer hospital stays. *J Epidemiol Community Health*.
- Oppedal, K., Møller, A. M., Pedersen, B., & Tønnesen, H.(2012). Preoperative alcohol cessation prior to elective surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).



- Oshima P, 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.
- Oshvandi, K., Amini, S., Moghimbeigi, A., Sadeghian, E. (2018) The effect of spiritual care on death anxiety in hemodialysis patients with end-stage of renal disease: A randomized clinical trial, *HAYAT* 23(4), pp. 332-344
- 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
- Perna, G., Varriale, L., Ferrara, M. (2018)The Role of Communication in Stereotypes, Prejudices and Professional Identity: The Case of Nurses, *Lecture Notes in Information Systems and Organisation*, 27, pp. 79-95
- 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
- Pollo A, Amanzio M, Arslanian A, Casadio C, Maggi G, Benedetti F. (2001)Response expectancies in placebo analgesia and their clinical relevance. *Pain* 93:77-84.
- Rana, D., & Upton, D.(2009). Η Ψυχολογία στη Νοσηλευτική Επιστήμη. Επιστημονική Επιμέλεια Καλβανά. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ
- Sayin Y., & Aksoy G., (2012). The effect of analgesic education on pain in patients undergoing breast surgery: within 24 hours after the operation, *Journal of Clinical Nursing*, (21): 1244 - 1253.
- Shiells, K., Holmerová, I., Štěpánková, O. (2019) Usability of electronic patient records for assessment and care planning in nursing homes, *IFMBE Proceedings*, 68(1), pp. 393-396
- Stephen M.S (2008). 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.

- Sunitha B.S.,(2015). The effect of audio therapy to treat postoperative pain in children undergoing major surgery: a randomized controlled trial, *Pediatric Surgery International*, 31 (2): 194 - 201.
- Tsuno, K., Kawakami, N. (2016). The impact of work-related physical assaults on mental health among Japanese employees with different socioeconomic status: The Japan Work Stress and Health Cohort Study (JSTRESS). *SSM - Population Health*, 2, pp. 572-579
- 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.
- Vesterfaard R.J., (2016). A Pharmacokinetic-Pharmacodynamic Model of Morphine Exposure and Subsequent Morphine Consumption in Postoperative Pain, *Pharmaceutical Research*, 33 (5): 1093 - 1103.
- Walker S, Wachs TD, Meeks Gardner J, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, Careter JA and the International Child Development Steering Group (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369: 145-157.
- Watson, D. (2015). Becoming an Approved Mental Health Professional: an analysis of the factors that influence individuals to become Approved Mental. Health Professionals *Journal of Mental Health*, pp. 1-5
- Αγγελόπουλος, Ν. (2009). *Ιατρική ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία (τόμος Α)*.Αθήνα: Βήτα.
- Κουκιά Ε., (2014). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. Αθήνα.
- Κουργιαντάκη Α., Φασόη Γ., Κελέση Μ., Καμπά Ε., Σταυροπούλου Α. (2017) Ενημέρωση του ασθενή και προεγχειρητικό άγχος, Το βήμα του Ασκληπιού Volume 16, Issue 1
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλο-νίκη: University Studio Press
- Παπαγεωργίου Δ., Κελέση Μ., & Φασόη Γ., (2013). *Βασική νοσηλευτική: Θεωρία, εκπαίδευση, εφαρμογή*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας.
- Ραγιά Α. (2001) *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε

Συλλογικό έργο. (2016). Η συμβολή της νοσηλευτικής στην ψυχιατρική θεραπευτική. Αθήνα:  
Παρισιάνου Α.Ε.