



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΘΕΜΑ: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ
ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΝΤΩΝ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ.**

ΣΟΦΙΑ Η.ΓΚΙΟΒΑΣΟ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ, Msc

Γ΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Π.Γ.Ν.Α «ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΖΑΒΡΑΣ, Αν. Καθηγητής Παιδοχειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν.
“Αττικόν” Ε.Κ.Π.Α**

ΑΘΗΝΑ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2021-2022

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ζάβρας Νικόλαος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Επιβλέπων

Δουζένης Αθανάσιος, Καθηγητής

Κυρίτση Ελένη, Καθηγήτρια

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μισιάκος Ευάγγελος, Καθηγητής Χειρουργικής

Πατάπης Παύλος, Καθηγητής Χειρουργικής

Βασιλείου Σταύρος, Αναπληρωτής Καθηγητής Στοματο-Γναθοχειρουργικής

Νάστος Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Ζάβρα Νικόλαο, ο οποίος κατά τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της διδακτορικής διατριβής με στήριξε, με συμβούλεψε και με καθοδήγησε. Το ακαδημαϊκό του ήθος, η επιστημονική του ικανότητα και η επιθυμία του για το άριστο, συνέβαλαν ώστε να πετύχω το βέλτιστο αποτέλεσμα για την παρούσα εργασία.

Θερμές ευχαριστίες στον κ. Δουζένη Αθανάσιο για την πολύτιμη καθοδήγησή του ως προς την συγγραφή της διατριβής και την ολοκλήρωσή της.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα και εκ βάθους καρδιάς την κ. Κυρίτση Ελένη, καθηγήτρια Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, που με την εμπιστοσύνη της σε στο πρόσωπό μου αποτέλεσε το έναυσμα για την προσπάθεια αυτή. Ελπίζω να φάνηκα αντάξια της εμπιστοσύνης της.

Επίσης, θερμές ευχαριστίες για την εγκάρδια υποδοχή τους και τη διευκόλυνση κατά τη διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων στους Διευθυντές, τους γιατρούς, την προϊστάμενη και στο υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό της Γ΄ Πανεπιστημιακής Χειρουργικής Κλινικής του Π.Γ.Ν “ΑΤΤΙΚΟΝ”, όπου διεξήχθη η έρευνα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους ασθενείς που, παρά το άγχος τους για την επικείμενη επέμβασή τους, δέχθηκαν να συμμετάσχουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	8
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΩΝ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	12
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	13
Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ SPIELBERGER	15
ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.....	17
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ...	18
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ.....	20
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	25
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	30
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	34
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΚΑΙ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ .	35
Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	37
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ.....	38
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	42
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	44
ΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ.....	44
ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....	48
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	53
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	54
ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	55
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	56
ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	61
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	62
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	63
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	64
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ	70

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	89
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	97
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	98
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	100
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ	102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	119

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ανέκαθεν, η ποσότητα και το είδος της παρεχόμενης πληροφορίας στον ασθενή από τον επαγγελματία υγείας βασιζόνταν κυρίως στα κλινικά ευρήματα, συμπτώματα καθώς και στη συγκεκριμένη ιατρική διάγνωση και όχι στα ειδικά ψυχοκοινωνικά και πολιτιστικά θέματα που πιθανόν επηρέαζαν την ποιότητα ζωής του ασθενούς και τα επίπεδα άγχους του. Η εκπαίδευση του ασθενούς εστιαζόταν περισσότερο στην πληροφορία την οποία ο επαγγελματίας υγείας θεωρούσε ότι είναι σημαντική παρά στην πληροφορία που ο ασθενής θα επιθυμούσε ή ήταν απαραίτητο για αυτόν να μάθει. Επιπλέον, πολλοί επαγγελματίες υγείας πίστευαν ότι ο ασθενής δεν έχει την απαραίτητη γνώση ώστε να κατανοήσει πλήρως την πληροφορία ούτε και το ενδιαφέρον για απόκτηση πρόσθετων πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση της υγείας του. Κατά συνέπεια, ο επαγγελματίας υγείας καθόριζε το είδος και βαθμό της πληροφορίας που θα ελάμβανε ο ασθενής με αποτέλεσμα την περιορισμένη ενημέρωση του¹.

Αυτή η προσέγγιση στην παροχή πληροφοριών και εκπαίδευσης του ασθενή έχει αλλάξει. Αν και πολλοί πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες έχουν βοηθήσει σε αυτό, ένας σημαντικός παράγοντας που έπαιξε σημαντικό ρόλο στην αλλαγή ήταν η δημοσίευση του «Patients' Bill of Rights» το 1975. Αυτό το αρχείο βασιζόταν στο δικαίωμα του ασθενή για αξιοπρεπή φροντίδα και στο δικαίωμά του για παροχή πληροφοριών σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση σε κατανοητούς όρους που θα μπορούσε να κάνει τον ασθενή ικανό να λάβει αποφάσεις σχετικά με τη συνιστάμενη θεραπεία και διαδικασία².

Η εκπαίδευση περιλαμβάνει τη βοήθεια ώστε ο ασθενής να αποκτήσει τη γνώση και τα προσόντα, να αλλάξει στάσεις ώστε να είναι ικανός να διαχειριστεί τις εκδηλώσεις της ασθένειάς του. Η εκπαίδευσή του μπορεί να αντιμετωπίσει την συναισθηματική επίδραση της ασθένειας, τις επιπλοκές, την ανικανότητα που ίσως προκύψει, να υιοθετήσει αλλαγές στον τρόπο ζωής και να διαχειρισθεί τα πολύπλοκα θεραπευτικά σχήματα.

Η τοποθέτηση των αναγκών του ασθενούς στο κέντρο της εκπαίδευσης, βοηθάει τον επαγγελματία υγείας να αναγνωρίσει τα εμπόδια που μπορεί να επηρεάσουν την δυνατότητα του ασθενούς να ενσωματώσει την πληροφορία στην καθημερινή του ζωή. Η εκπαίδευση του ασθενή θα πρέπει να είναι ένα οργανωμένο και δομημένο πρόγραμμα που χρησιμοποιείται από τους επαγγελματίες υγείας ως μέσο που θα μεταφέρει την πληροφορία σε αυτόν και θα διευκολύνει τη μάθηση.

Στόχος της είναι να βοηθήσει τον ασθενή να κάνει επιλογές εν γνώσει του και να του παρέχει υποστήριξη ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη δυνατή υγεία³.

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής και της έντασης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους ασθενών υποβαλλόμενων σε χολοκυστεκτομή και αποκατάσταση βουβωνοκήλης πριν και τρεις μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση σε σύγκριση με ή χωρίς σχετική εκπαίδευση.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από το γενικό και το ειδικό μέρος.

Στο γενικό μέρος γίνεται αναφορά στο άγχος ως συναισθηματική κατάσταση, αλλά και στο άγχος που βιώνουν προεγχειρητικά οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, στην ποιότητα ζωής, καθώς επίσης και στην συμβολή της οργανωμένης εκπαίδευσης των ασθενών.

Στο ειδικό μέρος αναφέρονται ο σκοπός και οι υποθέσεις της παρούσας εργασίας, το δείγμα της μελέτης, η μεθοδολογία, η ανάλυση, η συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα αυτής.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το άγχος, από το ρήμα άγχω που σημαίνει πιέζω σφικτά (κυρίως στο λαιμό), αποπνίγω, στραγγαλίζω, είναι μία συνειδητή ανθρώπινη εμπειρία, που ακολουθεί τον άνθρωπο από την εποχή του homo sapiens. Παράγωγά του είναι η αγχόνη, η στηθάγχη και το ρήμα άγχομαι. Ο πρωτόγονος άνθρωπος βίωσε το άγχος ως προειδοποιητική απειλή κατά της ζωής του από φυσικούς κινδύνους, όπως από τα άγρια ζώα, το οποίο τον οδήγησε στην ικανότητα να σκέπτεται και να οργανώνει την άμυνά του απέναντι στους κινδύνους^{4,5}.

Ο μεταγενέστερος άνθρωπος δεν απειλείται από τα ζώα, αλλά από την απειλή της ήττας και της απόρριψης βιώνοντας την ίδια εμπειρία του άγχους. Οι κοινωνικές μεταβολές, οι πόλεμοι, οι απειλές καταστροφής δημιούργησαν την εποχή του έκδηλου άγχους.

Το άγχος είναι αναπόφευκτο στη ζωή. Μπορεί να είναι καταστροφικό, μπορεί όμως να είναι και δημιουργικό. Το άγχος είναι, μέχρι ενός σημείου, φυσιολογικό και χρήσιμο στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας καθώς με αυτό, οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις αυξάνονται και ενδυναμώνονται. Σε φυσιολογικό βαθμό αποτελεί την ψυχολογική ετοιμότητα προς επαγρύπνηση και προετοιμασία του ατόμου για να δράσει εφόσον μια κατάσταση απειλεί την ψυχοσωματική συγκρότησή του. Σε υπερβολικό όμως βαθμό το άγχος αποτελεί νοσηρή εκδήλωση, χαρακτηριστική διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπου⁵.

Η αντίληψη για το άγχος διαμορφώθηκε κατά καιρούς από τις κυρίαρχες ιδέες που επικρατούσαν στην κοινωνία, με τις οποίες το άτομο αναπτύχθηκε. Το άγχος ήταν γνωστό από την εποχή του Ιπποκράτη, ο οποίος είχε περιγράψει περιπτώσεις φοβίας και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Ο Επίκτητος (55 -135 μ.Χ.) χαρακτήριζε το άγχος όχι ως φόβο αρρώστιας, πόνου ή θανάτου, αλλά ως φόβο του φόβου⁶. Τον 17^ο αιώνα ο Robert Burton στο βιβλίο του «Η Ανατομία της Μελαγχολίας»⁶ διαχώρισε τους «παθολογικούς» φόβους από τους «φυσιολογικούς» φόβους .

Ο Soren Kierkegaard⁷, το 1844 στο βιβλίο του «Η έννοια της αγωνίας» (The concept of the Dread), περιέγραψε πρώτος το άγχος ως «μια αόριστη, διάχυτη ανησυχία, διαφορετική από το φόβο, λόγω μη παρουσίας συγκεκριμένου κινδύνου, χωρίς δυνατότητα διαφυγής».

Σύμφωνα με την υπαρξιακή λογική, ο Kierkegaard⁷ περιγράφει το άγχος ως επακόλουθο της ικανότητας για ελευθερία και ότι αυτό προκύπτει όταν ο άνθρωπος είναι αντιμέτωπος με την ελευθερία του, όταν έχει ανάγκη να προχωρήσει προς τα εμπρός στην ανάπτυξή του (φυσιολογικό άγχος). Η αδυναμία ή η αποτυχία να προχωρήσει προς τα εμπρός δημιουργεί το παθολογικό άγχος. Επίσης το άγχος είναι ένα σχολείο που διδάσκει τον άνθρωπο να αντιμετωπίζει τον θάνατο, μία πηγή εκπαίδευσης που τη φέρει ο καθένας πάντα μαζί του και ότι εκείνος που έχει περάσει μέσα από το άγχος της δυνατότητας να επιλέγει, έχει μάθει να έχει λιγότερο άγχος⁷.

Ο Freud⁸ στην αρχική του θεωρία βλέπει το άγχος να συνυφάνεται με μια απωθημένη επιθυμία. Η αγχώδης νεύρωση οφείλεται σε μια συσσώρευση διέγερσης η οποία μεταμορφώνεται

άμεσα σε συμπτώματα χωρίς ψυχική μεσολάβηση. Δεν γίνεται δηλαδή κάποια ψυχική επεξεργασία και αυτή η έλλειψη είναι που τη διακρίνει από την «αγχώδη υστερία».

Ο ωριμότερος Freud⁹ επεξεργάζεται το άγχος μέσα από το δομικό μοντέλο ύπαρξης του αυτό, του εγώ και του υπερεγώ. Η θεωρία του τώρα ανάγει το άγχος σε πρόβλημα επιτυχούς ή ανεπιτυχούς παρέμβασης των μηχανισμών άμυνας του Εγώ προ των εσωτερικών καταστάσεων κινδύνου, το άγχος είναι ένα σήμα που εκπέμπει το Υπερεγώ όταν απaráδεκτα στοιχεία απειλούν να εισβάλουν στο Συνειδητό πεδίο, προερχόμενα από τη δομική υπόσταση «Εκείνο». Τα στοιχεία αυτά, είναι σεξουαλικής ή επιθετικής φύσης, συνεπάγονται το ενδεχόμενο τιμωρίας ή απώλειας του «αντικείμενου αγάπης» και μπορούν να πάρουν τον χαρακτήρα μιας ιδεοληψίας, μιας ψυχαναγκαστικής τελετουργίας, μιας υστερικής παράλυσης, ή μιας φοβίας¹⁰.

Η δομική υπόθεση του Freud^{8,9} συνδυάζεται με την αντίληψη ότι κάθε εξελικτικός σταθμός στη ζωή παράγει τις συνθήκες μιας συγκεκριμένης ψυχικής σύγκρουσης, η οποία απηχεί στο Εγώ και μεταφράζεται σε ιδιαίτερο άγχος.

Κατά τον Levis¹⁰ «το άγχος είναι μία δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση με υποκειμενική εμπειρία φόβου ή ανάλογου συναισθήματος που κατευθύνεται στο μέλλον. Δεν υπάρχει εμφανής απειλή ή η απειλή είναι δυσανάλογη με το συναίσθημα που την προκαλεί. Υπάρχει υποκειμενική σωματική δυσφορία ή εκδήλωση σωματικών διαταραχών»

Ο Cannon¹¹ ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε, ότι οι παράγοντες του άγχους θα μπορούσαν να ήταν τόσο συναισθηματικοί όσο και φυσικοί. Μέσω των πειραμάτων του περιέγραψε την αντίδραση «fight-or-flight» (αντίδραση «πάλης ή φυγής»), την οποία ο άνθρωπος και τα ζώα υιοθετούν σε καταστάσεις έντονου στρες και απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων. Επεσήμανε ότι οι αντιδράσεις βασίζονται στην απελευθέρωση από τα επινεφρίδια ισχυρών νευροδιαβιβαστών, όπως η επινεφρίνη και η νοραδρεναλίνη.

Όταν το άγχος γίνεται πολύ έντονο και παρατεταμένο, παύει να παίζει τον προσαρμοστικό του ρόλο και γίνεται παθολογικό¹⁰. Η παθολογική διάσταση του άγχους περιλαμβάνει συμπτώματα τόσο από την ψυχική σφαίρα όσο και σωματικά. Στα ψυχικά περιλαμβάνονται η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα αορίστου φόβου και αγωνίας, η νευρική κατάσταση, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία συγκέντρωσης και το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας¹¹. Στα σωματικά αξίζει να αναφερθούν η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού ή κόμβου στο λαιμό, ο πόνος στο στήθος, το αίσθημα παλμών, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, η κόπωση, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συχνουρία και η κεφαλαλγία τάσης¹⁰.

Τα σωματικά συμπτώματα του άγχους είναι αυτά που προκαλούν μεγαλύτερη ανησυχία, διότι το άτομο θεωρεί ότι κινδυνεύει η σωματική του υγεία και ότι βρίσκεται σε κίνδυνο. Η ανησυχία αυτή προκαλεί περισσότερο άγχος και αυτό με τη σειρά του

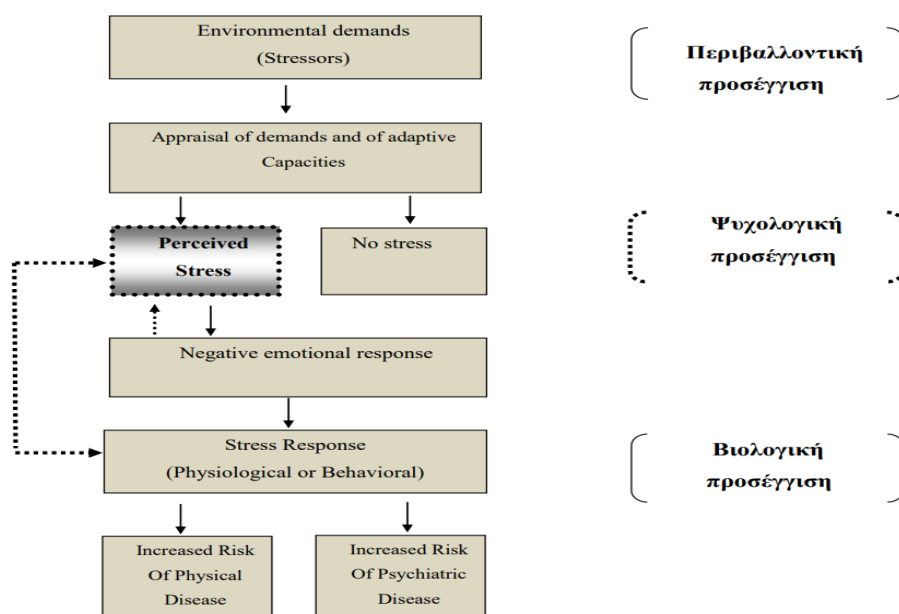
περισσότερα σωματικά συμπτώματα για το λόγο αυτό καθίσταται αναγκαία η αντιμετώπιση και ο έλεγχός του¹⁰.

Στο μοντέλο άγχους και ασθένειας των Cohen et al.¹² που παρουσιάζεται παρακάτω (Εικόνα. 1), ακολουθώντας τα βέλη βλέπουμε πως όταν τα στρεσογόνα γεγονότα εκλαμβάνονται από το άτομο ως απαιτητικά, τότε οδηγούν στο αντιλαμβανόμενο στρες. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε αρνητικές συναισθηματικές απαντήσεις, οι οποίες ενεργοποιούν απαντήσεις που προδιαθέτουν σε σωματική ή ψυχική νόσο.

Η ψυχολογική προσέγγιση του στρες, δίνει έμφαση στην εκτίμηση ενός ατόμου και την αξιολόγηση του ενδεχόμενου κινδύνου που μπορεί να προκληθεί από ένα στρεσογόνο ερέθισμα. Η αντίληψη της απειλής, προκύπτει όταν οι απαιτήσεις για το άτομο εκλαμβάνονται ότι ξεπερνούν την ικανότητά του να τις αντιμετωπίσει επιτυχώς.

Αυτή η ανισορροπία δημιουργεί στο άτομο την εντύπωση ότι είναι στρεσαρισμένο και ταυτόχρονα οδηγεί σε μια αρνητική συναισθηματική απάντηση. Είναι πολύ σημαντικό να επισημανθεί, ότι το αντιλαμβανόμενο στρες δεν ορίζεται αποκλειστικά σε σχέση με το ερέθισμα, αλλά περισσότερο σε σχέση με την αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος.

Το ψυχολογικό στρες περιλαμβάνει την ερμηνεία της επάρκειας των μεθόδων διαχείρισης και αντίληψης του στρες και στηρίζεται στην άποψη ότι το στρες προκύπτει από την εκτίμηση του ατόμου (ακριβή ή όχι) για τη σχέση του με το περιβάλλον¹².



Εικόνα1. Μοντέλο Άγχους και Ασθένειας των Cohen S., Gianaros P.J., Manuck S.B.

Επιδημιολογικά δεδομένα αγχώδων διαταραχών

Στη χώρα μας οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται να είναι η συχνότερη ψυχιατρική διάγνωση με τη συχνότητά της να αγγίζει σύμφωνα με μελέτες το 8% του γενικού πληθυσμού. Έχει υπολογιστεί ότι στις δυτικές κοινωνίες το 11% του πληθυσμού, ηλικίας 16-54 ετών, πάσχει από αγχώδεις διαταραχές και το 8% πάσχει από αγχώδεις διαταραχές και μία τουλάχιστον ακόμη ψυχική διαταραχή¹³.

Σύμφωνα με στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ένα στα τέσσερα άτομα στον κόσμο θα προσβληθεί από ψυχονοητικές ή νευρολογικές διαταραχές κάποια στιγμή στη ζωή του. Υπολογίζεται ότι περίπου το 7% του συνολικού πληθυσμού της γης εμφανίζουν αυτή τη στιγμή τέτοιες διαταραχές, τοποθετώντας έτσι τις ψυχονοητικές διαταραχές μεταξύ των κυριότερων αιτιών νόσησης και αναπηρίας παγκοσμίως^{14,15}

Όσον αφορά στο οικονομικό κόστος αυτών των διαταραχών, έχει βρεθεί ότι στη Μ. Βρετανία, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ήταν υψηλότερο από το κόστος της υπέρτασης, ενώ το κόστος υπηρεσιών στην ΠΦΥ στις ΗΠΑ ήταν διπλάσιο σε ασθενείς με αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς ψυχικές διαταραχές^{16,17}.

Στην Ελλάδα σε όλες σχεδόν τις έρευνες, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούσαν τη συχνότερη ομάδα ψυχικών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα των διαταραχών αυτών στο γυναικείο φύλο είναι σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με το ανδρικό, με μια αναλογία 2:1 έως και 3:1. Επίσης, συχνά έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της συχνότητας των αγχώδων διαταραχών με μεταβλητές όπως είναι το εισόδημα (συχνότερες σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα), η εκπαίδευση (συχνότερες σε άτομα χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης) και η εργασία (συχνότερες σε άνεργα άτομα)¹⁷.

Όμως, είναι εξαιρετικά δύσκολο στις διάφορες έρευνες να πιστοποιηθεί η κατεύθυνση της συσχέτισης αυτής, δηλαδή αν οι κοινωνικές μεταβλητές προκαλούν τη διαταραχή ή αν αντίθετα αυτές οφείλονται στα εμπόδια και περιορισμούς που θέτει η ψυχική διαταραχή στα άτομα που πάσχουν από αυτήν¹⁷.

Όσον αφορά την κατανομή τους στις διάφορες ηλικίες, δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα. Είναι όμως γνωστό ότι η συχνότητά τους είναι πολύ μικρότερη στις ηλικίες άνω των 65 ετών. Έχει επίσης βρεθεί ότι ορισμένες ομάδες είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στην ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών, όπως ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις, άστεγα άτομα που ζουν στο περιθώριο και άλλοι¹⁶.

Η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα έρευνα στην ΠΦΥ πραγματοποιήθηκε υπό την αιγίδα του ΠΟΥ σε 15 ερευνητικά κέντρα 14 χωρών και σε αυτή πήραν μέρος 26.000 ασθενείς των υπηρεσιών αυτών. Από την Ελλάδα έλαβε μέρος η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι το 24% των ασθενών των

υπηρεσιών ΠΦΥ, παρουσίαζαν ψυχικές διαταραχές, συνήθως καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, το 9 % των ασθενών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ, παρουσίαζαν σημαντική ψυχοπαθολογία αυτού του τύπου, αν και δεν πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών αυτών^{17,18}.

Στον γενικό πληθυσμό της Αθήνας οι αγχώδεις διαταραχές υπερτερούν σε συχνότητα της κατάθλιψης. Πιθανολογείται ότι στον Ελληνικό πολιτισμό τα αγχώδη συμπτώματα αποτελούν ιδιαίτερο τρόπο έκφρασης των ψυχικών διαταραχών^{19,20}.

Ταξινόμηση αγχωδών διαταραχών

Η Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (International Classification of Diseases-10th Revision) και σχετιζόμενων προβλημάτων υγείας (World Health Organization) και η ταξινόμηση από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία DSM-IV-TR (American Psychiatric Association) που έχει κάποιες μικρές διαφοροποιήσεις στην ταξινόμηση ορισμένων διαταραχών, χρησιμοποιούνται για την περιγραφή των αγχωδών νευρωσικών συνδεδόμενων με το άγχος διαταραχών και σωματόμορφων διαταραχών.

Σύμφωνα με τη Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (ICD-10), οι Αγχώδεις Διαταραχές περιλαμβάνουν τις παρακάτω διακριτές διαταραχές²¹

- Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία
- Ειδική Φοβία - Κοινωνική Φοβία
- Ψυχαναγκαστική Διαταραχή
- Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρές
- Διαταραχή από Οξύ Στρες
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
- Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες
- Αγχώδης Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ SPIELBERGER

Αν και ο διαχωρισμός ανάμεσα στο παροδικό άγχος (state trait) και στο μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (anxiety trait) ξεκίνησε να σχηματίζεται στη δεκαετία του '50, ο Spielberg²² ήταν εκείνος που διαμόρφωσε τη θεωρία του άγχους στα πλαίσια της οποίας προσεγγίζει το άγχος ως παροδικό, αποτέλεσμα της κατάστασης και ως σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.

Σύμφωνα με τον Spielberg, το παροδικό άγχος αναφέρεται στην υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ένταση και νευρικότητα. Το μόνιμο άγχος αναφέρεται στην προδιάθεση του ατόμου να αντιλαμβάνεται συγκεκριμένες καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά με άγχος σε αυτές.

Βάσει της περιγραφής του Spielberg²³, το παροδικό άγχος χαρακτηρίζεται από συναισθήματα έντασης και ανησυχίας που συνοδεύονται ή συσχετίζονται με την ενεργοποίηση ή διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Το μόνιμο άγχος είναι η μαθημένη συμπεριφορική προδιάθεση να αντιλαμβάνεται το άτομο τις αντικειμενικά μη απειλητικές καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με άγχος δυσανάλογο της έντασης ή του μεγέθους του αντικειμενικού κινδύνου.

Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλό δομικό άγχος είτε αντιλαμβάνονται περισσότερες καταστάσεις ως απειλητικές και αντιδρούν στις απειλητικές καταστάσεις με υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους κατάστασης είτε και τα δύο ανωτέρω.

Η θεωρία του Spielberg^{22,23} 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. Όσο μεγαλύτερης διάρκειας είναι η απειλή που το άτομο βιώνει, τόσο πιο μόνιμη είναι η αντίδραση παροδικού άγχους
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^{22,23}.

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Σε συνδυασμό με τους υπάρχοντες ορισμούς για το στρες, η αξιολόγησή του έχει βασιστεί σε τρεις συγκεκριμένες προσεγγίσεις: την περιβαλλοντική, την ψυχολογική και τη βιολογική προσέγγιση²⁴.

Η αξιολόγηση του στρες βασίζεται σε αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια, κάτι το οποίο υποδεικνύει τη σημασία της υποκειμενικής αντίληψης των στρεσογόνων εμπειριών στην παθοφυσιολογία του στρες. Διάφορες τεχνικές που βασίζονται στους ερευνητές ή σε κάποια συνέντευξη έχουν επίσης αναπτυχθεί αλλά χρησιμοποιούνται σπάνια λόγω του υψηλού κόστους εκτέλεσής τους (απαραίτητη εκπαίδευση, η χορήγηση του τεστ και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων απαιτεί πολύ χρόνο και προσπάθεια) και λόγω της έλλειψης υποκειμενικών πληροφοριών σχετικά με το στρες²⁴.

Σκοπός των ερωτηματολογίων αξιολόγησης του στρες είναι η διερεύνηση της ύπαρξης πηγών στρες, η αναγνώριση των δυναμικών παραγόντων κινδύνου, η αξιολόγηση της οργάνωσης της εργασίας, και η αναγνώριση προστατευτικών παραγόντων ή τουλάχιστον παραγόντων που μπορούν να μειώσουν το στρες. Υπάρχουν επίσης ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση και τη μέτρηση παθογενετικών μηχανισμών του στρες σε συναισθηματικά, διανοητικά, συμπεριφερσιολογικά και ψυχοσωματικά πεδία²⁵.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το άγχος αναγνωρίζεται ως παθολογικό όταν κάποιες σκέψεις έχουν ένα έντονο χαρακτήρα, και εμμένουν επανεμφανιζόμενες, μη ανταποκρινόμενες στα αντικειμενικά πλαίσια της ασθένειας και επηρεάζοντας τη λειτουργικότητα του ασθενούς στα πλαίσια αυτά²⁶.

Το άγχος, όπως και οποιοδήποτε ανθρώπινο βίωμα, μπορεί να εκφράζεται από τους ασθενείς με σκέψεις, συναισθήματα, σωματικές αντιδράσεις ή/ και συμπεριφορές (μία ταξινόμηση στην οποία ορισμένοι αναφέρονται ως τα 4Σ).

Τα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα του παθολογικού άγχους και χωρίς την ύπαρξη οργανικού υποβάθρου, οδηγούν στην διάγνωση κάποιας αγχώδους διαταραχής.²⁷

Πολλές φορές, η πρόκληση του άγχους μπορεί να οφείλεται σε καθαρά σωματικά συμπτώματα ή κλινικά ευρήματα. Στην περίπτωση αυτή ή όταν η συμπτωματολογία της αγχώδους διαταραχής αφήνει διαγνωστικές ασάφειες, τότε, επιβάλλεται ένας λεπτομερής έλεγχος προκειμένου να αποκλειστεί το ενδεχόμενο οργανικής σωματικής νόσου, τα συμπτώματα της οποίας ταυτίζονται με αυτά της αγχώδους διαταραχής.²⁸

Ο ιατρός πρέπει να είναι σε θέση να διαφορο-διαγνώσκει τις αγχώδεις διαταραχές από τις διαταραχές της διάθεσης, από τη σχιζοφρένεια, από τη διπολική διαταραχή, από τη διαταραχή προσαρμογής με άγχος, από τη χρήση ουσιών και από μια σειρά ιατρικών και νευρολογικών καταστάσεων²⁹.

Αγχώδεις εκδηλώσεις μπορεί να εμφανιστούν ως αντίδραση (επακόλουθο) σε διάφορες σωματικές παθήσεις (δευτερογενές άγχος) ή στις συνθήκες της νοσοκομειακής του νοσηλείας π.χ. οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, έλκος του στομάχου ή δωδεκαδακτύλου κ.α.

Οι αγχώδεις διαταραχές συνυπάρχουν τόσο μεταξύ τους όσο και με άλλες ψυχιατρικές ή σωματικές νόσους. Πολλές φορές, υπάρχει συν-νοσηρότητα σε αρρώστους με σοβαρές χρόνιες ή και καταληκτικές σωματικές νόσους με αγχώδη διαταραχή. Το άγχος μπορεί να εμφανιστεί σε μία σειρά σωματικών παθήσεων (συχνά σε συν νοσηρότητα με την κατάθλιψη) ως αποτέλεσμα της διαταραχής σε επίπεδο ψυχοενδοκρινικό ή μεταβολικό (πρωτογενές ή σωματογενές άγχος).³⁰

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε πως υπάρχει μια μεγάλη αλληλεπίδραση αγχωδών και σωματικών διαταραχών με αποτέλεσμα τα όριά τους να είναι αρκετά δυσδιάκριτα και να δυσχεραίνουν πολύ την διαφορική διάγνωση.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

Μία χειρουργική επέμβαση συνιστά την αμεσότερη ίσως εμπειρία του ανθρώπου με την απειλή στην υγεία του και, για το λόγο αυτό, δίκαια θεωρείται από τα πλέον αγχογόνα συμβάντα της ανθρώπινης ζωής³¹.

Το προεγχειρητικό άγχος, αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο πριν από την χειρουργική επέμβαση με επιπολασμό έως 80%. Σύμφωνα με τους Kumar et al., οι συχνές αιτίες του προεγχειρητικού άγχους μπορεί να περιλαμβάνουν τον φόβο της χειρουργικής επέμβασης, της αναισθησίας και των επιπλοκών, το άγνωστο περιβάλλον και την απειλή σοβαρής ασθένειας³²

Οι Osborn και συν.³³ αναφέρουν πως πολλοί είναι οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την οξύτητα του άγχους, όπως η ένταση των στρεσογόνων παραγόντων, η διάρκειά τους, η ικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων και η αίσθηση ανικανότητας ανταπόκρισης σε αυτά. Όσον αφορά τη χειρουργική επέμβαση, αποτελεί ένα έντονα στρεσογόνο γεγονός που μπορεί να πυροδοτήσει συναισθηματικές, γνωσιακές και φυσιολογικές αντιδράσεις στον ασθενή.³³

Οι Asilioglu and Celik³⁴ αναφέρουν πως το άγχος των προεγχειρητικών ασθενών μπορεί να προκληθεί από το φόβο, την έλλειψη γνώσης για μια κατάσταση, την ανεπαρκή γνώση για αντιμετώπιση, και τον αποκλεισμό ελέγχου των γεγονότων³⁴

Καθώς επίσης οι Pinar, Kurt & Gunges³⁵ θεωρούν πως άγχος είναι μια ατομική εμπειρία και ανεξάρτητα από το πόσο σημαντική ή μικρή είναι μια πράξη, τείνει να αυξήσει ένα ορισμένο επίπεδο άγχους σε κάθε ασθενή.

Οι Koivula και συν.³⁶ εκτιμούν ότι το ήπιο άγχος των ασθενών πριν από την χειρουργική επέμβαση, έχει ευεργετική επίδραση καθώς οξύνεται η διαδικασία σκέψης του ατόμου και προσθέτει στην αποτελεσματικότητά του. Από την άλλη δύναται να εκτιμηθεί, ότι το έντονο άγχος αποδυναμώνει την αντιμετώπιση και την επεξεργασία πληροφοριών. Εν αντιθέσει, ο φόβος αναφέρεται σε μια συναισθηματική αντίδραση που προκαλείται όταν ένα άτομο βιώνει ότι απειλείται η ανεξαρτησία του, ή η σχέση του με άλλους. Το άγχος συνεπάγεται με ένα διαφορούμενο αίσθημα φόβου, στο οποίο το άτομο βιώνει ότι απειλούνται οι βασικές αξίες του, αλλά συχνά δεν είναι σε θέση να εκφράσει την πηγή της απειλής.

Οι Guo και συν.³⁷ έχουν διαπιστώσει ότι η σοβαρότητα της χειρουργικής επέμβασης αντανακλά τις επιπτώσεις που μπορεί να αντιμετωπίσει μετεγχειρητικά ο ασθενής, και όχι την καθαυτή δυσκολία του χειρουργείου. Το άγχος πυροδοτείται κατά τη διάρκεια της επέμβασης από τον φόβο για τα αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης, επιδεινώνοντας τα συμπτώματα της προ υπάρχουσας ασθένειας και μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στις φυσιολογικές παραμέτρους κατά τη διάρκεια της αναισθησίας, πριν και μετά την επέμβαση, και επίσης να οδηγήσει σε διαταραγμένη ανάκαμψη μετά από τη χειρουργική επέμβαση.

Γενικότερα, η πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης, μπορεί να αυξήσει την ανησυχία του ασθενούς για μετεγχειρητικές αποτυχίες και επιπλοκές. Το άγχος πριν από τη χειρουργική επέμβαση δεν είναι μόνο μια άβολη ψυχολογική κατάσταση, αλλά μπορεί να σχετίζεται με φυσιολογικές αντιδράσεις, όπως ταχυκαρδία, υπέρταση, αυξημένη θερμοκρασία, εφίδρωση, ναυτία κ.α. Προκαλεί αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, η οποία συνδέεται με αργή επούλωση του χειρουργικού τραύματος, μειωμένες ανοσοαποκρίσεις, αυξημένα ποσοστά μόλυνσης, καθώς και των υγρών και ηλεκτρολυτών. Οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους, έχουν βρεθεί σε εργασία των Wilson και συν.³⁸ ότι έχουν αυξημένο μετεγχειρητικό πόνο, μεγαλύτερη ανάγκη για αναλγητικά, παρατεταμένες νοσηλείες, φτωχότερα αποτελέσματα και μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση. Κλινικά, το άγχος έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζει την ευεξία του ασθενούς και μειώνει τη χειρουργική επιτυχία σύμφωνα με τους Kagan and Bar-Tal³⁹.

Επίσης, έχει διαπιστωθεί, ότι η χειρουργική επέμβαση είναι μια διαδικασία που προκαλεί στους ασθενείς απώλεια του ελέγχου. Οι πιο κοινοί φόβοι των προεγχειρητικών ασθενών περιλαμβάνουν την αλλοίωση του σωματικού ειδώλου, την άγνοια για την έκβαση, την ανησυχία για την απόκρυψη της διάγνωσης και την ανησυχία για οικονομικά θέματα. Αυτοί οι φόβοι των ασθενών αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην αύξηση του προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους⁴⁰.

Σύμφωνα με τους Χριστοδούλου, Δουζένης και συν⁴¹, η προσωπικότητα εμπλέκεται στην αντιμετώπιση του άγχους, αλλά και στην συνολική νόσο.

Ο Spielberg και οι συνεργάτες του επινόησαν την κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory, για να μετρήσουν τον βαθμό στον οποίο η ένταση και η υφή του άγχους καθορίζεται από την προσωπικότητα του ατόμου⁴².

Σύμφωνα με έναν διαχωρισμό των Cohen και συν.⁴³, η χειρουργική περίοδος αποτελείται από τρεις φάσεις: την απειλή, τον αντίκτυπο και τη φάση μετά τον αντίκτυπο. Ενώ στην πρώτη φάση παρατηρείται συνήθως αδυναμία του ασθενούς να επεξεργαστεί γνωστικά την επικείμενη δυσάρεστη (ή και τραυματική) χειρουργική εμπειρία, η οποία αφενός είναι αναπόφευκτη και αφετέρου έχει αβέβαιη έκβαση, κατά τη φάση του «αντίκτυπου» ο ασθενής συνειδητοποιεί τον φυσικό κίνδυνο που διατρέχει, καθώς και την ανάγκη του για φροντίδα και υποστήριξη. Στη φάση μετά τον αντίκτυπο, ο ασθενής καλείται να προσαρμοστεί σε μια νέα πραγματικότητα, η οποία πιθανόν να του δημιουργεί μεγάλο άγχος. Για να το αντιμετωπίσει, ενδέχεται να εμφανίσει αντιδράσεις παλινδρόμησης, όπως υπερβολική εξάρτηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, παθητικότητα, καθώς και παραμονή στον ρόλο του «αρρώστου»⁴³.

Οι Baik και συν.⁴⁴, αναφέρουν πως στο άτομο που υφίσταται τη χειρουργική επέμβαση, οι εξαιρετικά υψηλές τιμές άγχους δημιουργούν ψυχοφυσιολογικές διαταραχές και παρεμποδίζουν τόσο την προετοιμασία για την επέμβαση, όσο και τη μετεγχειρητική ανάρρωση. Έχουν επίσης

εντοπιστεί ενδοπροσωπικοί, διαπροσωπικοί και απρόσωποι παράγοντες, που επιδρούν στην ψυχολογική βάση της χειρουργικής επέμβασης.

Σύμφωνα με την Βαρβόγλη⁴⁵, η προσωπικότητα του κάθε ασθενή, αντανακλά τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά σε στρεσογόνες καταστάσεις. Συνεπώς, η απειλή της χειρουργικής επέμβασης μπορεί για μερικούς να αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση, ενώ για κάποιους άλλους να λειτουργήσει θετικά λόγω της απαλλαγής από κάποιο άλλο πρόβλημα.

Οι Jawaid και συν.⁴⁶, αναφέρουν ότι το άγχος των ασθενών αρχίζει μόλις προγραμματιστεί η χειρουργική επέμβαση και αυξάνεται κατά την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο. Οι ασθενείς μπορεί να αντιλαμβάνονται την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης ως την πιο απειλητική μέρα της ζωής τους. Ο βαθμός στον οποίο κάθε ασθενής εκδηλώνει άγχος, σχετίζεται με το μέλλον του, τις εμπειρίες του, την ηλικία, το φύλο, το είδος και την έκταση της προτεινόμενης χειρουργικής επέμβασης, την προηγούμενη χειρουργική εμπειρία, καθώς και με την αντιμετώπιση του κάθε ασθενή σε αγχωτικές καταστάσεις.

Οι Egbert και συν.⁴⁷ διεξήγαγαν την πρώτη έρευνα σχετικά με την προετοιμασία ασθενών για χειρουργικές επεμβάσεις. Στην έρευνα πήραν μέρος ενενήντα επτά ασθενείς, εκ των οποίων οι μισοί ενημερώθηκαν πριν από την εγχείρηση από τον αναισθησιολόγο σχετικά με τον χρόνο και τη διάρκεια της επέμβασης που θα υφίσταντο, την πιθανή ένταση και διάρκεια του πόνου που θα ένιωθαν μετεγχειρητικά, ενώ έλαβαν επίσης οδηγίες σχετικά με την αναρρωτική περίοδο. Οι υπόλοιποι ασθενείς, οι οποίοι αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου, δεν είχαν ανάλογη ενημέρωση. Για να αποφευχθούν αλλαγές στη συμπεριφορά του προσωπικού, η οποία θα αλλοίωνε τα αποτελέσματα της έρευνας, το νοσηλευτικό προσωπικό δεν γνώριζε ποιοι ασθενείς περιλαμβάνονταν στην πειραματική ομάδα (ποιοι δηλαδή είχαν ενημερωθεί πριν από την εγχείρηση) και ποιοι στην ομάδα ελέγχου. Διαπιστώθηκε έτσι, ότι η συνολική χρήση αναλγητικών φαρμάκων και η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο μειώθηκαν σημαντικά για την ομάδα που είχε δεχθεί πληροφόρηση πριν από την επέμβαση.

Μια πιθανή εξήγηση του μηχανισμού με τον οποίο ο ασθενής ενδέχεται να βιώσει άγχος δυσανάλογα υψηλό με τη σοβαρότητα της κατάστασής του κατά την Eun-Hyun Lee⁴⁸ οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αξιολογεί την επικείμενη επέμβαση, αλλά και κάθε εξωτερικό απειλητικό ερέθισμα γενικότερα.

Η πρόσληψη ενός αγχογόνου ερεθίσματος ως απειλή διαμορφώνεται με βάση προϋπάρχοντα γνωστικά σχήματα του ατόμου σε σχέση με αγχογόνα ερεθίσματα και με την αντιμετώπισή τους.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Bowlby⁴⁹ σχετικά με τους δεσμούς προσκόλλησης, κάθε άτομο έρχεται στον κόσμο με μια εγγενή ικανότητα δημιουργίας δεσμών με το περιβάλλον του, η οποία είναι απαραίτητη για την επιβίωσή του. Οι δεσμοί προσκόλλησης δημιουργούνται με τα άτομα που το φροντίζουν και του παρέχουν ασφαλές περιβάλλον μέσα στο οποίο γνωρίζει τον κόσμο και

αναπτύσσεται, αλλά και στο οποίο μπορεί να καταφύγει σε αγχωτικές καταστάσεις. Κατ' αυτόν τον τρόπο, μέσω της διαδικασίας μάθησης, σχηματίζεται το γνωστικό σχήμα «ασφάλειας», καθιστώντας το άτομο ικανό να αξιολογεί τους κινδύνους ρεαλιστικά και να εφαρμόζει αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης του άγχους, όντας ταυτόχρονα σε θέση να κινητοποιήσει κατάλληλους μηχανισμούς υποστήριξης από το περιβάλλον του.

Αντίθετα, σε περιπτώσεις όπου οι δεσμοί προσκόλλησης δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς ή είναι ελλιπείς, το άτομο αναπτύσσεται με βαθιά αίσθηση ανασφάλειας. Έτσι, κάθε φορά που αντιμετωπίζει μια αντικειμενικά αγχογόνα κατάσταση (π.χ. χειρουργική επέμβαση), ενδέχεται να αντιδράσει είτε με δυσανάλογα υψηλό άγχος, οπότε εμφανίζει αντιδράσεις πανικού ή προσήλωσης, είτε με παντελή έλλειψη άγχους, οπότε παρουσιάζει καταναγκαστική αυτάρκεια.

Και στις δύο περιπτώσεις παρατηρείται όχι μόνον υπερβολικά υψηλό επίπεδο άγχους, αλλά και αδυναμία επιλογής των κατάλληλων τρόπων για την αντιμετώπισή του⁵⁰. Για αυτόν τον λόγο επιβάλλεται η χρήση εκ μέρους του ψυχολόγου υγείας κατάλληλων γνωστικών και συμπεριφοριστικών τεχνικών αντιμετώπισης του άγχους, με σκοπό να τροποποιηθεί τόσο ο τρόπος σκέψης, όσο και το φάσμα συμπεριφοράς του ασθενούς σε ανάλογες περιπτώσεις, με τελικό στόχο τον έλεγχο της έντασης των συναισθημάτων του, την περιστολή του άγχους και την καλύτερη προσαρμογή του ασθενούς στις εκάστοτε συνθήκες⁵¹.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το χειρουργικό άγχος θεωρείται μέρος της χειρουργικής εμπειρίας, και αποτελεί ένα διαδεδομένο πρόβλημα με αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία του ασθενή⁵²

Οι προεγχειρητικοί ψυχολογικοί παράγοντες, έχουν σημαντικές συνέπειες μετεγχειρητικά στην ανάρρωση των ασθενών. Ένα απειλητικό γεγονός, όπως η χειρουργική επέμβαση, μπορεί να προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα όπως αγωνία, πανικό και θυμό. Επιπλέον μπορεί να προκαλέσει εμμονικές σκέψεις, ανησυχία και αδυναμία συγκέντρωσης. Άλλα έκδηλα συμπτώματα μπορούν να παρουσιάσουν μερική αδεξιότητα στις κινήσεις, υπερκινητικότητα ή κοινωνική απομόνωση. Το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών, μετεγχειρητικά μπορεί να οδηγήσει σε ευερεθιστότητα, ανικανότητα για χαλάρωση, αϋπνία και ανυπομονησία σύμφωνα με τους Aust και συν.⁵³

Η ακραία μορφή του άγχους πριν από τη χειρουργική επέμβαση, έχει αποδειχθεί, ότι οδηγεί σε καρδιαγγειακές διαταραχές, όπως, ταχυκαρδία, υπέρταση και αρρυθμίες. Πολλοί ερευνητές, έχουν διαπιστώσει ότι οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους, απαιτούν υψηλότερες δόσεις αναισθητικών⁵⁴. Σύμφωνα με τους Cserér και συν.⁵⁵ σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Ουγγρικό Ινστιτούτο Καρδιολογίας το 2012, διαπιστώθηκε ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, συμβάλλουν στην ανάπτυξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να ερευνηθούν τα προεγχειρητικά επίπεδα ανησυχίας και να συσχετιστούν μεταξύ του άγχους, της κατάθλιψης και της θνησιμότητας των ασθενών 7½ χρόνια μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 180 ασθενείς, που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση και παρακολούθηθηκαν για 10 χρόνια. Τα προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά αποτελέσματα έδειξαν πως το 29,8% των ασθενών δεν εμφάνισαν άγχος ή κατάθλιψη, το 26,5% των ασθενών εμφάνισαν μόνο άγχος, το 7,7% των ασθενών εμφάνισαν κατάθλιψη και το 35,9% των ασθενών εμφάνισαν τόσο άγχος όσο και κατάθλιψη, καθώς και τα σημαντικά ποσοστά υψηλότερου κίνδυνου θανάτου. Κατά τη μέση παρακολούθηση των 7½ χρόνων το ποσοστό της θνησιμότητας ανήλθε στο 23,6% των ασθενών. Συμπερασματικά, οι ασθενείς που οδηγήθηκαν στην θνησιμότητα είχαν υψηλότερες προεγχειρητικές βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης και τα αποτελέσματα αυτά τονίζουν την σημασία της προεγχειρητικής ανίχνευσης του άγχους⁵⁵.

Το άγχος πριν από τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε μετεγχειρητικές δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, όπως, διατροφικές δυσκολίες, απάθεια και απόσυρση. Εκτός από τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, το προεγχειρητικό άγχος, ενεργοποιεί την ανθρώπινη αντίδραση στο στρες, οδηγώντας σε αυξημένη κορτιζόλης ορού, επινεφρίνη και σε αυξημένη δραστηριότητα των κυτάρων. Αυτή η απόκριση στρες μπορεί να ενεργοποιηθεί από πολλά διαφορετικά ερεθίσματα, όπως είναι το άγχος, η χειρουργική επέμβαση, η λοίμωξη κ.α. Η περιεγχειρητική ανταπόκριση θεωρείται ένας ομοιοστατικός μηχανισμός για την προσαρμογή στον

περιεγχειρητικό τραυματισμό. Σύμφωνα με τους McCann και συν⁵⁶, οι επιπτώσεις της χειρουργικής αντίδρασης στο στρες, ωστόσο, μπορεί να είναι επιζήμιες, νευροενδοκρινείς ορμόνες (π.χ., κορτιζόλης, κατεχολαμίνες) και κυτοκίνες (π.χ., ιντερλευκίνη-6), προκαλούν ένα αρνητικό ισοζύγιο αζώτου, επηρεάζουν τον καταβολισμό και μπορούν να προκαλέσουν μετεγχειρητική ανοσοκαταστολή.

Είναι γενικά αποδεκτό, ότι το άγχος σε κάθε μετεγχειρητικό ασθενή, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τα χειρουργικά αποτελέσματα. Έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα, ότι η συσχέτιση μεταξύ υψηλότερων επιπέδων άγχους και αυξημένου μετεγχειρητικού πόνου, αύξησαν τα επίπεδα πόνου και επηρέασαν δυσμενώς την ανάρρωση του ασθενούς.

Σύμφωνα με την Broadbent και συν⁵⁷, τα αυξημένα επίπεδα μετεγχειρητικού άγχους, εξασθένησαν τη φλεγμονώδη απόκριση και τις διεργασίες αποικοδόμησης, στην επούλωση πληγών μετά από χειρουργική επέμβαση.

Η μελέτη των Twiss και συν⁵⁸, δείχνει την ανάγκη για παρέμβαση στη μείωση του άγχους και της επίδρασης των εξωτερικών ερεθισμάτων που βιώνουν οι μετεγχειρητικοί ασθενείς, και την παροχή ενός περιβάλλοντος που ευνοεί περισσότερο στην επούλωση. Σκοπός αυτής της συστηματικής ανασκόπησης, ήταν να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των προεγχειρητικών ψυχολογικών παραγόντων και του μετεγχειρητικού πόνου. Συμπερασματικά, προέκυψε ότι το άγχος ήταν ένας από τους τέσσερις παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται με τον οξύ μετεγχειρητικό πόνο, ενώ οι άλλοι τρεις ήταν η ηλικία, ο τύπος χειρουργικής επέμβασης και ο προ υπάρχων πόνος.

Σύμφωνα με τους Ip και συν.⁵⁹, ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να εμφανιστεί σε ποσοστό 10% έως 70% των ασθενών μετά από σοβαρή χειρουργική επέμβαση και συνδέεται με μακροχρόνια μείωση της ποιότητας ζωής και σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις. Επίσης η αύξηση του βαθμού του προεγχειρητικού άγχους, είναι δυνατόν να μεγιστοποιήσει τον ενδεχόμενο κίνδυνο υποτροπιασμού και κατ' επέκταση του θανάτου. Έχει παρατηρηθεί άλλωστε, ότι μετά από επεμβάσεις αγγειοπλαστικής στεφανιαίων αρτηριών, η αύξηση του επιπέδου του άγχους επέφερε αρνητικά αποτέλεσμα και μεγιστοποίηση των θανάτων σύμφωνα με τους Perks και συν⁶⁰.

Σε πρόσφατη μελέτη που έλαβε χώρα στις Η.Π.Α από τους Puvanesarajah και συν.⁶¹, διερευνήθηκαν τα ποσοστά των επιπλοκών, που θα προέκυπταν στις επόμενες 90 ημέρες από χειρουργικές επεμβάσεις της σπονδυλικής στήλης σε ασθενείς 80 ετών και άνω. Οι συγγραφείς οδηγήθηκαν σε αυτή τη μελέτη, για να συγκρίνουν αυτά τα ποσοστά των επιπλοκών με τα ποσοστά των επιπλοκών των ηλικιωμένων ασθενών μεταξύ 65 - 79 ετών, αλλά και αυτά που θα οδηγήσουν στην θνησιμότητα. Η μελέτη αφορούσε τους ηλικιωμένους ασθενείς, γιατί οι ασθενείς άνω των 80 ετών αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών με πάνω από 11 εκατομμύρια το 2010. Στη μελέτη αυτή συμπεριελήφθησαν 72.547 ασθενείς ηλικίας 65-79 ετών, και 12.187 ασθενείς ηλικίας 80 ετών και άνω. Τα αποτελέσματα

έδειξαν ότι οι ασθενείς ηλικίας 80 ετών και άνω, εμφάνισαν τουλάχιστον μια σημαντική επιπλοκή κατά 13,87%, ενώ οι ασθενείς ηλικίας 65-79 ετών κατά 9,52%. Αντίστοιχα, η θνησιμότητα στους ασθενείς ηλικίας 80 ετών και άνω ανήλθε σε ποσοστό 0,48%, ενώ στους ασθενείς ηλικίας 65-79 ετών σε ποσοστό 0,18%.

Επιπρόσθετα, οι Ghoneim and O'Hara ⁶², αναφέρουν ότι η αλληλεπίδραση της κατάθλιψης, της αναισθησίας και της χειρουργικής επέμβασης, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των ασθενών και να παρουσιάσει μεγαλύτερη αναρρωτική κατάσταση. Η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος στις καταθλιπτικές διαταραχές, μπορεί να εκθέσει τους ασθενείς σε αυξημένα ποσοστά μετεγχειρητικών λοιμώξεων, μετεγχειρητικών επιπλοκών, και αυξημένη θνησιμότητα.

Σύμφωνα με μελέτες, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη, και η κατάθλιψη μειώνει το όριο του πόνου. Διαπιστώνεται επίσης, ότι η κατάθλιψη αποτελεί έναν ισχυρό προγνωστικό παράγοντα και συσχετίζεται με τον χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο⁶².

Οι Caumo και συν⁶³., αναφέρουν ότι οι επιπτώσεις της καταθλιπτικής διαταραχής, χαρακτηρίζονται από αρνητικά συμπτώματα γνωστικής λειτουργίας και περιλαμβάνουν το αίσθημα θλίψης, άνευ αξίας, απελπισίας και επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.

Έχει διαπιστωθεί, ότι το άγχος αυξάνει τον μετεγχειρητικό πόνο και τις φαρμακευτικές απαιτήσεις, που μπορούν να επηρεάσουν τη μετεγχειρητική πορεία και να οδηγήσουν σε μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως για παράδειγμα η ανάγκη για ανάπαυση στο κρεβάτι συμβάλλει στη μείωση της δραστηριότητας, η οποία με τη σειρά της αυξάνει τον κίνδυνο θρόμβωσης και τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών του εντέρου και μείωση των αναπνοών, γεγονός που αυξάνει τους πνευμονικούς κινδύνους⁵².

Οι Miaskowski και συν⁶⁴, μελέτησαν 398 γυναίκες μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου στον ένα μαστό, οι οποίες αξιολογήθηκαν πριν και μηνιαία για 6 μήνες, μετά τη χειρουργική επέμβαση. Συμπερασματικά, εκτιμήθηκε ότι το 41,6% των ασθενών δεν αισθάνθηκε κανένα πόνο, στο 23,6% των ασθενών ο πόνος ήταν ήπιος, και στο 34,8% των ασθενών ο πόνος ήταν μέτριος. Έναντι της κατηγορίας πόνου, οι ασθενείς που βρίσκονταν στη μέτρια κατηγορία πόνου, ήταν σημαντικά νεότεροι, είχαν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος, και ήταν πιο δυνατόν να αναφέρουν οίδημα στην πληγείσα περιοχή του μαστού. Επιπλέον, ανέφεραν τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και διαταραχές ύπνου, πριν από τη χειρουργική επέμβαση, καθώς παρουσίασαν τις περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, σε σύγκριση με τις άλλες κατηγορίες πόνου.

Οι Sadati και συν.⁶⁵ υποστηρίζουν, πως περίπου το 30% των χειρουργικών ασθενών εμφανίζουν μετεγχειρητική ναυτία και έμετο, και από αυτούς στο 1% επαναλαμβάνεται η σοβαρή ναυτία και ο έμετος. Εκτός από την ταλαιπωρία των ασθενών και τον κίνδυνο εισρόφησης, αυτά τα

συμπτώματα αυξάνουν επίσης τον φόρτο εργασίας του νοσηλευτή. Επομένως, κατά τη μετεγχειρητική περίοδο θα πρέπει να εφαρμόζονται μέθοδοι για τον έλεγχο της ναυτίας και του εμέτου. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η ευεργετική επίδραση μιας επίσκεψης πριν από τη χειρουργική επέμβαση βοηθά στη σωματική ανάκαμψη, μειώνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, τον μετεγχειρητικό πόνο, την ναυτία και τον έμετο. Για πολλούς ασθενείς η χειρουργική επέμβαση είναι ένα γεγονός με δραματική εμπειρία, και ως εκ τούτου μπορεί να επιφέρει συνέπειες τόσο στην προσωπική, όσο στην επαγγελματική και οικονομική τους ζωή⁶⁶. Ουσιαστικά, το άγχος μπορεί να επηρεάσει την άνεση του ασθενούς, την ποιότητα ζωής, την ικανότητα λήψης κατάλληλων αποφάσεων θεραπείας και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, επηρεάζοντας έτσι την επιβίωσή του. Σύμφωνα με μελέτη των Tung και συν.⁶⁷, οι καρδιακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, και η στεφανιαία καρδιακή νόσος αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ποσοστό καρδιακών παθήσεων. Οι συγγραφείς, μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στο άγχος και την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης σε 100 ασθενείς, από τους οποίους οι 50 ήταν γυναίκες και άλλοι 50 άνδρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν, πως οι άνδρες πέτυχαν καλύτερη ποιότητα ζωής μετεγχειρητικά, με μέσο όρο 45½ από ό,τι οι γυναίκες με μέσο όρο 40,1. Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα άγχους από ό,τι οι άνδρες. Είναι φανερό ότι οι προσδοκίες των ασθενών για τη μελλοντική τους υγεία μπορεί να διαφέρουν, πράγμα που μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους. Σύμφωνα με μελέτη των Visser και συν.⁶⁸ διαπιστώθηκε πως η κόπωση, η συναισθηματική δυσφορία, οι διαταραχές ύπνου, η αντιμετώπιση νέων καταστάσεων, η ύπαρξη ασθένειας όπως ο καρκίνος, και οι επιπτώσεις της ασθένειας, επηρεάζουν περισσότερο την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η μελέτη του Orpedal και συν.⁶⁹, αναφέρει πως η επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ, έχει συσχετιστεί με αυξημένο ποσοστό μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά από χειρουργική επέμβαση. Εκτός από τις γνωστές διαταραχές που μπορεί να προκαλέσει στο ήπαρ, το πάγκρεας και το νευρικό σύστημα, μπορεί να επηρεάσει την καρδιακή λειτουργία, την ανοσοποιητική ικανότητα, την αιμόσταση και να αυξήσει το άγχος κατά τη διάρκεια της χειρουργικής περιόδου.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η παροχή πληροφοριών πριν από τη χειρουργική επέμβαση έχει δύο στόχους, α) να παρέχει στους ασθενείς την ευκαιρία να μπορούν να συμμετέχουν στις αποφάσεις θεραπείας με πλήρη κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις προτεινόμενες προτάσεις φροντίδας και β) να βελτιώσει τη μετεγχειρητική ανάκαμψη και να μειώσει το άγχος των ασθενών. Πιο αναλυτικά, η παροχή πληροφοριών στους ασθενείς σχετικά με τη θεραπεία τους μπορεί να δώσει την αναγκαία αίσθηση ελέγχου και το αίσθημα ασφάλειας. Οι δύο πιο συνηθισμένοι τρόποι παροχής προεγχειρητικής πληροφόρησης είναι η προφορική κατά τη διάρκεια μιας επίσκεψης πριν από την επέμβαση και η παροχή γραπτού υλικού⁷⁰.

Σύμφωνα με τους Sjöling και συν.⁷² οι προεγχειρητικές πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς, βελτιώνουν τη μετεγχειρητική τους ευημερία και οι καλά ενημερωμένοι ασθενείς κινητοποιούνται ευκολότερα, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν γνωρίζουν τους κινδύνους που μπορεί να έχει η χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς που εκτιμούν επίσης τη λήψη πληροφοριών, τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που λαμβάνουν. Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο πόνος είναι μια πολυδιάστατη εμπειρία και απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση στη θεραπεία και στη συμπεριφορική προετοιμασία του ασθενούς. Έχει επιβεβαιωθεί επανειλημμένα ότι το 30-80% των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση, αναφέρουν ανεπαρκή αντιμετώπιση πόνου.

Σε έρευνα των Kearney και συν.⁷³, μελετήθηκαν 150 ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε ολική επέμβαση ισχίου ή ολική αντικατάσταση γόνατος. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, από τις οποίες το 51% των ασθενών παρακολούθησαν μια δομημένη προεγχειρητική εκπαίδευση, ενώ το 49% των ασθενών ακολούθησαν μια συνήθη προεγχειρητική φροντίδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ασθενείς που παρακολούθησαν την προεγχειρητική εκπαίδευση, ένιωσαν καλύτερα προετοιμασμένοι για χειρουργική επέμβαση σε σχέση με την άλλη ομάδα, αντιμετώπισαν καλύτερα τον μετεγχειρητικό πόνο, και έλαβαν καλύτερα μέτρα για την πρόληψη των επιπλοκών. Το ποσοστό των επιπλοκών ανήλθε στην ομάδα που παρακολούθησε την εκπαίδευση κατά 4,5%, έναντι της άλλης ομάδας που ανήλθε σε ποσοστό κατά 12,9%⁷³. Οι LaMontagne και συν.⁷⁴, μέσα από μια έρευνα που πραγματοποίησαν, κατέληξαν ότι το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών, μειώνεται σημαντικά με την παροχή πληροφοριών πριν από την χειρουργική επέμβαση. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε αν οι ασθενείς που λαμβάνουν πληροφορίες για την επικείμενη χειρουργική εμπειρία, οι οποίες συνοδεύονταν με ακριβείς προειδοποιήσεις για το τι πρέπει να περιμένει ο ασθενής, και σχετικές διαβεβαιώσεις, οδηγούν σε ένα εποικοδομητικό "έργο ανησυχίας", στο οποίο αναπτύσσουν μια διανοητική πρόβλεψη των επικείμενων απειλών, μέσω ρεαλιστικών αυτό παραγόμενων καθησυχασμών, με στόχο να εμποδίσουν τις συναισθηματικές συγκρούσεις, την απογοήτευση και τα αισθήματα αδυναμίας

απέναντι στις απειλές. Ο σκοπός της μελέτης τους ήταν να αλλάξουν την σκέψη του ασθενή, για να ενισχυθεί η αίσθηση του ελέγχου και της εμπιστοσύνης στην αντιμετώπιση της χειρουργικής εμπειρίας.

Στη μελέτη των Pinar και συν.⁷⁵ μελετήθηκε ο ρόλος της προεγχειρητικής διδασκαλίας και εκπαίδευσης των ασθενών και εξετάσθηκε η επιρροή της στη μετεγχειρητική ανάκαμψη, σε ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση υστερεκτομής. Η μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς που έλαβαν συστηματική εκπαίδευση και διδασκαλία, απέκτησαν σωστές και επαρκείς πληροφορίες και ανέπτυξαν μια θετική στάση. Παρατηρήθηκε επίσης πως όταν μειώνεται το άγχος, μειώνονται επίσης και οι αρνητικές ψυχικές και συναισθηματικές καταστάσεις, όπως η επιθετικότητα, η έλλειψη συγκέντρωσης και η κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, βοήθησε τους ασθενείς να ανακάμψουν ταχύτερα και να μειώσουν τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Η παροχή κατάλληλης γνώσης έχει διαβεβαιωθεί, ότι μπορεί να κάνει τους ασθενείς να αλλάξουν τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές τους.

Η μελέτη του Zhang και συν.⁷⁶, αξιολόγησε την επίδραση των νοσηλευτών στην προεγχειρητική εκπαίδευση των ασθενών, και την παροχή συμβουλών στο μετεγχειρητικό άγχος, καθώς και στις μετεγχειρητικές επιπλοκές, σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης με μόσχευμα (CABG). Οι συγγραφείς οδηγήθηκαν σε αυτήν την αξιολόγηση για να ενισχύσουν την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών, να αξιολογήσουν το άγχος των ασθενών, και να προάγουν τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων μετά από CABG. Στην μελέτη συμπεριελήφθησαν 40 ασθενείς, οι οποίοι χωρίστηκαν σε ομάδες μελέτης και ελέγχου. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν τυπική προεγχειρητική φροντίδα, αλλά οι ασθενείς της ομάδας μελέτης ολοκλήρωσαν μια δομημένη σειρά μαθημάτων εκπαίδευσης και παροχής συμβουλών από τους νοσηλευτές, τρεις ημέρες πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την αξιολόγηση, έδειξαν πως οι επιπλοκές στην ομάδα μελέτης ήταν λιγότερες από ότι στην ομάδα ελέγχου. Οι μέσες βαθμολογίες μετεγχειρητικού άγχους στην ομάδα μελέτης ανήλθαν σε ποσοστό 40,1%, ενώ στην ομάδα ελέγχου σε ποσοστό 48,9%. Συμπερασματικά, η προεγχειρητική εκπαίδευση από τους νοσηλευτές και η παροχή συμβουλών, συνδέθηκαν με μειωμένο επίπεδο άγχους μετά από CABG. Επιπλέον έχει αποδειχθεί ότι η προεγχειρητική επίσκεψη και νοσηλεία, εκτός του ότι συμβάλλει στη μείωση του άγχους, έχει σκοπό να προάγει την αυτό-εκπαίδευση και αυτό-εξυπηρέτηση του ασθενούς⁷⁷.

Σύμφωνα με την Weiss και συν.⁷⁸, η ποιότητα της διδασκαλίας, αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό δείκτη ετοιμότητας των ασθενών για την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Οι συγγραφείς μελέτησαν 147 χειρουργικούς ασθενείς, οι οποίοι διδάχθηκαν από τους νοσηλευτές την εξ ολοκλήρου φροντίδα με σκοπό την αυτό-εξυπηρέτησή τους, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Συμπερασματικά το 51% των ασθενών είχε άριστη φροντίδα, ενώ το 16% των ασθενών αντιμετώπισε δυσκολίες όσον αφορά την προσωπική τους φροντίδα και αυτό-

εξυπηρέτησή τους, με αποτέλεσμα να αναφέρουν τις περισσότερες επανεισαγωγές στο νοσοκομείο. Έχει διαπιστωθεί ότι οι χειρουργικοί ασθενείς, επιθυμούν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αναισθησία, τη ζωή μετά από την χειρουργική επέμβαση και ότι αφορά τη χειρουργική διαδικασία. Είναι προφανές, ότι οι φοβισμένοι και προβληματισμένοι ασθενείς, εκτιμούν κριτικά την ποιότητα της εκπαίδευσης και ότι η ικανότητα τους να αφομοιώνουν πληροφορίες, μπορεί να αποδυναμωθεί εξαιτίας ισχυρών συναισθημάτων⁷⁹. Σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς που ζητούν περισσότερες πληροφορίες εμφανίζουν περισσότερο άγχος. Οι υπερβολικές λεπτομερείς πληροφορίες, μπορεί να διαβεβαιώσουν ορισμένους ασθενείς, αλλά και να δημιουργήσουν νέους φόβους και υψηλό άγχος σε άλλους. Για τον λόγο αυτό οι πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς, θα πρέπει να είναι σαφείς, κατανοητές και αξιόπιστες και να βοηθούν τον ασθενή να κατανοήσει τον επιδιωκόμενο στόχο και τις προτεινόμενες διαδικασίες⁸⁰. Ορισμένοι συγγραφείς δηλώνουν ακόμη, ότι το πολιτιστικό επίπεδο και η ηλικία σχετίζονται με την κατανόηση των πληροφοριών⁸¹. Έτσι λοιπόν, η διδασκαλία και η παροχή πληροφοριών των χειρουργικών ασθενών, θα πρέπει να προσαρμόζεται στο επίπεδο του άγχους του κάθε ασθενή που του δημιουργεί πίεση. Οι ασθενείς που εκτιμάται ότι έχουν ήπιο άγχος, λαμβάνουν αντικειμενικά την πληρέστερη διδασκαλία. Οι ασθενείς με μέτρια επίπεδα άγχους, λαμβάνουν λιγότερες πληροφορίες, και οι νοσηλευτές θα πρέπει να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή σε αυτούς τους ασθενείς. Στους ασθενείς με υψηλό άγχος, θα πρέπει ουσιαστικά να παρέχονται μόνο οι βασικές πληροφορίες, δίνοντας έτσι την ευκαιρία να εκφράσουν τις ανησυχίες τους. Εάν οι ασθενείς βρίσκονται σε κατάσταση πανικού, δεν είναι σε θέση να λάβουν πληροφορίες, για τον λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ των αρκετών και των πάρα πολλών πληροφοριών, έτσι ώστε να μην δημιουργείται περαιτέρω άγχος στους ασθενείς όσον αφορά την παροχή πληροφοριών⁸².

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) είναι μία έννοια με ευρύ περιεχόμενο και περιλαμβάνει επιδημιολογικές, βιοϊατρικές, λειτουργικές, οικονομικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις, καθώς και προσωπικές προτιμήσεις, αντιλήψεις και εμπειρίες. Ωστόσο σήμερα προσδιορίζεται μέσα από προσπάθειες ερευνητών να δημιουργήσουν συστήματα εκτίμησης και μετρήσιμα εργαλεία της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, των παραμέτρων δηλαδή που συνιστούν την υγεία⁸³.

Η ΠΖ έχει απασχολήσει από αρχαιότατους χρόνους τους Έλληνες φιλόσοφους. Ο Αριστοτέλης, στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια», απέδιδε τους όρους ΠΖ (ευ ζην) και ευημερία (ευ πράττειν) με τη λέξη «ευδαιμονία», δηλαδή «το τέλειο και αυτάρκες αγαθό», που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου. Οι Sun και συν⁸⁴, διαχωρίσανε την ευτυχία από την ΠΖ, λέγοντας ότι η πρώτη μπορεί να θυσιαστεί προκειμένου η δεύτερη να γίνει πιο ουσιαστική. Η προσεκτική παρατήρηση φανερώνει ότι η ΠΖ σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους, που αποδίδουν μάλιστα κάθε φορά και άλλη σημασία, ανάλογα με το εκάστοτε αντικείμενο του ενδιαφέροντος τους⁸⁴. Στην κλινική σκέψη, η έννοια της ΠΖ είναι μεν παρούσα αλλά με διαφορετική υπόσταση κάθε φορά, ανάλογα με την χρονική στιγμή, την ειδικότητα, τα βιώματα, το πολιτισμικό περιβάλλον ή τις επικρατούσες συνθήκες. Εξακολουθεί να γίνεται αντιληπτή από τον κλινικό ιατρό ως φιλοσοφική τοποθέτηση και όχι ως μεταβλητή, που σχετίζεται με την υγεία⁸⁵. Σήμερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προσδιορίζει την ΠΖ ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμικού-αξιακού συστήματος όπου ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του⁸⁶. Η ΠΖ δηλαδή, είναι το προϊόν των φυσικών χαρισμάτων του ατόμου σε συνδυασμό με την επίδραση της οικογένειας και της κοινωνίας, ή αλλιώς, η προσωπική δήλωση των θετικών και αρνητικών χαρακτηριστικών τα οποία προσδιορίζουν τη ζωή ενός ατόμου⁸⁷. Επομένως, η ΠΖ εκτός από ευρεία έννοια, είναι και υποκειμενική και ευμετάβλητη, με πολλαπλές διαστάσεις και χαρακτηριστικά, που καθιστούν μάλλον αδύνατη την ακριβή ποσοτικοποίηση και μέτρησή της⁸⁸.

Παράγοντες που καθορίζουν και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Η ΠΖ διαμορφώνεται από τη φυσική υπόσταση και τη σωματική υγεία των ατόμων, την ψυχική τους κατάσταση, το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν, καθώς και από τις σχέσεις που αναπτύσσουν. Η υγεία αναγνωρίζεται, σύμφωνα με νεότερες θεωρίες, ως ένας μόνο από τους παράγοντες που προσδιορίζουν την ΠΖ⁸⁹.

Μια πληθώρα από άλλους, επιμέρους παράγοντες μπορούν να προσδώσουν ποιοτικά χαρακτηριστικά στη ζωή των ατόμων:

- Κλίμα και γεωφυσικές συνθήκες τόπου διαμονής.

- Επίπεδο διαταραχής οικολογικής ισορροπίας.
- Οικιστικό περιβάλλον.
- Διατροφικές συνήθειες, τρόπος ζωής και έξεις.
- Γενικότερη κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών.
- Σωματικές αναπηρίες ή χρόνια νοσήματα.
- Προσαρμοστικότητα σε νέες συνθήκες.
- Πολιτιστικό επίπεδο.
- Θρησκευτικές πεποιθήσεις και δοξασίες.
- Εκπαίδευση και επιμόρφωση.
- Επίπεδο κοινωνικό-οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης.
- Άγχος για την ασθένεια ή το θάνατο.
- Βαθμός εμπιστοσύνης στις κοινωνικές σχέσεις.
- Χαρακτηριστικά κοινωνικών σχέσεων.
- Επάγγελμα και περιβάλλον εργασίας - stress.
- Βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Παραγωγικές διαδικασίες - αποκλεισμός εργασίας.
- Εισόδημα και τρόπος διανομής - διαχείρισης.
- Ποιότητα διαθέσιμης ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης⁸⁷⁻⁸⁹.

Γενικά, η ΠΖ σε σχέση με την υγεία, μπορεί να περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία γενικά, τα σωματικά συμπτώματα, η συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, καθώς και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου⁸⁹.

Η μέτρηση της υγείας και η διαθεσιμότητα αντιπροσωπευτικών στοιχείων βασισμένων στον εκάστοτε πληθυσμό, είναι μια σημαντική προϋπόθεση για τον προσδιορισμό και την κατανόηση των προβλημάτων δημόσιας υγείας, τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση των επιλογών υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα δίνει τη δυνατότητα για εφαρμογή διεθνών συγκριτικών μελετών⁹⁰.

Το ενδιαφέρον που επιδεικνύουν οι σύγχρονες κοινωνίες για την υγεία, εξαιτίας των συνεχών δημογραφικών αλλαγών, αλλά και το συνεχώς αυξανόμενο κόστος διατήρησης ή βελτίωσής της, έχουν επιβάλλει την ανάγκη δημιουργίας μέτρων και αξιολόγησής της.

Οι κυριότεροι λόγοι που επιβάλλουν την αποτίμηση της υγείας ενός πληθυσμού, είναι οι παρακάτω:

Επιδημιολογικοί: για την παρακολούθηση της φυσικής πορείας και εξέλιξης των νόσων.

Ιατρικοί - δεοντολογικοί: για την αποτίμηση της διαχείρισης των νόσων και της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων θεραπειών.

Οικονομικοί: για την εκτίμηση και αξιολόγηση των αναγκών σε πόρους, την ορθολογική τους διάθεση και το σχεδιασμό υγειονομικών παρεμβάσεων.

Ερευνητικοί: για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παλαιών ή νέων θεραπειών.

Ακαδημαϊκοί: για την καταξίωση στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την ΠΖ.

Για πολλές δεκαετίες, η παρακολούθηση της υγείας και οι υγειονομικές εκτιμήσεις ενός πληθυσμού γίνονταν μέσω δεικτών και βάσει του βιοϊατρικού μοντέλου. Οι δείκτες αυτοί μετρούσαν συνήθως αρνητικές πλευρές της φυσικής κατάστασης και προκειμένου να συγκριθούν απαιτούσαν ηλικιακή διαστρωμάτωση ή εφαρμογή της μεθόδου προτύπωσης^{91,92}.

Ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας πρέπει πλέον να λαμβάνει υπόψη και τους κοινωνικό-ψυχολογικούς παράγοντες, που καθορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών και την ανταπόκριση των χρηστών σε αυτές.

Η εκτίμηση της υπό μέτρησης διάστασης της ΠΖ μπορεί να γίνει με πολλά συγκριτικά σημεία αναφοράς, όπως ο γενικός πληθυσμός, άλλοι άρρωστοι της ίδιας ή διαφορετικής ομάδας, ή ο ίδιος ο ασθενής όταν ήταν πιο υγιής ή πιο άρρωστος⁹².

Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη και τη χρήση των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια. Τα πρώτα ερωτηματολόγια για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής εμφανίστηκαν στη δεκαετία του 1970 και είχαν ως στόχο την πολυδιάστατη προσέγγιση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος, συμπεριλαμβάνοντας μετρήσεις της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας. Από το 1970 και μετά, έχει παρατηρηθεί στην ιατρική βιβλιογραφία ένας σταθερά αυξανόμενος αριθμός ερευνών, οι οποίες περιλαμβάνουν την έννοια της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία του ατόμου⁸⁸.

Σήμερα, οι περισσότερες μελέτες για τα αποτελέσματα κλινικών παρεμβάσεων περιλαμβάνουν κάποιας μορφής μέτρηση της ποιότητας ζωής, η οποία υπολογίζεται με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων, τα οποία εστιάζονται στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου ή στις επιπτώσεις συγκεκριμένων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του ασθενούς⁸⁹.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Υγειονομική απεικόνιση του Nottingham (Nottingham health profile) Σχεδιάστηκε για να παρέχει έναν περιεκτικό δείκτη των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων υγείας του ατόμου. Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το επίπεδο ενεργητικότητας, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, την αϋπνία, την κοινωνική απομόνωση, τη δυσανεξία και άλλες φυσιολογικές λειτουργίες. Οι ερωτήσεις δίνουν κυρίως έμφαση στην υποκειμενική εκτίμηση των ερωτηθέντων για το επίπεδο της υγείας τους.

Απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας (sickness impact profile)

Η απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας εντοπίζει τις αλλαγές στη συμπεριφορά ενός ατόμου λόγω της ασθένειάς του. Οι συμπεριφορές που περιλαμβάνει η κλίμακα αντιστοιχούν σε παγκόσμια πρότυπα συμπεριφοράς και επηρεάζονται από μια κατάσταση ασθένειας ανεξάρτητα από τις ειδικότερες συνθήκες, τη θεραπεία, τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς ή την πρόγνωση

Γενικοί πίνακες κατάταξης της υγείας (general health-ratings index)

Η συγκεκριμένη κλίμακα αξιολογεί την υγεία, συνεκτιμώντας την προηγούμενη, την παρούσα και τη μελλοντική κατάσταση υγείας του ατόμου, καθώς και την αντίληψη και την ευαισθησία του στην ασθένεια.

Κλίμακα ευεξίας (quality of well-being scale, QWB)

Η QWB είναι ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, το οποίο περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων καθώς και τρεις διαστάσεις επιπέδων υγείας: κινητικότητα, σωματική δραστηριότητα και κοινωνική δραστηριότητα Ένα «έτος ευεξίας» της κλίμακας είναι ισοδύναμο με ένα έτος σε κατάσταση πλήρους υγείας. Η αξιολόγηση της υγείας βασίζεται στην εκτίμηση όχι μόνο της παρούσας κατάστασης υγείας αλλά και της μελλοντικής πρόγνωσης.

Health utilities index (HUI)

Το HUI είναι ένα γενικό εργαλείο, το οποίο περιγράφει την κατάσταση υγείας ενός ατόμου σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Χρησιμοποιεί μια σειρά διαστάσεων του επιπέδου υγείας, όπως όραση, ακοή, λόγος, επιδεξιότητα, γνωστική ικανότητα, πόνος και συναίσθημα.

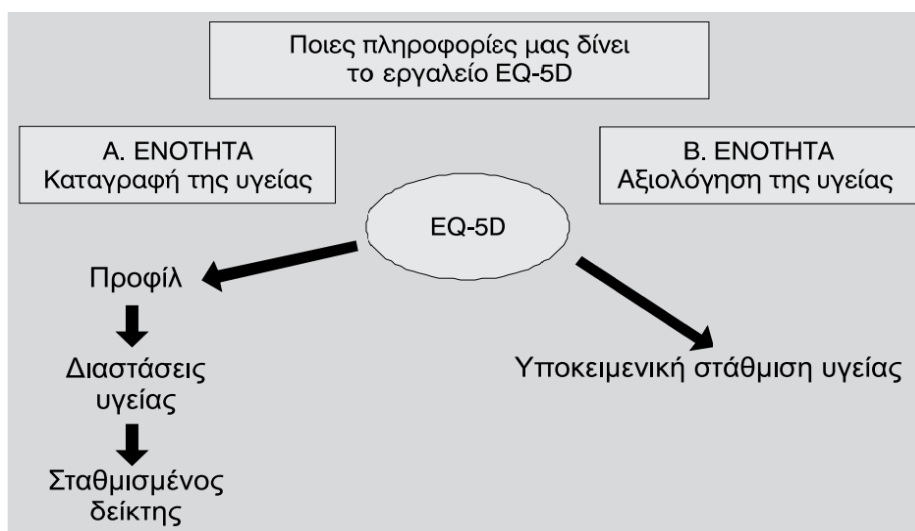
Index of health-related quality of life

Το index of health-related quality of life είναι ένα εργαλείο μέτρησης της κοινωνικής, της ψυχολογικής και της σωματικής λειτουργικότητας, το οποίο βασίζεται σε ένα πολυδιάστατο σύστημα ταξινόμησης και αποδίδει ένα γενικό δείκτη υγείας. Περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις (ανικανότητα, δυσανεξία, συναισθηματική κατάσταση), οι οποίες, στη συνέχεια, υποδιαιρούνται σε επιμέρους χαρακτηριστικά.

EuroQoL (European quality of life scale)

Αποτελεί ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη, εικόνα 2⁹³.

Μελετά τη φυσική, την κοινωνική και τη συναισθηματική – ψυχική διάσταση μέσα από πέντε τομείς (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, εκτέλεση συνήθων δραστηριοτήτων, πόνος-δυσφορία και άγχος-κατάθλιψη), οι οποίοι διαβαθμίζονται σε τρία επίπεδα (κανένα, μερικό και σημαντικό πρόβλημα).



Εικόνα 2. Το εργαλείο EQ-5D

Κλίμακα SF-36 Medical Outcomes Study - Short Form 36 (SF-36)

Η κλίμακα SF-36 είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού. Σε πολλές κλινικές μελέτες, αλλά και σε κοινωνικές έρευνες, έχει καταδειχθεί το μεγάλο ποσοστό ανταποκρισιμότητας του πληθυσμού (70–90% περίπου), καθώς και η εγκυρότητα (reliability) και η αξιοπιστία (validity) του «εργαλείου» SF-36.

Το βασικό πλεονέκτημα της SF-36 είναι η ταυτόχρονη καταγραφή της φυσικής και της πνευματικής κατάστασης υγείας του ερωτώμενου όσο και η υποκειμενική αξιολόγησή της.

Η SF-36 κωδικοποιεί τις διαστάσεις της φυσικής και της πνευματικής υγείας του ερωτώμενου, με ένα σύνολο 36 ερωτήσεων, οι οποίες, με τη βοήθεια του κατάλληλου αλγόριθμου,

συνοψίζονται σε 8 διαστάσεις (Εικόνα 3)⁹³. Οι επιλεγμένες ερωτήσεις αντλήθηκαν από μια δεξαμενή 149 ερωτήσεων, που συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικά πρόκριναν οι ερευνητές της μελέτης. Η δεξαμενή αυτή σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ΠΖ.

Οι ερωτήσεις αυτές συνθέτουν 8 κλίμακες από 2–10 ερωτήσεις η καθεμιά:

- PF: Σωματική λειτουργικότητα (physical functionary)
- RP: Σωματικός ρόλος (role-physical)
- BP: Σωματικός πόνος (bodily pain)
- GH: Γενική υγεία (general health)
- VT: Ζωτικότητα (vitality)
- SF: Κοινωνική λειτουργικότητα (social functionary)
- RE: Συναισθηματικός ρόλος (role-emotional)
- MH: Ψυχική υγεία (mental health).

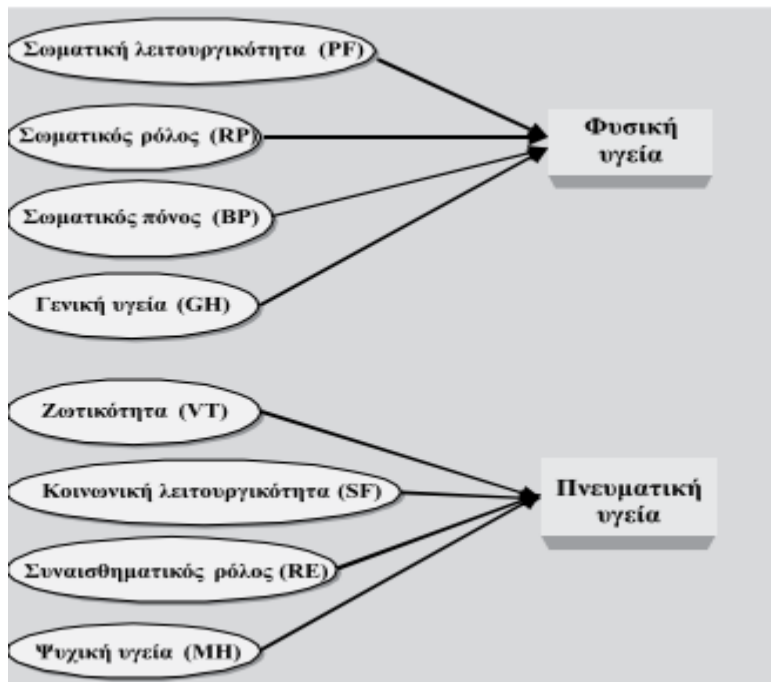
Η βαθμολόγηση της κάθε κλίμακας μπορεί να μετασχηματιστεί με την αναγωγή της σε ποσοστιαία επί τοις εκατό (%) αναλογία, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή 100 (όπου 100 η άριστη υγεία) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία κλίμακας.

Οι βαθμοί μεταξύ αυτών των ακραίων τιμών απεικονίζουν την αναλογία της τελικής συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας που μετρήθηκε.

Ο μετασχηματισμός αυτός επιτυγχάνεται σύμφωνα με τον ακόλουθο τύπο: Μετασχηματισμός βαθμολογίας κλίμακας = [Πραγματική βαθμολογία κλίμακας – χαμηλότερη βαθμολογία κλίμακας] × 100 Πιθανή διακύμανση βαθμολογίας κλίμακας.

Το SF-36 έχει μεταφραστεί και αξιολογηθεί στην ελληνική γλώσσα και έχει εφαρμοστεί σε πολλές μελέτες.

Εικόνα 3.



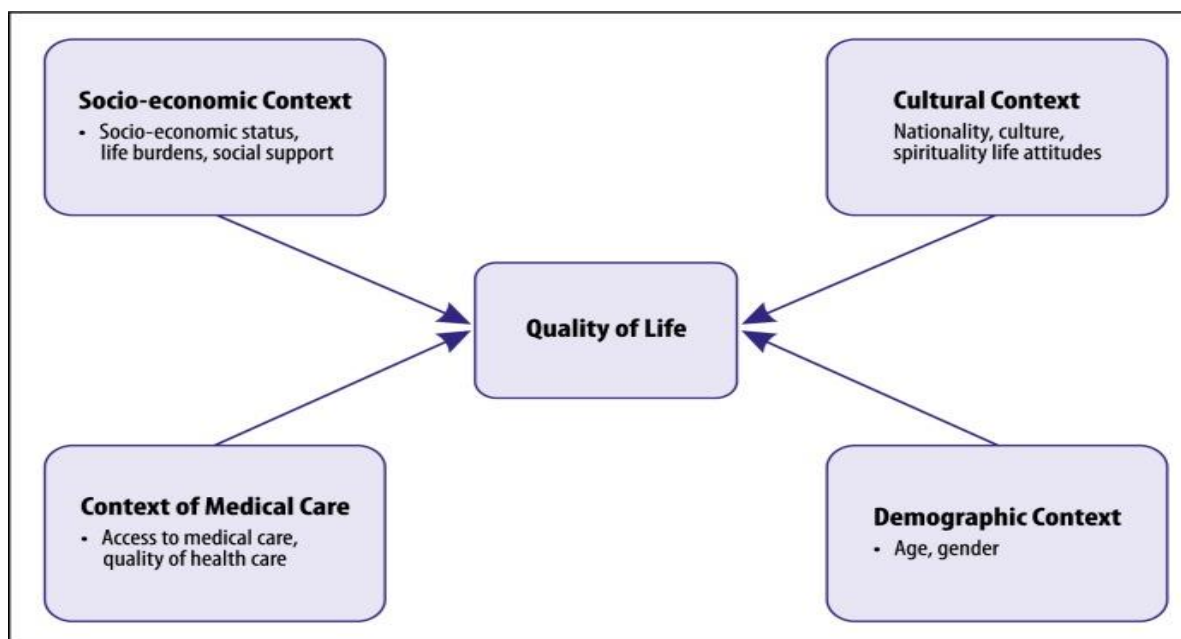
Εικόνα 3. Διαστάσεις της φυσικής και πνευματικής υγείας της κλίμακας SF-36

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει τον ασθενή να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές για να προσαρμοστεί στη νέα του ζωή. Δυο κυρίως νοσηλευτικά μοντέλα για την ποιότητα ζωής έχουν αναπτυχθεί και επικρατήσει. Τα μοντέλα αυτά αναγνωρίζουν την πολυδιάστατη έννοια της ποιότητας ζωής και την προοπτική της υποκειμενικότητας που τη χαρακτηρίζει. Βασίζονται στη θεωρία ότι το άτομο και η υγεία είναι πολυδιάστατες έννοιες, ενώ στηρίζονται στις ατομικές αξίες και τις πεποιθήσεις του ασθενή και στο δεδομένο, ότι η αντίληψη της ποιότητας ζωής του είναι αποτέλεσμα των προσωπικών του εμπειριών⁹⁴.

Το Μοντέλο της ΠΖ των Ferrans και Powers

Αναγνώρισε τη σχέση της νοσηλευτικής διεργασίας με την ΠΖ και περιγράφει την ΠΖ ως αποτέλεσμα των θετικών και αρνητικών παραγόντων, που επηρεάζουν τη ζωή του ατόμου. Το μοντέλο ομαδοποιεί τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής σε πέντε κατηγορίες: την ψυχολογική ευεξία, το κοινωνικό ενδιαφέρον, την αντίληψη για την εικόνα σώματος, την οργανική ευεξία και την ανταπόκριση στην οργάνωση και τη θεραπεία.

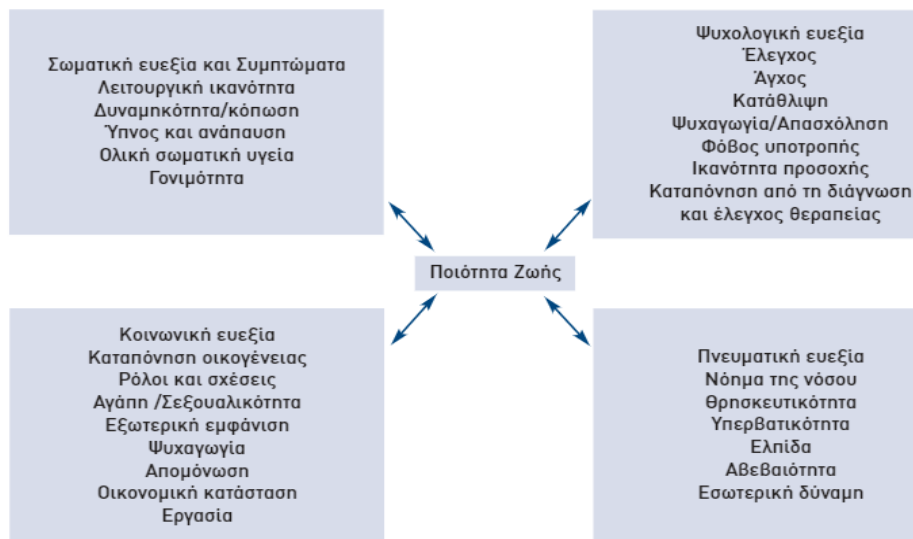


Εικόνα 4. Το μοντέλο των Ferrans and Power

Το Μοντέλο της ΠΖ ασθενών των Ferrell B, Padilla G, Vemury S and Rhiner M

Το μοντέλο της Ferrell και συνεργατών της, ορίζει την ποιότητα ζωής περιγράφοντας τέσσερα πεδία, της σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής ευεξίας. Το μοντέλο

αυτό, αν και έχει γενική δομή που αναφέρεται σε οποιαδήποτε διάσταση της νόσου μπορεί να εξειδικευτεί σε κάποια συγκεκριμένη.



Εικόνα 5: Το μοντέλο Ferrell B, Padilla G, Vemury S and Rhiner M

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η μεταβολή της υγείας ενός ατόμου κατά τη διάρκεια του βίου του, αντιστοιχεί σε τρία επίπεδα πρόληψης :

- Την πρωτογενή, που έχει στόχο την υιοθέτηση όλων των υγιεινοδιαιτητικών παραγόντων που καθυστερούν ή και παρεμποδίζουν την εμφάνιση της νόσου.
- Την δευτερογενή πρόληψη, που έχει στόχο την έγκαιρη, πρώιμη διάγνωση, που θα έχει σαν συνέπεια την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ή θεραπεία της υφιστάμενης νόσου.
- Την τριτογενή πρόληψη που έχει στόχο την πρόληψη της ανικανότητας ή την αποκατάσταση βλαβών ή την πρόληψη υποτροπών από μια νόσο που έχει ήδη εγκατασταθεί. Τα μέτρα τριτογενούς πρόληψης επικεντρώνονται στο άτομο που πάσχει.⁹⁵

Οι συχνότερες ασθένειες των ανθρώπων στις βιομηχανικές τουλάχιστον χώρες, είναι χρόνιες. Έτσι, ενώ παλαιότερα οι ασθένειες ήταν συνήθως σύντομης διάρκειας και οδηγούσαν είτε στην αποθεραπεία είτε στο θάνατο, τώρα πλέον αποτελούν μακροχρόνιες καταστάσεις που απαιτούν σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και συμπεριφοράς του ατόμου προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος επιδείνωσής τους.

Στόχοι καθίστανται, συνεπώς, η διαχείριση της ασθένειας παρά η θεραπεία της, η πρόληψη πιθανής επιδείνωσης και η εξασφάλιση των συνθηκών για καλή ποιότητα ζωής.⁹⁶

Αγωγή ασθενών, πληροφόρηση και συμμόρφωση

Υπάρχει η παραδοχή, ότι όταν ο ασθενής επισκέπτεται τον γιατρό του, τού εμπιστεύεται τη ζωή του και είναι έτοιμος να δεχτεί και να ακολουθήσει οδηγίες. Όσο ενημερωμένος όμως κι αν είναι ο ασθενής, φθάνει στο σημείο εκείνο στο οποίο θα πρέπει να συμβουλευτεί τον ιατρό του. Στο σημείο αυτό ο ιατρός είναι πανίσχυρος και μόνο τα ατομικά του κίνητρα μπορούν να τον ωθήσουν να εξοικονομήσει πόρους ή να παρέχει «επιπλέον» φροντίδα.

Η παραδοχή αυτή σε καμία περίπτωση δεν αναιρεί την ανάγκη για την ενημέρωση του ασθενούς. Αντιθέτως η ανάγκη είναι μεγάλη και βασίζεται στο γεγονός ότι ο ενημερωμένος ασθενής θα είναι πιο πρόθυμος να συζητήσει εναλλακτικές επιλογές με τον ιατρό του.⁹⁷

Πολλοί ασθενείς υιοθετούν την αντίληψη ότι το πρόβλημά τους είναι καθαρά οργανικό και εξαρτώνται αποκλειστικά από τους θεραπευτές. Υποτάσσονται στο βιοϊατρικό μοντέλο, φοβούνται την κριτική σχετικά με τον τρόπο ζωής τους και αρνούνται να τροποποιήσουν τις συνήθειες τους και τη συμπεριφορά που βλάπτει την υγεία τους. Έτσι, εναποθέτουν την ευθύνη τους στους «ειδικούς» τους οποίους και καθιστούν αποκλειστικά υπεύθυνους για τη θετική ή αρνητική έκβαση της υγείας τους.⁹⁸

Αποτέλεσμα αυτού είναι να αποφεύγουν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας τους, προκειμένου να αποφύγουν τη σύγκρουση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που έχει την τάση να διατηρεί τον αποκλειστικό έλεγχο και την ισχύ σε θέματα υγείας. Στο βάθος, ενώ αρχικά αυτή η σχέση μοιάζει να έχει βραχυπρόθεσμα ικανοποιητικά αποτελέσματα, δεν είναι τόσο «θεραπευτική» ενώ είναι και άنيση γιατί αγνοούνται οι εσωτερικές δυνάμεις και δυνατότητες αυτοθεραπείας που διαθέτει ο ίδιος ο ασθενής. Συγχρόνως καλλιεργούνται στον άρρωστο η παθητικότητα και η εξάρτηση, καταστάσεις που δεν τον προτρέπουν να αναλάβει τις ευθύνες του και ενεργά να συμμετάσχει στη φροντίδα της υγείας του.⁹⁹

Στη βάση αυτή σχεδιάστηκε και υλοποιείται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (NHS) ολοκληρωμένο πρόγραμμα για τη δημιουργία των «ειδικών ασθενών» (expert patients), ιδιαίτερα για τους χρόνιους ασθενείς.

Το πρόγραμμα στοχεύει στη δημιουργία των πραγματικά «αυτοδύναμων» πολιτών-ασθενών, οι οποίοι μέσα από δυναμική εκπαίδευση και ενημέρωση, παύουν να είναι αποδέκτες υπηρεσιών υγείας και μετατρέπονται σταδιακά σε βασικούς παράγοντες λήψης απόφασης κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Ενισχύονται, έτσι, με τη διαχείριση της ασθένειάς τους και αποκτούν μεγαλύτερο έλεγχο πάνω στη ζωή και την υγεία τους. Δημιουργούν ισχυρές κοινωνικές ομάδες, που βασίζονται στην ανταλλαγή της πληροφορίας, την ηθική και ψυχολογική υποστήριξη της ομάδας και περιορίζουν την ανάγκη για παροχή «υποστηρικτικών» υπηρεσιών από τον ιατρό, με πρόσθετο κόστος για το σύστημα υγείας.¹⁰⁰

Η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας, προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου και την υπευθυνότητά του απέναντι στον εαυτό του και απέναντι στο κοινωνικό σύνολο. Η αγωγή υγείας αρχικά στηρίχτηκε στην υπόθεση ότι παρέχοντας πληροφορίες, αυτόματα οι άνθρωποι θα είναι ικανοί να κάνουν υγιεινές επιλογές.

Παρότι η υγειονομική διαφώτιση και η ενημέρωση αποτελούν αναγκαίες συνθήκες για την εκδήλωση μιας υγιεινής συμπεριφοράς, δεν είναι πάντα επαρκείς.¹⁰¹

Σε μεγάλο βαθμό, η στάση και η συμπεριφορά του ατόμου επηρεάζονται από το οικογενειακό, το φυσικό, το ευρύτερο κοινωνικό, το οικονομικό και το πολιτισμικό περιβάλλον του.

Η προάσπιση και προαγωγή της υγείας απαιτεί μερικές φορές την τροποποίηση μιας συμπεριφοράς και τη διαμόρφωση νέων στάσεων. Η αλλαγή αυτή προϋποθέτει την κατανόηση του ρόλου που παίζουν ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες και της επίδρασης που ασκούν πάνω στη συμπεριφορά.¹⁰¹

Η Page A.C¹⁰² αναγνωρίζει ότι η συμμόρφωση των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες και συμβουλές είναι θεμελιώδης για την αποτελεσματική ρύθμιση της νόσου και διατήρηση της υγείας, «οποιαδήποτε χρόνια νόσος απαιτεί ενεργό συμμετοχή του ασθενή, αφού ο ασθενής, περισσότερο από τους νοσηλευτές και τους γιατρούς, πρέπει να συμβιώσει με την ασθένεια όλο το 24ωρο».

Σχετικά με τον ρόλο της Αγωγής Υγείας στη θεραπευτική αγωγή των αρρώστων, είναι φανερό η συμβολή της σωστής ενημέρωσης και της ενεργούς συμμετοχής του ασθενή στην επιτυχία κάθε θεραπευτικού σχήματος. Η γνώση της σημασίας κάθε θεραπευτικού μέτρου, η επίγνωση των πιθανών κινδύνων και η προσαρμογή στις απαιτήσεις ενός θεραπευτικού σχήματος, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική καταπολέμηση της αρρώστιας.¹⁰³

Στην εποχή μας, όπου οι θεραπείες γίνονται πιο πολύπλοκες, είναι απαραίτητο ο γιατρός να σιγουρεύεται, ότι ο ασθενής του έχει καταλάβει καλά το σύνολο αυτών που είναι αναγκαίο να κάνει. Σημειώνεται, ότι η σύγχρονη τάση είναι οι ασθενείς να παραμένουν στο νοσοκομείο όσο το δυνατόν λιγότερο. Αυτό συνεπάγεται περισσότερη θεραπεία και αγωγή στο σπίτι.¹⁰³

Κάτω από αυτές τις συνθήκες οι ασθενείς και αυτοί που τους φροντίζουν, είναι αναγκαίο να καταλαβαίνουν καλά και να θυμούνται όσα χρειάζονται για τη συγκεκριμένη περίπτωση. Υπάρχει ανάγκη για αμοιβαία εμπιστοσύνη γιατί και οι δύο επιδιώκουν τον ίδιο στόχο και υπάρχει η ικανοποίηση του εκπαιδευτή όταν ο μαθητής ασθενής ανταποκρίνεται στη διδασκαλία.¹⁰³

Οι βασικοί λόγοι που οι ασθενείς ξεχνούν βασική και σημαντική πληροφόρηση που τους παρέχεται είναι¹⁰⁴:

- **Το στρες και η αγωνία.** Πολλοί ασθενείς δεν νοιώθουν άνετα μέσα στο ιατρείο. Η αγωνία και το στρες μειώνουν την προσοχή. Υπάρχει επιπρόσθετα το φαινόμενο της εστίασης της προσοχής του ασθενούς στα πιο φοβερά πράγματα που θα του πει ο γιατρός. Εάν για παράδειγμα ο γιατρός αναγγείλει στον ασθενή ότι πάσχει από μια σοβαρή ασθένεια όπως ο καρκίνος, τότε ο ασθενής θα εστιάσει την προσοχή του κυρίως σε αυτό και είναι απίθανο να θυμάται οτιδήποτε άλλο από αυτή τη συνάντηση με τον γιατρό του.
- **Η ηλικία.** Η αύξηση της ηλικίας μειώνει την ικανότητα του ασθενούς να θυμάται μια πληροφόρηση που πιθανόν να έχει δοθεί χωρίς την κατάλληλη δομή. Επίσης μειώνεται η ικανότητα του ασθενούς να θυμάται δόσολογίες φαρμάκων ιδιαίτερα όταν η θεραπεία του περιλαμβάνει πολλά φάρμακα. Ακόμη ο ηλικιωμένος ασθενής ξεχνά πιο εύκολα τα αποτελέσματα των αναλύσεων του.
- **Οι προκαταλήψεις.** Οι ασθενείς πολύ συχνά έχουν τις δικές τους ιδέες και θεωρίες για τις ασθένειες. Εάν αυτά που λέει ο γιατρός έρχονται σε σύγκρουση με τις δικές τους απόψεις, τόσο ευκολότερο είναι να τα ξεχάσουν. Εάν όμως αυτά που τους λέγονται αφορούν για αυτούς ένα καινούριο τομέα όπου δεν έχουν τις δικές τους ιδέες, τότε είναι ευκολότερο να τα συγκρατήσουν.
- **Η δομή της πληροφόρησης και οι προτεραιότητες.** Ο τρόπος με τον οποίο οι γιατροί θα παρουσιάσουν την πληροφόρηση έχει μεγάλη σημασία. Το λεξιλόγιο που θα χρησιμοποιήσει,

η δομή της παρουσίασης των πληροφοριών είναι καθοριστικά. Οι σημαντικές πληροφορίες είναι προτεραιότητες και πρέπει να δίνονται από την αρχή της συνομιλίας. Οι ασθενείς θυμούνται καλύτερα τις πρώτες δηλώσεις του γιατρού τους. Επίσης θυμούνται καλύτερα εάν οι φράσεις και το λεξιλόγιο είναι απλές και παρουσιάζονται σε ένα απλό, λογικό και δομημένο σχήμα που διευκολύνει την κατανόηση και τη μνήμη.

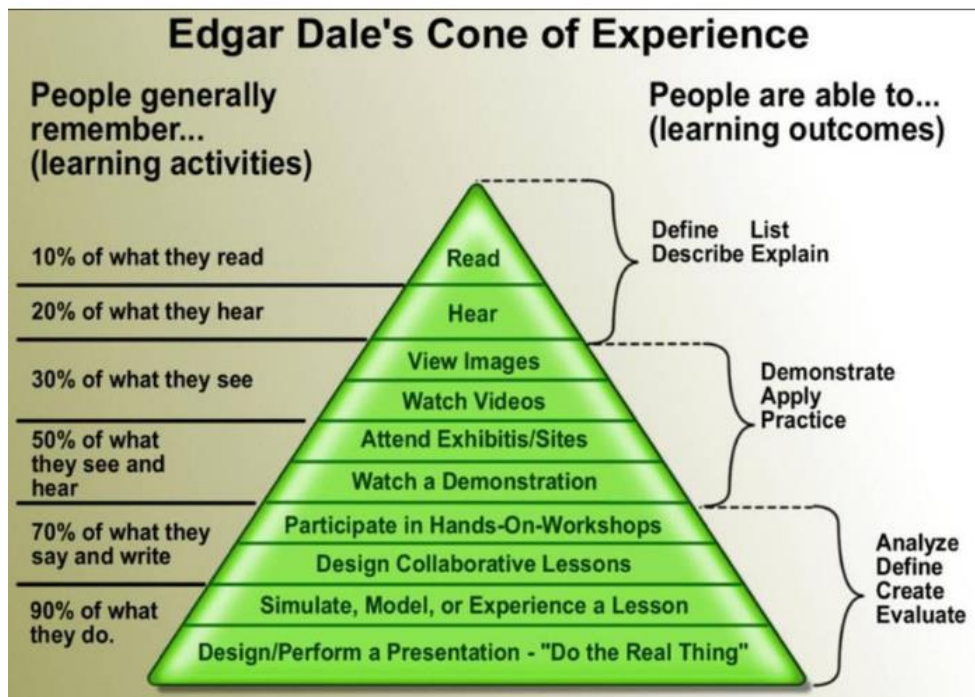
- **Η κοινοποίηση της πληροφορίας :** Οι ασθενείς δεν μπορούν να θυμούνται όταν ο γιατρός τους λέει πολλά πράγματα. Όσα περισσότερα τους λέει, τόσα λιγότερα θα θυμούνται. Καταλαβαίνουν και θυμούνται περισσότερα όταν οι πληροφορίες δεν δίνονται μόνο προφορικά αλλά κι διαμέσου γραπτών κειμένων και σχημάτων ή φωτογραφιών. Έρευνες σε ορισμένα νοσοκομεία έδειξαν ότι οι ασθενείς θυμούνται σωστά μόνο το 14% των οδηγιών που δίνονται προφορικά. Όταν δίνονται με τη βοήθεια σχημάτων τότε οι ασθενείς θυμούνται σωστά μέχρι και το 80%.¹⁰⁶⁻¹⁰⁶

Μέθοδοι επικοινωνίας και εκπαίδευσης.

Ατομική Διδασκαλία: Η ατομική διδασκαλία και η παροχή προσωπικών οδηγιών έχει χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος εκπαίδευσης σε νοσηλευόμενους ασθενείς και σε προγράμματα στην κοινότητα στα πλαίσια επισκέψεων στα σπίτια. Η μέθοδος αυτή, αποτελεί την εκπαιδευτική διαδικασία, κατά την οποία ο εκπαιδευτής βρίσκεται «πρόσωπο με πρόσωπο» με ένα μόνο εκπαιδευόμενο κάθε φορά, γι' αυτό και αποτελεί την πλέον προσωποποιημένη απ' όλες τις μεθόδους εκπαίδευσης. Αυτό το χαρακτηριστικό κάνει τη μέθοδο της ατομικής διδασκαλίας ιδιαίτερα χρήσιμη στις περιπτώσεις εκείνες όπου υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα άτομα που αποτελούν τον πληθυσμό-στόχο. Από τις μελέτες αξιολόγησης της μεθόδου έχει διαπιστωθεί ότι η ατομική διδασκαλία είναι πολύ αποτελεσματική για τον κάθε εκπαιδευόμενο¹⁰⁷.

Οπτικοακουστικά μέσα : Τα οπτικοακουστικά μέσα περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών μεθόδων εκπαίδευσης και επικοινωνίας. Ορισμένα από τα οπτικοακουστικά μέσα είναι μόνο οπτικά (συγγράμματα, φυλλάδια, προκηρύξεις, χάρτες, αφίσες, βουβές κινηματογραφικές ταινίες, διαφάνειες, πίνακες), άλλα είναι μόνο ακουστικά (κασέτες, δίσκοι) και ορισμένα συνδυάζουν το οπτικό με το ακουστικό στοιχείο (ομιλούσες ταινίες, βίντεο, συνδυασμός διαφανειών με ήχο, οπτικοί δίσκοι κ.α.¹⁰⁸

Ο ρόλος των οπτικοακουστικών στη διδασκαλία και τη μάθηση είναι πως προκαλούν το ενδιαφέρον και την προσοχή, συμβάλλουν σημαντικά στη μάθηση, βοηθούν τη συλλογή και τη συγκράτηση των πληροφοριών στη βραχυπρόθεσμη μνήμη και βοηθούν στην κατανόηση των πληροφοριών από τους εκπαιδευόμενους παρουσιάζοντας με ρεαλιστικό τρόπο τα γεγονότα καθώς επίσης δίνει αφορμή για συζήτηση με τον ασθενή^{109,110} (Εικόνα 6).



Εικόνα 6. Ο κώνος της μάθησης, που πρότεινε τη δεκαετία του 1950 ο Edgar Dale

Στη μελέτη του Mohan και συν¹¹⁰, δόθηκαν πληροφορίες σε μια ομάδα ασθενών με τη μορφή βίντεο και εικόνων, από προηγούμενες εμπειρίες ασθενών, όσον αφορά τη χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία. Ο στόχος ήταν να αντιληφθεί ο ασθενής τη διαδικασία της αναισθησίας, τα αποτελέσματά και τις επιπλοκές, ώστε να έχει μια ιδέα τι μπορεί να συμβεί, χωρίς να αυξήσει την ανησυχία του και να εξαλείψει τυχόν παρερμηνείες που σχετίζονται με αυτό. Το βίντεο και οι εικόνες δόθηκαν στους ασθενείς 1 ώρα πριν, και 8 ώρες μετά από τη χειρουργική επέμβαση.

Οι ασθενείς που έλαβαν τις πληροφορίες μέσω των βίντεο και των εικόνων, φάνηκε πως μείωσαν σημαντικά το άγχος πριν από τη χειρουργική επέμβαση, και είχαν καλύτερη μετεγχειρητική ανάρρωση σε σχέση με τους άλλους ασθενείς. Η προεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση στην αντιμετώπιση του πόνου διαπιστώθηκε πως μείωσε σημαντικά τα επίπεδα του προεγχειρητικού άγχους και εμπλούτισε τις γνώσεις των ασθενών.

Η παρέμβαση αυτή είχε ως στόχο να εξηγήσει τους παράγοντες πρόκλησης του πόνου, να διδάξει τους ασθενείς σχετικά με την μείωση του πόνου μέσω φαρμακευτικών απαιτήσεων, να εξηγήσει πόσο σημαντικό είναι οι ασθενείς παρά τον πόνο να σηκωθούν από το κρεβάτι και να ενθαρρύνει τους ασθενείς να εκφράζουν τα συναισθήματά τους και να υποβάλλουν ερωτήσεις¹¹¹. Διαπιστώθηκε, πως οι ασθενείς με καρκίνο του ενδομήτριου που έλαβαν πληροφορίες 15 ημέρες πριν από την χειρουργική επέμβαση, μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων, και εικόνων, ένιωσαν καλύτερα προετοιμασμένοι, μείωσαν το άγχος τους και δεν παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης, σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν πληροφορίες¹¹².

Η χρήση λοιπόν του διαδικτύου, των CD-ROM, video και των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων αποδεδειγμένα μπορούν να μειώσουν το άγχος των ασθενών, και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους¹¹³.

Ψηφιακές Συσκευές: Οι πλατφόρμες κινητής ψηφιακής επικοινωνίας, διευκολύνουν την άμεση ανταλλαγή περιεχειρητικών πληροφοριών μέσω μηνυμάτων, μεταξύ των ασθενών και των χειρουργών. Τέτοια προγράμματα έχουν στόχο να βελτιώσουν τη φροντίδα των ασθενών και να ενισχύσουν τη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Όλοι οι χρήστες, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, κατέγραψαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης¹⁰⁷.

Ένα νέο πρόγραμμα μέσω εξατομικευμένων εφαρμογών smartphone, σχεδιάστηκε σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις για να παρέχει δευτερογενή πρόληψη. Το πρόγραμμα αυτό ονομάζεται mHealth, έχει διάρκεια έξι μήνες και περιλαμβάνει την ανταλλαγή μηνυμάτων και την τηλεφωνική συνομιλία μεταξύ ασθενούς και ιατρού. Παρέχει στους ασθενείς συστηματική υποστήριξη, συμβουλές, κίνητρα και πληροφορίες που αποσκοπούν στη βελτίωση της διατροφής, την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, τη φαρμακευτική αγωγή και την ενθάρρυνση διακοπής καπνίσματος. Οι ασθενείς που συμπεριελήφθησαν σε αυτό το πρόγραμμα, είχαν αυξημένη προσκόλληση στην ιατρική θεραπεία, την ικανότητα να επιτύχουν φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης και χοληστερόλης, την προθυμία για άσκηση, και παρουσίασαν μικρότερο άγχος και ανησυχία. Τα αποτελέσματα αυτού του προγράμματος ήταν ικανοποιητικά, καθώς συνέβαλαν στη μείωση της στηθάγχης, μείωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου, μειωμένη επανεισαγωγή στο νοσοκομείο και χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας¹⁰⁸.

Εικονική Πραγματικότητα: Η εικονική πραγματικότητα με την ικανότητά της να παρακολουθεί τις ιατρικές και ψυχολογικές προϋποθέσεις του ασθενή δίνει την δυνατότητα στήριξης και προώθησης της αποτελεσματικής υγειονομικής περίθαλψης. Πρόκειται για μια έξυπνη εφαρμογή, η οποία εξακολουθεί να υποστηρίζεται από όλο και περισσότερες κλινικές με ποσοστά επιτυχίας πάνω από 90%.

Στην εικονική πραγματικότητα η βέλτιστη απόδοση υπό αυτές τις συνθήκες απαιτεί τη διαχείριση των φυσιολογικών, ψυχολογικών και συναισθηματικών αντιδράσεων στα αγχωτικά ερεθίσματα. Κατά τη διάρκεια της εικονικής πραγματικότητας οι εμπειρίες που βιώνει ο ασθενής είναι ιδιαίτερα στρεσογόνες, και ενώ βρίσκεται στο εικονικό περιβάλλον συνεχώς παρακολουθείται. Η επανειλημμένη έκθεση σε αγχωτικές καταστάσεις δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να απευαισθητοποιείται σταδιακά προς τα ερεθίσματα που μπορούν αρχικά να προκαλούν τέτοια ισχυρή φυσιολογική διέγερση και στη συνέχεια με τη συνεχή έκθεσή του, το άτομο καταφέρνει να απαλλαγεί σταδιακά¹¹⁴.

Μέχρι σήμερα, η αντιμετώπιση των κρίσεων πανικού και των φοβιών γίνεται με κλασικές μεθόδους, όπως η ψυχανάλυση και η φαρμακοθεραπεία. Τώρα πλέον, μπορούν να αντιμετωπίζονται και με εικονική πραγματικότητα, δηλαδή σε ένα περιβάλλον προσομοίωσης, που

δημιουργείται με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή, το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με αυτό που τον φοβίζει, δηλαδή σε ένα περιβάλλον προσομοίωσης με απεικονίσεις σε πραγματικό χρόνο. Η μέθοδος αυτή, εφαρμόζεται με επιτυχία στην Αμερική και στην Ολλανδία, όχι όμως στη χώρα μας, ενώ από μελέτη, που έγινε σε 150 ασθενείς, προέκυψε ότι το 76% προτίμησε τη θεραπεία μέσω εικονικής πραγματικότητας¹¹⁴.

Εκπαίδευση ασθενών μέσω Εικονικών Κόσμων - Η περίπτωση της Second Life: Ο Εικονικός Κόσμος (Second Life) διαθέτει αυτή τη στιγμή αρκετές εφαρμογές στην εκπαίδευση ασθενών. Για παράδειγμα, στο πανεπιστήμιο του Οχάιο, οι επισκέπτες μπορούν να παίξουν ένα παιχνίδι που το αποκαλούν «Διατροφή» (Nutrition), και με αυτό τον τρόπο μπορούν να μάθουν για τις επιπτώσεις που έχει το fast food στην υγεία τους. Αυτό επιτυγχάνεται επιτρέποντας στους συμμετέχοντες να πειραματιστούν με διαφορετικά είδη φαγητού, σε ένα προσομοιωμένο εστιατόριο, και έτσι να γνωρίσουν από πρώτο χέρι για την επίδραση που έχουν στην υγεία τους, είτε μακροπρόθεσμα είτε βραχυπρόθεσμα, οι επιλογές τους. Ο στόχος για έναν χρήστη είναι να κάνει υγιεινές διατροφικές επιλογές, που θα τον οδηγήσουν σε μια υψηλή βαθμολογία με το παιχνίδι και βέβαια στοχεύει και στη θετική επίδραση στην υγεία τους¹¹⁵.

Η εφαρμογή είναι επικεντρωμένη στο να παρέχει πληροφόρηση σε ποικίλων ειδών προβλήματα υγείας και στοχεύει στην παροχή προγραμμάτων κατάρτισης και εκπαίδευσης¹¹⁶.

Το παράδειγμα VNEC—Virtual Neurological Education Centre: Η εφαρμογή αυτή παρουσιάζει μια εικονική προσομοιωμένη εμπειρία, όπου οι άνθρωποι μπορούν να εκθέσουν τους εικονικούς εαυτούς τους, στα πιο κοινά συμπτώματα που έχει κάποιος που πάσχει από νευρολογική αναπηρία. Είναι μια μοναδική, διαδραστική εμπειρία με το αίσθημα «παρουσίας», με συνθετικές αισθήσεις που κάνει τον χρήστη να αισθάνεται σαν να είναι σε άλλη πραγματικότητα¹¹⁷. Σκοπός της εφαρμογής είναι να καταστήσει τους ανθρώπους πιο ενημέρους για τις νευρολογικές αναπηρίες, και να διευρύνει τις γνώσεις των ασθενών, προσφέροντάς τους υποστήριξη, πληροφορίες και έναν τρόπο αποκατάστασης. Επιπροσθέτως, το VNEC θέτει ως προτεραιότητα να λειτουργήσει ως χώρος κοινωνικοποίησης, όπου τα άτομα με τις νευρολογικές αναπηρίες να μπορούν να εμπλακούν σε δραστηριότητες, που δεν θα είναι δυνατές στον πραγματικό κόσμο. Η εφαρμογή έχει ήδη προσελκύσει ένα ευρύ φάσμα κοινού από όλο τον κόσμο, αλλά πιο συγκεκριμένα είναι πολύ ελκυστική σε γιατρούς με εξειδίκευση στη νευρολογία, σε ερευνητές, φυσιοθεραπευτές, θεραπευτές, φροντιστές, νοσηλευτές όπως επίσης και σε ασθενείς και μπορεί να παρέχει εκπαιδευτικό υλικό στα μέλη μιας ολόκληρης οικογένειας^{118,119}.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΝΤΩΝ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, γίνεται ολοένα και περισσότερο αποδεκτό, ότι η αντιμετώπιση μιας νόσου δεν περιορίζεται μόνο στη θεραπεία της βιολογικής διάστασης της νόσου αλλά στην αντιμετώπιση του πάσχοντα ως ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα¹²⁰.

Η εκπαίδευση ασθενών αποτελεί μέρος της ολιστικής φροντίδας και θα πρέπει να ξεκινάει από πολύ νωρίς, δηλ., από τη διάγνωση της νόσου έως την έξοδο από το νοσοκομείο και την ίαση (εφόσον αυτή είναι εφικτή). Παρότι, οι πρώτες προσπάθειες εκπαίδευσης έγιναν προς τα τέλη της δεκαετίας του 1960, εντούτοις έως σήμερα αποτελεί πεδίο ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας το οποίο αφενός απαιτεί συνεχή διερεύνηση αφετέρου θα πρέπει να εστιάζεται στις ανάγκες του κάθε πάσχοντα (patient-centred approach)¹²¹.

Ως εκπαίδευση ορίζεται η διαδικασία απόκτησης και βελτίωσης των γνώσεων και των δεξιοτήτων του πάσχοντα η οποία έχει ως απώτερο στόχο την τροποποίηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και ως εκ τούτου την διατήρηση ή βελτίωση της υγείας¹²².

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, πρόληψη επιπλοκών όπως επίσης μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και συνεπώς του κόστους νοσηλείας¹²³. Επίσης, η εκπαίδευση αποτελεί το σημείο-κλειδί για την προαγωγή της ποιότητας ζωής των ασθενών και δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου οι ίδιοι ασθενείς επιζητούν την εκπαίδευση μέσα από επιστημονικές κοινότητες και οργανισμούς¹²⁴.

Οι μέθοδοι εκπαίδευσης (ατομική-ομαδική) και η χρονική διάρκεια διεξαγωγής της εκπαίδευσης ποικίλουν από άτομο σε άτομο λόγω των διαφορετικών αναγκών των ασθενών συμπεριλαμβανομένων των πεποιοθήσεων, των κινήτρων ακόμα και των δυνατοτήτων κατανόησης των θεραπευτικών οδηγιών¹²⁴.

Ο διάλογος αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό μιας θεραπευτικής εκπαιδευτικής σχέσης, όπου οι επαγγελματίες υγείας ύστερα από προσεκτική ακρόαση θέτουν παρατηρήσεις και οργανώνουν δράσεις προκειμένου να ενισχύσουν την αυτοεικόνα, την αυτογνωσία, την αυτοπεποίθηση και τη ψυχική υγεία του πάσχοντα¹²⁵.

Σημαντικός παράγοντας για την επιτυχή εκπαίδευση θεωρείται η επανεκτίμηση των εκπαιδευτικών αναγκών. Πράγματι, η εκπαίδευση θα πρέπει να έχει συνεχιζόμενο χαρακτήρα καθώς με την πάροδο του χρόνου μπορεί να έχουν ανακαλυφθεί νέες μέθοδοι ή να έχουν αναπτυχθεί νέες πρακτικές ή ακόμα οι ασθενείς μπορεί να εκπαιδεύτηκαν σε μία εποχή που δεν ήταν επιδεκτικοί¹²⁶.

Η φιλοσοφία ενός αποτελεσματικού προγράμματος εκπαίδευσης έχει ως στόχο την τροποποίηση της συμπεριφοράς μέσω της ενίσχυσης του ασθενή για αυτοέλεγχο, της εφαρμογής ρεαλιστικών στόχων και προσδοκιών και της ενθάρρυνσης της ενεργού συμμετοχής στη θεραπευτική διαδικασία¹²⁶.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής και της έντασης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους ασθενών υποβαλλόμενων σε χολοκυστεκτομή και αποκατάσταση βουβωνοκήλης πριν και τρεις μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση σε σύγκριση με ή χωρίς σχετική εκπαίδευση.

Ειδικότερα, η μελέτη αποσκοπεί:

1. Στη διερεύνηση της ΠΖ και της έντασης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε χολοκυστεκτομή και αποκατάσταση βουβωνοκήλης πριν την επέμβαση
2. Στη διερεύνηση της ΠΖ και της έντασης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χολοκυστεκτομή και αποκατάσταση βουβωνοκήλης τρεις μήνες μετά την επέμβαση
3. Στη διερεύνηση της ΠΖ και της έντασης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χολοκυστεκτομή και αποκατάσταση βουβωνοκήλης τρεις μήνες μετά την επέμβαση μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας παρέμβασης.

ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

H₀. Το επίπεδο ΠΖ και ο βαθμός της έντασης του περιστασιακού και του μόνιμου άγχους δεν διαφέρει προεγχειρητικά και τρεις μήνες μετά τη χολοκυστεκτομή και την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης στο σύνολο του δείγματος

H₁. Το επίπεδο ΠΖ και ο βαθμός της έντασης του περιστασιακού και του μόνιμου άγχους διαφέρει προεγχειρητικά και τρεις μήνες μετά τη χολοκυστεκτομή και την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης στο σύνολο του δείγματος

H₂. Το επίπεδο ΠΖ και ο βαθμός της έντασης του περιστασιακού και του μόνιμου άγχους δεν διαφέρει τρεις μήνες μετά τη χολοκυστεκτομή και την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας παρέμβασης.

H3. Το επίπεδο ΠΖ και ο βαθμός της έντασης του περιστασιακού και του μόνιμου άγχους διαφέρει τρεις μήνες μετά τη χολοκυστεκτομή και την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας παρέμβασης

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

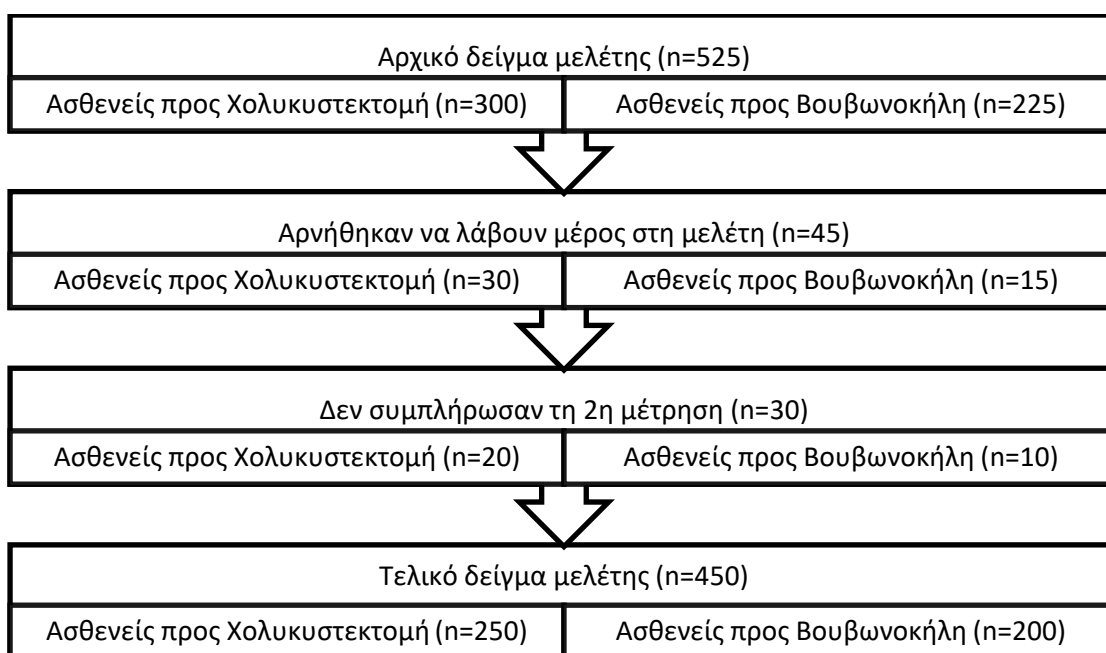
Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 450 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χολοκυστεκτομή και αποκατάσταση βουβωνοκήλης στο Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ» στο χρονικό διάστημα 15/01/2015-30/01/2018.

Τα κριτήρια που τέθηκαν για την επιλογή του δείγματος ήταν:

- Όλοι οι συμμετέχοντες να υποβάλλονται σε χολοκυστεκτομή ή αποκατάσταση βουβωνοκήλης
 - Όλοι οι συμμετέχοντες να υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση για πρώτη φορά
 - Όλοι οι συμμετέχοντες να κατανοούν και να ομιλούν την ελληνική γλώσσα
 - Όλοι οι ασθενείς να γνωρίζουν τον σκοπό της μελέτης και να έχουν δώσει τη συγκατάθεσή τους γραπτά.
 - Να επικοινωνούν πλήρως με το περιβάλλον και να μην υπάρχουν προβλήματα ακοής
- Όλοι οι ασθενείς του δείγματος πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια και συμπεριελήφθησαν στο δείγμα της μελέτης.

Διάγραμμα ροής μελέτης



Μεθοδολογία

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη με δειγματοληψία ευκολίας. Οι υποβαλλόμενοι σε χειρουργική επέμβαση ασθενείς χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες ανάλογα με τον τελευταίο αριθμό του νοσηλευτικού τους μητρώου. Οι ασθενείς που ο τελευταίος αριθμός του μητρώου τους κατέληγε σε περιττό αριθμό αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου και αυτοί των οποίων κατέληγε σε ζυγό αριθμό την ομάδα παρέμβασης.

Τα στοιχεία της μελέτης συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση της κλίμακας Επισκόπηση υγείας SF-36 και του ερωτηματολογίου «State-Trait Anxiety Inventory for adults» του Ch. Spielberger, μετά από συνέντευξη της ίδιας της ερευνήτριας με τους συμμετέχοντες. Στην ομάδα παρέμβασης, μετά τη συμπλήρωση της κλίμακας Επισκόπηση υγείας SF-36 και του ερωτηματολογίου «State-Trait Anxiety Inventory for adults», γινόταν προφορική ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με την επέμβαση από την ίδια την ερευνήτρια, αλλά και γραπτώς με ειδικό έντυπο. (Παράρτημα)

Η ομάδα ελέγχου δεν έλαβε καμία άλλη ενημέρωση παρά μόνον ότι γνώριζαν από μόνοι τους ή είχαν ενημερωθεί κατά την ώρα της επίσκεψης στον ιατρό.

Στα παραπάνω εργαλεία συλλογής των δεδομένων της μελέτης συμπεριλαμβάνονταν και μεταβλητές που αφορούσαν κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Μετά από τρεις μήνες οι ίδιοι ασθενείς συμπλήρωσαν εκ νέου τα παραπάνω εργαλεία μετά από τηλεφωνική συνέντευξη με την ερευνήτρια.

Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Αναλυτικότερα, αναφορικά με την κλίμακα **Επισκόπηση υγείας SF-36 (Short Form-36 Health Survey)**, πρόκειται για ένα από τα πλέον γνωστά ψυχομετρικά όργανα, που χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, της οποίες συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικά επέλεξαν οι ερευνητές της μελέτης των ιατρικών αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study, MOS) από ένα σύνολο 149 ερωτήσεων, που σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση διαφόρων εργαλείων μέτρησης τα οποία χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής¹²⁷. Οι 36 ερωτήσεις του SF-36 κατηγοριοποιούνται σε οκτώ θεματικές κλίμακες μέτρησης (διαστάσεις υγείας), αποτελούμενες από 2-10 ερωτήσεις η καθεμιά και οι οποίες αντιπροσωπεύουν της συχνότερα μετρούμενες διαστάσεις υγείας, στα γνωστότερα όργανα μέτρησης. Αυτές με τη σειρά τους συνοψίζονται σε δύο γενικότερες κλίμακες (Σύνοψη συνιστωσών σωματικής υγείας και σύνοψη συνιστωσών ψυχικής υγείας) που επιτρέπουν την ταυτόχρονη μέτρηση και αξιολόγηση των

επιπέδων *σωματικής* (Physical Component Summary) και *ψυχικής* υγείας (Mental Component Summary). Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αξιολογούνται σε κλίμακα από το 1 έως το 5.

Συγκεκριμένα, οι οχτώ υποκλίμακες μέτρησης του SF-36 είναι:

1. **Σωματική λειτουργικότητα**, (Physical Functioning): Προσδιορίζει το κατά πόσο το επίπεδο υγείας περιορίζει σωματικές δραστηριότητες όπως το περπάτημα, το ανέβασμα σκαλοπατιών, την ανύψωση βαρών κ.α. με 10 ερωτήσεις,

2. **Σωματικός ρόλος**, (Role Physical): Προσδιορίζει τη θετική ή την αρνητική επιρροή του επιπέδου σωματικής υγείας στην εργασία και τις καθημερινές δραστηριότητες με 4 ερωτήσεις,

3. **Σωματικός πόνος**, (Bodily Pain): Προσδιορίζει την ένταση του πόνου και την επίδρασή του σε δραστηριότητες εντός και εκτός του σπιτιού με 2 ερωτήσεις,

4. **Γενική υγεία**, (General Health): Προσδιορίζει την προοπτική διατήρησης της υγείας σε υψηλό επίπεδο και την δυνατότητα αντίστασης στην ασθένεια με 5 ερωτήσεις,

5. **Ζωτικότητα**, (Vitality): Προσδιορίζει το αίσθημα της κούρασης ή αντίστοιχα της ενεργητικότητας με 4 ερωτήσεις,

6. **Κοινωνική λειτουργικότητα**, (Social Functioning): Προσδιορίζει τον βαθμό επηρεασμού των κοινωνικών δραστηριοτήτων από τη συναισθηματική υγεία και τα συναισθηματικά προβλήματα με 2 ερωτήσεις,

7. **Ρόλος συναισθηματικός**, (Role Emotional): Προσδιορίζει τον βαθμό επηρεασμού της εργασίας και άλλων καθημερινών δραστηριοτήτων από τα συναισθηματικά προβλήματα με 3 ερωτήσεις και

8. **Ψυχική υγεία**, (Mental Health): Προσδιορίζει τη γενική διανοητική υγεία συμπεριλαμβάνοντας την κατάθλιψη, την ανησυχία και τον έλεγχο της συμπεριφοράς των συναισθημάτων με 5 ερωτήσεις.

Υπάρχει μία ακόμη ερώτηση, που αναφέρεται στη μεταβολή της υγείας και δεν συμπεριλαμβάνεται στην κατασκευή κάποιας κλίμακας. Το SF-36 έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και οι στατιστικοί έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας είχαν επιτυχή αποτελέσματα, τόσο με τη χρήση μικρού δείγματος ευκολίας, όσο και σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού αστικού πληθυσμού^{127,128}. Επίσης, το SF-36 βαθμολογείται έτσι ώστε οι κλίμακες των συνοπτικών αποτελεσμάτων να είναι στο ίδιο μετρικό σύστημα, όπου 50 είναι η μέση τιμή των κλιμάκων.

Με αυτή τη βαθμολόγηση, που είναι βασισμένη σε νόρμες (nonbased scoring), τα αποτελέσματα μπορούν να ερμηνευθούν συγκρινόμενα με τις τυπικές τιμές ατόμων κάτω από σταθερές συνθήκες (νόρμες). Κατ' αυτόν τον τρόπο γίνεται ευκολότερα η σύγκριση βαθμολογιών κλιμάκων που έχουν διαφορετικές μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις στο παραδοσιακό μετρικό σύστημα (0-100). Με τη βαθμολόγηση αυτή, οι βαθμολογίες των συνοπτικών κλιμάκων που είναι μεγαλύτερες από 50 θεωρούνται καλύτερες από του γενικού πληθυσμού, ενώ όσες είναι μικρότερες από 50, χειρότερες.

Αναφορικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικές μέθοδοι όπως η αξιοπιστία άλφα (Cronbach's alpha) και η αξιοπιστία διχοτόμησης (Guttman Split-Half Coefficient). Το ερωτηματολόγιο SF-36 στην Ελλάδα διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα με το συντελεστή Cronbach's alpha να είναι 0,70¹²⁸. Στη παρούσα μελέτη ο συντελεστής Cronbach's alpha υπερβαίνει το 0,70 στις συγκρίσεις μεταξύ των κλιμάκων και η αξιοπιστία διχοτόμησης της κλίμακας είναι 0,77, πράγμα που δείχνει ότι η κλίμακα διαθέτει καλή αξιοπιστία.

Το ερωτηματολόγιο «**State Trait Anxiety Inventory for adults**» του Ch. Spielberger, είναι ένα καθοριστικό εργαλείο για τη μέτρηση του άγχους στους ενήλικες. Έχει τη δυνατότητα να διακρίνει τη διαφορά ανάμεσα στο παροδικό-στιγμιαίο άγχος (state anxiety) από το μόνιμο και πιο γενικό (trait anxiety). Βοηθάει τους επαγγελματίες υγείας να διακρίνουν τα αισθήματα μεταξύ άγχους και κατάθλιψης. Η απλότητά του το κάνει ιδανικό για την εκτίμηση των ατόμων και με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Είναι προσαρμοσμένο σε περισσότερες από σαράντα γλώσσες και αποτελεί το πιο σημαντικό εργαλείο για τη μέτρηση του προσωπικού άγχους. Η αξιοπιστία της κλίμακας για τη μέτρηση του μόνιμου άγχους (trait anxiety scale) είναι υψηλή από 0.65 έως 0.86 και για την κλίμακα του περιστασιακού άγχους (state anxiety scale) η αξιοπιστία είναι 0.16 έως 0.62. Αυτή η χαμηλή σταθερότητα είναι αναμενόμενη καθότι αντικατοπτρίζει την επίδραση διαφόρων συναισθηματικών καταστάσεων, που το άτομο βιώνει τη στιγμή της συμπλήρωσης της κλίμακας.

Η κλίμακα STAI αποτελείται από σαράντα ερωτήσεις με τέσσερις πιθανές απαντήσεις για κάθε μία. Κυρίως εκτιμώνται τα αισθήματα φόβου, ανησυχίας, έντασης, νευρικότητας και στεναχώριας. Η βαθμολογία της κλίμακας αυξάνεται ως απάντηση στο σωματικό κίνδυνο και στο ψυχολογικό στρες και μειώνεται μετά από ανακούφιση ή χαλάρωση. Εκτιμάει πως οι ερωτώμενοι αισθάνονται σε μια συγκεκριμένη στιγμή στο πρόσφατο παρελθόν και πως προβλέπουν ότι θα ανταποκριθούν σε μια κατάσταση, που είναι πιθανόν να αντιμετωπίσουν στο μέλλον, είτε σε μια ποικιλία υποθετικών καταστάσεων.

Η φύση των μεταβλητών και στις δύο περιπτώσεις δηλώνει ισόποσα θετικά και αρνητικά συναισθήματα. Σε κάθε μεταβλητή οι ερωτώμενοι έχουν τη δυνατότητα να σημειώσουν με τη κλίμακα διαβάθμισης τεσσάρων σημείων, τύπου Likert, τη συμφωνία σε κάθε μεταβλητή από καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ για το περιστασιακό άγχος και σχεδόν ποτέ, μερικές φορές, συχνά, σχεδόν πάντα, για το μόνιμο άγχος.^{129,130}

Ενημερωτικό Φυλλάδιο

Οι πληροφορίες που περιέχονταν στο ενημερωτικό φυλλάδιο το οποίο λάμβαναν οι ασθενείς αφορούσαν το χειρουργείο τους, τα αίτια και τα συμπτώματα, εξετάσεις και δοκιμασίες και την αντιμετώπιση. Στην προεχειρητική εκπαίδευση δίνονταν πληροφορίες αναφορικά με τον

προεγχειρητικό έλεγχο και την προεγχειρητική προετοιμασία. Αναλυόταν το διάστημα και η διαδικασία νοσηλείας. Επίσης, δίνονταν πληροφορίες αναφορικά με την αναισθησία, τη χρονική διάρκεια της επέμβασης και τους κινδύνους της εγχείρησης. Ακολουθούσε ενημέρωση για τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, δίνονταν οδηγίες τόσο για το διάστημα νοσηλείας τους όσο και μετά την έξοδό τους και την ομαλή επιστροφή στην κανονικότητα και καθημερινότητα των ασθενών και των φροντιστών τους. Δόθηκαν σαφείς οδηγίες για το πότε πρέπει να επικοινωνήσουν με τον θεράποντα ιατρό τους καθώς επίσης και υγιεινοδιαιτητικές οδηγίες και σωματικής δραστηριότητας, όπως και ενημέρωση για τα σημεία και συμπτώματα για τα οποία μετεγχειρητικά θα έπρεπε να ζητήσουν τη γνώμη του θεράποντα ή άλλου ειδικού. Ο μέσος χρόνος ενημέρωσης και εκπαίδευσης των ασθενών ήταν μισή ώρα (ανάλογα των αναγκών του κάθε ασθενή). Τέλος γινόταν μια μικρή δεκάλεπτη συζήτηση με κάθε ασθενή για την περιγραφή των συναισθημάτων τους και εάν και κατά πόσο βοηθήθηκαν από αυτή την ενημέρωση. Αναλυτικά τα φυλλάδια ενημέρωσης που δόθηκαν παρατίθενται στο παράρτημα.

ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μετά από έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ». Σε όλη τη διάρκεια της μελέτης ακολουθήθηκαν οι αρχές της Διακήρυξης του Helsinki. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν κατάλληλα, γραπτά και προφορικά, σχετικά με τον σκοπό της μελέτης και τον τρόπο συλλογής των δεδομένων και έδωσαν τη συναίνεσή τους. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν σε οποιοδήποτε στάδιο της μελέτης.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται οι συχνότητες (n) και τα ποσοστά (%). Για τις οκτώ διαστάσεις του εργαλείου SF36 καθώς και για τις δύο διαστάσεις του εργαλείου STAI παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, καθώς και το μέγεθος του δείγματος.

Η χρήση του δείκτη Cronbach's Alpha έγινε για την αξιοπιστία των ερωτηματολογίων.

Για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ δύο μετρήσεων έγινε χρήση του ελέγχου paired t test, για τη σύγκριση μέσων τιμών μεταξύ δημογραφικών/κλινικών χαρακτηριστικών έγινε η χρήση των παραμετρικών ελέγχων t test και ANOVA,

Οι έλεγχοι κανονικότητας που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι Kolmogorov – Smirnov και Shapiro Wilk.

Η ανάλυση έγινε στο IBM SPSS-20. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο $\alpha \leq 5\%$.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας (δείκτης Cronbach's α) είναι μεγαλύτερη από 0.70 για όλες τις διαστάσεις και των δύο ερωτηματολογίων, πράγμα που σημαίνει πως οι απαντήσεις των ασθενών ήταν έγκυρες αλλά και τα αποτελέσματα της έρευνας μας αξιόπιστα και αμερόληπτα.

Δείκτης Cronbach's α για όλες τις διαστάσεις των δύο ερωτηματολογίων.

Διάσταση SF36	n	1 ^η Μέτρηση	2 ^η Μέτρηση
Σωματική Λειτουργικότητα	10	0.96	0.97
Σωματικός Ρόλος	4	0.88	0.98
Συναισθηματικός Ρόλος	3	0.79	0.98
Ζωτικότητα	4	0.86	0.89
Ψυχική Υγεία	5	0.87	0.90
Κοινωνική Λειτουργικότητα	2	0.77	0.72
Σωματικός Πόνος	2	0.92	0.97
Γενική Υγεία	5	0.77	0.85
Spielberger STAI			
Προσωρινό Άγχος	20	0.81	0.93
Μόνιμο Άγχος	20	0.90	0.92

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά αποτελέσματα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 450 άτομα τα οποίοι υποβλήθηκαν σε χολοκυστεκτομή ή αποκατάσταση βουβωνοκήλης 55,6%, 44,4% και αντίστοιχα.

Εξ' αυτών τα 200 άτομα αποτέλεσαν την παρεμβατική ομάδα και τα 250 την ομάδα ελέγχου. Από το σύνολο του δείγματος 94 (20,9%) άτομα είχαν ηλικία κάτω των 49 ετών, 178 (39,6%) ήταν 50-59 ετών, 77 (17,7%) 60-69 ετών και άνω των 70 ετών ήταν 101 άτομα (22,4%).

Οι άνδρες αποτελούσαν το 63,8% του δείγματος. Σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση έγγαμοι ήταν το 89,6% και άγαμοι-χήροι το 13,1%. Το 34,7% του δείγματος είχε πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το 41,8% δευτεροβάθμια και το 23,6% τριτοβάθμια εκπαίδευση και μεταπτυχιακές σπουδές.

Άνεργοι ή ασχολούνταν με τα οικιακά ήταν το 20,4%, δημόσιοι υπάλληλοι το 10,2%, ιδιωτικοί υπάλληλοι το 39,1% και ελεύθεροι επαγγελματίες το 30,2%. Το μεγαλύτερο ποσοστό

57,8% διέμενε στο νομό Αττικής. Αναφορικά με την ύπαρξη παιδιών το 8% του δείγματος δεν είχε παιδιά, 1 παιδί είχε το 15,8% , 2 παιδιά το 54,0% και πάνω από 3 παιδιά είχε το 22,2%.

Στο 80,4% του δείγματος τα παιδιά τους ήταν άνω των 19 ετών. Το 14,4% των συμμετεχόντων ανέφερε συν νοσηρότητα, το 7,8% του δείγματος διέμενε μόνο του και το 92,2% με ευρεία οικογένεια. Ποσοστό 75,1 % αναλάμβανε μόνο του την φροντίδα. (Πίνακας 1)

Αναφορικά με τη βαθμολογία της SF36 και συγκεκριμένα για τη σωματική λειτουργικότητα κάτω του 50 βαθμολογούσε το 33,3% του δείγματος. Στον σωματικό ρόλο κάτω από 50 το 50,4%, στον σωματικό πόνο το 43,3%, και στη γενική υγεία το 50,2% του δείγματος. Ως προς τη ζωτικότητα το 74,7% βαθμολογούσε κάτω του 50, την κοινωνική λειτουργικότητα το 41,8%, το συναισθηματικό ρόλο το 29,8%, την ψυχική υγεία το 72,2% και ως προς την μεταβολή υγείας το 22,7%. Πριν την επέμβαση οι συμμετέχοντες βαθμολογούσαν τη γενική υγεία τους στο 37,4% ως εξαιρετική και πολύ καλή και σε σύγκριση με 1 χρόνο πριν το 22,7% ως χειρότερη και πολύ χειρότερη. (Πίνακας 2)

Ως αφορά το περιστασιακό άγχος, πριν το χειρουργείο, φυσιολογικής έντασης (20-40) βίωνε το 29,1%, ήπιας έντασης (41-47) το 19,1%, μέτριας έντασης (48-55) το 18,4% και σοβαρής έντασης (56-80) το 33,3%. Τα ανάλογα ποσοστά για το μόνιμο άγχος ήταν 45,4%, 22,5%, 19,8% και 12,2%.

Από τη βαθμολογία της κλίμακας SF-36 και περιστασιακού και μόνιμου άγχους του Spielberger, 3 μήνες μετά την επέμβαση, το 87,3% βαθμολογεί γενικά την υγεία του ως εξαιρετική και πολύ καλή σε σύγκριση με 1 χρόνο πριν και το 93,1% ως καλύτερη και πολύ καλύτερη.

Αναφορικά με το περιστασιακό άγχος, 3 μήνες μετά το χειρουργείο, το 82,9% βιώνει φυσιολογικής έντασης, το 10,4% ήπιας έντασης, 2,0% μέτριας έντασης και το 4,7% σοβαρής έντασης. Τα αντίστοιχα ποσοστά για το μόνιμο άγχος είναι 54,8%, 15,4%, 20,5% και 9,4%. (Πίνακας 3- Πίνακας 4)

Στατιστικά Αποτελέσματα

Από την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας paired samples t-test για τη σύγκριση εκπαιδευόμενων και μη εκπαιδευόμενων βρέθηκαν διαφορές μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης τόσο στην κλίμακα SF-36 όσο και στο περιστασιακό και μόνιμο άγχος.

Αναλυτικότερα, στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στη διάσταση της SF-36 που αφορά τη σωματική λειτουργικότητα με μεγαλύτερη βελτίωση στους εκπαιδευμένους, $p < 0,001$, στον σωματικό πόνο με μεγαλύτερη διαφορά στους μη εκπαιδευμένους, $p < 0,001$, στη ζωτικότητα με υπεροχή στους εκπαιδευμένους, $p = 0,037$, στην κοινωνική λειτουργικότητα στους μη εκπαιδευμένους $p < 0,001$, ομοίως στον συναισθηματικό ρόλο ($p = 0,003$).

Σε σχέση με το περιστασιακό άγχος μεγαλύτερη διαφορά επίσης παρατηρήθηκε στους μη εκπαιδευμένους ($p < 0,001$, ομοίως και στο μόνιμο άγχος $p < 0,001$). (Πίνακας 5)

Σε σύγκριση της συνολικής βαθμολογίας των διαστάσεων της κλίμακας SF-36 και του περιστασιακού και μόνιμου άγχους πριν την επέμβαση και 3 μήνες μετά και στους 450 συμμετέχοντες υπήρξε θετική βελτίωση σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας SF-36 και του περιστασιακού και μόνιμου άγχους με στατιστικά σημαντική διαφορά, ($p < 0,001$ αντίστοιχα). (Πίνακας 6)

Αναλυτικότερα, στην ομάδα των μη εκπαιδευμένων υπήρξε βελτίωση στην βαθμολογία όλων των διαστάσεων της κλίμακας SF-36 και του περιστασιακού και μόνιμου άγχους με στατιστικά σημαντική διαφορά στη διαφορά μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης, ($p < 0,001$).

Ίδιες μεταβολές παρατηρήθηκαν και στους εκπαιδευόμενους $p < 0,001$ σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας SF-36 και του περιστασιακού άγχους εκτός από το μόνιμο άγχος, (με $p = 0,019$). (Πίνακας 7)

Από τη σύγκριση του συνολικού δείγματος σε σχέση με άλλα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά σε σχέση με την ηλικία πριν την επέμβαση, περισσότερο αρνητικά βαθμολογούσε τη μεταβολή υγείας σε σχέση με ένα χρόνο πριν η ηλικία άνω των 60 ετών, ($p = 0,001$), ενώ η ίδια ηλικιακή ομάδα βαθμολογούσε θετικότερα μετά 3 μήνες από την επέμβαση ($p < 0,001$). Επίσης στη σωματική λειτουργικότητα πριν την επέμβαση αρνητικότερα βαθμολογούν τα άτομα ηλικίας πάνω από 60ετων ($p < 0,001$), αλλά στη δεύτερη μέτρηση την βαθμολογούν θετικότερη ($p < 0,001$). Στον σωματικό ρόλο μετά την παρέλευση τριών μηνών θετικότερη βαθμολογούν τα άτομα μικρότερα των 45 ετών και τα μεγαλύτερα των 60 ετών ($p < 0,001$). Στον σωματικό πόνο πριν την επέμβαση αρνητικότερα βαθμολογούν επίσης τα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών $p < 0,001$, αλλά βαθμολογούν θετικότερα μετά το τρίμηνο, ($p < 0,001$).

Στη διάσταση γενική υγεία η ηλικιακή ομάδα άνω των 70 ετών βαθμολογεί αρνητικότερα πριν την επέμβαση και διαφέρει στατιστικά σημαντικά από όλες τις μικρότερες ηλικίες, ($p < 0,001$) αλλά μετά τρεις μήνες διαφέρει στατιστικά σημαντικά μόνο με την ηλικιακή ομάδα 50-59, ($p < 0,001$). Στη ζωτικότητα πριν και μετά την επέμβαση αρνητικότερα βαθμολογεί η ηλικία άνω των 60 χρόνων, ($p < 0,001$) και ($p = 0,003$ αντίστοιχα). Στην κοινωνική λειτουργικότητα, αρνητικότερα πριν την επέμβαση βαθμολογούσε η ηλικιακή ομάδα άνω των 60 χρόνων και θετικότερα μετά την επέμβαση, ($p < 0,001$ αντίστοιχα). Ίδιες διαφορές παρατηρήθηκαν και στον συναισθηματικό ρόλο, ($p < 0,001$ αντίστοιχα). Αντίθετα στη διάσταση ψυχική υγεία αρνητικότερα πριν και μετά βαθμολογούσε η ηλικία μεγαλύτερη των 60 χρόνων.

Σε σχέση με το περιστασιακό άγχος πριν την επέμβαση, μεγαλύτερης έντασης άγχος βίωνε η ηλικιακή ομάδα άνω των 60ετών, ενώ μετά την επέμβαση η ίδια ομάδα βίωνε μικρότερης έντασης, ($p = 0,008$ και $p < 0,001$ αντίστοιχα).

Σε σχέση με το μόνιμο άγχος δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ηλικία πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, ($p > 0,005$). (Πίνακας 8)

Σε σχέση με το φύλο στη μεταβολή υγείας αρνητικότερα πριν αλλά θετικότερα 3 μήνες μετά, βαθμολογούσαν οι γυναίκες ($p < 0,001$ και $p = 0,014$ αντίστοιχα). Στη σωματική λειτουργικότητα πριν και μετά θετικότερα βαθμολογούν οι άντρες, ($p = 0,025$ και $p < 0,001$ αντίστοιχα). Στον σωματικό ρόλο πριν και μετά θετικότερα βαθμολογούν οι γυναίκες ($p = 0,016$ και $p < 0,001$, αντίστοιχα). Στον σωματικό πόνο αρνητικότερα πριν την επέμβαση βαθμολογούσαν οι γυναίκες ($p < 0,001$), ενώ δεν υπάρχει διαφορά στη δεύτερη μέτρηση. Τη γενική υγεία πριν και μετά θετικότερα βαθμολογούν οι άντρες ($p < 0,001$), αντίστοιχα. Στη ζωτικότητα θετικότερα στη δεύτερη μέτρηση βαθμολογούν οι γυναίκες, ($p = 0,015$) ενώ δεν διαφέρουν στην πρώτη μέτρηση. Επίσης θετικότερα βαθμολογούν στη δεύτερη μέτρηση τον συναισθηματικό ρόλο οι γυναίκες ($p < 0,001$).

Στην ψυχική υγεία πριν και μετά αρνητικότερα βαθμολογούν οι γυναίκες ($p < 0,001$ και $p = 0,008$ αντίστοιχα). Δεν βρέθηκαν σε σχέση με το φύλο στατιστικά σημαντικές διαφορές στο περιστασιακό άγχος πριν και μετά ($p > 0,05$). Αναφορικά με το μόνιμο άγχος οι γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερη ήπιας έντασης άγχους πριν και μετά, ($p < 0,001$ αντίστοιχα). (Πίνακας 9)

Σε σχέση με το είδος της χειρουργικής επέμβασης τα άτομα που υποβλήθηκαν σε χολοκυστεκτομή βαθμολογούσαν αρνητικότερα από τα άτομα που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση της κήλης την μεταβολή υγείας πριν την επέμβαση ($p = 0,034$), αλλά θετικότερα μετά από τρεις μήνες ($p < 0,001$), αρνητικότερα τη σωματική λειτουργικότητα μετά από 3 μήνες, ($p = 0,009$), θετικότερα τον σωματικό ρόλο, πριν και μετά, ($p = 0,005$ και $p < 0,001$, αντίστοιχα), αρνητικότερα τον σωματικό πόνο πριν ($p < 0,001$), αρνητικότερα τη γενική υγεία, ($p < 0,001$), αντίστοιχα και τη ζωτικότητα πριν την επέμβαση, ($p < 0,001$). Θετικότερα βαθμολογούν τη διάσταση συναισθηματικός ρόλος πριν και μετά ($p = 0,002$ και $p < 0,001$ αντίστοιχα) και αρνητικότερα την ψυχική υγεία μετά την επέμβαση ($p = 0,035$). Αναφορικά με το περιστασιακό άγχος τα χολοκυστεκτομηθέντα άτομα βίωναν μεγαλύτερης έντασης αλλά εντός των φυσιολογικών ορίων τρεις μήνες μετά, ($p < 0,001$) και σχετικά με το μόνιμο άγχος τρεις μήνες μετά την επέμβαση ομοίως μεγαλύτερης ήπιας έντασης, ($p = 0,018$). (Πίνακας 10)

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση οι άγαμοι/χήροι βαθμολογούν αρνητικότερα τη μεταβολή υγείας πριν την επέμβαση και θετικότερα μετά, ($p < 0,001$), αντίστοιχα. Ομοίως τον σωματικό ρόλο, ($p = 0,029$ και $p < 0,001$), τον σωματικό πόνο θετικότερα πριν και μετά, ($p = 0,009$ και $p < 0,001$), αντίστοιχα, την κοινωνική λειτουργικότητα θετικότερα μετά την επέμβαση, ($p < 0,001$), τον συναισθηματικό ρόλο μετά, ($p < 0,001$). Βαθμολογούσαν αρνητικότερα την ψυχική υγεία πριν και μετά ($p < 0,001$), αντίστοιχα όπως και βιώνουν μικρότερης έντασης προσωρινό άγχος μετά αλλά και οι δύο ομάδες εντός των φυσιολογικών ορίων, ($p < 0,001$). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση στις άλλες διαστάσεις της κλίμακας SF-36 και στο μόνιμο άγχος, ($p > 0,05$). (Πίνακας 11)

Σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο οι απόφοιτοι δημοτικού βαθμολογούν αρνητικότερα τη διάσταση μεταβολή υγείας πριν και μετά, ($p < 0,001$), τη σωματική λειτουργικότητα πριν και μετά,

($p < 0,001$ και $p = 0,048$) αντίστοιχα, τον σωματικό πόνο πριν, ($p < 0,001$), την γενική υγεία πριν και μετά ($p < 0,001$). Βαθμολογούν θετικότερα πριν και μετά τη ζωτικότητα ($p < 0,001$ αντίστοιχα), τον συναισθηματικό ρόλο πριν, ($p < 0,001$) και θετικότερα μετά, ($p < 0,001$). Αρνητικότερα την ψυχική υγεία πριν και μετά, ($p < 0,001$) καθώς επίσης βιώνουν υψηλότερα επίπεδα περιστασιακού άγχους πριν ($p < 0,001$) και υψηλότερα επίπεδα μόνιμου άγχους πριν και μετά ($p < 0,001$ αντίστοιχα). (Πίνακας 12)

Σε σχέση με το επάγγελμα ο άνεργος αξιολογεί αρνητικότερα τη μεταβολή υγείας πριν την επέμβαση, ($p < 0,001$), οι ασχολούμενοι με τα οικιακά βαθμολογούν αρνητικότερα τη σωματική λειτουργικότητα πριν και μετά ($p < 0,001$) αντίστοιχα, τον σωματικό πόνο αρνητικότερα πριν βαθμολογούν οι άνεργοι, ($p < 0,001$) και μετά οι ασχολούμενοι με τα οικιακά ($p < 0,001$), τη ζωτικότητα αρνητικότερα βαθμολογούν πριν οι άνεργοι, ($p < 0,001$) αντίστοιχα και μετά οι ασχολούμενοι με τα οικιακά, ($p < 0,001$). Αρνητικότερα πριν και μετά βαθμολογούν την ψυχική υγεία οι άνεργοι, ($p < 0,001$) αντίστοιχα και υψηλότερα επίπεδα περιστασιακού άγχους πριν έχουν οι άνεργοι ($p < 0,001$) και μετά οι ελεύθεροι επαγγελματίες, ($p < 0,001$), ενώ στο μόνιμο άγχος υψηλότερα επίπεδα πριν και μετά βιώνουν οι άνεργοι, ($p < 0,001$). (Πίνακας 13)

Σε σχέση με τον τόπο διαμονής βρέθηκε ότι οι διαμένοντες στην Αττική βαθμολογούν αρνητικότερα τη μεταβολή υγείας πριν την επέμβαση, ($p = 0,009$), στη σωματική λειτουργικότητα θετικότερα τρεις μήνες μετά, ($p = 0,001$), τον σωματικό ρόλο πριν ($p = 0,043$), τον σωματικό πόνο πριν, ($p < 0,001$), την γενική υγεία μετά ($p < 0,001$), τη ζωτικότητα πριν και μετά ($p < 0,001$) αντίστοιχα, την κοινωνική λειτουργικότητα μετά ($p = 0,025$) και τον συναισθηματικό ρόλο πριν ($p < 0,001$), αρνητικά την ψυχική υγεία πριν και μετά ($p < 0,001$), αντίστοιχα. Βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα περιστασιακού άγχους πριν και μετά, ($p < 0,001$) και ($p = 0,016$), αντίστοιχα, όπως και το μόνιμο άγχος, ($p < 0,001$ αντίστοιχα). Σε σχέση με την ύπαρξη παιδιών οι μεταβολές στις διαστάσεις της κλίμακας SF-36 και περιστασιακού και μόνιμου άγχους πριν και τρεις μήνες μετά ομοίως και σε σχέση με την ηλικία αυτών φαίνονται στους πίνακες 15 και 16.

Σε σχέση με την ύπαρξη άλλου νοσήματος βρέθηκε ότι οι πάσχοντες και από κάποιο άλλο νόσημα βαθμολογούν αρνητικότερα τη μεταβολή υγείας πριν $p = 0,004$, τη σωματική λειτουργικότητα πριν ($p = 0,003$), θετικότερα τον σωματικό ρόλο μετά $p < 0,001$, θετικότερα τον σωματικό πόνο πριν και μετά ($p = 0,023$ και $p < 0,001$), αρνητικότερα τη γενική υγεία πριν ($p = 0,003$), θετικότερα τη ζωτικότητα πριν ($p < 0,001$), αρνητικότερα την κοινωνική λειτουργικότητα μετά, ($p = 0,014$), θετικότερα τον συναισθηματικό ρόλο μετά ($p < 0,001$), θετικότερα την ψυχική υγεία πριν ($p = 0,012$), ενώ δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο περιστασιακό και μόνιμο άγχος πριν και τρεις μήνες μετά ($p > 0,05$). (Πίνακας 17)

Σε σχέση με την συγκατοίκηση οι μεταβολές στις διαστάσεις της κλίμακας SF-36 και περιστασιακού και μόνιμου άγχους πριν και τρεις μήνες μετά φαίνονται στους πίνακες 18 και 19.

Από τη σύγκριση της μεταβολής της συνολικής βαθμολογίας στις διαστάσεις της κλίμακας SF36 και στο περιστασιακό και μόνιμο άγχος σε σχέση με την παρέμβαση βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μεταβολή υγείας, ($p=0,077$). Στη διάσταση σωματική δραστηριότητα βρέθηκε ότι οι εκπαιδευόμενοι σημείωσαν μεγαλύτερη θετική διαφορά, ($p<0,001$), λιγότερη διαφορά στον σωματικό πόνο, ($p<0,001$), μεγαλύτερη διαφορά στη ζωτικότητα, ($p=0,037$), λιγότερη διαφορά στην κοινωνική λειτουργικότητα, ($p<0,001$), λιγότερη διαφορά στον συναισθηματικό ρόλο, ($p=0,003$) και λιγότερη διαφορά στο περιστασιακό και μόνιμο άγχος, ($p<0,001$) αντίστοιχα.

Επιπλέον από την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας t-test αναφορικά με εκπαιδευόμενους και μη εκπαιδευόμενους ανά ηλικιακή ομάδα και σε σχέση με την ομάδα ασθενών κάτω από 49 ετών οι εκπαιδευόμενοι παρουσίασαν μεγαλύτερη διαφορά στη μεταβολή υγείας από τους μη εκπαιδευόμενους, ($p=0,001$), ομοίως στη σωματική λειτουργικότητα, ($p<0,001$), το σωματικό ρόλο, ($p=0,010$), στο σωματικό πόνο, ($p=0,005$), καλύτερη γενική υγεία, ($p<0,001$), καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα, ($p=0,031$), καλύτερη ψυχική υγεία, ($p<0,001$), ενώ δεν βρέθηκε διαφορά στο περιστασιακό άγχος, ($p>0,05$) αλλά υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μείωση του μόνιμου άγχους, ($p=0,003$). Για την ηλικιακή ομάδα 50-59 ετών στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στον σωματικό πόνο όπου μεγαλύτερη διαφορά θετικά προς την Ποιότητα Ζωής είχαν οι εκπαιδευόμενοι, ($p=0,001$), ομοίως στον συναισθηματικό ρόλο, ($p=0,001$), ομοίως και στο μόνιμο άγχος, ($p=0,006$). Η ηλικιακή ομάδα 60-69 ετών οι εκπαιδευόμενοι στη 2^η μέτρηση για τη σωματική λειτουργικότητα είχαν μεγαλύτερη διαφορά από τους μη εκπαιδευόμενους, ($p=0,044$) αλλά οι μη εκπαιδευόμενοι παρουσίασαν στη 2^η μέτρηση μεγαλύτερη βελτίωση από τους εκπαιδευόμενους, ($p<0,001$). Ομοίως οι εκπαιδευόμενοι βίωσαν μικρότερης έντασης σωματικό πόνο στη 2^η μέτρηση ($p=0,023$), αλλά οι μη εκπαιδευόμενοι έδειξαν μεγαλύτερη διαφορά πόνου, ($p=0,001$). Επίσης οι εκπαιδευόμενοι αυτής της ηλικιακής ομάδας είχαν μεγαλύτερη διαφορά στη ζωτικότητα από τους μη εκπαιδευόμενους ($p<0,001$), ενώ είχαν μικρότερη κοινωνική λειτουργικότητα, ($p<0,001$) και συναισθηματικό ρόλο, ($p=0,037$). Επί πλέον για την ίδια ηλικιακή ομάδα η ψυχική υγεία ήταν καλύτερη από τους μη εκπαιδευόμενους αλλά θετικά μεγαλύτερη διαφορά παρουσίασαν οι μη εκπαιδευόμενοι, ($p<0,001$), ομοίως και στο περιστασιακό άγχος, ($p<0,001$), ομοίως και στο μόνιμο άγχος, ($p<0,001$). Για την ηλικιακή ομάδα άνω των 70ετών μεγάλη διαφορά μεταβολής υγείας παρουσίασαν οι μη εκπαιδευόμενοι, ($p<0,001$), παρότι οι εκπαιδευόμενοι είχαν καλύτερη ποιότητα, ($p<0,001$). Επίσης οι εκπαιδευόμενοι αυτής τη ηλικιακής ομάδας είχαν μεγαλύτερη διαφορά στη σωματική λειτουργικότητα ($p<0,001$), στον σωματικό ρόλο, ($p=0,003$), μικρότερη διαφορά στον σωματικό πόνο, ($p<0,039$), μεγαλύτερη θετική διαφορά στον συναισθηματικό ρόλο και μικρότερη διαφορά στο μόνιμο άγχος παρότι βιώνουν φυσιολογικής έντασης μόνιμο άγχος. Σε σχέση με το φύλο οι εκπαιδευόμενοι άνδρες παρουσίασαν μικρότερη διαφορά στη μεταβολή υγείας, ($p<0,001$), μεγαλύτερη διαφορά στη

σωματική λειτουργικότητα, ($p < 0,001$), μικρότερη διαφορά στον σωματικό ρόλο, ($p < 0,001$), μικρότερη διαφορά στον σωματικό πόνο, ($p = 0,018$), μικρότερη διαφορά στην κοινωνική λειτουργικότητα, ($p < 0,001$), μικρότερη διαφορά στον συναισθηματικό ρόλο, ($p < 0,001$) και καλύτερη ψυχική υγεία, ($p < 0,001$). Βιώνουν μεγαλύτερης έντασης περιστασιακό άγχος αλλά εντός των φυσιολογικών ορίων και ελαττώθηκε λιγότερο από τους μη εκπαιδευμένους, ($p = 0,014$), όπως επίσης βιώνουν μικρότερης έντασης μόνιμο άγχος εντός φυσιολογικών ορίων αλλά η διαφορά τους είναι μικρότερη από τους μη εκπαιδευμένους, ($p < 0,001$). (Πίνακας 20)

Σε σχέση με τις γυναίκες οι εκπαιδευόμενες παρουσίασαν μεγαλύτερη μεταβολή υγείας, ($p = 0,001$), παρουσίασαν μεγαλύτερη διαφορά στη σωματική λειτουργικότητα ($p = 0,010$), μεγαλύτερη διαφορά στον σωματικό ρόλο, ($p < 0,001$), μεγαλύτερη διαφορά στον συναισθηματικό ρόλο, ($p < 0,001$), βιώνουν μικρότερης έντασης περιστασιακό άγχος αλλά παρουσίασαν μικρότερη διαφορά από τις μη εκπαιδευόμενες, ($p < 0,001$) και δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά στη 2^η μέτρηση στο μόνιμο άγχος, αλλά οι μη εκπαιδευόμενες παρουσίασαν μεγαλύτερη μείωση κατά τη 2^η μέτρηση, ($p < 0,001$). (Πίνακας 21)

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κοινωνικοδημογραφικά του χαρακτηριστικά

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		n	%
Φύλο	Άνδρες	287	63,8%
	Γυναίκες	163	36,2%
Εκπαιδευόμενος	Όχι	250	55,6%
	Ναι	200	44,4%
Ηλικία	<49	94	20,9%
	50-59	178	39,6%
	60-69	77	17,1%
	70+	101	22,4%
Νόσος	Βουβωνοκήλη	200	44,4%
	Χολολιθίαση	250	55,6%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	391	86,9%
	Άγαμος	38	8,4%
	Χήρος	21	4,7%
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	156	34,7%
	Δευτεροβάθμια	188	41,7%
	Τριτοβάθμια/ Μεταπτ. σπουδές	106	23,6%
Επάγγελμα	Άνεργος	29	6,4%
	Δημόσιος υπ.	46	10,2%
	Ιδιωτικός υπ.	176	39,1%
	Ελεύθερος επ.	136	30,2%
	Οικιακά	63	14,0%
Διαμονή	Αττική	260	57,8%
	Εκτός Αττικής, πρωτεύουσα νομού, χωριό	190	42,2%
Αριθμός Παιδιών	0	36	8,0%
	1	71	15,8%
	2	243	54,0%
	3+	100	22,2%
Ηλικία παιδιών	0-6	36	8,9%
	7-18	43	10,6%
	18+	325	80,4%
Αυτοφροντίδα	Ναι	338	75,1%
	Όχι	112	24,9%
Ύπαρξη άλλου νοσήματος	Ναι	65	14,4%
	Όχι	385	85,6%
Συγκατοίκηση με :	Γονείς	16	3,6%
	Σύζυγο	336	74,7%
	Παιδιά	16	3,6%
	Μόνος/Οικιακή βοηθό	36	8,0%
	Σύζυγος και Παιδιά	46	10,2%

Πίνακας 2. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συνολική βαθμολογία Ποιότητας Ζωής πριν και μετά την επέμβαση

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ≤ 50			
	Προεγχειρητικά		3 μήνες μετά	
	N	%	n	%
Μεταβολή υγείας	450	98%	450	6,9%
Σωματική λειτουργικότητα	450	33,3%	450	4,7%
Σωματικός ρόλος	450	50,4%	450	4,2%
Σωματικός πόνος	450	43,3%	450	8,7%
Γενική υγεία	450	50,2%	450	15,3%
Ζωτικότητα	450	74,7%	450	52,4%
Κοινωνική λειτουργικότητα	450	41,8%	450	9,8%
Συναισθηματικός ρόλος	450	29,8%	450	4,2%
Ψυχική υγεία	450	72,2%	450	90,0%

Πίνακας 3. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συνολική βαθμολογία του Προσωρινού Άγχους πριν και μετά την επέμβαση

ΕΝΤΑΣΗ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ			
	Προεγχειρητικά		3 μήνες μετά	
	N	%	n	%
Φυσιολογικής Έντασης	131	29,1%	373	82,9%
Ήπιας Έντασης	86	19,1%	47	10,4%
Μέτριας Έντασης	83	18,4%	9	2,0%
Σοβαρής Έντασης	150	33,3%	21	4,7%

Πίνακας 4. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συνολική βαθμολογία του Μόνιμου Άγχους πριν και μετά την επέμβαση

ΕΝΤΑΣΗ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΜΟΝΙΜΟΥ ΑΓΧΟΥΣ			
	Προεγχειρητικά		3 μήνες μετά	
	N	%	n	%
Φυσιολογικής Έντασης	204	45,4%	246	54,8
Ήπιας Έντασης	101	22,5%	69	15,4%
Μέτριας Έντασης	89	19,8%	92	20,5%
Σοβαρής Έντασης	55	12,2%	42	9,4%

Πίνακας 5. Σύγκριση των μέσων τιμών της διαφοράς αξιολόγησης των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, μεταξύ μη εκπαιδευόμενων και εκπαιδευόμενων.

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ 1ης ΚΑΙ 2ης ΜΕΤΡΗΣΗΣ				
	Μη εκπαιδευόμενος		Εκπαιδευόμενος		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	P
Μεταβολή υγείας	250	41,9±27,7	200	37,3±27,6	0,077
Σωματική λειτουργικότητα	250	21,8±26,8	200	34,1±26,3	<0,001
Σωματικός ρόλος	250	40,1±41,9	200	34,6±50,8	0,221
Σωματικός πόνος	250	46,1±29,6	200	33,9±36,2	<0,001
Γενική υγεία	250	5,3±7,0	200	4,9±7,6	0,479
Ζωτικότητα	250	2,3±12,4	200	4,5±10,1	0,037
Κοινωνική λειτουργικότητα	250	36,2±25,7	200	21,9±30,4	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος	250	31,2±38,0	200	18,3±53,8	0,003
Ψυχική υγεία	250	-4,7±10,7	200	-4,7±8,9	0,990
Περιστασιακό άγχος	250	-20,7±13	200	-16,2±12,1	<0,001
Μόνιμο άγχος	250	-1,7±3,9	200	-0,4±2,1	<0,001

Πίνακας 6. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, ως προς το σύνολο του δείγματος

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ				
	1η μέτρηση		2η μέτρηση		P
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας	450	43,8±13,8	450	83,7±22,4	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα	450	67,0±31,5	450	94,3±19,9	<0,001
Σωματικός ρόλος	450	58,1±42,3	450	95,8±20,1	<0,001
Σωματικός πόνος	450	52,7±28,9	450	93,4±17,9	<0,001
Γενική υγεία	450	54,0±10,3	450	59,1±9,3	<0,001
Ζωτικότητα	450	47,0±10,8	450	50,3±7,6	<0,001
Κοινωνική λειτουργικότητα	450	62,6±27,1	450	92,4±20,2	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος	450	70,3±38,2	450	95,8±20,1	<0,001
Ψυχική υγεία	450	44,0±11,4	450	39,3±5,2	<0,001
Περιστασιακό άγχος	450	47,5±14,7	450	28,8±13,2	<0,001
Μόνιμο άγχος	450	43,2±9,0	450	42,0±9,2	<0,001

Πίνακας 7. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, σε μη εκπαιδευόμενους και εκπαιδευόμενους

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΟΜΑΔΑ							
	Μη εκπαιδευόμενοι				Εκπαιδευόμενοι			
	n	1η	2η	P	n	1η	2η	P
Μεταβολή υγείας	250	44,6±13,7	86,5±22,7	<0,001	200	42,9±14,0	80,1±21,5	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα	250	72,1±32,7	93,9±21,9	<0,001	200	60,7±28,8	94,8±17,2	<0,001
Σωματικός ρόλος	250	59,9±41,9	100,0±0,0	<0,001	200	55,9±42,8	90,5±29,4	<0,001
Σωματικός πόνος	250	48,6±28	94,7±19,5	<0,001	200	58,0±29,3	91,9±15,6	<0,001
Γενική υγεία	250	52,6±10,1	58,0±6,9	<0,001	200	55,8±10,3	60,6±11,4	<0,001
Ζωτικότητα	250	48,6±11	50,9±7,2	0,005	200	45,0±10,1	49,5±8,0	<0,001
Κοινωνική λειτουργικότητα	250	55,6±26,6	91,8±23,6	<0,001	200	71,3±25,2	93,2±15,2	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος	250	68,8±38,0	100,0±0,0	<0,001	200	72,2±38,7	90,5±29,4	<0,001
Ψυχική υγεία	250	44,5±13,2	39,9±6,0	<0,001	200	43,3±8,6	38,7±3,7	<0,001
Περιστασιακό άγχος	250	49,3±14,4	28,5±14,0	<0,001	200	45,4±15,0	29,2±12,3	<0,001
Μόνιμο άγχος	250	45,1±7,6	43,2±7,8	<0,001	200	40,8±10,0	40,5±10,5	0,019

Πίνακας 8. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγηση των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, σε σχέση με την ηλικία

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΗΛΙΚΙΑ								
	<49		50-59		60-69		70+		P
	n	$\bar{x} \pm SD$	N	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας (πριν)	94	46,8±8,4	178	45,4±12,0	77	39,3±14,9	101	41,8±18,4	0,001
Μεταβολή υγείας (μετά)	94	85,4±29,7	178	75,7±23,4	77	89,9±12,3	101	91,3±12,0	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(πριν)	94	70,9±33,3	178	71,2±31,9	77	51,9±26,9	101	67,7±29,3	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(μετά)	94	87,9±29,5	178	93,6±20,4	77	98,4±6,7	101	98,4±11,2	<0,001
Σωματικός ρόλος (πριν)	94	45,5±39,1	178	64,2±39,0	77	61,0±47,6	101	56,9±45,3	0,006
Σωματικός ρόλος (μετά)	94	100,0±0,0	178	89,3±31,0	77	100,0±0,0	101	100,0±0,0	<0,001
Σωματικός πόνος(πριν)	94	45,4±29,5	178	65,5±30,2	77	41,3±17,8	101	45,8±24,5	<0,001
Σωματικός πόνος(μετά)	94	88,3±26,2	178	90,8±16,7	77	97,1±11,2	101	100,0±0,0	<0,001
Γενική υγεία(πριν)	94	55,7±10,4	178	55,8±11,6	77	54,6±7,7	101	48,9±7,5	<0,001
Γενική υγεία (μετά)	94	57,6±9,3	178	61,5±11,5	77	59,0±5,3	101	56,5±5,7	<0,001
Ζωτικότητα(πριν)	94	42,1±7,6	178	51,3±9,6	77	46,2±14,9	101	44,6±8,8	<0,001
Ζωτικότητα(μετά)	94	50,7±4,0	178	51,4±10,0	77	47,7±7,0	101	49,6±4,7	0,003
Κοινωνική λειτουργικότητα	94	90,4±29,6	178	87,6±22,2	77	97,1±7,0	101	99,3±3,0	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος(πριν)	94	72,0±30,3	178	78,1±31,7	77	71,4±43,5	101	54,1±46,2	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος (μετά)	94	100,0±0,0	178	89,3±31,0	77	100,0±0,0	101	100,0±0,0	<0,001
Ψυχική υγεία(πριν)	94	39,5±12,5	178	42,5±9,7	77	49,2±15,4	101	47,0±5,6	<0,001
Ψυχική υγεία(μετά)	94	35,8±5,5	178	39,4±4,2	77	40,0±6,4	101	42,0±3,2	<0,001
Περιστασιακό άγχος(πριν)	94	45,3±14,9	178	45,9±13,5	77	49,4±19,8	101	51,1±11,1	0,008
Περιστασιακό άγχος(μετά)	94	29,7±17,2	178	30,5±11,8	77	30,4±15,1	101	24,0±7,9	<0,001
Μόνιμο άγχος(πριν)	94	42,1±8,2	178	44,0±8,6	77	42,5±11,6	101	43,2±9,0	0,361
Μόνιμο άγχος(μετά)	94	41,8±9,8	178	42,9±8,6	77	41,8±11,4	101	40,7±7,6	0,284

Πίνακας 9. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων της κλίμακας SF-36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά σε σχέση με το φύλο

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΦΥΛΟ				P
	Άνδρες		Γυναίκες		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας (πριν)	287	45,5±12,8	163	41,0±15,2	0,001
Μεταβολή υγείας (μετά)	287	81,5±19,2	163	87,4±26,70,	0,014
Σωματική λειτουργικότητα(πριν)	287	69,7±29,0	163	62,4±35,1	0,025
Σωματική λειτουργικότητα(μετά)	287	97,8±6,8	163	88,2±30,9	<0,001
Σωματικός ρόλος (πριν)	287	54,6±43,7	163	64,3±39,1	0,016
Σωματικός ρόλος (μετά)	287	93,4±24,9	163	100±0,0	<0,001
Σωματικός πόνος(πριν)	287	62,4±28,6	163	35,7±20,4	<0,001
Σωματικός πόνος(μετά)	287	94,3±13,4	163	91,9±23,8	0,227
Γενική υγεία(πριν)	287	56,0±10,5	163	50,5±9,0	<0,001
Γενική υγεία (μετά)	287	60,6±1,0	163	56,5±7,2	<0,001
Ζωτικότητα(πριν)	287	46,5±10,3	163	47,9±11,6	0,197
Ζωτικότητα(μετά)	287	49,7±8,4	163	51,3±5,7	0,015
Κοινωνική λειτουργικότητα	287	93,0±16,0	163	91,3±26,1	0,394
Συναισθηματικός ρόλος(πριν)	287	69,2±39,1	163	72,2±36,7	0,430
Συναισθηματικός ρόλος (μετά)	287	93,4±24,9	163	100±0,0	<0,001
Ψυχική υγεία(πριν)	287	41,6±9,9	163	48,2±12,5	<0,001
Ψυχική υγεία(μετά)	287	38,8±5,0	163	40,2±5,4	0,008
Περιστασιακό άγχος(πριν)	287	46,5±14,1	163	49,3±15,7	0,056
Περιστασιακό άγχος(μετά)	287	28,0±10,9	163	30,2±16,5	0,139
Μόνιμο άγχος(πριν)	287	41,5±8,7	163	46,2±8,7	<0,001
Μόνιμο άγχος(μετά)	287	40,5±8,7	163	44,6±9,4	<0,001

Πίνακας 10. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, σε σχέση με το είδος της επέμβασης

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ				P
	Αποκατάσταση βουβωνοκήλης		Χολοκυστεκτομή		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας (πριν)	200	45,4±14,0	250	42,6±13,6	0,034
Μεταβολή υγείας (μετά)	200	79,0±21,0	250	87,4±22,8	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(πριν)	200	64,1±30,7	250	69,4±32,0	0,076
Σωματική λειτουργικότητα(μετά)	200	96,8±8,0	250	92,3±25,6	0,009
Σωματικός ρόλος (πριν)	200	51,9±43,2	250	63,1±41,0	0,005
Σωματικός ρόλος (μετά)	200	90,5±29,4	250	100±0,0	<0,001
Σωματικός πόνος(πριν)	200	59,1±31,4	250	47,7±25,7	<0,001
Σωματικός πόνος(μετά)	200	93,6±13,5	250	93,3±20,8	0,820
Γενική υγεία(πριν)	200	56,8±11,3	250	51,8±8,8	<0,001
Γενική υγεία (μετά)	200	61,0±10,9	250	57,5±7,4	<0,001
Ζωτικότητα(πριν)	200	49,1±10,0	250	45,3±11,2	<0,001
Ζωτικότητα(μετά)	200	50,8±8,2	250	49,8±7,0	0,166
Κοινωνική λειτουργικότητα	200	94,3±14,8	250	91,0±23,7	0,071
Συναισθηματικός ρόλος(πριν)	200	64,0±38,6	250	75,3±37,3	0,002
Συναισθηματικός ρόλος μετά)	200	90,5±29,4	250	100,0±0,0	<0,001
Ψυχική υγεία(πριν)	200	43,5±10,7	250	44,4±11,9	0,378
Ψυχική υγεία(μετά)	200	39,9±4,5	250	38,9±5,6	0,035
Περιστασιακό άγχος(πριν)	200	47,2±14,2	250	47,8±15,2	0,667
Περιστασιακό άγχος(μετά)	200	26,2±7,4	250	30,9±16,2	<0,001
Μόνιμο άγχος(πριν)	200	42,8±7,7	250	43,6±9,9	0,317
Μόνιμο άγχος(μετά)	200	40,9±7,2	250	42,9±10,4	0,018

Πίνακας 11. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				P
	Έγγαμος		Άγαμος/Χήρος		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας (πριν)	391	45,2±12,7	59	34,7±17,4	<0,001
Μεταβολή υγείας (μετά)	391	82,1±23,3	59	94,1±10,7	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(πριν)	391	66,4±31,0	59	71,1±34,7	0,332
Σωματική λειτουργικότητα(μετά)	391	93,9±20,6	59	97,3±14,6	0,117
Σωματικός ρόλος (πριν)	391	60,0±41,4	59	45,8±46,2	0,029
Σωματικός ρόλος (μετά)	391	95,1±21,5	59	100,0±0,0	<0,001
Σωματικός πόνος(πριν)	391	51,6±29,7	59	60,2±22,0	0,009
Σωματικός πόνος(μετά)	391	92,7±19,1	59	98,3±3,8	<0,001
Γενική υγεία(πριν)	391	54,4±10,0	59	51,6±11,4	0,081
Γενική υγεία (μετά)	391	59,3±9,3	59	58,3±9,4	0,462
Ζωτικότητα(πριν)	391	47,0±10,8	59	47,4±10,9	0,783
Ζωτικότητα(μετά)	391	50,4±8,0	59	49,0±4,9	0,168
Κοινωνική λειτουργικότητα	391	91,3±21,5	59	99,6±2,3	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος(πριν)	391	69,7±38,3	59	74,6±38,3	0,357
Συναισθηματικός ρόλος μετά)	391	95,1±21,5	59	100,0±0,0	<0,001
Ψυχική υγεία(πριν)	391	45,2±11,0	59	36,4±10,5	<0,001
Ψυχική υγεία(μετά)	391	40,1±4,6	59	34,1±5,8	<0,001
Περιστασιακό άγχος(πριν)	391	47,8±15,3	59	45,9±10,6	0,226
Περιστασιακό άγχος(μετά)	391	29,5±13,8	59	24,4±7,5	<0,001
Μόνιμο άγχος(πριν)	391	43,4±8,7	59	42,2±10,8	0,412
Μόνιμο άγχος(μετά)	391	42,2±8,9	59	40,4±10,7	0,207

Πίνακας 12. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγηση των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, σε σχέση με μορφωτικό επίπεδο

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ						P
	Δημοτικό		Γυμνάσιο/Λύκειο		Τριτοβάθμια/MD/PhD		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας (πριν)	156	38,5±15,7	188	49,3±8,7	106	42,0±14,9	<0,001
Μεταβολή υγείας (μετά)	156	80,3±26,2	188	88,7±12,5	106	79,7±27,8	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(πριν)	156	52,8±36,1	188	72,5±27,0	106	78,4±23,2	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(μετά)	156	90,3±27,0	188	94,5±17,6	106	100,0±0,0	<0,001
Σωματικός ρόλος (πριν)	156	58,3±49,5	188	55,6±38,3	106	62,3±37,4	0,429
Σωματικός ρόλος (μετά)	156	100,0±0,0	188	100,0±0,0	106	82,07±38,5	<0,001
Σωματικός πόνος(πριν)	156	42,1±30,2	188	53,1±22,3	106	67,8±30,7	<0,001
Σωματικός πόνος(μετά)	156	93,1±24,1	188	94,5±10,9	106	92,0±17,3	0,466
Γενική υγεία(πριν)	156	48,8±5,6	188	58,2±12,8	106	54,4±6,6	<0,001
Γενική υγεία (μετά)	156	56,1±6,1	188	60,7±12,2	106	60,9±5,2	<0,001
Ζωτικότητα(πριν)	156	51,5±11,6	188	43,6±10,8	106	46,5±6,5	<0,001
Ζωτικότητα(μετά)	156	52,4±7,3	188	48,6±8,5	106	50,0±5,4	<0,001
Κοινωνική λειτουργικότητα	156	91,6±26,7	188	97,9±6,0	106	84,0±22,7	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος(πριν)	156	60,5±47,6	188	78,5±24,5	106	70,1±39,8	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος μετά)	156	100,0±0,0	188	100,0±0,0	106	82,07±38,5	<0,001
Ψυχική υγεία(πριν)	156	50,5±11,6	188	42,9±10,5	106	36,4±5,7	<0,001
Ψυχική υγεία(μετά)	156	41,6±4,8	188	38,4±4,0	106	37,8±6,2	<0,001
Περιστασιακό άγχος(πριν)	156	55,2±13,8	188	44,4±14,2	106	41,8±12,3	<0,001
Περιστασιακό άγχος(μετά)	156	29,9±16,4	188	28,6±12,0	106	27,7±9,6	0,370
Μόνιμο άγχος(πριν)	156	46,9±9,0	188	42,2±7,4	106	39,7±9,7	<0,001
Μόνιμο άγχος(μετά)	156	45,6±9,5	188	40,6±7,6	106	39,1±9,5	<0,001

Πίνακας 13. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγηση των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, σε σχέση με το επάγγελμα

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ										
	Ανεργος		Δημόσιος Υπ.		Ιδιωτικός Υπ.		Ελεύθερος Επ		Οικιακά		P
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας (πριν)	29	31,0±24,7	46	45,7±9,6	176	46,7±13,6	136	43,6±11,0	63	40,9±12,1	<0,001
Μεταβολή υγείας (μετά)	29	84,5±12,3	46	64,7±34,8	176	84,8±12,3	136	91,1±12	63	77,8±38,9	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα (πριν)	29	77,8±6,5	46	93,0±7,0	176	78,7±28,4	136	54,2±27,8	63	38,3±32,3	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα (μετά)	29	100,0±0,0	46	100,0±0,0	176	94,1±18,5	136	97,6±6,5	63	81,0±39,6	<0,001
Σωματικός ρόλος (πριν)	29	46,6±42,1	46	62,0±36,8	176	57,7±41,9	136	56,6±47,5	63	65,1±34,4	0,350
Σωματικός ρόλος (μετά)	29	100,0±0,0	46	58,7±49,8	176	100,0±0,0	136	100,0±0,0	63	100,0±0,0	<0,001
Σωματικός πόνος(πριν)	29	31,7±17,3	46	76,5±28,0	176	63,6±27,4	136	43,0±26,2	63	35,7±16,3	<0,001
Σωματικός πόνος(μετά)	29	100,0±0,0	46	81,4±22,4	176	98,5±4,9	136	96,2±10,8	63	78,9±34,7	<0,001
Γενική υγεία(πριν)	29	56,6±6,1	46	52,4±8,2	176	56,8±10,9	136	52,3±9,5	63	50,2±11,2	<0,001
Γενική υγεία (μετά)	29	58,4±6,1	46	59,7±5,6	176	62,8±12,0	136	57,1±4,4	63	53,2±7,4	<0,001
Ζωτικότητα (πριν)	29	36,2±13,0	46	49,8±5,8	176	49,3±8,5	136	44,1±10,0	63	49,8±15,0	<0,001
Ζωτικότητα (μετά)	29	50,0±4,0	46	57,6±6,9	176	49,6±8,6	136	49,6±7,0	63	48,3±3,8	<0,001
Κοινωνική λειτουργικότητα	29	100,0±0,0	46	77,2±23,5	176	94,5±13,3	136	98,5±5,9	63	81,0±39,6	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος(πριν)	29	62,1±49,4	46	82,6±38,3	176	70,5±35,1	136	66,9±43,0	63	72,0±27,6	0,121
Συναισθηματικός ρόλος μετά)	29	100,0±0,0	46	58,7±49,8	176	100,0±0,0	136	100,0±0,0	63	100,0±0,0	<0,001
Ψυχική υγεία(πριν)	29	38,8±1,9	46	38,1±4,6	176	40,5±11,2	136	47,9±13,0	63	52,1±4,9	<0,001
Ψυχική υγεία(μετά)	29	33,5±2,0	46	42,4±3,8	176	38,1±5,5	136	40,7±3,6	63	40,3±5,8	<0,001
Περιστασιακό άγχος(πριν)	29	45,1±18,5	46	48,5±11,1	176	44,5±12,2	136	47,9±16,6	63	55,7±14,4	<0,001
Περιστασιακό άγχος(μετά)	29	34,6±21,5	46	31,8±7,6	176	27,2±10,5	136	26,1±8,4	63	34,2±21,9	<0,001
Μόνιμο άγχος(πριν)	29	50,9±9,8	46	38,8±5,5	176	42,5±7,7	136	41,9±10,3	63	47,9±7,3	<0,001
Μόνιμο άγχος(μετά)	29	51,8±11,0	46	38,5±6,2	176	41,0±8,0	136	40,9±9,8	63	45,1±8,3	<0,001

Πίνακας 14. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, σε σχέση με τον τόπο διαμονής

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ				P
	Αττική		Επαρχία		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας (πριν)	260	42,4±14,5	190	45,8±12,7	0,009
Μεταβολή υγείας (μετά)	260	82,2±20,1	190	85,7±25,1	0,107
Σωματική λειτουργικότητα(πριν)	260	68,4±29,1	190	65,1±34,5	0,284
Σωματική λειτουργικότητα(μετά)	260	97,2±14,7	190	90,3±24,9	0,001
Σωματικός ρόλος (πριν)	260	61,6±39,8	190	53,3±45,1	0,043
Σωματικός ρόλος (μετά)	260	92,7±26,1	190	100,0±0,0	<0,001
Σωματικός πόνος(πριν)	260	61,5±24,3	190	40,8±30,4	<0,001
Σωματικός πόνος(μετά)	260	93,4±14,4	190	93,5±21,9	0,959
Γενική υγεία(πριν)	260	54,0±11,4	190	54,1±8,6	0,917
Γενική υγεία (μετά)	260	60,4±10,9	190	57,5±6,1	<0,001
Ζωτικότητα(πριν)	260	48,4±9,6	190	45,1±12,0	0,002
Ζωτικότητα(μετά)	260	49,5±8,3	190	51,3±6,4	0,007
Κοινωνική λειτουργικότητα	260	94,4±13,6	190	89,7±26,6	0,025
Συναισθηματικός ρόλος(πριν)	260	74,2±37,0	190	64,9±39,4	0,011
Συναισθηματικός ρόλος μετά)	260	92,7±26,1	190	100,0±0,0	<0,001
Ψυχική υγεία(πριν)	260	40,5±9,2	190	48,9±12,2	<0,001
Ψυχική υγεία(μετά)	260	37,9±5,4	190	41,3±4,0	<0,001
Περιστασιακό άγχος(πριν)	260	45,4±14,3	190	50,4±14,9	<0,001
Περιστασιακό άγχος(μετά)	260	27,5±11,1	190	30,7±15,5	0,016
Μόνιμο άγχος(πριν)	260	41,7±7,8	190	45,3±10,1	<0,001
Μόνιμο άγχος(μετά)	260	40,2±7,5	190	44,3±10,6	<0,001

Πίνακας 15. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγηση των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, σε σχέση με αριθμό των παιδιών

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ								P
	Κανένα -Ένα		Ένα-Δύο		Δύο -Τρία		Τρία+		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας (πριν)	36	41,7±12,0	71	51,1±11,5	243	44,3±12,9	100	38,3±15,7	<0,001
Μεταβολή υγείας (μετά)	36	94,4±10,5	71	94,0±10,7	243	79,2±27,5	100	83,2±11,8	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(πριν)	36	95,0±5,9	71	72,8±23,6	243	72,9±28,1	100	38,7±31,0	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(μετά)	36	100,0±0,0	71	100±0,0	243	93,5±21,9	100	90,1±23,8	0,003
Σωματικός ρόλος (πριν)	36	30,6±39,2	71	77,5±32,5	243	57,6±42,6	100	55,5±42,9	<0,001
Σωματικός ρόλος (μετά)	36	100,0±0,0	71	100,0±0,0	243	92,2±26,9	100	100,0±0,0	0,001
Σωματικός πόνος(πριν)	36	61,7±21,0	71	62,7±26,3	243	51,3±33,4	100	46,0±16,4	<0,001
Σωματικός πόνος(μετά)	36	100,0±0,0	71	96,4±7,2	243	89,9±23,1	100	97,5±7,1	<0,001
Γενική υγεία(πριν)	36	60,0±5,9	71	53,2±9,6	243	54,3±8,4	100	51,9±14,6	0,001
Γενική υγεία (μετά)	36	65,6±3,7	71	57,8±6,5	243	58,0±6,3	100	60,5±15,4	<0,001
Ζωτικότητα(πριν)	36	44,4±8,4	71	48,6±7,7	243	43,6±10,3	100	55,1±10,4	<0,001
Ζωτικότητα(μετά)	36	49,4±3,7	71	51,6±5,1	243	51,6±8,4	100	46,3±6,6	<0,001
Κοινωνική λειτουργικότητα	36	100,0±0,0	71	98,8±3,8	243	87,2±26,2	100	97,8±4,8	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος(πριν)	36	77,8±31,9	71	79,3±35,3	243	70,4±38,9	100	61,0±39,1	0,010
Συναισθηματικός ρόλος (μετά)	36	100,0±0,0	71	100,0±0,0	243	92,2±26,9	100	100,0±	0,001
Ψυχική υγεία(πριν)	36	34,7±7,6	71	34,3±7,8	243	47,1±11,5	100	46,9±8,3	<0,001
Ψυχική υγεία(μετά)	36	34,7±7,6	71	37,4±2,8	243	41,1±4,5	100	38,3±5,0	<0,001
Περιστασιακό άγχος(πριν)	36	36,4±9,8	71	42,5±11,8	243	49,4±14,9	100	50,6±15,2	<0,001
Περιστασιακό άγχος(μετά)	36	22,0±3,9	71	26,9±9,6	243	30,6±15,1	100	28,4±11,7	0,001
Μόνιμο άγχος(πριν)	36	36,0±11,5	71	40,3±8,4	243	44,8±7,4	100	44,2±10,2	<0,001
Μόνιμο άγχος(μετά)	36	35,6±11,8	71	38,4±6,9	243	43,7±8,4	100	42,5±9,7	<0,001

Πίνακας 16. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγηση των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, σε σχέση με την ηλικία των παιδιών

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ						P
	0 έως 6 ετών		7 έως 18 ετών		Άνω των 19		
	n	$\bar{x} \pm SD$	N	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας (πριν)	36	50,0±0,0	43	45,3±9,8	325	43,0±15,2	0,014
Μεταβολή υγείας (μετά)	36	100,0±0,0	43	86,0±12,6	325	80,6±24,6	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(πριν)	36	64,3±31,2	43	82,6±13,6	325	61,6±32,9	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(μετά)	36	91,1±10,1	43	100,0±0,0	325	93,1±22,9	0,094
Σωματικός ρόλος (πριν)	36	37,5±38,5	43	58,7±34,9	325	62,1±42,3	0,003
Σωματικός ρόλος (μετά)	36	100,0±0,0	43	100,0±0,0	325	94,2±23,5	0,089
Σωματικός πόνος(πριν)	36	32,0±34,3	43	50,5±16,9	325	52,9±28,7	<0,001
Σωματικός πόνος(μετά)	36	95,5±5,0	43	96,3±8,4	325	92,2±20,6	0,268
Γενική υγεία(πριν)	36	58,9±10,1	43	57,3±16,3	325	52,7±9,3	<0,001
Γενική υγεία (μετά)	36	56,8±2,4	43	60,5±5,8	325	59,0±9,3	0,216
Ζωτικότητα(πριν)	36	39,4±11,2	43	52,9±9,5	325	47,4±10,8	<0,001
Ζωτικότητα(μετά)	36	51,9±4,0	43	58,1±6,1	325	49,0±7,8	<0,001
Κοινωνική λειτουργικότητα	36	100,0±0,0	43	98,0±4,7	325	89,8±23,2	0,002
Συναισθηματικός ρόλος(πριν)	36	61,1±24,6	43	82,9±25,6	325	67,9±41,2	0,026
Συναισθηματικός ρόλος (μετά)	36	100,0	43	100,0	325	94,2±23,5	0,089
Ψυχική υγεία(πριν)	36	46,7±12,1	43	36,4±9,6	325	46,4±10,4	<0,001
Ψυχική υγεία(μετά)	36	36,0±0,0	43	39,2±5,3	325	40,4±4,7	<0,001
Περιστασιακό άγχος(πριν)	36	45,1±3,2	43	45,4±14,1	325	49,1±15,6	0,115
Περιστασιακό άγχος(μετά)	36	30,2±8,7	43	29,4±7,9	325	29,2±14,8	0,916
Μόνιμο άγχος(πριν)	36	45,3±5,0	43	45,1±5,2	325	43,7±9,2	0,378
Μόνιμο άγχος(μετά)	36	44,0±4,6	43	42,5±5,2	325	42,6±9,4	0,644

Πίνακας 17 Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, σε σχέση με την ύπαρξη άλλου νοσήματος

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΑΛΛΟ ΝΟΣΗΜΑ				P
	Ναι		Όχι		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας (πριν)	65	38,8±14,7	385	44,7±13,5	0,004
Μεταβολή υγείας (μετά)	65	83,1±11,8	385	83,8±23,7	0,717
Σωματική λειτουργικότητα(πριν)	65	54,2±37,2	385	69,2±30,0	0,003
Σωματική λειτουργικότητα(μετά)	65	95,8±10,4	385	94,1±21,1	0,502
Σωματικός ρόλος (πριν)	65	61,5±49,0	385	57,5±41,1	0,535
Σωματικός ρόλος (μετά)	65	100,0	385	95,1±21,7	<0,001
Σωματικός πόνος(πριν)	65	60,3±30,0	385	51,5±28,6	0,023
Σωματικός πόνος(μετά)	65	100,0±0,0	385	92,3±19,2	<0,001
Γενική υγεία(πριν)	65	50,5±8,8	385	54,6±10,4	0,003
Γενική υγεία (μετά)	65	59,3±6,7	385	59,1±9,6	0,878
Ζωτικότητα(πριν)	65	53,7±12,4	385	45,9±10,1	<0,001
Ζωτικότητα(μετά)	65	48,8±6,4	385	50,5±7,7	0,106
Κοινωνική λειτουργικότητα	65	86,7±19,2	385	93,4±20,3	0,014
Συναισθηματικός ρόλος(πριν)	65	61,5±49,0	385	71,8±36,0	0,111
Συναισθηματικός ρόλος μετά)	65	100,0±0,0	385	95,1±21,7	<0,001
Ψυχική υγεία(πριν)	65	47,3±9,4	385	43,5±11,6	0,012
Ψυχική υγεία(μετά)	65	40,3±5,4	385	39,2±5,1	0,103
Περιστασιακό άγχος(πριν)	65	49,6±13,4	385	47,2±14,9	0,230
Περιστασιακό άγχος(μετά)	65	29,6±10,8	385	28,7±13,6	0,623
Μόνιμο άγχος(πριν)	65	43,9±11,7	385	43,1±8,5	0,615
Μόνιμο άγχος(μετά)	65	41,5±11	385	42,0±8,8	0,724

Πίνακας 18. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, σε σχέση με την συγκατοίκηση

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΕΙΤΕ ΜΕ				P
	Γονείς		Σύζυγο/Παιδιά		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας (πριν)	16	50,0±0,0	336	44,8±13,3	<0,001
Μεταβολή υγείας (μετά)	16	100,0	336	81,0±24,4	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(πριν)	16	100,0	336	64,9±31,0	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(μετά)	16	100,0	336	94,5±19,3	<0,001
Σωματικός ρόλος (πριν)	16	100,0	336	59,1±42,7	<0,001
Σωματικός ρόλος (μετά)	16	100,0	336	94,3±23,1	<0,001
Σωματικός πόνος(πριν)	16	47,5±0,0	336	52,0±31,3	0,008
Σωματικός πόνος(μετά)	16	100,0	336	91,5±20,3	<0,001
Γενική υγεία(πριν)	16	65,0±0,0	336	54,5±9,9	<0,001
Γενική υγεία (μετά)	16	65,0±0,0	336	58,9±8,7	<0,001
Ζωτικότητα(πριν)	16	40,0±0,0	336	46,6±11,4	<0,001
Ζωτικότητα(μετά)	16	50,0±0,0	336	50,1±7,8	0,898
Κοινωνική λειτουργικότητα	16	100,0	336	90,17±22,9	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος(πριν)	16	100,0	336	68,4±39,5	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος μετά)	16	100,0	336	94,3±23,1	<0,001
Ψυχική υγεία(πριν)	16	40,0±0,0	336	45,9±11,0	<0,001
Ψυχική υγεία(μετά)	16	40,0±0,0	336	40,7±4,5	0,005
Περιστασιακό άγχος(πριν)	16	31,0±0,0	336	49,2±15,2	<0,001
Περιστασιακό άγχος(μετά)	16	20,0±0,0	336	26,7±14,1	<0,001
Μόνιμο άγχος(πριν)	16	28,0±0,0	336	43,7±9,1	<0,001
Μόνιμο άγχος(μετά)	16	27,0±0,0	336	42,4±9,3	<0,001

Πίνακας 19. Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, σε σχέση με την αυτοφροντίδα

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ				P
	Ναι		Όχι		
	N	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Μεταβολή υγείας (πριν)	338	41,7±14,3	112	50,2±9,8	<0,001
Μεταβολή υγείας (μετά)	338	87,9±12,5	112	70,8±36,4	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(πριν)	338	74,9±26,7	112	43,3±33,2	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα(μετά)	338	99,8±0,84	112	77,6±35	<0,001
Σωματικός ρόλος (πριν)	338	58,4±42,3	112	57,1±42,4	0,780
Σωματικός ρόλος (μετά)	338	100,0	112	83,0±37,7	<0,001
Σωματικός πόνος(πριν)	338	54,4±27,2	112	47,7±33,3	<0,001
Σωματικός πόνος(μετά)	338	98,2±7,6	112	79,1±29,1	<0,001
Γενική υγεία(πριν)	338	53,6±10,4	112	55,3±9,8	0,126
Γενική υγεία (μετά)	338	60,7±9,5	112	54,6±6,9	<0,001
Ζωτικότητα(πριν)	338	46,5±11,0	112	48,5±10,2	0,077
Ζωτικότητα(μετά)	338	51,1±8,3	112	47,8±3,9	<0,001
Κοινωνική λειτουργικότητα	338	96,9±10,4	112	78,8±32,9	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος(πριν)	338	66,6±40,3	112	81,5±28,6	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος μετά)	338	100,0	112	83,0±37,7	<0,001
Ψυχική υγεία(πριν)	338	43,0±11,3	112	47,1±11,0	0,001
Ψυχική υγεία(μετά)	338	38,9±5,2	112	40,7±4,8	0,001
Περιστασιακό άγχος(πριν)	338	46,1±13,5	112	51,9±17,3	0,001
Περιστασιακό άγχος(μετά)	338	27,1±10,6	112	33,9±18,2	<0,001
Μόνιμο άγχος(πριν)	338	43,5±9,2	112	42,3±8,4	0,231
Μόνιμο άγχος(μετά)	338	41,9±9,2	112	42,1±9,2	0,840

Πίνακας 20. Σύγκριση των μέσων τιμών της διαφοράς αξιολόγησης των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, μεταξύ μη εκπαιδευόμενων και εκπαιδευόμενων ανδρών.

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΔΙΑΦΟΡΑ 1ης ΚΑΙ 2ης ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ				
	Μη εκπαιδευόμενος		Εκπαιδευόμενος		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	P
Μεταβολή υγείας	133	42,7±22,4	154	30,4±23,9	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα	133	21,57±26,1	154	33,7±25,1	<0,001
Σωματικός ρόλος	133	54,7±44,7	154	25,0±49,8	<0,001
Σωματικός πόνος	133	36,9±30,0	154	27,5±36,9	0,018
Γενική υγεία	133	5,1±6,2	154	4,9±8,1	0,277
Ζωτικότητα	133	2,0±12,2	154	4,6±9,3	0,099
Κοινωνική λειτουργικότητα	133	34,7±28,0	154	18,4±31,9	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος	133	41,6±41,7	154	9,1±52,9	<0,001
Ψυχική υγεία	133	-1,2±8,8	154	-4,1±8,9	0,006
Περιστασιακό άγχος	133	-20,5±12,6	154	-16,8±13,0	0,014
Μόνιμο άγχος	133	-1,8±2,7	154	-0,4±2,3	<0,001

Πίνακας 21. Σύγκριση των μέσων τιμών της διαφοράς αξιολόγησης των παραμέτρων της κλίμακας SF36 και STAI, πριν την επέμβαση και τρεις μήνες μετά, μεταξύ μη εκπαιδευόμενων και εκπαιδευόμενων γυναικών.

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	ΔΙΑΦΟΡΑ 1ης ΚΑΙ 2ης ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ				
	Μη εκπαιδευόμενη		Εκπαιδευόμενη		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	P
Μεταβολή υγείας	117	41,0±32,9	46	60,3±26,7	0,001
Σωματική λειτουργικότητα	117	22,0±27,7	46	35,5±20,3	0,010
Σωματικός ρόλος	117	23,5±31,2	46	66,8±40,2	<0,001
Σωματικός πόνος	117	56,5±25,6	46	55,3±24,0	0,777
Γενική υγεία	117	5,6±7,9	46	7,1±5,0	0,159
Ζωτικότητα	117	2,5±12,8	46	5,5±12,4	0,173
Κοινωνική λειτουργικότητα	117	37,9±22,9	46	33,7±21,1	0,279
Συναισθηματικός ρόλος	117	19,4±29,1	46	49,3±44,9	<0,001
Ψυχική υγεία	117	-8,6±11,3	46	-6,5±9,0	0,218
Περιστασιακό άγχος	117	-21,0±13,3	46	-14,4±8,1	<0,001
Μόνιμο άγχος	117	-2,1±4,9	46	-0,3±1,3	<0,001

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ασθενείς είναι ευάλωτοι λόγω της κατάστασης της υγείας τους και της έλλειψης ιατρικών γνώσεων, γεγονός που τους κάνει να εξαρτώνται από την εμπειρία των επαγγελματιών υγείας, κυρίως ιατρών και νοσηλευτών. Ωστόσο, κάποιοι ασθενείς μπορούν να απορρίψουν τις συστάσεις, είτε αρνούνται επωφελείς ιατρικές παρεμβάσεις ή διαδικασίες βάσει των προσωπικών τους απόψεων που δεν ταιριάζουν με την αντιληπτή ιατρική ένδειξη. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αντιμετωπίσουν ασθενείς των οποίων η συμπεριφορά και οι αποφάσεις περί υγειονομικής περίθαλψης φαίνονται αντιπαραγωγικές για την υγεία τους, ή ακόμη και να την επιδεινώσουν, λόγω έλλειψης γνώσεων, κακών συνηθειών ή προκατάληψης^{131,132}.

Υπό αυτές τις συνθήκες, η εκπαίδευση των ασθενών κρίνεται επιβεβλημένη και στοχεύει στην ενδυνάμωση των ασθενών ώστε να γίνουν πιο αυτόνομοι όσον αφορά την υγεία και τη διαχείριση αυτής. Η εκπαίδευση των ασθενών πρέπει να προάγει την αυτοεπιλογή, την ενίσχυση της αυτονομίας και την εξουσιοδότηση των ασθενών να καθορίζουν τους θεραπευτικούς τους στόχους.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η θεραπευτική εκπαίδευση ασθενών έχει σχεδιαστεί για να εκπαιδεύει τους ασθενείς στις δεξιότητες αυτοδιαχείρισης ή προσαρμογής της θεραπείας στη συγκεκριμένη χρόνια ασθένειά τους, και στην αντιμετώπιση διαδικασιών και δεξιοτήτων. Η θεραπευτική εκπαίδευση έχει σχεδιαστεί να επιτρέψει σε έναν ασθενή (ή μια ομάδα ασθενών και οικογενειών) να διαχειριστεί τη θεραπεία της κατάστασής του και να αποτρέψει τις επιπλοκές που μπορούν να αποφευχθούν, διατηρώντας παράλληλα ή βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής και την συναισθηματική του υγεία. Ο κύριος σκοπός της εκπαίδευσης είναι να παράγει ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα επιπρόσθετο εκείνου όλων των άλλων παρεμβάσεων, όπως είναι η φαρμακολογική ή άλλου είδους θεραπεία^{133,134}.

Ο ορισμός του ΠΟΥ επισημαίνει δύο βασικά στοιχεία. Πρώτον, η διαδικασία εκπαίδευσης των ασθενών πρέπει να επικεντρώνεται στον ασθενή και να προσαρμόζεται στην ανάπτυξη της νόσου και στον τρόπο ζωής του ασθενούς με στόχο τη μακροχρόνια διαχείριση της νόσου με διάφορα παιδαγωγικά μέσα. Δεύτερον, η εκπαίδευση των ασθενών πρέπει να ενσωματωθεί στον ιστό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να παρέχει μάθηση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη όσον αφορά τη φύση της νόσου, τη συνιστάμενη θεραπεία, τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία και τις ασθένειες και τον οργανισμό που παρέχει φροντίδα¹³⁴.

Οι μέθοδοι εκπαίδευσης (ατομική-ομαδική) και η χρονική διάρκεια διεξαγωγής της εκπαίδευσης ποικίλουν από άτομο σε άτομο λόγω των διαφορετικών αναγκών των ασθενών συμπεριλαμβανομένων των πεπονηθειών, των κινήτρων ακόμα και των δυνατοτήτων κατανόησης των θεραπευτικών οδηγιών. Ο διάλογος αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό μιας θεραπευτικής εκπαιδευτικής σχέσης, όπου οι επαγγελματίες υγείας ύστερα από προσεκτική ακρόαση θέτουν

παρατηρήσεις και οργανώνουν δράσεις προκειμένου να ενισχύσουν την αυτοεικόνα, την αυτογνωσία και την αυτοπεποίθηση του πάσχοντα^{135,136}.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής ασθενών υποβαλλόμενων σε χολοκυστεκτομή και αποκατάσταση βουβωνοκήλης πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση και σε σχέση με την επίδραση ειδικής εκπαίδευσης.

Από την περιγραφική και στατιστική ανάλυση των στοιχείων της μελέτης βρέθηκε ότι προεγχειρητικά όλοι οι συμμετέχοντες βαθμολογούσαν και τις οκτώ διαστάσεις της κλίμακας SF-36 στο μεγαλύτερο ποσοστό κάτω από 50 με ανώτατο όριο το 100, ποσοστά τα οποία διαφοροποιήθηκαν σε πάνω από 75, με την αποκατάσταση του προβλήματος υγείας και παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τη μέτρηση πριν και τρεις μήνες μετά την επέμβαση. Επίσης, στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης παρατηρήθηκαν και στα επίπεδα του μόνιμου και περιστασιακού άγχους. Ομοίως, οι εκπαιδευόμενοι στις περισσότερες από τις διαστάσεις της κλίμακας SF-36 και στα επίπεδα του άγχους παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση.

Το άγχος αποτελεί μια αναμενόμενη ή ακόμα και φυσιολογική αντίδραση στη διάγνωση μιας νόσου. Η χειρουργική επέμβαση, ως διαδικασία, είναι μια εμπειρία που προκαλεί άγχος και για πολλούς ασθενείς θεωρείται μια επώδυνη και απειλητική για τη ζωή διαδικασία. Το άγχος πριν από τη διενέργεια της επέμβασης αυξάνει την πιθανότητα για επιπλοκές και κινδύνους λόγω των αρνητικών σωματικών αντιδράσεων που επιτελούνται στον οργανισμό. Η μείωσή του πριν τη διενέργεια αυτών των επεμβάσεων, αλλά και η μείωσή του μετά στην καθημερινότητα του ασθενούς πρέπει να είναι κύριο μέλημα του θεράποντος ιατρού¹³⁷.

Η ενημέρωση και η εκπαίδευση καθυστεράει τους ασθενείς και μειώνει το άγχος τους. Για να υπάρχουν θετικά αποτελέσματα δεν αρκεί μια τυπική ενημέρωση ρουτίνας ακόμα και αν αυτή γίνεται προσωπικά από τον επαγγελματία υγείας. Μια επιτυχημένη ενημέρωση ως προς τη μείωση του άγχους του ασθενούς, πρέπει να γίνεται με συγκεκριμένο, εξατομικευμένο τρόπο και να χαρακτηρίζεται από προσωπική επαφή. Επίσης, δεν αρκεί η ενημέρωση σχετικά με τη χειρουργική διαδικασία και μόνο, αλλά πρέπει να δίνονται πληροφορίες και για την μετεγχειρητική περίοδο. Οι ασθενείς επιθυμούν να πληροφορούνται σχετικά με την επέμβαση, την αναισθησία, την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία και τις πιθανές επιπλοκές της επέμβασής τους¹³⁸.

Η εκπαίδευση συνεπάγεται πολλά οφέλη για τον ασθενή όπως βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, αύξηση του βαθμού ικανοποίησης, προαγωγή της αυτοφροντίδας, πρόληψη επιπλοκών όπως επίσης μείωση του προεγχειρητικού άγχους και του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο συντελώντας στη μείωση του κόστους νοσηλείας. Αποτελεί το σημείο-κλειδί για την προαγωγή της ποιότητας ζωής των ασθενών και δεν είναι

σπάνιες οι περιπτώσεις όπου οι ίδιοι οι ασθενείς επιζητούν την εκπαίδευση μέσα από επιστημονικές κοινότητες και οργανισμούς.

Τα ευρήματα της έρευνας είναι αντιφατικά ως προς την επίδραση των προεγχειρητικών πληροφοριών στον μετεγχειρητικό πόνο και την ικανοποίηση του ασθενούς. Ωστόσο, η έρευνα δείχνει ότι η παροχή προεγχειρητικών πληροφοριών καλής ποιότητας διευκολύνει την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη φροντίδα τους και, ως εκ τούτου, μπορεί να συμβάλει στη συνολική αύξηση της ικανοποίησης. Παραμένει μια ανάγκη για αυστηρή έρευνα που να προσδιορίζει τον βέλτιστο χρόνο και τη μέθοδο παροχής προεγχειρητικών πληροφοριών για τη μεγιστοποίηση των θετικών επιδράσεων τους σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εκλεκτική χειρουργική επέμβαση.

Η εκπαίδευση των ασθενών, που αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο της παρεχόμενης φροντίδας, μπορεί να γίνει από όλους τους επαγγελματίες υγείας, αλλά πολύ περισσότερο από τους νοσηλευτές, οι οποίοι έρχονται για περισσότερο χρόνο σε επαφή με τους ασθενείς και είναι σε θέση να εκμαιεύσουν καλύτερα τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες. Αποτελέσματα μελετών έδειξαν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος των πληροφοριών από τους νοσηλευτές και επομένως οι νοσηλευτές έχουν περισσότερες ευκαιρίες να εκτιμήσουν τις εκπαιδευτικές ανάγκες των ασθενών και να τους προετοιμάσουν για μια αποτελεσματική μάθηση ανάλογη με αυτή που θέλει και μπορεί να κατανοήσει ο εκάστοτε ασθενής^{139,140}.

Λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη των ασθενών, πρέπει να δοθεί προσοχή σε πτυχές όπως η αύξηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών και η συμμετοχή τους στην αυτοεξυπηρέτηση, η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η μείωση του στρες και του άγχους, η βελτίωση ή η αποκατάσταση της σωματικής υγείας, η μείωση των παρενεργειών της νόσου και των δαπανών της θεραπείας και της επανεισαγωγής των ασθενών. Επί πλέον η κατάλληλη και επαρκής ενημέρωση συμβάλλει αποτελεσματικά στη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία και στην υγιεινοδιαιτητική αγωγή¹⁴⁰

Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς, ενώ παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο, λαμβάνουν ανεπαρκείς πληροφορίες σχετικά με την ασθένειά τους και την αυτοφροντίδα. Στη μελέτη του Weetch¹⁴¹, οι ασθενείς δεν ήταν ικανοποιημένοι με την εκπαίδευση που αποκτήθηκε μετά από διάγνωση με στηθάγχη.

Ερευνητικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα δείχνουν ότι οι ασθενείς είχαν τη λιγότερη ικανοποίηση από την εκπαίδευση των ασθενών¹⁴²

Σε μια άλλη μελέτη, το 60% των νοσοκομειακών ασθενών θεώρησαν ότι οι πληροφορίες που λαμβάνουν από επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να βελτιωθούν σημαντικά. Διαπίστωσαν επίσης, ότι η εκπαίδευση περιλαμβάνει όλες τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες που σχετίζονται με τον ασθενή, την οικογένεια του ασθενούς, την εκπαίδευση υγείας, την πρόληψη, τη φροντίδα και τη θεραπεία. Ως εκ τούτου, η εκπαίδευση των ασθενών πρέπει να θεωρείται ως μέρος της

φροντίδας των ασθενών, και όχι ως δραστηριότητα που μπορεί να παραμελήσει ή ότι είναι δευτερευούσης προτεραιότητας^{143,144,145}.

Μια μελέτη στο Ιράν έδειξε ότι η εκπαίδευση των ασθενών έχει πραγματοποιηθεί μερικώς ή ακατάλληλα, οπότε δεν ήταν καθόλου αποτελεσματική. Ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια στην εκτέλεση του εκπαιδευτικού τους ρόλου^{146,147}.

Μελέτη αναφέρει ότι η εκπαίδευση των ασθενών είναι ένα περίπλοκο ζήτημα, που σχετίζεται με κοινωνικές, περιβαλλοντικές και ψυχολογικές πτυχές ασθενών, οικογενειών και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ότι η πιο κατάλληλη προσέγγιση για την εξεύρεση απαντήσεων για τις παραπάνω παραμέτρους είναι η ποιοτική έρευνα¹⁴⁰.

Σύμφωνα με τους Husson και συν.¹⁴⁸, Rutten και συν.¹⁴⁹, και Harrison και συν.¹⁵⁰ η ενημέρωση των ασθενών αποτελεί σημαντική παράμετρο της αντιμετώπισης της νόσου, υπό το πρίσμα ερευνών που δείχνουν τη συσχέτιση της ενημέρωσης με τα επίπεδα άγχους του ασθενούς. Έρευνες σε ασθενείς με καρκίνο για την επίδραση της ενημέρωσης, ιδίως πριν από τη διενέργεια σοβαρών θεραπευτικών παρεμβάσεων, έδειξαν ότι η πλήρης, επαρκής και εξατομικευμένη πληροφόρηση μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα και να αποτελέσει σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της συναισθηματικής ευεξίας του ασθενούς, που περιλαμβάνουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Η κατάλληλη προσφορά πληροφόρησης συνεπάγεται ικανοποίηση από τις ληφθείς πληροφορίες και εκπλήρωση των αναγκών για ενημέρωση. Η ελλιπής ενημέρωση ή η παροχή πληροφόρησης χαμηλής ποιότητας μπορεί να οδηγήσουν σε άγχος, κατάθλιψη και χειρότερη ποιότητα ζωής.

Από μελέτες έχει βρεθεί ότι η σχέση μεταξύ άγχους και πληροφόρησης είναι αντιστρόφως ανάλογη, καθώς θεωρείται ότι η ανεπαρκής ποσότητα πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει σε υψηλά επίπεδα άγχους.¹⁴⁸⁻¹⁵⁰

Σύμφωνα με έρευνα των Ng Sk και συν¹⁵¹., ασθενείς που είχαν προγραμματιστεί για χειρουργικές επεμβάσεις του στόματος, που πραγματοποιήθηκαν από έξι ιδιωτικούς οδοντιάτρους, κλήθηκαν να συμμετάσχουν σε μελέτη όπου χωρίστηκαν τυχαία σε τέσσερις ομάδες και έλαβαν τις ακόλουθες προεγχειρητικές πληροφορίες: (1) μόνο βασικές πληροφορίες, (2) βασικές πληροφορίες με λεπτομέρειες των λειτουργικών διαδικασιών, (3) βασικές πληροφορίες με λεπτομέρειες της αναμενόμενης ανάρρωσης και (4)) βασικές πληροφορίες με λεπτομέρειες τόσο των λειτουργικών διαδικασιών όσο και της ανάρρωσης. Τα άτομα με υψηλά ποσοστά άγχους, έδωσαν υψηλότερα επίπεδα άγχους, καθώς επίσης οι πληροφορίες σχετικά με τις χειρουργικές επεμβάσεις οδήγησαν σε μείωση του άγχους σε χαμηλά επίπεδα αλλά όχι σε συμμετέχοντες με άγχος.

Επίσης σύμφωνα με τη μελέτη των Rosendahl και συν.¹⁵², που έγινε σε δείγμα 847 ασθενών που θα υποβάλλονταν σε By Pass, με στόχο να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών και πνευματικών παρεμβάσεων στη βελτίωση της ανάρρωσης μετά από εγχείρηση

αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, δεν βρέθηκαν σημαντικές επιδράσεις στη θεραπεία ούτε για τη νοσηρότητα ούτε στην θνησιμότητα

Πολλές είναι οι μελέτες που υποστηρίζουν ότι η προεγχειρητική ενημέρωση μειώνει σημαντικά το άγχος των ασθενών πριν από τη χειρουργική επέμβαση, αλλά και μετά και ότι η προ-αναισθητική αξιολόγηση πριν από μεγάλη χειρουργική επέμβαση βελτιώνει την περιεγχειρητική διαχείριση και τα χειρουργικά αποτελέσματα¹⁵³.

Το προεγχειρητικό άγχος είναι επίσης γνωστό ότι αυξάνει την απελευθέρωση κατεχολαμινών από τον ασθενή, με αποτέλεσμα αυξημένη αρτηριακή πίεση, ταχυσφυγμία και εμφάνιση αρρυθμιών. Το άγχος και οι επιπτώσεις του είναι υψίστης σημασίας, καθώς μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της ζωής του ασθενούς. Επιπλέον, το άγχος είναι μια συνήθης κατάσταση σε πολλές κατηγορίες ασθενών τόσο χαμηλής όσο και υψηλής βαρύτητας και αξίζει έγκαιρης αναγνώρισης και διαχείρισης από τους επαγγελματίες υγείας. Οι ασθενείς με χρόνια και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα παρουσιάζουν πρόσθετες προκλήσεις στην ευημερία τους. που σχετίζονται με την απειλητική φύση της νόσου, με τον πιθανό αντίκτυπο της χειρουργικής επέμβασης στην εικόνα του σώματός τους και του πρόσθετου αντίκτυπου των μη χειρουργικών θεραπειών, όπως είναι σοβαρές θεραπείες π.χ. η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία¹⁵⁴.

Γενικά, το προεγχειρητικό άγχος σχετίζεται με τις ανησυχίες του ασθενούς για την ασθένεια, τη νοσηλεία, την αναισθησία και τη χειρουργική επέμβαση. Επιπλέον, ο φόβος του άγνωστου είναι μια από τις σημαντικότερες πηγές άγχους μεταξύ των χειρουργικών ασθενών που παρουσιάζονται, και απαιτούν παρέμβαση, ειδικά πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Είναι τεκμηριωμένο ότι το άγχος και ο φόβος κατά την προεγχειρητική περίοδο μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένα επίπεδα ορμονών του στρες, με αποτέλεσμα ανεπιθύμητες μεταβολικές αποκρίσεις πριν από την αναισθησία, συμπεριλαμβανομένων των αυξημένων επιπέδων συστηματικών κατεχολαμινών που οδηγούν σε αυξημένη αρτηριακή πίεση και καρδιακό ρυθμό¹⁵⁵.

Αν και μια λεπτομερής αξιολόγηση του προεγχειρητικού άγχους δεν είναι εφικτή τις περισσότερες φορές κατά την προεγχειρητική περίοδο εν τούτοις ακόμα και βραχυπρόθεσμες ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορεί να αποτρέψουν το προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος σε όλους τους ασθενείς^{156,157}.

Ωστόσο, οι αναφορές στη βιβλιογραφία έχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Αν και ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι οι προεγχειρητικές πληροφορίες μειώνουν σημαντικά το προεγχειρητικό άγχος, άλλες όχι. Για παράδειγμα, οι Ortiz και συν.¹⁵⁷ ανέφεραν ότι η προεγχειρητική εκπαίδευση με φυλλάδια βελτίωσε την ικανοποίηση του ασθενούς με τη γνώση της περιεγχειρητικής διαδικασίας, αλλά δεν μείωσε το άγχος που σχετίζεται με τη χειρουργική επέμβαση. Αντίθετα, έχει προταθεί ότι η χρήση μίας σελίδας ενημερωτικού φυλλαδίου μειώνει σημαντικά το άγχος πριν από την επέμβαση. Επιπλέον, δείχθηκε ότι το προεγχειρητικό άγχος

μειώθηκε όταν δόθηκαν πρόσθετες αναισθητικές πληροφορίες σε έντυπα και βίντεο πριν από τη χειρουργική επέμβαση.

Ο συγχρονισμός φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας, επειδή ορισμένες αναφορές έχουν δείξει ότι μια προ-αναισθητική διαβούλευση τη νύχτα πριν ή την ημέρα της νοσηλείας ήταν ανεπαρκής για τη μείωση του άγχους¹⁵⁸.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επίσης στην παρούσα εργασία που σχετίζονται με το προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος ήταν το φύλο, τα έτη εκπαίδευσης και η ηλικία. Το γυναικείο φύλο παρουσίαζε υψηλότερο κίνδυνο για προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος. Αυτές οι συσχετίσεις έχουν επίσης αποδειχθεί από προηγούμενες μελέτες¹⁵⁹.

Προκλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι διακυμάνσεις στα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης εμπλέκονται στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης και του άγχους και αυτό μπορεί να εξηγήσει τον υψηλότερο κίνδυνο άγχους που παρουσιάζουν οι γυναίκες

Στην παρούσα μελέτη επίσης, οι ασθενείς που είχαν περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης παρουσίαζαν μικρότερης έντασης περιστασιακού και μόνιμου άγχους, εύρημα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με άλλες μελέτες. Πιθανόν, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αυξάνει το άγχος γιατί ελαχιστοποιεί τη δυνατότητα επαρκούς ενημέρωσης γύρω από θέματα υγείας. Η ανεπαρκής δυνατότητα ενημέρωσης οδηγεί πιθανόν τους ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους τόσο πριν όσο και μετά την επέμβασή τους. Με τα αντίθετα ευρήματα άλλων μελετών, μία πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι ότι τα περισσότερα εκπαιδευμένα άτομα γνωρίζουν τους κινδύνους που ενέχονται στη χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία. Μια άλλη εξήγηση είναι ότι αυτά τα άτομα μπορεί να εκφραστούν καλύτερα στις αυτοαναφερόμενες εκτιμήσεις του άγχους. Ορισμένες μελέτες έχουν αναγνωρίσει την εκπαίδευση ως προγνωστικό παράγοντα του προεγχειρητικού άγχους, άλλες αναφέρουν το αντίθετο. Καθώς όμως, όλες οι μελέτες χρησιμοποίησαν την ίδια κλίμακα άγχους και τα μέτρα ελήφθησαν από δείγματα με παρόμοια χαρακτηριστικά, τα αποτελέσματα είναι μάλλον αντιφατικά. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι όσο πιο υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχει κάποιος, τόσο μεγαλύτερη πρόσβαση στην πληροφορία και στη γνώση έχει και επομένως μπορεί να βιώνει υψηλότερα επίπεδα άγχους γιατί γνωρίζει πολλά περισσότερα για την ασθένεια, την επέμβαση, τις πιθανές επιπλοκές και την πρόγνωση της νόσου.

Από την ανάλυση των δεδομένων επίσης βρέθηκε ότι η ομάδα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χολοκυστεκτομή παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους περιστασιακού άγχους τρεις μήνες μετά την επέμβαση αλλά εντός των φυσιολογικών ορίων και υψηλότερης έντασης μόνιμου άγχους. Η χολολιθίαση είναι γενικά μια χρόνια πάθηση με τον επιπολασμό να κυμαίνεται σημαντικά μεταξύ των εθνικών πληθυσμών, αφού πάσχει το 10% του πληθυσμού, αν και αυτό ποικίλλει από χώρα σε χώρα (π.χ. Χιλή 30%, Ελλάδα 5-6%)¹⁵⁹.

Ασθενείς με χολόλιθους μπορεί να είναι χωρίς συμπτώματα ή να υποφέρουν από διάφορες κλινικές επιπλοκές, όπως κολικούς της χολής, αποφρακτικό ίκτερο, παγκρεατίτιδα, χολοκυστίτιδα/χολαγγειίτιδα, κλπ. Αυτές οι επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν σε ασθενείς με χολόλιθο και να γίνουν πηγή στρες για αυτούς. Επίσης, είναι πιθανόν, το εύρημα αυτό να οφείλεται και στους διαιτητικούς περιορισμούς που επιβάλλει η νόσος μετεγχειρητικά ή ακόμη και στο γεγονός ότι η χολολιθίαση παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες στις οποίες για διάφορους ορμονικούς λόγους το στρες και η κατάθλιψη στον γενικό πληθυσμό είναι υψηλότερη από τους άνδρες.

Η ηλικία θεωρείται από τους σοβαρότερους αιτιολογικούς παράγοντες που επιβαρύνουν την ποιότητα ζωής των ατόμων και έχει σχέση με την ανάπτυξη άλλων συνοδών νοσημάτων. Μελέτες που έγιναν σε σχέση με την ηλικία, βρέθηκε αρχική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, ιδιαίτερα μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη ενώ σε μία προοπτική μακροχρόνιου τύπου μελέτη που έγινε στη Σουηδία, βρέθηκε ότι η ΠΖ των ασθενών ήταν πολύ πιο χαμηλή από το γενικό πληθυσμό. Σημαντικό ρόλο όμως στην επιδείνωση της ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών παίζει και η εγκατάλειψη, η απομάκρυνση από την οικογένεια, η χηρεία και η ιδρυματοποίηση, που συντηρούν το άγχος, την ανασφάλεια και την απαισιοδοξία. Σε μελέτη της Δημητρίου, με βάση τις απόψεις των ασθενών βρέθηκε ότι για τις επιμέρους διαστάσεις η ΠΖ ήταν ελαφρά χαμηλότερη από αυτήν του γενικού πληθυσμού και μόνο για τη διάσταση του συναισθηματικού ρόλου βρέθηκε αρκετά χαμηλότερο επίπεδο, ενώ για τον σωματικό πόνο βρέθηκε αρκετά υψηλότερο επίπεδο σε σχέση πάντα με τα αποτελέσματα των δύο άλλων ερευνών στην Ελλάδα για την ίδια ηλικιακή ομάδα του γενικού πληθυσμού.

Σύμφωνα με τους Broddadottir και συν¹⁶⁰, βρέθηκε ότι οι γυναίκες ασθενείς ανέφεραν μέτρια επιβάρυνση στις φυσικές τους δραστηριότητες με τις μικρότερες στην ηλικία 65 ετών είχαν παρόμοιες τιμές ΠΖ με το γενικό πληθυσμό. Στα ίδια αποτελέσματα για τη θετική σχέση της ηλικίας με την ΠΖ και συγκεκριμένα τη χαμηλή σωματική λειτουργικότητα, τον ρόλο της φυσικής λειτουργικότητας, τον ρόλο τον συναισθηματικό, τη ζωτικότητα, και την ψυχική υγεία, είχαν προγενέστερα καταλήξει και άλλοι ερευνητές.

Σχετικά με τον τόπο διαμονής τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που διαμένουν στην ύπαιθρο διαφέρουν ως προς τα επίπεδα του άγχους τόσο του περιστασιακού όσο και του μόνιμου, σε σχέση με αυτούς που διαμένουν σε μεγάλη πόλη ή σε πρωτεύουσα νομού. Επίσης, διαφέρουν και στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, όπως σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, γενική υγεία κ.α. Παρότι από τη βιβλιογραφία, υποστηρίζεται, ότι η ζωή στην ύπαιθρο είναι καλύτερης ποιότητας από εκείνη της μεγαλούπολης, εντούτοις φαίνεται ότι αυτό αφορά μόνο το γενικό πληθυσμό και όχι τους ασθενείς. Ένας πιθανός λόγος είναι, ότι οι ασθενείς μη έχοντας εύκολη πρόσβαση σε μεγάλα ιατρικά κέντρα και αναζήτηση έγκαιρης βοήθειας, βιώνουν ανασφάλεια όσον αφορά την υγεία τους. Επί πλέον οι άνθρωποι στην ύπαιθρο ασχολούνται περισσότερο με

χειρωνακτικές εργασίες, όπου οι δύο αυτές χειρουργικές επεμβάσεις και πολύ περισσότερο η βουβωνοκήλη επιβάλλουν σωματικούς περιορισμούς.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Περιορισμούς της μελέτης αποτελεί η μέθοδος συλλογής του δείγματος, το δείγμα συλλέχθηκε με την μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας, το είδος του χειρουργείου, καθώς πρόκειται για ένα χειρουργείο μεσαίας βαρύτητας και μικρής επικινδυνότητας. Επίσης, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πριν την επέμβαση έγινε με την μέθοδο της κατά πρόσωπο συνέντευξης και τα συμπλήρωναν μόνοι τους οι ασθενείς, ενώ η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μετά την επέμβαση έγινε με τηλεφωνική συνέντευξη.

Δεν είναι σαφές εάν τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευτούν σε άλλους πληθυσμούς ασθενών. Δεν κατέστη δυνατόν η ενημέρωση να γίνει ανάλογα με τις εκπαιδευτικές ανάγκες των συμμετεχόντων και ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Στον βαθμό που αυτό ισχύει, ενδέχεται να έχουμε υποεκτιμήσει τους βαθμούς των ανεκπλήρωτων πληροφοριακών αναγκών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 450 άτομα τα οποίοι υποβλήθηκαν σε χολοκυστεκτομή ή αποκατάσταση βουβωνοκήλης τα οποία χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, την ομάδα ελέγχου και την παρεμβατική ομάδα.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης, με βελτίωση της ποιότητας ζωής και μείωσης της έντασης του άγχους, παρατηρήθηκε στο σύνολο του δείγματος.

Σε σύγκριση μεταξύ εκπαιδευόμενων και μη, στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στη διάσταση της SF-36 που αφορά τη σωματική λειτουργικότητα και τη ζωτικότητα με υπεροχή των εκπαιδευόμενων, όπως επίσης και τον σωματικό πόνο, την κοινωνική λειτουργικότητα και στον συναισθηματικό ρόλο με υπεροχή των μη εκπαιδευόμενων. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στις δύο ομάδες και στο περιστασιακό και μόνιμο άγχος με τη μεγαλύτερη διαφορά να παρατηρείται στους μη εκπαιδευόμενους.

Από τη σύγκριση του συνολικού δείγματος σε σχέση με άλλα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 70 ετών που βαθμολογεί αρνητικότερα την γενική υγεία πριν την επέμβαση και διαφέρει στατιστικά σημαντικά από όλες τις μικρότερες ηλικίες αλλά μετά τρεις μήνες διαφέρει στατιστικά σημαντικά μόνο με την ηλικιακή ομάδα 50-59. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και για τις γυναίκες

οι οποίες βαθμολόγησαν αρνητικότερα από τους άνδρες την γενική τους υγεία πριν την επέμβαση αλλά θετικότερα 3 μήνες μετά.

Οι νοσηλευτές και οι γιατροί μπορούν να διαχειριστούν τέτοιου είδους καταστάσεις αναλαμβάνοντας το ρόλο του εκπαιδευτή των ασθενών, εκμαιεύοντας τους φόβους και τις ανησυχίες των προσβλέποντας στη μείωση του άγχους και άλλων αρνητικών συναισθημάτων κατά τη νοσηλεία τους. Οι παρεμβάσεις αυτές οδηγούν στην καλύτερη διαχείριση της φροντίδας και της θεραπείας των ασθενών.

Η αξία της ενημέρωσης των ασθενών συμβάλλει στη μείωση του άγχους, στην ανάπτυξη της σχέσης εμπιστοσύνης, στη συμμόρφωση, στην έγκαιρη αποκατάσταση και ακόμη μειώνει το κόστος νοσηλείας. Επιπλέον, τα οφέλη της παροχής υψηλού επιπέδου ενημέρωσης στους ασθενείς συμβάλλουν στη μείωση των παραπόνων, στην εξοικονόμηση χρημάτων, στην αύξηση της ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού και στη συμμόρφωση των ασθενών τόσο με τις θεραπευτικές οδηγίες όσο και με τους κανονισμούς του νοσοκομείου.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η διανομή και επεξήγηση ενημερωτικών φυλλαδίων σχετικών με την επέμβαση και με την απαιτούμενη συμπεριφορά των ασθενών πριν και μετά

Η εκπαίδευση των ασθενών δεν πρέπει να θεωρείται δευτερευούσης σημασίας, αλλά αντιθέτως πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην καθημερινή νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΝΤΩΝ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η εκπαίδευση του ασθενούς αποτελεί μέρος της ολιστικής φροντίδας και θα πρέπει να ξεκινάει από τη διάγνωση της νόσου έως την έξοδο από το νοσοκομείο και την ίαση του.

Σκοπός: Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής και της έντασης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους ασθενών υποβαλλόμενων σε χολοκυστεκτομή και αποκατάσταση βουβωνοκήλης πριν και τρεις μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση σε σύγκριση με ή χωρίς σχετική εκπαίδευση.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 450 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χολοκυστεκτομή και αποκατάσταση βουβωνοκήλης στο Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ». Τα στοιχεία της μελέτης συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση της κλίμακας Επισκόπηση υγείας SF-36 και του ερωτηματολογίου «State-Trait Anxiety Inventory for adults» του Ch. Spielberger. Η ανάλυση των στοιχείων έγινε με την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας paired t-test, t-test και anova. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο $\alpha \leq 5\%$.

Αποτελέσματα: Από τα 450 άτομα το 55,6% υποβλήθηκε σε χολοκυστεκτομή και το 44,4% σε αποκατάσταση βουβωνοκήλης. Εξ' αυτών τα 200 άτομα αποτέλεσαν την παρεμβατική ομάδα και τα 250 την ομάδα ελέγχου. Από την περιγραφική και στατιστική ανάλυση των στοιχείων της μελέτης βρέθηκε ότι προεγχειρητικά όλοι οι συμμετέχοντες βαθμολογούσαν και τις οκτώ διαστάσεις της κλίμακας SF-36 στο μεγαλύτερο ποσοστό κάτω από 50 με ανώτατο όριο το 100, ποσοστά τα οποία διαφοροποιήθηκαν σε πάνω από 75, με την αποκατάσταση του προβλήματος υγείας και παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τη μέτρηση πριν και τρεις μήνες μετά την επέμβαση. Επίσης, στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης παρατηρήθηκαν και στα επίπεδα του μόνιμου και περιστασιακού άγχους. Ομοίως, οι εκπαιδευόμενοι στις περισσότερες από τις διαστάσεις της κλίμακας SF-36 και στα επίπεδα του άγχους παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση. Αναλυτικότερα, στη σωματική λειτουργικότητα, $p < 0,001$, στον σωματικό πόνο, $p < 0,001$, στη ζωτικότητα, $p = 0,037$, ενώ οι μη εκπαιδευόμενοι μεγαλύτερη βελτίωση παρουσίασαν στην κοινωνική λειτουργικότητα, $p < 0,001$, και στον συναισθηματικό ρόλο, $p = 0,003$. Γενικά, και οι δύο ομάδες στη συνολική βαθμολογία των διαστάσεων της κλίμακας SF-36 και του περιστασιακού και μόνιμου άγχους μετά την παρέλευση των τριών μηνών παρουσίασαν βελτίωση με στατιστικά σημαντική διαφορά, $p < 0,001$ αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Με βάση τα ευρήματα της μελέτης βρέθηκε ότι η εκπαίδευση επιδρά θετικά στην ποιότητα ζωής και στη μείωση του περιστασιακού και του μόνιμου άγχους, ωστόσο κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες ευθύνονται τόσο για την ποιότητα ζωής όσο και για τα επίπεδα του άγχους. Η εκπαίδευση των ασθενών από νοσηλευτές και γιατρούς επιβάλλεται προσβλέποντας στη μείωση του άγχους και άλλων αρνητικών συναισθημάτων των ασθενών τους.

THE EFFECT OF PATIENT EDUCATION ON OCCASIONAL ANXIETY LEVELS AND QUALITY OF LIFE AT PATIENTS UNDERGOING GENERAL SURGERY.

ABSTARCT

Introduction: Patient education is part of a holistic care and should start from the diagnosis of the disease and last until the exit from the hospital and its cure.

Purpose: To assess the quality of life and intensity of occasional and permanent stress in patients undergoing cholecystectomy and inguinal hernia repair before and three months after surgery compared to with or without relevant training.

Material and Method: The sample of the study consisted of 450 patients who underwent cholecystectomy and inguinal hernia repair at the U.G.H. "ATTIKON". Data collection was implemented by completing the 'SF-36 Health Overview' scale and the 'State-Trait Anxiety Inventory for adults' questionnaires by Ch. Spielberger. Data were analyzed using paired and unpaired t-test and anova. The level of statistical significance was set at $\alpha \leq 5\%$.

Results: Of the 450 patients, 55.6% underwent cholecystectomy and 44.4% underwent inguinal hernia repair. Of those, 200 were the intervention group and 250 the control group. Descriptive and statistical analysis showed that preoperatively all participants scored all eight dimensions of the SF-36 scale below 50 (out of 100). Patients increased their scores to over 75, with the restoration of their health problem which resulted in statistically significant difference. Statistically significant differences between the first and second measurement were also observed in the levels of permanent and occasional anxiety levels. Trained patients showed greater improvement in most of the SF-36 scale dimensions and anxiety levels. More specifically, in physical functionality, $p < 0.001$, in physical pain, $p < 0.001$, in vitality, $p = 0.037$. On the other hand, non-trained patients showed greater improvement in social functionality, $p < 0.001$, and in emotional role, $p = 0.003$. In general, both groups showed a statistically significant improvement in the overall score of the SF-36 scale and occasional and permanent anxiety levels after three months ($p < 0.001$).

Conclusions: Based on the findings of the study, education has a positive effect on quality of life and the reduction of occasional and permanent anxiety, however, socio-demographic factors are responsible for both quality of life and stress levels. The education of patients by nurses and doctors is necessary with the aim of reducing the stress and other negative emotions of their patients.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Beauvais C., Include patient education in daily practice: Promoting the patient-centered care approach. *Joint Bone Spine*, 2015 Jul, 82(4):219-221.
doi:10.1016/j.jbspin.2014,82(4),219-221
2. Paasche-Orlow M.K, Jacob D.M, Hochhouser M. and Parker R.M., National Survey of Patients' Bill of Rights Statues. *Journal of General Internal Medicine* 2009 Apr, 24(4), 489-494. PMID: PMC2659155. doi:10.1007/s11606-009-0914-z
3. Teasdale K., Theoretical and practical considerations on the use of reassurance in the nursing management of anxious patients. *J Adv Nurs.* 1995 Jul; 22(1):79-86. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.22010079.x. PMID: 7560540.
4. Αλεβίζος Β., Άγχος Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις, εκδόσεις Βήτα-Medical Arts, Αθήνα 2008
5. Αντωνίου Α.Σ., Ζώντας με στρες. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Α.Ε 2002
6. Αλεβίζος Β., Άγχος και αγχώδεις διαταραχές. Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 1997
7. Kierkegaard S., The concept of the dread. Princeton University Press, Princeton, Edited and translated by Thomte R. and Anderson A. 1980
8. Freud S., On the grounds of detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description of «anxiety neurosis», in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud, London, Hogarth Press 1962
9. Freud S., Inhibitions, symptoms and anxiety in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud, London, Hogarth Press 1962
10. David Greenberg., An editor's farewell and thanks. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 2016, Vol 52, issue 3
11. Cannon C.P., Braunwald E. Ασταθής στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ST ανόσπασση. *Καρδιολογία*. 2005. 7η Έκδοση. Τόμος 20ς
12. Cohen S., Gianaros P.J., Manuck S.B., A Stage Model of Stress and Disease. *Perspectives on Psychological Science*, 2016 Jul, 11(4), 456-463. PMID: 27474134. doi: 10.1177/1745691616646305
13. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΛΙΝΥΑΕ), Εργασία χωρίς άγχος, 11, Αθήνα 2002.
14. Οδηγός Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Harvard, Υπέρταση και τρόποι αντιμετώπισής της, επιμέλεια Στεφανάδης Χ., εκδόσεις. Πασχαλίδης, Αθήνα 2008.
15. Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), Από την προκατάληψη στη συμβίωση, Αθήνα 2001.
16. Andlin- Sobocki P., Jönsson B., Wittchen HU., Olesen J., Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol.* 2005 Jun; 12 Suppl 1:1-27. doi: 10.1111/j.1468-1331.2005.01202.x. PMID: 15877774.

17. Γιάννης Αυγουστάτος., http://psycosynthesis.blogspot.com/2008/04/blog-post_2049.html. 2009
18. Αγγελόπουλος Η., Stress και Άγχος. Άγχος Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις, συγγραφέας. Αλεβίζος Β., εκδόσεις. Βήτα medical arts, Αθήνα 2008
19. Σακκάς Π. Άγχος και Σωματικές Νόσοι στο Άγχος Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις, συγγραφέας. Αλεβίζος Β., εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Αθήνα 2008
20. Μαδιανός Γ.Μ., Κλινική Ψυχιατρική, Τρίτη Έκδοση, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2006.
21. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς. Απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια: Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., εκδόσεις. Βήτα medical arts, Αθήνα 1993
22. Spielberger C.D., Theory and research on anxiety. In C.D. Spielberger (Ed.), Anxiety and behavior (pp. 3-20). New York: Academic Press. 1966b.
eBook ISBN: 9781483258362.
23. Spielberger C.D., Anxiety as an Emotional State. In C. D. Spielberger (Ed.), Anxiety: Current Trends in Theory and Research (Vol. 1, pp. 23-49). New York: Academic Press. 1972a.
<http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-657401-2.50009-5>
24. Kopp MS., Thege BK., Balog P., Stauder A., Salavec G., Rózsa S., Purebl G., Adám S. Measures of stress in epidemiological research. J Psychosom Res. 2010 Aug;69(2):211-25.
doi:10.1016/j.jpsychores.2009.09.006.
Epub 2009 Nov 25. PMID: 20624521.
25. Van Vegchel N., Jan De Jonge., Bosma H., Schaufeli W., Reviewing the effort–reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. Social Science and Medicine, March 2005, Volume 60, Issue 5, pages 1117-11134
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.043>
26. <http://medsubjs.blogspot.com/2011/01/blog-post.html>
27. Ng F., Trauer T., Dodd S., Callaly T., Campbell S., Berk M., The validity of the 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales as a routine clinical outcome measure. Acta Neuropsychiatry. 2007 Oct;19(5):304-10.
doi: 10.1111/j.1601-5215.2007.00217.x. PMID: 26952943.
28. Siegrist J., Effort-reward imbalance at work and health, Historical and Current Perspectives on Stress and Health. Publication date: 15 November 2002
ISBN: 978-0-76230-970-2, eISBN: 978-1-84950-181-1, ISSN: 1479-3555
29. Mittelmark M.B., The Bergen Social Relationships Scale (BSRS): A short questionnaire for the measurement of psychosocial stress in epidemiological studies., June 2016, University of Bergen. URI: <https://hdl.handle.net/1956/12212>

30. Smith K.J., Emerson D.J., An assessment of the psychometric properties of the Perceived Stress Scale-10 (PSS10) with a U.S. public accounting sample, *Advances in accounting*, Elsevier, 2014,vol. 30(2), pages 309-314.
- 31.Lyrakos G.N., Arvaniti C., Smyrnioti M., Kostopanagiotou G., Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry* 26(2): 1731. Published online by Cambridge University Press:16 April 2020
32. Kumar A., Dubey PK., Ranjan A., Assessment of Anxiety in Surgical Patients: An Observational Study. *Anesth Essays Res.* 2019 Jul-Sep;13(3):503-508
doi:10.4103/aer.AER_59_19. PMID: 31602069; PMCID: PMC6775825.
33. Osborn S.K., Wraa E.C., Watson B.A., Holleran R. *Medical-Surgical Nursing*,2nd Edition 2014,Pearson Education,ISBN-13:9780132706698
- Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική.
Επιστημονική Επιμέλεια Κουρκούτα, Λ., Μαντζούκας, Σ., Μπατσολάκη, Μ., Παπαδημητρίου, Μ., Ροβίθης, Μ., Τσίου, Χ. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης. Τόμος 1
34. Asililoglu K., Celik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Educ Couns.* 2004 Apr;53(1):65-70
doi:10.1016/S0738-3991(03)00117-4. PMID: 15062906.
35. Pinar G., Kurt A., Gunges T. The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study. *World J Surg Onc* 9, 38 (2011).
<https://doi.org/10.1186/1477-7819-9-38>
36. Koivula M., Paunonen-Ilmonen M., Tarkka MT., Tarkka M., Laippala P. Social support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *J Clin Nurs.* 2002 Sep;11(5):622-33
doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00653.x. PMID: 12201889.
37. Guo P., East L., Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2012 Feb;49(2):129-37.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.08.008. Epub 2011 Sep 22. PMID: 21943828.
38. Wilson CJ., Mitchelson AJ., Tzeng TH., El-Othmani MM., Saleh J., Vasdev S., LaMontagne HJ., Saleh KJ. Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *Am J Surg.* 2016 Jul;212(1):151-9
doi: 10.1016/j.amjsurg.2015.03.023. Epub 2015 Jun 2. PMID: 26138522.
- 39.Kagan I, Bar-Tal Y. The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *J Clin Nurs.* 2008 Mar;17(5):576-583. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01968.x.

Epub 2007 Dec 18. PMID: 18093119.

40. Παπαγεωργίου Δ., Κελέση Μ., Φασόη Γ. Βασική Νοσηλευτική, Θεωρία, Εκπαίδευση, Εφαρμογή. Αθήνα 2013: Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρης. Τόμος 1.

41. Christodoulou C., Douzenis A., Mommersteeg PM., Rallidis L., Poullos A., Efstathiou V., Bouras G., Varounis C., Korkoliakou P., Palios J., Kremastinos DT., Lykouras L., A case-control validation of Type D personality in Greek patients with stable coronary heart disease. *Ann Gen Psychiatry*. 2013 Nov 27;12(1):38.

doi: 10.1186/1744-859X-12-38. PMID: 24283252; PMCID: PMC4175478.

42. Spielberger CD., Gorsuch RL., Lushene RE. *The State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press 1970.

43. Cohen S., Mermelstein R., Kamarck T., Hoberman H.M. *Measuring the Functional Components of Social Support*. 1985

In: Sarason I.G., Sarason B.R. (eds) *Social Support: Theory, Research and Applications*. NATO ASI Series (D: Behavioural and Social Sciences), vol 24. Springer, Dordrecht 1985

https://doi.org/10.1007/978-94-009-5115-0_5

44. Baik SH., Fox RS., Mills SD., Roesch SC., Sadler GR., Klonoff EA., Malcarne VL. Reliability and validity of the Perceived Stress Scale-10 in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *J Health Psychol*. 2019 Apr;24(5):628-639. doi:

10.1177/1359105316684938. Epub 2017 Jan 5. PMID: 28810432; PMCID: PMC6261792.

45. Βαρβόγλη Λ., *Η Νευροψυχολογία Του Στρες Στην Καθημερινή Ζωή*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη 2006. 2η Έκδοση.

46. Jawaid M., Mushtaq A., Mukhtar S., Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences (Riyadh)*. 2007 Apr;12(2):145-8. PMID: 21857597.

47. Egbert LD., Battit GE., Welch CE., Bartlett MK., *Reduction Of Postoperative Pain By Encouragement And Instruction Of Patients. A Study Of Doctor-Patient Rapport*. *N Engl J Med*. 1964 Apr 16;270:825-7.

doi: 10.1056/NEJM196404162701606. PMID: 14108087.

48. Eun-Hyun Lee., *Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale*, *Asian Nursing Research*, Volume 6, Issue 4, 2012, Pages 121-127, ISSN 1976-1317, <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>.

49. https://medcollege.edu.gr/wpcccontent/uploads/2014/12/images_pdf_BOWLBY.pdf

50. Szabó M., *The short version of the Depression Anxiety Stress Scales*

(DASS-21): factor structure in a young adolescent sample. *J Adolesc*. 2010 Feb;33(1):1-8. doi:

10.1016/j.adolescence.2009.05.014. Epub 2009 Jun 26. PMID: 19560196.

51. Tran TD., Tran T., Fisher J., *Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern*

- Vietnamese women. *BMC Psychiatry*. 2013 Jan 12;13:24. doi: 10.1186/1471-244X-13-24. PMID: 23311374; PMCID: PMC3566910.
52. Bailey L., Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN J*. 2010 Oct;92(4):445-57; quiz 458-60. doi: 10.1016/j.aorn.2010.04.017. Erratum in: *AORN J*. 2010 Dec;92(6):708. PMID: 20888947.
53. Aust H., Rüsç D., Schuster M., Sturm T., Brehm F., Nestoriuc Y., Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Serv Res*. 2016 Jul 12;16:250. doi: 10.1186/s12913-016-1492-5. PMID: 27406264; PMCID: PMC4941033.
54. Ukpong DI., Adesunkanmi AR., Psychiatric symptoms in surgical patients: an assessment of the course of anxiety. *Niger Postgrad Med J*. 2004 Jun;11(2):75-8. PMID: 15300264.
55. Cserép Z., Losoncz E., Balog P., Szili-Török T., Husz A., Juhász B., Kertai MD., Gál J., Székely A. The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. *J Cardiothorac Surg*. 2012 Sep 14;7:86. doi: 10.1186/1749-8090-7-86. PMID: 22973828; PMCID: PMC3485128.
56. McCann ME., Kain ZN. The management of preoperative anxiety in children: an update. *Anesth Analg*. 2001 Jul;93(1):98-105. doi: 10.1097/00000539-200107000-00022. PMID: 11429348.
57. Broadbent E., Petrie KJ., Alley PG., Booth RJ. Psychological stress impairs early wound repair following surgery. *Psychosom Med*. 2003 Sep-Oct;65(5):865-9. doi: 10.1097/01.psy.0000088589.92699.30. PMID: 14508033.
58. Twiss E., Seaver J., McCaffrey R., The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. *Nurs Crit Care*. 2006 Sep-Oct;11(5):224-31. doi: 10.1111/j.1478-5153.2006.00174.x. PMID: 16983853.
59. Ip HY., Abrishami A., Peng PW., Wong J., Chung F., Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology*. 2009 Sep;111(3):657-77. doi: 10.1097/ALN.0b013e3181aae87a. PMID: 19672167.
60. Perks A., Chakrabarti S., Manninen P., Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2009 Apr;21(2):127-30. doi: 10.1097/ANA.0b013e31819a6ca3. PMID: 19295391.
61. Puvanesarajah V., Jain A., Shimer AL., Li X., Singla A., Shen F., Hassanzadeh H. Complications and Mortality Following 1 to 2 Level Lumbar Fusion Surgery in Patients Above 80 Years of Age. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2017 Mar 15;42(6):437-441. doi: 10.1097/BRS.0000000000001759. PMID: 27359360.
62. Ghoneim M.M., O'Hara, M.W. Depression and postoperative complications: an overview. *BMC Surg* 16, 5 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12893-016-0120-y>

63. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, Ferreira MB. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001 Mar;45(3):298-307. doi: 10.1034/j.1399-6576.2001.045003298.x. PMID: 11207465.
64. Miaskowski C., Paul SM., Cooper B., West C., Levine JD., Elboim C., Hamolsky D., Abrams G., Luce J., Dhruva A., Langford DJ., Merriman JD., Kober K., Baggott C., Leutwyler H., Aouizerat BE. Identification of patient subgroups and risk factors for persistent arm/shoulder pain following breast cancer surgery. *Eur J Oncol Nurs*. 2014 Jun;18(3):242-53. doi: 10.1016/j.ejon.2013.12.002. Epub 2014 Jan 29. PMID: 24485012; PMCID: PMC4013216.
65. Sadati L., Pazouki A., Mehdizadeh A., Shoar S., Tamannaie Z., Chaichian S. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scand J Caring Sci*. 2013 Dec;27(4):994-8. doi: 10.1111/scs.12022. Epub 2013 Jan 28. PMID: 23350886.
66. Jawaid M., Mushtaq A., Mukhtar S., Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences (Riyadh)*. 2007 Apr;12(2):145-8. PMID: 21857597.
67. Tung HH., Hunter A., Wei J. Coping, anxiety and quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *J Adv Nurs*. 2008 Mar;61(6):651-63. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04557.x. Erratum in: *J Adv Nurs*. 2008 Apr;62(2):273. Wei Jen [corrected to Wei Jeng]. PMID: 18302606.
68. Visser MR., Van Lanschot JJ., Van der Velden J., Look JJ., Gouma DJ., Sprangers MA. Quality of life in newly diagnosed cancer patients waiting for surgery is seriously impaired. *J Surg Oncol*. 2006 Jun 1;93(7):571-7. doi: 10.1002/jso.20552. PMID: 16705725.
69. Oppedal K., Møller AM., Pedersen B., Tønnesen H., Preoperative alcohol cessation prior to elective surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jul 11;(7):CD008343. doi: 10.1002/14651858.CD008343.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Nov 08;11:CD008343. PMID: 22786514.
70. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care*. 2004 Mar-Apr;9(2):72-9. doi: 10.1111/j.1478-5153.2004.00053.x. PMID: 15068057.
71. Asilioglu K., Celik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Educ Couns*. 2004 Apr;53(1):65-70. doi: 10.1016/S0738-3991(03)00117-4. PMID: 15062906
72. Sjöling M., Nordahl G., Olofsson N., Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Couns*. 2003 Oct;51(2):169-76. doi: 10.1016/s0738-3991(02)00191-x. PMID: 14572947.

73. Kearney M., Jennrich M.K., Lyons S., Robinson R., Berger B. Effects of preoperative education on patient outcomes after joint replacement surgery. *Orthopedic Nursing*, 01 Nov 2011, 30(6):391-396. DOI: 10.1097/nor.0b013e31823710ea PMID: 22124192
74. LaMontagne L.L., Hepworth J.T., Cohen F., Salisbury M. H., Cognitive-Behavioral Intervention Effects on Adolescents' Anxiety and Pain Following Spinal Fusion Surgery. *Nursing Research*, 2003,52(3),183–190
<https://doi.org/10.1097/00006199-200305000-00008>
75. Pinar G., Kurt A., Gungor T., The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study. *World J Surg Onc* 2011,9, 38 .
<https://doi.org/10.1186/1477-7819-9-38>
76. Zhang CY., Jiang Y., Yin QY., Chen FJ., Ma LL., Wang LX. Impact of nurse-initiated preoperative education on postoperative anxiety symptoms and complications after coronary artery bypass grafting. *J Cardiovasc Nurs*. 2012 Jan-Feb;27(1):84-8. doi: 10.1097/JCN.0b013e3182189c4d. PMID: 21743344.
77. Fortacín Cristina Bagés., María del Mar Lleixà Fortuño., Nuria Munté Prunera and Dolores Vázquez Morillo. "Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing." 2015. Corpus ID: 79465755
78. Weiss ME., Piacentine LB., Lokken L., Ancona J., Archer J., Gresser S., Holmes SB., Toman S., Toy A., Vega-Stromberg T. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clin Nurse Spec*. 2007 Jan-Feb;21(1):31-42. doi: 10.1097/00002800-200701000-00008. PMID: 17213738.
79. Koivula M., Paunonen-Ilmonen M., Tarkka M., Laippala P. Social support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *J Clin Nurs*. 2002 Sep;11(5):622-33. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00653.x. PMID: 12201889.
80. Doñate Marín M., Litago Cortés A., Monge Sanz Y., Martínez Serrano R., Preoperative aspects of information related to patient anxiety scheduled for surgery. *Enfermería Global*, Jan 2015,14(1), 170-180.
81. Παπαδόπουλος Γ., Φίλος Κ., Ιατρού Χ., Βρετζάκης Γ. Περιεγχειρητική Ιατρική Αναισθησιολογία Επείγουσα και Εντατική Ιατρική Θεραπεία Πόνου, εκδ. Εφύρα 2004.
82. Garbee DD., Gentry JA. Coping with the stress of surgery. *AORN J*. 2001 May;73(5):946, 949-51. doi: 10.1016/s0001-2092(06)61746-8. PMID: 11378950.
83. Μουδατσάκης Ν., Λουτσέτη Δ., Γιεσάκης Κ., Στρεβίνας Α., Φαρσαλινός Κ., Πλεξουσάκης Ε. και συν. Η χρήση του ερωτηματολογίου APAIS στην προεγχειρητική εκτίμηση των ασθενών. *Ελληνική Αναισθησιολογία* 2008;41,σελ 97-101.

84. Sun KP., Chen Q., Hong ZN. et al. Health-related quality of life in adults undergoing transthoracic device closure of ventricular septal defect. *J Cardiothorac Surg* 14, 176 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13019-019-1004-x>
85. Conceição DB., Schonhorst L., Conceição MJ, Oliveira Filho GR. A pressão arterial e a frequência cardíaca não são bons parâmetros para avaliação do nível de ansiedade pré-operatória [Heart rate and blood pressure are not good parameters to evaluate preoperative anxiety.]. *Rev Bras Anesthesiol.* 2004 Dec;54(6):769-73. Portuguese. doi: 10.1590/s0034-70942004000600003. PMID: 19471787.
86. Παπαδόπουλος Γ, Φίλος Κ., Ιατρού Χ., Βρετζάκης Γ. Περιεγχειρητική Ιατρική Αναισθησιολογία Επείγουσα και Εντατική Ιατρική Θεραπεία Πόνου, εκδ. Εφύρα 2004.
87. Kunik ME., Roundy K., Veazey C., Soucek J., Richardson P., Wray NP., Stanley MA. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest.* 2005 Apr;127(4):1205-11. doi: 10.1378/chest.127.4.1205. PMID: 15821196.
88. Yfandopoulos J., Quality of life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine* 2001; 18(2):114-130.
89. Yfandopoulos J., The "social" quality of life. *Archives of Hellenic Medicine* 2001; 18(2):108-113.
90. Νάκου Σ., Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2001; 18(3): 254-266.
91. Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, et al. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2001; 18(3): 239-253.
92. Βαλάσση-Αδάμ Ε. Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2001;18(3):216-217.
93. Υφαντόπουλος Γ.Ν., Measuring the quality of life and the European health model. *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE* 2007,24(Suppl 1):6-18
94. Σαββοπούλου Γ., Βασική Νοσηλευτική, Μια Βιο-Ψυχοκοινωνική Προσέγγιση. Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α. 4η Έκδοση, Αθήνα 2004
95. Πολυκανδριώτη Μ, Κουτελέκος Ι., Ανάγκες ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική.* 2013;2(2) :73-83.
96. Polikandrioti M, Ntokou M., Needs of hospitalized patients. *Health science journal.* 2011;5(1):15-22.
97. Γκόλνα, Χ. Ιδιαιτερότητες της Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας. Στο Σουλιώτης Κ. Πολιτική και Οικονομία Υγείας, Παπαζήσης, 2006
98. Kessels RP., Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* 2003;96(5):219-222. doi:10.1258/jrsm.96.5.219

99. Crawford J. R. and J. D. Henry. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2003,42(Pt 2): 111-131.
100. Osman A., Wong J. L., The Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21): further examination of dimensions, scale reliability, and correlates. *J Clin Psychol* 2012, 68(12): 1322-1338.
101. Nieuwenhuijsen K., De Boer AG., Verbeek JH., Blonk RW., Van Dijk FJ. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. *Occup Environ Med.* 2003 Jun;60 Suppl 1(Suppl 1):i77-82.
doi: 10.1136/oem.60.suppl_1.i77. PMID: 12782751; PMCID: PMC1765723.
102. Page AC., Hooke GR., Morrison DL. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in depressed clinical samples. *Br J Clin Psychol.* 2007 Sep;46(Pt 3):283-97.
doi: 10.1348/014466506X158996. PMID: 17697478.
103. UNICEF, UNESCO, WHO & World Bank. Focusing Resources on Effective School Health: A Fresh start to enhancing the quality and Equity of Education, World Education Forum, Dakar, Senegal 2000.
104. Odgen J., Επικοινωνία γιατρού ασθενούς και ο ρόλος των πεπιοιθήσεων υγείας των επαγγελματιών υγείας. Στο Odgen J., Ψυχολογία της Υγείας, 2η Έκδοση, Παρισιάνος, Αθήνα 2004.
105. Κουτελέκος Ι. Περιεγχειρητική συμβουλευτική παιδιού. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2012;11(1):523-530.
106. Johnson VD. Promoting behavior change: making healthy choices in wellness and healing choices in illness - use of self-determination theory in nursing practice. *Nurs Clin North Am.* 2007 Jun;42(2):229-41, vi.
doi: 10.1016/j.cnur.2007.02.003. PMID: 17544680.
107. Γκιμπερίτης, Β. Η εκπαίδευση του 2000, Σύγχρονη διδασκαλία-Δίκτυα-Πολυμέσα-Internet. <http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/epy98/epy98.htm>.
108. Gordon CR., Rezzadeh KS., Li A., Vardanian A., Zelken J., Shores JT., Sacks JM., Segovia AL., Jarrahy R. Digital mobile technology facilitates HIPAA-sensitive perioperative messaging, improves physician-patient communication, and streamlines patient care. *Patient Saf Surg.* 2015 May 23;9:21.
doi: 10.1186/s13037-015-0070-9. PMID: 26136830; PMCID: PMC4487585.
109. Gandhi S., Chen S., Hong L., Sun K., Gong E., Li C., Yan LL., Schwalm JD. Effect of Mobile Health Interventions on the Secondary Prevention of Cardiovascular Disease: Systematic Review

- and Meta-analysis. *Can J Cardiol.* 2017 Feb;33(2):219-231.doi: 10.1016/j.cjca.2016.08.017. Epub 2016 Sep 13. PMID: 27956043.
110. Mohan B., Kumar R., Attri J.P., Chatrath V., Bala, N. Anesthesiologist's role in relieving patient's anxiety. *Anesthesia, essays and researches*, 2017,11(2), 449-452
111. Lin LY, Wang RH. Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *J Adv Nurs.* 2005 Aug;51(3):252-60. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03502.x. PMID: 16033593.
112. Lemos MF., Lemos-Neto SV., Barrucand L., Verçosa N., Tibirica E. A informação no pré-operatório reduz a ansiedade pré-operatória em pacientes com câncer submetidos à cirurgia: utilidade do Inventário Beck de Ansiedade [Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: Usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory]. *Rev Bras Anesthesiol.* 2019 Jan-Feb;69(1):1-6. Portuguese. doi: 10.1016/j.bjan.2018.07.003. Epub 2018 Nov 3. PMID: 30401475.
113. Hawighorst-Knapstein S., Brueckner D.O., Schoenefuss G., Knapstein P.G., Koelbl H., *Breast Cancer Care: Patient Information and Communication as a Preventive Education Process*, *Breast Care* 2006;1:375–378 Published online: December 15, 2006 DOI: 10.1159/000097264
114. Dieterle E., Clarke J. Multi-User Virtual Environments for Teaching and Learning. <https://muve.gse.harvard.edu/files/rivercityproject/files/muve-for-tandl-dieterle-clarke.pdf>
115. Hobbs M., Gordon M., Brown E., *A Virtual World Environment for Group Work*. Anglia Ruskin University, Computing Department, 1 East Road, Cambridge, CB1 1PT, FORMATEX 2006.
116. Βρασίδης Χ., Ζεμπύλας Μ., Πέτρου Α.. Σύγχρονα παιδαγωγικά μοντέλα και ο ρόλος της εκπαιδευτικής τεχνολογίας, 2005
117. Ponti M., Ryberg T., Rethinking virtual space as a place for socialisation: Theory and design implications. *Fourth International Conference on Networked Learning 2004*, Lancaster. United Kingdom.
118. Boulos MN., Hetherington L., Wheeler S. Second Life: an overview of the potential of 3-D virtual worlds in medical and health education. *Health Info Libr J.* 2007 Dec;24(4):233-45. doi: 10.1111/j.1471-1842.2007.00733.x. PMID: 18005298..
119. De Gagne JC., Oh J., Kang J., Vorderstrasse AA., Johnson CM. Virtual worlds in nursing education: a synthesis of the literature. *J Nurs Educ.* 2013 Jul;52(7):391-6. doi: 10.3928/01484834-20130610-03. Epub 2013 Jun 10. PMID: 23755942.
120. Πολυκανδριώτη Μ., Κουτελέκος Ι., Ανάγκες ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική.* 2013;2(2) :73-83.
121. Polikandrioti M., Ntokou M., Needs of hospitalized patients. *Health science journal.* 2011;5(1):15-22.
122. Γκόλνα, Χ. *Ιδιαιτερότητες της Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας.* Στο Σουλιώτης Κ. *Πολιτική και Οικονομία Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήσης, 2006.

123. Στεργιοπούλου Α., Βλάχος Γ., Η επίδραση της Προεγχειρητικής Ενημέρωσης στη μείωση του Άγχους των Ασθενών, Νοσηλευτική 2010, 49 (1) 26-30.
124. Κατσαραγάκης Σ. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία. Αθήνα 2003: 65-72
125. Tishelman C., Degner LF, Mueller B. Measuring Symptom Distress in Patients with Lung Cancer. A pilot study of experiences intensity and importance symptoms. Cancer Nursing 2000□23(2): 82-90. Erratum Cancer Nursing 2000□23(3): 163
126. DiMatteo M.R., Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα,2006
- 127.Pappa E., Kontodimopoulos N., Niakas D., Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. Qual Life Res. 2005 Jun;14(5):1433-8. doi: 10.1007/s11136-004-6014-y. PMID: 16047519.
- 128.Κοντοδημόπουλος Ν, Φραγκούλη Δ, Παππά Ε, Νιάκας Δ. Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2004, 21: 451-462
- 129.Spielberger, C. D., Theory and research on anxiety. In C.D. Spielberger(Ed), Anxiety and behavior, New York: Academic Press, 1966, pp 3-20
- 130.Spielberger C. D., Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (Ed.), Anxiety: Current trends in theory and research, New York: Academic Press,1972, Vol. 1, pp23-24
- 131.Jotterand F., Amodio A., Elger BS., Patient education as empowerment and self-rebiasing. Med Health Care Philos. 2016 Dec;19(4):553-561. doi: 10.1007/s11019-016-9702-9. PMID: 27179973.
- 132.Shaw D., Elger B., Evidence-based persuasion: an ethical imperative. JAMA. 2013 Apr 24;309(16):1689-90. doi: 10.1001/jama.2013.2179. PMID: 23568671
- 133.World Health Organization., Therapeutic patient education. Geneva: World Health Organization, 1998. Πρόσβαση 20-12-2020
- 134.Rabbone I., De Vito B., Sacchetti C., Cerutti F., Role of health care providers in educational training of patients with diabetes. Acta Bio-medica : Atenei Parmensis. 2005 ;76 Suppl 3:63-65.
135. Bergman P., Huber S., Machler H., Liebl E., Hinghofer- Szalkay H., Rehak P., Ringer B., The influence of medical information on the perioperative course of stress in cardiac surgery patients, Anesthesia & Analgesia: November 2001 - Volume 93 - Issue 5 - p 1093-1099 doi: 10.1097/00000539-200111000-00005
136. Kindler CH., Harms C., Amsler F., Ihde-Scholl T., Scheidegger D., The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. Anesth Analg. 2000 Mar;90(3):706-12. doi: 10.1097/00000539-200003000-00036. PMID: 10702461.

137. Palmer JA., Decreasing anxiety through patient education. *Plast Surg Nurs*. 2007 Oct-Dec;27(4):215-20. doi: 10.1097/01.PSN.0000306190.82351.a2. PMID: 18165732.
138. Zuniga JR. Guidelines for anxiety control and pain management in oral and maxillofacial surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 2000 Oct;58(10 Suppl 2):4-7. doi: 10.1053/joms.2000.17878. PMID: 11021727.
139. Farahani MA, Mohammadi E, Ahmadi F, Mohammadi N. Factors influencing the patient education: A qualitative research. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(2):133-139.
140. Fagermoen M, Hamilton G. Patient information at discharge: A study of a combined approach. *Patient Educ Couns*. 2006;63:169–76.
141. Weetch RM. Patient satisfaction with information received after a diagnosis of angina. *Prof Nurse*. 2003;19:150–3
142. Joolae S, Hajibabae F, Jafar Jalal E, Bahrani N. *J Nurs Midwifery*. Vol. 17. Tehran University of Medical Sciences (Hayat); 2011. pp. 35–44.
143. Deccache A., Aujoulat I., A European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Educ Couns*. 2001 Jul;44(1):7-14. doi: 10.1016/s0738-3991(01)00096-9. PMID: 11390151.
144. Visser A., Deccache A., Bensing J., Patient education in Europe: united differences. *Patient Educ Couns*. 2001 Jul;44(1):1-5. doi: 10.1016/s0738-3991(01)00111-2. PMID: 11390150.
145. Skelton A., Evolution not revolution? The struggle for the recognition and development of patient education in the UK. *Patient Educ Couns*. 2001 Jul;44(1):23-7. doi: 10.1016/s0738-3991(01)00098-2. PMID: 11390153.
146. Hekmatpou D., Mohammadi E., Ahmadi F., Arefi SH., Lack of sensitivity to readmission: a grounded theory study for explaining the process of readmitting patients suffering from congestive heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009 Dec;8(5):355-63. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.08.003. Epub 2009 Sep 12. PMID: 19748830..
147. Zamanzadeh V, Jasemi M, Valizadeh L, Keogh B, Taleghani F. Effective factors in providing holistic care: a qualitative study. *Indian J Palliat Care*. 2015;21(2):214-224. doi:10.4103/0973-1075.156506
148. Husson O., Mols F., Van De Poll-Franse LV., The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Ann Oncol*. 2011 Apr;22(4):761-772. doi: 10.1093/annonc/mdq413. Epub 2010 Sep 24. PMID: 20870912; PMCID: PMC3065875.
149. Rutten LJ., Arora NK., Bakos AD., Aziz N., Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Educ Couns*. 2005 Jun;57(3):250-61. doi: 10.1016/j.pec.2004.06.006. PMID: 15893206.

150. Harrison JD., Young JM., Price MA., Butow PN., Solomon MJ., What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer*. 2009 Aug;17(8):1117-28. doi: 10.1007/s00520-009-0615-5. Epub 2009 Mar 25. PMID: 19319577.
151. Ng SK., Chau AW., Leung WK., The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004, 32:227–235
152. Rosendahl J., Tigges-Limmer K., Gummert J., Dziewas R., Albes JM., Strauss B., Bypass surgery with psychological and spiritual support (the BY.PASS Study): results of a pragmatic trial based on patients' preference. *Psychother Psychosom*. 2013;82(1):35-44. doi: 10.1159/000339170. Epub 2012 Nov 6. PMID: 23147203.
153. Lemos MF., Lemos-Neto SV., Barrucand L., Verçosa N., Tibirica E., Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: Usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory. *Rev Bras Anesthesiol*. 2019 Jan-Feb;69(1):1-6. Portuguese. doi: 10.1016/j.bjan.2018.07.003. Epub 2018 Nov 3. PMID: 30401475.
154. Eren G., Cukurova Z., Demir G., Hergunsel O., Kozanhan B., Emir NS., Comparison of dexmedetomidine and three different doses of midazolam in preoperative sedation. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2011;27(3):367-372. doi:10.4103/0970-9185.83684
155. Pitceathly C., Maguire P., Fletcher I., Parle M., Tomenson B., Creed F., Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial. *Ann Oncol*. 2009 May;20(5):928-34. doi: 10.1093/annonc/mdn708. Epub 2009 Jan 6. PMID: 19126633.
156. Galway K., Black A., Cantwell M., Cardwell CR., Mills M., Donnelly M., Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11(11):CD007064. doi: 10.1002/14651858.CD007064.pub2. PMID: 23152241; PMCID: PMC6457819. *Cochrane Database Syst Rev*, 11 (2012), p. CD00706
157. Ortiz J., Wang S., Elayda MA., Tolpin DA., Informação pré-operatória ao paciente: podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade? [Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety?]. *Rev Bras Anesthesiol*. 2015 Jan-Feb;65(1):7-13. Portuguese. doi: 10.1016/j.bjan.2013.07.009. Epub 2014 Oct 28. PMID: 25497743.
158. Caumo W., Schmidt AP., Schneider CN., Bergmann J., Iwamoto CW., Bandeira D., Ferreira MB., Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001 Mar;45(3):298-307. doi: 10.1034/j.1399-6576.2001.045003298.x. PMID: 11207465.
159.
<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A7%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%B8%CE%AF%CE%B1%CF%83%CE%B7>

160. Broddadottir H., Jensen L., Norris C., Graham M., Health-related quality of life in women with coronary artery disease. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2009 Mar;8(1):18-25. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2008.05.002. Epub 2008 Jul 3. PMID: 18602346.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

«ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΝΤΩΝ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ»

Γ' Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν «ΑΤΤΙΚΟ»,
Διευθυντής : Καθηγητής Α. Μαχαίρας
Επιστημονικός Υπεύθυνος : Νικόλαος Ζάβρας

Αγαπητοί ασθενείς,

Η Γ' Χειρουργική Πανεπιστημιακή Κλινική θέλει να μελετήσει την τα επίπεδα άγχους και την ποιότητα ζωής ασθενών υποβληθέντων σε χειρουργική επέμβαση, σε πληθυσμιακό δείγμα ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο.

Με την πεποίθηση ότι τα παραπάνω αποτελέσματα θα χρησιμεύσουν στον μελλοντικό σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων με σκοπό την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και θα συμβάλλουν στην βελτίωση της υγείας των ασθενών, ζητούμε την συγκατάθεσή σας για τη συμμετοχή σας στη μελέτη.

Ευχαριστούμε πολύ

Γ' Χειρουργική Πανεπιστημιακή Κλινική

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η.....,
δίνω την άδειά μου προκειμένου να συμμετέχω στη μελέτη «Ενημέρωση Ασθενών-Επίπεδα Άγχους Και Ποιότητα Ζωής Ασθενών Υποβληθέντων Σε Χειρουργική Επέμβαση» της Γ' Χειρουργικής Πανεπιστημιακής Κλινικής.

Υπογραφή

Ημερομηνία

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Για τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλούμε δώστε απαντήσεις, που ανταποκρίνονται περισσότερο σε εσάς. Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις ανοικτά και με ειλικρίνεια.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Για τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλώ δώστε μια απάντηση, που ταιριάζει σε εσάς και ανταποκρίνεται περισσότερο στην άποψή σας.

Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο.

<p><u>Ηλικία :</u></p> <p><u>Οικογενειακή κατάσταση:</u></p> <p>Έγγαμος /η =1. Άγαμος /η =2. Διαζευγμένος /η - Διάσταση = 3. Χήρος /α = 4. Συμβίωση = 5.</p>
<p><u>Μορφωτικό επίπεδο:</u></p> <p>Απόφοιτος Δημοτικού = 1, Απόφοιτος Γυμνασίου – Λυκείου= 2, Απόφοιτος ΤΕΙ – ΑΕΙ = 3, Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό = 4</p>
<p><u>Επάγγελμα:</u></p> <p>Άνεργος =1, Δημόσιος Υπάλληλος =2, Ιδιωτικός Υπάλληλος= 3, Ελεύθερος επαγγελματίας =4, Οικιακά= 5</p>
<p><u>Τόπος διαμονής:</u></p> <p>Αττική = 1, Πρωτεύουσα νομού = 2, Ύπαιθρος= 3</p>
<p><u>Αριθμός παιδιών:</u></p> <p>Κανένα = 0 Ένα= 1 Δύο= 2 Περισσότερα από δύο = 3</p>
<p><u>Ηλικία Παιδιών:</u></p> <p>0-2 = 1 3-6 =2 7-12=3 12-18 =4 Πάνω από 18=5</p>
<p><u>Πάσχετε από κάποιο άλλο νόσημα τώρα;</u></p> <p>Ναι = 1, Όχι = 2 , Εάν ναι από τι; Αναφέρατε:.....</p>

Συγκατοικείτε με:

Γονείς = 1,
 Σύζυγο = 2,
 Παιδιά = 3,
 Οικιακή βοηθό = 4,
 Άλλον = 5,
 Μόνος /η = 6

Τη φροντίδα σας την αναλαμβάνεται μόνος σας;

Ναι = 1 Όχι = 2

Επισκόπηση υγείας SF-36 (Short Form-36 Health Survey)

1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι;

Βάλτε σε κύκλο μόνο έναν αριθμό

Άριστη	1
Πολύ καλή	2
Καλή	3
Μέτρια	4
Κακή	5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας;

Βάλτε σε κύκλο μόνο έναν αριθμό

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	1
Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	2
Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	3
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	4
Χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	5

Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης μέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; **Βάλτε σε κύκλο μόνο έναν αριθμό από κάθε σειρά.**

	Ναι, με πειράζει πολύ	Ναι, με πειράζει λίγο	Όχι, δεν με πειράζει καθόλου
3. Σε κουραστικές δραστηριότητες όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	1	2	3
4. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μίας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	1	2	3
5. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά;	1	2	3
6. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες	1	2	3
7. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα	1	2	3
8. Στο λύγισμα του σώματος, στο	1	2	3

γονάπισμα ή στο σκύψιμο			
9. Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο	1	2	3
10. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	1	2	3
11. Όταν περπατάτε εκατό μέτρα	1	2	3
12. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1	2	3

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξ αιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας; **Βάλτε σε κύκλο μόνο έναν αριθμό από κάθε σειρά .**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
13. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;	1	2
14. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλετε;	1	2
15. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας;	1	2
16. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας;	1	2

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξ αιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος; (λ.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος) **Βάλτε σε κύκλο μόνο έναν αριθμό από κάθε σειρά.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
17. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;	1	2
18. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλετε;	1	2
19. Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεχτικά απ' ότι συνήθως;	1	2

20. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες σε πιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, ή με άλλες κοινωνικές ομάδες
Βάλτε σε κύκλο μόνο έναν αριθμό.

Καθόλου	1
Ελάχιστα	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

21. Τι σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες.
Βάλτε σε κύκλο μόνο έναν αριθμό

Καθόλου	1
Ελάχιστα	2
Μέτρια	3

Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

22. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας; (έξω από το σπίτι και μέσα σε αυτό)

Βάλτε σε κύκλο μόνο έναν αριθμό

Καθόλου	1
Ελάχιστα	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθάνεστε και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε.

Βάλτε σε κύκλο μόνο έναν αριθμό από κάθε σειρά .

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
23. Αισθανόσαστε γεμάτος/η ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
24. Έχετε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6
25. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορεί να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
26. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	1	2	3	4	5	6
27. Είχατε πολύ ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
28. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία	1	2	3	4	5	6
29. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
30. Είσαστε ευτυχισμένος-ευτυχισμένη	1	2	3	4	5	6
31. Αισθανόσαστε κούραση;	1	2	3	4	5	6

32. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασε τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

Βάλτε σε κύκλο μόνο έναν αριθμό

Συνεχώς	1
---------	---

Το μεγαλύτερο διάστημα	2
Μερικές φορές	3
Μικρό διάστημα	4
Καθόλου	5

Πόσο ΑΛΗΘΕΙΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση
Βάλτε σε κύκλο μόνο έναν αριθμό από κάθε σειρά .

	Εντελώς αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς ψέμα
33. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5
34. Είμαι τόσο υγιής όσο οι άλλοι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
35. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
36. Η υγεία μου είναι άριστη	1	2	3	4	5

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω δίδονται μερικές φράσεις που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε τον εαυτό μας. Διαβάστε κάθε μία φράση και κατόπιν βάλτε ένα √ στις στήλες δεξιά σημειώνοντας έτσι <u>πως αισθάνεστε αυτή τη στιγμή</u> . Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην αφήνετε να περάσει πολύς χρόνος για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που δείχνει να περιγράφει καλύτερα τα παρόντα αισθήματά σας. Δώστε μία απάντηση για κάθε φράση.		Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα Πολύ
1.	Αισθάνομαι ήρεμος				
2.	Αισθάνομαι ασφαλής				
3.	Είμαι σε ένταση				
4.	Είμαι περίλυπος				

5.	Αισθάνομαι ήσυχος				
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένος				
7.	Με απασχολούν πιθανές κακοτυχίες				
8.	Αισθάνομαι ξεκούραστος				
9.	Αισθάνομαι αγχώδης				
10.	Νοιώθω άνετα				
11.	Αισθάνομαι να έχω αυτοπεποίθηση				
12.	Αισθάνομαι νευρικός				
13.	Είμαι φοβισμένος				
14.	Νοιώθω να με πνίγει κάτι				
15.	Είμαι χαλαρωμένος				
16.	Αισθάνομαι ικανοποιημένος				
17.	Είμαι ανήσυχος				
18.	Αισθάνομαι σε διέγερση και με τεντωμένα νεύρα				
19.	Αισθάνομαι χαρούμενος				
20.	Αισθάνομαι ευχαριστημένος				

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω δίδονται μερικές φράσεις που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε τον εαυτό μας. Διαβάστε κάθε μία φράση και κατόπιν βάλτε ένα √ (στις στήλες δεξιά) σημειώνοντας έτσι πως αισθάνεστε γενικά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην αφήνετε να περάσει πολύς χρόνος για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που δείχνει να περιγράφει καλύτερα τα αισθήματά σας γενικά.
Δώστε μία απάντηση για κάθε φράση.

		Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1.	Αισθάνομαι ευχαριστημένος				
2.	Κουράζομαι γρήγορα				
3.	Αισθάνομαι να μου έρχεται να κλάψω				
4.	Θα ήθελα να ήμουν τόσο ευτυχισμένος, όσο οι άλλοι φαίνεται να είναι				
5.	Χάνω ευκαιρίες γιατί δεν μπορώ ν' αποφασίζω γρήγορα				
6.	Αισθάνομαι ξεκούραστος				
7.	Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και ξένοιαστος				
8.	Αισθάνομαι ότι οι δυσκολίες μαζεύονται σε σημείο που να μην μπορώ να τις ξεπεράσω				

9.	Με απασχολούν πολύ θέματα που στην πραγματικότητα δεν είναι σημαντικά για μένα				
10.	Είμαι ευτυχισμένος				
11.	Έχω την τάση να παίρνω τα πράγματα κατάκαρδα				
12.	Μου λείπει η εμπιστοσύνη στον εαυτό μου				
13.	Αισθάνομαι ασφαλής				
14.	Προσπαθώ να αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες ή κρίσιμες καταστάσεις				
15.	Αισθάνομαι άκεφος				
16.	Είμαι ικανοποιημένος				
17.	Κάποιες όχι σημαντικές σκέψεις περνάνε από το μυαλό μου και με απασχολούν				
18.	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο στα σοβαρά που δεν μπορώ να τις βγάλω από το μυαλό μου				
19.	Είμαι ένας σταθερός τύπος				
20.	Με πιάνει ταραχή ή νοιώθω ένταση καθώς σκέπτομαι τις τρέχουσες έγνοιες και θέματα που με απασχολούν				

Συνοπτικές πληροφορίες για την επέμβαση

ΚΗΛΗ

Ορισμός

Μια κήλη είναι συνήθως ένας σάκος που σχηματίζεται από την επένδυση της κοιλιακής κοιλότητας (περιτόναιο). Ο σάκος διέρχεται από μια οπή ή αδύναμη περιοχή της περιτονίας, δηλαδή, της ισχυρής στοιβάδας κοιλιακού τοιχώματος που περιβάλλει τους μύες.

Οι τύποι κήλης βασίζονται στο σημείο όπου εμφανίζονται:

- Η μηροκήλη εμφανίζεται ως προεξοχή στο ανώτερο τμήμα του μηρού. Αυτός ο τύπος είναι περισσότερο συχνός στις γυναίκες από ότι στους άντρες.
- Η διαφραγματική κήλη εμφανίζεται στο ανώτερο τμήμα του στομάχου.
- Η μετεγχειρητική κήλη μπορεί να εμφανιστεί μέσω μιας ουλής, εάν είχατε κάνει στο παρελθόν ένα χειρουργείο στην κοιλιακή χώρα.
- Η βουβωνική κήλη εμφανίζεται ως προεξοχή στη βουβωνική χώρα. Αυτός ο τύπος είναι περισσότερο συχνός στους άντρες παρά στις γυναίκες. Η προεξοχή μπορεί να φτάνει μέχρι το όσχεο.
- Η ομφαλική κήλη εμφανίζεται ως προεξοχή γύρω από τον ομφαλό. Συμβαίνει όταν οι μύες γύρω από τον ομφαλό δεν συγκλίνουν πλήρως.

Εναλλακτικές Ονομασίες

Κήλη - βουβωνική, βουβωνοκήλη, ρήξη, στραγγαλισμός, περίσφιξη

Αίτια

Συνήθως δεν υπάρχει προφανής αιτία για μια κήλη. Κάποιες φορές, οι κήλες προκαλούνται από την ανύψωση μεγάλου βάρους. Οι κήλες μπορεί να παρουσιάζονται κατά τη γέννηση, αλλά η προεξοχή μπορεί να μην γίνει αντιληπτή έως αργότερα στη ζωή. Κάποιοι ασθενείς έχουν οικογενειακό ιστορικό κηλών. Κήλες μπορεί να παρατηρηθούν σε βρέφη και παιδιά. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν η επένδυση γύρω από τα κοιλιακά όργανα δεν κλείσει σωστά πριν από τη γέννηση. Περίπου 5 στα 100 παιδιά έχουν βουβωνοκήλες (περισσότερα αγόρια από ότι κορίτσια). Κάποια παιδιά μπορεί να μην έχουν συμπτώματα έως την ενηλικίωση.

Οποιαδήποτε δραστηριότητα ή ιατρικό πρόβλημα που αυξάνει την πίεση στο κοιλιακό τοίχωμα, ιστούς και μύες μπορεί να οδηγήσει σε κήλη, περιλαμβανομένου:

- Χρόνιας δυσκοιλιότητας
- Χρόνιου βήχα
- Κυστικής ίνωσης
- Μεγεθυμένου προστάτη
- Μεγαλύτερου βάρους του φυσιολογικού
- Ανύψωσης μεγάλων βαρών
- Φτωχής διατροφής
- Καπνίσματος
- Υπερβολικής προσπάθειας
- Έγκλειστου όρχεως

Συμπτώματα

Συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα. Ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει δυσφορία ή πόνος. Η δυσφορία μπορεί να επιδεινωθεί όταν στέκεστε όρθιος, κοπιάζετε ή σηκώνετε βαριά αντικείμενα. Αν και η κήλη μπορεί να προκαλέσει ήπια δυσφορία, δύναται να γίνει

μεγαλύτερη και να στραγγαλιστεί. Αυτό σημαίνει ότι ο ιστός παραμένει μέσα στην οπή και η αιμάτωση διακόπτεται. Εάν συμβεί αυτό, απαιτείται επείγον χειρουργείο.

Εξετάσεις και Δοκιμασίες

Ο γιατρός μπορεί να επιβεβαιώσει την παρουσία μιας κήλης κατά την κλινική εξέταση. Η μάζα μπορεί να αυξηθεί σε μέγεθος όταν βήχετε, σκύβετε, σηκώνετε βάρος ή κοπιάζετε.

Αντιμετώπιση

Το χειρουργείο είναι η μόνη αντιμετώπιση που μπορεί μόνιμα να διορθώσει μια κήλη. Ωστόσο, οι μικρότερες κήλες χωρίς συμπτώματα μπορούν σε κάποιες περιπτώσεις να βρίσκονται υπό παρακολούθηση. Το χειρουργείο μπορεί να φέρει μεγαλύτερο κίνδυνο για ασθενείς με σοβαρά ιατρικά προβλήματα. Χειρουργείο συνήθως γίνεται για κήλες που γίνονται μεγαλύτερες ή είναι επώδυνες. Στο χειρουργείο ασφαρίζεται ο αδύναμος ιστός του κοιλιακού τοιχώματος (περιτονία) και συγκλείονται οποιεσδήποτε οπές. Σήμερα, οι περισσότερες κήλες συγκλείονται με υφασμάτινα πλέγματα για το σφράγισμα των οπών. Σε κάποιες περιπτώσεις απαιτείται επείγον χειρουργείο. Ο σάκος που περιέχει το έντερο ή άλλο ιστό, μπορεί να κολλήσει στην οπή του κοιλιακού τοιχώματος. Εάν δεν μπορεί να αναταχθεί, μπορεί να οδηγήσει σε στραγγαλισμό του εντέρου. Εάν δεν αντιμετωπιστεί, αυτό το τμήμα του εντέρου νεκρώνεται γιατί χάνει την αιμάτωσή του. Αντί για ανοικτό χειρουργείο, κάποιες κήλες μπορούν να διορθωθούν με λαπαροσκοπική μέθοδο (χρήση κάμερας). Τα πλεονεκτήματα της χρήσης μιας κάμερας περιλαμβάνουν μικρές χειρουργικές τομές, ταχύτερη επούλωση και λιγότερο πόνο μετεγχειρητικά.

ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ

Η εγχείρηση της βουβωνοκήλης και μηροκήλης μπορεί να γίνει με τοπική αναισθησία, ραχιαία αναισθησία ή γενική νάρκωση. Η ομφαλοκήλη αλλά και οι μετεγχειρητικές κήλες συνήθως χρειάζονται γενική νάρκωση. Το είδος της αναισθησίας θα καθοριστεί από τον χειρουργό και τον αναισθησιολόγο αλλά παίζουν επίσης ρόλο οι συνυπάρχουσες παθήσεις του ασθενή αλλά και η προτίμησή του.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ.

Σαν γενικός κανόνας όπως σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις ο ασθενής θα πρέπει να είναι νηστικός από το βράδυ της προηγούμενης ημέρας. Αν ο ασθενής λαμβάνει φάρμακα θα πρέπει να έχει συνεννοηθεί με τον χειρουργό και τον αναισθησιολόγο ποια από αυτά θα πάρει και ποια όχι. Φάρμακα που προκαλούν αιμορραγική διάθεση (καρδιολογικά, αντιπηκτικά, ασπιρίνη κλπ.) θα πρέπει να έχουν διακοπεί αρκετές ημέρες πριν από την εγχείρηση. Στην προετοιμασία θα πρέπει να περιληφθεί και η απώλεια βάρους (αν ο ασθενής είναι παχύσαρκος) και η διακοπή του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ.

Όπως σε κάθε εγχείρηση είναι απαραίτητες αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακα και καρδιολογική εξέταση.

ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΠΕΡΙΟΧΗΣ.

Η περιοχή που θα χειρουργηθεί θα πρέπει να είναι καθαρή (σαπουνίσμα) και ξυρισμένη χωρίς τραυματισμούς.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ.

Συνήθως απαιτείται νοσηλεία 1-2 ημερών. Μετά ο χειρουργημένος ασθενής μπορεί να πάει σπίτι του, με περιορισμένες δραστηριότητες και να επανέλθει σε μία εβδομάδα για αφαίρεση των ραμμάτων.

ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΤΗΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ

Οι κίνδυνοι της αναισθησίας είναι ελάχιστοι και οι κίνδυνοι από την εγχείρηση είναι ακόμα λιγότεροι. Εκείνο που πρέπει να προσέξει ο ασθενής είναι να ενημερώσει πλήρως τον γιατρό του για το ιστορικό του (τις παθήσεις και τα φάρμακα που παίρνει). Αν η συνεργασία ασθενή-χειρουργού είναι καλή, πρακτικά δεν υπάρχει κίνδυνος για τον ασθενή. Ασθενείς με παθήσεις όπως οι καρδιοπάθειες, η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης δεν αποτελούν αντένδειξη για εγχείρηση.

Η ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Για την εγχείρηση μπορεί να επιλεγεί η γενική νάρκωση ή ραχιαία ή επισκληρίδιος ή και τοπική αναισθησία σε μερικές περιπτώσεις. Ο Χειρουργός σε συνεργασία με τον Αναισθησιολόγο θα επιλέξουν την καταλληλότερη μέθοδο για τον κάθε ασθενή.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Συνήθως επιπλοκές δεν συμβαίνουν και πολύ σπάνια είναι σοβαρές. Οι πιο συχνές είναι αιμάτωμα στην περιοχή της εγχείρησης μέχρι και το όσχεο ή μόλυνση του τραύματος. Και στις δύο περιπτώσεις ο χειρουργός γνωρίζει τι πρέπει να κάνει. Συνήθως δεν απαιτούν παράταση της νοσηλείας αλλά τακτικές επισκέψεις στα Εξωτερικά Ιατρεία για παρακολούθηση ή αλλαγές του τραύματος.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Η παραμονή στο νοσοκομείο θα είναι για 1-2 νύχτες. Ενδοφλέβια χορήγηση ορών για λίγες ώρες. Δεν υπάρχει περιορισμός στη σίτιση. Τα φάρμακα (αν ο ασθενής έπαιρνε προεγχειρητικά) θα πρέπει να παίρνονται κανονικά όπως πριν. Η κινητικότητα αρχίζει αμέσως μόλις φύγει η νάρκωση εκτός αν πρόκειται για ραχιαία (ανάλογα με τις οδηγίες του αναισθησιολόγου). 10 Για μία εβδομάδα επιτρέπονται περιορισμένες δραστηριότητες μέσα αλλά και έξω από το σπίτι (ελαφρές δουλειές του σπιτιού, περπάτημα στον κήπο, οδήγηση μικρών αποστάσεων κλπ) Την 7η -10η μετεγχειρητική ημέρα θα γίνει η αφαίρεση των ραμμάτων και θα εκτιμηθεί η πορεία της εγχείρησης. Αν δεν έχει υπάρξει πρόβλημα, είναι απίθανο να συμβεί μετά. Στη μετεγχειρητική περίοδο (στο σπίτι) θα πρέπει να παρακολουθείται το εγχειρητικό τραύμα και σε περίπτωση που έχει πρόβλημα (ερυθρότητα, οίδημα, έκκριση υγρών κλπ) όπως επίσης αν υπάρχει πυρετός, θα πρέπει να γίνει επίσκεψη στον χειρουργό. Οι κανονικές δραστηριότητες επανέρχονται μέρα με την ημέρα και συνήθως υπάρχει πλήρης δραστηριότητα σε μια βδομάδα από την εγχείρηση. Ο ασθενής μπορεί να κάνει τα πάντα εφόσον δεν ζορίζεται (συμπεριλαμβάνεται και η σεξουαλική πράξη, η οδήγηση, το περπάτημα). Εκείνο που συνήθως συμβουλεύει ο χειρουργός είναι η αποφυγή μεγάλου βάρους για μερικούς μήνες. Προσοχή. Σε μερικές περιπτώσεις (υποτροπή, μεγάλη κήλη κλπ) ο χειρουργός μπορεί να συστήσει περισσότερη προσοχή και μεγαλύτερο διάστημα αποχής από την εργασία. Σε κάθε περίπτωση τις οδηγίες στον ασθενή τις δίνει ο ίδιος ο χειρουργός και δεν ισχύουν πάντα σε όλους τους ασθενείς οι ίδιες οδηγίες.

Η όλη διαδικασία χειρουργικής αποκατάστασης της κήλης είναι σχεδόν ανώδυνη, ενώ τα μετεγχειρητικά ενοχλήματα από την τομή κρατάνε τρεις έως τέσσερις ημέρες και αντιμετωπίζονται με απλά παυσίπονα από το στόμα.

Πότε γυρίζει κανείς στη δουλειά του μετά το χειρουργείο;

Μετά το χειρουργείο χρειάζεται περίπου μία εβδομάδα ανάπαυσης στο σπίτι χωρίς έντονη εργασία,

αλλά κανονική κινητικότητα. Κατόπιν, αν ο ασθενής το επιθυμεί, επιστρέφει στη δουλειά του κανονικά χωρίς να σηκώνει βάρη ή να κάνει βαριά εργασία. Ελαφρά βάρη και γυμναστική είναι δεκτά μετά τους τρεις μήνες, ενώ σε έξι μήνες έχουμε κοιλιακό τοίχωμα καλύτερο από ό,τι πριν την επέμβαση.

Πρόγνωση

Η έκβαση είναι συνήθως καλή με την αντιμετώπιση. Η υποτροπή είναι σπάνια (1% - 3%)

Πιθανές Επιπλοκές

Σε σπάνιες περιπτώσεις, η επιδιόρθωση βουβωνοκήλης μπορεί να βλάψει δομές που σχετίζονται με την λειτουργία των όρχεων. Ένας άλλος κίνδυνος του χειρουργείου για κήλη είναι η νευρική βλάβη που μπορεί να οδηγήσει σε μούδιασμα στη βουβωνική περιοχή. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος του χειρουργείου για κήλη, είναι μια άλλη κήλη, που μπορεί να συμβεί αρκετά χρόνια αργότερα.

Πότε να Επικοινωνήσετε με το Γιατρό

Καλέστε το γιατρό αμέσως εάν:

- Έχετε μια επώδυνη κήλη και το περιεχόμενό της δεν μπορεί να αναταχθεί πίσω στην κοιλιά με ήπια πίεση
- Αναπτύσσετε ναυτία, έμετο ή πυρετό παράλληλα με μια επώδυνη κήλη
- Έχετε μια κήλη που γίνεται ερυθρή, ιώδης, σκουρόχρωμη ή αποχρωματισμένη

Καλέστε το γιατρό σας εάν:

- Έχετε πόνο στη βουβωνική χώρα, οίδημα ή μια προεξοχή
- Έχετε ένα εξόγκωμα ή οίδημα στη βουβωνική περιοχή ή στον ομφαλό ή ένα που σχετίζεται με προηγούμενη χειρουργική τομή.

Πρόληψη

- Χρησιμοποιείτε κατάλληλες τεχνικές ανύψωσης.
- Χάστε βάρος εάν είστε υπέρβαρος.
- Ανακουφίστε ή αποφύγετε τη δυσκοιλιότητα καταναλώνοντας αρκετές ίνες, πίνοντας πολλά υγρά, πηγαίνοντας στην τουαλέτα όταν νιώθετε την ανάγκη και κάνοντας τακτικά γυμναστική.
- Οι άντρες θα πρέπει να δουν ένα γιατρό εάν κοπιάζουν κατά την ούρηση. Αυτό μπορεί να είναι σύμπτωμα μεγεθυμένου προστάτη.

Θυμηθείτε: Αυτό το εργαλείο δεν παρέχει ιατρικές συμβουλές. Προορίζεται μόνο για ενημερωτικούς σκοπούς.

Πέτρες στη χολή - χολολιθίαση - χολοκυστεκτομή

Με τον όρο 'πέτρες στη χολή' περιγράφεται μία ομάδα παθήσεων, που αφορούν στην παρουσία στερεών κρυσταλλικών ιζημάτων (χολόλιθων) εντός της χοληδόχου κύστης ή και των λοιπών χοληφόρων αγγείων.

Η χολή είναι ένα διάλυμα, το οποίο εκκρίνεται από τα κύτταρα του ήπατος και μεταφέρεται στο έντερο (δωδεκαδάκτυλο), μέσω του δικτύου των χοληφόρων αγγείων. Το διάλυμα αυτό παίζει σημαντικό ρόλο στην διάσπαση της τροφής (κυρίως του λίπους) κατά την πέψη, καθώς περιέχει διάφορες απαραίτητες χημικές ενώσεις και ειδικά ένζυμα.

Εξαιτίας πολλών παραγόντων, μέσα στο διάλυμα της χολής μπορούν να σχηματιστούν στερεά ιζήματα διαμέτρου από λίγα χιλιοστά (σε μορφή άμμου) έως και αρκετά εκατοστά (σε μορφή πέτρας), τα οποία και αποτίθενται μέσα στο δίκτυο μεταφοράς της χολής από το συκώτι στο έντερο. Η κατάσταση αυτή περιγράφεται ως χολολιθίαση.

Ποιοί παράγοντες ευνοούν την δημιουργία χολολιθίασης;

Η δημιουργία στερεών ιζημάτων στην χολή οφείλεται στην διαταραχή της χημικής σύνθεσης - ισορροπίας του διαλύματος, η οποία ευνοείται από παράγοντες όπως:

- διαταραχές της παραγωγής της χολής - αλλαγή σύστασης του διαλύματος (π.χ. υπερκορεσμός με χολυστερόλη)
- διαταραχές της ροής της χολής - στάση του διαλύματος (κυρίως μέσα στην χοληδόχο κύστη)
- διαταραχές του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης - έκκριση βλέννας, φλεγμονή κλπ.

Σημαντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες είναι:

- γενετική προδιάθεση (οικογενειακό ιστορικό, χώρα προέλευσης)
- φύλο: οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα πέτρες στη χοληδόχο κύστη, σε σχέση με τους άντρες
- εγκυμοσύνη
- λήψη ορισμένων φαρμάκων, π.χ. αντισυλληπτικά
- παχυσαρκία και η έλλειψη κίνησης
- δίαιτα πλούσια σε θερμίδες, λίπη και χοληστερόλη
- μεταβολικά νοσήματα (π.χ. υπερλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, υπερπαραθυρεοειδισμός)
- φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (π.χ. νόσος του Crohn)
- χρόνια αιμολυτική αναιμία - ίκτερος

Διάγνωση της χολολιθίασης

Ποιές είναι οι τυπικές ενοχλήσεις / συμπτώματα;

Πολύ συχνά οι πέτρες στην χοληδόχο κύστη παραμένουν ασυμπτωματικές, δεν επιφέρουν δηλαδή ενοχλήσεις και άλλα κλινικά συμπτώματα. Ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού πάσχει από

χολοκυστολιθίαση χωρίς καν να το γνωρίζει. Συχνά η διάγνωση γίνεται τυχαία στα πλαίσια ενός υπερηχογραφικού ελέγχου της άνω κοιλίας.

Άλλες φορές η χολοκυστολιθίαση γίνεται συμπτωματική, αρχικά με συμπτώματα δυσπεψίας: αίσθηση πίεσης στο επιγάστριο, ναυτία, ανορεξία, συχνά φουσκώματα μετά το φαγητό αλλά και την νύχτα, καούρα (αίσθηση καψίματος, όξινη δυσπεψία) ή και τάση για εμετό. Οι ενοχλήσεις αυτές γίνονται εντονότερες μετά από γεύματα πλούσια σε λιπαρά.

Ποιές εξετάσεις είναι απαραίτητες για την διάγνωση της χολολιθίασης;

Για την διάγνωση της χολολιθίασης είναι καταρχάς απαραίτητη η προσεκτική κλινική εξέταση από έμπειρο ιατρό, σε συνδυασμό με την αναλυτική καταγραφή των συμπτωμάτων και του ιστορικού του ασθενούς.

Η επιβεβαίωση της διάγνωσης πρέπει να γίνεται με υπερηχογράφημα, στο οποίο ελέγχεται η ακριβής θέση και το μέγεθος των χολολίθων αλλά και η συνολική εικόνα της χοληδόχου κύστης, των χοληφόρων αγγείων, του ήπατος και του παγκρέατος. Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος είναι επίσης απαραίτητος. Περαιτέρω διαγνωστικές διαδικασίες, όπως π.χ. η αξονική ή η μαγνητική τομογραφία, είναι συνήθως απαραίτητες μόνο σε εξειδικευμένες περιπτώσεις.

Θεραπεία της χολολιθίασης

Η σαφώς προτεινόμενη θεραπεία της συμπτωματικής χολοκυστολιθίασης είναι η χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης της χοληδόχου κύστης (χολοκυστεκτομή). Η χοληδόχος κύστη, η οποία περιέχει λίθους που δημιουργούν συμπτώματα, έχει χάσει πλέον την φυσιολογική της λειτουργία αποθήκευσης και επαναπόδοσης της χολής. Απεναντίας, οι παρούσα λίθων σε αυτή την περίπτωση αυξάνει την πιθανότητα σοβαρών επιπλοκών, όπως ίκτερο, παγκρεατίτιδα κλπ. (βλέπε παραπάνω).

Η αφαίρεση της χοληδόχου κύστης, που περιέχει λίθους και έχει χάσει την λειτουργία της, δεν επηρεάζει την φυσιολογική παραγωγή και διοχέτευση της χολής στο έντερο και συνεπώς δεν προκύπτει κανένας περιορισμός στην υγεία ή τον τρόπο ζωής του ασθενούς μετά την χειρουργική αφαίρεσή της.

Υπάρχουν εναλλακτικές μέθοδοι πέραν της χειρουργικής αποκατάστασης;

Στο παρελθόν έχουν εφαρμοστεί διάφορες συντηρητικές - μη χειρουργικές μέθοδοι αντιμετώπισης της χολολιθίασης χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Η λιθοτριψία των χολόλιθων δεν εφαρμόζεται ουσιαστικά πια. Η φαρμακευτική θεραπεία διάλυσης των χολολίθων με ειδικά φάρμακα, όπως το ουρσοδεοξύ χολικό οξύ, είναι εφαρμόσιμη μόνο σε ειδικού τύπου χολόλιθους και δεν παρουσιάζει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή

Η χειρουργική αφαίρεση της χοληδόχου κύστης (χολοκυστεκτομή) διενεργείται πλέον εδώ και πολλά χρόνια μέσω λαπαροσκόπησης (λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή), σαν μέθοδος πρώτης επιλογής.

Κατά την λαπαροσκόπηση η εισαγωγή των απαραίτητων χειρουργικών εργαλείων για την αφαίρεση της χοληδόχου κύστης γίνεται μέσω πολύ μικρών τομών στο δέρμα, μήκους λίγων χιλιοστών. Μέσω κατάλληλων συστημάτων, ένα αέριο (συνήθως CO₂) εισάγεται στην κοιλιακή κοιλότητα, έτσι ώστε να δημιουργηθεί ο απαραίτητος χώρος για την διενέργεια της επέμβασης.

Με την βοήθεια μίας ειδικής κάμερας - οπτικής ίνας (λαπαροσκόπιο), το εσωτερικό της κοιλιακής χώρας μεγενθύνεται και προβάλλεται έγχρωμα σε μια οθόνη στην αίθουσα του χειρουργείου.

Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή έχει καθιερωθεί σαν πρώτη επιλογή έναντι της ανοικτής χειρουργικής μεθόδου, διότι έχει σαφή πλεονεκτήματα για τον ασθενή:

- πολύ μικρότερο χειρουργικό τραύμα και συνεπώς μικρότερη πιθανότητα επιπλοκών, που σχετίζονται με αυτό (διαπύηση, μετεγχειρητική κήλη, διάσπασση, χρόνιος πόνος, μετεγχειρητικές συμφύσεις κλπ.)
- σημαντική μείωση του μετεγχειρητικού πόνου και πιο γρήγορη κινητοποίηση του ασθενούς.
- ταχύτερη ανάρρωση και έξοδος από την κλινική.
- ταχεία επάνοδος στις φυσιολογικές δραστηριότητες και στην εργασία.
- καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα λόγω μικρότερων τομών.

Ανοικτή χολοκυστεκτομή

Η κλασική ανοικτή μέθοδος χολοκυστεκτομής εφαρμόζεται πλέον πολύ σπάνια σαν πρώτη επιλογή, κυρίως σε περιπτώσεις όπου δεν ενδείκνυται εκ των προτέρων η λαπαροσκόπηση (π.χ. σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια ή επικείμενη αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς).

Μέθοδοι αναισθησίας

Η μέθοδος αναισθησίας που εφαρμόζεται για την διεξαγωγή μίας χολοκυστεκτομής είναι η γενική αναισθησία. ανεξάρτητα αν η επέμβαση διεξαχθεί λαπαροσκοπικά ή ανοικτά.

Προεγχειρητικός έλεγχος

Ο απαραίτητος προεγχειρητικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- υπερηχογράφημα
- αιματολογικές εξετάσεις
- ηλεκτροκαρδιογράφημα
- έλεγχο της πάγιας φαρμακευτικής αγωγής και προσωρινή διακοπή ορισμένων σκευασμάτων (π.χ. αντιπηκτικά, μετορμίνη)
- σε ορισμένες περιπτώσεις ακτινογραφία θώρακος,
- καρδιολογική και πνευμονολογική αξιολόγηση
- γαστροσκόπηση (προτείνεται σε πολλές περιπτώσεις μετά την κλινική εκτίμηση)
- αξιολόγηση από τον αναισθησιολόγο

Κατά την παραμονή στην κλινική

Την ημέρα της επέμβασης ο ασθενής εισάγεται στην κλινική νηστικός εκτός από ειδικές περιπτώσεις, όπου η εισαγωγή γίνεται την προηγούμενη ημέρα για την διεξαγωγή του προεγχειρητικού ελέγχου.

Η διάρκεια της λαπαροσκοπικής επέμβασης κυμαίνεται συνήθως από 45 ως 90 λεπτά, αν και ο χρόνος παραμονής του ασθενούς στο χώρο των χειρουργείων είναι μεγαλύτερος, για την διεξαγωγή των απαραίτητων προετοιμασιών και της νάρκωσης.

Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι κατά κανόνα περιορισμένος και αντιμετωπίζεται με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή αρχικά ενδοφλεβίως και στη συνέχεια από το στόμα. Κατά την διάρκεια της επέμβασης μπορεί να εισαχθεί ένα σωληνάκι για παροχέτευση των υγρών, το οποίο αφαιρείται ανώδυνα συνήθως την 1η ή και την 2η μετεγχειρητική ημέρα.

Μετά το τέλος της επέμβασης ο ασθενής μεταφέρεται στον κανονικό θάλαμο και σηκώνεται την ίδια ημέρα. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας χορηγείται αντιβιοτική αγωγή, γαστροπροστασία και θρομβοπροφύλαξη, ενώ ξεκινάει πολύ σύντομα και η σίτιση του ασθενούς. Η διάρκεια παραμονής στην κλινική κυμαίνεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενή και το εύρος της επέμβασης κατά κανόνα από 1 ημέρα έως και 2 ημέρες.

Είναι προφανές, ότι σε περίπτωση συναφών παθήσεων - επιπλοκών της χολολιθίασης (π.χ. χολοκυστίτιδα) τόσο το θεραπευτικό πρωτόκολλο όσο και η διάρκεια νοσηλείας προσαρμόζονται ανάλογα.

Πόσο καιρό θα είμαι στο νοσοκομείο

Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή
φεύγουν από το νοσοκομείο αυθημερόν ή την επόμενη μέρα.
έχουν υποβληθεί σε Ανοικτή χολοκυστεκτομή
φευγουν απο το νοσοκομειο σε 5-8 μέρες της ανοικτής μεθόδου.

Οι ασθενείς που

Μετά την έξοδο από την κλινική

Μετά την έξοδο από την κλινική γίνεται τακτικός μετεγχειρητικός έλεγχος του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής.

Η χρήση παυσίπονων είναι σπανίως απαραίτητη για μεγάλο χρονικό διάστημα και γίνεται από το στόμα. Η αντιθρομβωτική προστασία γίνεται με φαρμακευτική αγωγή ή και ειδικές κάλτσες. Οι χειρουργικές τομές ελέγχονται ως προς την επούλωσή τους κατά τις αλλαγές των τραυμάτων και τα ράμματα αφαιρούνται συνήθως σε 8-12 ημέρες.

Πότε μπορώ να επιστρέψω στη δουλειά

Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να επιστρέψουν στη δουλειά σε 3-7 μέρες, ενώ μετά από ανοικτή χολοκυστεκτομή σε 4-6 βδομάδες.

Διαιτητικές συμβουλές μετά τη χολοκυστεκτομή

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται συνήθως μόνο κατά την διάρκεια των πρώτων ημερών έως λίγων εβδομάδων μετά την επέμβαση: στο χρονικό αυτό διάστημα προτείνεται η λήψη συχνών γευμάτων σε μικρές ποσότητες και μικρές, καλομασημένες μπουκιές.

Συνιστάται η αποφυγή τροφών όπως:

- τηγανητά, καρυκεύματα και βαριές σάλτσες
- λιπαρά φαγητά, βούτυρο, ζωικά λίπη, χοιρινό, εντόσθια, θαλασσινά (οστρακοειδή, γαρίδες κλπ.)
- οινοπνευματώδη ποτά και αναψυκτικά
- γλυκά, σοκολάτες, παγωτά
- ξηροί καρποί
- κρόκος αυγών, λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα

Γενικές διαιτητικές οδηγίες

1. Μείωση των θερμίδων του καθημερινού μενού.
2. Απαραίτητη ελάττωση της πρόσληψης ραφινάρισμένων υδατανθράκων. Η ποσότητα πρόσληψης υδατανθράκων στο καθημερινό μενού πρέπει να μην ξεπερνάει το 65% των θερμίδων.
3. Μείωση των λιπών. Η ποσότητα πρόσληψης λιπών στο καθημερινό μενού δεν πρέπει να ξεπερνάει τα 50g/ημέρα. Η σύνθεσή τους είναι προτιμότερο να έχει σχέση 1:1:1 ανάμεσα σε κορεσμένα, μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λίπη.
4. Αύξησης πρόσληψης φυτικών ινών.
5. Αύξηση ποσότητας πρωτεϊνών, ανάλογα με τα ποσοστά των υπόλοιπων θρεπτικών στοιχείων (υδατανθράκων, λιπών).

Τροφές που επιτρέπονται

Αποβουτυρωμένο γάλα, αφρόγαλα χωρίς λίπος, γιαούρτι και τυρί άπαχα, σούπες χωρίς λίπος, αναψυκτικά, καφές, τσάι, κρέατα άπαχα, ψητά ή βρασμένα, πουλερικά ψητά, ψάρια άπαχα, ψητά ή βρασμένα, το λευκό του αυγού, ελεύθερα, ολόκληρο το αυγό βραστό, πατάτες ψητές ή βραστές χωρίς λίπος, όσπρια μαγειρεμένα ελαφρά χωρίς λίπος, μακαρόνια χωρίς λιπαρές σάλτσες, ψωμί χωρίς λίπος όλων των ειδών, όλα τα λαχανικά φρέσκα ή ωμά ή μαγειρεμένα ελαφρά, όλοι οι χυμοί φρούτων και λαχανικών, φρούτα κυρίως τα εσπεριδοειδή, γλυκά και κέικ με αποβουτυρωμένο γάλα και με το λευκό του αυγού, ζελέ φρούτων, κρέμα από αποβουτυρωμένο γάλα, κράκερς, ρύζι, μέλι, μαρμελάδες, αλάτι, μουστάρδα, αρωματικά βότανα.

Τροφές που απαγορεύονται

Πλήρες και σοκολατούχο γάλα, γιαούρτι και τυρί από πλήρες γάλα, όλα τα οινοπνευματώδη, ρόφημα κακάο-σοκολάτας, λιπαρές σούπες, χοιρινό, λουκάνικα, σολωμός, μπέικον, σαλάμι, παστουρμάς, σάντουιτς, τoστ, χάμπουργκερ, όλες οι κονσέρβες ψαριών με λίπος, πατάτες τηγανητές, πατατάκια, γαριδάκια, ζυμαρικά με λιπαρές σάλτσες, ψωμοειδή με λίπος, σουφλέ λαχανικών και άλλα, σοκολάτα, ξηροί καρποί, πιπέρι, όσπρια κονσερβοποιημένα με λίπος, καρύδα, ελιές, περισσότερα από 1 αυγό την ημέρα τηγανητό.

