

Προεγχειρητικό άγχος: Νοσηλευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις

Φουντούκη Αντιγόνη¹, Θεοφανίδης Δημήτριος²

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, ΓΠΝΘ «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη
2. Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα αισθήματα αμφιθυμίας, μελαγχολίας, απελπισίας και φόβου είναι συνηθισμένες ψυχολογικές αντιδράσεις και καταστάσεις πριν από μια χειρουργική επέμβαση.

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η σφαιρική παρουσίαση του προεγχειρητικού άγχους καθώς και η ανάλυση της αποτελεσματικότητας των σχετικών νοσηλευτικών και ψυχολογικών παρεμβάσεων. Επιμέρους στόχος ήταν η ανάδειξη του ρόλου του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του προεγχειρητικού άγχους.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε Ελληνικές και διεθνείς βάσεις δεδομένων (IATROTEK, PubMed, CINAHL) με στρατηγική αναζήτησης τον συνδυασμό των ακόλουθων λέξεων ευρετηριασμού: προεγχειρητικό άγχος, νοσηλευτική, ψυχολογική στήριξη. Εντοπίστηκαν 123 άρθρα (γενικά άρθρα, κλινικές μελέτες, ανασκοπήσεις, και μετα-αναλύσεις) και μετά από διορθώσεις για διπλές αναφορές, το τελικό υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 38 επιλεγμένα άρθρα, δημοσιευμένα κατά την τελευταία δεκαετία.

Αποτελέσματα: Πολλές μελέτες αναδεικνύουν τη χρησιμότητα της προεγχειρητικής προετοιμασίας μέσω εξειδικευμένης πληροφόρησης και παρεμβάσεων κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με την προσαρμογή στο χειρουργείο. Επίσης, έχει προταθεί η χρήση μεθόδων και στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιούν το άτομο για να μειώσει το άγχος και να χειριστεί τις ψυχοπνευματικές διαστάσεις του επικείμενου χειρουργείου. Τέλος, έχουν εφαρμοσθεί με επιτυχία διάφορες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και άλλες εξειδικευμένες τεχνικές διαχείρισης της κρίσης ως μέτρα αντιμετώπισης τόσο του προεγχειρητικού άγχους, αλλά και του στρες της νόσου.

Συμπεράσματα: Η προεγχειρητική κλινική φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει τη συστηματική επεξεργασία του προεγχειρητικού άγχους μέσω εξειδικευμένων πληροφοριών. Ωστόσο, συμπεριφορικές ή γνωστικές παρεμβάσεις που διευκολύνουν τον αυτοέλεγχο φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικές και να έχουν σημαντική επίδραση στην μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς. Η σχετική κατάρτιση και εκπαίδευση των νοσηλευτών πρέπει να είναι επαρκής και μέρος της συνεχιζόμενης εκπαίδευσής τους.

Λέξεις Κλειδιά: Προεγχειρητικό άγχος, νοσηλευτική, ψυχολογική στήριξη.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Δημήτριος Θεοφανίδης, Ιεροσολύμων 21, Καλαμαριά, 55134, Θεσσαλονίκη, Τηλ:2310 430440, Κιν. 6945227796, E-mail: dimitrisnoni@yahoo.gr

Presurgical stress: Nursing and psychological interventions

Fountouki Antigoni¹, Theofanidis Dimitrios²

1. RN, MSc, «AHEPA» Hospital, Thessaloniki
2. RN, MSc, Lecturer, Nursing Department, ATEI

ABSTRACT

Feelings of ambivalence, melancholy, despair and fear are usual psychological reactions prior to a surgical intervention.

Aim: the main aim of this review is a comprehensive presentation of pre-operative anxiety as well as the analysis of the effectiveness of relevant nursing and psychological interventions. A secondary aim was to highlight the role of the nurse in treating pre-operative anxiety.

Method: A search in Greek and international databases (IATROTEK, PubMed, CINAHL) was conducted. The search strategy combined the following key word: preoperative anxiety, nursing, psychological support. Initially, 123 articles were identified (general articles, clinical studies, reviews, and meta-analysis) and after adjustments for duplicate results, the final material of this review were 38 selected articles published during the last decade.

Results: Many studies demonstrate the usefulness of preoperative preparation through specialized information and social support interventions in relation to post-surgery adaptation process. The use of methods and strategies that enable the individual to reduce stress and handle the highly-stressing dimensions of the impending surgery have also



been proposed. Finally, various psychotherapeutic interventions and other specialized techniques of crisis management as measures to address both the pre-operative anxiety and stress brought about by the disease have also successfully been implemented.

Conclusions: The preoperative clinical care must include the systematic treatment of pre-operative anxiety through specialized information. However, behavioral or cognitive interventions that facilitate self-control appear to be more effective and have significant influence on the patient's postoperative course. Training and education of nurses should be sufficient and part of their continuing education.

Keywords: Pre-surgical stress, nursing, psychological support.

Corresponding Author: *Dimitrios Theofanidis, Ierosolimon 21, Kalamaria 55134, Thessaloniki, Greece, Telephone: 2310 430440, Mobile: 6945227796, E-mail: dimitrisnoni@yahoo.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεώρηση του ανθρώπου ως ψυχοσωματικής ενότητας αποτελεί όλο και περισσότερο την επιλεγμένη μέθοδο προσέγγισης που χρησιμοποιούν τα υγειονομικά επαγγέλματα. Εκτός από τα αναγνωρισμένα νοσογόνα αίτια που προσβάλλουν τον άνθρωπο, παράγοντες όπως τα προβλήματα της καθημερινότητας, οι αρνητικές συμπεριφορές ζωής και οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, όχι μόνο ασκούν επίδραση στην εκδήλωση της αρρώστιας, αλλά και επηρεάζουν την πορεία και την έκβασή της, προσδιορίζοντας έτσι την υγεία και την ποιότητα ζωής του ατόμου.¹

Η ψυχοσωματική θεώρηση της υγείας και της νόσου του ανθρώπου στηρίζεται σε κλινικές παρατηρήσεις και μελέτες του ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων. Αυτές αφορούν τον χρόνο και την περίσταση της εμφάνισης της νόσου, τον τόπο και την εντόπιση της αρρώστιας καθώς και την πορεία, τη διάρκεια και την έκβασή της. Οι σωματικοί και ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη

διατήρηση της υγείας ή την εμφάνιση της ασθένειας συνδέονται στενά με την πορεία της ανθρώπινης ανάπτυξης. Στο πλαίσιο αυτής της θεώρησης η πλήρης διάγνωση μιας νόσου συνήθως περιλαμβάνει σωματικούς και ψυχικούς παράγοντες καθώς και κοινωνικά και πολιτιστικά στοιχεία.²

Οι πιο συνηθισμένες ψυχολογικές αντιδράσεις και καταστάσεις πριν από την εκδήλωση σωματικής αρρώστιας, είναι αισθήματα αμφιθυμίας, μελαγχολίας και απελπισίας για τυχόν απώλεια αγαπημένων και σημαντικών πραγμάτων, προσώπων, ρόλων ή ευκαιριών. Η απώλεια μπορεί να είναι υπαρκτή, απειλούμενη ή και συμβολική.^{3,4}

Στο πλαίσιο της ολιστικής προσέγγισης, τόσο η προεγχειρητική, όσο και η μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου, περιλαμβάνει παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη τους ψυχολογικούς παράγοντες που συνοδεύουν τον άρρωστο του χειρουργείου. Ο ασθενής που πρόκειται να υποστεί χειρουργική επέμβαση, εκτός της νοσηλείας του στο νοσοκομείο και

της ασθένειάς του συνολικά, βρίσκεται υπό την πίεση του χειρουργείου, κατάστασης που τον φορτίζει συναισθηματικά με περισσότερο φόβο, stress και αγωνία για την έκβασή της. Οι κυριότερες παρεμβάσεις σε προεγχειρητικούς και μετεγχειρητικούς ασθενείς αφορούν την διαχείριση του stress, καθώς και την πληροφόρηση και κοινωνική υποστήριξη του ασθενούς.^{5,6}

Σαν απάντηση τόσο σε ανεπίσημες παρατηρήσεις, όσο και σε ευρήματα ερευνών τα οποία υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς των νοσοκομείων βιώνουν επιδράσεις απώλειας ελέγχου, πολλά νοσοκομεία υιοθετούν παρεμβάσεις οι οποίες βοηθούν την προετοιμασία των ασθενών τόσο στον τομέα της νοσηλείας, όσο και πιο ειδικά στις διαδικασίες τις οποίες πρέπει να υποστούν, όπως χειρουργικές επεμβάσεις, διαγνωστικές εξετάσεις ή άλλες θεραπευτικές επεμβατικές παρεμβάσεις.^{7,8}

Σκοπός

Ο κύριος σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης ήταν η σφαιρική παρουσίαση του προεγχειρητικού άγχους που βιώνει και αντιμετωπίζει η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών. Οι αντικειμενικοί στόχοι του άρθρου αυτού ήταν:

- Η ταξινόμηση των ψυχοπροστατευτικών παρεμβάσεων για τον προεγχειρητικό ασθενή,

- Η διεξοδική ανάλυση της αποτελεσματικότητας των σχετικών νοσηλευτικών και ψυχολογικών παρεμβάσεων και
- Η ανάδειξη του ρόλου του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του προεγχειρητικού άγχους.

Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε Ελληνικές και διεθνείς βάσεις δεδομένων (ΙΑΤΡΟΤΕΚ, PubMed, CINAHL) με στρατηγική αναζήτησης τον συνδυασμό των ακόλουθων λέξεων ευρετηριασμού: προεγχειρητικό άγχος, νοσηλευτική, ψυχολογική στήριξη. Αρχικά εντοπίστηκαν 123 άρθρα (γενικά άρθρα, κλινικές μελέτες, ανασκοπήσεις, και μετα-αναλύσεις) και μετά από διορθώσεις για εγγύτητα του περιεχομένου ως προς το σκοπό και τους αντικειμενικούς στόχους του άρθρου αυτού, καθώς και για διπλές αναφορές, το τελικό υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 38 επιλεγμένα άρθρα, δημοσιευμένα κατά την τελευταία δεκαετία.

Αποτελέσματα

Η κριτική ανάλυση και διεξοδική διερεύνηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε πολλές παραμέτρους του υπό διερεύνηση θέματος οι οποίοι ομαδοποιήθηκαν στις ακόλουθες κατηγορίες: *Παρεμβάσεις που αυξάνουν τον έλεγχο του εαυτού, Κοινωνική υποστήριξη, Διαχείριση του stress, Το χειρουργείο ως Κρίση,*



και Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Οι θεματικές αυτές ενότητες περιγράφουν τις παρεμβάσεις της υγειονομικής ομάδας, τόσο σε ατομικό αλλά και ευρύτερο επίπεδο.

Αντιμετωπίζοντας το χειρουργείο μέσω παρεμβάσεων που αυξάνουν τον έλεγχο του εαυτού

Η απαρχή των αλλαγών στην προετοιμασία του ασθενή για το χειρουργείο έγινε πριν από έξι δεκαετίες όταν ο Αμερικανός ψυχολόγος Irving Janis δημοσίευσε μια καινοτόμα για την εποχή μελέτη του προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους, καθώς και τρόπους αντιμετώπισης του. Μια από τις πρώτες παρατηρήσεις του Janis, ήταν ότι όταν ο ασθενής δεν εκδήλωνε κάποια ανησυχία ή έγνοια πριν το χειρουργείο, δεν ήταν σε θέση να αντιμετωπίσει τη διαδικασία του χειρουργείου και το άγχος που τη συνοδεύει. Έδωσε σε αυτή το φαινόμενο τον όρο «διαδικασία ανησυχίας» θεωρώντας πως οι ασθενείς πρέπει να επεξεργαστούν το φόβο τους και την απώλεια ελέγχου λόγω χειρουργείου, πριν προσαρμοστούν σε αυτά.⁹ Οι παρατηρήσεις του Janis είχαν σαν αποτέλεσμα τη διενέργεια παρεμφερών μελετών. Αν και ο Janis θεωρούσε ότι ο φόβος και η «διαδικασία ανησυχίας» αποτελούν απαραίτητα συστατικά στη διαδικασία της προεγχειρητικής πληροφόρησης, οι νεώτερες έρευνες υποστηρίζουν ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα προσδιορίζεται κυρίως από την

πληροφοριακή αξία της προεγχειρητικής επικοινωνίας καθαυτής. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς που προετοιμάζονται προσεκτικά για το χειρουργείο και τις παρενέργειές του, παρουσιάζουν καλύτερη μετεγχειρητική προσαρμογή. Οι ασθενείς οι οποίοι δεν είναι προετοιμασμένοι καταλλήλως, παρουσιάζουν φτωχότερη μετεγχειρητική προσαρμογή.^{10,11}

Η αρχική δουλειά του Janis, έδωσε το έναυσμα για μια πληθώρα μελετών παρέμβασης. Ένα παράδειγμα τέτοιου είδους μελέτης είναι η δουλειά του Pollo και των συνεργατών του με ασθενείς που επρόκειτο να κάνουν χειρουργείο κοιλίας. Σε αυτή τη μελέτη, οι μισοί από τους ασθενείς είχαν ενημερωθεί για την ύπαρξη μετεγχειρητικού πόνου και τους είχαν δοθεί πληροφορίες για την κανονικότητα του, τη διάρκεια και τη σοβαρότητά του. Είχαν επίσης εκπαιδευτεί σε ασκήσεις αναπνοών με σκοπό τη μείωση του πόνου. Οι άλλοι μισοί ασθενείς δεν είχαν λάβει καμία οδηγία. Κατά τη μετεγχειρητική εξέταση οι ασθενείς της ομάδας που είχαν πάρει οδηγίες έδειξαν καλύτερη μετεγχειρητική προσαρμογή καθώς χρειάστηκαν λιγότερα παυσίπονα και πήραν εξιτήριο νωρίτερα από τους ασθενείς της άλλης ομάδας.¹²

Πολλές μελέτες¹³⁻¹⁵ εξέτασαν το ρόλο της προετοιμασίας μέσω πληροφόρησης σε σχέση με την προσαρμογή στο χειρουργείο και το γενικό συμπέρασμα είναι ότι τέτοιου είδους προετοιμασία έχει ευεργετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς. Οι ασθενείς που

ενημερώνονται για το τι θα αισθανθούν μετεγχειρητικά, παρουσιάζουν λιγότερο μετεγχειρητικό άγχος και φεύγουν νωρίτερα από το νοσοκομείο από ότι οι μη-ενημερωμένοι ασθενείς. Το ίδιο ισχύει για ασθενείς που διδάσκονται προεγχειρητικά ασκήσεις αναπνοής καθώς και ασκήσεις κινητοποίησης των άκρων. Η πληροφόρηση η οποία ενημερώνει τους ασθενείς σχετικά με τα συμβάντα του χειρουργείου και τη σειρά που αυτά λαμβάνουν χώρα, μειώνει επίσης το μετεγχειρητικό άγχος. Η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία μπορεί επίσης να μειώσει την ανάγκη για παυσίπονα. Άλλες έρευνες επίσης έδειξαν ότι η συγκατοίκηση στο ίδιο δωμάτιο με ασθενή που είχε ήδη χειρουργηθεί για παρόμοια νόσο, μπορεί να προσφέρει πληροφορίες που επηρεάζουν τον τρόπο που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν το χειρουργείο.^{16,17}

Ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα είχαν μελέτες κατά τις οποίες έγινε σε προεγχειρητικούς ασθενείς συστηματική γνωστική εκπαίδευση κατά την οποία τους δόθηκαν οδηγίες να αποσπασούν την προσοχή τους από τις δυσάρεστες πλευρές του χειρουργείου και να δώσουν σημασία μόνο στις ευεργετικές πλευρές του (π.χ. τα οφέλη της όλης διαδικασίας για την υγεία). Σε σύγκριση με ομάδα ασθενών που δεν είχαν κάνει αυτή την θεραπεία, παρουσίασαν μειωμένη ανάγκη για παυσίπονα μετεγχειρητικά.^{18,19}

Είναι εμφανές ότι οι παρεμβάσεις που διευκολύνουν τον έλεγχο του εαυτού έχουν σημαντική επίδραση στην μετεγχειρητική προσαρμογή. Αυτές μπορεί να είναι πληροφοριακές, συμπεριφορικές ή γνωστικές παρεμβάσεις. Οι αποδείξεις (μέσω ερευνών) της αξίας του ψυχολογικού ελέγχου οδήγησαν σε σημαντικές αλλαγές στην προεγχειρητική προετοιμασία των ασθενών.²⁰

Κοινωνική υποστήριξη και προεγχειρητικό άγχος

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται για σοβαρές ασθένειες ή χειρουργικές επεμβάσεις, συχνά βιώνουν άγχος. Είναι γνωστό ότι η συναισθηματική υποστήριξη μπορεί να μειώσει το άγχος κατά τη διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων. Τελευταία οι επιστήμονες χρησιμοποίησαν αυτού του είδους τις παρατηρήσεις για να αναπτύξουν παρεμβάσεις για τους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς.²¹

Οι Mayne και Bagaoisan²² ανέπτυξαν ένα είδος παρέμβασης κοινωνικής υποστήριξης για ασθενείς που επρόκειτο να κάνουν χειρουργείο καρδιάς. Μερικοί από τους ασθενείς τοποθετήθηκαν σε θάλαμο με συγκατοικο ασθενή που ετοιμαζόταν για χειρουργείο καρδιάς (προεγχειρητική συνθήκη) ενώ άλλοι είχαν ως συγκατοικο ασθενή που είχε ήδη κάνει χειρουργείο. Επιπρόσθετα, ασθενείς τοποθετήθηκαν σε



δωμάτιο με ασθενή που είχε κάνει χειρουργείο ίδιο ή διαφορετικό με το δικό τους.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που είχαν ως συγκάτοικο μετεγχειρητικό ασθενή ωφελήθηκαν από αυτή τη συγκατοίκηση. Παρουσίασαν λιγότερο άγχος μετεγχειρητικά, ήταν περισσότερο περιπατητικοί και πήραν γρηγορότερα εξιτήριο από το νοσοκομείο, σε σχέση με αυτούς που είχαν ως συγκάτοικο ασθενή προεγχειρητικής συνθήκης. Το είδος του χειρουργείου του συγκατοίκου (ίδιο ή διαφορετικό), δεν είχε καμία επίδραση. Γιατί όμως η συγκατοίκηση με μετεγχειρητικό ασθενή βελτίωσε την προσαρμογή σε προεγχειρητικούς ασθενείς; Μπορεί οι μετεγχειρητικοί ασθενείς να παρείχαν πληροφορίες στους συγκατοίκους τους σχετικά με την μετεγχειρητική περίοδο εξηγώντας πως νιώθουν και τι θα έπρεπε να περιμένουν μετά το χειρουργείο. Οι μετεγχειρητικοί ασθενείς μπορεί επίσης να λειτούργησαν ως μοντέλα για το πώς θα έπρεπε κάποιος να αισθάνεται και να συμπεριφέρεται μετά το χειρουργείο. Όποια και να είναι η εξήγηση, είναι εμφανές ότι η κοινωνική επαφή είχε ωφέλιμα αποτελέσματα όσον αφορά την προσαρμογή στη διαδικασία του χειρουργείου.²³

Τα παραπάνω συμπεράσματα δίνουν έναυσμα για τη διενέργεια περαιτέρω μελετών για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που στοχεύουν στην βελτίωση της προσαρμογής των προεγχειρητικών ασθενών καθώς και αυτών

που πρόκειται να περάσουν οποιαδήποτε επώδυνη ιατρική διαδικασία.

Διαχείριση του stress

Οι μέθοδοι και οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping) που ενεργοποιούν το άτομο, για να μειώσει το stress και να χειριστεί τις εξωτερικές ή εσωτερικές απαιτήσεις μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης διακρίνονται σε δυο κατηγορίες : α) στις στρατηγικές που επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος (problem focused coping) και β) στις στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων του (emotion focused coping).²⁴

Συνήθως οι στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος χρησιμοποιούνται όταν το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να έχει κάποια επίδραση στις στρεσογόνες συνθήκες, είτε μειώνοντας τις απαιτήσεις που προβάλλει η πραγματικότητα είτε αυξάνοντας τα αποθέματά του για να τις αντιμετωπίσει. Για παράδειγμα, η ασθενής στην οποία ανακοινώνεται διάγνωση ινομώματος, συνήθως ανατρέχει σε ιατρικά βιβλία και άλλες πηγές για να ενημερωθεί για την αρρώστιά της και ζητά μια δεύτερη γνώμη πριν δώσει τη συγκατάθεσή της στο προτεινόμενο χειρουργείο.²⁵

Το άτομο χρησιμοποιεί στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων, όταν νιώθει ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτε για να τροποποιήσει τη

στρεσογόνο κατάσταση, με αποτέλεσμα να επιδιώκει να ελέγξει τη συναισθηματική αντίδρασή του σε αυτήν. Για παράδειγμα, ένα άτομο που πάσχει από κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας μπορεί να καταφύγει στη χρήση ηρεμιστικών, οινοπνευματωδών ποτών, να αναζητήσει την υποστήριξη φίλων και συγγενών ή να ασχοληθεί με δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή του από το ψυχοπιεστικό γεγονός (π.χ. υπερ-επενδύει στην εργασία του, παρακολουθεί τηλεόραση κ.λπ.). Άλλοτε πάλι χρησιμοποιεί γνωστικές μεθόδους που αποβλέπουν στην τροποποίηση της αντίληψής του σχετικά με την ψυχοπιεστική κατάσταση που αντιμετωπίζει. Για παράδειγμα, μπορεί να αρνείται τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που υποδηλώνουν την πιθανότητα υποτροπής της ασθένειας ή μπορεί να εκλογικεύει την κατάστασή του θεωρώντας ότι *«υπάρχουν και χειρότερα πράγματα στη ζωή από την κατάσταση που αντιμετωπίζω»* ή επανεκτιμώντας θετικά την κατάσταση σκεπτόμενο ότι *«αν μη τι άλλο, εξαιτίας της αρρώστιάς μου έμαθα να απολαμβάνω τις χαρές της ζωής»*.²⁶

Ένα άτομο που βιώνει στρες συχνά ενεργοποιεί στρατηγικές που αποβλέπουν τόσο στην επίλυση του προβλήματος, όσο και στη ρύθμιση των συναισθημάτων του. Εφόσον το προσωπικό υγείας στηρίζει τον άρρωστο στη διαδικασία της αντιμετώπισης των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που

προβάλλει η ασθένεια, είναι σημαντικό να ενθαρρύνει στρατηγικές αντιμετώπισης που αποβλέπουν και στους δυο στόχους.

Ενδεικτικά αναφέρονται παρακάτω μερικές από τις συνηθέστερες στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το άτομο όταν βιώνει στρες. Η λήψη άμεσων μέτρων περιλαμβάνει τις ενέργειες του ατόμου για την αντιμετώπιση της κατάστασης που του δημιουργεί το στρες. Για παράδειγμα, ο άρρωστος συμβουλευεται το γιατρό, συμμορφώνεται με τις οδηγίες, συμμετέχει στις αποφάσεις που τον αφορούν, δίνει τη συγκατάθεσή του, αλλάζει γιατρό όταν δεν τον εμπιστεύεται κ.λπ. Ακόμη και η δραστηριοποίηση σε τομείς που δεν έχουν καμία σχέση με το πρόβλημα της υγείας μπορούν να λειτουργήσουν επικοδομητικά στην αντιμετώπιση της κατάστασης, καθώς επιτρέπουν την απόσπαση της προσοχής του αρρώστου από τις συνθήκες που του δημιουργούν στρες και συμβάλλουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων του.

Η αναζήτηση πληροφοριών επιτρέπει στο άτομο να αυξήσει τις γνώσεις του σχετικά με την ψυχοπιεστική κατάσταση που αντιμετωπίζει. Η στρατηγική αυτή άλλοτε αποβλέπει στην επίλυση του προβλήματος και άλλοτε στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Για παράδειγμα, μια γυναίκα που πληροφορείται ότι έχει καρκίνο του μαστού αναζητά πληροφορίες σχετικές με τις υπάρχουσες εναλλακτικές θεραπείες, πριν δώσει τη



συγκατάθεσή της (επίλυση προβλήματος), ή και ζητά μια δεύτερη ιατρική γνώμη για να βεβαιωθεί ότι παίρνει τις σωστές αποφάσεις και για να είναι ήσυχη με τη συνείδησή της «ότι έκανε ότι περνούσε από το χέρι της» (ρύθμιση των συναισθημάτων).²⁷

Αντίστοιχα, η αναζήτηση υποστήριξης μπορεί να χρησιμεύσει στη ρύθμιση συναισθημάτων, όταν για παράδειγμα, μια ασθενής που βιώνει στρες αναζητά τη συντροφιά και ηθική συμπαράσταση μιας φίλης. Μπορεί όμως να χρησιμεύσει και στην επίλυση του προβλήματος, όταν, για παράδειγμα, η ίδια ασθενής ζητά από κάποιον συγγενή να αναλάβει τις μητρικές υποχρεώσεις της όσο εκείνη νοσηλεύεται στο νοσοκομείο. Η συναισθηματική εκτόνωση αποβλέπει κυρίως στη ρύθμιση των συναισθημάτων και περιλαμβάνει ενέργειες όπως το κλάμα, τις φωνές, το κάπνισμα, την άθληση, τη χρήση τοξικών ουσιών κ.λπ.²⁸

Οι ενδοψυχικές διεργασίες περιλαμβάνουν διάφορους μηχανισμούς άμυνας μέσω των οποίων το άτομο τροποποιεί την αντίληψή του για την ψυχοπαιστική κατάσταση και με αυτόν τον τρόπο μειώνει το στρες που του προκαλεί. Γνωστικές στρατηγικές όπως η άρνηση, η απώθηση, η διανοητικοποίηση, η εκλογίκευση και άλλες αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Όσο πιο αδύναμο θεωρεί ένα άτομο τον εαυτό του να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση κ.λπ.) τόσο

περισσότερο καταφεύγει στη χρήση παρόμοιων στρατηγικών.

Κρίση

Η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, η αναπηρία ως αποτέλεσμα της νόσου, η οξεία υποτροπή μιας χρόνιας νόσου και άλλες οδυνηρές καταστάσεις, που εμφανίζονται με την επιδείνωση της υγείας του ατόμου, μπορεί να οδηγήσουν έναν άρρωστο σε κρίση, ενώ οι ίδιες καταστάσεις μπορεί να αντιμετωπισθούν από έναν άλλο άτομο ως στρεσογόνα προβλήματα που απαιτούν άμεση επίλυση.

Η κρίση είναι μια μεταβατική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά. Η κρίση δεν οφείλεται σε ένα εξωτερικό γεγονός, αλλά στην ερμηνεία που αποδίδει το άτομο στο γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ως καταστροφικό, τραγικό ή εξαιρετικά απειλητικό, ενώ ταυτόχρονα υπερβαίνει τα αποθέματα που το άτομο διαθέτει για να το αντιμετωπίσει. Οι στόχοι ζωής και το σύστημα αξιών του ατόμου απειλούνται με κατάρρευση. Συχνά «παραλύει», ακινητοποιείται και αδυνατεί να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις που προβάλλει η νέα πραγματικότητα. Μια κρίση μπορεί να προκληθεί με αφορμή την εμφάνιση ενός απροσδόκητου, απειλητικού γεγονότος, ενώ άλλοτε μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της

χρόνιας έκθεσης του ατόμου σε στρεσογόνες καταστάσεις που αδυνατεί να επιλύσει αποτελεσματικά.²⁹

Η κρίση είναι χρονικά περιορισμένη και διαρκεί από μερικές ώρες μέχρι οκτώ εβδομάδες. Στο διάστημα αυτό το άτομο δοκιμάζει νέους τρόπους αντιμετώπισης που αποβλέπουν στη μείωση της συναισθηματικής φόρτισης και στην προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος.

Χαρακτηριστικά του ατόμου που βρίσκεται σε κρίση

Το άτομο κατακλύζεται από άγχος και χάνει την ικανότητα να σκεφτεί ψύχραιμα ή να αφομοιώσει πληροφορίες που του παρέχονται. Εμφανίζονται δυσκολίες ακόμη και απλού προγραμματισμού, σχεδιασμού και επαρκούς προσδιορισμού στόχων για το μέλλον. Επιπροσθέτως, ο ασθενής βιώνει μια έντονη την αίσθηση της μοναξιάς. Συχνά, αδυνατεί να ζητήσει βοήθεια ή να κάνει χρήση της υποστήριξης που ενδεχομένως του παρέχει το περιβάλλον.³⁰

Τέλος, καθώς το άτομο τελεί υπό καθεστώς κρίσης, συχνά παρουσιάζει ψυχοσωματικά συμπτώματα που είναι άμεσα συνδεδεμένα με το υπερβολικό στρες που βιώνει, όπως απώλεια όρεξης και ύπνου, στηθαγχικά άλγη, ταχυκαρδικά και ημικρανικά επεισόδια. Τέλος, σε ορισμένες περιπτώσεις επανεμφανίζονται οργανικές διαταραχές από τις οποίες το άτομο

υπέφερε στο παρελθόν, όπως άσθμα ή έλκος στομάχου.

Παρέμβαση στην κρίση

Η παρέμβαση στην κρίση είναι δυναμική, άμεση, χρονικά περιορισμένη και εστιάζεται στο παρόν. Οι στόχοι παρέμβασης στην κρίση περιλαμβάνουν: α) τη μείωση του άγχους και την προστασία του ατόμου από πρόσθετους στρεσογόνους παράγοντες, β) την ενεργοποίησή του, με τη βοήθεια του υποστηρικτικού δικτύου, ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της νέας πραγματικότητας και γ) την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχικής ισορροπίας.³¹

Πολλοί επιστήμονες έχουν περιγράψει διάφορα στάδια παρέμβασης στην κρίση. Συνοπτικά, σε πρώτη φάση ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να εστιάζει στην εκτίμηση της κατάστασης της κρίσης, στη συνέχεια να σχεδιάζει επιτυχώς και να παρεμβαίνει υποστηρικτικά και, τέλος, μαζί με το άτομο, να αξιολογούν τις επιπτώσεις που είχε η κρίση στη ζωή του.

Στάδιο 1: εκτίμηση της κατάστασης της κρίσης
Συνήθως ο επαγγελματίας υγείας που παρεμβαίνει στη κρίση δεν διαθέτει το χρόνο να συλλέξει ή να αναλύσει πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό και την προσωπικότητα του ατόμου. Συνήθως καλείται να παρέμβει εκτιμώντας πρώτα μερικά δεδομένα που αφορούν:



α) Τα γεγονότα που συνέβαλαν στην κρίση (τι συνέβη; ποια άτομα συμμετείχαν στην κατάσταση της κρίσης και πως εξελίχθηκε η σχέση μεταξύ τους;)

β) Την ψυχική κατάσταση του ατόμου που περιλαμβάνει τη λειτουργία του σε γνωστικό επίπεδο (πως αντιλαμβάνεται την κρίση και τη σοβαρότητά της), σε συναισθηματικό επίπεδο (πόσο κατακλύζεται από συναισθήματα ή πόσο τα απωθεί χωρίς να εκδηλώνει κανένα) και σε επίπεδο συμπεριφοράς (πως αντιδρά, εάν αποσύρεται ή ενεργοποιείται). Επίσης αξιολογείται κατά πόσο ο άρρωστος με τη συμπεριφορά του βάζει σε κίνδυνο τη ζωή του ή των άλλων.

γ) Τα διαθέσιμα αποθέματα, ψυχικά και κοινωνικά, του ατόμου. Αυτά περιλαμβάνουν τις στρατηγικές που το άτομο ενεργοποιεί και την υποστήριξη που δέχεται από το περιβάλλον του (π.χ. είχε αντιμετωπίσει παρόμοιες καταστάσεις στο παρελθόν; πως είχε αντιδράσει; ποιος και πως του συμπαραστάθηκε; ποιες οι επιπτώσεις της υποστήριξης που δέχθηκε ή που επιθυμεί να λάβει για την αντιμετώπιση της παρούσας κρίσης; κ.λπ.).³²

Στάδιο 2: παρέμβαση στην κρίση

Η παρέμβαση επικεντρώνεται στο παρόν και σε τρία επίπεδα.

α) *παροχή πληροφοριών*: άρρωστος που βρίσκεται σε κρίση βιώνει μια αίσθηση επικείμενης καταστροφής, καθώς

αντιμετωπίζει ένα άγνωστο γεγονός, χωρίς να γνωρίζει πώς να ενεργήσει. Η ζωή του αλλάζει από τη μια στιγμή στην άλλη. Η κατάλληλη πληροφόρηση μπορεί να τον βοηθήσει να βάλει τάξη στο χάος που βιώνει καθώς του παρέχει μια αίσθηση δύναμης και ελέγχου της καταστάσεως. Η πληροφόρηση όμως πρέπει να είναι ανάλογη με την ικανότητα του ατόμου να την αφομοιώσει και προσαρμοσμένη στις ανάγκες του τη δεδομένη στιγμή.

Επομένως, η ενημέρωση του αρρώστου μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες σε τρία επίπεδα:

- α) πληροφορίες σχετικά με συγκεκριμένα γεγονότα (ιατρικές εξετάσεις, επικείμενο χειρουργείο, θεραπευτική αγωγή).
- β) πληροφορίες σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες ή / και ειδικούς επιστήμονες υγείας που μπορούν να παρέχουν συγκεκριμένη βοήθεια στο άτομο που βρίσκεται σε κρίση και
- γ) πληροφορίες σχετικά με αντίστοιχες ή παρόμοιες καταστάσεις υγείας.

Πολλές φορές αρκεί να ειπωθεί στον άρρωστο ότι οι αντιδράσεις του είναι φυσιολογικές και τα συναισθήματά του παρόμοια με εκείνα που βιώνουν άλλοι ασθενείς που αντιμετωπίζουν ανάλογες καταστάσεις.³³

Η σημασία της πληροφόρησης στους ασθενείς που πρόκειται να κάνουν χειρουργείο, είναι βασική και είναι παράγοντας που μειώνει κατά πολύ το προεγχειρητικό άγχος. Πολλές

φορές λόγω του φόρτου εργασίας, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει το χρόνο να δώσει την κατάλληλη πληροφόρηση στον προεγχειρητικό ασθενή με αποτέλεσμα αυτός να αντιλαμβάνεται με λάθος τρόπο την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, να παρουσιάζει φοβία και αντιδραστική συμπεριφορά, τόσο απέναντι στο προσωπικό όσο και απέναντι στους οικείους του ή ακόμη και να μην δίνει τη συγκατάθεση για το χειρουργείο, φοβούμενος τις αρνητικές συνέπειές του.

β) παροχή υποστήριξης: Παρ' όλη την μοναξιά που νιώθει το άτομο που βρίσκεται σε κρίση, η γενικότερη υποστήριξη που του παρέχει το περιβάλλον μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη μείωσή της. Για πολλά άτομα όμως, η αναζήτηση ή/και αποδοχή υποστήριξης ισοδυναμεί με αδυναμία, εξάρτηση και απόδειξη της ανεπάρκειάς τους και οι συγκεκριμένοι ασθενείς ενώ αποφεύγουν τα υποστηρικτικά δίκτυα και δομές, ταυτόχρονα τα χρειάζονται.

Η υποστήριξη μπορεί να είναι ηθική όπως η συναισθηματική συμπαράσταση και η φροντίδα, ή πρακτική όπως η ανάληψη ρόλων και διευθέτηση εκκρεμών υποθέσεων. Μπορεί να παρέχεται από πρωτίστως από συγγενείς και φίλους, από επαγγελματίες της υγείας ή ακόμη και από αγνώστους. Στην περίπτωση των προεγχειρητικών ασθενών η κοινωνική υποστήριξη από άλλους ασθενείς που έχουν κάνει παρόμοιο χειρουργείο, βοηθά στη

μείωση του προεγχειρητικού άγχους, όπως έχει ειπωθεί και παραπάνω.^{34,35} Η υποστήριξη όμως δεν είναι πάντα βοηθητική καθώς σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο, ιδίως όταν δεν ανταποκρίνεται στις συγκεκριμένες ανάγκες του αρρώστου ή όταν οι προσδοκίες του ασθενή δεν είναι ρεαλιστικές όσο αφορά στην υποστήριξη που χρειάζεται.

Συνήθως, τα άτομα που βρίσκονται σε κρίση έχουν την τάση να παλινδρομούν και να αναπτύσσουν σχέσεις εξάρτησης με όσους προσφέρουν βοήθεια. Κι ενώ η παλινδρόμηση είναι ευεργετική όταν είναι παροδική, είναι σημαντικό να μην παρατείνεται ή/και να εδραιώνεται με τη βοήθεια του προσωπικού υγείας που ικανοποιεί προσωπικές του ανάγκες, διατηρώντας τον άρρωστο σε κατάσταση αδυναμίας και εντείνοντας την αίσθηση της ανεπάρκειάς του.³⁶

γ) προσδιορισμός εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης της κρίσης και βραχυπρόθεσμων στόχων δράσης: Όπως ήδη αναφέρθηκε, το άτομο σε κρίση έχει την αίσθηση ότι βρίσκεται παγιδευμένο σε μια αδιέξοδη κατάσταση που δεν επιδέχεται λύση. Γι' αυτό το λόγο, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις πρέπει να αποβλέπουν στη διερεύνηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των δυσκολιών, χωρίς αυτές να αποτελούν και την άμεση ή ολοκληρωτική λύση του προβλήματος. Στην ουσία, θα πρέπει να δίνουν στο άτομο την αίσθηση ότι διαθέτει επιλογές



και ότι μπορεί να εξασφαλίσει μερικό έλεγχο όταν προσανατολίζεται στην υλοποίηση βραχυπρόθεσμων άμεσων στόχων. Οι στόχοι αυτοί προσδιορίζονται στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης και της στενής συνεργασίας μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας. Είναι επίσης σημαντικό να νιώθει ο ασθενής ότι τόσο ο στόχος, όσο και ο προγραμματισμός που αποβλέπει στην υλοποίησή του, ανταποκρίνονται στις ανάγκες του.^{37,38}

Συμπεράσματα

Η συνεχής αλληλεπίδραση ψυχικών και σωματικών φαινομένων στην υγεία και στην αρρώστια υπαγορεύει την ολιστική προσέγγιση του αρρώστου. Η προσφορά στον ασθενή είναι ελλιπής αν περιορίζεται μόνο στη σωματική ασθένεια και δεν αντιμετωπίζει και το ψυχικό στοιχείο, που άλλοτε έχει αιτιολογικό ρόλο για τη νόσο και άλλοτε πλαισιώνει τη σωματική πάθηση.

Η φροντίδα του προεγχειρητικού ασθενούς και η αντιμετώπιση του προεγχειρητικού άγχους πρέπει να συμπεριλαμβάνουν αρχικά, όσο το δυνατόν καλύτερη πληροφόρηση του ασθενούς, υποστήριξη καθώς και βοήθεια όσον αφορά την καταπολέμηση του άγχους. Για το λόγο αυτό το προσωπικό υγείας θα πρέπει να έχει επαρκή εκπαίδευση, όχι μόνο όσον αφορά τη σωματική φροντίδα αλλά και την ψυχολογική φροντίδα και υποστήριξη του προεγχειρητικού ασθενούς ο οποίος συχνά

βιώνει την επικείμενη επέμβαση ως αξεπέραστο εμπόδιο, πηγή άγχους και κατάσταση κρίσης..

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Liou H, Chao Y, Kuo T, Chen H. Physiological, psychological and autonomic responses to pre-operative instructions for patients undergoing cardiac surgery. *Chin J Physiol* 2008;(5):317-323.
2. Ραγιά Α. Η νοσηλευτική του ανθρώπου ως μοναδικού προσώπου. *Νοσηλευτική* 2006;45(1):19-24.
3. Jafar M, Khan F. Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. *J Pak Med Assoc* 2009;59(6):359-363.
4. Κοτρώτσιου Ε, Αργυρούδης Ε. Προεγχειρητική ανησυχία – άγχος, ο ρόλος του Νοσηλευτή. *Νοσηλευτική* 2001;40:39-45.
5. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *J Neurosurg Anesthesiol* 2009;21(2):127-130.
6. Kotrotsiou E, Theodosopoulou E, Papathanasiou I, Dafogianni C, Raftopoulos V, Konstantinou E. How do patients experience stress caused by hospitalization and how nurses perceive this stress experienced by patients? A comparative study. *ICUs & Nursing Web Journal* 2001;7:1-17.

7. Nilsson U. The Anxiety and Pain Reducing Effects of Music Interventions: A systematic review. *AORN Journal* 2008;87(4):780-807.
8. Stirling L. Reduction and management of perioperative anxiety. *Br J Nurs*. 2006;15(7):359-361.
9. Janis I. Psychological stress: psychoanalytic and behavioural studies of surgical patients. Wiley, New York. 1958.
10. Pritchard M. Managing anxiety in the elective surgical patients. *Br J Nurs*. 2009; 18(7):416-419.
11. Hooyman N, Kiyak, H. Social gerontology: A multidisciplinary perspective (6th ed). Boston: Allyn & Bacon. 2002.
12. Pollo A, Amanzio M, Arslanian A, Casadio C, Maggi G, Benedetti F. Response expectancies in placebo analgesia and their clinical relevance. *Pain* 2001;93:77-84.
13. Rosen S, Svensson M, Nilsson U. Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. *J Perianesth Nurs* 2009;23(4):237-246.
14. Gramke H, de Rijke J, van Kleef M, Kessels A, Peters M, Sommer M. et al. Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery. *Clin J Pain* 2009; 25(6):455-60.
15. Kotrotsiou E, Roupa Z, Papathanasiou I. Pre-surgical Instruction and Guidance: A study from a Greek Surgical Clinic. *ICUs & Nursing Web Journal* 2004;19:1-10.
16. Kiely L. An investigation into the information received by patients undergoing a gastroscopy in a large teaching hospital in Ireland. *Gastroenterol Nurs* 2008; 31(3):212-222.
17. Chundamala J, Wright J, Kemp S. An evidence-based review of parental presence during anesthesia induction and parent/child anxiety. *Can J Anaesth* 2009;56(1):57-70.
18. Daltroy L, Morlino C, Eaton H, Poss R, Liang M. Preoperative education for total hip and knee replacement patients. *Arthritis Care Res* 1998;11(6):469-78.
19. Γιακουμιδάκης Κ, Μπροκαλάκη-Πανουδάκη Η. Εκπαίδευση Ασθενούς που Υποβάλλεται σε Χειρουργική Επέμβαση Αορτοστεφανιαίας Παράκαμψης. *Νοσηλευτική* 2009;48(2):164-172.
20. Κοτρώτσιου Ε, Θεοδοσοπούλου Ε. Η προεγχειρητική ενημέρωση-πληροφόρηση-διδασκαλία του ασθενούς και ο ρόλος του νοσηλευτή. *Νοσηλευτική* 2001;40(2):28-30.
21. Janzen J, Hadjistavropoulos H. Examination of negative affective response to waiting for surgery. *Can J Nurs Res* 2008;40(4):72-91.
22. Mayne I, Bagoisan C. Social support during anaesthesia induction in an adult surgical population. *AORN* 2009;89(2):307-310
23. Κοτρώτσιου Ε, Θεοδοσοπούλου Ε. Προεγχειρητική προετοιμασία- Ιστορική εξέλιξη. *Νοσηλευτική* 2000;39(4):413-417.
24. Kaptein A, Weinman J. Health psychology, BRS, Blackwell, 2004:170-185.



25. Montin L, Leino-Kilpi H, Katalisto J, Lepisto J, Kettunen J, Suominen T. Anxiety and health-related quality of life of patients undergoing total hip arthroplasty for osteoarthritis. *Chronic Illn* 2007;3(3):219-227.
26. Knoll N, Burkert S, Rosemeier H, Roigas J, Gralla O. Predictors of spouses' provided support for patients receiving laparoscopic radical prostatectomy peri-surgery. *Psychooncology* 2007;16(4):312-319.
27. Roizen M. The surgical burden: how to prevent a crisis in perioperative medicine. *Cleve Clin J Med* 2006;73:suppl 1:G8-12.
28. Lee D, Lee S. Pre-operative teaching: how does a group of nurses do it? *Contemp Nurse* 2000;9(1):80-88.
29. Micik S, Borbasi S. Effect of support programme to reduce stress in spouses whose partners 'fall off' clinical pathways post cardiac surgery. *Aust Crit Care* 2002;5(1):33-40.
30. van der Poel A, Greeff A. The influence of coronary bypass graft surgery on the marital relationship and family functioning of the patient. *J Sex Marital Ther* 2003;29(1):61-77.
31. Δαρμή Ε. Η Ψυχολογικές αντιδράσεις των γονιών, όταν το παιδί τους νοσεί από ψυχική ασθένεια. *Νοσηλευτική* 2007;46(2):215-225.
32. Rosen S, Svenson M, Nilsson U. Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. *J Perianesth Nurs* 2008;23(4):237-246.
33. Ai A, Peterson C, Bolling S, Rodgers W. Depression, faith-based coping and short-term postoperative global functioning in adult and older patients undergoing cardiac surgery. *J Psychosom Res* 2008; 60(1):21-28.
34. Mitchell M. Nursing intervention for pre-operative information. *Nursing Standard* 2000;14(37):40-43.
35. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, 1999 Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
36. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care* 2004;9(2):72-79.
37. Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information. *Nursing Standard* 2002;16(28):33-37.
38. Κοτρώτσιου Ε, Θεοδοσοπούλου Ε, Παπαθανασίου Ι, Τζαβέλας Γ, Κουτσοπούλου Β, Μπακούρας Σ. Η προεγχειρητική ανησυχία των ασθενών και η σχέση της με τη μετεγχειρητική τους πορεία. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2002;1(3):135-142